

Rapport d'activité

2010
2011

VIH, politique et société

VIH, politique et société

Rapport d'activité du Conseil national du sida

2010-2011

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS.....	5
PRÉAMBULE.....	9
LES AVIS, RAPPORTS ET RECOMMANDATIONS DU CONSEIL NATIONAL DU SIDA.....	15
Avis conjoint du Conseil national du sida et de la Conférence Nationale de Santé relatif au projet de plan national VIH/sida – IST 2010-2014.....	17
VIH et commerce du sexe – Garantir l'accès universel à la prévention et aux soins.....	37
Note valant avis sur le projet de Plan national de lutte contre le VIH/sida et les autres IST 2010-2014 soumis à concertation (version du 6 octobre 2010).....	97
Note valant avis sur l'impact des politiques relatives aux drogues illicites sur la réduction des risques infectieux.....	109
Note valant avis sur la réforme du droit au séjour pour raisons médicales envisagée dans le cadre du projet de loi N° 2 400 « immigration, intégration et nationalité ».....	121
Vaincre l'épidémie mondiale de sida par des investissements innovants.....	133
Avis sur l'intérêt potentiel du concept de prophylaxie préexposition du VIH/sida (PrEP).....	147
LES SYNTHÈSES.....	187
Synthèse de l'avis conjoint du Conseil national du sida et de la Conférence nationale de santé relatif au projet de plan national VIH/sida – IST 2010-2014.....	189
Synthèse de l'avis suivi de recommandations : VIH et commerce du sexe – Garantir l'accès universel à la prévention et aux soins.....	191
Synthèse et recommandations du Conseil national du sida : vaincre l'épidémie mondiale de sida par des investissements innovants.....	197
Synthèse de l'avis sur l'intérêt potentiel du concept de prophylaxie préexposition du VIH/sida (PrEP).....	199
LES COMMUNIQUÉS DE PRESSE.....	203
Pour Christiane Marty-Double.....	205
Avis conjoint du Conseil national du sida et de la Conférence nationale de santé relatif au projet de Plan national VIH/sida – IST 2010-2014.....	206
Organisation d'une journée d'étude sur les politiques de santé des drogues et des addictions en France.....	207
Durcissement des conditions d'accès au séjour des étrangers malades résidant habituellement en France.....	208
VIH et commerce du sexe : un état des lieux alarmant.....	209
Le Conseil national du sida se prononce contre les restrictions des conditions d'accès au séjour des étrangers gravement malades résidant habituellement en France.....	210
L'impact des politiques relatives aux drogues illicites sur la réduction des risques infectieux.....	211

Effet préventif des antirétroviraux : un bénéfice conditionné par l'extension de l'offre de dépistage et la mise en œuvre du concept de « prévention combinée ».....	212
Vaincre l'épidémie mondiale de sida par des investissements innovants.....	213
Journée mondiale de lutte contre le sida : pour une action de la France plus ambitieuse.....	214
Opérations funéraires : le CNS s'inquiète du maintien de l'interdiction des soins de conservation pour les personnes décédées infectées par le VIH.....	216
INDEX THÉMATIQUE.....	219
Rapports, avis et recommandations.....	219
Communiqués de presse.....	227
TABLE DES MATIÈRES.....	233

AVANT-PROPOS

Créé en 1989, le Conseil national du syndrome immunodéficientaire acquis « *a pour mission de donner son avis sur l'ensemble des problèmes posés à la société par le sida et de faire au gouvernement toute proposition utile* »¹.

De 1989 à 1994, le Conseil national du sida (CNS) a été présidé par Madame Françoise Héritier, professeur d'anthropologie au Collège de France. En mai 1994, le Président de la République, Monsieur François Mitterrand, nommait à la tête du CNS Monsieur Alain Sobel, professeur de médecine. En mars 1999, le Président de la République, Monsieur Jacques Chirac, désignait en qualité de président du CNS Monsieur Jean-Albert Gastaut, professeur de médecine, puis en novembre 2003, Monsieur Willy Rozenbaum, professeur de médecine. Le 14 décembre 2007, Monsieur Nicolas Sarkozy, Président de la République, renouvelait le mandat de Monsieur Willy Rozenbaum à la présidence du Conseil national du sida.

Durant les années 2010 et 2011, la composition du Conseil a été la suivante :

- M^{me} Nicole Hesnault-Pruniaux, directrice de centre hospitalier ; M. Bruno Cadoré, jusqu'au 25 janvier 2011, dominicain, médecin, professeur d'éthique biomédicale ; M. André Guimet, depuis le 25 janvier 2011, théologien moraliste, vicaire général du diocèse d'Autun (Saône et Loire) ; M. Philippe Gaudin, agrégé de philosophie, responsable formation-recherche à l'Institut européen en sciences des religions (IESR)/École pratique des hautes études (EPHE), Paris ; M. Bernard Kanovitch, jusqu'au 27 décembre 2009, professeur de médecine ; M. Vicky Bellahsen, depuis le 25 février 2010 jusqu'au 12 octobre 2011, rabbin de la Grande communauté de Boulogne sur Seine ; M. Samir Hamamah, professeur des universités, praticien hospitalier, coordinateur du département de biologie de la reproduction et du DPI, directeur de l'unité INSERM U1040/Développement embryonnaire précoce et cellules souches embryonnaires humaines, hôpital Arnaud de Villeneuve, faculté de médecine, Montpellier (*personnalités désignées par le Président de la République*) ;
- M^{me} Claude Greff, jusqu'au 24 janvier 2011, députée ; M. Jean-Pierre Door, depuis le 7 mars 2011, député de la 4^e circonscription du Loiret, groupe UMP, secrétaire de la commission des affaires sociales, membre de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, rapporteur du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), maire de Montargis (45200), cardiologue (*personnalités désignées par le Président de l'Assemblée nationale*) ;
- M. Gilbert Barbier, sénateur du Jura (Franche-Comté), membre du groupe Rassemblement démocratique et social européen, vice-président de la commission des affaires sociales (*personnalité désignée par le Président du Sénat*) ;
- M. Jean-Pierre Dozon, professeur d'anthropologie, directeur de recherche à l'Institut de recherche pour le développement (IRD), directeur d'études et professeur à l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS), directeur scientifique à la Fondation Maison des sciences de l'homme ; M^{me} Catherine Kapusta-Palmer, coordonnatrice du programme Femmes et sida au Planning familial, co-fondatrice du collectif inter-

¹ Décret n° 89-83 du 8 février 1989 portant création d'un Conseil national du syndrome immunodéficientaire acquis (articles D.3121-1 à D.3121-15 du Code de la santé publique).

associatif Femmes et VIH, membre de la commission Traitements et recherche d'Act Up-Paris ; M. Jean-Luc Romero, président fondateur d'Élus locaux contre le sida, président de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité, directeur des solidarités à la mairie de Vigneux-sur-Seine ; M. Philippe Flandre, depuis le 25 février 2010, chargé de recherche à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), UMRS 943 - épidémiologie, stratégies thérapeutiques et virologie clinique dans l'infection à VIH, Paris ; M. Pierre-Yves Geoffard, depuis le 25 février 2010, économiste, directeur de recherche au Centre national de la recherche scientifique (CNRS), directeur d'études à l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS), directeur adjoint de l'École d'économie de Paris, président de la commission services publics du Conseil national de l'information scientifique (CNIS) (*personnalités désignées par le Premier ministre*) ;

- M^{me} Sandrine Musso, politologue, anthropologue, chercheuse post-doctorante au Centre Norbert Elias/École des hautes études en sciences sociales (EHESS), Marseille ; M. François Bourdillon, vice-président du Conseil national du sida, praticien hospitalier au département de biostatistiques, santé publique et information médicale du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris, président d'honneur de la Société française de santé publique (SFSP) ; M. William Lowenstein, médecin, président de SOS Addictions, M^{me} Christiane Marty-Double, professeur de médecine, jusqu'au 8 avril 2010 ; M^{me} Marie Suzan-Monti, depuis le 25 janvier 2011, chercheur en santé publique, administratrice de l'association AIDES (*personnalités désignées par le Premier ministre sur proposition du Ministre de la Santé et des Solidarités*) ;
- M^{me} Yolande Briand, depuis le 25 février 2010, présidente du groupe CFDT au Conseil économique, social et environnemental (CESE), chargée de mission au service Économie et société de la CFDT (*personnalité désignée par le Président du Conseil économique, social et environnemental*) ;
- M^{me} Chantal Lebatard, membre du Conseil économique, social et environnemental, membre du Comité consultatif national d'éthique, membre du conseil d'administration de l'Union Nationale des Associations Familiales (*personnalité désignée par le Comité consultatif national d'éthique*) ;
- M. Thierry Foulquier-Gazagnes, depuis le 25 février 2010, juriste au pôle aménagement durable du territoire du Conseil général de l'Hérault, enseignant de droit au Conservatoire national des arts et métiers, membre du conseil d'orientation de la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes), membre du conseil d'administration de l'Union nationale des associations familiales (UNAF) (*personnalité désignée par le président de l'Union nationale des associations familiales*) ;
- M. Marc de Montalembert, professeur de politiques sociales à la Faculté des sciences de l'éducation et des sciences sociales de l'Université Paris-Est Créteil, responsable de la filière Intervention et politiques sociales (*personnalité désignée par le président de la Commission nationale consultative des droits de l'homme*) ;
- M. Pierrick Cressard, jusqu'au 24 janvier 2011, médecin, président de la section éthique et déontologie du conseil national de l'Ordre des médecins ; M. René Luigi, depuis le 7 mars 2011, médecin généraliste compétent en dermatologie, conseiller ordinal au conseil national de l'Ordre des médecins, membre de la section Santé publique et démographie médicale, membre de la chambre régionale d'Île-de-France

(personnalités désignées par le président du conseil national de l'Ordre des médecins) ;

- M. Pierre Mathiot, professeur en science politique à l'Université de Lille 2 Droit et santé, directeur de l'Institut d'études politiques de Lille (*personnalité désignée par la Conférence des présidents d'université*) ;
- M. Jean Massot, président de section honoraire du Conseil d'État, membre de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), membre de la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA) (*personnalité désignée par le Président de la Commission nationale de l'informatique et des libertés*).

Le Secrétariat général du Conseil national du sida était composé, durant la période 2010-2011, des personnes suivantes :

- Secrétaire général : M. Gilles Gordet jusqu'au 1^{er} juin 2010 ; M^{me} Anny Fetter du 19 juillet 2010 au 31 décembre 2011 ;
- Rapporteurs : M. Michel Celse ; M. Laurent Geffroy ;
- Secrétaires : M^{me} Isabelle Batut, jusqu'au 31 juillet 2011 ; M. Nolsadate Sebiane.

À partir du second semestre 2011, le Conseil national du sida a souhaité réorganiser son secrétariat général. Sa composition a été modifiée comme suit :

- deux conseillers experts (requalification des postes de rapporteurs) ;
- une responsable administrative ;
- un chargé de communication, de veille et de documentation ;
- un secrétaire, adjoind à la responsable administrative.

M^{me} Alexandra Moussou est responsable administrative depuis le 15 septembre 2011. Un poste de chargé de communication, de veille et de documentation, à pourvoir à compter du 1^{er} janvier 2012, a été ouvert au recrutement.

Comme les années précédentes, le Conseil national du sida s'est réuni une fois par mois en séance plénière. Des commissions spécialisées, composées chacune de cinq à sept conseillers, se sont par ailleurs réunies, afin de documenter, d'analyser et de formaliser certains des sujets débattus ensuite par l'ensemble des conseillers en séance plénière. Les analyses, réflexions et débats du Conseil ont abouti aux avis, recommandations et communiqués figurant dans le présent rapport d'activité. Ce rapport complète les huit précédents volumes consacrés à l'activité du Conseil².

² Cf. *Éthique, sida et société, Rapport d'activité du Conseil national du sida*, tome I (1989-1994), La Documentation française, Paris, 1996 ; *Éthique, sida et société, Rapport d'activité du Conseil national du sida*, tome II (1994-1996), La Documentation française, Paris, 1997 ; *Éthique, sida et société, Rapport d'activité du Conseil national du sida*, tome III (1997-1998), La Documentation française, Paris, 2000 ; *Éthique, sida et société, rapport d'activité du Conseil national du sida*, tome IV (1999-2000), La Documentation française, Paris, 2002 ; *Éthique, sida et société, Rapport d'activité du Conseil national du sida*, tome V (2001-2003), La Documentation française, Paris, 2004 ; *Éthique, sida et société, Rapport d'activité du Conseil national du sida*, tome VI (2004-2005), La Documentation française, Paris, 2006 ; *VIH, politique et société, Rapport d'activité du Conseil national du sida*, tome VII (2006-2007), La Documentation française, Paris, 2008 ; *VIH, politique et société, Rapport d'activité du Conseil national du sida*, tome VIII (2008-2009), La Documentation française, Paris, 2010.

PRÉAMBULE

Ce neuvième rapport d'activité du Conseil national du sida couvre les années 2010-2011. Il s'inscrit à la fois dans la continuité des avis antérieurs du Conseil, mais aussi dans la volonté ferme de voir les politiques publiques s'infléchir significativement afin d'intégrer les nouvelles connaissances et les progrès scientifiques accumulés au cours de ces trente dernières années. En effet, les progrès de la connaissance scientifique, le développement de traitements toujours plus efficaces contre l'infection par le VIH et l'effort sans précédent consenti au plan international au cours des années 2000, pour garantir un accès au traitement dans les pays du Sud, ont radicalement changé nos capacités de réponse face à l'épidémie, et nous permettent d'envisager d'en infléchir la courbe.

Ces progrès n'ont pas simplement permis de sauver des millions de vie, mais de nombreuses études auxquelles la France a largement contribué, ont identifié nombre d'interventions qui, si elles sont effectivement mises en place, soulèvent l'espoir de voir l'épidémie de VIH/sida s'éteindre en un peu plus d'une génération. Les données accumulées nous autorisent à affirmer aujourd'hui que, même s'ils n'entraînent pas la guérison, les traitements disponibles permettent, lorsqu'ils sont pris précocement, de maintenir les personnes en bonne santé et de leur redonner une espérance de vie équivalente à la population générale. En outre, ce sont également de formidables outils de prévention susceptibles d'éviter la transmission de la mère au nouveau-né, de réduire considérablement le risque de transmission sexuelle des personnes vivant avec le VIH qui bénéficient de traitement et enfin de réduire le risque d'être contaminé lorsque ce traitement est pris en postexposition ou en préexposition.

Mais la mise en œuvre de ces progrès techniques nécessite que les politiques publiques aient intégré les pratiques qui ont permis de faire progresser la lutte contre le sida dans les trente dernières années :

- les décisions doivent être prises en fonction des connaissances acquises établies dans le cadre de recherches multidisciplinaires et en l'absence de tout préjugé ;
- ces décisions doivent être portées par une volonté politique ferme multisectorielle, soutenues au plus haut niveau de l'État, dépourvues d'incohérence ou de contradiction ;
- l'impérieuse nécessité de défendre, dans toutes les circonstances, le droit des personnes concernées par l'épidémie dans la mesure où la lutte contre le VIH/sida impose la participation de ces personnes ;
- au-delà de l'engagement des personnes, celui des communautés concernées par l'épidémie a largement démontré qu'elles représentaient un maillon incontournable des succès apportés à ce jour. Cet engagement mérite d'être soutenu et amplifié ;
- enfin, outre la réponse médicale, l'approche doit être multisectorielle et multidisciplinaire apportant une réponse globale, cohérente et si possible consensuelle.

C'est, inspiré par ces principes fondateurs, que le Conseil national du sida a poursuivi son travail d'analyse des défis que pose l'épidémie de VIH/sida à la société et a établi ses avis et recommandations pour les relever.

DES AVIS INSPIRÉS PAR LES PRINCIPES FONDATEURS

L'année 2010 a été marquée par la saisine conjointe du Conseil national du sida et de la Conférence nationale de santé sur l'élaboration du futur Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014. Les orientations indiquées dans le document stratégique initial ont permis de constater des faiblesses et les lacunes du futur plan compte tenu des enjeux fortement identifiés antérieurement, notamment par le Conseil national du sida. Deux enjeux majeurs dominent la prise en charge et la prévention :

- la prise en charge tardive des personnes contaminées, source de surmortalité et de morbidité évitables, coûteuse pour l'individu et la collectivité ;
- l'identification des personnes contaminées qui l'ignorent, qui représentent une large majorité des nouvelles contaminations alors qu'il est démontré que leur prise en charge et leur traitement réduiraient considérablement le risque de transmission.

Pour faire face à ces enjeux, l'importance de l'extension de l'offre de dépistage à la population générale ainsi que la rétention dans le système de soins, notamment pour bénéficier d'un traitement le plus efficace possible, n'avaient pas suffisamment été pris en compte.

En outre, la contribution du Plan à garantir l'accès universel à la prévention et aux soins se heurtait à certaines incohérences des politiques publiques : les contradictions de la politique de santé et les autres politiques, en particulier de sécurité et d'immigration, entravent le travail de prévention, de réduction des risques et d'accès aux soins, en particulier au bénéfice des populations les plus vulnérables, spécifiquement : les personnes migrantes, notamment en situation irrégulière au regard du séjour, les personnes détenues, les usagers de drogue et les personnes prostituées.

Enfin, le Conseil a considéré que le *leadership* exercé par la France dans le plaidoyer pour l'accès universel au traitement dans les pays à ressource limitée, devait être redynamisé.

Ce premier avis a conduit les autorités à modifier profondément les orientations stratégiques du Plan, qui ont été de nouveau soumises à la fin de l'année 2010. Le Conseil national du sida a pu noter avec satisfaction que plusieurs de ses recommandations avaient été prises en compte dans le projet du Plan national que le ministère de la Santé et des Sports lui avait communiqué pour concertation. Le Conseil a pu se féliciter en particulier de l'introduction dans le Plan des mesures préconisées en matière de dépistage par les différentes instances expertes, ainsi que de l'attention nouvelle portée à la notion de prévention combinée. Le Conseil a cependant pu regretter que cette dernière notion, qui englobe certes la promotion de l'usage du préservatif, mais élargit la palette des réponses préventives dans leur complémentarité en les adaptant aux besoins spécifiques des personnes, n'ait pas été suffisamment prise en compte. Au regard de cet enjeu, la promotion exclusive du préservatif, sans situer la place du dépistage dans la démarche préventive, a pu apparaître en contradiction avec l'esprit même du concept de prévention combinée. Il restera au Conseil national du sida à veiller à ce que ce Plan ambitieux, ayant finalement intégré dans certaines de ses parties des modifications de paradigme suggérées depuis de nombreuses années pour lutter plus efficacement contre l'épidémie de VIH/sida, puisse avoir les moyens de son ambition.

PROPHYLAXIE PRÉEXPOSITION (PrEP)

Saisi en 2011 sur l'intérêt éventuel de la prophylaxie préexposition au VIH, le Conseil s'est attaché à replacer ce nouvel outil potentiel dans le contexte d'une approche renouvelée de la prévention. Cette approche de prévention combinée, articulant l'ensemble des outils de

prévention (modification de comportement, utilisation du préservatif, dépistage, prise en charge médicale et traitement des personnes infectées...), nécessite avant tout une reconstruction globale du discours et des dispositifs de prévention. L'ensemble de ces éléments plaide en faveur de l'expérimentation et du développement de structures de type « centre de santé sexuelle ». Ces structures, qui restent à créer, pourraient constituer un cadre favorable à des approches communautaires tout en restant ouvertes à tous et rassembler l'ensemble des ressources techniques et humaines nécessaires, pour la prise en charge proprement médicale et les besoins en termes d'écoute, de conseil et d'accompagnement dans le domaine de la prévention et de la sexualité.

Compte tenu de la nécessité de la prise en charge des populations les plus vulnérables citées dans le Plan national de lutte contre le sida, le Conseil a souhaité identifier les obstacles et contourner les contradictions qu'il pouvait y avoir dans l'élaboration des politiques publiques. À ce titre, il a essayé de développer les argumentaires pour s'opposer à la modification de l'article « L313-11 11.° du Code de l'entrée du séjour des étrangers et du droit d'asile » dans le projet de loi 2 400 « *Immigration, intégration et nationalité* ». Il a considéré que l'impact prévisible en termes de droit des personnes concernées, de santé publique et de maîtrise des dépenses de santé, était négatif par rapport à ses objectifs. En effet, la restriction au droit de séjour pour raison médicale, outre le risque pour la santé individuelle, peut représenter des risques pour la santé publique, notamment en termes de diffusion de maladies transmissibles. Elle n'occasionne en aucun cas une économie puisqu'elle entraîne un report de charges au sein du système de protection sociale français, et risque au contraire d'augmenter le coût lié à des prises en charge tardives des maladies. Malgré cet avis, la loi a été votée. Seule une circulaire du ministère de la Santé a permis de préserver le droit des personnes infectées par le VIH de continuer à bénéficier du droit au séjour pour raison médicale.

USAGERS DE DROGUES

Concernant les politiques de santé des drogues et des addictions, et particulièrement celle de réduction des risques, le Conseil a pu faire le constat que, malgré une inscription dans la loi et le développement de traitements de substitution aux opiacés, les propositions de ces traitements demeurent encore insuffisamment diversifiées. En outre, certaines populations ne sont pas suffisamment couvertes, notamment les femmes, les jeunes et, particulièrement, les personnes sous main de justice qui ne bénéficient pas de l'ensemble des dispositifs de réduction des risques accessibles en milieu libre, en particulier les programmes d'échanges de seringues. Quant aux dispositifs destinés à encadrer l'injection de manière supervisée et médicalisée, expérimentés avec succès dans plusieurs pays, ils n'ont pas fait l'objet d'une évaluation en France, y compris à titre expérimental.

La politique répressive mise en place ces dernières années, en particulier celle destinée aux usagers simples, n'a pas fait la preuve de son efficacité sur la limitation de l'usage, son coût dépasse très largement celui de la prise en charge et met en danger le fonctionnement optimal des dispositifs de réduction des risques. Afin de concilier les objectifs de promotion de la réduction des risques et de diminution de la consommation des drogues, le Conseil a recommandé de procéder à l'évaluation des politiques relatives aux drogues, particulièrement celle de l'impact de l'interdiction de l'usage et de la détention de produits stupéfiants sur la stratégie de réduction des risques. Au regard de cette évaluation, le Conseil a souhaité que les pouvoirs publics puissent examiner l'opportunité d'une reformulation de la loi en matière de stupéfiants, particulièrement en ce qui concerne le traitement pénal des simples usagers de drogues illicites.

PROSTITUTION

En ce qui concerne l'activité prostitutionnelle, elle a connu ces dernières années de profondes mutations. La modification du cadre législatif et réglementaire a été accompagnée d'une diversification des pratiques, d'une évolution des trajectoires et des origines des personnes prostituées, et d'un déplacement des lieux d'exercice. Ces évolutions ont été synonymes d'une plus grande exposition aux violences, à l'isolement, aux difficultés administratives et sociales, marquées par une dégradation globale des conditions de vie et d'exercice des personnes prostituées. Ces conditions fragilisent considérablement l'accès à la prévention et aux soins, et majorent l'exposition à l'ensemble des risques sanitaires. Bien que la loi pour la sécurité intérieure pénalisant le racolage ait prévu dans son article 52 une évaluation annuelle de l'évolution démographique, sanitaire et sociale des personnes prostituées, aucun rapport circonstancié n'a été réalisé dans ces domaines.

Il est alors apparu au Conseil que, pour compenser le retard accumulé en France en matière d'accompagnement et de suivi des personnes prostituées, et pour leur assurer un accès effectif à la prévention et aux soins, il est éteé nécessaire de leur garantir un ensemble de droits identiques à ceux de la population tout en leur reconnaissant une compétence spécifique en matière de prévention. Pour cela, il est nécessaire de mettre en œuvre une véritable concertation interministérielle susceptible de garantir l'application cohérente et unifiée de ces droits sur tout le territoire. Compte tenu de l'ensemble des problèmes et besoins exprimés par les personnes prostituées, il est apparu opportun de promouvoir une approche globale permettant d'offrir des services adaptés tant en ce qui concerne la santé sexuelle, l'accès au matériel de prévention, au dépistage, aux traitements postexposition, à la prise en charge des IST mais aussi aux soins de santé primaire, à l'accompagnement social et souvent à l'interprétariat et à la médiation culturelle. Un financement pérenne des structures associatives susceptibles d'assurer cette approche globale, ainsi qu'un renforcement des actions communautaires assurant la médiation, les actions de prévention et de formation apparaissent nécessaires.

FINANCEMENTS INNOVANTS

L'action internationale a toujours représenté pour le Conseil un enjeu d'une haute importance, d'autant que, en partie sous son impulsion, la France s'est engagée au plus haut niveau de l'État dans le plaidoyer et le soutien en faveur de l'accès universel au traitement, en particulier dans les pays à ressources limitées. Ce soutien, marqué par une contribution importante au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, ainsi que la création de financements innovants tels que la taxe sur les billets d'avion, a permis de faire bénéficier de traitement à plus de six millions de personnes dans le monde. Cependant, l'accès aux soins et au traitement, qui représente un intérêt majeur pour les personnes en bénéficiant, présente également un intérêt collectif dans la mesure où le traitement des personnes contaminées permet une réduction très significative du risque de transmission du VIH, condition importante pour parvenir à une baisse conséquente des nouvelles contaminations.

Il s'agit donc pour la communauté internationale d'assumer ses responsabilités et ses engagements pour garantir l'accès universel au traitement antirétroviral promis pour 2015. Cependant, alors que les besoins augmentent, la situation économique mondiale conduit à une stagnation voire une diminution des ressources depuis 2009. C'est la raison pour laquelle le Conseil a pu proposer que la France reprenne son rôle de leader dans le plaidoyer international de la lutte contre cette pandémie en plaidant :

- pour une pérennité et une programmation d'investissements pluriannuels à un niveau suffisant pour infléchir l'incidence de l'épidémie ;

- pour une mobilisation des ressources financières complémentaires et combinées allant de l'aide publique au développement à des financements innovants diversifiés associés à un mécanisme à fort rendement financier tels que les taxes sur les transactions financières ;
- pour une action en faveur de la baisse des prix des médicaments grâce à la mise en œuvre des dérogations aux règles relatives de la propriété intellectuelle accordées aux états à revenu limité ;
- pour un renouvellement de la gouvernance mondiale sous l'égide d'ONUSIDA et une coopération renforcée entre l'Organisation mondiale de la santé et l'Organisation mondiale du commerce.

LE CONSEIL NATIONAL DU SIDA : UNE INSTANCE ORIGINALE À PRÉSERVER

Au terme de huit années de présidence, il me paraît possible d'en tirer quelques enseignements. Le Conseil national du sida, créé en 1989, a reçu pour mission de donner des avis aux pouvoirs publics sur tout ce qui concerne le sida et la société. Initialement très orienté vers des considérations éthiques qui représentaient l'enjeu principal de la lutte contre le sida dans les premières années, il s'est penché de plus en plus fréquemment sur des recommandations visant à orienter les politiques publiques. Contrairement à d'autres commissions administratives, le Conseil national du sida n'a, en son sein, aucun représentant de l'administration ni des pouvoirs publics, ce qui le rend en principe indépendant de toute pression extérieure. Cependant, il ne bénéficie pas des pouvoirs confiés aux autorités administratives indépendantes, qui disposent d'une autonomie financière avec des budgets conséquents, de moyens d'investigation et parfois même de capacités de sanction. Il peut bien entendu être saisi par les pouvoirs publics, mais également être interpellé par toute personne, groupe ou association qui souhaite lui soumettre une question relative à son objet ; il a également la faculté de s'autosaisir.

Outre son indépendance, sa force réside dans sa composition. Le Conseil est constitué de personnalités représentatives de la société civile désignées par les institutions. Les spécialistes du sida ne représentent qu'une minorité, et des compétences dans des secteurs très variés se présentent au Conseil : courants philosophiques et religieux, sciences politiques, sociologie, anthropologie, économie, droit, histoire, etc. La possibilité d'auditionner des experts ou acteurs d'un domaine d'intérêt permet aussi d'enrichir considérablement l'expertise. C'est la complémentarité des éclairages et la diversité des opinions qui fait la richesse des débats, et des avis qui en découlent. Cette diversité contribue à diffuser largement le discours, en passant par le prisme des différentes sensibilités qui s'expriment au sein du Conseil. Ce sont ces éclairages variés qui créent aussi le ciment entre les membres du Conseil qui, bien que bénévoles et occupés à bien d'autres tâches, ont participé avec une assiduité étonnante, au cours de nombreuses commissions et séances de travail, à l'élaboration des avis et rapports émis pendant cette période.

Les avis du Conseil national du sida ne sont cependant que naturellement consultatifs. Son pouvoir repose sur la conviction et l'influence. Ce n'est que lorsqu'il est alimenté par une documentation et une argumentation rigoureuse, basée sur les faits, qu'il peut emporter l'assentiment. Tout au long des années, ce n'est que lorsque les associations ou d'autres instances (Haute autorité de santé, Cour de comptes, Haut Conseil de la santé publique...) se sont appropriés les avis, convaincus par la force de l'argumentation, que ceux-ci ont finalement abouti à des prises de décisions.

La légitimité et la pérennité du Conseil national du sida sont parfois questionnées par les membres eux-mêmes. Mais l'épidémie d'infection par le VIH continue de progresser dans le

monde, y compris en France, où le nombre total de personnes infectées est en progression continue, et où le nombre de nouvelles contaminations n'a toujours pas entamé de décroissance. Pourtant, sans attendre un très hypothétique vaccin, les moyens pour contrôler l'épidémie existent dès aujourd'hui.

Il est d'ailleurs probable que le jour où un vaccin aura montré son efficacité, il faudra plus de temps pour le mettre à disposition de tous ceux qui en ont besoin qu'il n'en aura fallu pour le réaliser. Les moyens techniques ne sont jamais suffisants s'ils ne sont pas accompagnés d'une forte volonté politique, de mobilisation de moyens financiers et humains et de défense des droits des personnes. C'est dans la déclinaison de ces principes que le travail du Conseil trouve sa légitimité. Hésitation, immobilisme, préjugés, déni persistent ici et ailleurs, à l'origine de réponses insuffisantes ou inadaptées.

La valeur exemplaire de la lutte contre le sida a souvent été évoquée. L'absolue nécessité d'une réponse globale, médicale mais aussi sociale, psychologique, éthique et sociétale n'en a pas été le moindre des enseignements. Cette conception portée par le Conseil mériterait d'être adoptée par d'autres instances dont l'objet est de se confronter aux problèmes de santé de la population.

C'est pour ces raisons, tant que l'épidémie d'infection par le VIH croît, et qu'aucune autre instance indépendante n'est conçue pour y apporter une réponse globale, que le CNS doit poursuivre son travail.

Professeur Willy Rozenbaum
Président du Conseil national du sida de 2003 à 2011

**LES AVIS, RAPPORTS ET RECOMMANDATIONS
DU CONSEIL NATIONAL DU SIDA**

AVIS CONJOINT DU CONSEIL NATIONAL DU SIDA ET DE LA CONFÉRENCE NATIONALE DE SANTÉ RELATIF AU PROJET DE PLAN NATIONAL VIH/SIDA -IST 2010-2014

Le présent *Avis conjoint* a été adopté le 17 juin 2010 à l'unanimité des membres présents du Conseil national du sida et à l'unanimité des membres du bureau de la Conférence nationale de santé moins une voix.

COURRIER DE SAISINE



Direction générale de la santé

Sous direction *Prévention des risques infectieux*
Bureau infections par le VIH, IST et hépatites

Paris le, 14 MAI 2010

DGS/SDR12/ N° 224

Personnes chargées du dossier :
Bernard Fallu / Laurence Caté
Tél. : 01.40.56.55.31 ou 79.60
Fax : 01.40.56.78.00
Email : bernard.fallu@sante.gouv.fr
laurence.cate@sante.gouv.fr

Le directeur général de la santé

A

Monsieur Christian SAOUT
Président de la Conférence nationale de santé
14, avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP

Monsieur le Pr Willy ROZENBAUM
Président du Conseil National du sida
39-43 Quai André Citroën
75902 Paris Cedex 15

OBJET : Consultation sur le projet de plan national de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014

PJ : document stratégique VIH-SIDA-IST plan national 2010-2014 « nouveaux contextes, nouveaux enjeux »

Le précédent programme national de lutte contre le VIH/Sida et les IST couvrait la période 2005-2008.

Une approche stratégique nouvelle a été mise en place pour la construction du 5^{ème} plan pluri-annuel de lutte contre le VIH et les IST conçu pour couvrir la période 2010-2014. La Direction générale de la santé a constitué en juin 2009 un Comité de pilotage (composé des directions d'administrations centrales du ministère de la santé, autres ministères, agences sanitaires, associations têtes de réseaux, sociétés savantes, personnalités qualifiées) chargé de faire des propositions à la ministre de la santé pour l'élaboration de ce futur Plan national de lutte contre le VIH et les IST. Ce comité a validé le principe d'une approche populationnelle (populations des DOM, des Lesbiennes Gais Bisexuels et Transsexuels –dit LGBT-, Migrants, Personnes en situation de vulnérabilité) et s'est fondé sur les propositions issues de groupes de travail par population. La préparation du plan s'est appuyée sur une expertise pluridisciplinaire, interministérielle, associant l'ensemble des acteurs œuvrant dans le champ du VIH-IST. Cette construction collégiale et participative s'est faite sur la base des constats de l'évaluation du plan précédent, des recommandations de la Haute autorité de santé, du rapport d'expertise dirigé par le Pr Yeni, des avis du Conseil national du sida, du rapport de Mme Lert et M. Pialoux sur les nouvelles méthodes de prévention, des recommandations du rapport de la Cour des comptes et d'un état des lieux remonté par les professionnels et associations de terrain.

La ministre de la santé a précisé cette démarche lors de sa conférence de presse du 27 novembre 2009, relative à la journée mondiale de lutte contre le sida.

Par la suite, une phase de consultation inter directionnelle et interministérielle sur les premières orientations du plan a été menée par mes services entre décembre 2009 et janvier 2010. Suite à ces consultations la rédaction et le chiffrage du plan ont été engagés.

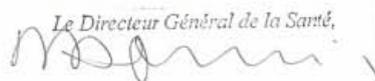
Dans ce contexte, je souhaite que la Conférence nationale de santé et le Conseil national du Sida puissent se prononcer conjointement sur les orientations stratégiques du futur plan VIH-IST, ainsi que sur les méthodes de construction et la gouvernance de ce plan.

Le projet de plan est en cours de validation par le Cabinet de la ministre en charge de la santé. Une présentation du plan sera réalisée lors de la réunion du bureau de la Conférence nationale de santé du 18 mai, à laquelle les membres du Conseil national du sida sont invités ; nous vous adressons dans un premier temps à cet effet le document stratégique VIH-SIDA-IST plan national 2010-2014 « nouveaux contextes, nouveaux enjeux ».

Tenant compte de cette étape de validation, il est prévu que le plan dans sa globalité vous soit adressé dans un deuxième temps entre le 7 et le 14 juin dans la perspective que vos deux instances, comme cela a été proposé par le Cabinet de la ministre, puissent émettre un avis conjoint sur le plan. J'attacherai du prix à ce que la Conférence nationale de santé et le Conseil national du Sida puissent délivrer leur avis sur le plan d'ici à la fin juin. En effet, il est envisagé une publication du plan pour la mi-juillet afin de pouvoir être disponible pour la 18^{ème} Conférence internationale sur le sida qui se tiendra à Vienne du 18 au 23 juillet 2010.

Les services de ma direction se tiennent à votre disposition pour vous apporter toute l'aide nécessaire à l'organisation des travaux partagés et à la production de l'avis de la Conférence nationale de santé et du Conseil national du sida.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Directeur Général de la Santé,


Pr Didier HOUSSIN

PRÉAMBULE

Dans un courrier en date du 14 mai 2010, le directeur général de la santé a saisi la Conférence nationale de santé et le Conseil national du sida en leur demandant de se prononcer conjointement sur les orientations stratégiques du futur plan VIH-IST 2010-2014, ainsi que sur la méthode de construction et la gouvernance de ce plan d'ici fin juin, afin de permettre sa présentation lors de la conférence internationale sur le sida organisée par l'International Aids-Society (IAS), à Vienne (Autriche), du 18 au 23 juillet 2010.

En application du Code de la santé publique³, la Conférence nationale de santé et le Conseil national du sida doivent être consultés par le Gouvernement lors de l'élaboration du plan national VIH-IST.

À titre préalable, les deux instances souhaitent émettre deux observations sur les conditions de leur consultation.

La Conférence nationale de santé et le Conseil national du sida ont eu connaissance d'un document stratégique du plan national annexé au courrier de saisine du 14 mai. Le plan dans sa globalité devait être envoyé aux deux instances avant le 15 juin selon le même courrier. À ce jour, aucun document n'est parvenu à la Conférence nationale de santé et au Conseil national du sida. Les deux instances peuvent donc se prononcer **uniquement sur un document stratégique**. Celui-ci ne porte aucune indication sur de nombreux aspects décisifs du plan, en particulier les programmes populationnels et le volet consacré aux infections sexuellement transmissibles (IST).

La Conférence nationale de santé et le Conseil national du sida ont été saisis conjointement dans **des délais très courts**. Afin de se réunir en formation délibérante, les deux instances ont pu conjointement disposer de la séance plénière de la Conférence nationale de santé, le 10 juin, et de la séance plénière du Conseil national du sida le 17 juin.

La communication partielle du plan et le délai d'examen proposé par les pouvoirs publics n'ont pas permis aux deux instances d'exercer pleinement leurs compétences. L'examen du document stratégique a cependant suscité **suffisamment d'appréciations convergentes** relatives aux grandes orientations du plan pour qu'il apparaisse pertinent à la Conférence nationale de santé et au Conseil national du sida de rendre un avis conjoint sur cette seule base. Les deux instances se réservent néanmoins la possibilité de compléter leurs observations, conjointement ou séparément, lors de la présentation du plan national ou lors de sa mise en œuvre.

En outre, la Conférence nationale de santé et le Conseil national du sida adressent leur avis au directeur général de la santé et, à travers lui, à l'ensemble des autorités politiques du pays. La politique de lutte contre l'infection à VIH/sida et les IST relève de **nombreux secteurs ministériels**, en particulier la santé, la coopération, l'intérieur et l'immigration, la justice, le budget, l'Outre-mer, et nécessite un *leadership* et une **mobilisation politique de tout premier plan**.

Le constat dressé conjointement par la Conférence nationale de santé et le Conseil national du sida dans le présent avis est sévère. En l'état du projet, **le plan national 2010-2014 ne définit pas une politique publique efficace face aux défis actuels de la lutte contre le VIH et les**

³ Article L.1411-3 pour la Conférence nationale de santé, article D.3121-1 pour le Conseil national du sida.

IST. Les trois enjeux essentiels que constituent la **politique de dépistage** et d'accès précoce au traitement, la nécessaire **mise en cohérence des différentes politiques publiques** et enfin **l'engagement international de la France** dans la lutte contre la pandémie font l'objet de réponses que les deux instances ne peuvent juger que très insuffisantes. Au surplus, la **gouvernance** proposée pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du plan soulève de nombreuses interrogations.

Dans chacun de ces quatre domaines abordés successivement, la Conférence nationale de santé et le Conseil national du sida ont tenu à assortir leurs observations de recommandations précises, afin de contribuer utilement à **une révision en profondeur du projet de plan national** que les deux instances estiment **indispensable**.

I. DÉPISTAGE ET TRAITEMENT : UN PLAN TIMORÉ, QUI NE SE DONNE NI L'AMBITION, NI LES MOYENS DE FAIRE RÉGRESSER L'ÉPIDÉMIE

UNE ÉPIDÉMIE TOUJOURS DYNAMIQUE, DES RETARDS AU DIAGNOSTIC ET A LA PRISE EN CHARGE PERSISTANTS

La situation épidémiologique de la France est caractérisée par une **incidence de l'ordre de 7 000 à 8 000 nouvelles contaminations par an**⁴, qui, selon les données exploitées et la méthodologie d'estimation, apparaît globalement stable ou possiblement en légère diminution au cours des cinq dernières années⁵. La prévalence était estimée fin 2008 entre **135 000 et 170 000 personnes infectées**⁶.

Le fait le plus saillant est toutefois le **caractère concentré de l'épidémie**, certains groupes de population les plus exposés au risque connaissant une prévalence et des taux d'incidence de l'infection extrêmement élevés, signes d'une forte dynamique de l'épidémie en leur sein. La population des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), qui concentre 40 à 50 % de l'ensemble des nouvelles contaminations, enregistre un taux d'incidence de 1 % par an. Chez les HSH fréquentant des établissements de convivialité *gays* parisiens, la prévalence de l'infection atteint 17,7 % selon une enquête menée en 2009⁷. Des taux d'incidence très supérieurs à la moyenne sont également constatés chez les migrants d'origine subsaharienne et les usagers de drogues injectables (UDI)⁸. Les disparités régionales, enfin, sont très marquées, faisant apparaître les départements français d'Amérique et l'Île-de-France comme les régions les plus touchées par l'épidémie. Le département de la Guyane, avec une prévalence de plus de 1 % chez les femmes enceintes, doit être considéré en situation d'épidémie généralisée au regard des définitions internationales.

La relative stabilité du nombre total des nouvelles contaminations **ne permet en aucun cas de conclure à une stabilisation de l'épidémie en France**. Le simple maintien d'un niveau important de transmissions de l'infection, associé à l'allongement de l'espérance de vie des personnes infectées induit par les traitements efficaces, conduit à une **augmentation**

⁴ *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH - Rapport d'experts 2010*, à paraître (juillet 2010).

⁵ Estimations INSERM (méthode par rétrocalcul)/estimations InVS (méthode directe).

⁶ *Rapport d'expert 2010, op. cit.*

⁷ Enquête Prévagay, InVS.

⁸ Estimations InVS du taux d'incidence en 2008 :

Population considérée	Taux d'incidence (nb de nouvelles contaminations pour 100 000 personnes par an)
Population totale	17 /100 000/an
HSH	1 000 /100 000/an
Migrants d'origine sub-saharienne	240 /100 000/an
UDI	91 /100 000/an

constante de la prévalence du VIH dans la population, comme l'attestent différents indicateurs.⁹

L'un des facteurs essentiels de la dynamique de l'épidémie est la **proportion de personnes infectées non dépistées**. En regard du nombre de nouvelles contaminations, estimé entre 7 000 et 8 000 par an, l'activité de dépistage du VIH a permis environ 6 500 découvertes de séropositivité en 2007 comme en 2008¹⁰, suggérant ainsi que le nombre de personnes infectées qui ignorent leur statut sérologique tend à augmenter régulièrement. Ce nombre était évalué, fin 2008, aux alentours de 50 000¹¹, soit entre 30 et 40 % de l'ensemble des personnes infectées.

Cette situation se traduit **par un retard au diagnostic et à la prise en charge médicale** de l'infection aux effets délétères. La proportion de personnes découvrant leur infection au stade sida et/ou avec un taux de CD4 inférieur à 200/mm³ tend certes à diminuer, mais reste considérable¹². Au-delà de ces cas de prise en charge très tardive, il convient cependant aujourd'hui d'apprécier plus largement la notion de retard au diagnostic, en se fondant sur les recommandations d'initiation du traitement en vigueur. Actuellement, en raison d'un bénéfice thérapeutique démontré, il est formellement recommandé d'initier un traitement à tout patient dont le taux de CD4 est inférieur à 350 CD4/mm³. En 2008, environ **50 % des personnes dépistées** avaient un taux de CD4 inférieur à ce seuil et apparaissaient donc en **situation de retard au diagnostic et à la mise au traitement**¹³, avec pour conséquence **une morbidité et une mortalité considérablement accrues**. Les recommandations devraient en outre évoluer prochainement dans le sens d'une initiation encore plus précoce du traitement, dont le bénéfice est désormais démontré. Cette évolution augmentera encore la proportion, déjà très considérable, de personnes dont l'accès au traitement est retardé, et par conséquent non optimal, faute d'avoir été diagnostiquées suffisamment tôt.

Enfin, le retard au diagnostic n'affecte pas de la même façon les différents groupes de population. Si le retard au dépistage est relativement moindre chez les HSH, ou dans une certaine mesure chez les femmes par l'effet de la proposition systématique de dépistage lors de la grossesse, il apparaît particulièrement marqué dans **des groupes de population ne se considérant pas comme exposés au risque**. Ainsi, en dépit du caractère concentré de l'épidémie en France métropolitaine, la question du retard au dépistage et à l'accès au traitement se pose avec une acuité particulière en dehors des groupes traditionnellement ciblés par les interventions en faveur de la prévention et du dépistage, de façon diffuse au sein de la population dite générale.

UN CHANGEMENT DE PARADIGME INDISPENSABLE : REDÉFINIR LA STRATÉGIE DE LUTTE CONTRE L'ÉPIDÉMIE AUTOUR DU DÉPISTAGE ET DU TRAITEMENT

Un dépistage et un accès au traitement tardifs entraînent, au plan individuel, **une perte de chances thérapeutiques** considérable. Sur le plan collectif, le bénéfice d'un dépistage et d'un accès au traitement précoces est largement démontré : d'une part, la connaissance par les personnes infectées de leur statut sérologique **favorise l'adoption de comportements de prévention** ; d'autre part, le traitement, en réduisant la quantité de virus dans le sang, réduit très puissamment le risque de transmission secondaire du virus.

⁹ Estimations fondées sur le nombre de nouvelles contaminations minoré par le nombre de décès, ou encore sur l'évolution du nombre de patients pris en charge au titre de l'ALD 7 (infection par le VIH et sida).

¹⁰ Données InVS.

¹¹ Intervalle plausible entre 32 000 et 68 000 personnes. (Source : *Rapport d'experts 2010, op. cit.*)

¹² Données FHDH-ANRS C04. Entre le début des années 2000 et 2008, la proportion de personnes dépistées au stade sida ou avec un taux de CD4 < 200/mm³ est passée d'environ 28 % à environ 22 %.

¹³ Estimations convergentes InVS et INSERM.

Réduire la proportion de personnes infectées qui l'ignorent pour augmenter la proportion de personnes traitées précocement (« dépister plus et mieux pour traiter plus et plus tôt») doit par conséquent constituer la **priorité absolue de l'action publique**, tant dans l'objectif de réduire la morbidité et la mortalité et ainsi améliorer l'espérance et la qualité de vie des personnes infectées, que dans une perspective de santé publique, en termes de contrôle de l'épidémie. Améliorer la précocité du diagnostic et de l'accès au traitement ouvre la possibilité d'enrayer puis de **faire régresser l'épidémie, en France comme dans le monde**. La puissance des traitements actuels et futurs, par leur impact sur la transmission secondaire, peut permettre de réduire l'incidence dans des proportions suffisantes pour obtenir à terme une réduction de la prévalence. Cet effet ne peut cependant être obtenu qu'à la condition d'augmenter suffisamment la proportion de personnes diagnostiquées et traitées au sein de la population des personnes infectées¹⁴.

Ces objectifs font consensus parmi l'ensemble des experts et acteurs au niveau mondial comme français. L'effort, dans un pays comme la France, où les traitements sont largement accessibles et bien pris en charge par le système de protection sociale, doit porter principalement sur **l'amélioration des performances du système de dépistage**, afin de diagnostiquer davantage de personnes infectées et d'assurer un relais sans failles du diagnostic vers le système de soins. En second lieu, et dans la même perspective, les objectifs des messages de prévention doivent être redéfinis pour intégrer et promouvoir le bénéfice de la connaissance par chacun de son statut sérologique, et, pour les personnes infectées, d'un accès précoce au traitement.

La politique et le dispositif de dépistage français n'ont pas significativement évolué depuis leur formulation à la fin des années 1980, alors que le contexte épidémique et thérapeutique s'est profondément transformé. Dans ce domaine, comme l'a récemment démontré la Cour des Comptes, l'immobilisme prédomine depuis plusieurs années, **en dépit des expertises convergentes** (ANAES 2000, CNS 2006 et 2009, rapport national du groupe d'experts 2008, HAS 2009) et des recommandations des différentes institutions internationales (OMS, ONUSIDA).

C'est par conséquent **une véritable redéfinition** de cette politique et du dispositif qui doit s'imposer aujourd'hui pour parvenir à **un changement d'échelle** en matière de dépistage. Chaque année de retard supplémentaire dans la mise en œuvre d'un système de dépistage plus performant est synonyme de nouvelles contaminations, de complications au décours de l'infection et de décès prématurés qu'un dépistage et une prise en charge plus précoces auraient permis d'éviter¹⁵.

Dans le prolongement des préconisations en matière de dépistage formulées par le CNS en 2006¹⁶, le travail exhaustif conduit par la Haute autorité de santé (HAS) et rendu public en octobre 2009¹⁷ présente des recommandations très précises à mettre en œuvre dans ce domaine. Si le recours volontaire au dépistage, fondement de la politique de dépistage menée jusqu'ici, doit continuer d'être encouragé et renforcé, la HAS préconise surtout de **nouvelles stratégies** visant à proposer systématiquement le test de dépistage d'une part à l'ensemble de la population, d'autre part à un rythme régulier en direction de groupes de population ciblés. La HAS a notamment procédé à une évaluation économique qui a démontré que le rapport entre le coût des mesures préconisées et leur efficacité est favorable.

¹⁴ Conseil national du sida, *Avis suivi de recommandations sur l'intérêt du traitement comme outil novateur de la lutte contre l'épidémie d'infections à VIH*, 9 avril 2009.

¹⁵ Les personnes prises en charge au stade sida ou à un taux de CD4 inférieur à 200/mm³ ont un risque de décès à six mois multiplié par 14. À quatre ans, 13,9 % d'entre elles sont décédées, contre 3 % des personnes prises en charge précocement.

¹⁶ Conseil national du sida, *Rapport suivi de recommandations sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France*, 16 novembre 2006.

¹⁷ Haute autorité de santé, *Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositifs de dépistage. Recommandations en santé publique*, octobre 2009.

UN PROJET DE PLAN PEU AMBITIEUX SUR LA QUESTION ESSENTIELLE DU DÉPISTAGE, ET QUI NE REPREND QUE PARTIELLEMENT LES RECOMMANDATIONS DE LA HAS

La Conférence nationale de santé et le Conseil national du sida estiment que le document stratégique qui leur a été soumis ne donne pas à la priorité que constitue l'amélioration de l'efficacité du dépistage et de la précocité de l'accès au traitement une **prééminence** et une **lisibilité** à la hauteur des enjeux. Les interventions envisagées, très en retrait des recommandations de la HAS sur des points essentiels, apparaissent avant tout dans la continuité de la politique et du dispositif actuels et ne sont pas de nature à mettre en œuvre le véritable changement de paradigme et d'échelle attendu.

À la lecture du document stratégique, l'impression prévaut que l'on se satisfait d'une baisse très relative, limitée à certains groupes de population, du nombre de nouvelles contaminations en France. Il s'agit à tout le moins d'une **interprétation abusive des données disponibles**, qui ne permettent en aucun cas d'affirmer « une incidence à la baisse depuis 10 ans » comme l'affirme un titre du document stratégique¹⁸. La hausse constante de la prévalence est constatée sans que l'objectif ni les moyens de la faire baisser à terme ne soient évoqués. Des constats sur l'importante proportion de personnes infectées non diagnostiquées et sur le retard au diagnostic sont également opérés, mais là encore sans reconnaître la priorité à ce défi majeur de santé publique.

L'orientation stratégique n° 3, qui traite de ces questions, signale la modestie de ses ambitions dès son titre, « clarifier la prévention et renforcer la politique de dépistage », bien éloigné de la *redéfinition* du discours de prévention et de la politique de dépistage unanimement attendue.

En fait de clarification, les considérations sur la prévention apparaissent surtout indécises : réaffirmant tout à la fois le maintien du cadre conceptuel classique de la prévention (le préservatif reste le socle de la prévention) et la nécessité de développer d'autres approches face à l'échec relatif de cette stratégie, le document énumère le traitement comme outil de prévention, la « prévention positive » et le renforcement du dépistage comme autant d'outils supplémentaires que l'on pourrait se contenter de juxtaposer à l'existant. Le document élude l'enjeu d'une **véritable refonte du discours de prévention**, qui poserait l'objectif d'articuler fortement entre eux ces nouvelles approches et les différents outils disponibles, dont bien évidemment le préservatif. Une place insuffisante est accordée à la question de la **connaissance du statut sérologique** et à son inscription dans une perspective plus globale de santé sexuelle et de construction, par chacun, de stratégies de prévention adaptées à sa situation, ses contraintes, ses besoins.

La principale déception concerne toutefois les préconisations en matière de dépistage. Des deux volets préconisés par la HAS - nouvelles stratégies et renforcement de l'existant - le premier se trouve réduit à la portion congrue.

Pilier essentiel des recommandations de la HAS¹⁹ pour « améliorer la détection précoce de l'infection à VIH et réduire le retard au dépistage », la « **proposition du test de dépistage (...) à l'ensemble de la population âgée de 15 à 70 ans** », et ce « **hors notion d'exposition à un risque de contamination ou caractéristique particulière** », n'a pas été reprise dans le projet de plan. Cette mesure, qui devait reposer sur une vaste mobilisation de multiples acteurs de santé, et particulièrement les médecins généralistes, affichait en outre l'objectif de

¹⁸ On ne dispose pas de données d'incidence comparables entre elles sur les 10 dernières années. La baisse de 22 % du nombre de nouvelles contaminations entre 2003 et 2008 par ailleurs alléguée dans le texte ne peut être, pour différentes raisons méthodologiques, considérée comme statistiquement significative.

¹⁹ Haute autorité de santé, *op.cit.*, synthèse, octobre 2009.

« modifier le regard porté sur le dépistage de l'infection à VIH » et de « promouvoir l'idée que l'amélioration de la connaissance du statut sérologique vis-à-vis du VIH de la population peut être à l'origine de bénéfices importants au niveau individuel comme à l'échelle collective ».

Il convient de rappeler ici que les pouvoirs publics avaient missionné la HAS notamment dans l'objectif de pouvoir fonder leurs décisions en matière de dépistage sur une évaluation de type coût-efficacité. L'abandon de cette mesure apparaît d'autant plus incompréhensible que son caractère coût-efficace a été clairement établi par l'étude de la HAS. Le document stratégique n'apporte aucun élément explicatif sur les raisons de ce renoncement, qui marque le refus des pouvoirs publics de s'engager dans la **stratégie volontariste d'élargissement et de banalisation de l'offre de dépistage** que préconise depuis plusieurs années l'ensemble des instances expertes.

En matière d'offre ciblée de dépistage, soit en direction des groupes de population identifiés comme particulièrement exposés au risque, soit dans certaines circonstances, le document stratégique ne reprend les recommandations formulées par la HAS que partiellement et *a minima*, en restreignant leur portée ou leur champ d'application.

Certes, le principe d'une offre de **dépistage à un rythme annuel** est retenu pour les HSH et les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours de l'année écoulée, ainsi que pour les UDI. Il est également prévu de proposer systématiquement, dans le cadre d'un recours aux soins, un dépistage à un rythme annuel à l'ensemble de la population guyanaise, eu égard à la situation épidémiologique spécifique du département. L'attention particulière ainsi portée à la Guyane mérite d'être soulignée, il est toutefois impossible, en l'absence de toute information sur le programme populationnel spécifique en faveur de l'Outre-Mer, d'apprécier les dispositifs et les moyens prévus pour atteindre l'objectif fixé.

En revanche, **d'autres groupes cibles** pour lesquels la HAS préconise également d'organiser une offre de dépistage à une fréquence régulière, sans toutefois préciser laquelle, ont été écartés : les personnes hétérosexuelles ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois, les populations des autres départements français d'Amérique, les personnes en situation de prostitution, les personnes dont les partenaires sexuels sont infectés par le VIH. De même, la recommandation de **systématiser la proposition de test dans certaines circonstances** particulières (interruption volontaire de grossesse, en cours d'incarcération, en cas de suspicion ou de diagnostic d'IST, d'hépatite B ou C, de tuberculose...) est absente du document stratégique.

En conséquence, la Conférence nationale de santé et le Conseil national du sida recommandent de définir et d'afficher comme objectif prioritaire du plan de **faire régresser très significativement le nombre de nouvelles contaminations dans tous les groupes de population**. Pour y parvenir, le plan doit :

- ambitionner un **véritable changement de paradigme et d'échelle en matière de stratégie de dépistage** et d'articulation nouvelle entre dépistage, traitement et prévention de la transmission ;
- reprendre sans restrictions **l'ensemble des recommandations de la HAS**, en particulier celles visant à **élargir la proposition de dépistage à l'ensemble de la population hors notion d'exposition à un risque de transmission**.

II. MISE EN COHÉRENCE DE L'ENSEMBLE DES POLITIQUES PUBLIQUES AVEC LES IMPÉRATIFS DE SANTÉ PUBLIQUE : UN ENJEU SOUS-ÉVALUÉ, DES PROPOSITIONS INSUFFISANTES

DES CONTRADICTIONS NOMBREUSES DES POLITIQUES PUBLIQUES AU DÉTRIMENT DES POPULATIONS LES PLUS VULNÉRABLES

L'évaluation du plan national 2005-2008, réalisée par la Direction générale de la santé (DGS), ainsi que l'expertise produite par l'ensemble des acteurs engagés dans la lutte contre le VIH/sida depuis plusieurs années, nourrissent avec force le constat de **contradictions croissantes entre des impératifs de santé publique et les autres politiques publiques**, notamment celles relatives aux questions de sécurité et de contrôle de l'immigration. Ces contradictions contraignent fortement le travail de prévention, d'accès aux soins et de réduction des risques mené en direction des migrants et des populations identifiées comme vulnérables dans le nouveau plan 2010-2014 : les personnes détenues, les usagers de drogues et les personnes prostituées.

Les personnes migrantes rencontrent des **difficultés croissantes d'accès aux systèmes de santé** et de couverture sociale, notamment les personnes en situation irrégulière au regard du séjour, y compris lorsque leur état de santé justifie en principe un droit de se maintenir sur le territoire. Les autorisations provisoires de séjour, souvent délivrées à la place de cartes de séjour temporaire, ne permettent pas d'accéder à une couverture sociale suffisante, ni de travailler légalement. L'accès à l'aide médicale d'État (AME) n'est pas offert aux étrangers en situation irrégulière ne pouvant justifier de trois mois de présence sur le territoire. L'AME souffre, par ailleurs, de nombreux problèmes dans son application. L'absence de connaissance du droit à une couverture maladie et des démarches pour l'obtenir ainsi que la lenteur des procédures administratives ralentissent un accès efficace au dispositif. De plus, de nombreux migrants bénéficiant de l'AME ont connu des refus de soins en médecine de ville²⁰. Ces freins sont **sources de retard au dépistage** et à l'accès aux soins aux conséquences graves. En outre, ils accentuent la précarité, facteur le plus important de mauvaise observance du traitement chez les migrants.

Les personnes détenues ne bénéficient pas de conditions de détention satisfaisantes, en particulier les personnes vivant avec le VIH, et disposent d'un **accès limité, et variable** selon les établissements pénitentiaires, aux outils de réduction des risques autorisés par l'administration. La prévention de l'exposition aux risques en matière de sexualité se limite à la proposition de test de dépistage et à la mise à disposition, pas toujours optimisée, de préservatifs lors de la détention. La sexualité des personnes sous main de justice, les violences sexuelles subies par certaines personnes détenues ne sont pas suffisamment prises en compte. La réduction des risques en matière d'usage de drogues demeure limitée et peu homogène sur le territoire²¹ en dépit d'une forte prévalence du VIH/sida et des hépatites constatée à l'entrée de nombreux établissements pénitentiaires²², d'une proportion importante d'usagers de drogues injectables dans la population carcérale et de pratiques clandestines avérées d'injection au sein de certains établissements pénitentiaires. La mise

²⁰ Boisguérin B., Haury B., « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins », *Études et résultats*, n° 645, DREES, juillet 2008.

²¹ Ministère de la Santé et des Sports, *Plan d'actions stratégiques. Prise en charge des personnes détenues*, à paraître.

²² Mouquet M.-C., « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *Études et résultats*, n° 386, DREES, mars 2005.

en œuvre et la généralisation des dispositifs de réduction des risques à l'efficacité et à la faisabilité prouvées tels que les programmes d'échanges de seringues, par ailleurs accessibles en milieu libre, demeurent durablement bloqués.

Les usagers de drogues qui recourent en milieu libre au sniff, à l'inhalation et à l'injection ne bénéficient pas d'une information suffisante et ne disposent d'aucune structure d'accompagnement ou d'encadrement de l'usage en dépit de l'existence de structures de réduction des risques (CAARUD²³) et de prise en charge de l'addiction (CSAPA²⁴). L'absence de diminution des pratiques d'injection d'héroïne, les nouvelles pratiques d'injection de cocaïne, l'augmentation du partage de seringues, du matériel de préparation et de la polyconsommation, en particulier au sein d'un public plus jeune et moins familier de la réduction des risques²⁵, laissent craindre une incidence de l'infection au VHC et au VIH inquiétante²⁶. Les risques de transmission des infections demeurent élevés et confirment la nécessité, en dépit d'une législation peu favorable, de programmes d'information et d'accompagnement puissants et innovants.

Les personnes prostituées subissent depuis le début des années 2000 une très nette dégradation de leurs conditions d'activité liée, pour partie, à la mise en œuvre de la législation sur le racolage. Le durcissement des réglementations, qui contraint les personnes prostituées à des formes de clandestinité, accroît l'exclusion sociale, la stigmatisation et la précarité auxquelles sont plus particulièrement exposées les personnes prostituées migrantes et les victimes de l'exploitation et de la traite des êtres humains. La réglementation en vigueur complique considérablement le travail de prévention, d'accès aux soins et de réduction des risques et fragilise durablement des populations²⁷ au sein desquelles, pour certaines d'entre elles, la prévalence du VIH/sida est plus élevée que pour l'ensemble de la population : personnes prostituées migrantes issues de l'Afrique subsaharienne, HSH, personnes transsexuelles ou transgenres.

Pour l'ensemble des personnes identifiées par le plan, les stratégies de lutte contre l'épidémie de VIH/sida, les hépatites et les IST doivent, pour être efficaces, reposer sur la levée des obstacles légaux, réglementaires et politiques susceptibles d'entraver l'accès à la prévention et aux soins au bénéfice des populations les plus vulnérables et les plus exposées aux risques de transmission.

UN PROJET DE PLAN QUI ÉLUDE LES INCOHÉRENCES ET NE FIXE AUCUN OBJECTIF

Le document stratégique communiqué par le directeur général de la santé ne met aucunement en avant la question de la cohérence entre les politiques de santé et les autres politiques publiques. Un document stratégique doit pourtant faire état du contexte dans lequel l'action publique peut se déployer et des difficultés que les personnes les plus vulnérables et les acteurs de la lutte contre le VIH rencontrent. Le document stratégique doit présenter un ensemble de solutions, en réponse aux contraintes, en termes d'actions et de coordination. Sur ce dernier point, le plan affiche un souci de coordination avec les autres

²³ Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues, créés par la loi n° 2004-806 du 4 août 2004.

²⁴ Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie, créés par le décret n° 2007-877 du 14 mai 2007.

²⁵ OFDT, *Prévalence de l'usage problématique de drogues en France - estimations 2006*, juin 2009.

²⁶ Enquête « Coquelicot » in *BEH* n° 33, 5 septembre 2006.

²⁷ Guillemaut F. (dir.), *État des lieux des actions de prévention VIH auprès des personnes prostituées : étude préliminaire sur Toulouse, Lyon, Paris, Rennes*, décembre 2008.

ministères dans son orientation n° 4, mais le texte demeure très flou sur les prérogatives du ministre en charge de la santé en matière de pilotage de la coordination.

Le plan national VIH/sida-IST devrait promouvoir **le droit effectif et universel à la santé**, à une couverture sociale suffisante, à des conditions de vie et d'hébergement compatibles avec le soin, à l'ensemble des dispositifs existants de prévention, de réduction des risques, de prise en charge et d'accompagnement adaptés aux différentes problématiques d'exposition aux risques, de suivi thérapeutique et d'insertion sociale rencontrées par les personnes, en particulier les plus vulnérables.

La Conférence nationale de santé et le Conseil national du sida recommandent :

- une **mise en cohérence de l'action publique** entre les politiques de santé et les autres politiques publiques, notamment en matière d'immigration, de sécurité, de justice, de logement, d'emploi ;
- une **concertation et une collaboration renforcées**, où prévalent les intérêts de la santé publique, entre les ministères d'une part et les directions d'administration d'autre part ;
- une **meilleure prise en compte des études d'impact** de l'action publique, en particulier les évaluations relatives aux difficultés rencontrées par les acteurs de la lutte contre le VIH/sida en l'état actuel de la législation.

III. ACTION DE LA FRANCE AU PLAN INTERNATIONAL : UN ENJEU ABSENT DU PLAN, CONFIRMANT LA PERTE DE LEADERSHIP DE LA FRANCE DANS LA MOBILISATION MONDIALE CONTRE LA PANDÉMIE

UN CONTEXTE PEU FAVORABLE POUR ATTEINDRE L'OBJECTIF DE L'ACCÈS UNIVERSEL AU TRAITEMENT

Le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde est estimé à 33,4 millions et a triplé en vingt ans. Approximativement 2,7 millions de personnes ont été infectées en 2008 et le nombre de décès imputables à une maladie liée au sida est estimé à 2 millions pour 2008²⁸. L'accès aux traitements antirétroviraux a été multiplié par 10 entre 2003 et 2008 : 42 % des 9,5 millions de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et éligibles au traitement dans les pays à ressources faibles ou intermédiaires ont pu bénéficier d'un accès au traitement en 2008 contre 7 % en 2003²⁹. Néanmoins, **l'objectif d'accès universel aux traitements à l'horizon 2010 n'a pas été atteint** et 5 millions de personnes étaient privées de traitement en 2008 dans les pays à ressources limitées en dépit d'une mobilisation de premier plan.

Les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) des Nations unies ont accordé en septembre 2000 une place centrale à la lutte contre le VIH/sida pour le XXI^e siècle. Par ailleurs, en 2005, lors du sommet de Gleneagles, les États membres du G8 se sont engagés à parvenir à un accès universel aux traitements à l'horizon 2010. L'année suivante, les États membres des Nations unies ont adopté dans le cadre de l'UNGASS (Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies) une déclaration politique qui renforce les OMD et précise l'engagement en faveur de mesures exceptionnelles destinées à s'approcher de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH en 2010. Les contributions financières des États du G8 aux différents programmes multilatéraux et bilatéraux n'ont pas été à la hauteur des objectifs fixés par ces mêmes pays. Au surplus, **au titre des conséquences de la crise financière**, l'aide bilatérale de nombreux États donateurs accuse une baisse, les programmes nationaux VIH/sida diminuent dans de nombreux États à ressources limitées particulièrement touchés³⁰ et les produits des financements innovants, en particulier la contribution de solidarité sur les billets d'avion, stagnent.

Les besoins au plan international sont pourtant considérables. L'amélioration de la couverture thérapeutique contribue à une augmentation du nombre de personnes vivant avec le VIH et nécessitant un traitement à vie. L'objectif de dépistage et de traitement précoce entraîne, en outre, l'augmentation de moitié du nombre de personnes éligibles aux traitements selon les nouvelles préconisations internationales.

En dépit de coûts limités s'agissant des traitements de première ligne, **le coût des traitements de seconde et de troisième ligne**, pour lesquels aucun médicament générique n'existe, et **le coût de leur délivrance**, restent importants et expliquent, pour partie, leur faible

²⁸ ONUSIDA, *Le point sur l'épidémie 2009*, décembre 2009.

²⁹ OMS, UNICEF et ONUSIDA, *Vers un accès universel. Étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé. Rapport de situation*, 2009.

³⁰ Selon une enquête de la Banque mondiale avec l'ONUSIDA et l'OMS, sur un échantillon de 69 pays qui comptent près de 60 % des personnes bénéficiant d'un traitement antirétroviral dans le monde, près d'un tiers des pays prévoit des restrictions financières sur les programmes d'accès aux traitements. The World Bank, *Averting a Human Crisis During the Global Downturn. Policy Options from the World Bank's Human Development Network*, avril 2009.

accès³¹. Le coût du traitement de seconde ligne est, selon les cas, de 10 à 20 fois supérieur au coût des traitements de première ligne pour les pays à faibles ressources. Les projets de communauté de brevets (*patent pool*) discutés depuis fin 2006 sont susceptibles de faire baisser considérablement le coût des traitements en favorisant la production de génériques pour les pays à ressources faibles et intermédiaires. Mais les accords peinent à être adoptés. Par ailleurs, les dépenses occasionnées par les tests (dépistage, mesure de la virémie), dont les coûts opérationnels et en salaires sont rarement pris en charge, sont en constante augmentation.

UN EFFONDREMENT DU LEADERSHIP FRANÇAIS QUI SE TRADUIT DANS LE PROJET DE PLAN

Le contexte international difficile nécessite une mobilisation forte de la part d'un pays comme la France, **historiquement impliqué à travers une série d'initiatives pionnières** qui ont largement contribué à façonner les objectifs et les instruments de l'intervention internationale depuis les années 1990 jusqu'au milieu des années 2000 : engagement dans la promotion de l'accès aux traitements antirétroviraux au Sud dès 1997, à une époque où l'idée était encore jugée irréaliste par une majorité de pays ; création du groupement d'intérêt public ESTHER³² en 2002 ; création du Fonds mondial en 2002 ; lancement de financements innovants et création d'UNITAID en 2006. Ces initiatives se sont accompagnées d'un engagement financier conséquent, à valeur souvent exemplaire, susceptible de créer un effet d'entraînement au sein de la communauté internationale.

En regard de cette période, **l'effondrement du leadership français à la fin des années 2000 est patent** : absence de nouvelles initiatives ; effort financier encore considérable, mais très en retrait sur les engagements internationaux ; absence d'engagement pérenne et cohérent dans les structures de gouvernance internationale ; absence de suivi sur les OMD non tenus ; absence de parole forte et mobilisatrice dans les débats sur le terrain des valeurs : défense des droits humains, action en faveur des populations les plus vulnérables et positionnement sur les questions de propriété intellectuelle.

Les objectifs internationaux ont été écartés du plan 2010-2014. Le document stratégique communiqué par le directeur général de la santé consacre quelques développements dans son introduction aux grands enjeux des politiques de coopération afin de dresser un satisfecit sans nuances à l'action et l'effort financier actuels de la France. Mais le plan ne dégage aucune perspective d'action pour l'avenir, en particulier en termes d'accès aux traitements. À la différence du plan 2010-2014, le plan national de lutte contre le VIH/sida 2001-2004 avait rappelé l'objectif fort en matière internationale : la réduction des inégalités d'accès aux traitements entre les pays en développement et les pays industrialisés. Le plan triennal préconisait alors la mise en œuvre d'une solidarité thérapeutique en réseau et le soutien de la recherche dans les pays en développement.

³¹ 2 % des personnes vivant avec le VIH bénéficient d'un traitement de seconde ligne dans les pays à ressources faibles et intermédiaires selon l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA, *op.cit.*

³² Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau.

La France doit **retrouver sa position de leader** dans la lutte mondiale contre le VIH/sida afin d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement et de parvenir, avec l'ensemble des États mobilisés, à un **accès universel au dépistage et aux traitements**, en particulier au bénéfice des pays à ressources faibles et intermédiaires.

La Conférence nationale de santé et le Conseil national du sida recommandent plus particulièrement :

- la reconduction, au minimum à moyens constants, des objectifs stratégiques du plan national de lutte contre le VIH/sida 2001-2004 : **la solidarité thérapeutique en réseau et le soutien de la recherche dans les pays en développement** ;
- la programmation d'une mobilisation exceptionnelle au plus haut niveau dans le cadre des grands rendez-vous internationaux, en particulier le Sommet sur les objectifs du millénaire pour le développement et le G20³³.

³³ La France doit assurer la présidence du G20 à partir de novembre 2010.

IV. UN PROCESSUS D'ÉLABORATION DU PLAN QUI DOIT ÊTRE MIEUX STRUCTURÉ, UNE ARCHITECTURE DE GOUVERNANCE ET DE SUIVI À PRÉCISER

UNE LARGE CONSULTATION DES ACTEURS, MAIS UNE APPROCHE TROP TECHNIQUE ET PEU STRUCTURÉE QUI FREINE LA PARTICIPATION DE NOMBREUSES ASSOCIATIONS

Le processus de construction du plan mis en œuvre par la DGS a notamment reposé sur une vaste consultation de l'ensemble des acteurs institutionnels, scientifiques et associatifs concernés, conduite entre juin et novembre 2009. Si la Conférence nationale de santé et le Conseil national du sida **ne peuvent qu'approuver en soi le principe d'une large consultation**, la méthode de consultation des acteurs, en particulier associatifs, et les modalités de travail soulèvent deux types de réserves.

La méthode consistant à parcelliser et catégoriser à l'extrême les champs de réflexion et d'action en mettant d'abord en chantier des centaines de fiches-action pour ensuite réfléchir aux priorités n'est intellectuellement **ni cohérente, ni efficace**. Ce parti pris, qui privilégie les discussions techniques spécialisées au détriment des débats sur les orientations stratégiques globales des politiques de santé, constitue sans doute l'une des causes du manque de lisibilité et de **l'absence d'axes structurants forts** dans le projet de plan : la juxtaposition de centaines d'actions, quelle que soit la pertinence intrinsèque de chacune, ne contribue pas à définir une politique de santé. Il eût été logique et préférable **d'engager la consultation au préalable sur les grands enjeux et les priorités**, et une fois ceux-ci clarifiés et arbitrés, d'inscrire le développement des fiches-action dans ce cadre structurant.

L'élaboration du plan a nécessité la contribution de nombreuses associations dans les phases de conception et de rédaction des préconisations sous forme de fiches-action. Les associations se sont largement impliquées dans les discussions et la préparation du plan et de ses orientations. Les pouvoirs publics doivent pouvoir bénéficier d'une expertise associative plurielle, fidèle aux réalités du terrain et respectueuse de la diversité des situations. Mais l'importance **de la contribution demandée aux associations** pour l'élaboration du plan (des centaines d'heures de travail associatif, des réunions, la préparation et la rédaction des documents de travail) **a pu décourager certaines structures**, parmi les moins dotées, à participer aux travaux d'élaboration et à puiser dans leurs ressources humaines soit bénévoles, soit salariées, pour ne pas fragiliser leur activité propre. Les pouvoirs publics doivent préserver la diversité associative et concilier l'efficacité des grands programmes d'action menés à l'échelle nationale avec les spécificités de programmes d'actions plus modestes. Il est de la responsabilité du ministère de la Santé de mettre en œuvre des dispositifs de gouvernance, lors de la conception comme lors du suivi du plan, qui soient aptes à **assurer la pluralité de la représentation associative**.

La Conférence nationale de santé et le Conseil national du sida préconisent, lors de l'élaboration des plans, que les pouvoirs publics :

- **recentrent la consultation des acteurs, notamment associatifs, sur les grands enjeux de la lutte contre le VIH et sur les priorités de l'action publique**, l'élaboration plus technique des programmes devant se construire en aval de cette réflexion ;

- garantissent aux associations **des moyens suffisants** pour participer pleinement à cette consultation et par la suite à la gouvernance du plan, dans le but de **favoriser l'expression de leur diversité** ;
- favorisent l'émergence de formes de **coordination et de représentation inter-associative**, notamment dans les secteurs de la lutte contre le VIH/sida les plus faiblement structurés : associations de santé communautaire dans les départements français d'Amérique, associations en direction des usagers de drogues, associations de santé communautaire en direction des personnes prostituées, associations actives dans le champ de l'insertion sociale et professionnelle.

UNE ORGANISATION DE LA GOUVERNANCE, DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DU PLAN À CLARIFIER

La Conférence nationale de santé et le Conseil national du sida notent avec satisfaction **l'attention portée** dans le projet, notamment à travers l'orientation stratégique n° 4, **aux questions de gouvernance, de suivi et d'évaluation du plan**, répondant aux lacunes constatées de façon récurrente au terme des deux plans précédents. Pour autant, l'architecture et les outils proposés dans le document stratégique soulèvent plusieurs questions.

Le suivi et le pilotage du plan reposent principalement, dans l'architecture prévue, sur la création de deux instances, un **Comité de suivi national (CSN)**, possiblement présidé par le ministre en charge de la santé, et un **Comité de pilotage national resserré (CPNR)**, placé sous l'égide de la sous-direction de la prévention des risques infectieux de la DGS. La régionalisation des compétences de santé consécutive à la création des ARS, qui leur confère un rôle majeur dans la déclinaison et la mise en œuvre du plan national à travers les plans régionaux de santé (PRS), donne *de facto* au **Comité national de pilotage des agences régionales de santé (CNPARS)** un statut de troisième pilier de la gouvernance du plan.

La Conférence nationale de santé et le Conseil national du sida soulignent préalablement le fait que le projet propose une architecture de gouvernance propre au plan national VIH/sida-IST, et ce à rebours des orientations visant à unifier la gouvernance des différents plans de santé publique.

La création du CSN et du CPNR, possiblement inspirée par les critiques récentes de la sur l'animation de la politique publique de lutte contre le VIH/sida, semble répondre à la préoccupation légitime à la fois **d'assurer un portage politique de haut niveau (CSN)** et de se doter d'un observatoire de suivi ainsi que d'un exécutif réactifs et efficaces (CPNR).

Pour autant, le **régime des relations entre ces deux instances n'est pas clairement défini**. S'il apparaît que le CSN a pour attribution la décision sur les orientations et les ajustements du plan en cours d'exercice, ses pouvoirs à l'égard du CPNR et plus généralement des services ministériels concernés ne sont pas précisés, notamment s'il advenait que le CPNR ou certains services ne mettent pas en œuvre les orientations validées par le CSN. Le même type d'interrogations concerne l'articulation des relations entre le CSN et le CNPARS. De la sorte, au sein de l'architecture bi voire tripartite proposée, **la question du chef de file paraît insuffisamment clarifiée**.

Au-delà du lien entre le CSN et le CNPARS, l'articulation entre la gouvernance nationale du plan et les ARS doit également être précisée. Dans la logique d'autonomie des agences et

du rôle de tête de réseau du CNPARS, il **paraîtrait cohérent que le CNPARS soit le donneur d'ordre pour les agences de santé**. Il lui revient :

- de fixer des objectifs chiffrés pour les agences ;
- de s'assurer que les agences s'appuient sur le ou les COREVIH pour élaborer le volet VIH des plans régionaux de santé ;
- de faire en sorte que les commissions de coordination de la prévention et du médico-social de ces agences traitent de ces enjeux, sans ignorer la dimension transversale ;
- de concourir à ce que les acteurs de prévention soient mieux structurés et mieux soutenus ;
- de recommander que la compétence de débat public des conférences régionales de la santé et de l'autonomie permette, le cas échéant, de mieux maîtriser les choix régionaux dans le domaine.

Concernant la place des coordinations régionales **de lutte contre le VIH (COREVIH)** dans le dispositif, il conviendrait de rappeler plus explicitement dans le document stratégique que leur triple mission (coordination de l'ensemble des acteurs, contribution à l'amélioration de la qualité de la prise en charge et à l'harmonisation des pratiques, analyse des données médico-épidémiologiques) doit leur conférer un **rôle légitime d'interlocuteur et de partenaire privilégié des ARS** dans l'élaboration de la déclinaison régionale du plan national ainsi que dans son suivi et son évaluation.

La Conférence nationale de santé et le Conseil national du sida recommandent que **le rôle, les compétences et les prérogatives respectives des différentes instances** chargées d'assurer la mise en œuvre, le suivi et la révision éventuelle du plan fassent l'objet d'une définition précise. Il importe en particulier :

- de préciser les **prérogatives du Comité de suivi national** par rapport aux autres instances ;
- de clarifier **l'articulation entre le niveau national** de décision et les ARS chargées de la mise en œuvre du plan au niveau régional ;
- **d'affirmer davantage le rôle des COREVIH** en appui des ARS dans l'élaboration du volet VIH des PRS, qui doit prendre en compte les spécificités régionales et les axes du plan national.

CERTAINS INDICATEURS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DU PLAN DOIVENT ÊTRE PRIORITAIREMENT ÉNONCÉS

Le document stratégique est pour l'instant muet sur les indicateurs de suivi, dont la définition a été confiée notamment au Haut conseil de la santé publique (HCSP), organe par ailleurs chargé de l'évaluation finale du plan.

Au regard de la priorité que doit constituer l'amélioration de l'efficacité du dépistage et d'un accès précoce au traitement, la Conférence nationale de santé et le Conseil national du sida estiment que le document stratégique, en tant que préambule exposant les orientations majeures du plan, doit **mentionner explicitement les principaux indicateurs d'efficacité relatifs à cet objectif essentiel**.

La Conférence nationale de santé et le Conseil national du sida recommandent que l'efficacité du plan soit évaluée, à titre principal, sur la base des marqueurs suivants :

- l'objectif de réduire le retard au diagnostic et d'améliorer la précocité de la prise en charge doit se traduire par une augmentation du taux de CD4 constaté respectivement au moment du dépistage et à l'initiation de la prise en charge médicale³⁴ ;
- l'objectif de réduire la proportion de personnes infectées non-diagnostiquées doit se traduire par un nombre de découvertes de séropositivité durablement et significativement supérieur au nombre de nouvelles contaminations³⁵ ;
- les deux objectifs doivent se traduire par une baisse du nombre de cas de sida et du nombre de décès, actuellement stables.³⁶

LE RÔLE DU CONSEIL NATIONAL DU SIDA DANS LE PROCESSUS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DU PLAN DOIT ÊTRE PRÉCISÉ

L'orientation stratégique n° 4, qui expose les modalités de suivi et d'évaluation du plan, ne donne aucune indication sur le rôle dévolu au Conseil national du sida. En tant qu'instance consultative indépendante, le CNS n'a pas pour mission de participer directement à la définition et à la mise en œuvre de l'action publique envisagée dans le cadre des deux instances prévues par le plan. En revanche, il doit être consulté sur les programmes de lutte contre le VIH/sida et par conséquent sur les ajustements éventuellement apportés au plan et aux programmes par les deux instances de suivi. Il incombe au Comité de suivi national, le cas échéant, de saisir le CNS pour avis. Le Comité de suivi national peut également auditionner le CNS, s'il le juge utile pour éclairer ses travaux.

En conséquence, la Conférence nationale de santé et le Conseil national du sida souhaitent :

- que les missions du CNS par rapport au dispositif de pilotage du plan soient précisées ;
- que le CNS soit régulièrement tenu informé des travaux du Comité de suivi national et des éléments de suivi et d'évaluation dont dispose le Comité de pilotage national resserré.

³⁴ Données de la DO VIH (InVS) et données DM12/DOMEVIH (INSERM).

³⁵ Données de la DO VIH (InVS) et estimations de l'incidence (InVS et INSERM).

³⁶ Données de la DO sida (InVS).

VIH ET COMMERCE DU SEXE - GARANTIR L'ACCÈS UNIVERSEL À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

Le présent *Avis suivi de recommandations* a été adopté le 16 septembre 2010 à l'unanimité des membres présents du Conseil national du sida.

Membres de la commission « Prostitution » :

- Willy ROZENBAUM
- François BOURDILLON
- Yolande BRIAND
- Bruno CADORE
- Jean-Pierre DOZON
- Nicole HESNAULT-PRUNIAUX
- Christiane MARTY-DOUBLE †
- Sandrine MUSSO

Rapporteurs :

- Laurent GEFFROY
- Michel CELSE

INTRODUCTION

La prostitution en France a profondément changé ces quinze dernières années. Les pratiques se sont largement diversifiées, les trajectoires des personnes ont évolué, les lieux d'exercice de l'activité se sont déplacés, les législations et réglementations ont été modifiées. Cette situation nouvelle complique considérablement le travail de prévention du VIH/sida et des infections sexuellement transmissibles (IST) et l'accès aux soins en faveur des personnes prostituées.

Sous réserve d'une utilisation optimale des moyens de prévention, l'activité prostitutionnelle ne représente pas en elle-même un facteur de risque de transmission du VIH/sida, ni pour les personnes qui l'exercent, ni pour leurs clients. En revanche, les conditions souvent difficiles dans lesquelles les personnes prostituées exercent leur activité fragilisent considérablement leur accès à la prévention et aux soins et majorent leur exposition à l'ensemble des risques sanitaires. Cette exposition est d'autant plus préoccupante qu'elle touche des populations au sein desquelles la prévalence du VIH/sida est plus élevée que dans l'ensemble de la population : personnes migrantes en provenance de régions à forte prévalence du VIH/sida, hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), personnes transsexuelles ou transgenres.

Conformément à sa mission, le Conseil national du sida, attentif à la prévention de l'infection du VIH/sida, entend s'assurer que les personnes particulièrement exposées aux risques infectieux bénéficient d'un accès effectif et optimal aux soins et à la prévention. Sur la question de la prostitution, le Conseil est intervenu à plusieurs reprises ces dernières années pour pointer l'évolution du contexte législatif et réglementaire encadrant la prostitution et souligner les conséquences dommageables sur la prévention des dispositifs relatifs au racolage, en particulier ceux prévus par la loi du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure (LSI)³⁷.

Le 22 novembre 2002, le Conseil publie un communiqué de presse dans lequel il met en garde contre plusieurs effets néfastes de la loi : perte de contact des associations avec les personnes prostituées, diminution de l'information, baisse de la vigilance quant au risque de contamination par le VIH et les IST³⁸.

Le 17 novembre 2005, dans un rapport sur la politique de prévention du VIH/sida en France, le Conseil note que les articles de la LSI relatifs à la prostitution ainsi que l'accroissement de la pression policière dans plusieurs lieux aggravent la situation sanitaire des personnes prostituées et empêchent le travail de prévention mené par les agents de santé³⁹. Aussi, au titre de ses recommandations, le Conseil invite les pouvoirs publics à revoir les dispositions de la loi et à mettre en cohérence les politiques gouvernementales en matière de prévention⁴⁰. En 2009, à la suite des rencontres organisées dans le cadre des Assises de la prostitution⁴¹ et de la présentation du rapport *Quatre villes*⁴² à la Direction générale de la santé (DGS),

³⁷ Loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure.

³⁸ Conseil national du sida, *Politique à l'égard de la prostitution : le CNS réaffirme la priorité de la réduction des risques*, communiqué de presse du 22 octobre 2002, www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2002-10-22_cpr_fr_prevention.pdf

³⁹ Conseil national du sida, *Rapport sur la politique publique de prévention de l'infection à VIH en France métropolitaine suivi de Recommandations pour une meilleure application de la politique publique de prévention de l'infection à VIH*, 17 novembre 2005, p. 16 sq, www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2005-11-17_rap_fr_prevention.pdf

⁴⁰ *Ibid.*, p. 39. Voir également : Conseil national du sida, *Prévention de la transmission du VIH : le Conseil national du sida demande une politique gouvernementale cohérente*, communiqué de presse du 22 novembre 2005. www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2005-11-22_cpr_fr_prevention.pdf

⁴¹ Collectif Droits & Prostitution, Union Nationale des Associations de Lutte contre le Sida, *Assises Européennes de la Prostitution 2009. Actes*, Paris, 2009.

considérant par ailleurs les rapports annuels des associations de santé et de santé communautaire⁴³, le Conseil national du sida a souhaité s'informer plus avant des difficultés rencontrées dans l'accès à la prévention et aux soins dans un contexte général dégradé, marqué par les déplacements des personnes prostituées, l'augmentation des violences et la montée des discriminations à leur rencontre.

Les données disponibles sur la prostitution sont peu nombreuses en raison du caractère caché ou discret de cette activité. Les études récentes sont qualitatives et portent sur les difficultés rencontrées localement par les associations et par les personnes prostituées elles-mêmes dans l'accès aux droits, aux soins et à la prévention⁴⁴. Les indicateurs chiffrés sur la situation des personnes prostituées en France et les évaluations documentées de l'action publique sont pratiquement inexistantes. Au titre de la LSI, le gouvernement est pourtant tenu de réaliser une évaluation annuelle de la situation démographique, sanitaire et sociale des personnes prostituées ainsi que des moyens dont disposent les associations et les organismes qui leur viennent en aide⁴⁵. Le seul rapport existant à ce jour, qui porte sur l'année 2004⁴⁶, ne fournit pas de données en matière de santé⁴⁷ et souligne que les informations disponibles sont rares, limitées à la prostitution de voie publique et, le plus souvent, incapables de rendre compte de la diversité des pratiques et des trajectoires⁴⁸.

En l'absence de données suffisantes sur les personnes prostituées, le Conseil national du sida a été conduit à entendre directement les principaux acteurs publics et associatifs concernés par la question de la prostitution en France. Les auditions n'ont pas été limitées au seul secteur de la santé. En effet, les pratiques de nombreux acteurs étrangers à ce champ d'intervention ont un impact indéniable sur l'accès aux soins et à la prévention en faveur des personnes prostituées. Le Conseil a ainsi invité les représentants de plusieurs administrations centrales et déconcentrées⁴⁹ : la Direction générale de la police nationale, la Direction générale de la cohésion sociale, la Direction générale de la santé, la Direction régionale de la police judiciaire relevant de la Préfecture de police. En outre, le Conseil a convié des représentants de différentes associations de santé, de santé communautaire, de

⁴² Guillemaut F. (dir.), *État des lieux des actions de prévention VIH auprès des personnes prostituées. Étude préliminaire sur Toulouse, Lyon, Paris, Rennes*, décembre 2008. Voir également : Guillemaut F. (dir.), *La réduction des risques liée au VIH/sida et l'accès aux soins dans le contexte des rapports d'échange economico-sexuels en Guadeloupe*, GRSP Guadeloupe-SESAG, mars 2009.

⁴³ Les Amis du bus des femmes (Paris) ; Arap-Rubis (Nîmes) ; Autres regards (Marseille) ; Cabiria (Lyon) ; Entr'Actes-GPAL (Lille) ; Grisélidis (Toulouse) ; Médecins du Monde Lotus-Bus (Paris), Funambus (Nantes), Mission mobile (Montpellier), Mission prostitution (Poitiers), Mission France (Rouen) ; PASTT (Paris).

⁴⁴ Voir par exemple : Maugère A. *Les politiques de la prostitution. Du Moyen Âge au XXI^e siècle*, Dalloz, Paris, 2009 ; Danet J., Guienne V., *Action publique et prostitution*, Presses Universitaires de Rennes, Rennes, 2006 ; Deschamps C., *Le sexe et l'argent des trottoirs*, Paris, Hachette Littérature, 2006 ; Vernier J. « La loi pour la sécurité intérieure : punir les victimes du proxénétisme pour mieux les protéger ? » in Handman M.-E., Mossuz-Lavau J. (dir.) *La prostitution à Paris*, Éditions de la Martinière, Paris, 2005, p. 212-152.

⁴⁵ L'article 52 de la LSI stipule qu'à compter de 2004 le Gouvernement déposera chaque année sur le bureau de l'Assemblée nationale et sur celui du Sénat, à l'ouverture de la session ordinaire, un rapport faisant état de l'évolution de la situation démographique, sanitaire et sociale des personnes prostituées ainsi que des moyens dont disposent les associations et les organismes qui leur viennent en aide.

⁴⁶ *Rapport faisant état de la situation démographique, sanitaire et sociale des personnes prostituées ainsi que des moyens dont disposent les associations et les organismes qui leur viennent en aide*, mars 2006, non publié.

⁴⁷ Le rapport reproduit *in extenso* les passages du *Programme national de lutte contre le sida 2005-2008* (PNLS) consacrés aux personnes prostituées. Le PNLS ne présente pas non plus de données françaises et s'appuie sur la littérature internationale pour souligner une série de difficultés qui pèsent sur les personnes prostituées. Cf. *infra*.

⁴⁸ *Rapport faisant état de la situation démographique, sanitaire et sociale des personnes prostituées ainsi que des moyens dont disposent les associations et les organismes qui leur viennent en aide*, *op.cit.*, p. 16.

⁴⁹ La liste des personnes auditionnées figure en annexe du présent avis.

réinsertion sociale, de prévention de la prostitution, de droits des personnes prostituées et de professionnels du sexe. Enfin, le Conseil a pu entendre des chercheurs en sciences sociales, sociologues, anthropologues et politistes. Un recensement et une analyse de la littérature française et internationale ainsi qu'un examen attentif des rapports d'activité des associations françaises complètent les auditions.

Le Conseil national du sida a souhaité contribuer à une meilleure connaissance de la prostitution en France et de l'action publique relative à la prostitution, sans pour autant produire de données quantitatives que des études en cours doivent fournir⁵⁰. L'appréhension de la réalité prostitutionnelle, l'évolution des origines et des trajectoires des personnes, des lieux de rencontre et des lieux d'exercice de l'activité, les pratiques de prévention et les processus d'exposition aux risques constituent des sujets d'attention premiers. L'intérêt du Conseil porte également sur le travail des acteurs aussi bien associatifs que publics intéressés par la question de la prostitution et de la prévention de l'infection par le VIH/sida et des IST. Leur périmètre d'activité, leur champ de compétence et d'intervention, leurs partenariats, les sujets inscrits sur leur agenda, leurs priorités budgétaires sont autant d'indications utiles pour rendre compte d'une action publique *a priori* faiblement évaluée, notamment en matière sanitaire.

DES CLARIFICATIONS PRÉALABLES

Lors de ses auditions, le Conseil national du sida n'a pas souhaité aborder directement les prises de positions des organisations non gouvernementales en faveur d'une orientation politique spécifique à l'égard de la prostitution. Certains acteurs associatifs défendent la réglementation de la prostitution au bénéfice de celles et ceux qu'ils nomment travailleuses et travailleurs du sexe, d'autres envisagent l'abolition de toute forme de réglementation de la prostitution et quelques uns évoquent la prohibition de la prostitution avec l'incrimination des clients. Le Conseil n'entend pas définir *a priori* une politique spécifique à l'égard de la prostitution, ni arbitrer entre les différentes options disponibles mais, au contraire, souhaite identifier, sans aucun parti pris spécifique et dans un souci évident de pragmatisme, les enjeux de la lutte contre le VIH/sida auprès des personnes prostituées afin de dégager des recommandations à destination des pouvoirs publics.

De même, le Conseil national du sida n'a pas souhaité arrêter une terminologie spécifique pour dénommer l'ensemble des personnes prostituées.

Les institutions internationales, à l'instar d'ONUSIDA⁵¹ et de l'OMS⁵², adoptent les termes de *professionnel(le)s du sexe* et certaines organisations non gouvernementales en faveur des droits des personnes prostituées retiennent les termes proches de *travailleuses et travailleurs du sexe*. Cette dernière terminologie est la traduction littérale de *sex workers* proposée aux États-Unis à la fin des années 1970 par des activistes féministes afin de contourner le terme jugé connoté de prostitué(e) et de banaliser l'activité de la prostitution⁵³. L'expression ne désigne pas, selon ses promoteurs, une forme de travail du sexe particulière, que celui-ci soit exercé sous la contrainte ou librement, occasionnellement

⁵⁰ Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS), Institut national de veille sanitaire (InVS), *ProSanté. Étude sur l'état de santé, l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes en situation de prostitution*, 2010. Les résultats de l'étude ne seront pas connus avant 2011.

⁵¹ ONUSIDA, *Le VIH et le commerce du sexe. Note d'orientation de l'ONUSIDA*, avril 2009.

⁵² Organisation mondiale de la santé, *Interventions prioritaires : prévention, traitement et soins du VIH/SIDA dans le secteur de la santé*, Département VIH/sida, avril 2009.

⁵³ Leigh C., "Inventing sex work", in Nagle J. (dir.), *Whores and other feminists*, Routledge, New-York & London, 1997, p. 223-231; Delacoste F., Alexander P. (dir.), *Sex Work: Writing by Women in the Sex Industry*, Cleis Press, San Francisco, 1987.

ou régulièrement, directement par la fourniture de services sexuels ou indirectement, que cette activité par ailleurs constitue une ressource financière à titre principal ou secondaire⁵⁴. Le terme recouvre de nombreuses pratiques de commerce du sexe direct ou indirect⁵⁵. L'expression *sex worker* ne s'est toutefois pas imposée comme une catégorie sémantique univoque car elle peut suggérer que l'activité de commerce du sexe est librement exercée. Or, de nombreuses personnes demeurent contraintes d'exercer la prostitution et subissent à cette fin des violations de leurs droits et des atteintes évidentes à leur dignité et leur intégrité, parfois dans le cadre de réseaux organisés de traite et d'exploitation des êtres humains. En outre, l'expression suscite une opposition de principe des tenants de la prohibition de la prostitution et de l'abolition des règles l'encadrant.

À cet égard, de nombreuses organisations non gouvernementales ont conservé le terme *prostitué(e)* et évoquent des *personnes prostituées* ou des *personnes en situation de prostitution*. Les deux expressions rappellent opportunément que les prostituées sont avant tout des personnes et, en tant que telles, des sujets de droits. Par ailleurs, la référence à la notion « en situation de » souligne que l'identité des personnes ne peut être réduite à leurs seules activités. Néanmoins, la seconde expression dénote une certaine passivité des personnes qui subissent la prostitution comme elles pourraient subir précarité et vulnérabilité. Or, de nombreux témoignages attestent du libre choix de la prostitution. Plus généralement, la notion même de prostitution interroge car elle renvoie à une pratique ancienne et à une catégorie historiquement connotée qui rappelle l'immoralité et la maladie⁵⁶, en particulier depuis les réglementations sur la syphilis au XIX^e siècle⁵⁷. À ce titre, la prostitution et plus particulièrement la prostitution de voie publique enferrme, encore aujourd'hui, dans un statut social marqué par l'infamie⁵⁸ et le stigmatisme⁵⁹.

Parmi l'offre disponible, aucune terminologie n'est donc exempte de connotations spécifiques, ni ne bénéficie d'une reconnaissance unanime. À la suite de cette clarification sémantique, les termes de *personnes prostituées* peuvent toutefois être retenus car moins connotés que les terminologies alternatives et plus largement utilisées, en particulier par les pouvoirs publics et la plupart des organisations non gouvernementales françaises. Il est toutefois aussi envisagé d'utiliser dans certains cas les termes de *personnes en situation de prostitution*, s'agissant en particulier des victimes du proxénétisme et de la traite des êtres humains, et ceux de *travailleuses et travailleurs du sexe*, s'agissant des personnes qui exercent la prostitution librement, sans subir ni violations de leurs droits, ni atteintes à leur dignité et à leur intégrité physique et morale.

⁵⁴ ONUSIDA définit par exemple les professionnel(le)s du sexe comme les adultes et les jeunes (de plus de 18 ans) de sexe féminin ou masculin et transsexuel(le)s, qui reçoivent de l'argent ou des biens en échange de services sexuels, soit régulièrement soit occasionnellement. La définition est large et inclut aussi bien les professionnel(le)s organisé(e)s et contrôlé(e)s par des tiers, les professionnel(le)s travaillant à leur propre compte, qu'ils ou elles s'identifient ou pas comme professionnel(le)s du sexe, et les personnes qui font l'objet d'un trafic ou sont contraint(e)s de vendre des faveurs sexuelles. ONUSIDA, *Commerce du sexe et VIH/sida. Actualisation*, mars 2003.

⁵⁵ Harcourt C., Donovan B., "The many faces of sex work", *Sexually Transmitted Infections*, vol. 81, 2005, p. 201-206.

⁵⁶ Tabet P., *La grande arnaque : Sexualité des femmes et échange economico-sexuel*, Paris, L'Harmattan, 2005.

⁵⁷ Corbin A., *Les filles de noce. Misère sexuelle et prostitution au XIX^e siècle*, Paris, Aubier Montaigne, 1978.

⁵⁸ Pherterson G., *Le prisme de la prostitution*, Paris, L'Harmattan, 2001 et *A vindication of the Rights or Whores*, Washington, Seal Press, 1989.

⁵⁹ Pryen S., *Stigmatisme et métier. Une approche sociologique de la prostitution de rue*, Presses Universitaires de Rennes, Rennes, 1999.

DES DIFFICULTÉS COMMUNES

La disparité réelle des situations, des parcours de vie et des pratiques, que traduit, pour partie, la pluralité de terminologies disponibles, ne doit pas masquer les facteurs communs de fragilité que le Conseil national du sida a tenté de dégager. Les personnes prostituées sont exposées à des formes de vulnérabilités proches, renforcées par la remise en cause de leur présence dans l'espace public. La disparition des manifestations visibles de la prostitution, l'essor d'une population migrante en situation de précarité, le développement de nouvelles formes de prostitution parfois très discrètes (internet, salon de massage, prostitution « en tour ») ont fragilisé la sécurité de ces personnes, compliqué la mise en œuvre de la prévention et opacifié les conditions, en particulier sanitaires, dans lesquelles le commerce du sexe s'exerce aujourd'hui en France.

Les pouvoirs publics n'ont pas réussi, jusqu'à présent, à accroître la sécurité des personnes prostituées ni à améliorer durablement leur accès à la prévention et aux soins. Depuis le début des années 2000, une double préoccupation publique s'impose : une préoccupation de court terme, d'abord, avec la lutte contre les formes visibles de la prostitution, notamment le racolage, une préoccupation de moyen terme ensuite, avec, d'une part, la lutte contre la criminalité internationale et les migrations illégales et, d'autre part, la mobilisation en faveur de la réinsertion des personnes prostituées. L'ensemble de ces réponses sont conçues pour faire face, selon le législateur, à l'inflation de réseaux criminels, à la détérioration de l'ordre et de la tranquillité publics née de l'accroissement d'une prostitution de voie publique et de la précarisation de prostituées femmes victimes.

La question de l'accès aux soins et à la prévention ne bénéficie plus, contrairement à la période marquée par l'arrivée du VIH/sida, d'une attention de premier plan. Les conséquences de cette relégation sont nombreuses. Les droits garantis aux personnes prostituées restent réservés à une très faible minorité et sont fortement conditionnés par la situation administrative au regard du séjour sur le territoire français, la coopération avec les services de la justice et la cessation de l'activité de prostitution. Aucune instance de concertation, au plan local ou national, n'a été mise en place pour lever les contradictions évidentes et répétées entre les impératifs d'ordre public et de lutte contre la criminalité organisée d'une part, et les impératifs de santé publique d'autre part. Les programmes de réinsertion sociale sont largement privilégiés au détriment des programmes de santé et bénéficient à un nombre très limité de personnes.

Les pouvoirs publics n'interviennent pas directement auprès des personnes prostituées. Ils interviennent par l'intermédiaire du financement du secteur privé non lucratif, en particulier des associations de soutien spécialisées, compétentes en matière d'insertion sociale, relativement anciennes et correctement implantées sur le territoire et des associations de santé et de santé communautaire moins nombreuses et plus récentes, créées à la suite du développement de l'épidémie d'infection à VIH/sida dans les années 1990. La majorité des organisations contribue à fournir un ensemble de services aux personnes prostituées, mais peine à développer systématiquement, en raison d'obstacles culturels ou financiers, une approche globale efficace aussi bien en termes de prévention, d'accès aux soins, d'accompagnement social et de médiation culturelle. En outre, les personnes prostituées demeurent insuffisamment associées à l'organisation et à la mise en œuvre de la prévention, de l'accueil et de l'accompagnement, en dépit des efforts menés en particulier par les associations communautaires.

DES PRÉCONISATIONS IMPÉRATIVES

Depuis la publication de l'avis *Prévention* de 2005⁶⁰, le Conseil national du sida n'a pas noté d'amélioration de la prévention et de l'accès aux soins au bénéfice des personnes prostituées. Les grands principes fondateurs de la lutte contre le VIH/sida ne sont que très imparfaitement mis en œuvre en direction de ces populations, en dépit des recommandations récurrentes et convergentes des organisations internationales. Le développement des connaissances, le respect des droits des personnes, le leadership politique garant de cohérence de l'action publique, le développement d'une approche globale et le soutien à l'ensemble des démarches communautaires sont largement insuffisants. Ces principes fondateurs de la lutte contre le VIH/sida ont pourtant considérablement contribué à freiner le développement de l'épidémie d'infection à VIH/sida en améliorant significativement la prévention, le dépistage, l'accès aux soins et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH. La relégation au second plan des grands principes et, dans certains cas, leur abandon paraissent d'autant plus dommageables que les personnes prostituées sont davantage exposées aux risques sanitaires en raison des conditions d'exercice extrêmement complexes de leur activité.

Le Conseil entend rendre compte de cette situation en s'attachant à trois aspects primordiaux : la vulnérabilité des personnes prostituées, l'incohérence de l'action publique, la mobilisation associative insuffisamment globale et communautaire. À partir de cet état des lieux, le Conseil s'attachera à proposer une série de recommandations susceptibles d'améliorer significativement et durablement la prévention et l'accès aux soins en faveur de l'ensemble des personnes prostituées⁶¹.

⁶⁰ Conseil national du sida, *Rapport sur la politique publique de prévention de l'infection à VIH en France métropolitaine suivi de Recommandations pour une meilleure application de la politique publique de prévention de l'infection à VIH*, op.cit.

⁶¹ Dans le présent avis, le Conseil national du sida n'examinera donc pas toutes les formes de commerce du sexe (industrie pornographique, spectacles érotiques, *sex shop*) mais, *a contrario*, il n'envisagera pas les seules situations relevant de la prostitution de voie publique.

I. DES PERSONNES EXPOSÉES À DE NOMBREUX FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ

La situation démographique des personnes prostituées est mal connue. Les données disponibles soulignent l'arrivée de populations migrantes depuis une quinzaine d'années et le renouvellement de l'offre de relations tarifées à la faveur de la banalisation de l'usage d'internet sans parvenir à dresser les contours précis des différentes populations. Au regard de nombreuses études et témoignages, elle apparaît considérablement dégradée. Les populations sont soumises à des déplacements permanents des lieux d'exercice de l'activité, à une exposition à des formes récurrentes de vulnérabilité et de violence, et subissent, plus généralement, des conditions de vie et de travail extrêmement pénibles et précaires. En conséquence, les personnes prostituées semblent aujourd'hui particulièrement exposées aux risques d'infection par le VIH/sida et les IST. Elles ne sont notamment pas toujours en mesure d'imposer les outils de prévention appropriés lors d'une relation tarifée et relèguent les préoccupations d'ordre sanitaire au second plan au profit d'impératifs liés à leur propre sécurité immédiate.

Les conditions de vie et les conditions d'exercice rencontrées par les personnes prostituées sont des facteurs de vulnérabilité déterminants. La prostitution traditionnelle de voie publique, en ville, s'est profondément renouvelée et s'est localement fragmentée et déplacée ces dernières années. En outre, certaines formes de prostitution ont augmenté significativement, en particulier la prostitution dite discrète, pratiquée dans des bars à hôtesse ou des salons de massage, et surtout la prostitution au domicile ou à l'hôtel à la suite d'une rencontre sur internet. Ces décentrement multiples ont renforcé l'isolement des personnes et favorisé leurs expositions à différentes formes de vulnérabilité et de violence. L'accès optimal aux connaissances, aux outils de prévention et à l'offre de soins au bénéfice des personnes prostituées se trouve négativement impacté par ces évolutions.

I.1. UNE ACTIVITÉ HÉTÉROGÈNE

La prostitution ne constitue pas une réalité homogène et l'évocation de prostitutions - au pluriel - semble préférable au regard de la diversité croissante des situations constatées depuis une quinzaine d'années⁶². Cette évolution des populations est marquée par l'arrivée progressive de populations migrantes de différentes origines, le développement de la prostitution masculine, l'apparition de prostitutions occasionnelles ou encore l'essor des nouvelles technologies de l'information. Une part des personnes prostituées, difficilement quantifiable, exerce librement son activité, une part est contrainte.

1.1.1 L'activité prostitutionnelle : une réalité plurielle

Selon les pouvoirs publics, 18 000 à 20 000 personnes exercent la prostitution en France⁶³. Les estimations sont établies par les services de police du ministère de l'Intérieur et comportent de nombreux biais. Les données ne reflètent pas la réalité. À titre de comparaison, les autorités espagnoles et allemandes évaluent à 400 000 le nombre de personnes exerçant une activité de prostitution sur leurs territoires respectifs.

⁶² Handman M.-E., Mossuz-Lavau J., *La prostitution à Paris, op.cit.*, p.13 On peut également évoquer une « réalité en mosaïque » avec Portes M.-D., *Prostitution et politiques européennes, pour une approche anthropologique du droit*, L'Harmattan, 2007, p. 64.

⁶³ Auditions CNS, Sénat, « Compte rendu de la séance du mardi 11 mai 2010 », *Journal officiel*, 12 mai 2010, p. 3 322. La liste des personnes auditionnées par le Conseil national du sida dans le cadre de sa commission « Prostitution » figure à la fin du présent avis.

La prostitution demeure majoritairement féminine, malgré la progression d'une prostitution masculine et transgenre. Les personnes prostituées sont en majorité étrangères dans une proportion de 60 à 80 % selon les données des services de police et des associations. La présence de personnes prostituées étrangères est liée aux différents épisodes migratoires que la France connaît depuis les années 1960⁶⁴. Depuis cette époque, et jusque dans les années 1990, des femmes originaires des pays du Maghreb et d'Afrique subsaharienne francophone s'installent en France. Au début des années 1990, de nombreuses personnes plus particulièrement originaires d'Algérie tentent d'obtenir l'asile territorial français pour fuir les troubles politiques rencontrés dans leurs pays.

À la fin de cette décennie, à la suite de la rupture du bloc soviétique, une population originaire d'Europe de l'Est migre en direction de la France pour des motifs variés. La majorité est originaire notamment de Moldavie, d'Albanie, de Russie, puis, au milieu des années 2000, de Roumanie et de Bulgarie, et inclut une communauté Rom. Les femmes en provenance de pays d'Afrique francophone, en particulier du Cameroun, émigrent au milieu des années 1990. Celles issues des pays anglophones, essentiellement le Nigeria, le Ghana, le Libéria et la Sierra Leone, s'installent en France au tout début des années 2000. La présence de personnes prostituées originaires du Nord de la Chine est plus récente en dépit d'une implantation historique ancienne de personnes originaires du sud du pays⁶⁵. Il est également fait mention de plusieurs vagues d'émigration de personnes prostituées en provenance d'Amérique latine depuis les années 1970 jusqu'à récemment.

Les déterminants des migrations demeurent en grande partie liés aux conditions de vie et à l'absence d'alternatives dans le pays d'origine. Le projet migratoire est déterminé par le libre choix du départ fondé sur des facteurs économiques⁶⁶ ou socioculturels, l'amélioration du capital social et culturel, le rejet de rapports sociaux de genre. Dans de nombreux pays, les femmes demeurent soumises à un statut conjugal défavorable, particulièrement au Nigeria, et disposent par ailleurs d'un moindre accès à la scolarisation et aux dispositifs d'insertion professionnelle à l'image des microcrédits. Des pratiques abusives telles que le mariage forcé sont d'autres motivations de fuir le pays d'origine⁶⁷. Aussi, la mobilisation des candidats à la migration reste très forte et les retours sont rares⁶⁸.

Il apparaît difficile de mesurer précisément la part de migrations consenties, dans le cadre de réseaux lucratifs ou fondés sur la solidarité, et la part de trafic relevant de la traite des êtres humains, à des fins d'exploitation de la prostitution d'autrui⁶⁹. La circulation internationale des

⁶⁴ Pour une synthèse voir en particulier : Guillemaut F., « Trafics et migrations de femmes, une hypocrisie au service des pays riches », *Hommes et Migrations*, vol. 1 248, 2004, p. 75-87 ; Moujoud N., Teixeira M., « Migration et trafic des femmes », in Handman M.-E., Mossuz-Lavau J. (dir.), *La prostitution à Paris, op.cit.*, p. 377 sqq.

⁶⁵ Auditions CNS.

⁶⁶ Ce déterminant est particulièrement prégnant s'agissant par exemple des populations chinoises issues de la province du Dongbei. Auditions CNS, Lotus Bus/MDM, *Rapport d'activité*, 2009 ; Cattelain C., Ngugen S., *Les Chinois d'Île-de-France et l'infection à VIH. Savoirs, vulnérabilités, risques et soins*, ARCAT, Paris, 2003.

⁶⁷ Voir par exemple: Van Blerk L., "Young sex workers in Ethiopia, linking migration, sex work and AIDS", in Thomas F. et al. (dir.) *Mobility, sexuality and AIDS*, New York, 2010.

⁶⁸ Guillemaut F., « Femmes africaines, migration et travail du sexe », *Sociétés*, vol. 1, n° 99, 2008, p. 11-26.

⁶⁹ Auditions CNS. Voir également Moujoud N., Teixeira M., « Migration et trafic des femmes », in *La prostitution à Paris, op.cit.*, p. 377 ; Guillemaut F. « Victimes de trafic ou actrices d'un processus migratoire ? Saisir la voix des femmes migrantes prostituées par la recherche-action », *Terrains et travaux*, vol. 10, 2006 ; Musso S., « Les paradoxes de l'invisibilité. Le travail de rue d'une association marseillaise auprès des prostituées maghrébines », *Ethnographiques.org*, vol. 12, février 2007, www.ethnographiques.org/2007/Musso.html ; Kempadoo K., "Trafficking and prostitution reconsidered. New perspectives on migration, sex work and human rights", Boulder, Londres, 2005 ; United Nations Population Fund (UNFPA), *L'état de la population mondiale 2006 : vers l'espoir, les femmes et la migration internationale*, New York, 2006.

personnes prostituées ne prend pas nécessairement la forme dominante de la traite⁷⁰. Les politiques restrictives d'entrée, de séjour et de travail des étrangers en France sont susceptibles d'entraîner la clandestinité de la migration et la dépendance à l'égard d'un réseau⁷¹, d'autant que les personnes migrantes arrivées en France disposent d'opportunités de travail très limitées. Les femmes nouvellement arrivées peuvent être contraintes de choisir entre le service domestique et le service sexuel⁷². L'occupation d'un emploi domestique précarisé dans des secteurs féminisés peut constituer une première étape avant l'entrée dans la prostitution, déterminée par le désir de fuir des conditions de travail déplorables et très mal rémunérées⁷³.

La prostitution des mineurs et leur protection se posent plus spécifiquement avec l'arrivée de jeunes mineurs originaires d'Europe de l'Est⁷⁴. Les données partielles dont disposent les pouvoirs publics font état d'une faible présence de mineurs en situation de prostitution, à savoir moins d'une centaine⁷⁵, issus, outre l'Europe de l'Est, d'Afrique, et dans une moindre mesure d'Asie. Les associations pointent toutefois une large sous-estimation de cette forme de commerce du sexe⁷⁶ qui ne prend en compte que la prostitution de voie publique et n'intègre pas la prostitution sur internet et les réseaux liés aux activités de pédophilie.

En ce qui concerne la demande de prostitution, une étude publiée en 2004 révélait qu'en France, un peu plus d'un homme sur dix se déclarait être un client de la prostitution (12,7 % des 6 000 hommes interrogés) et presque un quart des hommes (22,5 %) était concerné par le clientélisme, soit qu'ils aient été clients par le passé, soit qu'ils envisageaient de le devenir⁷⁷. Notons que les clients sont très majoritairement, voire exclusivement, des hommes. Les parcours qui conduisent les clients à recourir aux services des personnes prostituées sont extrêmement hétérogènes, et les clients n'appartiennent pas à une catégorie sociale particulière⁷⁸. Par ailleurs, la fréquence du recours aux personnes prostituées apparaît

⁷⁰ Selon une étude datant de 2004, 81 % des personnes arrivées en France sont parties volontairement contre 19 % qui ont été forcées dans le cadre de réseau de traite. Guillemaut F. (dir.), *Femmes et migrations en Europe, Stratégies et empowerment*, novembre 2004, p. 60 et sq.

⁷¹ Auditions CNS dans le cadre des commissions « Prostitution » et « Migrants » ; Kempadoo K. "Trafficking and prostitution reconsidered. New perspectives on migration, sex work and human rights", *op.cit.*

⁷² Audition CNS. Voir également : Dussault A.-M. « Le travail domestique et le travail du sexe dans les migrations internationales », in Verschuur C. et Reysoo F. (dir.), *Genre, nouvelle division internationale du travail et migrations, Cahier Genre et Développement*, vol. 5, 2005, Paris, L'Harmattan, p. 123-136.

⁷³ UNFPA, *L'esclavage contemporain*, 2006, www.unfpa.org/swp/2006/moving_young_fr/stories/stories_Natalia.html ;

Moujoud N., « Prostitution et migration des Maghrébines », in Handman M.-E., Mossuz-Lavau J., *La prostitution à Paris, op.cit.*, p.199 sqq., Cattelain et Nguyen, 2003 (rapport Arcat) ; Liane Mozère, « Des domestiques philippines à Paris. Entrepreneuses d'elles-mêmes sur le marché transnational de la domesticité », in Verschuur C. et Reysoo F., *Genre, nouvelle division internationale du travail et migrations, op.cit.*, p. 155-162.

⁷⁴ O'Deye A., Joseph V., *La prostitution des mineurs à Paris, Données, acteurs et dispositifs existants, rapport final*, octobre 2006, Cabinet Anthropos, p. 17 sq.

⁷⁵ En 2005, il est dénombré 60 jeunes filles et 4 garçons de moins de 8 ans sur les 1 200 personnes prostituées identifiées dans des procédures. En outre 7 mineurs figurent parmi les 895 personnes mises en cause pour proxénétisme en 2005. Pour Paris, les données produites par la Police nationale font état de 55 cas de prostitution de mineurs, une moitié de nationalité française (24 filles et 4 garçons), une autre moitié de nationalité roumaine (27 personnes mineures). Selon l'aide sociale à l'enfance, 0,1 % des 1 188 mineurs ont été signalés pour « réseau de prostitution » par les services éducatifs auprès des tribunaux. Seuls 15 mineurs en situation de prostitution sont enregistrés en 2005 : O'Deye A., Joseph V., *La prostitution des mineurs à Paris, Données, acteurs et dispositifs existants, rapport final, op. cit.*

⁷⁶ En particulier l'association contre la prostitution des enfants (ACPE), l'équipe d'action contre le proxénétisme (EACP) et le réseau d'organisations travaillant ensemble afin d'éradiquer la prostitution et la pornographie enfantine (ECPACT International).

⁷⁷ Legardinier C., Bouamama S., *Les clients en question : étude sociologique et enquête d'opinion publique*, Mouvement du Nid, juin 2004.

⁷⁸ L'enquête ANRS sur la sexualité en France, parue en 2008, montre néanmoins que les hommes déclarant avoir payé pour des rapports sexuels au moins une fois dans leur vie sont plus nombreux au sein de la catégorie

extrêmement variable. Certains clients recourent régulièrement au commerce du sexe tandis que pour d'autres, celui-ci constitue une expérience occasionnelle voir, dans certains cas, « accidentelle »⁷⁹. Les raisons qui conduisent une personne à devenir client demeurent très variées : la solitude ou le manque affectif, l'angoisse face au premier rapport sexuel, la déception face à une sexualité de couple insatisfaisante, le refus ou la peur de l'engagement, etc.⁸⁰.

1.1.2 Des modalités et lieux qui se diversifient

La prostitution de voie publique, qui s'exerce également dans les camionnettes, est la plus connue mais voisine avec d'autres formes plus discrètes dans des bars ou des salons de massage, ou encore dans le cadre du domicile ou de l'hôtel après une rencontre sur internet. La prostitution peut constituer la source principale de revenus des personnes prostituées ; dans d'autres cas, elle apparaît également comme une pratique ponctuelle, irrégulière, généralement inconnue des services sociaux ou des associations. La prostitution s'exerce de façon indépendante ou dans le cadre de réseaux, avec ou sans lien avec un proxénète. Ce dernier peut exercer une contrainte plus ou moins forte à l'égard des personnes prostituées. Ces dernières sont susceptibles d'exercer leur activité en toute indépendance et, éventuellement, de bénéficier d'un protecteur qui sera rémunéré à leur propre initiative⁸¹.

La prostitution de voie publique s'exerce sur des territoires dont le découpage obéit à plusieurs lois : l'âge, l'ancienneté, l'origine, la langue, l'usage de drogue, les stratégies développées pour occuper et maintenir des lieux de travail, la proximité avec d'autres commerces du sexe, la tolérance accordée par les autorités de la police⁸². Le risque et le danger, le passage de la clientèle, la concurrence, le confort des lieux sont autant de variables que les personnes prostituées souhaitent contrôler. Depuis quelques années, certains lieux de la prostitution se déplacent en grande périphérie des villes, vers un ensemble de territoires discontinus, moins privilégiés, moins accessibles, et plus dangereux tels que les forêts en grande périphérie urbaine. Cette nouvelle localisation multi-centrée accentue la mobilité des personnes entre les villes ou les espaces et renforce leur isolement en dépit des réseaux existants. Il est noté également des déplacements en dehors de la France, en Espagne et en Belgique en particulier⁸³.

En dehors de la voie publique, la prostitution se développe considérablement ces dernières années à la faveur de la généralisation de l'usage d'internet. Internet séduit à la fois de nouveaux travailleuses et travailleurs du sexe et des personnes prostituées exerçant

« Artisan, commerçants, chef d'entreprise » (22,7 %) et moins nombreux au sein de la catégorie « Profession intellectuelle, cadre secteur public, profession libérale » (10,6 %).

⁷⁹ Mossuz-Lavau J., « Qui sont les clients ? » in Handman M.-E. et Mossuz-Lavau J. (dir.), *La prostitution à Paris, op.cit.*, p. 295 sqq.

⁸⁰ Legardinier C., Bouamama S., « Les clients en question : étude sociologique et enquête d'opinion publique », *op. cit.*

⁸¹ Auditions CNS et Fauguiet J., Sargeant M., "Boyfriends, 'pimps' and clients", in Scambler G., Scambler A., *Rethinking Prostitution*, Londres et New York, Routledge, 1997, p. 121.

⁸² Chimienti M., Földhâzi N., « Géographies du marché du sexe : entre dynamiques urbaines, économiques et politiques », *Sociétés*, 2008/1, vol. 99, p. 80-90 ; Séchet R., « La prostitution, enjeu de géographie morale dans la ville entrepreneuriale. Lectures par les géographes anglophones », *L'Espace géographique*, 1/2009 vol. 38, p. 59-72 ; Gaissad L., Deschamps C., « Des sexualités dans l'espace public. Moments "autres" et co-voisinages multiples », *Espace populations sociétés*, 2007/2-3, mis en ligne le 1^{er} décembre 2009, <http://eps.revues.org/index2238.html> ; Sides J., "Excavating the Postwar Sex District in San Francisco", *Journal of Urban History*, vol. 32, n° 3, mars 2006, p. 355-379. Sur l'exemple de Paris, voir Redoutey E., « Trottoirs et territoires, les lieux de la prostitution à Paris », in Handman M.-E., Mossuz-Lavau J., *La prostitution à Paris, op.cit.*, p. 39 sq.

⁸³ Auditions CNS.

antérieurement sur la voie publique⁸⁴. Les offres de rapports sexuels tarifés les plus visibles sont celles des « escortes ». L'*escorting* désigne une relation tarifée qui adjoint un service sexuel à un service d'accompagnement pour une durée et des pratiques convenues lors de la réservation. Plusieurs formes d'*escorting* peuvent être distinguées : l'*escorting* comme relation de service, l'*escorting* comme forme de domination et l'*escorting* comme relation affectivo-sexuelle à durée limitée⁸⁵. Les escortes pratiquent leur activité de façon indépendante ou dans le cadre de réseaux qui fournissent des services en hôtel auprès d'une clientèle aisée. Dans certains cas, les réseaux planifient des « tours » : les personnes prostituées effectuent une tournée dans les grands hôtels des villes d'Europe et reçoivent, lors de chaque étape, un nombre conséquent de clients. Le recrutement des personnes prostituées, majoritairement dans les pays d'Europe de l'Est, et les sollicitations des clients s'effectuent par l'intermédiaire d'internet⁸⁶.

I.2 UNE VULNÉRABILITÉ ALARMANTE

Au regard de leurs trajectoires et des conditions d'exercice de leur activité, les personnes prostituées se trouvent particulièrement exposées aux risques sanitaires. Cette exposition est renforcée en raison d'une prévention inadaptée aux situations de terrain, d'un dépistage déficient, d'un accès à l'information et aux soins de santé primaires limité et plus généralement d'un environnement social dégradé et perçu souvent comme hostile. Les personnes prostituées sont soumises à des formes de violences multiples et peinent à faire valoir leurs droits au séjour, aux soins et aux prestations sociales.

I.2.1 Une vulnérabilité sanitaire

La vulnérabilité sanitaire dont peuvent être victimes les personnes prostituées résulte moins de comportements jugés "déviant" que d'un environnement social susceptible d'entraver l'utilisation des outils de prévention et de conduire à des prises de risques en matière de santé. La vulnérabilité face au client, les rapports extra-professionnels non protégés, le relâchement général des pratiques de prévention, les pratiques spécifiques en matière d'hygiène, les problèmes posés par l'offre de prévention et de soins se révèlent préjudiciables pour la santé. Les données disponibles, notamment issues des rapports des associations de soutien des personnes prostituées, montrent de moindres capacités de compréhension des messages de prévention en raison du barrage de la langue, d'un niveau de connaissances préalables sur le VIH et les IST limité, de conditions de vie peu propices à la réception des stratégies usuelles de communication de la prévention⁸⁷. Les femmes africaines en provenance de régions à forte prévalence⁸⁸ et les personnes transgenres⁸⁹ sont aujourd'hui des populations particulièrement touchées par le VIH.

⁸⁴ Voir l'exemple de la prostitution masculine : Sousa A, « La prostitution masculine s'est transformée », *SWAPS*, n° 42.

⁸⁵ Bigot S, « La prostitution sur internet : Entre marchandisation de la sexualité et contractualisation des relations affectives », *Genre, sexualité et société* (en ligne), vol. 2, Automne 2009, <http://gss.revues.org/index1139.html>; « Le sexe et l'argent. Les différentes significations de l'argent dans l'*escorting* », Communication présentée à la Journée rencontre-débats « Regards insolites sur la sexualité » organisée par l'Association pluridisciplinaire de recherches et d'études sur la sexualité, ENS, Paris, 14 juin 2008.

⁸⁶ Auditions CNS.

⁸⁷ Cabiria, *Rapport d'activité*, 2008.

⁸⁸ Guillemaut F. (dir.), *État des lieux des actions de prévention VIH auprès des personnes prostituées : étude préliminaire sur Toulouse, Lyon, Paris, Rennes, op.cit.*, p. 56.

⁸⁹ Le taux de prévalence du VIH serait extrêmement élevé. Sur une quarantaine de personnes dans une file active donnée, il approcherait les 80 %. Auditions CNS.

Des pratiques à risque

L'usage du matériel de prévention, et principalement du préservatif masculin, demeure une pratique courante dans le milieu prostitutionnel pour les actes de pénétration⁹⁰. S'agissant de la prostitution féminine, la protection se situe autour de 90 à 100 % lors des relations anales et vaginales et autour de 66 à 84 % lors de relations bucco-génitales⁹¹. L'une des vocations du préservatif est de protéger contre la transmission du VIH/sida et des IST, mais il permet également une mise à distance du client. Son usage est antérieur à l'apparition du VIH/sida⁹² et s'est renforcé avec l'arrivée de l'épidémie⁹³ en dépit d'obstacles persistants. Ainsi, les demandes de rapports non protégés émanant de clients demeurent importantes et se situeraient, selon les sources, entre 10 et 50 %⁹⁴. Les demandes se sont accrues depuis le début des années 2000 avec le relâchement croissant des pratiques de prévention⁹⁵. L'acceptation de rapports non protégés serait aujourd'hui particulièrement significative, en raison de la dépendance financière des personnes prostituées, des habitudes prises avec des clients réguliers, du regain de concurrence consécutif à l'accroissement de l'offre prostitutionnelle⁹⁶, du relâchement global des pratiques de prévention en particulier chez les clients⁹⁷ et de l'accroissement de pratiques à risque, particulièrement sur internet. « Fellation nature », « *extra-ball*⁹⁸ », « CIM⁹⁹ », « sodomie nature », sont autant de pratiques à risque mises en avant dans les annonces.¹⁰⁰ 12 à 33 % des personnes prostituées sont prêtes à accéder à la demande d'un client qui a sollicité un rapport non protégé si ce dernier consent une majoration du prix de la prestation¹⁰¹. Les situations décrites par les clients au cours de 2 500 appels téléphoniques auprès de Sida info service

⁹⁰ Auditions CNS. Voir également par exemple Cabiria, *Rapport d'Activité 2008*, p. 23. et Gil F. « Sexualité et prostitution » in Handman M.-E, Mossuz-Lavau J. (dir.) *La prostitution à Paris, op.cit.*, p. 365.

⁹¹ Meystre-Agustoni G. et al., *Comportements par rapport au VIH/sida et aux autres infections sexuellement transmissibles dans l'univers de la prostitution féminine*, Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2008. Voir également Guillemaut F. (dir.), « La réduction des risques liée au VIH/sida et l'accès aux soins dans le contexte des rapports d'échange économique-sexuels en Guadeloupe », *op.cit.*, p. 66 sqq. Le taux d'utilisation du préservatif établi à partir de données déclaratives comporte plusieurs biais. Voir par exemple Ferguson A.-G. et al., "Using diaries to measure parameters of transactional sex : an example from the Trans-Africa highway in Kenya", *Culture Health Sex*, vol 8, 2006, p. 175-185 ; Lowndes C. et al., "Management of sexually transmitted diseases and HIV prevention in men at high risk : targeting clients and non-paying sexual partners of female sex workers in Benin", *AIDS*, vol.14, 2000, p. 2 523-2 534 ; Alary M. et al., "Decline in the prevalence of HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Cotonou, Benin 1993-1999", *AIDS*, vol. 16, 2002, p. 463-470.

⁹² Voir par exemple : Coppel A. et al., *Recherche-action : prostitution et santé publique. Rapport final*, Centre collaborateur sida, Institut de médecine et d'épidémiologie africaine et tropicale, 1990.

⁹³ Mathieu L., *Prostitution et sida, sociologie d'une épidémie et de sa prévention*, Paris, L'Harmattan, 2000, p. 44 ; Welzer-Lang D., *Prostitution, les uns, les unes et les autres*, Paris, Métailié, 1994, p. 143 ; Deschamps C., « Le sexe et l'argent des trottoirs », *op.cit.*, p. 126 sq.

⁹⁴ Service des droits des femmes et de l'égalité, *Rapport faisant état de la situation démographique sanitaire et sociale des personnes prostituées, ainsi que des moyens dont disposent les associations et les organismes qui leur viennent en aide*, *op.cit.* ; Gil F., « Sexualité et Prostitution » in Handman M.-E, Mossuz-Lavau J. *La prostitution à Paris, op.cit.*, p. 365

⁹⁵ Conseil national du sida, *Rapport sur la politique publique de prévention de l'infection à VIH en France métropolitaine*, 2005. www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2005-11-17_rap_fr_prevention.pdf

⁹⁶ European Network for HIV/STI Prevention and Health Promotion among Migrant Sex Workers (Tampep), <http://tampep.eu/documents.asp?section=reports>

⁹⁷ Auditions CNS. Voir également Fauguiet J., Sargeant M., "Boyfriends, 'pimps' and clients", in Scambler G., Scambler A., *Rethinking Prostitution, op.cit.*, p. 121.

⁹⁸ Plusieurs relations sexuelles lors d'une même relation tarifée.

⁹⁹ Acronyme de l'expression anglaise *Come/cum in mouth*, désigne l'éjaculation dans la bouche du/de la partenaire sexuel(le) lors d'une fellation.

¹⁰⁰ Auditions CNS ; Expuesto J., « De la rue au virtuel », *Transversal*, vol. 43, juillet-août 2008, p. 26.

¹⁰¹ Baker L. M. et al., "General health problems of inner-city sex workers: a pilot study", *Journal of the Medical Library Association*, vol. 91, n° 1, janvier 2003, p. 67-71.

en 2005 confirment ces prises de risque. Dans 6 cas sur 10, un risque potentiel de contamination par le VIH et les IST est noté¹⁰².

Le relâchement des pratiques de prévention touche particulièrement les hommes en situation de prostitution occasionnelle¹⁰³. Selon une étude récente consacrée aux rencontres *gays* sur internet¹⁰⁴, les personnes qui déclarent avoir reçu de l'argent, des biens ou services en échange de relations sexuelles sont plus nombreuses à déclarer au moins une relation anale non protégée avec leurs partenaires (61,2 % vs 37,5 % de l'ensemble de l'échantillon), à s'engager dans des prises de risque régulières (36,8 % vs 19,6 %) ou systématiques (19,5 % vs 8,1 %) et à déclarer des pratiques *barebacks*¹⁰⁵ (51 % vs 28,5 %). Ces personnes sont plus nombreuses à être séropositives au VIH/sida (15,8 % vs 11,5 %) ou à ne plus être certaines d'être séronégatives (11,5 % vs 6 %).

Par ailleurs, malgré l'usage du préservatif, certaines pratiques sont susceptibles d'accroître l'exposition des personnes aux risques d'infection. De nombreuses femmes migrantes, notamment originaires d'Afrique subsaharienne, recourent à des pratiques intra-vaginales, la douche vaginale ou l'assèchement vaginal, c'est à dire l'assèchement des muqueuses vaginales par l'utilisation de produits détergents ou de tissus, à des fins hygiéniques (les sécrétions étant considérées comme impures et sales) et/ou érotiques pour le resserrement du vagin¹⁰⁶. Certaines femmes utilisent la pierre d'alun, d'autres une serviette éponge roulée introduite dans le vagin afin de retirer toute sécrétion. Elles n'ont donc généralement pas recours au gel lubrifiant et sont donc plus exposées à une rupture de préservatif.¹⁰⁷ Ces pratiques intra-vaginales facilitent le développement d'affections génitales (infections génitales basses, grossesses extra-utérines, infections pelviennes)¹⁰⁸ et la contamination par le VIH/sida ou une IST¹⁰⁹.

La mauvaise utilisation du préservatif peut résulter, par ailleurs, de l'usage d'alcool et de drogues lors de relations tarifées, à la demande souvent du client. Cette pratique expose d'autant plus les personnes prostituées au risque de contracter une IST que ces substances

¹⁰² Carvallo d E. *Prise de risque des clients de prostituées. Étude de la prise de risque parmi les appelants du numéro gratuit de Sida Info Service, clients de prostituées sur l'année 2005*, Sida Info Service, Service évaluation qualité, novembre 2006.

¹⁰³ Connell J., Hart G., "An Overview of Male Sex Workers in Glasgow and Edinburgh", *Occasional Paper*, n° 8, MRC Social & Public Policies Unit, Glasgow University 2003.

¹⁰⁴ Le Net *Gay* Baromètre 2009, repose sur 19 052 questionnaires. 4,2 % des personnes ont déclaré avoir reçu de l'argent, des biens ou services en échange de relations sexuelles, www.gaystudies.org

¹⁰⁵ Le *barebacking* désigne la pratique de rapports sexuels non protégés et, par extension, le courant apparu dans la communauté *gay* prônant le culte et la revendication de cette forme de pratique sexuelle, ainsi que le culte du sperme.

¹⁰⁶ Vuylsteke B. *et al.*, "Preventing HIV among sex workers" in Mayer K. H., Pizer H. F., *HIV Prevention*, Elsevier, Londres, 2009 ; Fernandez C., « Les pratiques d'assèchement vaginal », in Guillemaut F., *Femmes migrantes. Enjeux de l'épidémie à VIH, op.cit.*, p. 148 sq ; Reed B.-D., Ford K., Wirawan D., "The Bali STD/AIDS study: association between vaginal hygiene practices and STDs among sex workers", *Sexually Transmitted Infections*, vol. 77, n° 1, 2001, p. 46-52 ; Wang *et al.*, "Vaginal Douching, Condom Use, and Sexually Transmitted Infections Among Chinese Female Sex Workers", *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 32, n° 11, 2005 ; Fonck *et al.*, "Sexually transmitted infections and vaginal douching in a population of female sex workers in Nairobi, Kenya", *Sexually Transmitted Infections*, vol. 77, n° 4, 2001, p. 271-275.

¹⁰⁷ Cabiria, *Rapport d'activité*, 2008, p. 48 sq. Par ailleurs, indépendamment des pratiques d'assèchement vaginal, il est signalé un moindre recours au gel lubrifiant dans de nombreuses circonstances. Voir par exemple : Lotus-Bus, *Rapport d'activité*, 2008.

¹⁰⁸ Zhang J. *et al.* "Vaginal Douching and Adverse Health Effects: A Meta-Analysis", *American Journal of Public Health*, vol. 87, n° 7, juillet 1997.

¹⁰⁹ Mc Clelland *et al.*, "Vaginal washing and increased risk of HIV-1 acquisition among African women: a 10-year prospective study", *AIDS*, vol. 20, 2006, p. 269-273.

assèchent et fragilisent les muqueuses, et que les clients proposant des relations sexuelles sous l'influence de drogues ont d'autres comportements à risque¹¹⁰.

En dehors des relations professionnelles, en particulier dans le cadre de la relation de couple, les personnes prostituées utilisent rarement le matériel de prévention, en particulier le préservatif souvent envisagé comme un outil professionnel de mise à distance du client.¹¹¹ La dépendance affective et la confiance mutuelle entre les personnes affectent le recours au préservatif.¹¹² En outre, les représentations sociales peuvent contrarier les pratiques de prévention. Pour certaines personnes migrantes, le recours au préservatif dans le cadre d'une relation, même occasionnelle, avec une personne originaire de leur pays est difficilement concevable¹¹³. Par ailleurs, certaines des femmes escortes ne se percevant pas comme prostituées, renoncent au préservatif, celui-ci étant associé à un acte professionnel auquel ces dernières ne s'identifient pas¹¹⁴.

Un moindre accès aux services

La vulnérabilité des personnes prostituées s'est renforcée par le manque d'informations en matière de prévention, de soins et une mauvaise utilisation du matériel préventif¹¹⁵. Le niveau d'information sur les IST et les hépatites demeure très faible, en particulier parmi les personnes anglophones originaires d'Afrique et les personnes originaires d'Europe de l'Est. Les mécanismes de transmission des infections sont appréhendés de façon approximative en dépit d'une bonne connaissance des situations à risque. De nombreuses fausses croyances se répandent autour de la transmission du VIH/sida (baisers profonds, partage de couverts, piqûres de moustiques, douches vaginales¹¹⁶, rapports sexuels avec préservatifs¹¹⁷) et la gravité potentielle des hépatites semble sous-estimée¹¹⁸. *A contrario*, les conséquences d'une infection par le VIH/sida sont surestimées, l'infection étant synonyme, chez de nombreuses personnes migrantes, de dégradation rapide de la santé conduisant à une mort certaine et rapide¹¹⁹.

¹¹⁰ Shira et al., "Correlates of unprotected sex with female sex workers among male clients in Tijuana, Mexico", *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 7, n° 5, mai 2010 ; Shannon, K. et al., "Drug sharing with clients as a risk marker for increased violence and sexual and drug-related harms among survival sex workers", *AIDS care*, vol. 20, n° 2, février 2008, p. 228-234.

¹¹¹ Voir par exemple Meystre-Agustoni G. et al., *Raisons de santé*, vol. 139, 2008 ; mission mobile Lotus Bus, Promotion de la santé auprès des personnes se prostituant à Montpellier, *Rapport d'activité*, 2009, p. 15 ; Jackson L.A., Sowinski B. et al., "Female Sex Trade Workers, condoms and the Public-Private Divide", p. 83-105 in J. T. Parsons, *Contemporary Research on Sex Work*, 2005 ; Meystre-Agustoni G., Voellinger R. et al., *Comportements par rapport au VIH/sida et aux autres infections sexuellement transmissibles dans l'univers de la prostitution féminine*, op.cit. ; Fauquier J., Sargeant M., "Boyfriends, 'pimps' and clients", in Scambler G., Scambler A., *Rethinking Prostitution*, op.cit., p. 128.

¹¹² De Carvalho E., Bertin X., Sitbon G., *Prise de risque des clients de prostituées*, Paris, SIS, 2006, p. 19.

¹¹³ Deschamps C., *Le sexe et l'argent des trottoirs*, op.cit., p. 136.

¹¹⁴ Auditions CNS.

¹¹⁵ Selon une enquête conduite par Médecins du Monde et réalisée sur 93 femmes en 2007, 70 % des personnes interrogées ont connu une rupture de préservatif.

¹¹⁶ Grimley D.-M. et al. "An intervention to reduce vaginal douching among adolescent and young women: a randomized controlled trial". *Sexually Transmitted Diseases*, n° 32, décembre 2005, p. 752-758 ; Mc Clelland et al., "Vaginal washing and increased risk of HIV-1 acquisition among African women: a 10-year prospective study", op.cit.

¹¹⁷ Une enquête menée sur des personnes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Île-de-France indique qu'un tiers des répondants pense que la transmission du VIH est possible par une piqûre de moustique ou lors de rapports sexuels avec préservatifs. Lydié N., *Les populations africaines d'Île-de-France face au VIH/sida. Connaissances, attitudes, croyances et comportements*, Saint Denis, 2007.

¹¹⁸ Cabiria, *Rapport d'activité*, 2008, p. 44.

¹¹⁹ *Ibid.*, p. 63.

Le recours au dépistage et au traitement, appelé aujourd'hui à être amplifié¹²⁰, semble insuffisant. Les propositions de dépistage du VIH/sida¹²¹, la réalisation de tests de dépistage du VIH/sida¹²² et des hépatites¹²³ demeurent trop rares. Le traitement prophylactique postexposition (TPE) ainsi que les outils de contraception alternatifs ou complémentaires au préservatif masculin ne sont pas connus de nombreux travailleuses et travailleurs du sexe, en particulier les personnes prostituées anciennes dites traditionnelles¹²⁴, les personnes migrantes issues de l'Europe de l'Est, de Chine et d'Afrique subsaharienne¹²⁵. En cas d'accident du préservatif, les personnes prostituées ne sont pas toutes suffisamment informées de l'existence du TPE et de ses éventuels bénéfices pour prévenir l'infection à VIH¹²⁶ ou n'y ont pas accès, en particulier la nuit et le week-end¹²⁷. La prise en charge et les traitements sont généralement soumis aux aléas de l'activité prostitutionnelle, les conditions de vie entravent souvent le bon déroulement du traitement : hébergement à l'hôtel ne permettant pas de cuisiner ni de s'alimenter de manière équilibrée à moindre coût, rythme de vie décalé¹²⁸.

Les personnes prostituées ne disposent pas, par ailleurs, d'un accès suffisant à l'offre existante de soins. Le système de santé ne fournit pas des services adaptés aux besoins sanitaires, aux connaissances linguistiques, aux valeurs culturelles et à la mobilité des personnes prostituées. La méconnaissance du dispositif médico-social français¹²⁹, le recours insuffisant à l'interprétariat en milieu hospitalier, bien que des moyens soient prévus, les réticences de la part du personnel à l'égard de certaines populations, en particulier les personnes transgenres, le problème global d'accueil des migrants dans les structures de soins, notamment pour le TPE, constituent des obstacles supplémentaires à l'accès aux soins¹³⁰. En outre, de nombreux refus de soins en raison de l'affiliation à l'aide médicale d'État (AME)¹³¹ ou de l'activité de prostitution¹³² sont signalés. En conséquence, de nombreuses personnes prostituées ne révéleraient pas leur activité au personnel soignant¹³³.

¹²⁰ Patrick Yeni (dir.), *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts*, Paris, La documentation Française, 2010.

¹²¹ Auditions CNS.

¹²² Selon une étude récente menée auprès de femmes prostituées chinoises et réalisée après des séances de test de dépistage, 52 % des personnes interrogées déclarent n'avoir jamais réalisé un test de dépistage du VIH auparavant et ne pas se sentir concernées par le VIH/sida perçu comme une maladie étrangère. Ces femmes appartiennent à une tranche d'âge qui, en Chine, n'a jamais eu accès à des informations sur les IST et VIH/sida. Lotus Bus, *Rapport d'activité*, Médecins du Monde, 2009.

¹²³ Les Amis du bus des femmes, *Rapport d'activité*, 2007.

¹²⁴ Cabiria, *Rapport d'Activité*, 2008. L'enquête a été menée auprès de 349 personnes au cours des permanences d'accueil mobiles.

¹²⁵ L'enquête menée sur des migrants originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Île-de-France précédemment citée indique que seulement 57 % d'entre eux ont eu connaissance de l'existence de traitements antirétroviraux. Lydié N., *Les populations africaines d'Île-de-France face au VIH/sida. Connaissances, attitudes, croyances et comportements*, op.cit.

¹²⁶ Guillemaut F. (dir), *État des lieux des actions de prévention VIH auprès des personnes prostituées : étude préliminaire sur Toulouse, Lyon, Paris, Rennes*, op.cit., p. 53-54.

¹²⁷ Auditions CNS.

¹²⁸ Cabiria, *Rapport d'Activité*, 2008, p. 61 sq.

¹²⁹ Lotus Bus, « Enquête auprès des femmes chinoises se prostituant à Paris », in *Dossier de presse, Médecins du Monde*, février 2009.

¹³⁰ Auditions CNS.

¹³¹ Cf. *infra*.

¹³² Téqui, "Discrimination of sex workers in health care settings in France", *Research for sex work*, vol. 7, juin 2004.

¹³³ Jeal N., Salisbury C., "Self-reported experiences of health services among female street-bases prostitutes : a cross-sectional survey", *British Journal of General Practices*, vol. 54, n° 504, 2004, p. 515-519.

1.2.2 Une vulnérabilité sociale renforcée

La vulnérabilité sanitaire se conjugue avec d'autres formes de vulnérabilité, une exposition aux violences et un moindre accès aux droits sociaux (sécurité sociale, retraite, assurance chômage, droit au logement), des difficultés dans la recherche d'un logement, l'ouverture d'un compte en banque, l'accès à un emploi salarié ou à une formation professionnelle adaptée. Ces formes de vulnérabilité renforcent l'exposition aux risques d'infection à VIH et des IST¹³⁴.

Un moindre accès aux droits sociaux

Les personnes prostituées ne bénéficient pas de droits sociaux spécifiquement liés à l'exercice d'une profession reconnue¹³⁵. Elles doivent néanmoins déclarer leur revenu à l'administration fiscale, au titre des bénéficiaires non commerciaux et sont assujetties aux cotisations d'allocations familiales. Aussi, les personnes prostituées peuvent bénéficier du régime d'assurance maladie des travailleurs non salariés non agricoles. S'agissant de la question de la retraite, elles peuvent être inscrites depuis 2004 à la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (CIPAV) qui accueille, depuis cette date, les professions ne relevant d'aucune autre caisse de retraite. Par ailleurs, elles sont éligibles aux minima sociaux sous condition notamment de régularité du séjour : revenu de solidarité active (RSA), minimum vieillesse, couverture médicale universelle (CMU), allocation adulte handicapé (AAH), allocation parent isolé (API) et allocations familiales. Les personnes susceptibles de bénéficier de ces droits n'y ont pas nécessairement recours en raison de la méconnaissance des dispositifs¹³⁶ ou de la perception de l'activité de prostitution comme étant transitoire.

Les personnes prostituées étrangères en situation irrégulière rencontrent des difficultés supplémentaires. Celles-ci peuvent bénéficier d'une autorisation provisoire de séjour de trois mois sans autorisation de travail¹³⁷. Les difficultés rencontrées dans l'accession à une couverture médicale, CMU ou AME, sont également avérées. Les changements fréquents dans les conditions d'affiliation ont contribué ces dernières années à exclure de plus en plus de personnes étrangères de la CMU au profit d'une couverture par l'AME. Ainsi, pour une file active donnée entre 2003 et 2005, le taux de couverture de l'AME est passé de 6 à 30 % ; celui de la CMU de 79 à 30 %¹³⁸. L'entrée dans l'Union européenne de la Bulgarie et de la Roumanie a notamment entraîné une réduction des droits à la CMU. Ainsi, ces nouveaux États membres de l'Union Européenne s'étant engagés à assurer une couverture maladie à tous leurs ressortissants, ces derniers ne peuvent désormais plus bénéficier d'une couverture médicale en France au titre du régime général et ne peuvent désormais prétendre qu'à l'AME.

¹³⁴ Van Wesebeeck *et al.*, "Contextual and interactional factors influencing condom use in heterosexual prostitution contacts", *Patient Education and Counseling*, vol. 24, p. 307-329, 1994; Ntumbanzondo M. *et al.*, "Unprotected intercourse for extra money among commercial sex workers in Kinshasa", *AIDS Care*, vol. 18, 2006, p. 777-785.

¹³⁵ Maffesoli S.-M., « Le traitement juridique de la prostitution », *Sociétés*, vol. 1, n° 99, 2008, p. 33-46.

¹³⁶ Voir par exemple : Guillemaut F. (dir.), *La réduction des risques liée au VIH/sida et l'accès aux soins dans le contexte des rapports d'échange économique-sexuels en Guadeloupe*, *op.cit.*, p. 64. La méconnaissance des dispositifs peut être liée, dans certains cas, à la barrière de la langue.

¹³⁷ Auditions CNS. Voir notamment Arap-Rubis, *Rapport moral*, 2008 ; Sur les 500 femmes suivies par l'association Cabiria en 2005, 5 % sont en situation irrégulière au regard du séjour, 66 % disposent d'un titre de séjour provisoire, 81 % ne disposent pas d'autorisation de travail. Seules 8 % des personnes suivies ont bénéficié d'une carte de séjour temporaire avec une autorisation de travail. Cabiria, *Rapport d'activité*, 2004.

¹³⁸ Auditions CNS ; Guillemaut F. (dir.), *État des lieux des actions de prévention VIH auprès des personnes prostituées : étude préliminaire sur Toulouse, Lyon, Paris, Rennes*, *op.cit.*, p. 40 sq.

L'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'AME demeure problématique. Les personnes bénéficiaires de l'AME disposent d'un accès à l'offre de soins peu favorable. Ainsi, il est signalé qu'environ un tiers des bénéficiaires de l'AME sur trois a expérimenté un refus de soins de la part d'un professionnel de santé¹³⁹. En outre, l'accès à l'AME est rendu plus difficile depuis 2008. En effet, la demande d'ouverture doit désormais être accompagnée d'un justificatif de besoins de soins évalués par un médecin. La demande de l'AME à titre humanitaire est très souvent refusée¹⁴⁰. Enfin, la condition de résidence de trois mois opposée aux bénéficiaires potentiels de l'AME peut constituer un obstacle important dans l'accès aux soins¹⁴¹. Les associations constatent que les personnes doivent être accompagnées par un intervenant pour bénéficier d'une ouverture de droits effective et assurée. Ainsi, en l'absence de structures de santé de proximité, l'accès au système de santé de droit commun pour les personnes prostituées migrantes semble hypothétique et réduit aux urgences hospitalières.

S'agissant du logement, les associations de soutien notent qu'une grande majorité de personnes étrangères ne bénéficie pas de logement privés mais d'une domiciliation en raison d'un défaut de titres de séjour ou de la méfiance des bailleurs susceptibles d'être mis en cause pour proxénétisme¹⁴². Pour la plupart, les femmes migrantes vivent à l'hôtel, particulièrement à leur arrivée, dans des conditions d'hygiène et de salubrité très précaires, et certaines y retournent après des passages en foyers d'urgence ou en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). Un petit nombre parvient à être logé en sous-location. La plupart des personnes rencontrées par les associations ignorent pouvoir prétendre aux prestations sociales et à leur cumul - *RSA*, aide au logement ou aide financière exceptionnelle¹⁴³.

Une exposition aux violences

Outre les difficultés d'accès aux droits sociaux, les personnes prostituées ou des associations leur offrant un soutien relatent, depuis de nombreuses années, une exposition quotidienne et répétée à différentes formes de violences, d'ordre physique, psychologique, symbolique ou morale, ou liées à l'imposition de conditions de vie spécifiques¹⁴⁴. Selon une étude réalisée en 2004, 70 % des personnes prostituées interrogées ont identifié des actes de violence contre elles au cours des six derniers mois¹⁴⁵. Ces violences surviennent entre

¹³⁹ Une étude nationale de Médecins du Monde montre que 34 % des médecins généralistes sur un échantillon de 700 médecins refusent de traiter des patients bénéficiaires de l'aide médicale d'État (AME). Ce taux est près de quatre fois supérieur aux refus de soins pour les patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU), qui atteint 10 %. Selon plusieurs représentants de la profession médicale, de tels refus sont souvent liés aux réticences des médecins de ville à gérer des modalités administratives de règlement de la consultation pour les patients AME qui apparaissent plus complexes et dont les délais de remboursements sont parfois plus longs. Médecins du Monde, *Test de discrimination sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME dans dix villes de France*, novembre 2006 ; Voir également : Inspection générale des affaires sociales (IGAS), Inspection générale des finances (IGF), *Audit de modernisation, Rapport sur la gestion de l'aide médicale d'État*, mai 2007, p. 6 sqq ; Grisélidis, *Rapport d'activité*, 2007, p. 57 sq ; Boisguérin B. et Haury B., « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins », *Études et documents*, vol. 645, juillet 2008.

¹⁴⁰ Françoise Guillemaut (dir.), *État des lieux des actions de prévention VIH auprès des personnes prostituées : étude préliminaire sur Toulouse, Lyon, Paris, Rennes*, décembre 2008, *op.cit.*, p. 40.

¹⁴¹ Auditions CNS.

¹⁴² Auditions CNS ; Grisélidis, *Rapport d'activité*, 2008, p. 47 ; Cabiria, *Rapport d'activité*, 2008, p.100.

¹⁴³ Cabiria, *Rapport d'Activité*, 2008, p. 94.

¹⁴⁴ Voir également : Földàzi A., « Activités prostitutionnelles et gestion des violences : les risques du métier », *Genre, sexualité & société*, vol. 2, automne 2009. <http://gss.revues.org/index1020.html> ; Pryn S., *Stigmate et métier. Une approche sociologique de la prostitution de rue*, *op.cit.*, p. 94 sqq.

¹⁴⁵ Guillemaut F., *Femmes et migrations en Europe, Stratégies et empowerment*, novembre 2004, p. 106. Une enquête plus ancienne réalisée en 1995 montre que 41 % des travailleurs du sexe ont subi une agression au cours des cinq mois précédant l'enquête. « Conditions de vie des personnes prostituées : conséquences sur la

personnes prostituées ou émanent des proxénètes, des clients, des forces de police ou des institutions.

Les violences exercées par les clients sont fréquentes et naissent le plus souvent de sollicitations ou de tentatives d'imposition de nouveaux actes sexuels ou de demandes de remboursement¹⁴⁶. Par ailleurs, certaines escortes mentionnent l'existence de clients « dominateurs » susceptibles d'imposer un rapport serviciel, dans lequel le corps de la femme devient une marchandise dont le client peut librement disposer¹⁴⁷. Selon les associations de soutien aux personnes prostituées et de droits des personnes, les violences qui émanent également des forces de police se sont accrues ces dernières années¹⁴⁸. Les violences s'exercent aussi entre les personnes prostituées dans un secteur d'activité fortement concurrentiel soumis à certaines formes de clandestinité¹⁴⁹. Ainsi, des propos vexatoires et des brimades sont régulièrement subis par les personnes nouvellement installées ou placées en bas des hiérarchies sociales¹⁵⁰. Les violences rencontrées dans le milieu prostitutionnel sont étroitement liées à l'activité exercée. Les personnes prostituées sont frappées d'indignité et fortement stigmatisées en raison de leur activité¹⁵¹. Les personnes ne sont pas seulement touchées par le stigmate, mais elles l'incarnent sur de nombreux plans¹⁵². Les personnes transgenres¹⁵³ et les HSH¹⁵⁴ seraient davantage discriminés. Tous ces facteurs sont susceptibles d'affecter négativement l'estime de soi des personnes prostituées, pouvant ainsi favoriser les prises de risque et une attention moindre à la préservation de leur santé.

Des violences plus spécifiques s'exercent à l'encontre des migrants. Il semble que l'arrivée des jeunes femmes d'Europe de l'Est et d'Afrique anglophone qui pratiquent des tarifs inférieurs à la moyenne pratiquée a ravivé des tensions entre personnes prostituées et banalisé les discours dépréciatifs, voire ouvertement racistes, des personnes prostituées françaises à l'égard des personnes étrangères¹⁵⁵. Par ailleurs, d'autres formes de violence découlent du remboursement de la dette de passage contractée par certaines personnes migrantes. Celle-ci est variable en fonction du pays d'origine, de la « prestation » achetée

prévention de l'infection à VIH », *Revue Epidémiologique et Santé Publique*, 1996. Ces données sont corroborées par plusieurs autres études. Ainsi, par exemple, à San Francisco, 70 % des personnes prostituées ont subi des violences provenant de proxénètes et de clients : Fauquier J., Sargeant M., "Boyfriends, 'pimps' and clients" in Scambler G., Scambler A., *Rethinking Prostitution*, 1997, *op. cit.*, p. 123.

¹⁴⁶ Une étude réalisée en 1995 montre que le client est le principal agresseur des cas de violence dans 58 % des cas. « Conditions de vie des personnes prostituées : conséquences sur la prévention de l'infection à VIH », *Revue épidémiologique et santé publique*, *op.cit.* Des données canadiennes montrent que les violences décrites par les personnes prostituées émanent de la police dans 66 % des cas et des clients dans 14 %. Bruckert et Parent, *Crime organisé et trafic de personnes au Canada : perceptions et discours*, 2004.

¹⁴⁷ Bigot S., « La prostitution sur internet : Entre marchandisation de la sexualité et contractualisation des relations affectives », *Genre, sexualité et société* (en ligne), vol. 2, Automne 2009, <http://gss.revues.org/index1139.html>

¹⁴⁸ Commission nationale sur les rapports entre les citoyens et les forces de sécurité sur le contrôle et le traitement de ces rapports par l'institution judiciaire, « Des nouvelles zones de non droit, des prostituées face à l'arbitraire policier », 2006, p. 11 *sq.* www.syndicat-magistrature.org/IMG/pdf/rapport_sm_ldh_saf.pdf

¹⁴⁹ Deschamps C., « Clandestinité et partage de territoire. La prostitution de rue à Paris », *Gradhiva*, n° 33, 2003, p.106.

¹⁵⁰ Pourette D., « Les violences », in Handman M.-T., Mossuz-Lavau J., *La prostitution à Paris*, *op.cit.* p. 326.

¹⁵¹ Pheterson G., *Le prisme de la prostitution*, *op. cit.*, 2001, p. 334.

¹⁵² « Dans chaque dimension du déshonneur, les prostituées réapparaissent sous le prototype de putain. Elles sont perçues comme la personnification des rapports sexuels (adultères), de la race (sombre), de l'argent (sale), des sévices (mérités), de la maladie (sexuellement transmissible) et du savoir (tabou) », *Ibid.*, p. 128

¹⁵³ Auditions CNS.

¹⁵⁴ Belza M. J., "Risk of HIV infection among male sex workers in Spain", *Sexually Transmitted Infections*, vol. 81, n°1, 2005, p. 85 *sq.*

¹⁵⁵ *Ibid.*, p 327.

(visa, contrat de travail, passeport, voyage, passage illégal de frontières, etc.) et du type de négociation. Le montant de la dette s'échelonne entre 2 000 et 50 000 euros. Le lien par la dette (*debtboundage*) peut devenir une forme de servitude réelle, particulièrement prégnante pour les femmes nigériennes liées par le « juju »¹⁵⁶ et constituer une menace pour l'intégrité de la personne ou de sa famille restée dans le pays d'origine. On estime que près de 80 % des personnes migrantes ont contracté des dettes liées à leur voyage¹⁵⁷.

¹⁵⁶ Le « juju » est une cérémonie pratiquée avant le départ pour protéger la personne qui entreprend un voyage. La bénéficiaire doit respecter le « juju », en particulier en lui payant une somme d'argent, sous peine de perdre la santé. Guillemaut F., « Sexe, juju et migrations. Regard anthropologique sur les processus migratoires de femmes africaines en France », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, n° 1, 2008, p. 10-25.

¹⁵⁷ Guillemaut F. (dir.), *Femmes et migrations en Europe*, Cabiria, 2007, p.101

II. DES CONTRADICTIONS CROISSANTES ENTRE LES POLITIQUES PUBLIQUES AU DÉTRIMENT DES DROITS DES PERSONNES

Au cours des années 2000, les pouvoirs publics poursuivent différents objectifs en matière de prostitution¹⁵⁸. Ils œuvrent en faveur de la tranquillité publique et accentuent les sanctions contre les formes visibles de la prostitution de voie publique et contre certaines formes de proxénétisme. Ils luttent contre les formes de criminalité organisée et adoptent des mesures spécifiques contre la traite des êtres humains. Ils se mobilisent enfin en faveur de la protection des mineurs, de la protection des victimes du proxénétisme et de la traite des êtres humains et de la réinsertion des personnes prostituées. Ainsi la loi du 15 novembre 2001 relative à la sécurité quotidienne renforce les peines encourues au titre du proxénétisme simple¹⁵⁹. La loi du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale interdit la prostitution des mineurs et incrimine spécifiquement le proxénétisme à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans¹⁶⁰. Enfin, la loi du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure, dite LSI, prévoit plusieurs dispositifs relatifs au racolage, au proxénétisme, à la traite des êtres humains et aux mesures d'assistance offertes aux personnes victimes¹⁶¹.

Conçus pour œuvrer en faveur de la tranquillité publique, lutter contre la traite des êtres humains et fournir une protection, les dispositifs de la LSI ont davantage déstabilisé les personnes prostituées, sans parvenir ni à restaurer leurs droits, ni à garantir la stabilité des personnes les plus vulnérables. La législation demeure ainsi source d'instabilité, en particulier pour les personnes étrangères. Elle contribue à reléguer les impératifs de santé au second plan et elle renforce l'exposition des personnes prostituées aux risques de transmission du VIH/sida et des IST. Ni les coordinations mises en œuvre ou affichées par les pouvoirs publics, ni la définition d'objectifs ambitieux dans le cadre de plans de santé publique nationaux ou locaux, n'ont, jusqu'à présent, permis d'infléchir les tendances négatives constatées unanimement, aussi bien au sein des associations de soutien aux personnes prostituées que dans l'unique rapport d'évaluation de la LSI établi par les services du gouvernement.

II.1 DES DROITS AFFIRMÉS MAIS FORTEMENT CONDITIONNÉS ET INÉGALEMENT GARANTIS

Les difficultés rencontrées par les personnes prostituées résultent, en partie, de la mise en œuvre de dispositifs publics malaisés, à l'instar du délit de racolage passif prévu par la LSI et dont l'application s'est révélée très complexe, inégale sur le territoire et dans le temps. Par ailleurs, de nombreux droits, dont ceux réservés aux victimes du proxénétisme et de la traite des êtres humains, en particulier étrangères, restent réservés à une minorité, car ils sont assortis de conditions problématiques. En définitive, la législation actuelle n'est parvenue ni à protéger directement les victimes du proxénétisme et de la traite, ni à accroître le nombre de mises en cause des auteurs de proxénétisme et de traite. La principale conséquence de la loi demeure l'augmentation conséquente des mises en cause directes des personnes prostituées (*cf. Tableau 1*).

¹⁵⁸ Pour un aperçu de l'historique des législations relatives à la prostitution en France et une présentation synthétique de la législation actuelle, se reporter à l'annexe du présent avis : *Histoire de l'action publique relative à la prostitution*.

¹⁵⁹ Loi n° 2001-1062 du 15 novembre 2001 relative à la sécurité quotidienne.

¹⁶⁰ Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale.

¹⁶¹ Loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure. Le détail des dispositifs est présenté dans l'annexe.

Tableau 1 – Mises en cause et condamnations pour racolage et proxénétisme et prise en charge des victimes du proxénétisme et de la traite des êtres humains¹⁶²

Année	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 ¹⁶³
Mises en cause pour racolage actif et passif	267	-	-	5 152	-	-	-	-	2 315
Condamnations judiciaires pour racolage passif	-	-	291	747	996	474	535	-	-
Condamnations judiciaires pour racolage actif	-	-	-	4	0	0	0	0	-
Mises en cause pour proxénétisme et proxénétisme aggravé	-	643	709	717	-	-	-	-	465
Condamnations pour proxénétisme et proxénétisme aggravé	-	-	-	554	528	473	592	498	-
Identification des victimes du proxénétisme et de la TEH	-	-	-	-	-	1 218	-	-	684
Admission au séjour des victimes	-	-	172	180	-	-	-	-	79
Signalement de victimes à la coordination Ac-Sé	-	-	50	-	-	-	-	56	-
Accueil effectif au sein du réseau Ac-Sé	-	-	33	44	-	-	-	-	-

II.1.1 Une réglementation complexe peu conforme aux droits des personnes

L'application de la législation sur le racolage a considérablement accru la pression exercée sur les personnes prostituées et constitue un facteur indéniable de déstabilisation. Au surplus, la réglementation protectrice en faveur des victimes de la traite des êtres humains et du proxénétisme, notamment étrangères, a tardé à être correctement mise en œuvre et concerne, en raison du caractère très conditionnel des droits, une minorité symbolique de personnes prostituées. Ainsi, les dispositifs de protection des victimes ont été incapables d'amortir les effets négatifs produits par la mise en œuvre de la réglementation sur le racolage.

Une mise en œuvre différenciée du délit de racolage

La mise en œuvre de l'article 50 de la LSI occasionne une augmentation spectaculaire du nombre de mises en cause pour racolage. Selon les données disponibles, 5 152 procédures ont été établies pour racolage par la police nationale en 2004. Par comparaison, 267 contraventions pour racolage ont été dressées en 2001¹⁶⁴. Le nombre de mises en cause pour racolage tend toutefois à diminuer ces dernières années. En 2009, 2 315 procédures pour racolage ont été établies au 30 novembre¹⁶⁵. Par ailleurs, le nombre de mises en cause dans

¹⁶² Sources : Auditions CNS, Compte-rendu intégral (Sénat) de la séance du 11 mai 2010, *Rapport faisant état de la situation démographique, sanitaire et sociale des personnes prostituées ainsi que des moyens dont disposent les associations et les organismes qui leur viennent en aide* (2006), *Rapport fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale sur le projet de loi sur la sécurité intérieure* (2002), Ministère de la justice et des libertés.

¹⁶³ Données au 30 novembre 2009.

¹⁶⁴ Sénat, *Rapport fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale sur le projet de loi sur la sécurité intérieure* par Jean-Patrick Courtois, n° 36, annexé au procès-verbal de la séance du 30 octobre 2002, p. 74. www.senat.fr/rap/l02-036/l02-0361.pdf

¹⁶⁵ Sénat, « Séance du mardi 11 mai 2010 », *Journal officiel*, 12 mai 2010, p. 3 323.

des procédures de la Police nationale a largement augmenté, particulièrement en 2004¹⁶⁶ et jusqu'en 2005. À partir des années 2005-2007, il est noté que les opérations des services de police sont relativement moins nombreuses, mais plus ciblées¹⁶⁷. Les populations visées sont, en majorité, des étrangers et les mises en cause peuvent davantage porter sur la régularité du séjour en France que sur le délit de racolage. Ainsi, les interpellations des personnes originaires d'Europe de l'Est semblent avoir diminué en 2007 à la suite de l'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'Union européenne¹⁶⁸. Par ailleurs, il est noté l'absence de mises en cause de personnes prostituées non migrantes¹⁶⁹.

Le nombre de condamnations judiciaires à la suite d'une mise en cause pour racolage a également augmenté mais demeure largement inférieur au nombre de mises en cause. Il passe ainsi de 291 condamnations pour racolage en 2003 à 996 en 2005 et se stabilise autour de 500 condamnations annuelles au cours des deux années suivantes. Les peines rendues sont moins élevées que celles prévues par le code pénal mais elles peuvent se révéler dissuasives s'agissant de personnes en situation de précarité. Les personnes prostituées mises en cause dans une procédure judiciaire seraient condamnées à une amende de 400 euros en moyenne¹⁷⁰. Les difficultés rencontrées pour apprécier le caractère constitutif du racolage ont occasionné des jugements contraires sur des situations très comparables. L'application de l'article 50 s'est révélée très variable dans le temps. Les condamnations pour racolage ont été peu nombreuses dans les premiers mois de la mise en œuvre de la loi et, par la suite, leur nombre a augmenté. Dans plusieurs cas, les parquets ont fait appel pour obtenir des condamnations plus lourdes que celles prononcées en première instance¹⁷¹.

La mise en œuvre de la LSI paraît, en outre, extrêmement inégale sur le territoire et dépendante des initiatives variables des élus locaux et des représentants de l'État. À Paris, la Préfecture de Police a créé une brigade spécialement affectée à la constatation de l'infraction de racolage, l'Unité de surveillance et d'investigation territoriale (USIT), qui, depuis, a été dissoute. L'activité répressive apparaît extrêmement variable d'un arrondissement à l'autre mais demeure, dans certains quartiers, très prononcée, à tel point que les services de police ont même procédé, par erreur, à plusieurs interpellations de personnes non prostituées attendant un taxi à la sortie de discothèques parisiennes¹⁷². L'USIT avait tenté de préciser les éléments constitutifs du racolage passif¹⁷³. Selon les périodes, plusieurs quartiers ou zones géographiques sont ciblés. Depuis la fin de l'année 2009, les personnes prostituées présentes dans le bois de Vincennes sont, par exemple, l'objet de très nombreuses mises en cause alors qu'une concertation avait été mise en œuvre pour permettre l'exercice de l'activité dans le lieu tout au long de l'année, à l'exception de périodes spécifiquement négociées¹⁷⁴.

¹⁶⁶ L'association Grisélidis note en novembre 2004 un pic dans la mise en cause des personnes prostituées à Toulouse avec 34 arrestations au cours d'une seule nuit et une moyenne de 8 à 10 arrestations par semaine pour l'ensemble de l'année 2004, Grisélidis, *Rapport d'activité*, 2006.

¹⁶⁷ Auditions CNS.

¹⁶⁸ Auditions CNS.

¹⁶⁹ Auditions CNS ; Cabiria, *Rapport d'activité*, 2008 ; Guillemaut F. (dir.), *État des lieux des actions de prévention VIH auprès des personnes prostituées. Étude préliminaire sur Toulouse, Lyon, Paris, Rennes, op.cit.*

¹⁷⁰ Sénat, « Séance du mardi 11 mai 2010 », *op.cit.*, p. 3 309.

¹⁷¹ Grisélidis, *Rapport d'activité*, 2006.

¹⁷² Auditions CNS.

¹⁷³ « Certains signes ne trompent pas : position d'attente sur un boulevard avec des automobilistes s'arrêtant à hauteur de la femme, déambulation provocante, gestes ou regards appuyés... » in « Bilan de la sécurité à Paris », *Liaisons*, n° 81, janvier-mars 2004.

¹⁷⁴ Auditions CNS.

Dans les régions, les mises en cause pour racolage sont variables d'une ville à l'autre. En région PACA par exemple, les mises en cause pour racolage sont extrêmement rares dans la ville de Marseille et sont liées à des nuisances spécifiques liées au bruit ou aux bagarres. Dans la ville voisine de Toulon, les mises en causes ont été beaucoup plus nombreuses et ont abouti à une diminution importante du nombre de personnes prostituées entraînant la fermeture de l'antenne associative locale et un report des personnes prostituées vers d'autres lieux d'exercice, notamment vers Marseille¹⁷⁵. Les mises en cause varient également dans le temps en fonction du départ ou de l'arrivée d'un représentant de l'État. Ainsi les mises en cause par la police ont spectaculairement augmenté à Lyon en 2007 avec l'arrivée d'un nouveau préfet. En outre, plusieurs villes ont promulgué, indépendamment de l'application de la loi, des arrêtés réglementant la présence et l'activité des personnes prostituées sur la voie publique ou le stationnement des véhicules équipés pour le séjour ou une activité. Ainsi à Lyon, le maire de la ville a signé plusieurs arrêtés municipaux¹⁷⁶ pour interdire le racolage en centre ville ou le stationnement des camionnettes des personnes prostituées dans certains quartiers ou rues de la ville¹⁷⁷. Dans la commune de Rennes, le maire n'a pas adopté d'arrêté réglementant l'activité des personnes prostituées ou le stationnement de camionnettes mais les services de police ont entrepris, avant l'instauration de la LSI de mettre en cause de façon régulière une trentaine de personnes prostituées migrantes dont l'activité dans un quartier de la ville avait suscité l'opposition des riverains¹⁷⁸.

Le renforcement conséquent des moyens de répression du racolage et du proxénétisme a conduit à l'augmentation spectaculaire des procédures à l'encontre des personnes prostituées mais il n'a, en revanche, pas permis d'accroître significativement le nombre de mises en causes pour proxénétisme (cf. Tableau I). En 2003 et 2004, respectivement 709 et 717 personnes avaient été mises en cause pour proxénétisme contre 643 en 2002 avant le vote de la loi¹⁷⁹. Plus récemment, pour 2009, 465 personnes avaient été mises en cause pour proxénétisme au 30 novembre¹⁸⁰. Par ailleurs, il semble que ces mises en cause concernent dans la très grande majorité des cas, le proxénétisme d'aide et de soutien, d'assistance et de protection des personnes prostituées, les cas de proxénétisme d'exploitation, prévus aux alinéas 2 et 3 de l'article L.225-5 du Code pénal¹⁸¹, étant minoritaires.¹⁸²

¹⁷⁵ Auditions CNS.

¹⁷⁶ Juillet 2002, août 2006, octobre 2006, juillet 2007, mai 2008, décembre 2009, mai 2010. Le dernier arrêté en date du 17 mai 2010 réglemente le stationnement des véhicules équipés pour le séjour ou une activité dans les 7^e et 8^e arrondissements de la ville de Lyon, *Extrait du registre des Arrêtés du Maire*, Réf. 47300-2010-06.

¹⁷⁷ Ainsi, entre mai et décembre 2008, près de 150 mises en fourrière ont été constatées par l'association locale. Cabiria, *Rapport d'activité*, 2008.

¹⁷⁸ Guillemaut F. (dir.), *État des lieux des actions de prévention VIH auprès des personnes prostituées. Étude préliminaire sur Toulouse, Lyon, Paris, Rennes, op.cit.*, annexe 1 ; Sanselme F., « Des riverains à l'épreuve de la prostitution. Fondements pratiques et symboliques de la morale publique », *Les annales de la recherche urbaine*, vol. 95, 2004, p. 111 *sqq.* ; Rigalleau A., « Prostitution, riverains et action publique : une analyse en terme de territoire », in *Prostitution et action publique*, PUR, Rennes, 2006.

¹⁷⁹ *Rapport faisant état de la situation démographique sanitaire et sociale des personnes prostituées, ainsi que des moyens dont disposent les associations et les organismes qui leur viennent en aide, op.cit.*, p. 34.

¹⁸⁰ Auditions CNS.

¹⁸¹ Le proxénétisme est défini dans l'article L.225-5 du Code pénal comme le fait : 1° d'aider, d'assister ou de protéger la prostitution d'autrui ; 2° de tirer profit de la prostitution d'autrui, de partager les produits ou de recevoir des subsides d'une personne se livrant habituellement à la prostitution ; 3° d'embaucher, d'entraîner ou de détourner une personne en vue de la prostitution ou d'exercer sur elle une pression pour qu'elle se prostitue ou continue à le faire.

¹⁸² Auditions CNS.

Un facteur de déstabilisation supplémentaire

La disparité dans la mise en œuvre de la LSI constitue une source de déstabilisation supplémentaire pour les personnes prostituées. L'application du dispositif sur le racolage a accéléré la dispersion des personnes dans des lieux plus isolés ou plus discrets, susceptibles de les abriter de l'action policière, mais dans lesquels elles se trouvent davantage exposées aux violences.

Les différentes associations¹⁸³ ainsi que la commission nationale sur les rapports entre les citoyens et les forces de sécurité¹⁸⁴ rapportent des mises en cause nombreuses et récurrentes des droits des personnes, en particulier des injures, des propos vexatoires, des concussions et des violences. Les interpellations réalisées par les forces de police sont suivies, dans certains cas, d'un placement sous le régime de la garde à vue et d'un recours aux menottes. La garde à vue peut aller d'une simple audition à une fouille complète suivie d'un placement en cellule. En outre, les camionnettes, dont les travailleuses et travailleurs du sexe sont propriétaires, sont généralement saisies en cas d'interpellation pour racolage. Enfin, les personnes prostituées interpellées par la Police nationale sont inscrites dans le fichier informatique du système de traitement des infractions constatées (STIC).

Les associations ont noté que d'autres incriminations ont pu être opposées aux personnes prostituées depuis la mise en œuvre de la LSI, le délit d'exhibition sexuelle¹⁸⁵ ou encore les délits relatifs à la circulation routière (stationnement gênant ou dangereux, refus d'obtempérer). Par ailleurs, la difficulté de caractériser l'incitation à des relations sexuelles tarifées entraîne des conditions très particulières de mises en cause, notamment lorsque les interpellations se déroulent directement dans les camionnettes. En outre, la possession de matériels de prévention en grande quantité a pu être paradoxalement considérée comme une confirmation de la pratique du racolage¹⁸⁶.

Au final, la mise en œuvre du dispositif sur le racolage a remis en cause la présence même des personnes prostituées dans l'espace public et a produit une catégorie de population en marge et invisible. Selon des témoignages concordants¹⁸⁷, la loi a renforcé la stigmatisation à l'encontre de ces personnes et a fragilisé leur accès à la prévention. L'intérêt pour les questions relatives à la sécurité, au lieu d'exercice de l'activité et aux mises en cause par la police a augmenté au détriment de l'intérêt pour les questions de prévention. En conséquence, le temps consacré à la négociation de la relation tarifée a diminué. Les interventions des associations de soutien aux personnes prostituées se sont complexifiées. Au regard de la dégradation de leurs conditions de vie et d'exercice de leur activité, les droits n'ont été que faiblement consentis aux personnes prostituées.

II.1.2 Des droits conditionnels réservés à une minorité

Des droits sont spécifiquement garantis mais ouverts à un nombre très limité de personnes prostituées. Ceux-ci ne sont pas liés à l'exercice de leur activité mais au statut de victime susceptible de leur être reconnu dans certaines circonstances. Les droits sont conditionnés à la réalisation de démarches parfois difficiles qui ont pu décourager les personnes à en

¹⁸³ Auditions CNS.

¹⁸⁴ Commission nationale sur les rapports entre les citoyens et les forces de sécurité, sur le contrôle et le traitement de ces rapports par l'institution judiciaire, *De nouvelles zones de non droit. Des prostituées face à l'arbitraire policier*, op.cit. Voir également : Ligue des droits de l'homme, section 31, *Violences policières*, Toulouse, 2006.

¹⁸⁵ Article L222-32 du Code pénal : « L'exhibition sexuelle imposée à la vue d'autrui dans un lieu accessible aux regards du public est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. »

¹⁸⁶ Auditions CNS.

¹⁸⁷ Auditions CNS.

demander le bénéfice. En outre, leur mise en œuvre s'est révélée problématique, soit en l'absence de décrets d'application, soit en raison d'appréciations divergentes selon les préfetures.

Des droits fortement conditionnés par différents critères

En 2009, 684 victimes de la traite des êtres humains et du proxénétisme ont été identifiées par les services de Police¹⁸⁸. La même année, seulement 79 titres de séjour temporaires ont été délivrés au titre de l'admission au séjour des victimes¹⁸⁹. À Paris et en région parisienne, une seule personne a pu bénéficier en 2009 d'un titre de résident accordé à la suite de la condamnation définitive de la personne accusée de proxénétisme¹⁹⁰. Les admissions au séjour ont été relativement plus nombreuses au début de la mise en œuvre de la LSI avec, respectivement 172 et 180 admissions au séjour en 2003 et 2004, auxquels il convient d'ajouter 190 et 212 renouvellements de titres de séjour les mêmes années. Le nombre total de demandes d'admission au séjour suivant la procédure de l'article 76 n'a pu nous être communiqué¹⁹¹.

L'obligation faite aux victimes d'accuser les auteurs de proxénétisme ou de traite des êtres humains, par la voie d'un dépôt de plainte ou d'un témoignage, pour obtenir une ouverture de droits donne lieu à plusieurs interrogations. Les personnes étrangères victimes ont été dissuadées de présenter une demande d'admission au séjour par manque de confiance envers les autorités ou par crainte de représailles dirigées contre elles ou contre leurs familles demeurées dans le pays d'origine. Inversement, les autorités de police ont témoigné d'une relative méfiance à l'égard du dispositif par crainte d'un afflux de témoignages motivés par l'obtention d'un titre de séjour. Par ailleurs, la condition posée à la délivrance d'une carte de résident, à savoir la condamnation effective du ou des auteurs des faits de proxénétisme ou de traite des êtres humains a pu paraître particulièrement inique, puisque l'issue du procès ne dépend pas du seul témoignage de la victime. Pour l'ensemble de ces raisons, le Comité des Nations unies pour l'élimination de la discrimination envers les femmes (CEDAW)¹⁹² et la Commission nationale consultative des droits de l'homme française¹⁹³ ont demandé, respectivement en 2008 et 2009, que l'ouverture de droits, en particulier au séjour, ne soit pas liée à une accusation ou à une condamnation des personnes soupçonnées de faits de proxénétisme ou de traite des êtres humains.

Le protocole dit de Palerme¹⁹⁴, ratifié par la France en 2002, précise que l'octroi de droits au bénéfice des personnes victimes de la traite des êtres humains ne doit pas être assujéti à une obligation de coopération. L'article 6, consacré à l'assistance et la protection accordée

¹⁸⁸ Auditions CNS. Pour information, le rapport d'évaluation de la LSI établi en 2006, signale que le nombre et l'origine exacte des personnes prostituées victimes recensées dans les procédures judiciaires établies par les services de la Police nationale n'a pu être déterminé. *Rapport faisant état de la situation démographique, sanitaire et sociale des personnes prostituées ainsi que des moyens dont disposent les associations et les organismes qui leur viennent en aide, op.cit.*, p. 37

¹⁸⁹ Sénat, « *Compte rendu intégral de la séance du mardi 11 mai 2010* », *op.cit.*, p. 3 324.

¹⁹⁰ Auditions CNS.

¹⁹¹ Auditions CNS.

¹⁹² United Nations Office on Drugs and Crime, United Nations Division for the Advancement of Women: *Legal Approaches to Trafficking as a Form of Violence against Women: Implications for a More Comprehensive Strategy in Legislation on the Elimination of Violence against Women*, www.un.org/womenwatch/daw/egm/vaw_legislation_2008/expertpapers/EGMGPLVAW%20Paper%20_Mohamed%20Mattar_.pdf

¹⁹³ Commission nationale consultative des droits de l'homme, *Avis sur la traite et l'exploitation des êtres humains en France*, décembre 2009, www.cncdh.fr/IMG/pdf/Avis_traite_et_l_exploitation_des_etres_humains_en_France.pdf

¹⁹⁴ Protocole additionnel à la Convention des Nations unies contre la criminalité transnationale organisée visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants, *op.cit.*

aux victimes de la traite des êtres humains, met à la charge des États membres de l'Union européenne (UE) les mesures en vue d'assurer le rétablissement physique, psychologique et social des victimes de la traite des personnes. Doivent être fournis un logement convenable, des conseils et des informations concernant notamment les droits que la loi leur reconnaît, dans une langue qu'elles peuvent comprendre, une assistance médicale, psychologique et matérielle et des possibilités d'emploi, d'éducation et de formation. En l'état actuel de la législation et des dispositifs d'aide aux victimes, la France ne respecte pas les engagements pris dans le cadre du Protocole.

Outre le caractère dissuasif de la procédure prévue par le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, plusieurs obstacles à la délivrance d'un titre de séjour de six mois ont été constatés. Des personnes prostituées n'ont pu recevoir leur titre de séjour au motif qu'elles poursuivaient leur activité de prostitution alors même qu'elles avaient activement collaboré avec les services de police pour le démantèlement des réseaux de prostitution dont elles étaient victimes¹⁹⁵. La décision d'accorder ou de prolonger un titre de séjour d'une victime étrangère relève donc entièrement du pouvoir discrétionnaire du préfet¹⁹⁶. Par ailleurs, dans plusieurs préfectures, des victimes se sont vues délivrer des récépissés, reconductibles tous les trois mois, sans autorisation de travail, en lieu et place de l'autorisation de séjour¹⁹⁷. Les décisions prises par certaines préfectures apparaissent dénuées de fondements juridiques. Enfin, il est signalé que l'examen et le traitement des dossiers en préfecture sont particulièrement longs et peuvent durer plusieurs années¹⁹⁸. Au regard de ces constats, les associations de soutien aux personnes prostituées notent que le dispositif d'admission au séjour conserve un caractère extrêmement sélectif. Ce dernier contribuerait surtout à l'augmentation des dénonciations arbitraires et à la diminution du sentiment de solidarité dans la communauté des personnes prostituées¹⁹⁹.

Le dispositif d'accueil sécurisant bénéficie à un nombre très limité de personnes prostituées. Seuls 44 personnes victimes ont été effectivement accueillies dans 33 structures d'hébergement réparties dans 24 départements pour l'année 2004 au titre de la protection, de l'accueil et de l'hébergement prévu par le Code de l'action sociale²⁰⁰. En 2009, 56 victimes ont été signalées à la coordination nationale chargée de l'accueil des victimes²⁰¹ (cf. *infra*).

En dehors des dispositifs d'admission à l'accueil et au séjour, la réglementation en vigueur prévoit des aides au retour pour les étrangers en situation irrégulière ou en situation de dénuement²⁰². L'aide comprend notamment la prise en charge, par l'Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations (ANAEM), des frais de voyage et d'acheminement pour le bénéficiaire ainsi qu'une aide financière d'un montant de 2 000 euros par adulte²⁰³. Pour l'année 2004, il est rapporté que 6 personnes victimes de la traite des êtres humains

¹⁹⁵ Auditions CNS ; Commission nationale sur les rapports entre les citoyens et les forces de sécurité, sur le contrôle et le traitement de ces rapports par l'institution judiciaire, *De nouvelles zones de non droit. Des prostituées face à l'arbitraire policier*, *op.cit.*, p.12.

¹⁹⁶ Commission nationale sur les rapports entre les citoyens et les forces de sécurité, sur le contrôle et le traitement de ces rapports par l'institution judiciaire, *De nouvelles zones de non droit. Des prostituées face à l'arbitraire policier*, *op.cit.*, p. 11 sq.

¹⁹⁷ Guillemaut F. (dir.), *Femmes et migrations en Europe, Stratégies et empowerment*, Cabiria, 2004, p. 85 sq.

¹⁹⁸ Auditions CNS.

¹⁹⁹ Auditions CNS.

²⁰⁰ *Rapport faisant état de la situation démographique sanitaire et sociale des personnes prostituées, ainsi que des moyens dont disposent les associations et les organismes qui leur viennent en aide*, *op.cit.*, p. 27

²⁰¹ Sénat, « Compte rendu intégral de la séance du mardi 11 mai 2010 », *op.cit.*, p. 3 324.

²⁰² Circulaire interministérielle n° DPM/ACI3/2006/522 du 7 décembre 2006 relative au dispositif d'aide au retour pour les étrangers en situation irrégulière ou en situation de dénuement.

²⁰³ 3 500 euros pour un couple marié, puis 1 000 euros par enfant mineur jusqu'au troisième enfant et 500 euros au-delà du troisième enfant.

ont bénéficié d'une aide au retour classique et 11 personnes victimes bulgares ont bénéficié, à la suite de la signature d'un accord franco-bulgare, d'un dispositif spécifique d'aide au retour²⁰⁴.

Ces différentes actions publiques relatives à la prostitution, qu'elles répriment le racolage et le proxénétisme ou protègent les victimes du proxénétisme et de la traite des êtres humains ne donnent pas lieu à un suivi, à une évaluation publique ou à une coordination entre les différents services de l'État.

II.2 DES INCOHÉRENCES RÉPÉTÉES ENTRE LES POLITIQUES PUBLIQUES

Le commerce du sexe relève de plusieurs secteurs de l'action publique mais, s'agissant spécifiquement des questions de santé, ne fait pas l'objet d'une attention publique suffisante. La prostitution n'est discutée dans aucun forum local ou national spécifiquement dédié et susceptible de réunir, à intervalles réguliers, les représentants publics et les représentants des associations compétentes. Il existe néanmoins des coordinations interministérielles, mais leur objet est éloigné des questions de santé, d'accès aux soins et à la prévention intéressant les personnes prostituées. Cette absence de forum de discussion et de résolution des problèmes se double d'une absence d'expertise publique et de programmation. La loi prescrit une évaluation annuelle à communiquer aux assemblées parlementaires sur l'état des personnes prostituées. Or, aucune évaluation n'a, à ce jour, été communiquée et une seule évaluation partielle a été effectivement réalisée en 2006. La mise en œuvre de plans de santé publique, notamment de lutte contre le VIH/sida, ne peut compenser l'absence d'évaluation.

II.2.1 Une absence de coordination et de convergence de l'action publique

Les acteurs compétents sur la question de la prostitution ne bénéficient pas de dispositifs de coordination. Plusieurs tentatives destinées à obtenir l'organisation de réunions interministérielles avec les ministères de la Santé, de l'Intérieur et de la Justice n'ont pu aboutir. Au plan régional, des tentatives ont également été menées, notamment en Île-de-France sous l'égide des services sanitaires et sociaux déconcentrés, mais les premières réunions n'ont pas connu de suite en raison de désaccords doctrinaux. Des groupes de travail existent pourtant mais ne traitent pas spécifiquement de la prostitution ou alors n'évoquent qu'un aspect restreint du sujet. Il faut distinguer les coordinations interministérielles des dispositifs de concertation ou de coordination qui interviennent à un échelon local.

Une absence de coordination et de convergence de l'action publique au plan national

La situation des personnes prostituées intéresse de nombreux secteurs ministériels. En France, deux groupes informels consacrent en partie ou en totalité leurs travaux aux questions de prostitution depuis plusieurs années et assurent une coordination au plan interministériel. Le premier est un groupe de travail en charge de la traite des êtres humains et appelé à devenir une autorité indépendante²⁰⁵ ; le second est un groupe de coordination consacré à l'accueil et l'hébergement des personnes prostituées, le groupe Ac-Sé.

Le premier groupe de travail est piloté par la délégation aux victimes placée sous la tutelle du ministère de l'Intérieur et par la délégation générale de l'aide à la jeunesse, placée sous

²⁰⁴ Rapport faisant état de la situation démographique sanitaire et sociale des personnes prostituées, ainsi que des moyens dont disposent les associations et les organismes qui leur viennent en aide, *op.cit.*, p. 24 sq.

²⁰⁵ Sénat, « Compte-rendu intégral de la séance du mardi 11 mai 2010 », *op.cit.*, p. 3 324.

la tutelle du ministère de la Justice. Le groupe a pour mission, notamment, d'élaborer un plan national de lutte, d'assistance et de protection des victimes et d'émettre des recommandations. Le groupe se compose des représentants de sept ministères (Immigration, Santé, Femmes, Travail, Justice, Intérieur) et de représentants d'associations spécialisées (Fondation Scelles, Amicale du Nid, Les Amis du bus des femmes, Accompagnement lieux d'accueil, Association européenne pour la défense des droits de l'homme). Conformément aux engagements pris par la France, notamment lors de la ratification du Traité de Varsovie²⁰⁶, la question de la traite des êtres humains doit faire l'objet d'une coordination de haut niveau au plan national. Aussi, les pouvoirs publics envisagent la création d'une coordination nationale chargée d'élaborer un plan d'action national en matière de lutte contre la traite des êtres humains et de créer une fonction de rapporteur national chargé d'émettre des recommandations par le biais d'un rapport annuel.

Le second groupe de travail s'inscrit dans le cadre du dispositif national d'accueil sécurisant mis en place par les pouvoirs publics pour accueillir et protéger les victimes du proxénétisme et de la traite des êtres humains (Ac-Sé). L'association ALC assure l'essentiel de la coordination du dispositif à l'échelle du territoire, en l'absence d'animation des pouvoirs publics, en particulier de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS).

Il apparaît que les questions de santé, d'accès aux soins et à la prévention n'ont pas constitué, jusqu'à présent, une priorité pour ces deux coordinations. Les représentants du ministre en charge de la santé n'ont d'ailleurs pu être identifiés par le représentant de l'une des coordinations²⁰⁷. Les deux coordinations doivent pourtant jouer un rôle de premier plan en matière de santé et de prévention. La future coordination nationale sur la traite des êtres humains doit renforcer l'ensemble des droits des victimes, conformément aux engagements internationaux adoptés par la France, afin de restaurer, notamment, l'accès à la prévention et aux soins²⁰⁸. La participation de représentants d'associations, en particulier de santé, doit permettre d'afficher plus significativement ce rôle.

La seconde coordination accomplit un travail indispensable pour l'accueil et l'hébergement des victimes du proxénétisme et de la traite des êtres humains. Les propositions d'hébergement apparaissent très limitées (cf. *supra*) et l'implantation du réseau sur le territoire est insuffisamment développée.

Les deux coordinations doivent pouvoir être renforcées mais elles présentent une limite liée à leur constitution. Les deux groupes répondent aux problèmes rencontrés par les seules victimes du proxénétisme et de la traite ou par les personnes identifiées comme telles. En conséquence, aucune coordination n'est aujourd'hui en mesure d'établir un suivi et d'adresser des recommandations concernant l'ensemble des personnes prostituées, quel que soit leur statut au regard de la législation relative aux victimes de la traite et du proxénétisme. Les services du ministre en charge de la santé, en lien avec ceux du ministre en charge des affaires sociales et ceux du ministre de l'intérieur disposent de la compétence et de la légitimité pour animer une coordination plus élargie.

²⁰⁶ Se reporter à l'annexe.

²⁰⁷ Auditions CNS.

²⁰⁸ Sénat, « Compte-rendu intégral de la séance du mardi 11 mai 2010 », *op.cit.*, p. 3 325.

Une absence de coordination et de convergence de l'action publique au plan local

Au plan local, la coordination entre les différents acteurs, en particulier les représentants de l'État, les élus locaux et les associations, demeure problématique.

Dans certaines villes, la coordination se déroule dans le cadre des conseils locaux (ou intercommunaux) de sécurité et de prévention de la délinquance (CLSPD). Proposés en 1982 pour faire face à la délinquance²⁰⁹, les conseils locaux ont été créés en juillet 2002²¹⁰, puis confirmés par la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance²¹¹. Mis en place à l'initiative des municipalités, les conseils sont présidés par le maire, ou, dans le cas d'un conseil intercommunal, par le maire d'une commune membre. Comprenant de droit le préfet et le procureur de la République, les conseils doivent contribuer à la concertation et à la coordination de tous les acteurs concernés par la prévention de la délinquance et la lutte contre l'insécurité. Ils rassemblent élus, services de l'État, représentants des professions et associations concernées par la sécurité. La prostitution peut devenir une thématique de travail pour les acteurs de prévention locaux²¹². Plusieurs associations d'accueil des personnes prostituées et de santé communautaire ont participé aux CLSPD, la plupart n'y sont pas ou plus invitées.

La coopération se déroule, dans de nombreux cas, en dehors des CLSPD, dans le cadre de contacts plus ou moins formels menés entre les associations et la préfecture, les responsables de la police, les chargés de la politique de la ville, les représentants des comités d'intérêt de quartier (CIQ) ou des comités d'intérêts locaux (CIL). À Lyon, par exemple, des discussions sont ouvertes sur la situation des personnes prostituées depuis novembre 2009 dans le cadre de réunions « Libertés et sécurité » organisées à l'initiative du préfet. Il semble que ces réunions ont placé au premier rang de leur agenda les questions de tranquillité publique et n'ont pas permis d'examiner directement les questions relatives à la sécurité des personnes prostituées. Par ailleurs, les difficultés rencontrées dans la coordination entre les services de l'État et les associations se doublent de divergences de vues au sein même des services de l'État, en particulier entre les préfectures et les DDASS, comme dans la ville de Lyon pendant plusieurs années²¹³.

II.2.2 Une absence d'évaluation prospective et rétrospective

Les limites de la concertation au plan national et local sur les questions de prostitution n'ont donné lieu jusqu'à présent à aucune évaluation de l'État. Seuls les rapports d'activités des associations de santé communautaire témoignent de la complexité des situations locales et de la vulnérabilité des personnes prostituées. Malgré des signaux alarmants, l'État n'a pris aucune mesure depuis 2006 pour procéder à une évaluation de la situation sanitaire et sociale des personnes prostituées comme la loi le lui imposait.

Une absence d'évaluation rétrospective

L'article 52 de la LSI stipule que le gouvernement doit déposer chaque année sur le bureau de l'Assemblée nationale et sur celui du Sénat, à l'ouverture de la session ordinaire, un rapport faisant état de l'évolution de la situation démographique, sanitaire et sociale des personnes prostituées ainsi que des moyens dont disposent les organismes qui leur viennent

²⁰⁹ Gilbert Bonnemaison, Commission des maires sur la sécurité, *Face à la délinquance : prévention, répression, solidarité*, décembre 1982.

²¹⁰ Décret n° 2002-999 du 17 juillet 2002 relatif aux dispositifs territoriaux de sécurité et de coopération pour la prévention et la lutte contre la délinquance.

²¹¹ Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance.

²¹² Auditions CNS.

²¹³ Guillemaut F. (dir.), *État des lieux des actions de prévention VIH auprès des personnes prostituées. Étude préliminaire sur Toulouse, Lyon, Paris, Rennes, op.cit.*

en aide. Comme il a déjà été signalé, à ce jour, un seul rapport, coordonné par le Service des droits des femmes et de l'égalité, a été déposé sur les bureaux de l'Assemblée nationale et du Sénat en mars 2006²¹⁴.

Le rapport note une précarisation majeure des personnes prostituées, « vraisemblablement antérieure à la mise en œuvre des dispositions relatives au racolage de la LSI, même si ces dernières ont encore complexifié et aggravé la situation socio-sanitaire des personnes prostituées »²¹⁵.

S'agissant plus spécifiquement de la santé, le rapport ne présente aucune donnée inédite. Il précise que « les données publiées en France concernant la santé des personnes prostituées sont rares, limitées à la prostitution de rue et, le plus souvent, incapables de rendre compte de la multiplicité des réalités du phénomène²¹⁶ ». Concernant le VIH/sida, le rapport indique qu'il « n'existe pas aujourd'hui de données publiées (...) récentes concernant le taux d'infection par le VIH des personnes prostituées en France » et reproduit *in extenso* deux paragraphes du plan national de lutte contre le VIH/sida (PNLS) 2005-2008²¹⁷. Le premier paragraphe se réfère à une revue de la littérature datant de 1998 et portant sur la prévalence du VIH dans les pays occidentaux variant de 0 % à 74 %. Le deuxième fait état, sans autres précisions, « d'informations émanant de personnels associatifs intervenant sur les lieux de prostitution qui font craindre une évolution des taux d'infection VIH et IST ». Le dernier paragraphe consacré au VIH souligne la forte vulnérabilité des personnes prostituées et cite les neuf facteurs identifiés par ONUSIDA en 2003. Le rapport ne s'appuie donc sur aucune observation et se limite, sans souci d'actualisation ni de mise en perspective, à une présentation de données datées, non spécifiques à la France et partielles, incapables de rendre compte de la situation démographique, sanitaire et sociale des personnes prostituées.

En réponse à cette absence d'évaluation, le Gouvernement a récemment annoncé la mise en œuvre d'une évaluation relative à la coordination de la lutte contre la traite des êtres humains, l'identification des victimes, leur protection et leur prise en charge et la répression des auteurs de la traite²¹⁸. La future évaluation serait réalisée chaque année par le rapporteur national chargé des questions de la traite des êtres humains. Ainsi, les pouvoirs publics, par la voix du ministre de l'Intérieur, envisagent la création d'outils nouveaux de connaissance relatifs à la lutte contre la traite des êtres humains, mais ne semblent pas disposés à procéder aux évaluations déjà prévues par la loi, au titre de l'article 52, sur les aspects sociaux et sanitaires. En outre, la restriction de l'approche à l'aspect de la traite des êtres humains ne permettra pas d'appréhender la situation d'une part majeure des personnes prostituées. L'absence d'évaluation paraît aujourd'hui d'autant plus déplorable que les autorités en charge de la santé n'ont pas été en mesure d'assurer depuis 2005 un suivi adéquat de l'action au bénéfice des personnes prostituées dans le cadre de la définition et de l'évaluation de ses plans nationaux.

Des plans raisonnés ni mis en œuvre ni évalués

Dans le cadre de ses plans nationaux, le ministère de la Santé a adopté des objectifs d'action en faveur des personnes en situation de prostitution. Ainsi, le PNLS 2001-2004 prône le renforcement de l'action communautaire des personnes prostituées, le développement de nouveaux outils d'intervention, l'organisation de rencontres nationales, la

²¹⁴ *Rapport faisant état de la situation démographique, sanitaire et sociale des personnes prostituées ainsi que des moyens dont disposent les associations et les organismes qui leur viennent en aide, op. cit.*

²¹⁵ *Ibid.*, p. 15.

²¹⁶ *Ibid.*, p. 16.

²¹⁷ *Ibid.*, p. 17.

²¹⁸ Sénat, « Compte-rendu intégral de la séance du mardi 11 mai 2010 », *op.cit.*, p. 3 324.

mise en œuvre d'une concertation interministérielle, le développement de partenariats de proximité, notamment avec les commissions départementales d'action contre les violences faites aux femmes, la mise en œuvre de formations et la conduite d'actions de prévention en direction des mineurs²¹⁹. Si les programmes de santé communautaire ont pu bénéficier du soutien du ministère de la Santé, les principales dispositions relatives à l'action publique en faveur des personnes prostituées sont demeurées sans effets.

Le programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2005-2008 recommande la poursuite et l'adaptation des programmes communautaires aux nouveaux enjeux : vulnérabilité et précarité des personnes, banalisation du VIH et montée d'un contexte répressif. À ces fins, le texte préconise également l'intégration d'un volet santé dans les actions en direction des personnes prostituées et le développement de l'observation de l'état de santé. Ces préconisations non détaillées s'inscrivent dans une section consacrée à la prévention en direction de groupes de populations placés dans des situations de vulnérabilités spécifiques : les personnes prostituées, les usagers de drogues, les personnes détenues et les personnes transsexuelles. Le PNLS 2005-2008 a donné lieu à une évaluation interne réalisée par la DGS en 2009²²⁰. La synthèse de l'évaluation indique, s'agissant des personnes prostituées, que le contexte législatif (LSI) rend difficile la mise en œuvre d'actions de prévention et l'accessibilité à des outils de prévention. Aucun plan n'a été adopté pour 2009 et le plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014 n'était pas connu au 16 septembre 2010.

Le ministère de la Santé a également réalisé un plan relatif à la lutte contre le VIH/sida en faveur des étrangers vivant en France 2004/2006 qui recommande de prendre en compte la situation spécifique des personnes migrantes exerçant la prostitution²²¹. Le programme préconise des actions de proximité susceptibles de mettre en confiance et de faciliter l'accès aux soins des personnes prostituées. Le rapport donne lieu à une évaluation externe réalisée pour la Direction générale de la santé (DGS). Celui-ci appelle à une clarification des cibles et des objectifs du programme et mentionne des sous-groupes prioritaires au sein desquels les personnes prostituées n'apparaissent pas²²². Une circulaire de la DGS du 23 octobre 2007 proroge le programme national étrangers/migrants pour les années 2007-2008 et indique que les actions en faveur des personnes exerçant la prostitution doivent être développées²²³.

Les différents programmes nationaux présentent des objectifs raisonnés en faveur des personnes prostituées. Toutefois, ces plans demeurent relativement généraux et insuffisamment suivis et évalués. Ils apparaissent, en outre, difficilement applicables sans un réexamen préalable de politiques sectorielles qui poursuivent des objectifs contraires, en particulier les politiques pénales. Les réformes des seules politiques de prévention et d'accès aux soins, sans examen des autres politiques publiques, ne peuvent avoir qu'un impact limité.

²¹⁹ Ministère de la Santé, Direction générale de la santé, *Plan national de lutte contre le VIH/sida 2001/2004*, p. 22 sq.

²²⁰ Direction générale de la santé, *Synthèse de l'évaluation du Programme national de lutte contre le sida et les IST 2005-2008*, octobre 2008, p. 6.

²²¹ Ministère de la Santé, Direction générale de la santé, *Programme national de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers/migrants vivant en France 2004/2006*, p. 9.

²²² Ministère de la Santé, Direction générale de la santé, *Évaluation du programme national de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers/migrants vivant en France, mis en œuvre depuis 2004 et recommandations pour le développement ou la réorientation de certains axes au titre du programme prévu pour 2007-2008*, juin 2007, p. 9.

²²³ Circulaire n° DGS/R12/2007/383 du 23 octobre 2007 relative à la politique nationale de prévention des infections par le VIH et les IST en direction des patients migrants/étrangers.

Au plan régional, les programmes régionaux d'accès à la santé et aux soins (PRAPS) doivent pouvoir programmer des actions en faveur des personnes prostituées. Instaurés par la loi relative à la lutte contre l'exclusion du 29 juillet 1998²²⁴, les PRAPS constituent un outil de concertation et de coordination susceptible d'associer de nombreux partenaires : collectivités locales et services de l'État, associations, organismes d'assurance maladie, hôpitaux, mutuelles, organismes professionnels. Selon une synthèse des évaluations, les PRAPS constituent un dispositif susceptible de motiver une réelle transversalité et de garantir un décloisonnement entre, d'une part, les secteurs de la santé et du social et, d'autre part, les services déconcentrés de l'État, les collectivités territoriales et les associations²²⁵. Les PRAPS sont toutefois faiblement dotés financièrement²²⁶ au regard de la diversité de leurs missions²²⁷. En outre, contrairement au précédent texte réglementaire relatif au PRAPS dit de deuxième génération²²⁸, la dernière circulaire en date relative aux PRAPS ne cible pas les personnes prostituées parmi ses publics prioritaires²²⁹.

²²⁴ Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Voir également circulaire DGS/SP2/99/110 du 23 février 1999 relative à la mise en place de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité.

²²⁵ Inspection générale des affaires sociales, *Synthèse des bilans de la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions*, mai 2004, p. 93.

²²⁶ Le projet de loi de finances 2010 prévoit que 10,06 millions d'euros sont mobilisés dans le cadre de la mise en œuvre des PRAPS. Le premier rapport d'évaluation réalisé par Bernard Brunhes consultant, en juillet 2003, soulignait que des incertitudes sur la pérennité des actions lancées par les PRAPS pesaient sur le dispositif, du fait notamment des modalités de financement associées.

²²⁷ La circulaire n° DGS/2007/430 du 7 décembre 2007 évoque notamment la garantie de l'accès aux soins et aux droits sociaux, de la santé des élèves, la réduction de certains risques environnementaux, des actions en faveur des gens du voyage, des jeunes, des familles monoparentales, des personnes détenues ou sortant de prison et des populations étrangères avec une attention particulière pour les immigrés vieillissant isolés.

²²⁸ Circulaire n° DGS/SD6D/2002/100 du 19 février 2002 et notamment fiche guide PRAPS 2^e génération, *Publics, pathologies et dispositifs à analyser dans le cadre des PRAPS II*.

²²⁹ Voir circulaire n° DGS/2007/430 du 7 décembre 2007 et notamment annexe IIIa « Les publics prioritaires ».

III. UNE MOBILISATION ASSOCIATIVE SOUTENUE MAIS UNE STRATÉGIE INSUFFISAMMENT COORDONNÉE, GLOBALE ET COMMUNAUTAIRE

Depuis l'ordonnance et le décret du 25 novembre 1960²³⁰, l'État s'est largement désengagé de l'action directe en faveur des personnes prostituées et, en contrepartie, il apporte son concours financier au secteur privé non lucratif, soit sous forme de subventions globales, soit sous forme de dotations accordées à des centres d'hébergement et de réinsertion. Dès lors, le secteur associatif a développé une compétence spécifique pour répondre aux besoins des populations et pour faciliter l'accueil, l'accompagnement, l'hébergement et l'insertion des personnes prostituées. Les associations issues du secteur social sont historiquement bien implantées et sont particulièrement impliquées dans les questions d'hébergement²³¹.

Avec le développement de l'épidémie d'infection à VIH/sida, de nouvelles associations ont fait leur apparition à la fin des années 1980, afin de promouvoir spécifiquement l'accès à la prévention, aux soins et aux droits dans un contexte marqué par la montée de l'épidémie et la progression des stigmates associés. Progressivement implantées dans les principales agglomérations françaises, créées à l'initiative des personnes prostituées ou associées à ces dernières, les associations à dominante santé élargissent progressivement leur périmètre d'intervention aux questions sociales et d'accès aux droits. *A contrario*, les associations de tradition sociale n'adoptent pas toutes une approche similaire, c'est-à-dire une approche globale fondée sur des compétences multiples, ni ne promeuvent la participation directe des membres de la communauté des personnes prostituées et ne modifient que partiellement leur périmètre d'intervention. L'action publique ne corrige pas ce défaut d'intervention mais l'accroît en accordant l'essentiel de ses dotations et subventions à des programmes fondés non sur l'approche globale au bénéfice des personnes prostituées mais sur l'accueil sécurisant en faveur d'un nombre limité de victimes du proxénétisme et de la traite des êtres humains.

III.1 UN CHAMP ASSOCIATIF DIVISÉ QUI PEINE À ADOPTER UNE APPROCHE GLOBALE ET COMMUNAUTAIRE

Le champ associatif regroupait, en 2004, 66 associations professionnalisées intervenant en faveur des personnes prostituées. 26 associations "militantes" composées principalement de bénévoles, employant parfois un ou plusieurs permanents salariés ont également été dénombrées. Les missions poursuivies par les associations sont principalement orientées soit vers les questions de réinsertion sociale, soit vers les questions de santé.

²³⁰ Ordonnance n° 60-1246 du 25 novembre 1960 et décret n° 60-1248 du 25 novembre 1960.

²³¹ En effet, un décret n° 76-256 du 15 juin 1976, permet aux centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) d'accueillir les personnes prostituées au titre de l'aide sociale lorsqu'elles ne disposent pas d'un revenu suffisant.

Tableau 2 – Répartition des associations professionnalisées en fonction de leur mission principale (2004)²³²

Missions	Nombre
Mission de réinsertion sociale et d'hébergement	29
Mission de santé communautaire	5
Mission de santé	15
Mission de lutte en faveur des droits des femmes	9
Mission de lutte contre l'exclusion	8

Les associations, professionnalisées ou militantes, divergent sur la place de la prostitution dans la société, la participation des membres de la communauté à ses instances ainsi que sur les objectifs, les méthodes et les principes d'intervention.

III.1.1 Plusieurs traditions associatives aux particularités fortement affirmées

Jusqu'au début des années 1990, l'action associative en direction des personnes prostituées est le fait d'associations à dominante sociale, anciennes, bien implantées et mobilisées pour la réinsertion sociale et professionnelle des personnes prostituées. Les principales associations sont en majorité composées soit de bénévoles militants, soit de travailleurs sociaux. Avec l'apparition du VIH/sida, des projets de santé communautaire voient le jour à Paris, puis dans certaines métropoles régionales, et sont rapidement soutenus au titre de la lutte contre le VIH par les pouvoirs publics à la toute fin des années 1980²³³. Plusieurs associations proches des précédentes apparaissent au début des années 2000, en réponse à l'adoption de la LSI.

Des associations de réinsertion sociale

L'essentiel de l'intervention sociale à destination des personnes en situation de prostitution est conduite par des organismes non gouvernementaux qui ont pour mission l'accueil, l'accompagnement et la réinsertion des personnes prostituées. Des disparités existent entre les associations.

La plus ancienne des associations est le Mouvement du Nid, né en 1937 à l'initiative du père André-Marie Talvas (1907-1992), prêtre lié au catholicisme social et ouvrier. Membre de la Fédération abolitionniste internationale (FAI), l'association lutte contre « les formes d'esclavage moderne au profit d'une société sans prostitution ». Elle entreprend de sensibiliser les pouvoirs publics, les professionnels impliqués et œuvre sur le terrain au plus près des personnes prostituées mais également des clients et des proxénètes. Particulièrement bien implantée et soutenue par les pouvoirs publics dans le département du Nord²³⁴, l'association dispose d'un réseau national présent dans 32 départements ou régions françaises. L'organisation compte environ 250 militants actifs, 3 000 sympathisants et dispose de 19 salariés²³⁵. Elle édite une revue trimestrielle, *Prostitution et Société*²³⁶.

Née d'une scission en 1971 avec le Mouvement du Nid, l'Amicale du Nid est une association laïque composée de professionnels du travail social²³⁷. Sa mission consiste à développer le

²³² *Rapport faisant état de la situation démographique, sanitaire et sociale des personnes prostituées ainsi que des moyens dont disposent les associations et les organismes qui leur viennent en aide, op. cit.*, p. 21.

²³³ Mathieu L., *Prostitution et sida, op.cit.*, p. 144.

²³⁴ Pryen S., *Stigmate et métier. Une approche sociologique de la prostitution de rue, op.cit.*, p. 64 sqq.

²³⁵ Audition CNS.

²³⁶ www.mouvementdunid.org/

²³⁷ Audition CNS.

contact, la présence et l'accueil des personnes en situation de prostitution et de mettre en œuvre les moyens de leur réinsertion. L'association assure la gestion, au plan national, d'une quinzaine d'établissements (foyers, ateliers, services en milieu ouvert...) et compte environ 200 salariés, principalement des assistantes sociales et des éducateurs, répartis sur huit sites dont trois en région parisienne²³⁸. Les deux associations « Amicale » et « Mouvement » sont classées comme des associations abolitionnistes mais elles se distinguent sur leur composition et leur mode d'intervention.

L'ALC (Accompagnement Lieu d'accueil) à Nice est la seconde grande association professionnalisée, spécialisée dans l'accueil et l'hébergement. Fondée en 1958, ALC crée un premier centre d'hébergement en 1962 et développe aujourd'hui son action à travers huit établissements dans la région de Nice. En 2002, ALC crée à titre expérimental, le dispositif national d'accueil des victimes de la traite des êtres humains : le réseau Ac-Sé. La contribution à la sécurité des personnes repose sur la confidentialité de leur lieu d'hébergement, l'accueil dans des structures non spécialisées et non identifiables en tant que telles, l'appui d'une équipe d'intervenants sociaux disposant d'une bonne connaissance à la fois des risques éventuels et des précautions à prendre, en capacité d'assurer un accueil rassurant²³⁹.

Des associations issues de la communauté

Avec l'apparition de l'infection à VIH/sida, des associations de santé se développent peu à peu sous l'impulsion des personnes prostituées elles-mêmes. La perspective d'un retour de la réglementation sanitaire de la prostitution sous un mode contraignant a été un temps envisagée, en dépit des premières données épidémiologiques qui désamorcent le lien entre transmission du VIH et prostitution. Mais les pouvoirs publics ont opté pour une solution alternative : la promotion des associations de santé communautaire naissantes.

Depuis la fin des années 1980, différentes stratégies ont été mises en œuvre dans les États européens pour lutter contre le VIH et les IST dans le milieu prostitutionnel²⁴⁰ : l'enregistrement et le ciblage des personnes prostituées dans une perspective réglementariste d'inspiration hygiéniste, la fourniture de services par les ONG existantes habituées à intervenir auprès des personnes prostituées, la promotion de la santé et de la prévention par les personnes prostituées dans le cadre d'associations paritaires²⁴¹. Cette dernière stratégie a été adoptée en France au début des années 1990 en particulier sous la pression des personnes prostituées elles-mêmes. Ainsi, la prévention du VIH/sida en milieu prostitutionnel ne résulte ni d'une réglementation spécifique, ni de la reconversion d'ONG préexistantes mais de la création d'associations nouvelles et de la mobilisation de projets communautaires inédits.

Les nouvelles structures sont novatrices car paritaires : l'équipe associe les membres de la communauté aux actions de prévention et d'accès aux soins. À la différence de certaines associations de réinsertion, les associations de santé communautaire refusent de porter un jugement normatif sur la sexualité tarifée et visent, au contraire, à rendre ses conditions d'exercice les moins risquées possibles pour les personnes prostituées.

La première association de santé communautaire est le Bus des femmes, née en 1989 de la rencontre d'épidémiologistes du Centre européen de surveillance épidémiologique du sida

²³⁸ www.amicaledunid.org/

²³⁹ www.association-alc.net/

²⁴⁰ Mak R., "Projects for sex workers in Europe", *Genitourinary Medicine*, vol. 73, 1997, p. 155 sq.

²⁴¹ European project for AIDS prevention in prostitution (EUROPAP), *European intervention projects aids prevention for prostitutes*, Department of Public Health, University of Gent, 1995.

(CESES) et de personnes issues de la prostitution exercée rue Saint-Denis à Paris et désireuses d'obtenir davantage d'informations sur le VIH/sida²⁴². Plusieurs travailleuses du sexe rejoignent l'association qui inaugure, en 1990, une action ambulatoire exemplaire. Un bus circule à travers différents lieux de prostitution d'Île-de-France à la rencontre des personnes prostituées pour leur fournir un espace de rencontre, d'échange et d'information et leur offrir des outils de prévention. L'Association française de lutte contre le sida (AFLS) joue alors un rôle de premier plan et finance largement les appels à projets sur la question. Par la suite, des associations de santé communautaire sont créées dans plusieurs grandes villes, dans les années 1990 et au tout début des années 2000, notamment Autres Regards à Marseille²⁴³, Cabiria à Lyon²⁴⁴, Entr'Actes-GPAL à Lille²⁴⁵, Grisélidis à Toulouse²⁴⁶. Des associations en direction de publics qui rencontrent des difficultés spécifiques comme les transgenres apparaissent dans la décennie 1990²⁴⁷ ainsi que, plus tardivement, des programmes de santé non communautaires, principalement animés par l'association Médecins du Monde²⁴⁸. Ni la fermeture en 1994 de l'AFLS, ni la déconcentration accordant un rôle accru aux DDASS dans l'attribution des subventions, ne modifieront cette configuration.

La signature d'arrêtés municipaux relatifs à la prostitution et les discussions publiques autour de la LSI et de sa mise en œuvre ont largement contribué à renforcer la mobilisation des personnes prostituées elles-mêmes en faveur de leurs droits. Celle-ci a connu un précédent en 1975, et a pris, depuis 2002, différentes formes, avec l'organisation de manifestations de rue, la tenue d'Assises de la prostitution et la création d'associations de suivi des droits des personnes prostituées. Ces dernières se distinguent des associations de santé communautaire, lesquelles participent à l'animation de ces nouvelles associations.

Les associations de droits sont créées à l'initiative des personnes prostituées elles-mêmes pour protester contre l'incrimination de racolage et sa mise en œuvre par les pouvoirs publics, à l'image de France Prostitution, Hétaïra en Colère, spécifiquement implanté à l'Est de Paris, Les Putes en 2006²⁴⁹ et, à partir de mars 2009, le Syndicat du travail sexuel (STRASS). Le STRASS promeut un statut professionnel susceptible de garantir aux travailleuses et travailleurs du sexe la protection sociale, la retraite et l'accès à l'ensemble des droits²⁵⁰. Par ailleurs, plusieurs associations sont constituées par des militants féministes pro-sexes à l'image de Femmes publiques²⁵¹ et Femmes de droit/Droit des femmes qui regroupe, depuis 2003, des personnes prostituées et des chercheuses. Le collectif inter-associatif Droits et prostitution a été créé en 2002, avant la mise en œuvre de la LSI, afin de donner la parole aux personnes prostituées et de tenter d'inventorier les conséquences des différents dispositifs publics intéressant la prostitution.

²⁴² <http://lesamisdubusdesfemmes.com/>

²⁴³ www.autresregards.org/

²⁴⁴ <http://cabiria.pagesperso-orange.fr/>

²⁴⁵ www.entractes-gpal.org/

²⁴⁶ www.griselidis.com/

²⁴⁷ PASTT (Prévention, action, santé et travail pour les transgenres).

²⁴⁸ Ainsi le projet Lotus Bus de l'association Médecins du Monde effectue un travail depuis 2002 auprès des femmes chinoises migrantes se prostituant à Paris. Des projets ont également été développés à Nantes avec le Funambus, à Montpellier avec la mission mobile, à Poitiers avec la mission prostitution et à Rouen.

²⁴⁹ Maîtresse Nikita, Schaffauser T., *Fières d'être putes*, Paris, L'Altiplano, 2007.

²⁵⁰ www.strass-syndicat.org/

²⁵¹ La première réunion a eu lieu en décembre 2002 et les statuts ont été déposés en mars 2003. Deschamps C., « Mobilisation parisienne des prostitué(e)s », in Handman M.-E., Mossuz-Lavau J. (dir.), *La prostitution à Paris, op.cit.*, p. 92.

III.1.2 La nécessaire diversification des missions en faveur d'une approche globale

Les associations de santé communautaire ont diversifié leurs missions, quelques années après leur création, pour mettre en œuvre une approche globale qui associe une intervention à caractère sanitaire à une intervention sociale. Les associations de tradition sociale se sont diversement engagées dans une action en faveur de l'accès à la prévention et aux soins. L'approche globale demeure pleinement justifiée au regard de la précarisation accrue des personnes prostituées sur les plans sanitaire (expositions aux IST/VIH, troubles psychologiques...), économique et social (absence de logement fixe, de protection sociale, situation irrégulière). Elle demeure, par ailleurs, largement reconnue et éprouvée, notamment pour lutter contre la transmission du VIH/sida²⁵². L'approche globale repose sur des actions susceptibles de favoriser directement l'accès à la prévention et au traitement et, au travers de programmes structurels, de contribuer à un environnement plus sécurisant pour les personnes prostituées, leur permettant ainsi d'être davantage réceptives aux pratiques sexuelles plus sûres et au contrôle du risque d'infection à VIH²⁵³.

L'approche globale fondée sur l'intervention des membres de la communauté

La majorité des associations de santé comprennent des personnes prostituées ou des personnes anciennement prostituées²⁵⁴. Ces dernières sont dans certains cas à l'origine même de la création de l'association. Elles sont présentes aussi bien au conseil d'administration de l'association que dans l'équipe salariée où elles peuvent exercer des fonctions d'encadrement, de la prévention de terrain, de la médiation culturelle ou poursuivre des recherches-actions. Certaines associations affichent une composition paritaire (personnes non prostituées et prostituées) au sein de leurs instances et de leurs différentes équipes de salariés. La mobilisation de membres de la communauté en faveur de la prévention doit permettre de faciliter la rencontre et l'accueil et de gagner la confiance des personnes prostituées, particulièrement les personnes isolées ou méfiantes à l'égard des organisations. Elle contribue, en outre, à consolider des liens de solidarité au sein de la communauté, liens mis à mal ces dernières années. L'engagement de la communauté a un impact avéré sur les pratiques de prévention et la lutte contre le VIH/sida et les IST²⁵⁵.

Plusieurs types d'actions sont mis en œuvre par les associations communautaires. Celles-ci partent à la rencontre des personnes prostituées sur le lieu même d'exercice de leur activité (*outreach*) pour mener à bien des actions de prévention. Elles fournissent de l'information sur le VIH/sida et les IST, sur le dépistage et le traitement postexposition et peuvent organiser des groupes de discussion. Elles assurent la distribution de matériel de prévention : préservatifs masculins et féminins, gel lubrifiant, digues dentaires, lingettes antiseptiques, matériel de réduction des risques pour les usagères et usagers de drogues (kits d'injection et kits de sniff). Les associations assurent également un ensemble de services de jour, l'accueil et l'assistance et le suivi notamment médical (contraceptif, nutritionnel), psychologique mais également juridique, social, culturel et linguistique afin de permettre aux personnes prostituées d'acquérir une stabilité et de se réapproprier leurs

²⁵² Vuylsteke B. *et al.*, "Preventing HIV among sex workers" in Mayer K. H., Pizer H. F. (dir.) *HIV Prevention, op.cit.*, p. 385 *sqq.* La conférence internationale de lutte contre le VIH/sida à Vienne en 2010 a été l'occasion de rappeler que de nombreuses études ont démontré l'utilité des programmes fondés sur une approche globale pour réduire la transmission du VIH/sida et augmenter le recours au dépistage et l'utilisation du préservatif. Des programmes soutenant une approche globale ont montré des bénéfices avérés, en particulier en Asie Centrale, en Ukraine et en Inde.

²⁵³ Voir par exemple : Busza J., "How Does 'Risk Group' Perceive Risk? Voices of Vietnamese Sex Workers in Cambodia" in Parsons J. T. (dir.), *Contemporary Research on Sex Work*, vol. 17, n°1/2, 2005, p. 65 *sq.*

²⁵⁴ Rekart M.L., "Sex-work harm reduction", *Lancet*, vol. 366, n° 9503, p. 2 123 *sqq.*, 2005.

²⁵⁵ Voir, par exemple, Halli, S.S. *et al.*, "The role of collectives in STI and HIV/AIDS prevention among female sex workers in Karnataka, India", *AIDS Care*, vol. 18, n° 7, 2006, p. 739 *sqq.*

droits (*empowerment*). L'accompagnement des personnes dans un établissement de soins, chez un avocat, dans les structures de police ou de justice est également courant, les représentants de l'association assurant directement, faute de services disponibles, la traduction linguistique en faveur des personnes migrantes, notamment chinoises, hispanophones et lusophones. En dehors de la nécessaire médiation culturelle et linguistique, les associations doivent répondre à la forte précarité des personnes prostituées en proposant des services extrêmement variés, voir dans certains cas, une domiciliation administrative, un hébergement d'urgence, la fourniture d'un repas, le règlement d'un dossier de surendettement, la traduction d'un document administratif²⁵⁶.

En plus de l'ensemble de ces missions, les associations communautaires conduisent des recherches-actions sur des questions spécifiques intéressant les personnes prostituées ou auprès de publics spécifiques. Ainsi, des travaux sont actuellement menés sur la prostitution sur internet, la prostitution *indoor* plus généralement, la prostitution et le VIH en Guadeloupe, la prostitution masculine, la prostitution et l'usage de drogues.

Les associations répondent donc à des demandes de nature très diverses, des demandes ponctuelles de visiteurs occasionnels ou réguliers, des urgences et des demandes de suivi. Elles garantissent une offre continue en termes d'accueil, d'information sur le VIH, les IST et les hépatites, de distribution de matériel de prévention, de dépistage, d'orientation en santé primaire, de suivi des droits sociaux.

L'inégale diversification des missions des associations de tradition sociale

En dépit de la spécificité de leur mission statutaire originelle, certaines associations de tradition sociale ont également diversifié leur activité pour répondre à l'évolution des besoins rencontrés par les populations. Ainsi, une dizaine d'années après la découverte du VIH/sida, plusieurs associations d'accueil, d'hébergement et de réinsertion ont mis en place des actions de prévention du VIH/sida, des IST et des hépatites, notamment pour répondre à la demande des personnes prostituées elles-mêmes²⁵⁷. En 1995, l'Amicale du Nid a adopté un dispositif proche des Amis du bus des femmes et circule ainsi à bord d'un bus pour mener des tournées de prévention. Plusieurs associations spécialisées dans l'intervention sociale assurent ainsi la fourniture de matériel de prévention dans des proportions variables²⁵⁸ et mènent des entretiens avec les personnes prostituées, en partenariat avec des associations de santé ou de santé communautaire, au cours desquels la question de la prévention et du dépistage du VIH/sida et des IST sont abordés.

En outre, certaines associations d'accueil, d'hébergement et de réinsertion recommandent une approche plus transversale et développent des programmes spécifiquement sanitaires à l'instar de l'action Intermède menée par l'Amicale du Nid. L'objectif du projet vise la prévention du VIH/sida et des IST et l'établissement de liens de confiance avec les personnes prostituées. Un travail de rue, notamment à l'aide d'un bus et une permanence téléphonique sont assurés. À la différence des associations de santé communautaire, Intermède ne mobilise pas les personnes prostituées pour réaliser le travail de prévention, mais s'appuie sur une équipe mixte infirmière-travailleur social.

Il est difficile d'évaluer précisément la nature des actions de prévention menées par les associations de tradition sociale et leur importance. Certaines de ces associations ne poursuivent aucune stratégie claire en matière de prévention du VIH/sida et des IST. Ainsi, le Mouvement du Nid ne procède pas à la distribution de préservatifs mais en offre uniquement

²⁵⁶ Auditions CNS et rapports des associations de santé et de santé communautaire.

²⁵⁷ Auditions CNS.

²⁵⁸ En 2008, ALC a par exemple distribué 60 000 préservatifs : ALC, *Rapport d'activité*, 2008.

à la demande des personnes prostituées rencontrées²⁵⁹. Des difficultés spécifiques liées à la formation des travailleurs sociaux aux problématiques de santé peuvent être rencontrées. La diversification des missions, qui résulte également de la logique concurrentielle développée entre les organismes²⁶⁰, rencontre également des limites liées aux doctrines des associations et/ou aux ressources financières limitées.

III.2 DES COOPÉRATIONS INSUFFISAMMENT DÉVELOPPÉES, UNE ABSENCE DE STRATÉGIE À L'ÉCHELLE DU TERRITOIRE

Les services fournis aux personnes prostituées sont limités à l'échelle du territoire. Les associations qui souscrivent à l'approche globale sont implantées dans les grandes agglomérations et n'ont pas les moyens, en dépit de l'extension croissante de leur périmètre d'intervention, de couvrir l'ensemble du territoire et l'ensemble des formes de prostitution. La fourniture de services à Paris est satisfaisante mais les dispositifs peinent à être davantage étendus sur une grande échelle, en particulier dans de nombreuses régions. Les pouvoirs publics n'ont pas mis en œuvre de stratégies spécifiques en faveur de l'accès aux soins et à la prévention alors qu'une mobilisation plus conséquente a été engagée sur les questions sociales.

III.2.1 Des coopérations insuffisamment développées

Les coopérations entre les associations et les différentes instances privées ou publiques doivent permettre d'améliorer la fourniture des services aux personnes prostituées au-delà des grandes agglomérations mais également d'intervenir favorablement sur l'environnement des personnes prostituées. En dépit de leurs mérites, les coopérations demeurent limitées.

Des coopérations peu nombreuses entre les associations

En raison de leurs principes éthiques souvent antagonistes, les relations entre les associations de santé communautaire et les associations d'hébergement et de réinsertion des personnes prostituées sont complexes. Les principaux désaccords se cristallisent autour du statut voulu par les personnes prostituées. Elles contrarient la mise en place de réseaux d'actions dans les grandes métropoles.

La création des associations de santé communautaires témoigne des relations difficiles entretenues entre les organismes venant en aide aux personnes prostituées, notamment à Lyon et Lille. Ainsi à Lyon, l'association de santé communautaire locale doit acquérir son indépendance à l'égard de l'Amicale du Nid pour se développer²⁶¹. Les associations lilloises rencontrent une situation comparable. Le Groupement de prévention et d'action lilloise (GPAL), une association tournée vers la prévention a tenté de mener un travail commun avec le Mouvement du Nid très présent à Lille. L'impossibilité de poursuivre une coopération a conduit le GPAL à se tourner vers l'antenne lilloise de l'association Aides. La création quelques années plus tard de l'association Entr'Actes entérine cet éloignement du

²⁵⁹ Auditions CNS.

²⁶⁰ Mathieu L., *Prostitution et sida, op.cit.*, p. 235.

²⁶¹ En 1994, l'Amicale du Nid avait commandé une recherche-action sur les nouveaux territoires de la prostitution sous la conduite de Daniel Welzer-Lang. Le rapport, qui comportait un volet relatif à la lutte contre le VIH/sida, préconisait la mise en place d'un lieu d'accueil mobile. À la suite de la remise du rapport, l'Amicale du Nid a créé l'association Cabiria afin de prendre en compte le nouveau dispositif et d'intégrer de nouveaux partenaires associatifs et institutionnels en soutien. Des désaccords sont ensuite apparus entre les nouveaux membres de Cabiria et ceux de l'Amicale du Nid autour de la question de la participation des personnes prostituées aux dispositifs de prévention : Deschamps C., *Le sexe et l'argent des trottoirs*, 2006, *op.cit.*, p. 202.

Mouvement du Nid et vise à la démarquer nettement des approches suivies par le Mouvement du Nid.

Des tensions comparables se manifestent aujourd'hui. Certaines associations de réinsertion déclarent préférer des partenariats avec des associations de santé communautaire étrangères en raison de la persistance de clivages avec les associations françaises²⁶². Les associations de santé communautaire demeurent très méfiantes à l'égard des méthodes des associations de réinsertion. Ainsi, l'étude ProSanté²⁶³, conduite par la Fédération nationale d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) sur la santé des personnes en situation de prostitution²⁶⁴, ne bénéficie pas du soutien des associations de santé et de santé communautaire. Réalisée dans une vingtaine de structures d'accueil, d'accompagnement, d'hébergement et de réinsertion sociale, ainsi que dans des CDAG et CIDDIST répartis sur l'ensemble du territoire national, l'étude doit permettre d'améliorer la connaissance sur l'état de santé des personnes prostituées et d'identifier les freins qui s'opposent à l'accès réel aux droits et aux soins. Les associations de santé communautaire n'ont pas été associées ou n'ont pas souhaité s'associer, car elles n'ont pas été impliquées dans la préparation et/ou l'administration du questionnaire, qui n'a pas été assuré de manière communautaire et comporterait des biais importants²⁶⁵. En outre, ces associations disposent déjà de nombreuses données dont il n'a pas été tenu compte jusqu'à présent par les pouvoirs publics.

Des coopérations publics/privés très limitées

Des coopérations avec des structures publiques sont également envisagées en nombre limité par les associations afin d'intervenir favorablement sur l'environnement des personnes prostituées. Une convention de partenariat a notamment été signée entre une structure de soin, l'hôpital Ambroise Paré et une association d'accueil de personnes transgenres, le PASST, afin d'améliorer l'accueil et la prise en charge des personnes transgenres. Mais dans l'ensemble, les partenariats demeurent peu nombreux. Par ailleurs, les coopérations entre les associations et les services de police sont extrêmement limitées et ne permettent pas aux associations d'améliorer leurs interventions.

III.2.2 Une absence de stratégies à l'échelle du territoire

Les associations de santé et de santé communautaire ne bénéficient pas d'un engagement financier ambitieux de la part des pouvoirs publics. Elles disposent de financements variables et limités selon la région et doivent mobiliser de nombreux bailleurs privés et publics. Les associations qui entreprennent en majorité des programmes sociaux apparaissent en revanche très nettement favorisées.

Un financement complexe et insuffisant en faveur des associations de santé

Les associations de soutien aux personnes prostituées font face depuis quelques années à un accroissement de leur charge de travail. Le déplacement des personnes prostituées vers des territoires périphériques a entraîné un allongement des tournées de bus de nuit. Les difficultés rencontrées dans l'accès aux droits ou dans les relations avec les forces de police ont nécessité, pour les associations de santé et de santé communautaire en particulier, le renforcement de certaines compétences, notamment en matière sociale ou de médiation. Les associations témoignent de la faiblesse structurelle de certains postes clés, comme la formation et de la difficulté de maintenir leurs effectifs sans recourir aux

²⁶² Auditions CNS.

²⁶³ FNARS/InVS, *Étude sur l'état de santé, l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes en situation de prostitution*.

²⁶⁴ Auditions CNS.

²⁶⁵ Auditions CNS.

licenciements ou de procéder à l'embauche d'agents de prévention, en particulier membres de la communauté²⁶⁶.

Les ressources des associations de santé et de santé communautaire qui œuvrent en faveur d'une approche globale ne sont ni suffisantes, ni pérennes. En dépit de l'extension et de la complexification des missions associatives, les moyens financiers mis à la disposition des associations par l'État et ses services déconcentrés sont restés stables et, dans certains cas et lors de certains exercices budgétaires, ont pu diminuer, voire être supprimés.

Les associations de santé et de santé communautaire bénéficient au premier chef des crédits de la mission « Santé » de l'État servis par les groupements régionaux de santé publique (GRSP) puis, aujourd'hui, par les Agences régionales de santé (ARS). Les crédits sont principalement alloués au titre de la lutte contre le VIH/sida, les IST et les hépatites inscrites à l'action 13 du programme 204 en faveur de la prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins. Des crédits représentant une part extrêmement limitée du budget des associations sont par ailleurs versés au titre de la santé des populations en difficulté, dans le cadre des PRAPS, des actions contre la violence et des actions relatives à la santé de la mère et de l'enfant avec l'accès à la contraception. Ces crédits sont inscrits à l'action 12 du programme 204 en faveur de l'accès à la santé et de l'éducation à la santé. Il a été fait état d'une baisse des crédits attribués par les GRSP en moyenne de l'ordre de 20 %²⁶⁷.

Les associations de santé et de santé communautaire peuvent bénéficier des crédits alloués par d'autres missions afin de financer les actions menées au titre de leur approche globale. Les missions « Ville et logement », « Solidarité, insertion et égalité des chances » et « Sport, jeunesse et vie associative » sont sollicitées. Les crédits alloués sont extrêmement limités et représentent une part marginale du budget des associations de santé communautaire. Par ailleurs, des crédits attribués au titre de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances » sont depuis plusieurs années, soit en diminution régulière, soit non renouvelés pour un exercice budgétaire, soit systématiquement refusés²⁶⁸.

Les missions à dominante sociale poursuivies par les associations de santé et de santé communautaire ne sont pas toujours reconnues au plan local par les directions départementales de l'action sociale (DDASS) et ne semblent pas l'être aujourd'hui par les directions départementales de la cohésion sociale (DDCS) appelées à prendre leur succession. Plusieurs DDCS ne souhaitent pas entamer ou poursuivre de partenariats avec les associations de santé ou de santé communautaire. Dans certains cas, elles entendent conserver un partenariat unique avec l'association locale traditionnellement compétente pour l'accueil et l'insertion sociale, dans d'autres, elles préfèrent privilégier une action orientée vers la réinsertion sociale alors que les associations de santé et de santé communautaire privilégient le plus souvent une action d'accès aux droits sociaux. À ce propos, le Conseil national du sida regrette de n'avoir pu auditionner la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) en dépit de plusieurs invitations adressées à son directeur.

Pour compenser la faiblesse des financements de l'État, les associations s'appuient largement sur des crédits privés, notamment ceux de Sidaction. La part du financement privé a pu atteindre, pendant de nombreuses années, plus de la moitié du budget de ces

²⁶⁶ Auditions CNS.

²⁶⁷ Guillemaut F. (dir.), *État des lieux des actions de prévention VIH auprès des personnes prostituées. Étude préliminaire sur Toulouse, Lyon, Paris, Rennes, op.cit.*

²⁶⁸ Auditions CNS.

associations. Aujourd'hui, les fonds privés alloués peuvent représenter de 30 à 40 % du budget annuel des associations²⁶⁹.

Les associations sont par ailleurs contraintes de recourir à de nombreuses sources de financement supplétives le plus souvent fluctuantes et ne comptent, en moyenne, pas moins d'une dizaine à une quinzaine de bailleurs pour les principales d'entre elles. Les collectivités territoriales, les fonds structurels européens et l'assurance maladie participent au financement des associations de santé et de santé communautaire. Aussi, ces dernières se voient contraintes de consacrer une part significative de leur temps et de leur budget à la gestion et au suivi de leurs financements, soit plus d'un équivalent temps plein (ETP) en charge de la préparation et du suivi des demandes de financement²⁷⁰. À l'exception de la subvention versée par Sidaction, liée à une convention biannuelle, l'ensemble des subventions sont versées pour une année unique.

Par ailleurs, il semble que les dotations de l'INPES en matériel de prévention soient insuffisantes quantitativement, mais également qualitativement. En effet, plusieurs associations, notamment franciliennes, ont déploré des lots de préservatifs défectueux distribués ces dernières années²⁷¹. Selon l'INPES, le budget consacré à l'achat de matériel de prévention a augmenté ces dernières années et l'agence fournit du matériel de prévention « en vrac », c'est-à-dire sans mode d'emploi, avec un emballage allégé, mais en bon état. Le matériel est ainsi moins cher à l'achat et permet, selon l'INPES, de ne pas limiter les quantités.

Un soutien déséquilibré au détriment de l'approche globale et communautaire

Les pouvoirs publics ont choisi de porter l'effort financier sur l'action sociale en direction des personnes prostituées et en particulier au profit des dispositifs d'hébergement d'urgence, d'insertion sociale et professionnelle et de prévention de la prostitution. Ainsi, selon la seule évaluation disponible, pour l'année 2004, les crédits consacrés à l'action sociale dépassent les 10 millions d'euros : plus de 6,7 millions d'euros de crédits cumulés au niveau déconcentré, plus de 360 000 euros au niveau national au titre de la mission politique en faveur de l'inclusion sociale de la LOLF²⁷², auxquels s'ajoutent 3,55 millions d'euros de crédits pour la dotation globale des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) dont sept structures spécialisées, sous statut de CHRS, qui accueillent des personnes prostituées ou des personnes ayant choisi de cesser l'activité de prostitution.

En regard de ces crédits conséquents dédiés à l'action sociale, au profit de files actives relativement modestes s'agissant de certaines associations, les crédits de la mission santé paraissent très faibles. Ainsi, environ 1,5 million d'euros ont été délégués en 2004 au titre de la lutte contre le VIH/IST/hépatites en milieu prostitutionnel par les services centraux et déconcentrés de l'État²⁷³. Une trentaine de projets ont été financés mais il existe de fortes disparités régionales concernant l'importance des projets et des crédits. Il apparaît souhaitable d'assurer un rééquilibrage du financement au profit d'un soutien accru et pérenne aux associations de santé et de santé communautaire qui ont fait la preuve de leur utilité et de leur efficacité.

²⁶⁹ Auditions CNS.

²⁷⁰ Auditions CNS.

²⁷¹ Auditions CNS.

²⁷² Chapitre 4 681, articles 10 et 20.

²⁷³ *Rapport faisant état de la situation démographique, sanitaire et sociale des personnes prostituées ainsi que des moyens dont disposent les associations et les organismes qui leur viennent en aide, op. cit.*, p. 40.

L'avis du Conseil national du sida s'appuie sur une observation de la situation sanitaire et sociale des personnes prostituées, des politiques et des dispositifs de soutien les intéressant. Les situations locales et les politiques menées par les acteurs publics et privés n'ont pas été évaluées dans le détail. De même, les différentes évolutions, actuelles ou à venir, de l'environnement institutionnel local et régional, notamment la nouvelle organisation de santé et les réformes envisagées des CIDDIST et des CDAG, la création, à titre expérimental de centres de santé sexuelle²⁷⁴, n'ont pas été abordées directement par le Conseil. Une réflexion de premier plan doit pourtant être encouragée pour garantir une meilleure offre de services et limiter les disparités à l'échelle des territoires.

La réflexion du Conseil ne s'est pas étendue sur les réglementations étrangères, en particulier dans l'Union européenne. Les législations demeurent très disparates d'un pays à l'autre. Tandis que de nombreux États pénalisent la prostitution, ou le recours à la prostitution, à travers l'incrimination des clients, ou en limitant les zones et les heures d'activité, d'autres États incitent l'inscription des personnes prostituées sur un registre tenu par les autorités sanitaires. Enfin, quelques États accordent directement des droits aux personnes prostituées comparables à ceux accordés à d'autres professions avec la garantie d'un statut. La mise en œuvre de règles communes à l'ensemble des États de l'Union européenne n'est aujourd'hui pas à l'ordre du jour. L'Union européenne a pourtant promu une réglementation commune en matière de lutte contre la traite des êtres humains. Des droits, transcrits dans les législations nationales, sont notamment garantis aux personnes victimes. Il apparaît souhaitable que l'Union européenne, à partir d'une évaluation raisonnée des politiques nationales relatives à la prostitution, prescrive la garantie effective des droits fondamentaux et, partant, l'égal accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes prostituées.

²⁷⁴ Jourdain Menninnger D., Lecoq G., *Évaluation de la mise en œuvre de la recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST)*, Inspection générale des affaires sociales, août 2010, p. 7.

RECOMMANDATIONS

Les personnes prostituées sont soumises à un environnement extrêmement défavorable qui constitue une entrave à tout travail de prévention et un frein indéniable à l'accès aux soins. Le Conseil national du sida appelle de ses vœux **une action de premier plan** pour compenser le retard pris par la France dans l'accompagnement, le suivi et la garantie des droits des personnes prostituées et ceci afin de leur rendre une visibilité et de leur garantir l'accès effectif à la prévention et aux soins.

Au même titre que d'autres populations vulnérables particulièrement exposées au risque d'infection par le VIH/sida et les IST, les personnes prostituées doivent bénéficier d'une attention et de dispositifs spécifiques dans le cadre des programmes pluriannuels de lutte contre les maladies infectieuses. Les personnes doivent se voir garantir un ensemble de **droits identiques à ceux de la population** et reconnaître **une compétence spécifique en matière de prévention**. Les personnes prostituées ont démontré leur rôle majeur dans la prévention et l'accès aux soins et doivent rester les principales animatrices et/ou les partenaires privilégiées des programmes de santé.

Le Conseil présente ses recommandations autour de **cinq principes incontournables de la lutte contre le VIH/sida** : la mise en cohérence des politiques publiques, le renforcement des droits, l'amélioration des connaissances, la promotion d'une approche globale et le soutien aux démarches communautaires. L'objectif est de garantir **un accès universel et inconditionnel** à un ensemble de services sur l'ensemble du territoire : prévention, dépistage, accès aux soins, accès aux prestations sociales, accès à la connaissance.

RENFORCER LES DROITS

Les personnes prostituées doivent accéder aux mêmes droits que ceux garantis à l'ensemble de la population.

Le Conseil demande que **l'ensemble des droits** soient garantis aux personnes prostituées en matière **de soins, de protection sociale, de séjour et de logement**.

Le Conseil recommande de **revoir les dispositions de la loi pour la sécurité intérieure sur le racolage**. L'application du droit commun relatif aux atteintes à la tranquillité et à la moralité publiques peut s'avérer suffisante et justifier l'abandon du délit de racolage, source de discriminations.

Le Conseil souhaite **une évaluation spécifique de la mise en œuvre du délit d'aide, d'assistance et de protection de la prostitution d'autrui**. Cette évaluation doit permettre de connaître l'impact de la disposition au regard de la répression du proxénétisme et de la préservation des droits et de la stabilité du logement des personnes prostituées.

Le Conseil demande la **garantie de droits inconditionnels au bénéfice des personnes prostituées victimes de l'exploitation et de la traite des êtres humains**, quelle que soit leur situation au regard du séjour. À cet égard, le Conseil recommande la prise en compte de l'avis sur la traite et l'exploitation des êtres humains en France de la Commission nationale consultative des droits de l'homme (2009).

Le Conseil rappelle que la **poursuite de l'activité de prostitution ne doit pas constituer un motif de refus de délivrance de titre de séjour** dès lors que la personne a droit à un autre titre de séjour.

ASSURER LA COHÉRENCE DES POLITIQUES PUBLIQUES

Une nouvelle gouvernance doit être mise en œuvre et reposer sur une mobilisation politique nationale et locale de premier plan et une coopération suivie et renforcée entre l'ensemble des acteurs.

Le Conseil recommande une initiative de haut niveau au bénéfice des personnes prostituées. **La tenue d'une conférence nationale, placée sous la responsabilité du ministre en charge de la santé**, en présence de l'ensemble des acteurs publics, y compris des autres ministères concernés, des représentants des associations et des membres de la communauté compétents sur la question de la santé devrait être envisagée sans délai.

La Conférence nationale doit examiner **le renforcement attendu des programmes de santé et de santé communautaire** au bénéfice des personnes prostituées.

Le Conseil juge également nécessaire la mise sur agenda de **réunions interministérielles et l'adoption d'une circulaire, cosignée par l'ensemble des ministres compétents**, relative à l'application dans chaque région des droits, de l'accès aux soins et à la prévention des personnes prostituées. Le Conseil note que la proposition d'une circulaire interministérielle a été présentée dans le programme national de lutte contre le VIH/sida 2001-2004 sans avoir été mise en œuvre.

À titre complémentaire, le Conseil recommande **le recrutement d'un coordinateur national « santé des personnes prostituées » au sein de la Direction générale de la santé (DGS)**, chargé de coordonner l'évaluation de l'action publique, de consolider la mise en réseau des associations et de défendre, au plan sectoriel en lien avec les agences régionales de santé (ARS) et interministériel, sur la base d'une connaissance fine du terrain, les problématiques rencontrées par les personnes prostituées en terme d'accès aux soins et de prévention.

PROMOUVOIR UNE APPROCHE GLOBALE

L'approche globale doit répondre à l'ensemble des besoins indispensables des personnes prostituées.

Le Conseil souhaite la garantie des **services adaptés offerts sur l'ensemble du territoire**, y compris aux populations difficilement accessibles ou isolées : *counselling*, fourniture de matériel de prévention diversifié, de bonne qualité et en quantité suffisante, accès effectif au dépistage, au traitement postexposition (TPE), à la prise en charge des IST, aux soins de santé primaires, aux services de santé sexuelle, à la réduction des risques, aux droits sociaux et à la médiation culturelle.

En dehors de la prévention des infections, le Conseil invite les pouvoirs publics à améliorer significativement l'accès aux soins des personnes prostituées, en particulier le suivi psychologique, le suivi gynécologique et l'accès à la vaccination.

L'approche globale doit être garantie par la **dotations de financements pérennes et assurée par des organisations du secteur privé en partenariat avec des structures publiques**, notamment CDAG, CIDDIST, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et les centres de

vaccination. Les centres de santé sexuelle envisagés à titre expérimental constitueraient une bonne opportunité pour développer la prise en charge globale.

Le recours au travail hors les murs, en particulier pour favoriser le recours au dépistage, doit être significativement renforcé.

SOUTENIR LES DÉMARCHES COMMUNAUTAIRES

Les personnes prostituées jouent un rôle déterminant dans les actions de prévention. Le Conseil recommande le renforcement **des actions communautaires destinées à favoriser l'auto-organisation des personnes prostituées et à répondre, au plus près de leurs préoccupations, à l'ensemble de leurs besoins.**

Les programmes communautaires doivent particulièrement s'adresser aux **populations traditionnellement moins bénéficiaires des actions de proximité** : *escorts*, masseuses, personnes prostituées « en tour » et aux populations qui rencontrent des besoins spécifiques, comme **les personnes migrantes et les personnes transgenres.**

Les programmes communautaires sont assurés par des personnes prostituées et peuvent poursuivre plusieurs missions, de prévention, de médiation ou de formation. Les personnes issues de la communauté peuvent faciliter l'accès aux soins, à la prévention et aux droits de leurs pairs et contribuer à la sensibilisation de l'ensemble des intervenants auprès des personnes prostituées, en particulier les médecins, les médecins-urgentistes, les travailleurs sociaux, notamment présents dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), les forces de police et de gendarmerie compétentes.

Pour assurer ces missions, les personnes concernées doivent **bénéficier d'une formation adaptée** et des postes d'agents de médiation de prévention et de formation au sein des organisations non gouvernementales compétentes doivent être ouverts.

AMÉLIORER LA CONNAISSANCE

Les connaissances doivent être promues au bénéfice des personnes prostituées dans un cadre local.

Le Conseil national du sida recommande d'augmenter **les crédits consacrés aux recherches-actions** réalisées dans le cadre des associations de santé, de santé communautaire et de réinsertion sociale et de leurs antennes territoriales en faveur des personnes prostituées en **vue d'une meilleure connaissance en particulier des formes de prostitution les moins visibles.**

Les enquêtes menées à une échelle locale, **conduites par des interlocuteurs clairement identifiés et/ou reconnus par les personnes prostituées** dans une perspective notamment qualitative, doivent être privilégiées afin de bénéficier de toute la confiance et de l'engagement des personnes concernées.

Afin d'agrèger l'ensemble des études et d'identifier les enjeux, le Conseil recommande la **réalisation d'une synthèse nationale annuelle des données produites par l'ensemble des organisations non gouvernementales et des organismes de recherche** intervenant sur la question de la prostitution. La synthèse s'attachera notamment à préciser l'impact de l'action publique relative à la prostitution.

ANNEXE : HISTOIRE DE L'ACTION PUBLIQUE RELATIVE À LA PROSTITUTION

Historiquement, le règlementarisme français a reposé sur des dispositifs de surveillance sanitaire des personnes prostituées et, dans une moindre mesure des établissements spécialisés ainsi que sur des dispositifs coercitifs mis en œuvre par l'autorité administrative. Plusieurs lois et règlements, adoptés au lendemain de la seconde guerre mondiale, puis au début des années soixante, ont remis en cause, progressivement, la réglementation française et se sont inscrits dans le cadre abolitionniste. Les législations contemporaines s'inscrivent dans ce cadre mais œuvrent en priorité en faveur de l'ordre public.

UN RÉGLEMENTARISME SANITAIRE COERCITIF

Les pouvoirs publics ont mis en œuvre progressivement, depuis la fin du XVIII^e siècle, une réglementation dérogatoire au droit commun pour contrôler la sexualité tarifée. Initié au cours du Directoire, le règlementarisme français apparaît au XIX^e siècle comme le modèle le plus contraignant d'Europe, il est alors largement diffusé sous le nom de « système français ». Les autorités politiques exercent une surveillance sanitaire de la prostitution afin de répondre à la progression de la syphilis, les personnes prostituées sont alors réputées transmettre les infections²⁷⁵ et bénéficient d'une attention particulière de la part du corps médical, particulièrement au cours de la seconde moitié du XIX^e siècle.

En vertu de textes ou d'interprétations de textes datant de l'Ancien Régime, de lois révolutionnaires et de lois votées sous la Monarchie de Juillet, les personnes prostituées sont soumises à régime exorbitant du droit commun et doivent s'acquitter d'une série d'obligations sanctionnées par l'autorité administrative²⁷⁶, sous la responsabilité du Préfet de police de Paris ou des maires des grandes villes en province. Les personnes souhaitant exercer la prostitution doivent notamment se faire enregistrer sur des registres municipaux et se soumettre à des contrôles gynécologiques réguliers en fonction desquels leur est accordée ou refusée la pratique de l'activité. Le médecin a l'obligation de déclarer tout nouveau malade et le patient doit signer une information selon laquelle un emprisonnement de trois ans frappe celui qui infecte ou expose à l'infection une autre personne.

Outre la lutte contre les maladies vénériennes, les pouvoirs publics souhaitent supprimer les manifestations publiques les plus visibles de la prostitution. Cet objectif passe par la stricte délimitation des lieux dans lesquels le commerce du sexe est autorisé ou interdit. Ainsi, l'activité est progressivement tolérée uniquement dans les maisons closes dont les sorties sont limitées et l'organisation strictement encadrée. Les établissements ne doivent pas être situés à proximité d'écoles ou de lieux de culte, leurs fenêtres doivent être munies de barreaux et de verres dépolis²⁷⁷. Les bénéfices de cette réglementation demeurent relativement décevants. Le règlementarisme ne parvient pas à enrayer la transmission des IST et se heurte aux résistances des coordinations professionnelles qui tirent avantage de la prostitution. Les amicales d'hôteliers s'opposent ainsi à toute entrave de l'exercice de la prostitution dans les maisons publiques.

²⁷⁵ L'association entre la prostitution et les maladies vénériennes rencontre un succès dans les sciences médicales depuis le milieu du XIX^e siècle. Voir Maugère A., *Les politiques de la prostitution, du Moyen-Âge au XX^e siècle*, *op.cit.*, p. 93 *sqq.* Sur une période plus récente, voir Pheterson G., *Le prisme de la prostitution*, *op.cit.*, p. 49 *sqq.*

²⁷⁶ Berlière J.-M., *La police des mœurs sous la III^e République*, Paris, Seuil, 1992.

²⁷⁷ Corbin A., *Les filles de noces. Misère sexuelle et prostitution au XIX^e siècle*, Paris, *op.cit.*

Malgré des résultats modestes, la réglementation sanitaire de la prostitution se renforce jusqu'au lendemain de la seconde guerre mondiale et se trouve davantage contrôlé par l'autorité médicale. Le décret du 29 novembre 1939²⁷⁸, relatif à la prophylaxie des maladies vénériennes, prévoit la prévention de la contagion, l'examen et les soins obligatoires, ainsi que la possibilité pour les médecins de dénoncer l'état pathologique de leurs patients. Les personnes prostituées qui refusent la visite médicale s'exposent à une peine de prison pouvant aller jusqu'à trois mois. Le contrôle de la réglementation est assuré par une autorité sanitaire – un inspecteur sanitaire, ou tout autre médecin spécialiste nommé par le ministre de la Santé publique. Par ailleurs, le décret institue un délit de tentative de racolage puni d'une contravention de troisième catégorie.

UN NOUVEAU CADRE D'ACTION PUBLIQUE : VERS L'ABOLITIONNISME

La France s'est engagée en 1960, avec la ratification de la Convention de 1949 pour la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui, dans la remise en cause des réglementations sanitaires contraignantes encadrant la prostitution²⁷⁹. La sexualité tarifée devient une activité totalement privée, les préoccupations sanitaires sont abandonnées, les IST ne donnent plus lieu à une surveillance spécifique. La prostitution est désormais jugée incompatible avec la dignité et la valeur de l'être humain et les personnes prostituées acquièrent peu à peu le statut de personnes inadaptées, puis de victimes. Sous la III^e République puis sous la IV^e République, différentes lois annoncent l'abandon progressif des règles encadrant la prostitution. La lutte contre le proxénétisme et la traite des êtres humains et, plus tardivement, la réinsertion sociale des personnes prostituées deviennent des objectifs exclusifs qui doivent permettre d'envisager, à terme, la disparition de la prostitution.

Les parlementaires affichent progressivement, dès la fin du XIX^e siècle, la volonté de lutter contre certaines formes de prostitution, la prostitution d'autrui sur la voie publique, la prostitution d'autrui contrainte et la prostitution des mineurs. Une loi relative à la récidive datant de 1885 pénalise la prostitution d'autrui sur la voie publique et prévoit l'application des peines édictées contre le vagabondage²⁸⁰. Par ailleurs, dans un contexte marqué par la lutte contre la « traite des blanches »²⁸¹ et le trafic du commerce sexuel abordé dans le cadre de conférences internationales, le Parlement adopte, en 1903, une loi pénalisant la prostitution d'autrui exercée sous la contrainte, y compris dans une « maison de débauche »²⁸². Enfin, une dernière loi de 1908 concerne la prostitution des mineurs et prévoit, à l'initiative de l'autorité judiciaire civile, des possibilités d'internement, difficilement appliquées en l'absence de structures d'accueil *ad hoc*.

²⁷⁸ Journal officiel du 7 décembre 1939, p. 13 748.

²⁷⁹ La Convention pour la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui approuvée par l'Assemblée générale des Nations unies dans sa résolution 317 (IV) du 2 décembre 1949, et entrée en vigueur le 25 juillet 1951. www2.ohchr.org/french/law/exploitation.htmr, a été ratifiée par la France en vertu de la loi n° 60-759 du 28 juillet 1960. L'ordonnance n° 60-12345 du 25 novembre 1960 a aménagé les dispositions du Code pénal au regard de cette Convention. La France a par ailleurs ratifié plusieurs textes relatifs à la traite de l'esclavage : Convention relative à l'esclavage, adoptée le 25 septembre 1926 et complétée par la Convention supplémentaire relative à l'abolition de l'esclavage, de la traite des esclaves et des institutions et pratiques analogues à l'esclavage, adoptée le 7 septembre 1956.

²⁸⁰ Loi du 27 mai 1885.

²⁸¹ Chaumont J.-M., *Le mythe de la traite des blanches. Enquête sur la fabrication d'un fléau*, Paris, La Découverte, 2009.

²⁸² Loi du 3 avril 1903.

La lutte contre différentes formes de prostitution et de prostitution d'autrui se poursuit après la seconde guerre mondiale. La loi du 13 avril 1946, dite loi Marthe Richard, est emblématique de cette orientation²⁸³. La loi supprime l'inscription des prostituées sur les registres spéciaux de la police, elle instaure des pénalités de l'infraction de racolage, interdit les relations contractuelles des prostituées dans l'intérêt de leur activité et crée des établissements de rééducation et de réinsertion des prostituées. Une loi complémentaire du 24 avril 1946 institue un fichier sanitaire et social des personnes prostituées. Le réglementarisme sera poursuivi dans les deux premières décennies d'après guerre²⁸⁴ avant d'être abandonné en 1960. Au moment de sa suppression, le fichier sanitaire et social assurait la surveillance de 30 000 personnes prostituées.

Depuis l'adoption de la loi Marthe Richard, plusieurs évolutions sont intervenues. Dans un premier temps, la définition du racolage est précisée. L'ordonnance du 23 décembre 1958 abroge les dispositions de la loi du 13 avril 1946 et prévoit deux contraventions réprimant respectivement le racolage²⁸⁵ et l'attitude indécente sur la voie publique²⁸⁶. Cette dernière infraction a reçu le nom de racolage « passif ». Ensuite, la répression du proxénétisme est accrue, conformément aux engagements internationaux de la France et la répression du racolage est renforcée. Deux lois de juillet 1960 autorisent le gouvernement à ratifier la Convention pour la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui, adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies en 1949²⁸⁷, et à prendre les mesures nécessaires pour lutter contre le proxénétisme²⁸⁸.

La Convention de 1949 s'inscrit directement dans un cadre abolitionniste. Elle considère, en préambule, que « la prostitution et le mal qui l'accompagne, à savoir la traite des êtres humains en vue de la prostitution, sont incompatibles avec la dignité et la valeur de la personne humaine et mettent en danger le bien-être de l'individu, de la famille et de la communauté ». Elle condamne, dans son article premier, l'encouragement et l'exploitation de personnes en vue de prostitution. La Convention demande aux parties adhérentes de supprimer les registres d'inscription ou de déclaration. Suite à la ratification de la Convention, l'ordonnance du 25 novembre 1960 relative à la lutte contre le proxénétisme, complétée par le décret de la même date, accroît la répression du proxénétisme, augmente les peines qui sanctionnent le racolage de voie publique et prévoit des dispositifs d'accueil et de réinsertion des personnes en situation de prostitution²⁸⁹.

²⁸³ Loi n° 46-685 du 13 avril 1946 tendant à la fermeture des maisons de tolérance et au renforcement de la lutte contre le proxénétisme, *Journal officiel*, 14 avril 1946, p. [3 138-3 139](#).

²⁸⁴ La loi n° 48-1086 du 8 juillet 1948 sur le dépistage et le traitement des maladies vénériennes contagieuses (*Journal officiel* du 9 juillet 1948, p. 6 642) dispose que tout individu inscrit au fichier sanitaire et social de la prostitution est placé sous surveillance sanitaire. Il est tenu de se soumettre à des examens médicaux périodiques. En cas d'accident vénérien contagieux, son hospitalisation peut être provoquée d'urgence.

²⁸⁵ « Seront punis d'un emprisonnement de dix jours à un mois et de l'amende prévue pour les contraventions de la cinquième classe, ou de l'une de ces deux peines seulement ceux qui, par gestes, paroles, écrits ou par tous autres moyens, procéderaient publiquement au racolage de personnes de l'un ou de l'autre sexe, en vue de les provoquer à la débauche. »

²⁸⁶ « Seront punis de l'amende prévue pour les contraventions de la 3^e classe ceux dont l'attitude sur la voie publique est de nature à provoquer la débauche ».

²⁸⁷ Loi n° 60-754 du 28 juillet 1960 autorisant la ratification de la convention pour la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies, le 2 décembre 1949.

²⁸⁸ Loi n° 60-773 du 30 juillet 1960 autorisant le Gouvernement à prendre, par application de l'article 38 de la Constitution, les mesures nécessaires pour lutter contre certains fléaux sociaux.

²⁸⁹ Ordonnance n° 60-1245 du 25 novembre 1960 relative à la lutte contre le proxénétisme, *Journal officiel*, 27 novembre 1960 p. [10 605](#) ; Circulaire du 25 novembre 1960 relative à la répression du proxénétisme, publiée au *Journal officiel* du 27 novembre 1960, p. [10 609-10 610](#).

Plusieurs mesures réglementaires et législatives sont adoptées, dans la décennie suivante, pour compléter ces dispositions relatives à la lutte contre le proxénétisme.²⁹⁰

Au début des années 2000, plusieurs lois renforcent encore la lutte contre le proxénétisme et la protection des mineurs en situation de prostitution. La loi du 15 novembre 2001 relative à la sécurité quotidienne renforce les peines encourues au titre du proxénétisme simple²⁹¹. La loi du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale interdit la prostitution des mineurs et incrimine spécifiquement le proxénétisme des mineurs de moins de 15 ans²⁹². Enfin la loi du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure, dite LSI, prévoit plusieurs dispositifs relatifs au racolage, au proxénétisme et à la traite des êtres humains²⁹³. La LSI s'inscrit dans la continuité des textes antérieurs lorsqu'elle renforce la répression du proxénétisme et la promotion des garanties accordées aux victimes de la traite des êtres humains. Elle opère toutefois un revirement sur la question du racolage, dont certaines formes ne faisaient plus l'objet d'une incrimination.

TROIS OBJECTIFS CONTEMPORAINS DE L'ACTION PUBLIQUE

Les pouvoirs publics avancent une triple réponse publique à la question de la prostitution : une réponse de court terme, d'abord, avec la lutte contre les formes visibles de la prostitution, notamment le racolage et le proxénétisme, une réponse de moyen terme avec d'une part la lutte contre la criminalité internationale et les migrations illégales et, d'autre part, la mobilisation en faveur de la protection des victimes de la traite des êtres humains et du proxénétisme et la réinsertion des personnes prostituées.

1. La prostitution, une question de tranquillité publique

Les pouvoirs publics œuvrent en faveur de la tranquillité publique et envisagent de réprimer davantage le racolage. La LSI est emblématique de cette évolution. Le racolage figure, au même titre que l'attroupement abusif dans les parties communes d'immeubles, l'exploitation de la mendicité ou l'installation illicite sur un terrain appartenant à autrui, au rang de formes de « délinquance qui affectent la vie quotidienne, troublent la tranquillité des citoyens et bafouent leur droit à la sécurité²⁹⁴ ». L'objectif est de faire disparaître les formes visibles de prostitution de voie publique.

La nouvelle loi, et, plus précisément, la constitution du délit de racolage, ne remet pas en cause l'exercice de la prostitution qui demeure une activité licite. Elle réprime plus sévèrement la prostitution en cas de racolage public, y compris passif. L'incrimination du racolage est ancienne, mais avait été partiellement abandonnée. Ainsi, le racolage passif n'était plus sanctionné depuis l'abrogation de l'ancien code pénal, le 1^{er} mars 1994. Le gouvernement avait alors invoqué « l'imprécision de l'élément constitutif de cette infraction qui aboutissait à une application aléatoire par les services de constatation²⁹⁵ ».

Le rétablissement du délit de racolage passif et plus généralement le renforcement de la répression du racolage auquel procède la LSI entérine et amplifie une tendance déjà

²⁹⁰ Circulaire n° 97 du 25 août 1970 relative à la lutte contre la prostitution et le proxénétisme, *Bulletin officiel du ministère chargé des affaires sociales*, n° 70/37, texte 15 074 ; loi n° 75-299 du 9 avril 1975 habilitant les associations constituées pour la lutte contre le proxénétisme à exercer l'action civile.

²⁹¹ Loi n° 2001-1 062 du 15 novembre 2001 relative à la sécurité quotidienne.

²⁹² Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale.

²⁹³ Loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure.

²⁹⁴ Projet de loi n° 30 pour la sécurité intérieure présenté par Nicolas Sarkozy, Sénat, 23 octobre 2002.

²⁹⁵ Réponse ministérielle du Garde des sceaux, n° 19 596, publiée au *Journal officiel de l'Assemblée nationale* du 9 janvier 1995, p. 212.

perceptible avant son adoption. La LSI fait en effet écho à la décision prise par certains maires de contrôler la présence sur la voie publique des personnes prostituées et faire disparaître de l'espace public, en particulier des centres villes rénovés, les formes plus visibles de la prostitution. Elle accompagne un ensemble de mesures destinées à réaménager des territoires dévolus au commerce du sexe et à d'autres formes d'activité jugées indésirables dont la mendicité²⁹⁶. Le ministère de l'intérieur précise alors, dès 2002, que « la proximité d'établissements d'enseignement, d'un lieu de culte, d'un monument aux morts, d'un parc fréquenté habituellement par les familles, de nombreuses résidences, la nouveauté du phénomène de la prostitution dans les rues concernées²⁹⁷ » peuvent être invoqués par les maires.

Par ailleurs, des poursuites sont engagées par l'autorité judiciaire, sur la base du Code pénal, pour sanctionner la prostitution de voie publique. Ainsi, le juge a eu recours aux dispositions relatives au racolage actif et à celles, pourtant tombées en désuétude, réprimant l'exhibition sexuelle²⁹⁸.

La LSI réinstaura le délit de racolage passif à travers l'article 50, qui insère dans le Code pénal un nouvel article 225-10-1 réprimant le racolage public, auparavant sanctionné, lorsqu'il était « actif », d'une amende contraventionnelle prévue par l'article R.625-8. Le racolage est désormais défini comme « le fait, par tout moyen, y compris par une attitude même passive, de procéder publiquement au racolage d'autrui en vue de l'inciter à des relations sexuelles en échange d'une rémunération ou d'une promesse de rémunération et est puni de deux mois d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende. »

Pour justifier le rétablissement de l'incrimination de racolage passif, les pouvoirs publics invoquent, outre les questions de tranquillité publique, la nécessaire reconnaissance d'un délit nouveau destiné à protéger les victimes des réseaux de proxénétisme et à les reconduire dans le pays d'origine²⁹⁹. La constitution du délit de racolage passif doit, par ailleurs, selon le législateur, supprimer toute source d'arbitraire, les forces de police et de gendarmerie étant alors seules compétentes pour opérer la distinction entre racolage actif et passif³⁰⁰. La circulaire d'application de la LSI précise que le racolage « est susceptible d'entraîner des troubles pour l'ordre public, notamment pour la tranquillité, la salubrité, et la sécurité publiques, et, d'autre part (...), la répression de ces faits prive le proxénétisme de sa source de profit et fait ainsi échec au trafic des êtres humains³⁰¹ ».

2. La prostitution, une question de criminalité organisée

Les pouvoirs publics mobilisent leur action en faveur d'un second objectif : la lutte contre le proxénétisme et la traite des êtres humains, conformément aux engagements européens et internationaux de la France. Cet objectif, que la France s'est initialement fixé en 1960 en ratifiant la convention des Nations unies de 1949, est renouvelé et précisé au début des années 2000 avec la ratification du protocole dit de Palerme³⁰². Il constitue également

²⁹⁶ Rigalleau A., « Prostitution, riverains et action publique : une analyse en terme de territoire », in *Prostitution et action publique, op.cit.*

²⁹⁷ Circulaire du ministère de l'Intérieur du 23 août 2002 relative aux arrêtés municipaux concernant la prostitution sur la voie publique.

²⁹⁸ Article 222-32 du Code pénal.

²⁹⁹ Le ministre de l'Intérieur de l'époque précise au Sénat le 13 novembre 2002 : « Nous n'avons pas créé un délit dans l'optique de punir des malheureuses qui, c'est vrai, sont plus souvent victimes que coupables. Si nous avons créé un délit, c'est, au contraire, pour les protéger. », Sénat, *Journal officiel*, 14 novembre 2002.

³⁰⁰ Sénat, séance du 14 novembre 2002.

³⁰¹ Circulaire n° CRIM-03-7/E8-03.06/03.

³⁰² Le Protocole additionnel à la Convention des Nations unies contre la criminalité transnationale organisée, visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants, a été

depuis la fin des années 1990 une priorité de premier plan de l'Union européenne³⁰³, à l'initiative notamment du Parlement européen³⁰⁴ et du Conseil de l'Europe³⁰⁵. En France, une proposition de loi adoptée en première lecture en janvier 2002 définit une première fois la lutte contre la traite des êtres humains³⁰⁶ à la suite d'un rapport parlementaire sur l'esclavage³⁰⁷. En 2003, un article spécifique sur la traite des êtres humains est inséré dans la LSI.

La traite des êtres humains est définie dans l'article L.225-4-1 du Code pénal comme « le fait, en échange d'une rémunération ou de tout autre avantage ou d'une promesse de rémunération ou d'avantage, de recruter une personne, de la transporter, de la transférer, de l'héberger ou de l'accueillir pour la mettre à la disposition d'un tiers, même non identifié, afin, soit de permettre la commission contre cette personne de l'infraction de proxénétisme, d'agression ou d'atteintes sexuelles, d'exploitation de la mendicité, de conditions de travail ou d'hébergement contraires à sa dignité, soit de contraindre cette personne à commettre tout crime ou délit. »

La LSI distingue le proxénétisme de la traite des êtres humains. Le proxénétisme est défini dans l'article L.225-5 du Code pénal comme le fait : 1° d'aider, d'assister ou de protéger la prostitution d'autrui ; 2° de tirer profit de la prostitution d'autrui, de partager les produits ou de recevoir des subsides d'une personne se livrant habituellement à la prostitution ; 3° d'embaucher, d'entraîner ou de détourner une personne en vue de la prostitution ou d'exercer sur elle une pression pour qu'elle se prostitue ou continue à le faire.

Le législateur a également prévu d'assimiler au proxénétisme des personnes placées dans différentes situations : intermédiaires, personnes facilitant la justification de ressources fictives, vivant avec une personne prostituée et ne pouvant justifier de ressources correspondant à son train de vie. En outre, l'article 51 de la LSI assimile au proxénétisme le fait de « vendre, de louer ou de tenir à la disposition, de quelque manière que ce soit, d'une ou plusieurs personnes, des véhicules de toute nature en sachant qu'elles s'y livreront à la prostitution. » La circulaire d'application de la LSI note que cette disposition incrimine « une forme de plus en plus répandue de proxénétisme, qui constitue une extension du proxénétisme hôtelier, permettant aux prostituées d'exercer leur activité dans des véhicules, notamment des camionnettes aménagées à cette fin³⁰⁸. »

3. La prostitution, une question de réinsertion sociale

Les pouvoirs publics concourent également à un troisième objectif : la réinsertion sociale des personnes prostituées et la protection des victimes du proxénétisme et de la traite des êtres humains.

signé en 2000 www2.ohchr.org/french/law/pdf/protocoltrafffr.pdf et ratifié par la France en vertu de la loi n° 2002-1041 du 6 août 2002.

³⁰³ Décision-cadre 2002/629/JAI relative à la lutte contre la traite des êtres humains, adoptée le 19 juillet 2002. Pour rappel, une décision-cadre a été adoptée à l'unanimité et a une valeur contraignante. Elle a été adoptée sur la base du titre VI du traité de l'Union européenne relatif à la coopération policière et judiciaire en matière pénale.

³⁰⁴ Résolution du 18 janvier 1996, sur la traite des êtres humains ; résolution du 16 décembre 1997 sur la communication de la Commission concernant le trafic des femmes à des fins d'exploitation sexuelle (rapport Waddington adopté dans la résolution), COM(96)0567 - C4-0638/96.

³⁰⁵ Convention du Conseil de l'Europe sur la lutte contre la traite des êtres humains, <http://conventions.coe.int/Treaty/fr/Treaties/Html/197.htm>

³⁰⁶ Proposition de loi adoptée n° 765 renforçant la lutte contre les différentes formes de l'esclavage aujourd'hui. 24 janvier 2002. www.assemblee-nationale.fr/legislatures/11/pdf/ta/ta0765.pdf

³⁰⁷ Rapport d'information par la mission d'information commune sur les diverses formes de l'esclavage moderne, n° 3459, 12 décembre 2001, www.assemblee-nationale.fr/11/pdf/rap-info/13459.pdf

³⁰⁸ Circulaire n° CRIM 2003-07 E8/03-06-2003.

Conformément aux dispositions de l'ordonnance du 23 novembre 1960 reprises dans le Code de l'action sociale et des familles³⁰⁹, l'État a pour mission, dans chaque département, de rechercher et d'accueillir les personnes en danger de prostitution, et de fournir l'assistance dont elles peuvent avoir besoin, notamment en leur procurant un placement dans des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ou dans les services de prévention et de réadaptation sociale (SPRS) créées par l'ordonnance et le décret du 25 novembre 1960³¹⁰. Douze départements se sont dotés de SPRS et la plupart de ces SPRS n'ont pu être maintenus lors de la mise en œuvre des lois de décentralisation transférant aux départements l'essentiel des compétences en matière d'action sociale.

Avec l'adoption de la LSI, l'action des pouvoirs publics et des associations de réinsertion sociale s'oriente spécifiquement vers la protection des victimes de la traite des êtres humains. L'article 42 de la LSI stipule que « toute personne victime de l'exploitation de la prostitution doit bénéficier d'un système de protection et d'assistance assuré et coordonné par l'administration en collaboration active avec les divers services d'interventions sociales ». L'article 43 ajoute à l'article L.345-1 du Code de l'action sociale et des familles l'alinéa suivant: « des places en centres d'hébergement et de réinsertion sociale sont ouvertes à l'accueil des victimes de la traite des êtres humains dans des conditions sécurisantes ».

Par ailleurs, une admission au séjour, à la protection, à l'accueil et à l'hébergement est garantie aux personnes étrangères victimes de la traite des êtres humains et du proxénétisme sous certaines conditions. L'article 76 de la LSI précise : « sauf si sa présence constitue une menace à l'ordre public, une autorisation provisoire de séjour peut être délivrée à l'étranger qui dépose plainte contre une personne qu'il accuse d'avoir commis à son encontre les infractions visées aux articles 225-4-1 à 225-4-6 et 225-5 à 225-10 du Code pénal ou témoigne dans une procédure pénale concernant une personne poursuivie pour ces mêmes infractions. Cette autorisation provisoire de séjour ouvre droit à l'exercice d'une activité professionnelle. En cas de condamnation définitive de la personne mise en cause, une carte de résident peut être délivrée à l'étranger ayant déposé plainte ou témoigné. Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article³¹¹ ».

L'admission au séjour des victimes de la traite des êtres humains doit être garantie par l'ensemble des États membres de l'Union européenne. Une directive du Conseil de l'Union européenne du 29 avril 2004 prévoit l'octroi de titres de séjour temporaires aux personnes victimes étrangères de la traite des êtres humains³¹². Le texte fixe à six mois minimum la durée du titre de séjour délivré à la victime qui coopère avec les autorités ; elle instaure un délai de réflexion d'un mois accordé à la personne qui n'a pas encore décidé de coopérer. Pendant ce délai, la victime ne peut être expulsée et doit se voir garantir une assistance, y compris psychologique et, si elle ne dispose pas de ressources suffisantes, des conditions

³⁰⁹ Article L.121-9 du Code de l'action sociale et des familles ; circulaire n° 88-06 du 7 mars 1988 relative à la prévention de la prostitution et à la réinsertion des personnes prostituées, *Bulletin officiel du ministère chargé des affaires sociales*, n° 88/13, p. 151.

³¹⁰ Ordonnance n° 60-1246 du 25 novembre 1960 et décret n° 60-1248 du 25 novembre 1960.

³¹¹ Article L.316-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

³¹² [Directive 2004/81/CE](#), du Conseil du 29 avril 2004, relative au titre de séjour délivré aux ressortissants de pays tiers qui sont victimes de la traite des êtres humains ou ont fait l'objet d'une aide à l'immigration clandestine et qui coopèrent avec les autorités compétentes, *JOUE* L261 du 6 août 2004, p. 19. Voir également la résolution législative du Parlement européen sur la proposition de directive du Conseil relative au titre de séjour de courte durée délivré aux victimes de l'aide à l'immigration clandestine ou de la traite des êtres humains qui coopèrent avec les autorités compétentes, COM(2002) 71 - C5-0085/2002 - 2002/0043(CNS).

de vie susceptibles d'assurer sa subsistance, ainsi que l'accès aux soins médicaux d'urgence.

La France a tardé à mettre en conformité sa réglementation avec le droit européen. Une circulaire du 31 octobre 2005 prévoit la possibilité de délivrer une autorisation provisoire de séjour à l'étranger qui dépose plainte contre une personne qu'il accuse d'avoir commis les infractions de traite des êtres humains ou de proxénétisme ou témoigne dans une procédure pénale³¹³. Le bénéfice de l'aide et de l'assistance prévu par la directive n'est pas évoqué dans cette circulaire. Un décret du 13 septembre 2007 précise les conditions d'admission au séjour mais également celles relatives à la protection, l'accueil et l'hébergement des étrangers victimes de la traite des êtres humains et du proxénétisme³¹⁴. Une carte de séjour portant la mention « vie privée et familiale » d'une durée minimale de six mois est délivrée par le préfet à l'étranger qui satisfait aux conditions [prévues par la loi] et qui a rompu tous liens avec les auteurs des infractions (...) »³¹⁵. Celui-ci bénéficie d'un délai de réflexion de 30 jours. Au regard de l'objectif de lutte contre les réseaux de traite des êtres humains et de proxénétisme, le décret vise à créer les conditions d'un contact privilégié avec les victimes et à faciliter le travail des enquêteurs.

³¹³ Circulaire n° NOR/INT/D/05/00097/C relative aux conditions d'examen des demandes d'admission au séjour déposées par des ressortissants étrangers en situation irrégulière dans le cadre des dispositions du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

³¹⁴ Décret n° 2007-1352 du 13 septembre 2007 relatif à l'admission au séjour, à la protection, à l'accueil et à l'hébergement des étrangers victimes de la traite des êtres humains et du proxénétisme et modifiant le Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

³¹⁵ Article R.316-3 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAH	Allocation adulte handicapé
ACPE	Association contre la prostitution des enfants
Ac-Sé	Accueil sécurisant
AFLS	Association française de lutte contre le sida
AIDS	<i>Acquired immune deficiency syndrome</i>
ALC	Accompagnement lieu d'accueil
AME	Aide médicale d'État
ANAEM	Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations
ANRS	Agence nationale de recherche sur le sida
API	Allocation parent isolé
ARCAT	Association pour la recherche et la communication pour l'accès aux traitements
ARS	Agence régionale de santé
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CESES	Centre européen de surveillance épidémiologique du sida
CEDAW	<i>Convention on the elimination of all forms of discrimination against women</i>
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CIDDIST	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CIL	Comité d'intérêt local
CIPAV	Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse
CIQ	Comité d'intérêt de quartier
CLSPD	Conseil local de sécurité et de prévention de la délinquance
CMU	Couverture médicale universelle
CNS	Conseil national du sida
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDCS	Direction départementale de la cohésion sociale
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGS	Direction générale de la santé
DPM	Direction de la population et des migrations
EACP	Équipe d'action contre le proxénétisme
ECPACT	<i>End child prostitution and children pornography and trafficking of children for sexual purposes</i>
ENS	École normale supérieure
ETP	Équivalent temps plein
EUROPAP	<i>European project for aids prevention in prostitution</i>
FAI	Fédération abolitionniste internationale

FNARS	Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale
GPAL	Groupement de prévention et d'accueil lillois
GRSP	Groupement régional de santé publique
HIV	<i>Human immunodeficiency virus</i>
HSH	Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
InVS	Institut national de veille sanitaire
IST	Infections sexuellement transmissibles
JAI	Justice et affaires intérieures
JO	Journal officiel
JORF	Journal officiel de la République française
JOUE	Journal officiel de l'Union européenne
LISST/CERS	Laboratoire interdisciplinaire solidarités, sociétés, territoires /Centre d'études des rationalités et des savoirs
LSI	Loi de sécurité intérieure
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PACA	Provence – Alpes – Côte d'Azur
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PASTT	Groupe de prévention et d'action pour la santé et le travail des transsexuels ,anciennement Prévention action santé travail transgenre
PNLS	Plan national de lutte contre le sida et les IST
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies
RSA	Revenu de solidarité active
STIC	Système de traitement des infractions constatées
STRASS	Syndicat du travail sexuel
TAMPEP	<i>Transnational AIDS/STD prevention among migrant prostitutes in Europe project</i>
TEH	Traite des êtres humains
TPE	Traitement postexposition
UE	Union européenne
UNFPA	<i>United nations population fund</i>
USIT	Unité de surveillance et d'investigation territoriale

REMERCIEMENTS

Le Conseil national du sida remercie très vivement les personnes qui ont bien voulu apporter leur contribution à sa réflexion dans le cadre de ses auditions.

17 décembre 2009

- **Françoise Guillemaut** - sociologue (LISST/CERS), ancienne directrice de Grisélidis.
- **L'Amicale du Nid** - Jean-Marc Auguin, directeur d'établissement (75).
- **Lilian Mathieu** - sociologue, politiste.

8 janvier 2010

- **Droits et prostitution** - Malika Amaouche, coordinatrice.
- **Fondation Scelles** - Yves Scelles (vice-président), Jean-Sébastien Mallet (délégué général), Fatim Drame (chargée de mission).
- **Syndicat du travail sexuel** - Nikita (trésorier).
- **Catherine Deschamps** - anthropologue.
- **Direction générale de la police nationale** - Alain Winter (délégué aux victimes), Cendrine Léger (commandant de police, délégation aux victimes).

13 janvier 2010

- **Les Amis du bus des femmes** - France Arnoult (directrice), Pénélope Giacardy (animatrice de prévention), Alexandre Masseron (agent de prévention).
- **Cabiria** - Florence Garcia (directrice).
- **Grisélidis** - Julie Sarrazin et Isabelle Schweizer (co-directrices).
- **Lotus Bus / Médecins du Monde** - Ai Anh Votran (responsable de la mission), D^r Françoise Guillemette (chargée de mission).

14 janvier 2010

- **ARCAT** - Miguel-Ange Garzo (chargé de mission).
- **Prévention action santé transsexuels et travestis** - Camille Cabral (directrice).
- **Accueil Lieu d'accueil** - Patrick Hauvy (directeur de centre).

11 février 2010

- **Direction régionale de la police judiciaire (Île-de-France)** - Christian Kalck (chef de la brigade de répression du proxénétisme), capitaine Fournier.
- **Direction générale de la santé** - D^r Christine Barbier (sous-direction promotion de la santé, bureau santé des populations), D^r Lionel Lavin (sous-direction prévention des risques infectieux, bureau VIH/IST/hépatites).
- **Direction générale de la police nationale** - Jean-Marc Souvira (chef de l'Office central pour la répression de la traite des êtres humains).
- **Grisélidis** - Eva Clouet et Véronique Boyer (chargées de mission « Prostitution et internet).

11 mars 2010

- **Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale** - Sophie Alary (responsable du service des missions), Elsa Hajman (chargée de mission), Lise Fender (chargée de mission).
- **Mouvement du Nid** - Bernard Lemette (président).
- **Autres Regards** - l'ensemble de l'équipe de l'association.

Le Conseil remercie également l'association Entre'Actes et Lyla Itoumaine, Solange Alidière (Direction générale de la cohésion sociale), Catherine Chardin (Direction générale de la santé), Marie-Elisabeth Handman.

Le Conseil remercie enfin les différents stagiaires accueillis au CNS entre juillet 2009 et septembre 2010 et qui ont contribué aux travaux préparatoires à l'avis : Salimata Fall, Michael Siegel, Henri Tea, Frédérique Thonon et, tout particulièrement, Camille Boubal.

À LA SUITE DE CET AVIS

Le Conseil national du sida a été auditionné par la mission d'information de l'Assemblée nationale sur la prostitution en France le 21 décembre 2010.

Le Conseil national du sida a été auditionné par l'Inspection générale des affaires sociales le 16 mai 2012 dans le cadre de sa mission Prostitution.

Le présent Avis a été présenté lors de différentes conférences et congrès : congrès de Santé Publique de Lille 2011 (Symposium Médecins du Monde), conférence de l'International Aids Society de Washington 2012.

**NOTE VALANT AVIS SUR LE PROJET DE PLAN NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE VIH/SIDA ET LES AUTRES IST 2010-2014 SOUMIS À
CONCERTATION (VERSION DU 6 OCTOBRE 2010)**

La présente *Note valant avis* a été adoptée le 18 octobre 2010
à l'unanimité des membres du Conseil national du sida.

PRÉAMBULE

Le Conseil national du sida et la Conférence nationale de santé, en réponse à une saisine du directeur général de la santé, ont examiné au cours du mois de juin 2010 un document stratégique présentant les principales orientations du projet de plan national VIH/sida-IST 2010-2014 (PNLS) élaboré par les services du ministère de la Santé et des Sports et ont consigné leurs observations dans un avis adopté conjointement par les deux instances le 17 juin 2010. En regard de constats parfois sévères, cet avis soumettait aux pouvoirs publics une série de recommandations concourant à mieux définir les priorités et les objectifs stratégiques du PNLS et proposant un certain nombre de mesures que les deux instances, à l'appui de nombreux avis experts nationaux et internationaux, jugeaient indispensables d'intégrer dans les politiques publiques en réponse aux enjeux nouveaux de l'épidémie.

Le Conseil national du sida note aujourd'hui avec satisfaction que plusieurs des recommandations émises en juin ont été prises en compte dans le projet de PNLS que le ministère de la Santé et des Sports lui a communiqué pour concertation le 6 octobre 2010. La présente *note valant avis* synthétise les principales observations portées au nouveau projet par le Conseil réuni en séance plénière le 14 octobre 2010. Eu égard au volume du document soumis à concertation et aux délais de réponse, cette note n'a pas vocation à commenter de façon exhaustive l'ensemble des mesures, programmes et actions inscrits dans le plan, le Conseil restant par ailleurs à la disposition des services du ministère pour leur communiquer ses observations au fil du document. Elle ambitionne en revanche, dans le prolongement de l'avis du 17 juin 2010, d'examiner la cohérence globale du plan, d'en relever les lignes de force, mais également d'en interroger les limites tant conceptuelles qu'opérationnelles.

Tout en se félicitant de la clarification des objectifs généraux de la politique de lutte contre le VIH/sida et les IST pour les cinq prochaines années, le Conseil s'inquiète malgré tout des difficultés de lecture du plan qui résultent d'une présentation particulièrement complexe, écartelée entre une approche par axes stratégiques et une approche par programmes, l'un transversal, les autres populationnels. Cette structuration à entrées multiples favorise les répétitions et entraîne un morcellement de l'information à travers des niveaux très différents du document, jusque dans les volumineuses annexes rassemblant les fiches-actions. Le Conseil regrette en outre que le document soumis à concertation ne comporte aucune indication budgétaire et contrarie ainsi l'appréciation des moyens réels mis à disposition pour mener à bien les différentes actions programmées.

Concernant les programmes populationnels, le Conseil note que les actions en direction des personnes détenues sont renvoyées au *Plan d'actions stratégiques 2010-2014 : prise en charge sanitaire des personnes détenues*, dont il n'a pas eu connaissance. De même, l'ensemble de la programmation en direction des populations ultramarines, cruciale au regard de la situation épidémiologique dans les DFA, fait l'objet d'un plan spécifique dont le Conseil a eu connaissance le 15 octobre 2010, au lendemain de sa séance plénière, et qui n'a donc pu être examiné.

Au-delà de ces deux remarques préliminaires, l'examen du projet de PNLS conduit le Conseil à revenir en premier lieu sur les enjeux, intrinsèquement liés, de la prévention, du dépistage et de la prise en charge médicale, domaines en lesquels d'importants changements ont été apportés en regard du document stratégique examiné en juin. En second lieu, il apparaît nécessaire d'aborder à nouveau la question, particulièrement aiguë, des contradictions

observées entre les objectifs de santé publique développés dans le plan et les politiques publiques de sécurité et de maîtrise des flux migratoires qui s'appliquent à certaines populations ciblées dans les actions. Concernant, ensuite, la question de l'action de la France à l'international, bien qu'elle excède largement le cadre du PNLS, il est apparu utile d'actualiser l'analyse proposée dans l'avis du 17 juin 2010 au regard des engagements de la France récemment renouvelés par le Président de la République. Enfin, quelques remarques sur la gouvernance du plan visent à clarifier certains détails de l'architecture de pilotage proposée.

I. PRÉVENTION, DÉPISTAGE, PRISE EN CHARGE MÉDICALE ET TRAITEMENT : DES AVANCÉES MAJEURES, MAIS UNE MISE EN COHÉRENCE QUI RESTE À CONSTRUIRE ET À RENDRE LISIBLE

Le Conseil national du sida se félicite de l'introduction dans le plan d'un certain nombre de mesures préconisées en matière de dépistage par les différentes instances expertes, notamment par la Haute autorité de santé (HAS) et le groupe d'experts (rapport de juillet 2010 sous la direction du Pr Patrick Yeni), ainsi que de l'attention nouvelle portée à la notion de prévention combinée.

Pour autant, l'articulation des axes « prévention », « dépistage » et « prise en charge médicale » dans une stratégie globale, cohérente et efficace n'apparaît pas, au risque de rendre les avancées importantes illisibles et, surtout, d'en compromettre la portée, faute d'en décliner les conséquences dans l'ensemble des domaines d'intervention.

En outre, de fortes interrogations subsistent quant à la déclinaison opérationnelle de certaines mesures importantes, pour lesquelles les moyens et les modalités d'intervention prévus paraissent insuffisants en regard des ambitions affichées.

ARTICULER PRÉVENTION, DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE MÉDICALE DANS UNE VISION STRATÉGIQUE GLOBALE : UN PLAN QUI NE PARVIENT PAS À FAIRE CONVERGER LES APPROCHES

Au-delà de la qualité intrinsèque de différentes mesures inscrites respectivement dans les axes stratégiques n° 1 (*Prévention, information, éducation pour la santé*), n° 2 (*Dépistage*) et n° 3 (*Prise en charge médicale*), la mise en cohérence de ces trois volets techniques dans une perspective globale de redéfinition de la politique de lutte contre le sida demeure peu lisible, sinon introuvable dans chacun des volets. L'absence d'un cadre conceptuel à même de structurer en synergie les différentes approches hypothèque les chances de succès de mesures en elles-mêmes pertinentes, mais désarticulées.

Le Conseil est ainsi particulièrement préoccupé de constater que :

- l'axe *Prévention, information et éducation pour la santé*, que ce soit dans les mesures à destination de la population générale ou dans celles à destination des populations ciblées, n'évoque à aucun moment l'enjeu du dépistage et de la connaissance par chacun de son statut sérologique, alors même que la nouvelle stratégie promue dans l'axe *Dépistage*, au cœur des ambitions du plan, exige de reconstruire le discours préventif autour du sens du recours au dépistage et de l'intérêt de connaître son statut pour maîtriser les outils permettant de protéger sa santé et celle d'autrui. De même, la mise en perspective de l'intérêt d'une prise en charge médicale et d'un accès aux traitements précoces, en termes tant de santé personnelle que de protection d'autrui, fait défaut dans l'axe *Prévention, information et éducation pour la santé*.
- l'axe *Dépistage* reste cantonné à l'organisation technique de l'élargissement de l'offre, évoquant certes des besoins de communication tant en direction du public que des professionnels de santé, mais sans envisager que celle-ci, loin de se juxtaposer à l'existant, exige une redéfinition de l'ensemble de la communication sur la prévention et le traitement et nécessite un important travail d'élaboration en cohérence avec les autres axes.

- l'axe *Prise en charge médicale* accorde peu de place aux conséquences du changement d'échelle attendu en matière de dépistage. La réflexion menée autour du traitement précoce à visée avant tout préventive paraît peu consistante au regard des enjeux, et très floue en termes d'actions concrètes.

L'ensemble de ces stratégies vise notamment à faire régresser le nombre de personnes infectées ignorant leur statut sérologique et à améliorer la précocité du diagnostic et de l'accès à la prise en charge médicale, objectif-clef au regard de l'ambition du plan d'infléchir radicalement la dynamique de l'épidémie en cinq ans. À cet égard, le Conseil regrette que le projet de plan ne retienne pas, comme indicateurs d'efficacité, la diminution du nombre de personnes infectées ignorant leur infection ni l'augmentation du taux moyen de CD4 au moment du diagnostic, marqueur du degré de déficit immunitaire.

PRÉVENTION : UNE STRATÉGIE HÉSITANTE ET DES DÉCLINAISONS POPULATIONNELLES TRÈS INÉGALES

L'introduction de la **notion de prévention combinée** semble reposer sur un malentendu conceptuel : bien que cela ne soit pas clairement affiché dans les parties introductives du document³¹⁶, il apparaît, à l'examen des mesures, que la prévention combinée est pensée ici comme un simple outil de prévention parmi d'autres, en l'espèce réservé aux actions en direction de populations ciblées, notamment les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH), et non comme une stratégie globale, les mesures en direction de la population générale continuant de reposer exclusivement sur la promotion de l'usage du préservatif.

Il existe une contradiction entre la promotion d'une prévention fondée sur toute la palette d'outils disponibles et, dans le même temps, la réaffirmation du préservatif comme la norme préventive.

L'ensemble de la stratégie de prévention devrait reposer sur le concept de prévention combinée, qui englobe la promotion de l'usage du préservatif tout en élargissant la palette des réponses préventives afin de les ajuster, dans leur complémentarité, aux situations, contraintes et besoins spécifiques des personnes. Dans l'approche globale que requiert la prévention combinée, le dépistage est un outil central pour la maîtrise, par chacun, des stratégies et des outils de prévention adaptés.

En l'état, les **mesures en direction de la population générale**, hormis une attention louable à certains publics spécifiques en son sein, **n'apportent pas d'innovations particulières**, demeurant dans la stricte continuité du modèle ancien de promotion exclusive du préservatif et sans situer la place du dépistage dans la démarche préventive.

Dans les déclinaisons à destination de populations ciblées, la prévention combinée, affichée notamment en direction des HSH et des lesbiennes, bisexuel(le)s et transgenres (LBT), demeure vague en termes de contenus. Elle n'envisage pas certains des outils comportementaux, n'évoque pas l'enjeu du dépistage régulier ni la question du traitement précoce à visée préventive par ailleurs soulevée dans l'axe « prise en charge médicale ». La cohérence d'ensemble n'est guère lisible et plusieurs éléments relèvent de la déclaration d'intention, en l'absence d'actions identifiables susceptibles de contribuer à leur réalisation. Les volets en direction des migrants, des usagers de drogue, des personnes détenues et des personnes prostituées se heurtent essentiellement aux limites qu'imposent aux actions de

³¹⁶ Cf. Axe 1, Contexte.

santé les politiques sécuritaires et/ou de maîtrise de l'immigration auxquelles ces populations sont par ailleurs soumises³¹⁷.

DÉPISTAGE : UNE MESURE FORTE EN DIRECTION DE LA POPULATION GÉNÉRALE, DONT LA MISE EN ŒUVRE RISQUE CEPENDANT D'ÊTRE LIMITÉE PAR UNE PROGRAMMATION ET DES MOYENS INSUFFISANTS

Au premier rang des mesures en matière de dépistage, la mise en place d'une proposition systématique de test, à l'initiative des professionnels de santé de premier recours, à toute la population française de 15 à 70 ans, hors notion d'exposition à un risque identifié de transmission du VIH, constitue une avancée majeure.

Sa mise en œuvre efficace suppose un effort considérable et soutenu dans le temps de mobilisation, d'information et de formation des professionnels de santé de premier recours, en particulier des médecins généralistes, acteurs-clefs du nouveau dispositif d'offre de dépistage en population générale. Elle suppose également un programme de communication en direction du/des publics sans précédent, tant en termes d'ampleur et de continuité que de définition de contenus radicalement nouveaux pour changer l'image du dépistage, en expliquer le sens et l'intérêt, et le banaliser.

Pour l'heure, les actions prévues par le plan ne répondent que partiellement à ce double enjeu³¹⁸ et ne proposent pas la planification réaliste, détaillée et développée sur cinq années qu'exige nécessairement la mise en œuvre de ce dispositif primordial et ambitieux de la nouvelle politique de dépistage promue par le plan.

Le Conseil regrette en outre l'absence, en matière d'offre de dépistage ciblé et régulier pour certaines populations et/ou en certaines circonstances, de plusieurs mesures préconisées par la HAS³¹⁹. Ces lacunes persistantes apparaissent de nature à affaiblir la réalisation de l'objectif stratégique affiché d'« améliorer la détection précoce du VIH et des IST et réduire le retard à leur prise en charge ».

II. MIGRANTS, USAGERS DE DROGUES, PERSONNES DÉTENUES, PERSONNES PROSTITUÉES : DES CONTRADICTIONS FLAGRANTES ENTRE LES POLITIQUES PUBLIQUES

Le projet de plan accorde une attention particulière à des populations spécifiques, particulièrement vulnérables et exposées aux risques d'infection à VIH : les migrants, les personnes détenues, les usagers de drogue et les personnes prostituées. Il envisage notamment de mettre en place des actions de prévention combinée et de dépistage et de promouvoir des environnements favorables. Le Conseil national du sida se félicite de ces objectifs, mais souligne que des impératifs d'ordre régaliens auxquels le Gouvernement accorde aujourd'hui la priorité entravent directement leur réalisation. Aussi, les politiques actuelles de lutte contre le séjour irrégulier, de lutte contre l'usage des produits stupéfiants

³¹⁷ Pour une analyse plus détaillée de ces volets populationnels, se reporter à la partie II. Migrants, usagers de drogues, personnes détenues, personnes prostituées : des contradictions flagrantes entre les politiques publiques de la présente note.

³¹⁸ Pour l'essentiel, action T17.

³¹⁹ Proposition systématique d'un test en cas d'interruption volontaire de grossesse, en cas de suspicion ou de diagnostic d'IST, d'hépatite B et C, de tuberculose, aux personnes en cours d'incarcération ; proposition de test à un rythme annuel aux personnes hétérosexuelles ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois et aux personnes dont le partenaire est infecté par le VIH.

et de lutte contre le racolage demeurent, en l'absence de concertation réelle entre le ministère de la Santé et les ministères régaliens, **des obstacles indéniables aux politiques de santé au bénéfice des populations vulnérables.**

PERSONNES MIGRANTES

Le projet de plan rappelle que les migrants sont particulièrement exposés au VIH/sida. Ainsi, s'agissant spécifiquement des personnes étrangères, sur la période 2003-2008, les étrangers, dont la part dans la population est estimée à 6 %, représentent 46 % des découvertes de séropositivité. En outre, le plan relève une absence de diminution de l'incidence du VIH/sida, un retard au dépistage plus important que celui constaté en population générale et une exposition notable aux IST et aux hépatites B et C. Le projet de plan envisage des actions en matière de prévention, de dépistage, de prise en charge et de recherche.

Le Conseil national du sida considère que **l'ensemble de ces actions sont indispensables**, en particulier lorsqu'elles visent à faciliter le dépistage hors les murs, à multiplier des campagnes de prévention adaptées, à promouvoir la médiation et l'interprétariat ou à sensibiliser sur les questions liées à l'homosexualité. Mais le projet de plan apparaît moins disert sur des questions cruciales, telles que l'accès aux droits, en particulier au séjour, et l'accès aux soins au bénéfice des personnes étrangères. Le Conseil se félicite de la mise en œuvre d'une veille sur les obstacles administratifs et les leviers concernant la prise en charge des personnes séropositives étrangères. Mais **un tel outil de veille peut paraître largement insuffisant** dans un contexte où le gouvernement envisage de durcir considérablement les conditions d'accès au séjour des étrangers malades résidant habituellement en France.

Alors que le ministère de la Santé transmettait le projet de plan au Conseil, ce dernier apprenait l'adoption à l'Assemblée nationale, lors de la discussion sur le projet de loi « Immigration, intégration, nationalité », d'un amendement déposé au nom du Gouvernement visant à exclure de la délivrance de plein droit d'un titre de séjour temporaire pour raisons médicales, les étrangers gravement malades résidant habituellement en France et dont les traitements adéquats sont *disponibles* dans leur pays d'origine³²⁰. En 2009, 29 584 personnes étrangères ont bénéficié d'une carte de séjour pour raison médicale, soit 0,8 % des étrangers résidant en France en situation régulière. Parmi ces derniers, plus de 5 000 étrangers vivant avec le VIH et qui bénéficient, à ce titre, d'une carte de séjour pour raisons médicales sont aujourd'hui concernés par la remise en cause législative.

Le Conseil a rappelé, dans un communiqué en date du 5 octobre 2010, que si la nouvelle législation est promulguée en l'état, des étrangers malades pourront désormais se voir refuser la délivrance ou le renouvellement d'un titre de séjour pour soins, au motif que des traitements sont disponibles dans leur pays d'origine. Or, de tels traitements, en particulier des traitements antirétroviraux, sont formellement disponibles dans tous les pays du monde. Ceux-ci ne sont pas pour autant effectivement accessibles. Le Conseil s'interroge aujourd'hui sur l'absence de prise en compte des arguments de santé publique qu'il a développé depuis de nombreuses années et qu'il estimait jusqu'ici partagés par les pouvoirs publics.

³²⁰ Actuellement, et en vertu d'une jurisprudence du Conseil d'État (CE, 07/04/2010), seuls les étrangers gravement malades résidant habituellement en France et dont les traitements sont effectivement accessibles dans leur pays d'origine sont exclus de la délivrance de plein droit d'un titre de séjour temporaire pour raisons médicales.

USAGER(E)S DE DROGUES

Le projet de plan rappelle opportunément que l'incidence du VIH/sida n'a pas diminué depuis 2003 chez les usager(e)s de drogues (UD) et que la prévalence du VIH et des hépatites demeure extrêmement conséquente, en particulier chez les usagers de drogues ayant eu recours à l'injection et au sniff. Le document note par ailleurs la grande précarité sociale et économique présente chez les usagers de drogues injectables (UDI) et rappelle qu'un cinquième de ces UDI subissent de mauvaises conditions de logement et d'hébergement. En outre, les inégalités d'accès aux programmes de réduction des risques (RDR) demeurent patentées à l'échelle du territoire.

En réponse à ce bilan dans l'ensemble négatif en dépit des efforts menés au sein du secteur institutionnel des soins et de la réduction des risques, le projet de plan propose des mesures adéquates : promouvoir une stratégie de dépistage du VIH adaptée à la situation des usagers de drogues, renforcer la surveillance épidémiologique, développer les actions en direction des femmes usagères de drogues, trop longtemps oubliées du paysage de l'addictologie. En outre, le Conseil se félicite de la prise en compte des recommandations de l'expertise collective de l'Inserm et appelle les pouvoirs publics à les mettre en pratique. Néanmoins, le Conseil tient à souligner la faiblesse de plusieurs déclinaisons opérationnelles en direction des usagers de drogues et notamment l'absence de mesures relatives à la formation des professionnels de santé et associatifs, l'omission de la mention de mesures relatives au dépistage des hépatites, l'inconsistance de la stratégie d'extension de la RDR aux zones périurbaines et rurales.

Plus généralement, le Conseil national du sida regrette que le plan français ne s'inspire pas des attendus de la Déclaration de Vienne solennellement publiée lors de la 18^e Conférence internationale de lutte contre le VIH/sida à Vienne (Autriche), en juillet 2010. Des chercheurs de premier plan ont alerté les gouvernements et l'opinion sur le risque d'une épidémie en progression dans plusieurs régions du monde au sein de la population des usagers de drogues et ont souligné l'échec patent des politiques répressives à leur encontre.

Le Conseil rappelle que dans l'état actuel de la législation française, l'augmentation constante depuis le début des années 2000 des mesures de privation de liberté à l'encontre des usagers de produits stupéfiants ainsi que la forte vulnérabilité sanitaire et sociale qui demeure au sein de la population des usagers de drogues injectables constituent **des entraves indéniables aux mesures de réduction des risques et aux objectifs ambitieux** de baisse de la prévalence et de l'incidence du VIH/sida et des hépatites fixés dans le projet de plan et dans le dernier rapport du Haut conseil de santé publique de décembre 2009³²¹.

PERSONNES DÉTENUES

Le projet de plan présente plusieurs objectifs et actions en faveur des personnes détenues mais il ne détaille pas les actions envisagées. Ces dernières font l'objet d'un plan spécifique *Plan d'actions stratégiques 2010-2014 : prise en charge sanitaire des personnes détenues* dont le Conseil national du sida n'a pas eu connaissance à ce jour. À ce stade, **les objectifs présentés dans le projet de PNLs demeurent extrêmement vagues et généraux**. Le Conseil rappelle que les pouvoirs publics doivent tout mettre en œuvre pour garantir aux personnes détenues un accès effectif, permanent et continu aux soins et à la prévention équivalent à celui offert à l'ensemble de la population. La peine d'emprisonnement demeure une peine de privation de liberté et non de privation de soins et de prévention.

³²¹ Haut conseil de la santé publique. Principales recommandations et propositions en vue de la prochaine loi pour une politique de santé publique, décembre 2009, OS 3-3, p. 16.

PERSONNES PROSTITUÉES

À la différence des plans précédents, le projet de plan consacre une large part aux personnes prostituées et informe précisément l'évolution des lieux et des modalités d'exercice de la prostitution, la présence importante de personnes prostituées migrantes et le recours de plus en plus fréquent à internet, qui constituent des transformations indéniables de contexte. Le Conseil national du sida regrette que cette présentation générale, qui retient le contexte épidémiologique, les données socio-comportementales et le contexte associatif, **élude le contexte législatif et réglementaire de ces dix dernières années**. Celui-ci n'est présenté que dans le premier des cinq axes du programme en direction des personnes prostituées et souligne que la loi de sécurité intérieure de 2003 (LSI) a permis de démanteler des réseaux et de lutter contre le proxénétisme mais a un impact sur l'exercice de la prostitution de voie publique.

Le Conseil rappelle que le nombre de mises en cause pour proxénétisme n'a pas augmenté depuis la mise en œuvre de la loi en 2004. Celle-ci, en revanche, a entraîné la même année une multiplication par 19 du nombre de mises en cause pour racolage. Aussi, **les conditions d'activité des personnes prostituées** et des associations leur apportant un soutien **ont été radicalement transformées** dans plusieurs régions. Le nouveau contexte a modifié les modalités et lieux d'exercice et a **renforcé la vulnérabilité de ces personnes**, contraintes à des déplacements permanents et au recours à des formes de prostitution discrète. Ces pratiques ont un impact avéré sur l'exposition au risque d'infection à VIH/sida et aux IST, sur les modalités de prévention, de recours au dépistage et au traitement postexposition, sur la prise en charge des IST, sur l'accès aux soins de santé primaire, à la réduction des risques et aux droit sociaux, sur la conduite, enfin, de l'observation et de la recherche au bénéfice des personnes prostituées.

Pour faire face aux différentes vulnérabilités rencontrées par les personnes, le Conseil estime notamment que :

- **Le respect des droits et la cohérence des politiques publiques** doivent être envisagés en partenariat avec l'ensemble des intervenants intéressés par la question prostitution, **au-delà du secteur de la santé**. Le projet de plan prévoit certes des actions de sensibilisation en direction de différents acteurs, notamment judiciaires. Il n'envisage cependant, au plan interministériel, qu'une réflexion avec les services du ministère de l'Intérieur, sans identifier ni les acteurs compétents, ni les enjeux nombreux que soulève un tel partenariat, ni les indicateurs de suivi et d'évaluation.
- **La mobilisation associative doit être fondée sur une approche globale**, intégrant à la fois démarches sanitaire, sociale et culturelle ainsi que sur la **participation directe des membres de la communauté**, afin de répondre au plus près des préoccupations de leurs pairs. Le plan ne traite pas ces enjeux. L'intervention auprès des associations porte sur la mise à disposition de moyens de prévention et l'organisation de l'offre de prévention au niveau régional. Sur ce point décisif, le plan ne s'appuie pas sur un état des lieux informé de la présence associative sur le territoire national ni ne mentionne précisément la faiblesse, en région, des associations de santé et de santé communautaire.

III. ACTION DE LA FRANCE AU PLAN INTERNATIONAL : DES EFFORTS NOTABLES QUI DOIVENT ÊTRE MAINTENUS ET AMPLIFIÉS

Le projet de plan précise que l'engagement international de la France en matière de recherche et de lutte contre le VIH/sida n'est pas l'objet du plan. Cependant, le Conseil national du sida estime que la dimension internationale de la lutte contre le VIH/sida devrait bénéficier d'une attention particulière. Le Conseil tient à saluer un certain nombre d'initiatives prises par la France à l'échelle internationale et invite le gouvernement à poursuivre les efforts pour enrayer l'épidémie dans le monde.

UN SOUTIEN A LA RECHERCHE ET A LA COOPÉRATION INTERNATIONALE RÉAFFIRMÉ

Le Conseil national du sida se félicite tout particulièrement d'un certain nombre d'actions : la résolution affichée dans le plan de **soutenir la recherche dans les pays en développement**, par exemple en ce qui concerne la transmission du virus de la mère à l'enfant ; le soutien résolu apporté à l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS) et aux partenariats qu'elle a conclus au plan international ; les efforts entrepris pour **accélérer le transfert des compétences** aux équipes de recherche des pays du Sud ; la détermination du gouvernement de **poursuivre le plaidoyer pour l'accès aux antirétroviraux dans les pays du Sud**, en particulier pour les traitements de seconde ligne, les traitements adaptés aux enfants ainsi que pour l'utilisation des antirétroviraux comme outil de prévention (stratégie dite du *test and treat*) ; et la mobilisation régulière du ministère de la Santé et des Sports en faveur du groupement d'intérêt public Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau (ESTHER).

UNE CONTRIBUTION AU FONDS MONDIAL CONSÉQUENTE MAIS ENCORE INSUFFISANTE AU REGARD DES ENJEUX

Le Conseil national du sida salue la promesse du chef de l'État, lors du sommet sur les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) du 20 septembre 2010, d'**augmenter de 20 % la contribution française au Fonds Mondial** sur la période 2011-2013. L'enveloppe annuelle de crédits passera de 300 à 360 millions d'euros par an sur trois ans. Ainsi, avec une contribution triennale s'élevant à 1,08 milliard d'euros, la France demeure le premier contributeur européen et le deuxième contributeur mondial après les États-Unis dont la contribution a augmenté de 38 %.

Cependant, le Conseil souligne que seul un doublement de la contribution des principaux pays donateurs permettrait d'atteindre l'objectif d'accès universel au traitement. Le montant de 11,7 milliard d'euros promis par les pays donateurs lors de la troisième reconstitution triennale des ressources du Fonds mondial, les 4 et 5 octobre 2010, demeure très en deçà des 20 milliards d'euros nécessaires pour garantir l'accès universel au traitement. Plus inquiétant encore, cette somme est inférieure aux 13 milliards d'euros attendus et indispensables pour permettre uniquement la poursuite du financement des programmes déjà en cours.

Le Conseil encourage la France à continuer d'**inciter d'autres États donateurs clés**, comme l'Allemagne ou la Suède, à augmenter de manière significative leur contribution.

DES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT DIFFICILEMENT RÉALISABLES

Le sommet des Objectifs du millénaire pour le développement a été l'occasion de rappeler que la lutte contre le VIH/sida est directement visée par l'objectif 6 qui consiste à enrayer la propagation du sida, du paludisme et d'autres maladies, mais que d'autres OMD s'y rapportent également, notamment les objectifs 4 et 5 qui tendent à réduire la mortalité infantile et à améliorer la santé maternelle. Avec 10 milliards d'euros consacrés aux OMD en 2009, la France se place en deuxième position en valeur absolue derrière les États-Unis en ce qui concerne l'aide publique pour le développement (APD).

Cependant, en ne consacrant aujourd'hui que 0,47 % de son revenu national brut (RNB) à l'APD en 2010, la France a échoué à réaliser l'objectif fixé en 2000 d'atteindre 0,51 % en 2010, contrairement à de nombreux États de l'Union européenne. La France devra ainsi augmenter significativement son APD si elle veut atteindre l'objectif final de 0,7 % en 2015.

Face aux restrictions budgétaires auxquelles doivent faire face les différents États donateurs, il est essentiel que la France poursuive à l'échelle internationale :

- le soutien aux programmes de financements innovants actuels en incitant tout particulièrement d'autres États à y participer, notamment concernant UNITAID, lancé en 2006 à l'initiative de la France ;
- les efforts entrepris pour développer de nouvelles pistes de financements innovants ;
- l'engagement, aux côtés d'UNITAID, en faveur de la mise en place effective de « communautés de brevets³²² ».

Le Conseil national du sida recommande donc une mobilisation exceptionnelle lors du sommet du G20 dont la France assurera la Présidence en novembre prochain. Ce sommet représente une opportunité pour la France de revitaliser son leadership dans la lutte contre le VIH/sida, en particulier en augmentant son APD mais également en encourageant vivement les autres pays à suivre la même voie.

IV. ORGANISATION DE LA GOUVERNANCE, DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DU PLAN ; DES CLARIFICATIONS ENCORE INSUFFISANTES

Dans l'avis conjoint du 17 juin 2010, le Conseil national du sida et la Conférence nationale de santé s'interrogeaient sur les relations entre les deux instances de pilotage, le Comité de suivi national (CSN) et le Comité de pilotage national resserré (CPNR), ainsi que sur leur articulation avec le Comité national de pilotage des agences régionales de santé (CNPARS) et la place des Coordinations régionales de lutte contre le VIH (COREVIH) dans le dispositif. Le Conseil note avec satisfaction la place désormais accordée aux COREVIH dans la gouvernance régionale du plan. Un certain nombre d'aspects méritent néanmoins encore précision.

COMITÉS DE PILOTAGE

Le Conseil note que l'installation et les modalités de fonctionnement des deux instances de pilotage devront être précisées dans des textes réglementaires. Il estime préférable que la présidence du Comité de suivi national soit assurée par le Ministre en charge de la santé et non par le directeur général de la santé qui, en l'état actuel du projet, présiderait les deux instances.

³²² Dispositif permettant à l'industrie pharmaceutique de regrouper des brevets en vue de réduire les coûts des médicaments génériques pour les États à ressources limitées.

Le Conseil remarque en outre que la représentation du CNPARS dans le comité de suivi national n'est pas évoquée.

Le Conseil estime souhaitable que ces comités de pilotage nationaux soient également en charge de l'installation et du suivi des nouvelles structures issues de la réforme du dispositif CIDDIST/CDAG/CPEF³²³.

Si l'état des lieux et la réorganisation sont du ressort des instances régionales (ARS/COREVIH), il lui apparaît essentiel que le cahier des charges soit élaboré au niveau national et que le suivi de l'installation et des indicateurs soit indépendant.

ARTICULATION NATIONAL/RÉGIONAL

Le rôle des correspondants régionaux mérite d'être davantage explicité. En effet, si le besoin d'identifier un correspondant par ARS est crucial pour la Direction générale de la santé, il est également important de décliner leur rôle dans le reste du dispositif. À cet égard, il convient de souligner que le correspondant régional doit, sous l'autorité du directeur général de l'ARS :

- être reconnu comme interlocuteur unique entre le niveau central et régional, ceci impliquant de prévoir une suppléance ;
- constituer l'interlocuteur interne dans les différentes structures de l'ARS, notamment entre les directions en charge de la promotion de la santé, de l'offre de soins et de la santé publique, ainsi que pour la mise en cohérence de la déclinaison des différents plans au niveau régional ;
- assurer le lien avec les COREVIH pour le déploiement externe des plans, schémas et programmes ainsi que pour la remontée d'information.

³²³ Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des IST/Consultation de dépistage anonyme et gratuite/Centre de planification et d'éducation familiale.

NOTE VALANT AVIS SUR L'IMPACT DES POLITIQUES RELATIVES AUX DROGUES ILLICITES SUR LA RÉDUCTION DES RISQUES INFECTIEUX

La présente *Note valant avis* a été adoptée par le Conseil national du sida
le 20 janvier 2011 à l'unanimité des membres présents.

PRÉAMBULE

En juin 2001, le Conseil national du sida présentait un rapport sur les politiques des drogues et adoptait un avis suivi de recommandations³²⁴. Le Conseil dressait l'inventaire des freins au déploiement de la réduction des risques infectieux et suggérait une évaluation de la prise en charge des risques ainsi qu'une évolution des politiques relatives aux drogues illicites au regard de leur impact sur la stratégie de réduction des risques (RdR).

À l'occasion du quarantième anniversaire de la loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses, le Conseil national du sida a souhaité faire le point sur les politiques relatives à la réduction des risques et plus largement sur les politiques de santé des drogues et des addictions en France. Le Conseil a organisé une journée d'étude en novembre 2010 et adopte ce jour une note valant avis.

Cette prise de position du Conseil intervient alors que des chercheurs de premier plan ont alerté les gouvernements et l'opinion dans une déclaration solennelle, dite Déclaration de Vienne³²⁵, sur le risque d'une épidémie d'infections virales (VIH/sida, virus des hépatites B et C) en forte progression dans plusieurs régions du monde au sein de la population des usagers de drogues. Les chercheurs ont également souligné les limites sanitaires et sociales des politiques répressives à l'encontre des usagers de drogues et émis des recommandations.

Depuis la publication de l'avis du Conseil en 2001, plusieurs évolutions favorables au développement de la réduction des risques sont intervenues et ont eu une incidence sur la lutte contre le VIH/sida en France. En dépit d'avancées certaines, le bilan apparaît toutefois extrêmement nuancé.

Les politiques de réduction des risques ont été reconnues au plan français³²⁶ et international³²⁷. Selon la loi du 13 août 2004, la réduction des risques en direction des usagers de drogues vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants.

L'offre de réduction des risques s'est élargie avec la distribution ou la vente, initiée en 1987, de quinze millions de seringues par an, en grande majorité dans des pharmacies de ville, le regroupement des structures de réduction des risques au sein de centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (CAARUD)³²⁸, au nombre de 133, et la prise en charge de la réduction des risques dans une partie des quelques 500 centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie

³²⁴ Conseil national du sida, *Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique. Propositions pour une reformulation du cadre législatif*, 21 juin 2001.

³²⁵ La Déclaration de Vienne a été rendue publique lors de la dernière Conférence internationale de lutte contre le VIH/sida en juillet 2010.

³²⁶ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

³²⁷ WHO, UNODC, UNAIDS, *Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injection drug users*, 2009.

³²⁸ Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le code de la santé publique ; circulaire DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C/2006/0102-01-2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et à leur financement par l'assurance maladie.

(CSAPA)³²⁹, centres médico-sociaux chargés de l'accueil et de la prise en charge des personnes présentant une relation de dépendance notamment aux drogues.

Les stratégies de réduction des risques, qui reposent sur l'information, sur l'accès au matériel d'injection stérile (seringues en vente libre, matériel d'injection stérile Stéribox®, programmes d'échanges de seringues) et sur la diffusion des traitements de substitution aux opiacés (TSO), expliquent en grande partie le ralentissement de la progression de l'épidémie d'infection à VIH au sein de la population des usagers et usagers de drogues. La prévalence du VIH parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse atteint 15 % au début des années 2000 et 7 % en 2008³³⁰. En 2008, le nombre annuel de nouvelles infections par le VIH liées à l'usage de drogues par voie intraveineuse a été estimé à 70³³¹. Ce nombre de nouvelles infections est relativement stable entre 2003 et 2008³³².

Ce constat positif doit toutefois être nuancé. Tout d'abord, **les politiques relatives aux drogues n'ont pas entraîné de diminution de leur usage**. La consommation de cannabis, stabilisée à un niveau élevé, connaît une légère baisse depuis les années 2002-2003³³³, principalement chez les jeunes³³⁴. L'usage des drogues illicites demeure précoce³³⁵ et celui-ci se banalise, y compris en milieu de travail ordinaire³³⁶. En outre, la consommation de plusieurs autres substances illicites augmente. Depuis 2000, la diffusion de l'usage de cocaïne sur le territoire français ne cesse de s'élargir³³⁷ alors que l'héroïne est de plus en plus disponible³³⁸ et expérimentée³³⁹, après une diminution d'usage à la fin des années 1990³⁴⁰. L'évolution des prix médians de la cocaïne, de l'héroïne et de l'ecstasy est à la baisse entre 2000 et 2009³⁴¹.

Ensuite, **les politiques publiques n'ont pas permis d'améliorer significativement la situation des usagers de drogues**. Il persiste une frange de population en situation de vulnérabilité sociale et sanitaire importante pour laquelle l'offre de réduction des risques apparaît insuffisante. La transmission des virus des hépatites B (VHB) et C (VHC) demeure conséquente chez les usagers de drogues injectables (UDI), en dépit d'un fléchissement observé depuis le début

³²⁹ Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ; circulaire DGS/MC2 n° 2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.

³³⁰ Selon DRESS-UDVI, Recap-UDVI, Prelud UDVI, Ena-CAARUD UDVI, Coquelicot UDVI. Inserm Expertise collective, *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*, Editions Inserm, 2010.

³³¹ Le Vu S., « Estimation de l'incidence de l'infection par le VIH en France, 2003-2008 », *BEH*, n° 45-46, 30 novembre 2010.

³³² Ibid.

³³³ Legleye S., « Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête ESCAPAD », *Tendances*, n° 66, juin 2009. Chez les adolescents de 17 ans, l'expérimentation, l'usage récent et l'usage régulier de cannabis sont en baisse depuis les années 2002-2003. L'usage quotidien demeure stable.

³³⁴ Beck F. et al., « Les niveaux d'usage de drogues en France », *Tendances*, n° 48, mai 2006. Chez les 26-64 ans, l'expérimentation de cannabis a augmenté entre 2000 et 2005. Chez les 18-64 ans, l'usage récent est demeuré stable et l'usage régulier a connu une augmentation significative au cours de la même période.

³³⁵ Legleye S., « Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête ESCAPAD », *Tendances*, op.cit.

³³⁶ Le Comité national consultatif d'éthique a été saisi par la MILDT sur les questions éthiques posées par le dépistage de l'usage de substances illicites en milieu professionnel.

³³⁷ Legleye S., « Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête ESCAPAD », *Tendances*, op.cit. La prévalence de l'expérimentation de cocaïne à 17 ans triple entre 2000 et 2008.

³³⁸ Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), *Les prix des stupéfiants en France en 2009*, décembre 2009.

³³⁹ Legleye S., « Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête ESCAPAD », *Tendances*, op.cit.

³⁴⁰ Gandilhon M. et al., « Drogues illicites : les observations du dispositif TREND en 2009 », *Tendances*, OFDT, n° 73, décembre 2010.

³⁴¹ Ibid.

2000³⁴². En 2004, le nombre de personnes séropositives au VHC dans la population métropolitaine âgée de 18 à 80 ans et ayant utilisé au moins une fois de la drogue par voie intraveineuse ou nasale était établi à 105 000 (40 000 - 154 000)³⁴³.

La co-infection VIH-VHC apparaît tout autant préoccupante : neuf usagers de drogues positifs au VIH sur dix le sont également au VHC³⁴⁴ et la prévalence de cette co-infection en France demeure l'une des plus élevées d'Europe³⁴⁵.

UNE VULNÉRABILITÉ SOCIALE ET SANITAIRE PERSISTANTE

Le nombre d'usagers de drogues dits problématiques³⁴⁶, c'est-à-dire usagers par voie intraveineuse ou usagers réguliers d'opiacés, cocaïne ou amphétamines, compris entre 210 000 et 250 000 en France serait en hausse³⁴⁷. Ces usagers sont en majorité masculins, relativement âgés, poly-consommateurs et en situation de vulnérabilité sociale. La moitié des usagers qui a fréquenté les structures de réduction des risques en 2008 est affiliée à la couverture maladie universelle (CMU), perçoit un revenu social et connaît des conditions de logement instables³⁴⁸.

Les observations témoignent, par ailleurs, de la progression de populations jeunes, peu au fait de la réduction des risques : d'une part une population socialement insérée présente notamment en milieu festif « techno », d'autre part une population précaire, soit en situation d'errance, soit établie dans des zones périurbaines ou rurales et marquée par une féminisation croissante³⁴⁹.

Ces populations, souvent en situation de souffrance chronique et cumulative, physique et psychique, se trouvent particulièrement exposées aux risques sanitaires et notamment infectieux.

En dépit de la baisse de la progression de l'épidémie d'infection à VIH/sida chez les usagers de drogues, la prévalence des maladies infectieuses apparaît élevée dans ces populations. Le taux des nouvelles contaminations par le VIH/sida chez les usagers de drogues injectables de 18 à 69 ans est, en 2008, 18 fois supérieur à celui de la population du même âge hétérosexuelle.

L'exposition des usagers de drogues au VHC demeure extrêmement forte. Une enquête multi-ville, réalisée parmi près de 1 500 usagers de drogues ayant sniffé ou injecté une fois dans leur vie, recrutés dans les services d'accueil et de prise en charge des usagers de drogues et dans des cabinets de généralistes, établit la prévalence du VHC à 60 %³⁵⁰.

³⁴² Bello P.-Y. et al., « L'état de santé des usagers problématiques ». in Costes J.-M. (dir.), *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND*, op.cit.

³⁴³ Meffre C. et al., *Prévalence des hépatites B et C en France en 2004*, InVS, 2007.

³⁴⁴ Larsen C. et al., « Prévalence des co-infections par les virus des hépatites B et C dans la population VIH+ », *BEH*, juin 2004. pp. 109-112.

³⁴⁵ Amin J. et al., "HIV and hepatitis C coinfection within the CAESAR study", *HIV Medicine*, vol. 5, n° 3, mai 2004, p. 174-179.

³⁴⁶ EMCDDA (European monitoring centre for drugs and drug addiction), *EMCDDA recommended draft technical tools and guidelines. Key epidemiological indicator: prevalence of problem drug use*, EMCDDA, 2004.

³⁴⁷ Costes J.-M., *Prévalence de l'usage problématique de drogues en France. Estimations 2006*, OFDT, 2009.

³⁴⁸ Cadet-Tairou A. et al., *Drogues et usages de drogues. État des lieux et tendances récentes 2007-2009 en France - Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND*, OFDT, 2010.

³⁴⁹ Ibid.

³⁵⁰ Jauffret-Roustide M. et al., "A national cross-sectional study among drug-users in France : epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design", *BMC Infectious Diseases*, vol. 9, n° 113,

Le nombre de nouveaux cas d'infections au VHC au sein de la population des usagers de drogues ces six dernières années n'est pas connu. Entre 1994 et 2004, le nombre de nouveaux cas aurait été compris entre 500 et 4 200 par an et connaît une tendance à la baisse³⁵¹. L'usage de drogues par voie intraveineuse restait, en 2007, la première source de contamination par le VHC et les usagers de drogues représentaient la majorité des personnes récemment dépistées positives au VHC³⁵².

Les modes d'administration des drogues susceptibles d'accroître très notablement le risque de transmission des maladies infectieuses persistent. La baisse de la pratique de l'injection par voie intraveineuse dans les années 2000³⁵³ est relative. La part de la prévalence de l'injection au moins une fois dans la vie, mesurée dans les structures de première ligne diminue, de façon marginale, de 70 % en 2002 à 64 % en 2008³⁵⁴. En outre, un accroissement du recours à l'injection, concentré sur certains sites et chez des populations très désinsérées, a été signalé au milieu des années 2000³⁵⁵.

Les pratiques à risque en lien avec l'injection sont importantes. Ainsi, en 2008, un usager injecteur sur quatre vu en CAARUD avait partagé un élément du matériel d'injection au cours du mois passé (la seringue dans 10 % des cas) et ce partage était en augmentation par rapport à 2006³⁵⁶. Les pratiques qui présentent un risque spécifique au regard du risque de transmission du VHC se maintiennent : injection en groupe avec partage du petit matériel³⁵⁷, injection dans des espaces insalubres peu adaptés, injection de cocaïne dont le caractère compulsif accroît l'exposition au risque³⁵⁸. Ces tendances sont d'autant plus inquiétantes que les nombres de primo consommateurs d'héroïne à 17 ans et de consommateurs de cocaïne à 17 ans ont triplé entre 2000 et 2008³⁵⁹.

Plusieurs populations semblent particulièrement exposées aux risques sanitaires, les populations en situation de précarité, les populations jeunes, en particulier les primo-injecteurs, les personnes détenues pour lesquelles le dispositif de réduction des risques apparaît limité (cf. *infra*) et les femmes. Dans un contexte marqué par l'augmentation de la part des femmes dans le nombre de cas de sida en France³⁶⁰, les femmes rapportent davantage de conduites à risques ces dix dernières années³⁶¹, notamment la relation avec un

juillet 2009 ; Jauffret-Roustide M. et al., « Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004 », *BEH*, n° 33, p. 244-247.

³⁵¹ Expertise collective Inserm, *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*, op.cit.

³⁵² Brouard C. et al., « Évolution du dépistage de l'hépatite C en France à partir des systèmes de surveillance Rena-VHC et des pôles de référence, 2000-2008 », *BEH* n° 20-21, 2009, p. 199-204.

³⁵³ OFDT, *Drogues et dépendances, données essentielles*, 2005.

³⁵⁴ Cadet-Tairou A. et al., *Drogues et usages de drogues. État des lieux et tendances récentes 2007-2009 en France - Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND*, op. cit.

³⁵⁵ Ibid.

³⁵⁶ Cadet-Tairou A., « CAARUD : profils et pratiques des usagers en 2008 », *Tendances*, n° 74, décembre 2010.

³⁵⁷ Kamili S et al., "Infectivity of hepatitis C virus in plasma after drying and storing at room temperature", *Infection Control Hospital and Epidemiology*, n° 28, p. 519-52, 2007. Le virus maintenu hors de l'organisme humain conserve son pouvoir infectant pendant au moins 16h.

³⁵⁸ Girard G. et Boscher G., « Les pratiques d'injection en milieu festif. État des lieux en 2008. Données issues du dispositif TREND de l'OFDT », *TREND Tendances récentes et nouvelles drogue*, OFDT, décembre 2009.

³⁵⁹ Legleye S. et al., « Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008 », *Tendances*, op.cit.

³⁶⁰ Lot F., « Épidémiologie du VIH/Sida et des autres infections sexuellement transmissibles chez les femmes », *Médecine Sciences*, n° 24, 2008, p. 7-19.

³⁶¹ Vidal-Trecan G. et al., « Les comportements à risque des usagers de drogues par voie intraveineuse : les femmes prennent-elles plus de risques de transmission des virus VIH et VHC », *Revue épidémiologique de santé publique*, n° 46, 1998, p. 193-204 ; Jauffret-Roustide M. et al., « Femmes usagères de drogues et pratiques à risque de transmission du VIH et des hépatites. Complémentarité des approches épidémiologique et socio-anthropologique, Enquête Coquelicot 2004-2007, France », *BEH*, n° 10-11, 2009, p. 96-99.

partenaire sexuel injecteur régulier, l'injection par autrui, le partage du matériel d'injection. Le partage se déroule le plus souvent au sein du couple³⁶² et le risque apparaît d'autant plus significatif que les femmes s'injectent après leur partenaire³⁶³.

UNE RÉDUCTION DES RISQUES LIMITÉE

Les dispositifs de réduction des risques, particulièrement développés en France, présentent néanmoins plusieurs limites. Tout d'abord, les centres de réduction des risques ne sont pas présents sur l'ensemble du territoire. Vingt-six départements ne disposent pas de CAARUD et deux départements ne disposent ni de CAARUD ni de CSAPA. Ensuite, la palette des outils de réduction des risques reste limitée.

En 2007, les traitements de substitution aux opiacés (TSO) ont été mis à disposition d'environ 130 000 personnes dont 80 % sont traitées par buprénorphine haut dosage et 20 % par méthadone³⁶⁴. Si l'accès aux TSO paraît dans l'ensemble relativement satisfaisant, il ne faut pas méconnaître la réalité des mésusages (injection de buprénorphine, usage hors protocole médical, utilisation en association avec d'autres produits) qui seraient toutefois en baisse dans les années 2000³⁶⁵.

En outre, les propositions de TSO demeurent insuffisamment diversifiées. Ainsi, l'héroïne médicalisée, c'est-à-dire la prescription d'héroïne avec une prise supervisée et réservée aux personnes présentant une dépendance sévère aux opiacés, n'est pas autorisée en France. Par ailleurs, le recours aux sulfates de morphine n'a pas été évalué en France et son autorisation d'usage ne repose sur aucun texte réglementaire susceptible d'offrir un cadre protecteur tant pour les médecins que pour les usagers. Enfin, la buprénorphine inhalable et la buprénorphine injectable sont aujourd'hui encore en phase d'essai.

Les enjeux liés à la réduction des risques en faveur de certaines populations, notamment les femmes, les jeunes, les personnes sous main de justice ne sont pas suffisamment pris en compte. La politique de réduction des risques en faveur des personnes sous main de justice est incomplète. Les personnes détenues usagères de drogues ne bénéficient pas de l'ensemble des dispositifs de réduction des risques accessibles en milieu libre, en particulier les programmes d'échange de seringues (PES)³⁶⁶. Elles ont un accès à l'eau de Javel, mais sa distribution n'est pas systématique, ni accompagnée de l'information utile en terme de réduction des risques³⁶⁷. De plus, dans des conditions d'usage clandestin, l'eau de Javel est considérée comme une solution faible pour la décontamination du VIH³⁶⁸ et très faible pour

³⁶² Jauffret-Roustide M. et al., « Femmes usagères de drogues et pratiques à risque de transmission du VIH et des hépatites. Complémentarité des approches épidémiologique et socio-anthropologique, Enquête Coquelicot 2004-2007, France », op.cit.

³⁶³ Frajngier V. et al., "Gender differences in injection risk behaviors at the first injection episode", *Drug Alcohol Dependence*, n° 89, 2007, p. 145-152.

³⁶⁴ Canarelli T., Coquelin A., *Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. Analyse de données de remboursement concernant un échantillon représentatif de patients en 2006 et en 2007*, OFDT, 2010.

³⁶⁵ Ibid.

³⁶⁶ Conseil national du sida, *Note valant avis sur l'expérimentation des programmes d'échange de seringues dans les établissements pénitentiaires*, 10 septembre 2009.

³⁶⁷ « Programme Pri2de cité » in *Expertise collective Inserm. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*, op.cit.

³⁶⁸ WHO, *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Evidence for Action Technical Papers*, World Health Organization, 2005.

celle du VHC³⁶⁹. Les personnes détenues bénéficient également d'un accès aux TSO, mais celui-ci, bien qu'offert à 9 % des personnes détenues, est très inégal : plusieurs établissements déclarent ne pas initier de TSO³⁷⁰ et certains recourent à des pratiques susceptibles de compromettre l'efficacité du traitement (pilage ou mise en solution)³⁷¹.

Cet accès limité est extrêmement préoccupant. Une grande partie des usagers de drogues suivis dans le cadre des structures thérapeutiques a connu au moins une incarcération dans sa vie³⁷². La prévalence des maladies infectieuses dans les établissements pénitentiaires demeure bien plus élevée qu'en milieu libre, supérieure à 1 % pour le VIH, voisine de 3 % pour le VHB et de 7 % pour le VHC³⁷³. Par ailleurs, les pratiques d'injection, comme l'attestent des données récentes, restent avérées en détention³⁷⁴ et le partage du matériel concerne une à trois personne(s) détenue(s) usagère(s) de drogues sur cinq³⁷⁵.

Enfin, en milieu libre, au titre de la réduction des risques, les **dispositifs destinés à encadrer l'injection ne sont pas privilégiés en France**. Les programmes d'éducation à l'injection demeurent expérimentaux et les centres d'injection supervisés (CIS) destinés à accueillir les usagers de drogues injectables afin de permettre une injection à moindre risque sous la supervision de personnels qualifiés n'ont pas été autorisés³⁷⁶, y compris à titre expérimental. Depuis 2009, le dispositif a bénéficié de la mobilisation d'associations d'auto-support d'usagers de drogues, de lutte contre les maladies infectieuses et de professionnels de santé.³⁷⁷ Il suscite l'adhésion de la Fédération française d'addictologie³⁷⁸ et l'opposition de l'Académie nationale de médecine³⁷⁹. Sur la base des évaluations internationales établies à partir d'expériences menées dans plusieurs pays, l'Inserm précise, dans son expertise collective sur la réduction des risques³⁸⁰, que les centres d'injection supervisés contribuent à atteindre les groupes à haut risque, à

³⁶⁹ Hagan H. et al. "Does bleach disinfection of syringes help prevent hepatitis C virus transmission?", *Epidemiology*, n° 14, 2003, p. 628-629.

³⁷⁰ Canarelli T, Obradovic I., *Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire. Analyse des pratiques médicales depuis la mise en place de la circulaire du 30 janvier 2002 relative à la primoprescription de méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé*. OFDT, 2008 ; Programme Pri2de cité in *Expertise collective Inserm ; Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues, op.cit.*

³⁷¹ Michel L., Maguet O., *L'organisation des soins en matière de traitements de substitutions en milieu carcéral. Rapport pour la Commission Nationale Consultative des Traitements de Substitution*, 2003 ; Programme Pri2de cité in *Expertise collective Inserm ; Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues, op.cit.*

³⁷² Jauffret-Roustide et al. , « Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot 2004 », *op.cit.* ; Toufik A., *Profils et pratiques des usagers de drogues ENa-Caarud, enquête nationale des usagers des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques*, OFDT, 2008.

³⁷³ Expertise collective Inserm, *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues, op.cit.*

³⁷⁴ « Programme Pri2de cité » in *Expertise collective Inserm. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues, op.cit.*

³⁷⁵ Rotily M., « Stratégies de réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalences des pratiques : synthèse » in Stankoff S., Dherot J. (dir.), *Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites en milieu carcéral*, Direction de l'administration pénitentiaire, Direction générale de la santé, 2000 ; Jauffret-Roustide et al. , « Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot 2004 », *op.cit.*

³⁷⁶ Communiqué du Premier ministre, 11 août 2010.

³⁷⁷ Auto-support des usagers de drogues (ASUD), Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie (ANITeA), SAFE, Act Up - Paris, SOS Hépatites, Gaïa, « Une salle de consommation à moindre risques à Paris ? », Communiqué du 19 mai 2009.

³⁷⁸ Fédération française d'addictologie, « Salles de consommation à moindre risque », Communiqué du 15 mars 2010.

³⁷⁹ Académie nationale de médecine, « À propos d'un projet de création en France de "salles d'injections pour toxicomanes" », Communiqué du 11 janvier 2011.

³⁸⁰ Expertise collective Inserm, *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues, op.cit.*

réduire les risques pour la santé, à améliorer la sécurité et l'accès aux soins des usagers et à diminuer les troubles à l'ordre public.

DES POLITIQUES RÉPRESSIVES COÛTEUSES, INEFFICACES AU PLAN SANITAIRE

La France a renforcé ces dernières années la répression des usagers simples de drogues. En vertu de trois conventions internationales³⁸¹, les États signataires, dont la France, répriment le trafic de produits stupéfiants (détention, achat, distribution ou mise en vente) par des sanctions pénales lourdes de privation de liberté. S'agissant de l'acquisition et de la culture de produits stupéfiants pour usage personnel, les États conservent, selon plusieurs interprétations des textes internationaux³⁸², la possibilité de ne pas adopter de sanctions pénales. Aussi, plusieurs États de l'Union européenne ont retenu cette option en faisant évoluer leur législation dans les années 1990 et 2000³⁸³. La France a maintenu des sanctions pénales à l'encontre de l'utilisateur, qui encourt jusqu'à un an d'emprisonnement et 3 750 euros d'amende. Elle a choisi, en outre, de diversifier sa réponse pénale pour éviter le classement sans suite et d'accentuer la répression devenue beaucoup plus systématique³⁸⁴.

Le nombre de condamnations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS) a doublé entre 2002 et 2008 et celui pour usage simple a quadruplé ces vingt dernières années. Les alternatives aux poursuites sont de plus en plus privilégiées pour les usagers simples mis en cause avec, dans trois cas sur quatre, un rappel à la loi ou un avertissement. Cependant, plus de 3 000 condamnations à une peine d'emprisonnement ferme pour usage simple ont été prononcées en 2008³⁸⁵. Cette évolution des procédures judiciaires à l'encontre des usagers de drogues illicites résulte de l'augmentation spectaculaire du nombre d'interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants, multipliée par 60 depuis 1970 et par deux ces dix dernières années. La plus forte progression des interpellations concerne les usages simples, si bien que leur part dans les interpellations représente 86 % de l'ensemble des procédures pour ILS en 2009³⁸⁶.

Cette augmentation n'est pas la conséquence d'une augmentation de la consommation de drogues illicites³⁸⁷ mais de la politique de lutte contre l'insécurité urbaine. Celle-ci entraîne l'accroissement des interventions policières de terrain à l'encontre des usagers et des petits trafiquants³⁸⁸ et cible les infractions d'usage facilement élucidées et donc susceptibles de témoigner de l'efficacité des forces de police³⁸⁹.

Le coût des politiques répressives relatives aux drogues illicites a donné lieu en 1998 à une estimation établie notamment à partir des crédits votés dans le cadre de la loi de finances

³⁸¹ Nations unies, Convention unique de 1961 sur les stupéfiants, Convention de 1971 sur les substances psychotropes, Convention de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes.

³⁸² OEDT, *L'usage illicite de stupéfiants dans l'UE : approches juridiques*, 2005.

³⁸³ Espagne, Italie, République Tchèque, Portugal, Irlande, Luxembourg, Belgique.

³⁸⁴ Obradovic I., « La réponse pénale à l'usage de stupéfiants », *Tendances*, n° 72, novembre 2010.

³⁸⁵ 1 360 condamnations pour usage seul en infraction unique et 1 750 pour un usage associé à d'autres infractions.

³⁸⁶ OCRTIS, *Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2009*, 2010.

³⁸⁷ Simmat-Durand L., « Aspects législatifs et réglementaires de l'usage et du trafic », in Jauffret-Roustide M. (dir.), *Les drogues. Approche sociologique, économique et politique*, La Documentation Française, p. 47-82

³⁸⁸ Faugeron C., Kokoreff M., *Sociétés avec drogues. Enjeux et limites*, Erès, 2002 ; Kokoreff M., « Le régime prohibitionniste et ses limites face aux transformations des pratiques sociales des drogues », in Colson R., *La prohibition des drogues. Regards croisés sur un interdit juridique*, Presses Universitaires de Rennes, 2005.

³⁸⁹ Bauer A. (dir.), *La criminalité en France. Rapport de l'observatoire national de la délinquance*, CNRS Editions, 2009 ; Mouhanna C., Matelly J.-H., *Police, des chiffres et des doutes*, Michalon, 2007.

de 1995³⁹⁰. Le coût budgétaire des dépenses publiques imputables aux drogues illicites engagées par les services judiciaires, l'administration pénitentiaire, les douanes, la gendarmerie et la police nationale, les services des ministères des affaires étrangères et de la coopération et par la contribution de la France aux programmes européens s'élevait à 588,84 millions d'euros³⁹¹. Aujourd'hui, il est à craindre que le coût de la politique répressive n'ait très fortement augmenté, sous l'effet conjugué de l'augmentation des interpellations (+ 93 % depuis la date de l'évaluation) et des condamnations pour ILS ainsi que de la diminution des aménagements de peine et des classements sans suite dans les affaires d'usage simple³⁹².

À titre de comparaison, le **coût de la prise en charge et de la réduction des risques** des usagers de drogues s'est élevé en 2009 à 291 millions d'euros. Ce montant couvre les dispositifs en faveur de l'ensemble des usagers de drogues, y compris les usagers de drogues licites qui constituent une grande partie des bénéficiaires de l'action publique. Le coût du dispositif de CAARUD qui s'adresse plus spécifiquement aux usagers de drogues illicites s'élevait en 2009 à 30,8 millions d'euros.

UN IMMOBILISME PRÉOCCUPANT FACE AUX NOUVEAUX ENJEUX

En dépit d'une législation relative aux drogues défavorable et de la mise en place tardive des traitements de substitution aux opiacés, la politique de réduction des risques conçue en France dans les années 1990 a permis, face à la diffusion massive de l'héroïne et la multiplication des pratiques à risque, d'endiguer significativement l'épidémie d'infection à VIH/sida au sein de la population d'usagers de drogues injectables. Ces résultats témoignent de la forte mobilisation collective de nombreux acteurs, y compris des pouvoirs publics.

Aujourd'hui, **la mobilisation ne connaît pas une ampleur comparable**. Les pouvoirs publics ont conforté les dispositifs existants de réduction des risques en faveur des usagers de drogues mais peinent à mettre en place des programmes d'échange de seringues en milieu carcéral et sont réticents à autoriser de nouvelles stratégies ayant pourtant montré leur efficacité dans d'autres pays, comme les centres d'injection supervisés (CIS) ou la prescription d'héroïne médicalisée. **Aucun nouveau dispositif de réduction des risques n'a été adopté** en dépit des recommandations des institutions internationales³⁹³. Au surplus, la répression à l'encontre des usagers s'est considérablement accrue et n'a été accompagnée d'aucune évaluation de son impact réel sur la politique de réduction des risques.

Le Conseil questionne l'impact de la politique répressive à l'encontre des usagers simples sur la consommation des drogues illicites et sur le fonctionnement optimal des dispositifs de réduction des risques. Le Conseil note que l'augmentation des mises en cause pour usage n'a permis d'entraîner ni une hausse significative du prix des produits stupéfiants, ni une

³⁹⁰ Kopp P., Palle C., *Vers l'analyse du coût des drogues illégales. Un essai de mesure du coût de la politique publique de la drogue et quelques réflexions sur la mesure des autres coûts*, OFDT, 1998 ; Kopp P., Fenoglio P., *Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France*, OFDT, 2000 ; Kopp P., Fenoglio P., *Le coût des traitements et de la mise en œuvre de la loi dans le domaine des drogues*, OFDT, 2006.

³⁹¹ Seuls les coûts des services de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) imputables aux drogues illicites n'ont pu être déterminés et pris en compte.

³⁹² Données pour la région parisienne. Obradovic I., « La réponse pénale à l'usage de stupéfiants », *Tendances, op.cit.*

³⁹³ WHO, UNODC, UNAIDS, *Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injection drug users*, 2009.; WHO, *Priority Interventions: HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector*, 2008; UNODC, WHO, ONAIDS, *Interventions to address HIV in prisons needle and syringe programmes and decontamination strategies*, 2007.

baisse de la consommation de drogues illicites. En revanche, la politique répressive est susceptible de renforcer la clandestinité des pratiques et la vulnérabilité des personnes, en particulier les usagers problématiques, et d'entraver l'évolution d'une offre de RdR pragmatique et adaptée sur l'ensemble du territoire.

Le Conseil national du sida s'interroge sur **l'efficacité réelle des mesures répressives extrêmement coûteuses** à l'encontre des usagers simples et lourdes de conséquences pour l'emploi des intéressés, inscrits dans les fichiers de police, même quand ils n'ont pas été condamnés, alors que les actions, en matière sanitaire et sociale en faveur des usagers problématiques, bien moins nombreux, restent insuffisantes.

Le Conseil national du sida souligne la nécessité de renforcer et de diversifier à très court terme les dispositifs sanitaires et sociaux, notamment l'offre de réduction des risques infectieux.

Il recommande par ailleurs de procéder à l'évaluation des politiques relatives aux drogues et en particulier de l'impact de l'interdiction de l'usage, de la détention, de la cession et du trafic de produits stupéfiants sur la stratégie de réduction des risques. Une telle évaluation devrait s'appuyer sur une expertise partagée, conduite par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), dont la compétence est unanimement reconnue.

Enfin, au regard de cette évaluation, le Conseil invite les pouvoirs publics à examiner l'opportunité d'une reformulation de la loi en matière de stupéfiants en intégrant une analyse du traitement pénal des usagers de drogues illicites.

REMERCIEMENTS

Le Conseil national du sida remercie très vivement les personnes qui ont apporté leur contribution à sa réflexion, dans le cadre de ses auditions :

M. Jean-Michel Costes, directeur de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) ; M^{me} Anne Coppel, présidente d'honneur de l'Association française de réduction des risques (AFR) ; M. Jean-Paul Bonnetain, préfet, en charge de la coordination de la lutte contre les trafics de drogue ; M^{me} Nicole Maestracci, présidente de la Fédération nationale d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS), ancienne présidente de la MILDT ; M^{me} Élisabeth Avril, directrice de l'association Gaïa ; M^{me} Aude Lalande, journaliste et ethnologue, membre de la revue *Vacarme* ; M^{me} Béatrice Stambul, présidente de l'Association française de réduction des risques (AFR) ; M^{me} Patrizia Carrieri, membre du groupe d'experts INSERM sur la réduction des risques ; M. Michel Reynaud, département de psychiatrie et d'addictologie du CHU Paul Brousse ; M. Pierre Chappard, coprésident de l'association Act-Up ; M. Michel Kokoreff, professeur de sociologie, Université de Nancy II ; M. Patrick Padovani, maire adjoint de Marseille, en charge de la toxicomanie et du SIDA ; M. Jean-Marie Le Guen, député maire adjoint de Paris en charge de la santé ; M. Charles-Henri de Choiseul-Praslin, avocat, Observatoire géopolitique de la criminalité organisée ; M. Jean-Paul Couteron, président de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie et en addictologie (ANITEA) ; M. Laurent El Ghozi, président d'Élus, santé publique et territoires ; M. Henri Bergeron, professeur de sociologie à Sciences-Po Paris ; M. Fabrice Olivet, directeur de l'Association autosupport et réduction des risques parmi les usagers de drogues (ASUD) ; M^{me} Françoise Baïssus, magistrat, Direction des affaires criminelles et des grâces ; M^{me} Betty Brahmy, membre du contrôle général des lieux de privation de liberté ; M. Olivier Maguet, chef de mission, association Médecins du Monde ; M. Christian Andreo, directeur des actions nationales et l'association AIDES.

À LA SUITE DE CETTE NOTE VALANT AVIS

Le Conseil national du sida a été auditionné par la mission commune d'information de l'Assemblée nationale et du Sénat sur les toxicomanies le 6 avril 2011.

La présente note valant avis a été présentée lors de la conférence de l'International Aids Society de Washington 2012.

**NOTE VALANT AVIS SUR LA RÉFORME DU DROIT AU SÉJOUR POUR
RAISONS MÉDICALES ENVISAGÉE DANS LE CADRE DU PROJET DE LOI
N° 2 400 « IMMIGRATION, INTÉGRATION ET NATIONALITÉ »**

La présente *Note valant avis* a été adoptée par le Conseil national du sida
le 10 février 2011 à l'unanimité des membres présents.

SYNTHÈSE ET RECOMMANDATION DU CONSEIL NATIONAL DU SIDA

La présente note valant avis a pour objet d'évaluer l'impact prévisible, en termes de droit des personnes concernées, de santé publique et de maîtrise des dépenses de santé, de la réforme du droit au séjour pour raisons médicales actuellement discutée dans le cadre du projet de loi n° 2 400 « Immigration, intégration et nationalité ».

Le Conseil national du sida estime que la modification de l'article L-313-11-11° du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA), si elle venait à être adoptée dans les termes de l'article 17 *ter* du projet de loi :

- serait une source **d'incertitude juridique préjudiciable aux droits et à la santé des personnes** étrangères malades légitimement susceptibles de bénéficier du dispositif actuel de droit au séjour pour raisons médicales ;
- entérinerait une interprétation très restrictive du droit au séjour pour raisons médicales, contraire à l'esprit et à la finalité des dispositions introduites par la loi du 11 mai 1998 ;
- risquerait d'entraîner un **rejet massif des demandes de titre de séjour ou de renouvellement, dont les conséquences peuvent être extrêmement graves pour la santé des requérants**, particulièrement en cas d'éloignement effectif du territoire, mais également dans le cas où la personne demeurerait en France dans une situation d'irrégularité qui compromettrait, différerait ou interromprait sa prise en charge médicale ;
- comporterait des **risques sérieux pour la santé publique**, notamment en termes de diffusion des maladies infectieuses telles que le VIH, les hépatites ou la tuberculose et plus particulièrement de formes résistantes de ces pathologies ;
- serait en **contradiction avec les politiques de santé** conduites en France et avec les objectifs de différents plans nationaux de santé ;
- serait également en contradiction avec les positions soutenues par la France au plan international en matière de santé et de développement ;
- entraînerait **des reports de charges au sein du système de protection sociale français** considéré dans son ensemble et non une économie ;
- risquerait de **réduire l'efficacité de l'investissement** consenti pour la prise en charge médicale des étrangers durablement présents sur le territoire français et par conséquent **d'aggraver à terme la dépense publique**.

Au regard de cet ensemble de raisons, le Conseil national du sida recommande au Gouvernement et au législateur, lors des débats parlementaires en seconde lecture, de confirmer, conformément au vote du Sénat en première lecture, la suppression de l'article 17 *ter* du projet de loi « Immigration, intégration et nationalité ».

PRÉAMBULE

Le principe d'accorder un titre de séjour temporaire aux étrangers résidant en France et atteints de pathologies graves, afin qu'ils puissent bénéficier dans de bonnes conditions de la prise en charge médicale que requiert leur état de santé, est inscrit dans la législation française depuis la loi du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile (RESEDA). Bien que le droit des étrangers ait été substantiellement modifié à de nombreuses reprises au cours des années 2000, ces dispositions en matière de droit au séjour pour raisons médicales sont restées globalement inchangées depuis 1998³⁹⁴.

Le nombre total d'étrangers bénéficiaires d'une carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » accordée pour raisons médicales apparaît stabilisé à environ 28 000 personnes (données 2008)³⁹⁵, soit 0,8% de la population étrangère en France³⁹⁶. Le nombre de nouveaux titres délivrés chaque année pour ce motif a diminué de 25% entre 2004 (pic historique) et 2007, passant de 7 580 à 5 680. Il demeure stable en 2008 avec 5 697 nouveaux titres et représente un peu moins de 3 % de l'ensemble des 192 181 nouveaux titres de séjours accordés cette année-là³⁹⁷.

Depuis l'automne 2010, toutefois, l'article L.313-11-11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA), qui définit les conditions d'attribution d'une carte de séjour temporaire «vie privée et familiale » pour raisons médicales, est l'objet d'une proposition de réforme dans le cadre de l'examen en cours du projet de loi « Immigration, intégration et nationalité » (n°2 400).³⁹⁸ Les modifications législatives envisagées ont suscité une vive discussion à l'Assemblée nationale, puis un débat public marqué par des mobilisations croissantes et convergentes contre la réforme de la part d'acteurs très différents.

Ainsi, outre les acteurs associatifs traditionnellement engagés dans la défense du droit des étrangers et du droit à la santé³⁹⁹, plusieurs instances, organisations et personnalités du

³⁹⁴ Codifiées à compter du 1^{er} mars 2005 au sein du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA), les dispositions instaurées par la loi du 11 mai 1998 sont l'objet, à titre principal, du 11° de l'article L.313-11 de ce code, et, de façon connexe, des articles relatifs à la protection de certaines catégories de personnes étrangères, sous certaines conditions, contre les mesures d'obligation de quitter le territoire français et de reconduite à la frontière (art. L.511-4) ainsi que d'expulsion (art. L.521-3).

³⁹⁵ Sénat, « Avis présenté au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale sur le projet de loi de finances pour 2010 », Tome XI *Sécurité, immigration, asile et intégration*, 19 novembre 2009.

³⁹⁶ Données INSEE, recensement 2006.

³⁹⁷ Données du ministère de l'Immigration, de l'Intégration, de l'Identité nationale et du Développement solidaire.

³⁹⁸ Projet de loi relative à l'immigration, l'intégration et la nationalité, texte n° 2 400 de M. Eric BESSON, ministre de l'Immigration, de l'Intégration, de l'Identité nationale et du Développement solidaire, déposé à l'Assemblée nationale le 31 mars 2010.

³⁹⁹ Notamment les associations réunies au sein de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) (*ACT UP-PARIS, AFVS, AIDES, ARCAT, CATRED, CIMADE, COMEDE, CRETEIL-SOLIDARITE, FASTI, FTCR, GISTI, MEDECINS DU MONDE, MEDECINS SANS FRONTIERES, MOUVEMENT FRANÇAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL, MRAP, PASTT, PRIMO LEVI, SIDA INFO SERVICE, SOLIDARITE SIDA*), les associations représentées par le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) (*ADMD, AFD, AFH, AFM, AFPric, AFVS, AIDES, Allegro Fortissimo, Alliance Maladies Rares, ANDAR, APF, AVIAM, CSF, Epilepsie France, Familles Rurales, FFAAIR, FNAIR, FNAMOC, FNAPSY, FNATH, France Alzheimer, France Parkinson, Le LIEN, Les Aînés Ruraux, Ligue Contre le Cancer, Médecins du Monde, ORGECO, SOS Hépatites, Transhépate, UNAF, UNAFAM, UNAFTC, UNAPEI, Vaincre la Mucoviscidose*), la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS), l' Union

monde scientifique et médical ont exprimé de fortes positions publiques : des sociétés savantes telles que la Société française de santé publique (SFSP)⁴⁰⁰, la Fédération française d'infectiologie (FFI), la Société de pathologies infectieuses de langue française (SPILF)⁴⁰¹ ou la Société française de lutte contre le sida (SFLS)⁴⁰², le Conseil national de l'Ordre des médecins⁴⁰³, des syndicats de médecins (SMG) et de médecins inspecteurs de santé publique (SMISP)⁴⁰⁴ ; une pétition, enfin, a réuni les signatures de plus de 900 médecins hospitaliers et généralistes⁴⁰⁵. Le débat ainsi ouvert sur la question du droit au séjour pour soins s'est, en outre, légitimement croisé avec celui suscité, dans la même période, par la réforme du dispositif de l'aide médicale d'État, adoptée en loi de finances 2011 le 15 décembre 2010 et entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2011.

Conformément à ses missions et soucieux d'éclairer la décision publique sur l'ensemble des problèmes que l'épidémie de VIH-sida pose à la société, le Conseil national du sida est intervenu à plusieurs reprises ces derniers mois auprès des pouvoirs publics et de la représentation nationale dans l'objectif de les alerter sur les enjeux et l'impact de ces deux réformes concomitantes sur la prise en charge médicale des étrangers résidant en France atteints de pathologies graves, en particulier l'infection à VIH, mais aussi les hépatites et la tuberculose.

Les spécificités épidémiologiques, thérapeutiques et sociales de l'épidémie de VIH/sida ont conduit le Conseil à porter, depuis sa création, une attention particulière à la question du droit au séjour et de l'accès aux soins des étrangers durablement présents sur le territoire français. L'expertise produite par le Conseil dans les années 1990 a ainsi contribué à l'élaboration de la législation sur le droit au séjour pour raisons médicales de 1998⁴⁰⁶, et plusieurs interventions au cours des années 2000 ont porté sur ses modalités d'application ou sur différents projets de modification législative⁴⁰⁷.

La présente note valant avis se donne pour objet de clarifier les enjeux du débat sur la réforme du droit au séjour pour raisons médicales à l'issue de la 1^{re} lecture devant les deux assemblées du projet de loi « Immigration, intégration et nationalité ». Appuyé sur l'analyse des discussions parlementaires, le Conseil entend s'interroger sur l'impact de la modification envisagée de l'article L. 313-11-11° sur le **droit des personnes concernées**, mais également sur la **santé publique et la maîtrise des dépenses de santé**.

Informé et soucieux des évolutions de l'épidémie au plan national et international, des nouveaux enjeux induits par les progrès thérapeutiques, des transformations observées dans les phénomènes migratoires et du contexte économique et politique actuel, le Conseil

nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (Uniopss). Voir

www.odse.eu.org/IMG/pdf/Argumentaire_Senateurs_DASEM.pdf

⁴⁰⁰ www.sfsp.fr/activites/file/CPSFSPamendementtraitements.pdf

⁴⁰¹ Fédération française d'infectiologie (FFI) et Société de pathologie infectieuses de langue française (SPILF), courrier du 29 octobre 2010 adressé aux sénateurs.

⁴⁰² www.sfls.aei.fr/userfiles/avis_immigration_sfls.doc

⁴⁰³ www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/ame.pdf

⁴⁰⁴ www.smg-

pratiques.info/IMG/pdf/Communique_du_SMG_etrangers_malades_L_amendement_assassin_8_octobre_2010.pdf ; www.sfsp.fr/flash_email/Lettresmisp.pdf

⁴⁰⁵ *Appel des médecins pour la suppression de l'article 17ter du projet de loi « Immigration, intégration et nationalité »*, dit *appel « Accessibilité Effective »*, accessibilite.effective@gmail.com

⁴⁰⁶ Conseil national du sida, *Rapport suivi d'un avis sur la situation des personnes atteintes par le VIH de nationalité étrangère et en irrégularité de séjour*, 18 décembre 1995. www.cns.sante.fr/IMG/pdf/1995-12-18_avi_fr_politique_publique.pdf

⁴⁰⁷ Conseil national du sida, notes valant avis des 26 février 2004 et 27 avril 2007, communiqués de presse des 27 mars 2003, 4 avril 2004 et 16 février 2007, consultables sur www.cns.sante.fr/

national du sida a jugé nécessaire d'engager, dès janvier 2010, une réflexion beaucoup plus globale sur la question de la santé et des dispositifs de prise en charge des migrants atteints par l'infection à VIH en France. Au regard de ce travail en cours, la présente note valant avis constitue donc également un propos d'étape, ajusté à l'enjeu législatif actuel.

UNE RÉFORME QUI INTRODUIT UNE AMBIGUÏTE SÉMANTIQUE, SOURCE D'INCERTITUDE JURIDIQUE

Dans l'état actuel de la législation, le 11° de l'article 313-11 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) stipule qu'une carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » est délivrée de plein droit, sous réserve que sa présence ne constitue pas une menace pour l'ordre public, «*à l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire (...)*».

La circulaire d'application du 12 mai 1998 précise, de façon extrêmement claire, que «*la possibilité pour l'intéressé de bénéficier ou non du traitement approprié à son état dans son pays d'origine dépend non seulement de l'existence des moyens sanitaires adéquats, mais encore des capacités d'accès du patient à ces moyens. Les moyens sanitaires et sociaux à prendre en considération sont les structures, équipements et financements existants ainsi que les personnels compétents pour l'affection en cause ; il importe de savoir si ces moyens sont suffisants en quantité et qualité et accessibles à tout patient. L'accès aux structures éventuelles est fonction de la distance entre le lieu de résidence du patient et la structure de soins qui conditionne le suivi médical régulier, mais aussi, s'agissant de personnes le plus souvent démunies, de l'existence d'une couverture sociale et de son étendue ou d'une prise en charge financière des soins par la collectivité.*»⁴⁰⁸

À ce principe d'attribuer un titre séjour au requérant «*sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié*» dans son pays d'origine, l'article 17 *ter* du projet de loi « Immigration, intégration et nationalité » prévoit de substituer celui d'une attribution désormais «*sous réserve de l'indisponibilité d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire*»⁴⁰⁹.

Après avoir examiné avec attention les termes du débat parlementaire, le Conseil national du sida estime que subordonner la décision d'octroyer ou non un titre de séjour pour raisons médicales au critère de l'« indisponibilité » d'un traitement approprié dans le pays d'origine du requérant introduit une **incertitude juridique**. Sans autre précision, il n'apparaît ainsi pas clairement si la notion vise l'**indisponibilité de fait**, pour la personne, ou bien l'**indisponibilité en généralité**, dans le pays.

Dans le cas de l'infection à VIH, mais également pour de nombreuses autres pathologies, le problème n'est en effet plus aujourd'hui celui de la disponibilité formelle des traitements appropriés dans le pays d'origine, mais celui de leur accessibilité pour une fraction plus ou

⁴⁰⁸ Circulaire du 12 mai 1998 du ministre de l'Intérieur aux préfets, n° NOR INT D9800101c, p. 21-22.

⁴⁰⁹ L'article 17 *ter*, introduit dans le projet de loi par l'adoption d'un amendement du Gouvernement en première lecture à l'Assemblée nationale, a été supprimé lors de l'examen en première lecture au Sénat. Le Gouvernement a manifesté le souhait que son rétablissement soit discuté lors de l'examen du projet de loi en deuxième lecture à l'Assemblée nationale, prévu le 16 février 2011 en Commission des lois, puis à compter du 8 mars 2011 en séance publique.

moins importante de la population. En l'espèce, **des traitements antirétroviraux sont réputés « disponibles » dans la quasi-totalité des pays du monde.** Pour autant, l'accès universel à ces traitements, objectif auquel souscrit la France au titre de ses engagements internationaux, est encore loin d'être assuré dans de nombreux pays, notamment d'Afrique. Ainsi, en moyenne, seules 37 % des personnes nécessitant un traitement antirétroviral contre l'infection à VIH y ont eu effectivement accès en 2009 dans les pays d'Afrique subsaharienne⁴¹⁰.

De la sorte, si la notion d'« indisponibilité » devait être appréciée *en généralité* à l'échelle du pays d'origine, cela reviendrait à dénier au requérant le droit à un examen individualisé de sa situation. En effet, il s'agirait, notamment pour le médecin de l'Agence régionale de santé (ARS) ou, à Paris, le médecin de la Préfecture de police, d'apprécier uniquement l'offre sanitaire du pays d'origine et non plus la capacité propre de la personne, au regard de ses besoins médicaux, à pouvoir accéder effectivement à l'offre de soins disponible, compte tenu notamment de ses moyens économiques, de l'implantation géographique des services ou encore d'éléments de situation personnelle affectant, par exemple, sa mobilité. Le risque serait alors que les nouvelles dispositions entraînent **un rejet massif des demandes de titre de séjour ou de renouvellement de titre** émanant des personnes atteintes de pathologies graves telles que l'infection à VIH. Ce serait, dès lors, le sens et la finalité mêmes de la législation qui s'en trouveraient radicalement modifiés.

Si, en revanche, il s'agit de prendre en compte la disponibilité *de fait* du traitement approprié pour le requérant, autrement dit son accessibilité effective pour lui, **la rédaction actuelle de l'article L-313-11-11°**, précisée tant par des directives circonstanciées que par la jurisprudence du Conseil d'État⁴¹¹, **n'a pas lieu d'être modifiée au profit d'une rédaction éminemment ambiguë.**

Le Conseil s'interroge donc sur les conséquences du choix du terme d'« indisponibilité », dont l'**objectif affiché, au regard des débats parlementaires, est de limiter plus étroitement l'accès au droit au séjour pour soins.** Il estime notamment que l'incertitude juridique introduite par l'interprétation difficile du nouveau terme risque de conduire à des disparités croissantes dans l'appréciation des demandes par les autorités préfectorales et les médecins des ARS, à des inégalités de décision et à une multiplication des contentieux, au détriment évident des droits des requérants et d'une prise en charge efficace de leur(s) pathologie(s).

UNE JURISPRUDENCE CONTESTÉE MAIS CONFORME À L'INTENTION DU LÉGISLATEUR

Le Conseil national du sida a relevé que la modification de l'article L-313-11-11° envisagée au Parlement se donne explicitement pour objectif de contourner la jurisprudence du Conseil d'État, jugée trop généreuse par certains parlementaires et par le Gouvernement. La nouvelle rédaction permettrait ainsi de préserver l'équilibre initial de la législation de 1998 contre un élargissement de son champ d'application⁴¹².

Or, le Conseil d'État, dans les décisions contestées, a donné une interprétation réaliste de la loi du 11 mai 1998, conforme à l'intention du législateur. Lorsque ce dernier subordonne la possibilité d'accorder un titre de séjour à "l'étranger dont l'état de santé nécessite une

⁴¹⁰ ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2010*.

⁴¹¹ Conseil d'État, N° 301640 Ministre de l'Intérieur et N° 316625 Ministre de l'Immigration c/ Mme Bialy. Section du contentieux, lecture du 7 avril 2010, Conclusions de M. Matthias Guyomard.

⁴¹² Cf. exposé des motifs des amendements n° CL381 (Assemblée nationale, Commission des lois, M. Mariani), n° 588 (Assemblée nationale, séance publique, Gouvernement), n° 95 rect. (Sénat, séance publique, M. Nègre).

prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité" à la condition "qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans son pays d'origine", il est de bon sens que cette possibilité doit être appréciée de manière concrète en tenant compte de la situation particulière du requérant qui s'adresse à l'administration, puis au juge et non de façon abstraite pour un pays ou un médicament déterminés. C'est la raison pour laquelle, dans les décisions du 7 avril 2010, il est tenu compte, par exemple, du coût du traitement et de la possibilité pour le requérant de le supporter, considérant le système local de protection sociale.

UNE INQUIÉTUDE QUANT A LA SANTÉ ET AU DEVENIR DES PERSONNES CONCERNÉES

Le Conseil national du sida entend rappeler avec force que les personnes étrangères bénéficiant aujourd'hui des dispositions de l'article L.313-11-11° du CESEDA sont des personnes atteintes de pathologies graves, pour lesquelles, par définition même de la législation, le défaut de prise en charge médicale « *pourrait entraîner (...) des conséquences d'une extrême gravité* ». Eu égard à la rigueur avec laquelle ce type de titre de séjour est actuellement délivré, il n'y a pas lieu de douter que les bénéficiaires remplissent les conditions requises, tout particulièrement en termes d'état de santé et de besoins médicaux afférents.

Concernant la prise en charge plus particulièrement des personnes atteintes par le VIH, il ne fait aucun doute que l'absence de traitements antirétroviraux conduit à terme à une issue fatale, mais également que l'interruption plus ou moins longue d'un traitement initié en France, ou encore la reprise dans le pays de retour de traitements inadaptés au regard des traitements administrés précédemment, peut être cause de **très graves pertes de chances thérapeutiques pour la personne**, parmi lesquelles le risque de développement et de diffusion de souches virales résistantes qu'il y a tout lieu d'éviter, tant dans l'intérêt de la personne elle-même que de celui de la population générale.

En conséquence, le Conseil ne peut que s'interroger sur le devenir des personnes auxquelles le bénéfice du droit au séjour pour soins serait désormais refusé. En effet, soit ces personnes ont vocation à être **effectivement éloignées du territoire français**, ce qui, eu égard aux conséquences nécessairement graves et dans de nombreux cas fatales pour ces personnes, n'est pas soutenable sur un plan éthique. Si ce devait néanmoins être le cas, les pouvoirs publics français seraient contraints d'assumer la responsabilité de cas de décès directement imputables au renvoi des personnes dans leur pays d'origine.

Soit ces personnes demeureront de fait en France, mais dans l'irrégularité, dans une situation de précarité et de difficultés d'accès au système de soins accrues, avec des conséquences négatives pour leur santé, mais également pour la santé publique et, enfin, pour le système de santé et de protection sociale, à l'exact opposé des objectifs de réduction des coûts dont se prévaut la réforme proposée.

Le Conseil souligne que l'accès à la protection sociale en France et en particulier à l'Assurance maladie est soumis depuis 1993 à la régularité du séjour. En conséquence, les personnes en situation irrégulière nécessitant une prise en charge médicale ne peuvent recourir, à condition de remplir les conditions de ressources, qu'au dispositif spécifique de l'aide médicale d'État (AME), qui offre une couverture moindre⁴¹³.

⁴¹³ De 1945 à 1993, les étrangers en situation irrégulière mais ayant un emploi bénéficiaient d'un accès aux prestations de la sécurité sociale dans les mêmes conditions que les autres travailleurs. La loi n°93-1027 du 24 août 1993 *relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des*

UN RISQUE SÉRIEUR POUR LA SANTÉ PUBLIQUE ET DES CONTRADICTIONS MANIFESTES AVEC LES OBJECTIFS DES POLITIQUES DE SANTÉ MENÉES EN FRANCE

Le Conseil national du sida rappelle que dépister et, le cas échéant, traiter le plus précocement possible toutes les personnes infectées par le VIH présentes sur le territoire est le seul moyen de contrôler et faire régresser une épidémie toujours en expansion, non seulement au Sud, mais également en France, où le nombre de personnes vivant avec le VIH continue d'augmenter de 4 à 5 % chaque année⁴¹⁴. Cette stratégie fait l'objet d'un consensus entre l'ensemble des experts tant au niveau français (Rapport d'experts 2010, Conseil national du sida, Conférence nationale de la santé, Haute autorité de santé, Société française de lutte contre le sida, Société française de santé publique) qu'international (OMS, ONUSIDA, International Aids Society).

La réalisation de ces objectifs exige de lever les obstacles à l'accès à une prise en charge médicale que connaissent les populations les plus précaires et les plus touchées par l'épidémie, d'assurer une stricte continuité des soins et des conditions de vie stables nécessaires à une bonne observance des traitements. L'ensemble de ces points sont essentiels pour la santé des personnes. D'un point de vue de santé publique, la continuité des traitements est indispensable pour éviter l'apparition et la diffusion de souches virales résistantes aux traitements antirétroviraux actuellement efficaces. *A contrario*, renforcer les obstacles à la prise en charge des personnes étrangères présentes sur le territoire, et par là induire des retards au dépistage, à la mise au traitement et/ou provoquer des ruptures de traitement est contradictoire avec les objectifs de santé publique.

Garantir l'accès au dépistage et à la prise en charge le plus précoce possible au plus grand nombre possible, tout comme garantir la continuité et la qualité des soins et des traitements, sont au fondement de la stratégie de la politique de santé que la France entend mettre en œuvre à travers le Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014. En érigeant un obstacle majeur à la prise en charge des personnes étrangères présentes sur le territoire, l'évolution législative envisagée apparaît en totale contradiction avec la politique de santé par ailleurs menée par les pouvoirs publics, au risque de la mettre en échec.

DES REPORTS DE CHARGES ET UN COÛT FINAL PRÉVISIBLEMENT ACCRU POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE PROTECTION SOCIALE FRANÇAIS

Le Conseil national du sida note que toutes les études françaises et étrangères montrent, pour les pathologies chroniques en général comme pour l'infection à VIH en particulier, que plus la prise en charge médicale est tardive, plus elle est coûteuse en raison des complications de pathologie elle-même et des co-morbidités induites à moyen et long terme.

étrangers en France a soumis l'accès à ces prestations à la condition de régularité du séjour, réduisant les possibilités de couverture maladie des étrangers en situation irrégulière au dispositif de l'aide médicale gratuite, soumise à un plafond de ressources. L'accès à la couverture médicale universelle (CMU), créée par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 dans le but d'intégrer au régime de l'assurance maladie les personnes à faibles ressources et non-affiliables par le travail, est également conditionné par la régularité du séjour, conduisant à la transformation de l'ancien dispositif d'aide médicale gratuite en dispositif spécifiquement dédié à la couverture médicale des étrangers en situation irrégulière les plus démunis, l'actuelle aide médicale d'État (AME).

⁴¹⁴ Selon les données épidémiologiques établies par l'InVS et l'INSERM. P. Yeni (dir.), *Rapport 2010 du groupe d'experts sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH*, La documentation française, 2010.

Du point de vue de la prise en charge des dépenses de santé, la situation d'irrégularité du séjour, en excluant les personnes du bénéfice de l'assurance maladie (régime général salarié ou CMU), reporte la charge sur le dispositif de l'aide médicale d'État (AME). Si ce dispositif ne peut être mis en œuvre ou si les dispositions instaurées par la loi de finances 2011 entraînent des retards d'accès, la charge se reporte *in fine* sur le budget des hôpitaux, qui ne peuvent ni ne doivent refuser les soins nécessaires aux patients qui se présentent, en particulier en situation d'urgence médicale, cas fréquent et particulièrement coûteux quand la prise en charge a été trop longtemps différée.

Le Conseil relève, à l'appui de ces observations, qu'un rapport d'inspection conjointe de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des finances consacré à *l'Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'État*⁴¹⁵, daté de novembre 2010 et rendu public le 31 décembre dernier, documente désormais ces mécanismes de report de la charge financière et d'augmentation du coût final induit par les retards ou les discontinuités de prise en charge.

Parmi les facteurs explicatifs de l'augmentation des dépenses de l'AME, il est ainsi à craindre « *un probable transfert de dépenses relevant normalement du dispositif "étrangers malades" vers les dépenses de l'AME* »⁴¹⁶ en raison de conditions d'application anormalement restrictives du dispositif du droit au séjour pour raisons médicales. Rejoignant des constats déjà formulés par le Conseil national du sida⁴¹⁷, des sources convergentes font état de différents dysfonctionnements de la part des autorités préfectorales⁴¹⁸, parmi lesquels le recours abusif à la délivrance successive d'autorisations provisoires de séjours (APS)⁴¹⁹, voire à simple papiers de rendez-vous, en lieu et place de la carte de séjour temporaire d'un an, a pour conséquences de maintenir ou de renvoyer sous le régime de l'AME des personnes auxquelles un titre de séjour ouvrirait une prise en charge par l'assurance maladie, soit au titre de la CMU, soit au titre du régime général salarié soumis à cotisation⁴²⁰. De telles pratiques conduisent à prendre en charge au titre de l'AME des personnes qui, au regard de la lourdeur et/ou du coût des pathologies dont elles sont affectées comme de l'absence ou des limites de la prise en charge accessible dans leur pays d'origine, relèveraient légitimement du dispositif du droit au séjour pour raisons médicales. Cela est notamment le cas des bénéficiaires de l'AME soignés pour le VIH⁴²¹.

⁴¹⁵ *Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'État*, Rapport d'inspection conjointe de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales, établi par A. Cordier (IGF) et F. Salas (IGF). www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000685/index.shtml

⁴¹⁶ *Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'État*, op. cit., p.13.

⁴¹⁷ Voir note 14.

⁴¹⁸ Direction générale de la santé, Instruction N° DGS/MC1/RI2/2010/297 du 29 juillet 2010 *relative aux procédures concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves* ; Observatoire du droit à la santé des étrangers, *La régularisation pour raison médicale en France : un bilan de santé alarmant - 1998-2008 : dix ans d'application du droit au séjour des étrangers malades*, 2008 ; Comede, *La santé des exilés, rapport d'activité et d'observation*, 2009.

⁴¹⁹ 4 815 APS pour soins ont été délivrées en 2008, contre 5 697 nouvelles cartes de séjour temporaires. Sénat, « Avis présenté au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale sur le projet de loi de finances pour 2010 », Tome XI *Sécurité, immigration, asile et intégration*, 19 novembre 2009.

⁴²⁰ Contrairement aux APS qui n'ouvrent pas le droit au travail, la carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » inclut automatiquement une autorisation de travail. L'IGF et l'IGAS notent à ce propos que le recours aux APS maintient les personnes « *dans un état de dépendance économique (...) alors que bon nombre de personnes vivant avec une maladie chronique grave peuvent avoir une activité professionnelle assurant leur autonomie et leur insertion* ».

⁴²¹ *Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'État*, op.cit., p.13.

Les dysfonctionnements constatés du dispositif actuel de droit au séjour pour soins du fait d'une interprétation trop restrictive des critères d'éligibilité à un titre de séjour d'un an, par l'effet précédemment décrit de report de la charge financière du système de droit commun vers le dispositif spécifique de l'AME et par les retards, les discontinuités d'accès ou les renoncements aux soins qu'ils entraînent, conduisent d'ores et déjà, selon les conclusions de la mission confiée à l'IGF et à l'IGAS, à un surcoût pour le budget de l'État.

Compte tenu de ces éléments d'analyse, une politique encore plus restrictive d'attribution de titres de séjour pour raisons médicales, à laquelle conduirait la réforme envisagée de l'article L.313-11-11° du CESEDA, reviendrait à aggraver la charge pesant sur les finances publiques et à réduire l'efficacité de l'investissement consenti à la prise en charge médicale des étrangers durablement présents sur le territoire français.

Sauf à pratiquer systématiquement l'éloignement du territoire des étrangers atteints de pathologies graves au sens de l'actuel article L.313-11 - 11°, le Conseil national du sida estime donc infondé de considérer qu'une mesure dissuadant un accès dans des conditions correctes au système de santé et de protection sociale serait susceptible de limiter la charge que celui-ci supporte : pour autant que les personnes nécessitant durablement des soins resteront présentes sur le territoire, elles seront prises en charge, mais plus tardivement, avec de moins bons résultats pour elles-mêmes et pour la collectivité, et à un coût final sensiblement supérieur pour les finances publiques.

À LA SUITE DE CETTE NOTE VALANT AVIS

À l'encontre des recommandations formulées par le Conseil national du sida dans la présente note valant avis, la réforme modifiant de façon restrictive le droit au séjour pour raisons médicales a été adoptée, dans le cadre de la loi « Immigration, intégration et nationalité », promulguée le 16 juin 2011.

(Concernant cette réforme ainsi que celle, concomitante, relative à l'Aide Médicale de l'État (AME), voir les communiqués de presse publiés par le Conseil national du sida les 5 octobre et 8 novembre 2010, 15 février et 4 mai 2011, NDLR)

VAINCRE L'ÉPIDÉMIE MONDIALE DE SIDA PAR DES INVESTISSEMENTS INNOVANTS

La présente *Note valant avis* a été adoptée par le Conseil national du sida le 13 octobre 2011 à l'unanimité des membres présents.

Membres de la commission « Internationale » :

- Willy ROZENBAUM
- Pierre-Yves GEOFFARD
- Marie SUZAN-MONTI

Rapporteurs :

- Laurent GEFFROY
- Michel CELSE

La présidence française du G20 a inscrit à l'ordre du jour la question des financements innovants alors que les discussions de haut niveau se multiplient sur la mise en œuvre d'une taxe sur les transactions financières (TTF). Ce mécanisme de prélèvement de ressources financières, défendu depuis plusieurs années par de nombreux acteurs de la lutte contre le VIH/sida, constitue **une opportunité réelle pour la communauté internationale d'assumer ses responsabilités** et de garantir l'accès universel au traitement antirétroviral (TAR) promis en 2005 pour fin 2010 puis en 2011 pour 2015.

Les États membres des Nations-Unies, réunis en Assemblée générale en juin dernier, ont retenu des objectifs chiffrés extrêmement ambitieux dans leur résolution solennelle⁴²² afin de répondre à **l'urgence mondiale d'une épidémie** qui compte chaque jour 7 000 personnes nouvellement infectées, dont 1 000 enfants : réduction du taux de transmission du VIH par voie sexuelle ou par usage de drogues injectables de 50 % d'ici à 2015, éradication de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, accès à des TAR pour 15 millions de personnes d'ici à 2015.

Il est établi aujourd'hui que l'accès du plus grand nombre aux traitements et à la prise en charge représente un intérêt majeur pour les personnes qui en bénéficient mais également un intérêt collectif car la mise au traitement des personnes contaminées permet la réduction très significative du risque de transmission du VIH⁴²³. Cette diminution du risque représente une opportunité exceptionnelle de parvenir à **une baisse conséquente du nombre de nouvelles contaminations dans des délais relativement brefs**. Pour obtenir ces résultats, les donateurs publics et privés doivent consentir aujourd'hui un investissement financier exceptionnel, lequel pourra diminuer progressivement dans les cinq ans.

Après un accroissement sans précédent des revenus disponibles entre 2000 et 2008, les investissements engagés en faveur de la lutte contre le VIH/sida diminuent depuis 2009 et ne répondent aujourd'hui ni à l'ampleur de l'épidémie ni aux objectifs fixés par les États. Alors que l'ensemble des revenus disponibles atteignent en 2009 15,9 milliards de dollars, l'ONUSIDA estime que 28 à 50 milliards de dollars sont nécessaires chaque année pour parvenir aux objectifs d'accès universel attendus pour 2015⁴²⁴. Les seules contributions actuelles, multilatérales et bilatérales, traditionnelles et innovantes, apparaissent extrêmement insuffisantes, d'autant que la crise mondiale des économies des pays donateurs semble contraindre fortement les perspectives d'évolution.

Dans ce contexte, il apparaît indispensable de dégager des revenus nouveaux et de promouvoir des mécanismes innovants à fort rendement financier susceptibles de mobiliser très largement la communauté internationale, y compris les grands États émergents, afin de répondre au plus près aux enjeux de la lutte contre le VIH/sida.

Fort de ce constat, le Conseil national du sida souligne l'opportunité de l'adoption du projet de TTF soutenu à ce jour par plusieurs États de l'Union européenne. Le Conseil rappelle que cette taxe, dont l'affectation n'a pas encore été débattue, **doit impérativement financer les objectifs du millénaire pour le développement**. Mais surtout, le Conseil souligne que les

⁴²² Assemblée générale des Nations unies, *Déclaration politique sur le VIH/sida : Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida*, 8 juin 2011,

www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/06/20110608_UN-A-65-L.77_fr.pdf

⁴²³ J. M. Baeten, E. Kahle, J. R. Lingappa, R. W. Coombs, S. Delany-Moretlwe, E. Nakku-Joloba, N. R. Mugo, A. Wald, L. Corey, D. Donnell, M. S. Campbell, J. I. Mullins, C. Celum, "Genital HIV-1 RNA Predicts Risk of Heterosexual HIV-1 Transmission", *Sci. Transl. Med.* **3**, 77ra29 (2011), www.natap.org/2011/HIV/SciTranslMed.pdf

⁴²⁴ The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), *Financial Resources Required to Achieve Universal Access to HIV, Prevention, Treatment, Care and Support*, Geneva, 2007, http://data.unaids.org/pub/Report/2007/JC1678_Fin_Res_Req_en.pdf

pouvoirs publics ne peuvent envisager la seule promotion de la TTF, sans mettre en œuvre un plan d'action plus large qui lie les questions décisives de financement, d'investissement, de prix et de gouvernance. Ces objectifs visent à :

- diversifier et augmenter les ressources financières ;
- établir leur affectation en fonction des besoins en investissement ;
- favoriser la baisse des coûts et notamment ceux liés aux achats de TAR ;
- organiser une coordination renforcée des acteurs et des organisations.

Ces conditions doivent permettre de mobiliser avec efficacité et efficience des financements innovants appelés à s'accroître et ce dans le respect des engagements internationaux, des enjeux de la lutte contre le VIH/sida et des principes de l'aide au développement.

LE CONSEIL NATIONAL DU SIDA CONSTATE

1. Les besoins, notamment en termes d'accès au traitement, sont immenses, les coûts induits demeurent très élevés et les moyens financiers, indispensables à la prise en charge des personnes, devront augmenter dans les prochaines années.

L'accès aux TAR de première intention demeure insuffisant. Le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) bénéficiant d'un traitement a été multiplié par 13 entre 2004 et 2009 mais 10 millions de personnes éligibles au traitement n'en bénéficient pas aujourd'hui⁴²⁵. L'accès aux TAR de seconde intention, indispensable à de nombreux malades en cas d'échec du traitement initial, est par ailleurs très déficient. On estime que 20 % des PVVIH mises sous TAR en Afrique subsaharienne doivent bénéficier d'un tel traitement après 20 mois⁴²⁶. Or, seuls 2 % des PVVIH y ont un accès effectif dans cette région⁴²⁷. L'accès aux TAR de troisième intention, en dépit de leur intérêt thérapeutique avéré, demeure extrêmement incertain dans la grande majorité des États à revenu limité qui ne disposent d'aucun plan d'action.

Il est par ailleurs nécessaire de souligner que l'accès aux TAR dans les pays à revenu limité repose notamment sur la diffusion de traitements dont la fréquence des effets indésirables est la plus grande et qui ne sont plus utilisés dans les pays du Nord. Ainsi, 56 % des schémas thérapeutiques dans les pays à revenu limité contiennent de la stavudine⁴²⁸ dont l'exposition prolongée entraîne des toxicités pouvant mettre en jeu le pronostic vital⁴²⁹. Les options alternatives (AZT et tenofovir) demeurent plus coûteuses ou demandent un suivi biologique plus intensif et doivent être arrêtées plus fréquemment.

⁴²⁵ World Health Organisation (WHO), UNAIDS and United Nations Children Fund (UNICEF), *Toward universal access : scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: progress report 2010*, World Health Organisation, 2010, www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/summary_en.pdf

⁴²⁶ Estimation ANRS. Audition CNS.

⁴²⁷ WHO, UNAIDS and UNICEF, *Toward universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: progress report, op.cit.*

⁴²⁸ *Ibid.*

⁴²⁹ R. Subbaraman, S. K. Chaguturu, K. H. Mayer, T. P. Flanigan and N. Kumarasamy, "Adverse Effects of Highly Active Antiretroviral Therapy in Developing Countries", *Clinical Infectious Diseases*, 2007 45: 1 093-1 101.

http://miembros.cisidat.org.mx/articulos/attachments/235_Adverse%20Effects%20of%20Highly%20Active%20Antiretroviral%20Therapy%20in%20Developing%20Countries%20.pdf. G. McComsey, J. T. Loneragan, "Mitochondrial dysfunction : patient monitoring and toxicity management", *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004; 37:S30-S35. http://journals.lww.com/jaids/Fulltext/2004/09011/Mitochondrial_Dysfunction_Patient_Monitoring_and.5.aspx#

Malgré la baisse considérable du prix des traitements de première intention qui atteignent aujourd'hui une centaine de dollars par an et par patient dans les États à revenu limité⁴³⁰, la communauté internationale n'est pas en mesure de mobiliser les ressources nécessaires pour assurer un accès universel aux personnes éligibles. **Les prix des traitements de seconde intention, qui demeurent élevés**, en raison de leur disponibilité très partielle sous forme de générique, constituent une difficulté supplémentaire. Ceux-ci sont environ 3 à 6 fois supérieurs à ceux des traitements de première ligne dans les pays à revenu faible et 3 à 22 fois supérieurs dans les pays à revenu intermédiaire-supérieur, qui, en outre, rencontrent des difficultés spécifiques d'accès⁴³¹. Le prix des traitements de troisième intention ne permet pas d'en assurer la fourniture dans la très grande majorité des États à revenu limité.

Au-delà de l'accès aux médicaments, il apparaît que la prise en charge des PVVIH dont le coût demeure élevé et avoisine 400 dollars par an et par patient, soit un coût **quatre fois supérieur à celui d'un traitement de première ligne**, est souvent incomplète et inadaptée. L'accès aux programmes spécifiques de prévention (promotion du préservatif, changements comportementaux, circoncision masculine, prévention de la transmission de la mère à l'enfant, campagnes adaptées aux groupes les plus exposés) est par ailleurs insuffisant en dépit des efforts accomplis.

La lutte contre le VIH/sida devrait **nécessiter davantage de ressources dans les prochaines années**. Plusieurs facteurs expliquent cette prévision : la croissance régulière du nombre de PVVIH mises sous traitement à vie de première et de seconde ligne, l'augmentation de l'espérance de vie des PVVIH avec 14,4 millions d'années de vie gagnées grâce aux TAR depuis 1996⁴³², la baisse du nombre de décès/an imputables au sida, l'accroissement du nombre de personnes éligibles aux traitements, consécutif à l'évolution des recommandations internationales en matière d'initiation du traitement⁴³³. Par ailleurs, la baisse de l'incidence du VIH/sida demeure largement insuffisante pour infirmer ces prévisions. L'épidémie continue de progresser de façon dramatique avec 2,6 millions de nouvelles infections estimées pour 2009⁴³⁴.

2. Les États donateurs n'ont pas tenu leurs engagements en faveur de l'aide au développement et de l'accès universel au traitement, alors que le fossé entre les besoins et les ressources disponibles atteint un seuil critique.

Les États se sont engagés lors des Sommets du G8 et des Nations-Unies de 2005 à consacrer **0,7 % du revenu national brut (RNB)⁴³⁵ à l'aide publique au développement (APD)** à l'horizon 2015. Or, six ans avant l'échéance, la France affiche un ratio APD/RNB de 0,46 en 2009⁴³⁶, en-deçà de l'objectif fixé pour 2009 afin d'atteindre 0,7 % en 2015. D'autres États

⁴³⁰ Médecins sans frontières, *Untangling the web of antiretroviral price reductions*, 14th Edition, 2011. www.msf.org.uk/UploadedFiles/AIDS_report_UTW14_ENG_2011_FINAL_201107185335.pdf. WHO, *Global price reporting mechanism report*, December 2010. www.who.int/hiv/pub/amds/gprm_summary_report_dec2010.pdf

⁴³¹ *Ibid.*

⁴³² ONUSIDA, *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida*, 2010.

www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_Full_Fr.pdf

⁴³³ Organisation mondiale de la santé (OMS), *Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent. Recommandations pour une approche de santé publique*, mise à jour 2010.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242599763_fre.pdf

⁴³⁴ UNAIDS, *UNAIDS report on the global Aids epidemic*, 2010. www.unaids.org/globalreport

⁴³⁵ Depuis 2002, le nouveau Système Européen de Comptes (SEC 95) a remplacé l'agrégat de produit national brut (PNB) par le revenu national brut (RNB) en tant qu'indicateur de richesse. Le RNB correspond au PIB augmenté des revenus primaires nets versés par le reste du monde. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2002:0558:FIN:FR:PDF>

⁴³⁶ INSEE, « Aide publique au développement », INSEE, Service de l'observation et des statistiques, juillet 2010, www.insee.fr/fr/publications-et-services/dossiers_web/dev_durable/pdf/aide_publicque_au_developpement.pdf

européens comme la Suède, le Danemark, les Pays-Bas, la Belgique ou le Royaume-Uni atteignent ou dépassent aujourd'hui les objectifs⁴³⁷.

S'agissant plus spécifiquement de la contribution au financement de la lutte contre le VIH/sida, la France se classe au cinquième rang mondial derrière les États-Unis (58 %), le Royaume-Uni (10,2 %), l'Allemagne (5,2 %) et les Pays-Bas (5 %) avec une contribution financière qui s'élève en 2009 à 4,4 % de celle de l'ensemble des États donateurs. Très mobilisée par l'action multilatérale, la France consacre 80 % de ses revenus affectés à la lutte contre le VIH au financement de deux organisations internationales. Elle est devenue en 2011 le premier donateur du Fonds mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme avec 1,4 milliards de dollars promis pour les trois prochaines années. En outre, la France participe largement au dispositif de taxe sur les billets d'avion promu au bénéfice d'UNITAID avec une contribution pour la lutte contre le VIH/sida de 78,6 millions de dollars en 2009⁴³⁸ et 107,5 millions de dollars en 2010⁴³⁹.

En dépit de sa forte mobilisation, la France n'est pas parvenue à créer une dynamique au sein des États donateurs en faveur de l'aide multilatérale et des financements innovants, à l'instar de la taxe sur les billets d'avion, qu'elle a largement contribué à créer. Ainsi, malgré l'accroissement du nombre de pays partenaires depuis sa création, UNITAID demeure toujours financé par la France, pour plus de la moitié de son budget, soit 58,5 % en 2010. Ensuite, il apparaît que la France ne participe pas à la hauteur de son revenu national au financement mondial de la lutte contre le VIH/sida. Avec une part de 4,6 % du RNB mondial, la France engage en 2009 2,1 % des revenus disponibles contre le VIH/sida. À titre de comparaison, avec des parts respectives du RNB mondial de 24,6 % et 3,8 % les États-Unis et le Royaume-Uni contribuent à hauteur de 27 % et de 4,7 % des revenus actuellement disponibles⁴⁴⁰.

Au regard de son revenu national et de son rôle pionnier dans la lutte contre le VIH/sida, la contribution française pourrait être plus significative, d'autant que les besoins non couverts par les financements demeurent considérables. La différence très forte entre les besoins estimés par l'ONUSIDA et les revenus disponibles affectés à la lutte contre le VIH/sida s'est accrue pour 2009 sans que la tendance ne semble s'inverser pour 2010 et 2011.

⁴³⁷ Nations-Unies, *Rapport sur les objectifs du millénaire pour le développement*, 2010, www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/report2010.pdf

⁴³⁸ UNITAID, *Annual report*, 2009, http://whqlibdoc.who.int/unitaid/2009/annual_report_2009_eng.pdf

⁴³⁹ UNITAID, *Annual report*, 2010, www.unitaid.eu/images/NewWeb/documents/AR10/unitaid_ar2010_web.pdf

⁴⁴⁰ Kaiser Family Foundation, UNAIDS, *Financing the response to AIDS in low-and middle-income countries: International assistance from the G8, European Commission and other donor governments in 2009*, 2010, www.stimson.org/images/uploads/research-pdfs/2009_Report.pdf

3. La protection accrue des brevets a limité la concurrence sur le marché des médicaments et la baisse attendue du prix des traitements antirétroviraux.

La généralisation de l'accès aux TAR a été permise par l'introduction de médicaments génériques à bas prix, copie des premiers médicaments *princeps* extrêmement coûteux. Plus de 60 États à revenu limité ont bénéficié de versions génériques des antirétroviraux⁴⁴¹ et aujourd'hui 95 % des traitements financés par les fonds mondiaux sont des génériques⁴⁴². L'ensemble des traitements de première et de seconde intention recommandés par l'OMS⁴⁴³ sont disponibles sous forme de génériques⁴⁴⁴, cependant leur accès n'est pas garanti à toutes les régions. La protection accrue des brevets, organisée par des accords commerciaux en 1994⁴⁴⁵, a compliqué la concurrence sur le marché des médicaments et a limité la baisse des prix des TAR, notamment ceux de seconde intention. Les dérogations aux règles sur les brevets prévues par ces accords en faveur des pays à revenu limité, et dont la nécessité a été rappelée en 2001 dans la Déclaration de Doha⁴⁴⁶, n'ont pas entraîné une baisse suffisante des prix des traitements de deuxième et troisième intention.

Néanmoins, grâce à ces dérogations et aux mobilisations en faveur de leur mise en œuvre⁴⁴⁷, plusieurs États, en particulier la Thaïlande⁴⁴⁸ et le Brésil⁴⁴⁹, ont été en mesure dans la seconde moitié des années 2000, de produire un nombre limité de médicaments génériques dont ils ne détenaient pas le brevet en déposant une licence obligatoire et ainsi d'obtenir des traitements indispensables à bas prix⁴⁵⁰. Par ailleurs, plus d'une dizaine d'États ont utilisé la seule menace du recours aux licences obligatoires comme instrument de négociation avec les entreprises pharmaceutiques⁴⁵¹ et ont obtenu directement une licence dite volontaire, octroyée par les entreprises contre royalties, pour leur permettre de bénéficier de médicaments génériques⁴⁵². Enfin, une centaine d'États à revenu limité ont récemment été

⁴⁴¹ E. Hoen, J. Berger, A. Calmy and S. Moon, "Driving a decade of change: HIV/AIDS, patents and access to medicines for all", *Journal of the International AIDS Society*, 2011, www.jiasociety.org/content/14/1/15

⁴⁴² Waning B., Diedrichsen E., Moon S., "A lifeline to treatment: the role of Indian generic manufacturers in supplying antiretroviral medicines to developing countries", *Journal of the International AIDS Society*, 2010, www.jiasociety.org/content/13/1/35

⁴⁴³ OMS, *Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent, Recommandations pour une approche de santé publique*, 2010, *op.cit.* ; OMS, *Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels*, 2011, http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/a95053_eng.pdf

⁴⁴⁴ Audition CNS.

⁴⁴⁵ Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, www.wto.org/french/tratop_f/trips_ft_agm0_f.htm ; Sell S. K., *Private power, public law. The globalization of Intellectual Property Rights*, Cambridge University Press, 2003.

⁴⁴⁶ Déclaration ministérielle de Doha du 14 novembre 2001, www.wto.org/french/thewto_f/minist_f/min01_f/mindecl_trips_f.htm

⁴⁴⁷ Bond P., "Globalization, pharmaceutical pricing, and South African health policy: managing confrontation with US firms and politicians", *International Journal of Health Services*, Volume 29, Number 4, p. 765-792, 1999.

⁴⁴⁸ The Ministry of Public Health and The National Health Security Office of Thailand, *The 10 Burning Issues Related to the Government Use of Patents on Three Patented Essential Drugs in Thailand*, 2007, www.moph.go.th/hot/White%20Paper%20CI-FN.pdf

⁴⁴⁹ Coriat B., Orsi F., d'Ameida C., "TRIPS and the International Public Health Controversies, Issues and Challenges", *Industrial and Corporate Change*, (December 2006) 15 (6): 1033-1062 ; D'Almeida C., "New antiretroviral treatments and post-2005 TRIPS constraints: first moves towards IP flexibilization in developing countries", in Coriat B., *The Political Economy of HIV/AIDS in Developing Countries. TRIPS, Public Health Systems and Free Access*, ed. de l'ANRS, 2008, p. 105-168.

⁴⁵⁰ L'efavirenz ou l'association lopinavir/ritonavir.

⁴⁵¹ UNAIDS, *Using TRIPS flexibilities to improve access to HIV treatment*, 2011.

⁴⁵² Amin T., "Voluntary licensing practices in the pharmaceutical sector: an acceptable solution to improving access to affordable medicines ?" *Research Paper for Oxfam*, 2007, www.docstoc.com/docs/23819033/Voluntary-licensing-practices-in-the-pharmaceutical-sector-An ; Hoen E., *The Global Politics of Pharmaceutical Monopoly Power: Drug Patents, Access, Innovation, and the Application of the WTO Doha Declaration on TRIPS and Public Health*, Diemen, The Netherlands, AMB Press, 2009.

autorisés à bénéficier de copies, à bas prix, des TAR produits par la société Gilead Science et dont certains sont encore en développement clinique⁴⁵³. Cet accord a été conclu dans le cadre du *Patent Pool*, c'est-à-dire de la mutualisation de brevets, proposée en 2006 par UNITAID, puis défendu par Medecines Patent Pool (MPP)⁴⁵⁴ et récemment soutenu par le G8 sous présidence française⁴⁵⁵.

Les initiatives promues par les entreprises pharmaceutiques, en partenariat dans certains cas avec des organisations internationales, comportent des limites. Les licences consenties par les entreprises pharmaceutiques à des États dans le cadre bilatéral peuvent être assorties de conditions spécifiques peu favorables et permettent aux entreprises productrices de médicaments *princeps* d'organiser une concurrence restreinte et de s'assurer du contrôle du marché. Ensuite les accords conclus dans le cadre du *Patent Pool* excluent des États à revenu intermédiaire et ils sont difficilement transposables aux entreprises pharmaceutiques qui n'adoptent pas le modèle économique de Gilead. En effet, l'entreprise compense sa faible implantation commerciale dans les pays à revenu limité par une cession groupée de ses brevets. Enfin, les accords qui prévoient la vente de TAR *princeps* sans profit ni perte, à l'instar du dispositif ACCESS (Accelerating Access Initiative) promu par des organisations internationales⁴⁵⁶ et des entreprises⁴⁵⁷, ont occasionné une réduction de prix de certains TAR comprise entre 80 % et 95 %⁴⁵⁸ mais ils sont apparus opaques⁴⁵⁹ et d'une portée limitée, avec des prix pratiqués qui peuvent être supérieurs aux prix des génériques⁴⁶⁰.

L'une des principales difficultés liées à l'accès aux médicaments génériques à bas prix réside aujourd'hui dans la signature d'accords bilatéraux susceptibles de contourner les dérogations⁴⁶¹. Ainsi, des États, en particulier les États-Unis, ont introduit des normes plus restrictives que celles prévues initialement par les accords traditionnels, comme en Thaïlande⁴⁶², Jordanie⁴⁶³, au Maroc⁴⁶⁴ et à Singapour⁴⁶⁵. Et l'Inde serait aujourd'hui incitée par

⁴⁵³ Le tenofovir, l'emtricitabine et d'autres en développement clinique : le cobicistat, l'elvitregavir et une combinaison en un seul comprimé, le Quad,

www.medicinespatentpool.org/content/download/480/2847/version/1/file/Gilead-MPPF+Non+Excl+License+Agmt+%28FINAL%29+08.JUL.11%5B2%5D.pdf

⁴⁵⁴ www.medicinespatentpool.org/

⁴⁵⁵ Déclaration du G8 de Deauville « Un nouvel élan pour la liberté et la démocratie », 26-27 mai 2011.

⁴⁵⁶ ONUSIDA, la Banque mondiale, l'OMS, l'UNICEF et le Fonds des Nations unies pour le développement des populations.

⁴⁵⁷ Abbott, Boehringer-Ingelheim, Bristol-Meyers-Squibb, GlaxoSmithKline, Merk, Hoffmann-La Roche.

⁴⁵⁸ International Fédération of Pharmaceutical Manufacturers Associations, *Developing World Health Partnerships Directory*, 2010, www.ifpma.org/fileadmin/content/Publication/IFPMA_Partnerships_Directory_Full_2010.pdf ;

Noehrenberg E., « Améliorer l'égalité d'accès aux médicaments », *Chronique ONU*, n° 2, 2003,

www.un.org/french/pubs/chronique/2003/numero2/0203p12.html

À noter que des traitements pédiatriques comme la Virumine® ont été fournis gratuitement à certains pays.

⁴⁵⁹ Perez-Casas C., Herranz E., Ford N., "Pricing of drugs and donations: options for sustainable equity pricing", *Tropical Medicine and International Health*, volume 6, n° 11, p 960±964 novembre 2001,

<http://fieldresearch.msf.org/msf/bitstream/10144/17744/1/Perez%20Trop%20Med.pdf>

⁴⁶⁰ Médecins sans frontières, "Doctors Without Borders: AIDS Triple Therapy for Less than \$1 a day", Press release, 2001, www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?id=656.

⁴⁶¹ Timmermans K., « Monopolisation des données d'essais cliniques : Implications et tendances » in Correa C., Velasquez G., *Comment préserver l'accès aux médicaments. Innovations pharmaceutiques et santé publique*, Paris, L'Harmattan, 2010, p. 112-124

⁴⁶² Guennif S., Mfuka C. J., « La lutte contre le sida en Thaïlande : de la logique de santé publique à la logique industrielle. », *Sciences sociales et santé*, volume 21, n° 1, 2003. p. 75-98.

⁴⁶³ OXFAM, *Rien que des coûts, pas de bénéfices. Les règles ADPIC-plus sur la propriété intellectuelle incluses dans l'ALE USA-Jordanie influencent l'accès aux médicaments*, 2007,

www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/hp102_usa_jordanie_medicaments_0.pdf

⁴⁶⁴ Accord de libre échange entre le Maroc et les États-Unis (voir article 15-9-4), www.maroc-trade.gov.ma/accords/accordslibreechange/usa/Pages/default.aspx

l'Union européenne, en échange de conditions d'importations moins contraignantes pour ses produits agricoles, à adopter des dispositions de protection supplémentaire des médicaments *princeps* risquant de compliquer les procédures de production des génériques. Par ailleurs, un accord commercial anti-contrefaçon (ACAC), traité international multilatéral qui vise à assurer une qualité optimale des produits et qui prévoit notamment d'accroître le contrôle des importations de produits non agréés par une autorité administrative compétente⁴⁶⁶ pourrait compliquer le commerce international des médicaments génériques.

4. La gouvernance mondiale de la lutte contre le sida apparaît insuffisamment coordonnée et les coopérations entre les acteurs de la santé et du commerce demeurent trop faibles.

La gestion mondiale de la lutte contre le VIH/sida s'est largement disséminée entre plusieurs instances : les États bénéficiaires et donateurs, libres de concourir à des actions multilatérales ou bilatérales, dans certains cas menées par des instances créées *ad hoc* à l'instar du PEPFAR (U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief), les agences des Nations-Unies et notamment l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui coordonne l'action sanitaire mondiale, le Programme conjoint des Nations-Unies pour la lutte contre le sida (ONUSIDA), chargé des partenariats entre les différentes agences, les organisations de collecte de fonds comme le Fonds mondial et UNITAID, les fondations privées, les partenariats publics-privés qui impliquent un nombre croissant d'entreprises et les organisations non gouvernementales (ONG) qui renforcent depuis plusieurs années leur position conquise dans la gouvernance mondiale.

Dans cet environnement multi-niveaux complexe qui lie étroitement public et privé, plusieurs difficultés subsistent⁴⁶⁷. Tout d'abord, les différents partenaires ne sont pas parvenus à se doter d'un outil d'orientation et d'évaluation puissant susceptible d'assurer le suivi transparent des engagements contractés par les États ou d'autres acteurs et de s'assurer d'un usage optimal des ressources dans les pays récipiendaires. Ensuite, en dépit de la création de l'ONUSIDA et de la signature de mémorandums d'entente entre les organisations, l'action publique apparaît insuffisamment coordonnée et les partenaires ne semblent pas toujours en mesure d'éviter les redondances et chevauchements dans leurs programmes d'action.

Enfin, les partenaires ne semblent pas en mesure d'intervenir dans les autres secteurs de l'action publique, et notamment les politiques commerciales, qui peuvent avoir une incidence forte sur la santé publique et en particulier l'accès aux médicaments. Au plan global, l'OMS ne promeut aucune stratégie efficace susceptible de soutenir les pays à revenu limité sur la question de l'accès au médicament ou d'imposer les questions de santé publique à l'agenda de l'organisation mondiale du commerce (OMC), où l'agence dispose pourtant, dans un nombre restreint des instances de l'OMC, d'un poste d'observateur⁴⁶⁸. Aux plans nationaux, les ministres de la santé ne disposent d'aucune latitude pour représenter les intérêts de la santé dans les négociations commerciales entre États exclusivement conduites par les ministères des finances et du commerce extérieur.

Pour faire face à l'ensemble de ces enjeux, en grande partie liés à la question décisive de l'accès universel aux TAR, le Conseil juge opportun la mise en œuvre d'une taxe sur les

⁴⁶⁵ Accord de libre échange entre Singapour et les États-Unis (voir articles 16-7-6a et 16-7-6b), www.ustr.gov/sites/default/files/uploads/agreements/fta/singapore/asset_upload_file708_4036.pdf

⁴⁶⁶ Voir le document officiel publié en avril 2010 : http://trade.ec.europa.eu/doclib/docs/2010/april/tradoc_146029.pdf

⁴⁶⁷ Kay A., Williams O.D., *Global health governance, crisis institution and political economy*, Basingstoke, UK, Palgrave Macmillan, 2009.

⁴⁶⁸ K. Lee, D. Sridhar, M. Patel, "Bridging the divide: global governance of trade and health", *The Lancet*, Volume 373, Issue 9661, p. 416 - 422, 31 January 2009.

transactions financières pour apporter un complément significatif aux ressources indispensables à la lutte contre le VIH/sida et recommande d'engager l'action publique bien au-delà de ce seul dispositif.

LE CONSEIL NATIONAL DU SIDA RECOMMANDE

1. La programmation d'investissements pluriannuels à hauteur de plusieurs dizaines de milliards de dollars par an afin de gagner en efficience et d'infléchir l'incidence de l'épidémie et le niveau des dépenses futures.

Il est acquis aujourd'hui que l'accélération rapide de l'accès aux traitements antirétroviraux au bénéfice des populations infectées par le VIH/sida peut réduire de façon très significative la mortalité⁴⁶⁹ et la morbidité⁴⁷⁰ des personnes infectées mais également le risque que certaines personnes transmettent le virus. Garantir l'accès universel aux traitements est donc un moyen majeur d'enrayer durablement la dynamique de l'épidémie et de diminuer le niveau des investissements futurs⁴⁷¹. Une stratégie théorique d'accès universel à un dépistage volontaire annuel et à une initiation précoce des traitements, sans tenir compte du stade clinique ni de l'évaluation des défenses immunitaires, avec l'objectif d'une couverture de 90 % des PVVIH à l'horizon 2016, serait susceptible de réduire l'incidence du VIH et la mortalité à moins de 1 pour 1 000, de contenir la prévalence du VIH à moins de 1 % en 50 ans et de permettre, à partir de 2032, une baisse régulière des coûts, sous le niveau des coûts prévisibles au regard des stratégies actuellement menées.

Dans une autre hypothèse, en retenant l'objectif plus réaliste d'accès universel au traitement au bénéfice des personnes aujourd'hui éligibles suivant les recommandations internationales (avec une initiation du traitement plus précoce, avant que la diminution des défenses devienne majeure)⁴⁷², il est envisagé d'augmenter significativement et régulièrement les financements de plusieurs milliards de dollars par an jusqu'en 2020 (avec un pic en 2015)⁴⁷³. Un tel investissement supplémentaire qui pourrait s'élever au total à 47 milliards de dollars pour les dix prochaines années, garantirait une couverture de 71 % des PVVIH éligibles et pourrait éviter, d'ici à 2020, plus de 12 millions d'infections nouvelles et 7 millions de décès

⁴⁶⁹ R. P. Walensky, R. Wood, M. C. Weinstein, N. A. Martinson, E. Losina, M. O. Fofana, S. J. Goldie, N. Divi, Y. Yazdanpanah, B. Wang, A. D. Paltiel and K. A. Freedberg for the CEPAC-International Investigators, "Scaling up antiretroviral therapy in South Africa: the impact of speed on survival", *The Journal of Infectious Diseases*, vol.197, 2008, p.1 324-1 332, www.who.int/hiv/events/artprevention/walensky.pdf

⁴⁷⁰ When To Start Consortium, Sterne J. A., May M., Costagliola D., de Wolf F., Phillips A. N., Harris R., Funk M. J., Gesskus R. B., Gill J., Dabis F., Miró J. M., Justice A. C., Ledergerber B., Fätkenheuer G., Hogg R. S., Monforte A. D., Saag M., Smith C., Staszewski S., Egger M., Cole S. R., "Timing of initiation of antiretroviral therapy in AIDS-free HIV-1-infected patients: a collaborative analysis of 18 HIV cohort studies", *The Lancet*, Volume 373, Issue 9 672, p. 1 352-1 363, 18 April 2009, www.who.int/hiv/events/artprevention/sterne.pdf ; Moh R., Danel C., Messou E., Ouassa T., Gabillard D., Anzian A., Abo Y., Salamon R., Bissagnene E., Seyler C., Eholié S., Anglaret X., "Incidence and determinants of mortality and morbidity following early antiretroviral therapy initiation in HIV-infected adults in West Africa", *AIDS*, 30 November 2007, Volume 21, Issue 18, p. 2 483-2 491, http://journals.lww.com/aidsonline/fulltext/2007/11300/incidence_and_determinants_of_mortality_and_14.aspx

⁴⁷¹ J. S. Montaner, R. Hogg, E. Wood, T. Kerr, M. Tyndall, A. R. Levy, P. R. Harrigan, "The case for expanding access to highly active antiretroviral therapy to curb the growth of the HIV epidemic", *The Lancet*, Volume 368, Issue 9 534, p. 531-536, 5 August 2006, www.who.int/hiv/events/artprevention/montaner.pdf

⁴⁷² En 2009, l'OMS recommande le suivi d'un traitement antirétroviral chez tous les patients séropositifs pour le VIH dont le taux est inférieur à 350 lymphocytes CD4/mm³. OMS, *Recommandations rapides. Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'enfant*, novembre 2009, www.who.int/hiv/pub/arv/rapid_advice_art_fr.pdf

⁴⁷³ B. Schwartländer, J. Stover, T. Hallett, R. Atun, C. Avila, E. Gouws, M. Bartos, P. D. Ghys, M. Opuni, D. Barr, R. Alsallaq, L. Bollinger, M. de Freitas, G. Garnett, C. Holmes, K. Legins, Y. Pillay, A.E. Stanciole, C. McClure, G. Hirschall, M. Laga, N. Padian, "Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS", *The Lancet*, Volume 377, Issue 9 782, p. 2 031-2041, 11 June 2011, <http://moneyforaids.org/pdfs/InvestmentFramework.pdf>

liés au sida, dont 1,9 million d'enfants. Un tel investissement s'avère hautement coût-efficace car il s'élève, par année de vie gagnée, à 1 060 dollars, c'est-à-dire un coût inférieur au RNB par habitant des régions les plus pauvres du monde. Cet investissement, compensé par les bénéfices financiers directs et indirects obtenus grâce à la baisse du nombre de personnes infectées et donc de personnes traitées, permettrait aux États de diminuer leur investissement à partir de 2016.

Quelle que soit la stratégie choisie de mise sous traitement, les donateurs doivent accroître les financements suivant des plans d'investissement de plusieurs milliards de dollars supplémentaires par an pour espérer obtenir un impact conséquent sur l'évolution de l'épidémie et les dépenses du futur.

2. La mobilisation de ressources financières complémentaires et combinées l'aide publique au développement, des financements innovants diversifiés et un mécanisme à fort rendement financier.

Les financements innovants ne doivent pas se substituer à l'aide publique au développement et les États, à commencer par la France, sont tenus, par leur engagement, d'augmenter leur contribution à l'APD pour rattraper le retard et atteindre le ratio de 0,7 % du RNB consacré à l'APD à l'horizon 2015.

Considérant que la seule APD, fut-elle largement augmentée, demeurerait probablement insuffisante pour répondre aux enjeux de la lutte contre le VIH/sida, les États doivent aujourd'hui mobiliser des ressources additionnelles qui permettront à la fois d'augmenter les revenus disponibles et de diversifier les moyens d'actions pour que tous les pays donateurs puissent agir selon leurs capacités financières et leur modèle économique. Il apparaît indispensable d'offrir une palette de financements innovants⁴⁷⁴ en recourant à la fois aux taxes et aux partenariats public/privé (PPP). Au titre de ces partenariats, il semble par exemple nécessaire de développer le dispositif *Debt2Health* qui permet à un créancier de renoncer au remboursement d'une partie de sa dette à condition que le bénéficiaire investisse sur une période déterminée dans le domaine de la santé et dans le cadre de programmes approuvés par le Fonds mondial⁴⁷⁵. De même, les garanties d'achat futur, partenariats contractuels entre les entreprises pharmaceutiques et les États donateurs, qui s'engagent à payer un prix préétabli pour un produit donné si ce dernier parvient à être développé, peuvent être promues. Ce mécanisme existe aujourd'hui pour certains vaccins et pourrait être étendu aux TAR.

En raison de leur multiplicité, de leurs circuits financiers complexes, il apparaît difficile d'évaluer l'impact des dispositifs innovants sur la lutte contre le VIH/sida⁴⁷⁶. Il demeure néanmoins probable que le rendement financier apparaît insuffisant pour espérer atteindre les objectifs assignés par les États. Il semble nécessaire de promouvoir un mécanisme à fort rendement doté d'une assiette large et auquel se rallieraient de nombreux États. La TTF soutenue par plusieurs pays et dont la faisabilité est avérée, d'après différentes agences internationales⁴⁷⁷, serait acquittée par les vendeurs et acquéreurs d'instruments financiers à

⁴⁷⁴ Girishankar N., "Innovating Development Finance: From Financing Sources to Financial Solutions", *CFP Working Paper Series n°1*, The World Bank, June 2009, http://siteresources.worldbank.org/CFPEXT/Resources/CFP_Working_Paper_No1.pdf

⁴⁷⁵ Mise à jour du dispositif (chiffres et États participants) : www.theglobalfund.org/en/innovativefinancing/debt2health

⁴⁷⁶ R. Fryatt, A. Mills, A. Nordstrom "Financing of health systems to achieve the health Millennium Development Goals in low-income countries", *The Lancet*, Volume 375, Issue 9 712, p. 419-426, 30 January 2010.

⁴⁷⁷ International Monetary Fund, *A fair and substantial contribution by the financial sector final report for the G-20*, 2010, www.imf.org/external/np/g20/pdf/062710b.pdf ; UNITAID, *Taxe sur les transactions financières. Mode d'emploi en France*, 2011, www.unitaid.eu/images/NewWeb/documents/Finance/utd_ttf-etude.pdf ; Leading

des taux spécifiques, selon les produits, ne dépassant pas 0,2 %. Dans ces conditions, et en dépit de limites inhérentes à un tel dispositif⁴⁷⁸, le risque d'évasion des marchés pourrait être minimisé et les recettes financières recueillies maximisées. Selon une étude récente⁴⁷⁹, les recettes de la taxe sont estimées à 265 milliards d'euros par an si celle-ci est mise en œuvre à l'ensemble des pays du G20. À défaut, une TTF appliquée uniquement à la France pourrait rapporter théoriquement 12 milliards d'euros.

3. La baisse des prix des médicaments, notamment permise par la mise en œuvre des dérogations aux règles relatives à la propriété intellectuelle accordées aux États à revenu limité.

La baisse des prix des TAR doit aujourd'hui être obtenue grâce à l'augmentation de la demande et des volumes de production que les recettes des financements innovants permettraient de solvabiliser, et au renforcement de la concurrence entre les entreprises pharmaceutiques, notamment grâce aux producteurs de médicaments génériques. L'entrée d'un deuxième concurrent générique réduit le prix à environ 50 % de celui du produit de marque⁴⁸⁰ et permet d'entraîner une baisse des prix médicaments sur les marchés mondiaux⁴⁸¹.

Le renforcement de la concurrence entre les entreprises pharmaceutiques repose notamment sur les dérogations offertes aux États à revenu limité pour bénéficier d'un accès aux médicaments. Aussi, il apparaît indispensable de promouvoir les opportunités offertes à ces pays pour bénéficier de licences sur les médicaments et de réaffirmer les principes retenus dans le cadre de la Déclaration de Doha, c'est-à-dire la primauté de la santé publique sur l'application des règles de propriété intellectuelle pour les médicaments. Par ailleurs, il semble impératif d'abroger les clauses présentes dans les accords bilatéraux susceptibles de menacer le recours aux dérogations.

4. Une gouvernance mondiale renouvelée qui s'appuie sur une coordination efficace de la lutte contre le VIH/sida sous l'égide d'ONUSIDA et sur une coopération renforcée entre l'OMS et l'OMC.

Il apparaît aujourd'hui déterminant de promouvoir un suivi des objectifs que se sont assignés les États dans le respect de plusieurs des principes définis par la Déclaration de Paris sur l'efficacité d'aide⁴⁸² et le programme Accra⁴⁸³ : harmonisation et transparence des programmes, gestion axée sur les résultats, responsabilité mutuelle des donateurs et des bénéficiaires, prévisibilité de trois à cinq ans de l'aide, déliement de l'aide avec l'assouplissement des restrictions qui empêchent les pays en développement d'acheter les biens et les services de la meilleure qualité au plus bas prix.

Les missions de régulation, de contrôle et d'évaluation des financements innovants affectés à la lutte contre le VIH/sida doivent être assumées par une coordination renforcée, chargée du respect des objectifs fixés. Afin de maximiser l'efficacité de ces financements innovants,

Group, Globalizing Solidarity. *The Case for Financial Levies. Report of the Committee of Experts to the Taskforce on International Financial Transactions and Development*, 2010, www.leadinggroup.org/IMG/pdf_Financement_innovants_web_def.pdf

⁴⁷⁸ International Monetary Fund, *A fair and substantial contribution by the financial sector final report for the G-20*, *op.cit.*

⁴⁷⁹ UNITAID, *Taxe sur les transactions financières. Mode d'emploi en France*, *op.cit.*

⁴⁸⁰ US Food and Drug Administration, Generic Competition and Drug Prices, www.fda.gov/AboutFDA/CentersOffices/CDER/ucm129385.htm

⁴⁸¹ Le Loup G. et al., "The Brazilian experience of 'scaling up': a public policy approach" in Coriat B., *The Political Economy of HIV/AIDS in Developing Countries. TRIPS, Public Health Systems and Free Access*, *op.cit.*, p. 25-51.

⁴⁸² Déclaration de Paris sur l'efficacité d'aide, 2 mars 2005, www.oecd.org/dataoecd/53/38/34579826.pdf

⁴⁸³ Programme adopté lors du Forum de haut niveau (FHN) d'Accra, du 2 au 4 septembre 2008.

cette coordination devrait s'assurer notamment que les États donateurs satisfont à leurs engagements et obligations, que les États récipiendaires réalisent des réformes de structures et définissent des stratégies de lutte contre le VIH/sida optimales, que les États à revenu limité bénéficient du recours aux dérogations. L'ONUSIDA ne dispose pas de la compétence pour organiser seule cette coordination. Les représentants de plusieurs organisations ont vocation à y participer et notamment l'OMS, chef de file de l'action sanitaire mondiale qui promeut des objectifs politiques en matière de lutte contre le VIH/sida et l'Organisation mondiale du commerce (OMC) qui favorise l'ouverture commerciale et le libre-échange entre les États.

Ces deux dernières organisations doivent accroître leur coopération à partir des principes posés lors des discussions sur la Régulation internationale de la santé ouvertes en 2005⁴⁸⁴. L'objectif aujourd'hui est d'assurer **un pilotage et une évaluation des politiques commerciales dans une perspective de santé publique** et de mettre en œuvre une coordination avec les pays à revenu limité en visant une amélioration de leur accès aux TAR. Pour y parvenir, les deux instances doivent faire face à des enjeux spécifiques. L'OMS doit renforcer ses programmes et son expertise relative aux questions d'accès aux TAR et de propriété intellectuelle. L'OMC doit favoriser une meilleure intégration de l'OMS et des pays à revenu limité au sein de ses instances d'analyse et de décision⁴⁸⁵.

⁴⁸⁴ World Trade Organization (WTO), *World trade report 2007*, Geneva, WTO, 2007, www.wto.org/english/res_e/booksp_e/anrep_e/world_trade_report07_e.pdf

⁴⁸⁵ R. D. Smith, K. Lee, N. Drager, "Trade and health: an agenda for action", *The Lancet*, Volume 373, Issue 9 665, p. 768-773, 28 February 2009.

REMERCIEMENTS

Le Conseil national du sida remercie très vivement les personnes qui ont apporté leur contribution à sa réflexion dans le cadre de ses auditions :

M^{me} Pauline Londeix, Act Up-Paris ; M. Benjamin Coriat, professeur en science économique, Université Paris XIII ; M. Khalil Elouardighi, membre de l'association Coalition Plus ; M. Emmanuel Trenado, membre de l'association AIDES ; M^{me} Gaëlle Krikorian, conseillère en charge des questions de propriété intellectuelle au Parlement européen pour le groupe Les Verts ; M. Jean-Paul Moatti, économiste, directeur d'unité de l'INSERM ; M^{me} Isabelle Girault, groupe Merck.

À LA SUITE DE CETTE NOTE VALANT AVIS

Le Conseil national du sida réuni en séance plénière le 12 mai 2011 a, par ailleurs, établi des observations sur la Déclaration politique sur le VIH/sida de l'Assemblée générale des Nations-Unies. Les observations ont été adressées au ministère des Affaires étrangères.

AVIS SUR L'INTERÊT POTENTIEL DU CONCEPT DE PROPHYLAXIE PRÉEXPOSITION DU VIH/SIDA (PrEP)

Le présent *Avis* a été adopté par le Conseil national du sida, réuni en séance plénière le 12 janvier 2012, à la majorité des membres présents moins une abstention.

Membres de la commission « PrEP » :

- Willy ROZENBAUM
- François BOURDILLON
- Philippe FLANDRE
- Thierry FOULQUIER-GAZAGNES
- Catherine KAPUSTA-PALMER

Rapporteurs :

- Michel CELSE
- Laurent GEFFROY

COURRIER DE SAISINE



MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

SECRETARIAT D'ÉTAT A LA SANTÉ

Direction générale de la Santé

Sous-direction RI
Bureau RI 2
Christophe MICHON
Tél. 01 40 56 72 80
christophe.michon@sante.gouv.fr

Paris, le - 4 MARS 2011

Monsieur le Professeur Willy ROZENBAUM
Président du Conseil National du Sida (CNS)

Copie à Monsieur le Professeur Patrick YENI
Président du groupe d'experts

Objet : Saisine du Conseil National du Sida sur les questions d'éthique et de société soulevées par la promotion du concept de Prévention Pré-Exposition (PreP) du VIH

Monsieur, cher Collègue

Vous connaissez le contexte scientifique actuel sur le thème de la prévention pré-exposition du VIH : publication de l'étude iPreX fin 2010 et plus récemment avis des CDC américains (Centers for disease control and prevention) sous forme de recommandations transitoires (« interim guidance ») pour les médecins qui décident de recourir à cette prévention chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et qui sont à haut risque de contamination pour le VIH.

En France, un essai de l'agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) en cours de mise en place, va poursuivre la recherche clinique sur cette voie en explorant un schéma de PreP intermittente.

Au niveau européen, une réflexion est en cours à l'EMA (European medicines agency) pour définir les exigences réglementaires qui seraient adressées aux firmes qui souhaiteraient déposer une demande d'enregistrement d'antirétroviraux pour cette indication.

Pour la Direction Générale de la Santé, l'approche PreP pose d'importantes questions en termes de santé publique, d'éthique et de société (cf. annexe).

Aussi, même si les données actuellement disponibles sont insuffisantes pour envisager prochainement des recommandations d'usage dans la pratique hors recherche clinique, **j'ai souhaité vous interroger sur les implications éthiques et sociétales de ce concept.**

J'interroge également le groupe d'experts dirigé par le Professeur Patrick Yeni sur les questions plus directement techniques qui touchent à l'efficacité potentielle au-delà des essais, la tolérance à long terme, le risque de résistance, les hypothèses de rapport coût-efficacité, la nécessité d'émettre dès cette année des mises en garde et des recommandations en cas de volonté de recours à la PreP, comme l'ont fait les CDC.

Je souhaite que vos deux instances, CNS et Groupe d'experts, travaillent de façon indépendante, chacune prioritairement sur son champ d'expertise traditionnel et avec ses méthodes habituelles et rendent leurs conclusions, même provisoires, à l'automne prochain, à l'occasion d'une réunion commune avec mes services.

Vous serez particulièrement attentif au respect des règles de déclaration publique d'intérêts des membres de votre conseil et des personnes que vous auditionnez.

Je suis à votre disposition pour apporter toute précision utile dans cette démarche et vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée

Professeur Didier HOUSSIN



Le Directeur de l'Institut de Veille Sanitaire

ANNEXE : Questions posées par la prophylaxie pré-exposition VIH

- Le risque de favoriser une diffusion de la **résistance** du VIH aux antirétroviraux (ARV) disponibles ne peut être écarté. En effet pour tous les anti-infectieux, la progression de la **résistance** est directement corrélée à la taille des populations les utilisant : l'utilisation préventive des ARV entraînerait une multiplication très importante du nombre d'utilisateurs. Les essais thérapeutiques ne pourront pas évaluer l'effet de cet usage sur l'incidence de la résistance sur une durée assez longue pour être informatifs. Les antirétroviraux, comme les antibiotiques, pourraient être considérés comme un bien commun à protéger ; ainsi, prendre le risque de réduire la palette des antirétroviraux disponibles pour faire bénéficier d'une chimioprophylaxie certaines personnes qui n'adoptent pas un comportement préventif pose une question d'éthique et de société.
- Le coût de cette approche de prévention serait élevé, supportable par peu d'usagers, et la question de son éventuelle **prise en charge par l'assurance maladie** se posera. Cette question pourra entraîner des comparaisons avec d'autres méthodes de prévention moins coûteuses (par exemple les préservatifs dans le champ du VIH ou la prophylaxie antipaludéenne dans d'autres domaines), qui ne sont pas prises en charge. Les sommes à engager seraient alors très importantes dans un contexte de budgets très contraints alors que le rapport coût-efficacité d'une telle méthode de prévention a encore été insuffisamment évalué: il s'agit ici d'une autre question d'éthique et de société à explorer.
- Tant que les études d'efficacité comportent un groupe témoin contenant un placebo, l'effort est mis sur les autres mesures de prévention, et les personnes, ignorant si elles reçoivent le placebo ou le produit actif, sont motivées à suivre, au moins en partie, ces mesures. Quand il s'agira d'utiliser la PreP de façon ouverte, **une modification des attitudes de prévention** allant dans le sens d'une moindre utilisation des préservatifs pourrait favoriser la transmission d'autres IST et augmenter potentiellement paradoxalement le risque d'acquisition du VIH, y compris avec la sélection de formes résistantes. Cette question de la modification potentielle des comportements de prévention est complexe et doit être explorée par une approche interdisciplinaire.
- La question de la toxicité du traitement pour des personnes saines, chez lesquelles l'exigence de tolérance est plus élevée que chez des personnes malades, ne peut pas non plus être suffisamment explorée par les essais en raison de leur durée trop courte.
- Le risque d'un effet inverse, à moyen terme et en population, à celui observé à court terme et au niveau individuel dans le cadre d'essais thérapeutiques ne peut être écarté. Ce risque, théorique, n'empêchera pas la demande de l'accès au produit si son efficacité était confirmée dans les essais en cours ou à venir. L'intérêt individuel et l'intérêt collectif pourraient se trouver alors en opposition. Le produit utilisé dans les essais comme prévention pré-exposition par voie orale, le Truvada, est disponible sur le marché, comme médicament entrant dans les combinaisons thérapeutiques pour les personnes infectées par le VIH en primo-prescription hospitalière et il pourrait voir son usage en prévention se développer avant même que l'indication ne soit autorisée par les agences d'enregistrement.

PRÉAMBULE

Un fort consensus existe aujourd'hui autour de la nécessité impérieuse, trente ans après l'identification des premiers cas de sida, de réduire drastiquement le nombre de nouvelles contaminations pour parvenir à stabiliser puis faire régresser une pandémie dont l'expansion n'a pas pu être contenue par les efforts de prévention menés jusqu'à présent. Améliorer très fortement l'efficacité de la prévention apparaît donc, tant pour le bénéfice des individus qu'au plan collectif, un enjeu essentiel qui justifie qu'aucune piste nouvelle ne soit négligée.

Le concept de prophylaxie préexposition (PrEP)⁴⁸⁶ à base de médicaments antirétroviraux (ARV), dont le principe consiste à proposer à des personnes *non infectées* d'utiliser des traitements antirétroviraux pour se protéger du risque de contracter le VIH, fait actuellement l'objet de nombreuses recherches scientifiques et suscite d'importants débats.⁴⁸⁷ S'il n'existe pas pour l'heure de recommandations d'usage validées pour cette nouvelle utilisation des ARV en prévention, des recommandations provisoires ont cependant déjà été émises en janvier 2011 aux États-Unis⁴⁸⁸. Plus récemment, le 15 décembre 2011, une première demande d'extension d'autorisation de mise sur le marché d'un combiné antirétroviral pour une utilisation en PrEP a été déposée auprès des autorités sanitaires américaines. En dépit des nombreuses incertitudes qui prévalent à un stade préliminaire des connaissances, le concept de PrEP doit donc être analysé afin de déterminer si une telle stratégie est susceptible d'enrichir, dans un avenir relativement proche, la palette des moyens de protection existants.

Répondant à une saisine du directeur général de la santé en date du 4 mars 2011, le Conseil national du sida entend par le présent avis, sous l'hypothèse de résultats scientifiques favorables au développement dans certaines circonstances d'une offre de PrEP, interroger l'apport potentiel et les limites de celle-ci afin d'en anticiper les implications pour l'ensemble du dispositif de prévention. Conformément à sa mission d'éclairer la décision publique, le Conseil s'est assigné le triple objectif de dresser un état des lieux précis des connaissances et des débats, d'en proposer une lecture embrassant la pluralité des enjeux et de formuler, au terme de sa réflexion, un certain nombre d'orientations préliminaires pour encadrer les usages de la PrEP en France.

En tant que nouvel outil fondé sur l'usage des traitements antirétroviraux (ARV), les PrEP s'inscrivent dans un contexte marqué, depuis une dizaine d'années, par la montée en puissance des outils biomédicaux de prévention de la transmission du VIH. Les perspectives ouvertes par ces nouveaux outils ont profondément bouleversé le paradigme préventif élaboré dans les premières années de l'épidémie, suscitant l'émergence du concept de « prévention combinée », dont l'objectif est de construire les synergies nécessaires entre les stratégies de prévention dites comportementales, structurelles et biomédicales – ces dernières incluant le dépistage et les différents usages préventifs des traitements.

Cette nouvelle conception de la prévention doit d'autant plus fortement s'imposer en anticipation d'un possible et probable développement des PrEP que le nouvel outil, au regard de ses spécificités, devra relever d'un usage ciblé en fonction de situations qui exposent le plus fortement au risque de contamination par le VIH, et non d'un usage large

⁴⁸⁶ Le Conseil national du sida assume dans le présent avis l'usage de l'acronyme anglais PrEP (pour Pre-Exposure Prophylaxis), constatant qu'il s'est déjà imposé en France, préférentiellement à son équivalent francophone PPrE.

⁴⁸⁷ World Health Organization, *Report of a consultation: preparing for pre-exposure prophylaxis (PrEP) results: from research to implementation*, WHO, octobre 2009.

⁴⁸⁸ Centers for Disease Control and Prevention. "Interim Guidance: Preexposure Prophylaxis for the Prevention of HIV Infection in Men Who Have Sex with Men", *Morbidity and Mortality Weekly Report*, January 28, 2011.

en population générale non infectée. En ce sens, l'usage d'un outil tel que la PrEP requiert d'offrir une approche « individualisée » des besoins en prévention de ces personnes, qui exige une profonde évolution du discours et de l'offre de prévention.

La réflexion développée dans le présent avis, dans le prolongement de celle que le Conseil avait déjà engagée dans l'avis du 9 avril 2009 consacré à l'usage du traitement en prévention chez les personnes infectées, accorde donc une large place à l'enjeu de renforcer l'autonomie des individus, de leur donner les moyens d'articuler efficacement les nouveaux outils de prévention avec la palette des moyens déjà disponibles, afin d'en faire un usage éclairé et raisonné, susceptible de leur permettre de construire des stratégies personnelles de prévention plus ajustées à leur situation, leurs contraintes, leurs désirs et leurs pratiques.

I. PENSER LA PrEP DANS UN CONTEXTE DE REDÉFINITION DES STRATÉGIES ET DES OBJECTIFS DE LA PRÉVENTION

Les recherches sur la PrEP suscitent actuellement un très fort intérêt, parfois un véritable engouement, tant au sein de la communauté scientifique et d'une large partie du monde associatif que des instances élaborant au plan international les politiques de lutte contre la pandémie, mais aussi de l'industrie pharmaceutique, qui y consacre des moyens considérables.

Au-delà de l'intérêt économique évident pour ce dernier acteur d'investir dans un champ de recherche susceptible de déboucher sur un élargissement sans précédent du marché des ARV, le développement du concept de PrEP procède fondamentalement d'une réévaluation des enjeux de prévention dans la seconde moitié des années 2000 par l'ensemble des acteurs, et en conséquence d'un réinvestissement général dans la recherche de nouveaux outils et stratégies susceptibles d'améliorer l'efficacité de la prévention⁴⁸⁹.

Les recherches et le questionnement sur les PrEP s'inscrivent donc dans un double mouvement global, d'une part d'élargissement et de diversification des moyens de prévention disponibles, d'autre part d'interrogation sur la manière de combiner les différentes approches et les différents outils au profit d'une stratégie de prévention plus efficace, plus ajustée à la diversité des situations épidémiologiques et aux difficultés propres que les personnes rencontrent pour se protéger⁴⁹⁰.

I.1. UNE INDISPENSABLE REMOBILISATION EN FAVEUR DE LA PRÉVENTION

Les efforts déployés depuis plusieurs décennies pour prévenir la transmission du VIH n'ont pas permis, en dépit de succès qui ont contribué à freiner l'épidémie, d'en endiguer l'expansion.

Sur le plan épidémiologique global, il est certes établi que l'incidence de l'infection, après avoir connu un pic au début des années 2000, tend aujourd'hui à décliner. La contribution des efforts de prévention à cette baisse demeure toutefois difficile à évaluer, une part de cette baisse étant attribuable à la mortalité observée dans les pays du Sud très fortement touchés par l'épidémie et dans lesquels l'accès aux traitements est demeuré longtemps inexistant ou très insuffisant, et demeure encore aujourd'hui très lacunaire⁴⁹¹.

Si la baisse de l'incidence est en soi encourageante et contribue à ralentir la progression de l'épidémie, elle n'est pas jusqu'ici d'une ampleur suffisante pour la stabiliser, et encore moins pour la faire régresser. Elle cache en outre de profondes disparités, puisqu'au-delà de la baisse constatée au plan global, l'incidence ne décroît pas, voire progresse même, dans certains pays ou régions et/ou au sein de certains groupes de population, tant dans les zones d'épidémie généralisée que dans les pays d'épidémie concentrée.

⁴⁸⁹ Merson, M. H., *et al.*, "The history and challenge of HIV prevention", *The Lancet*, Vol. 372, n° 9 637, août 2008, p. 475-488 ; Piot P., *et al.*, "Coming to terms with complexity: a call to action for HIV prevention", *The Lancet*, Vol. 372, n° 9 641, septembre 2008, p. 845-859.

⁴⁹⁰ Padian N. S., *et al.*, "HIV prevention transformed: the new prevention research agenda", *The Lancet*, Vol. 378, n° 9 787, juillet 2011, p. 269-278.

⁴⁹¹ Le nombre de personnes vivant avec le VIH ayant accès à un traitement ARV dans le monde a été multiplié par 13 entre 2004 et 2009, mais 10 millions de personnes éligibles au traitement en demeurent privées aujourd'hui. (World Health Organisation (WHO), UNAIDS and United Nations Children Fund (UNICEF), *Toward universal access : scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector : progress report 2010*, World Health Organisation, 2010, www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/summary_en.pdf)

Dans ce contexte, les efforts consentis au cours de la dernière décennie pour permettre l'accès aux traitements efficaces d'un nombre toujours plus important de personnes dans le monde ont été à la fois considérables et insuffisants au regard de l'objectif non atteint d'un accès universel. Le maintien d'un niveau élevé de transmission du VIH menace la soutenabilité de cet effort dans ce qui apparaît comme une course à ce jour encore perdante, le nombre annuel de nouvelles contaminations demeurant deux fois plus élevé que le nombre de personnes accédant nouvellement au traitement⁴⁹². Parvenir à réduire très significativement le nombre de nouvelles contaminations constitue donc un enjeu crucial pour casser la dynamique de l'épidémie et parvenir à terme à la faire régresser, voire disparaître⁴⁹³.

1.2. L'ÉMERGENCE DU CONCEPT DE PRÉVENTION COMBINÉE : L'ENJEU CRUCIAL DE FAIRE CONVERGER LA PRÉVENTION, LE DÉPISTAGE ET LE TRAITEMENT

De nouvelles perspectives pour la prévention

Historiquement, dans un contexte d'absence de vaccin et de traitements capables de guérir l'infection, la prévention du VIH/sida s'est construite sur un modèle associant des stratégies de prévention dites *comportementales*, c'est-à-dire visant à changer les comportements individuels et collectifs à risque de transmission du virus au profit de l'adoption de comportements plus sûrs, et des stratégies dites *structurelles*, visant à agir de façon beaucoup plus large sur les facteurs sociaux, économiques, juridiques, culturels et éducatifs susceptibles de vulnérabiliser les personnes et les groupes les plus exposés à l'épidémie et de faire obstacle aux changements de comportement⁴⁹⁴.

La double approche comportementale et structurelle de la prévention, tributaire de l'histoire de l'épidémie et de sa forte spécificité, a constitué durablement la matrice des politiques de prévention, au plan national et international, cependant qu'émergeaient différents usages à visée préventive des traitements ARV permettant de réduire le risque d'acquisition ou de transmission à autrui du virus.

Trois types d'usage des traitements ARV à des fins préventives sont aujourd'hui validés et mis en œuvre :

- depuis 1994 dans la **prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME)**. Les femmes enceintes infectées par le VIH peuvent transmettre le virus à l'enfant au cours de la grossesse, lors de l'accouchement et au cours de l'allaitement. En l'absence de traitement, le taux de transmission varie de 15 % à 30 % sans allaitement maternel, et ce taux atteint 30 % à 45 % avec allaitement maternel. En 1994, un essai a démontré la faisabilité de la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant par un traitement avec la zidovudine au cours de la grossesse. Dans les pays développés, les traitements prophylactiques utilisent aujourd'hui les mêmes combinaisons de médicaments que les traitements thérapeutiques. Les taux de transmission du virus sont alors inférieurs à 1 %. Il a été également montré que la

⁴⁹² En 2010, selon les données d'ONUSIDA, on estime que pendant que 1,35 million de personnes supplémentaires accédaient au traitement, 2,7 millions de personnes se sont nouvellement contaminées. ONUSIDA, *Journée mondiale sida, Rapport 2011*, novembre 2011, www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_fr.pdf

⁴⁹³ Padian N. S., *et al.*, "HIV prevention transformed: the new prevention research agenda", 2011, *op. cit.*

⁴⁹⁴ Coates T. J., *et al.*, "Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better", *The Lancet*, Vol. 372, n° 9 639, août 2008, p. 669-684, ainsi que Gupta G. R., *et al.*, "Structural approaches to HIV prevention", *The Lancet*, vol. 372, n° 9 640, août-septembre 2008, p.764-775, proposent une synthèse sur l'histoire et les enjeux actuels respectivement des stratégies comportementales et des approches structurelles dans la prévention de l'infection à VIH.

mise sous traitement préventif de l'enfant et la poursuite du traitement de la mère permet de prévenir la transmission lors de l'allaitement⁴⁹⁵.

- depuis 1998, dans les prophylaxies postexposition (PEP ou TPE)⁴⁹⁶. Les professionnels de santé exposés au VIH en cas d'accident exposant au sang peuvent bénéficier d'un traitement prophylactique dans les 48 heures qui suivent l'exposition et pour une durée de quatre semaines. Les personnes ayant eu un rapport sexuel non protégé ou ayant eu un accident de préservatif ou encore été en contact avec du matériel d'injection potentiellement infecté peuvent également avoir accès à un tel traitement⁴⁹⁷.
- depuis les années 2000, il est démontré que les traitements ARV utilisés à des fins thérapeutiques chez les personnes infectées par le VIH, en réduisant la quantité de virus présent dans le sang à un niveau très faible, diminuent très fortement le risque que la personne transmette le virus par voie sexuelle. Cet effet préventif du traitement a suscité une importante recherche visant à évaluer l'intérêt du dépistage et du traitement précoce des personnes infectées à la fois comme nouvel outil de prévention individuelle et comme outil collectif de contrôle de l'épidémie⁴⁹⁸. L'usage du traitement à des fins préventives chez les personnes infectées, communément désigné par l'acronyme anglais *TasP (Treatment as Prevention)*, est aujourd'hui considéré comme un levier majeur pour parvenir à réduire le nombre de nouvelles contaminations et faire régresser l'épidémie au plan mondial⁴⁹⁹. En tant qu'outil individuel de prévention, un essai récent mené chez des couples hétérosexuels sérodifférents a montré que le traitement précoce du partenaire infecté réduisait de 96 % le risque de transmission du VIH au partenaire non infecté⁵⁰⁰.

Les recherches sur les PrEP s'inscrivent dans le prolongement du développement d'outils préventifs fondés sur les capacités des traitements ARV à bloquer les mécanismes infectieux du VIH. Alors que l'usage des ARV en TasP concerne le traitement des personnes déjà infectées par le VIH et vise à empêcher la transmission secondaire du virus, leur usage en PrEP, s'il est validé, s'adressera à des personnes non infectées, dans le but de leur éviter une infection.

L'émergence de ces nouveaux outils fondés sur le traitement est en outre indissociable du renforcement du **recours au dépistage**, outil de prévention à part entière qui constitue désormais un pilier des stratégies de prévention. Son impact préventif est en effet double :

- sur le plan *comportemental* : il est démontré que la découverte de l'infection et la prise en charge sont un facteur fort d'adoption des pratiques de prévention, et que le

⁴⁹⁵ Yeni P. (dir.), *Rapport 2010 du groupe d'experts sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH*, La documentation française, 2010, p. 160 sqq.

⁴⁹⁶ PEP correspond à l'anglais *Post-Exposure Prophylaxis*. L'usage commun en France a toutefois plutôt consacré l'expression *Traitement postexposition* et l'acronyme correspondant TPE.

⁴⁹⁷ Yeni P. (dir.), *Rapport 2010 du groupe d'experts sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH*, *op.cit.*, p. 350 sqq.

⁴⁹⁸ Conseil national du sida, *Avis suivi de recommandations sur l'intérêt du traitement comme outil novateur de la lutte contre l'épidémie d'infections à VIH*, 9 avril 2009.

⁴⁹⁹ Lima V.D., *et al.*, "Expanded Access to Highly Active Antiretroviral Therapy: A Potentially Powerful Strategy to Curb the Growth of the HIV Epidemic", *Journal of Infectious Diseases*, vol. 198(1), juillet 2008, p. 59-67 ; Granich R.M., *et al.*, "Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model Original", *The Lancet*, vol. 373, n° 9 657, janvier 2009, p. 48-57 ; Montaner J. S. G., *et al.*, "Association of highly active antiretroviral therapy coverage, population viral load, and yearly new HIV diagnoses in British Columbia, Canada: a population-based study", *The Lancet*, vol. 376, n° 9 740, août 2010, p. 532-539 ; *The Lancet* (Editorial), "HIV treatment as prevention—it works", *The Lancet*, vol. 377, n° 9 779, mai 2011, p. 1719.

⁵⁰⁰ Cohen, M.S., *et al.*, "Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy", *New England Journal of Medicine*, vol. 365, août 2011, p. 493-505.

relâchement des pratiques est plutôt le fait de personnes non infectées ou ignorant leur statut sérologique. On estime en outre qu'une part importante des nouvelles contaminations résultent de la transmission par des personnes ignorant leur statut⁵⁰¹.

- sur le plan *stratégique* : la connaissance actualisée du statut sérologique est le point d'entrée nécessaire à un accès aux différents usages préventifs et/ou thérapeutiques des traitements. En particulier, le dépistage précoce de l'infection est la condition d'un accès optimal au traitement, tant en termes de bénéfice thérapeutique que de bénéfice préventif dans une perspective de stratégie TasP^{502, 503}. Le développement des PrEP, s'il se confirme, induira *de facto* un renforcement des pratiques de surveillance rapprochée du statut sérologique, puisqu'un dépistage initial et un suivi sérologique régulier seront indispensables pour s'assurer que la personne est, et demeure, séronégative au VIH, permettant le cas échéant de basculer vers une prise en charge thérapeutique classique si le dépistage initial s'avère positif, ou de diagnostiquer précocement une infection qui surviendrait au cours du suivi.

Combiner efficacement les outils et les approches

Face aux enjeux tant collectifs qu'individuels d'améliorer l'offre et l'efficacité de la prévention, et compte tenu de la diversité des outils et des stratégies pouvant utilement y contribuer, un consensus fort s'est établi au cours des dernières années autour de la nécessité de faire converger les efforts en combinant efficacement l'ensemble des approches comportementales, structurelles et biomédicales⁵⁰⁴. Cette stratégie dite de « prévention combinée » ambitionne d'articuler de façon globale les enjeux désormais indissociablement liés de prévention, de changement de comportement, de dépistage et de traitement, et implique de promouvoir l'usage croisé et complémentaire des différents outils disponibles⁵⁰⁵. Elle constitue le cadre conceptuel indispensable pour penser les usages du traitement en prévention, et par conséquent pour envisager de façon prospective les usages potentiels des PrEP⁵⁰⁶.

⁵⁰¹ Marks G., "Meta-Analysis of High-Risk Sexual Behavior in Persons Aware and Unaware They are Infected With HIV in the United States - Implications for HIV Prevention Programs", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 39 (4), août 2005, p. 446-453 ; MacKellar D.A., *et al.*, "Unrecognized HIV infection, risk behaviors, and perceptions of risk among young men who have sex with men", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 38(5), avril 2005, p. 603-614.

⁵⁰² Conseil national du sida, *Avis suivi de recommandations sur l'intérêt du traitement comme outil novateur de la lutte contre l'épidémie d'infections à VIH*, *op. cit.*

⁵⁰³ Gardner E.M., *et al.*, "The Spectrum of Engagement in HIV Care and its Relevance to Test-and-Treat Strategies for Prevention of HIV Infection", *Clinical Infectious Diseases*, vol. 52 (6), mars 2011, p. 793-800.

⁵⁰⁴ Piot P., *et al.*, "Coming to terms with complexity: a call to action for HIV prevention", *The Lancet*, 2008, *op. cit.* ; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), *Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections - A UNAIDS Discussion Paper*, UNAIDS, septembre 2010 ; Padian N. S., *et al.*, "HIV prevention transformed: the new prevention research agenda", *The Lancet*, 2011, *op. cit.*

⁵⁰⁵ Padian N.S., *et al.*, "Evaluation of Large-Scale Combination HIV Prevention Programs: Essential Issues", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 58(2), octobre 2011, p. e23-e28.

⁵⁰⁶ Underhill K., *et al.*, "Packaging PrEP to Prevent HIV: An Integrated Framework to Plan for Pre-Exposure Prophylaxis Implementation in Clinical Practice", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 55(1), septembre 2010, p. 8-13.

II. L'APPORT POTENTIEL DE L'OUTIL PrEP À LA PALETTE DES MOYENS DE PRÉVENTION

II.1. PRINCIPE DE LA PROPHYLAXIE PRÉEXPOSITION ET PREMIERS RÉSULTATS

Une approche classique dans la prévention des maladies infectieuses, mais nouvelle dans le champ du VIH

En matière de maladies infectieuses, l'usage de médicaments en prophylaxie existe déjà pour prévenir, par exemple, le paludisme ou la tuberculose. Contre l'infection à VIH, cette approche est nouvelle. Le concept de PrEP consiste donc, pour une personne *non infectée*, à utiliser en prévention primaire, c'est-à-dire pour éviter de s'infecter par le VIH, des médicaments antirétroviraux (ARV) par ailleurs utilisés pour traiter l'infection chez des personnes atteintes par le VIH.

Concrètement, plusieurs modes d'administration, correspondant potentiellement à des types d'usage différents, sont actuellement à l'étude⁵⁰⁷ :

- La *PrEP orale continue* consiste en une prise régulière⁵⁰⁸ d'un traitement ARV par voie orale dans le but de réduire en permanence le risque d'infection. Quand une exposition au risque survient, elle est alors « encadrée » par la prise d'ARV avant et après la prise de risque. Les premiers résultats disponibles d'essais de PrEP orale concernent cette stratégie de prise en continu. De nombreux autres essais sont actuellement en cours ou à venir.
- La *PrEP orale discontinuée « à la demande »* consiste à prendre un traitement ARV uniquement en cas d'anticipation d'une possible exposition au risque. L'ARV doit être pris une première fois dans les heures précédant l'éventuelle prise de risque, puis une seconde fois peu après l'exposition si elle a eu lieu. Aucun résultat d'essai sur l'homme n'est encore disponible concernant cette stratégie, dont l'efficacité reste donc à ce jour inconnue. L'essai Ipergay (ANRS), dont le recrutement en France vient de débuter (janvier 2012), évaluera ce type de stratégie⁵⁰⁹.
- La *PrEP topique*, qu'on désigne souvent sous le terme de « *microbicide* », consiste en une application locale, vaginale ou anale, d'un gel à base d'ARV dans les heures précédant un rapport sexuel, suivie d'une nouvelle application peu après la relation sexuelle si celle-ci a eu lieu. L'usage du gel s'inscrit donc également dans une stratégie de mise en œuvre discontinuée « à la demande », en anticipation d'une possible activité sexuelle exposant au risque. Le principe du gel topique est de bloquer le processus de l'infection par l'action de l'ARV au niveau de la muqueuse susceptible d'être en contact avec le virus. Seuls les résultats d'un essai concernant un gel vaginal sont disponibles, d'autres essais de gels vaginaux sont en cours. Des recherches sur un gel anal sont envisagées.

Les médicaments antirétroviraux candidats à une utilisation en PrEP se limitent, dans les essais engagés jusqu'ici, d'une part au tenofovir (TDF, Viread®, Gilead Sciences) utilisé seul, d'autre part à une combinaison fixe associant emtricitabine et tenofovir (FTC/TDF, Truvada®),

⁵⁰⁷ Pour un panorama des essais cliniques de PrEP en cours ou programmés (mise à jour janvier 2012), voir www.avac.org/ht/a/GetDocumentAction/i/3113. Pour des mises à jour futures ou pour consulter l'historique des essais, voir www.avac.org/ht/d/sp/i/3507/pid/3507.

⁵⁰⁸ Sous forme de prise quotidienne d'un comprimé dans les protocoles d'essais actuels. L'usage d'autres molécules pourrait cependant permettre d'envisager des prises plus espacées, par d'autres voies d'administration.

⁵⁰⁹ www.ipergay.fr/

Gilead Sciences), couramment utilisés dans le cadre des multithérapies destinées au traitement des personnes infectées. Ils ont été choisis parmi les différents ARV disponibles en fonction de certaines de leurs caractéristiques pharmacologiques favorables à un usage en PrEP, notamment un bon profil de sécurité et de tolérance, une longue persistance du principe actif dans l'organisme (dite demi-vie) permettant une prise quotidienne unique, ainsi que l'absence d'interactions avec des traitements contre la tuberculose, la malaria ou encore avec les contraceptifs hormonaux. Des interactions existent toutefois et doivent être prises en compte avec des traitements antiviraux utilisés notamment contre l'herpès, les infections à cytomégalo virus (CMV) ou l'hépatite B. Des recherches portant sur d'autres médicaments antirétroviraux potentiellement prometteurs en PrEP sont en cours, mais n'en sont qu'à des stades préliminaires d'étude. Elles concernent notamment l'usage du maraviroc oral et sous des formes topiques⁵¹⁰, ainsi que de la rilpivirine sous forme injectable à longue durée d'action⁵¹¹.

Il est important de souligner que si les ARV utilisés en PrEP sont les mêmes que ceux utilisés dans certaines multithérapies pour traiter les personnes infectées, cela ne signifie pas qu'un protocole de PrEP est équivalent à un traitement à visée thérapeutique. En termes de combinaison de plusieurs ARV et de dosage, les protocoles PrEP sont conçus dans une visée uniquement préventive de l'infection et n'ont pas démontré la puissance requise pour constituer un traitement efficace chez une personne déjà infectée. Cela implique que les PrEP ne doivent en aucun cas être proposées à une personne sans s'assurer par un dépistage initial qu'elle n'est pas infectée. Cela implique également qu'il est ensuite important de vérifier régulièrement le statut sérologique des personnes utilisant la PrEP afin d'interrompre au plus tôt la PrEP en cas d'infection effective au profit d'une stratégie classique complète de traitement antirétroviral.

Les premiers résultats d'essais cliniques disponibles montrent une efficacité de la PrEP utilisée en complément de l'usage des moyens classiques de prévention

À ce jour, quatre essais contre placebo concernant, pour l'un, un gel microbicide à base de TDF en application vaginale et, pour les trois autres, la prise continue par voie orale de TDF ou bien du combiné FTC/TDF, ont montré une réduction significative du risque d'acquisition du VIH chez les personnes séronégatives recevant effectivement l'ARV, et, par là, ont prouvé dans le contexte de ces essais la validité du concept (*proof of concept*), à savoir l'existence d'un effet protecteur des ARV administrés préventivement à des personnes non infectées.

Deux autres essais, cependant, ont été respectivement arrêté et modifié en cours de déroulement. Le premier étudie l'usage du FTC/TDF en continu chez les femmes et a dû être interrompu à la suite de résultats intermédiaires ne montrant pas d'effet protecteur probant de l'ARV par rapport au placebo. Le second est un essai en cours qui comparaît initialement les trois approches « FTC/TDF oral », « TDF oral » et « TDF gel vaginal » contre placebo, et dans lequel les bras « TDF oral » et « TDF gel vaginal » ont été interrompus également en raison de résultats intermédiaires non concluants. Ces résultats négatifs apparaissent discordants avec ceux obtenus dans les autres essais. Ces divergences font l'objet d'investigations complémentaires dont les résultats ne sont pas encore connus.

⁵¹⁰ Un essai de PrEP orale à base de maraviroc (MVC, Celsentri®, Pfizer) est en cours d'élaboration (Essai HPTN 069, www.hptn.org/research_studies/hptn069.asp). Son objectif sera de comparer les stratégies de PrEP orale suivantes : MVC seul, MVC+FTC, MVC+TDF, FTC/TDF. D'autre part, au regard de plusieurs propriétés du maraviroc favorables à une utilisation topique, des recherches visent à mettre au point des spécialités à base de maraviroc sous forme de gel vaginal et/ou anal ainsi que d'anneau vaginal.

⁵¹¹ La rilpivirine (TMC278) est un ARV récent existant aujourd'hui sous forme de comprimés (Edurant®, Janssen-Cilag). Une forme injectable à longue durée d'action (TMC278LA) en vue d'un usage en PrEP fait l'objet d'un essai clinique de phase I (Essai NCT01275443 <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01275443>).

Le tableau ci-après schématise les protocoles mis en œuvre dans la série d'essais contre placebo en cours ou achevés et pour lesquels des résultats sont disponibles :

Tableau comparatif simplifié des essais PrEP dont des résultats sont disponibles

Type de PrEP	Essai <i>ARV utilisé</i>	Population ciblée (effectif) Pays	Bras offre renforcée de prévention « classique » + placebo <i>nb de contaminations observées/ effectif</i>	Bras offre renforcée de prévention « classique » + ARV <i>nb de contaminations observées/ effectif</i>		Résultats
PrEP orale continue	iPrEx ⁵¹² <i>comprimé quotidien de FTC-TDF (Truvada®)</i>	HSH séronégatifs à très fort risque d'acquisition du VIH (n=2499) États-Unis, Brésil, Pérou, Équateur, Afrique du Sud, Thaïlande	64/1 248	36/1 251		- réduction globale de l'incidence de 44 % - fort impact de l'observance : réduction > 70 % dans sous-groupe déclarant un haut niveau d'observance et > 90 % si ARV détectable dans sous-groupe soumis à vérification par dosage biologique
	PARTNERS-PrEP ⁵¹³ <i>comprimé quotidien de TDF (Viread®) ou comprimé quotidien de FTC-TDF (Truvada®)</i>	couples hétérosexuels sérodifférents (partenaire infecté non-traité) en population à très forte prévalence (n=4 758) Kenya, Ouganda	47/1 584	bras TDF 18/ 1 584	bras FTC/TDF 13/ 1 579	réduction globale de l'incidence de 62 % à 73 % selon les ARV utilisés (différence entre les deux bras ARV non significative) <i>Remarque : en raison de ces résultats intermédiaires favorables, arrêt en 2011 du bras placebo (devenu non éthique) et réassignation des participants aux deux bras ARV pour poursuite de l'essai avec objectif de comparer l'efficacité respective de la stratégie FTC/TDF vs TDF seul.</i>

⁵¹² Grant, R.M., "Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men", *New England Journal of Medicine*, vol. 363, décembre 2010, p. 2 587-2 599.

⁵¹³ http://depts.washington.edu/uwicrc/research/studies/files/PrEP_ResultsKeyMessages.pdf

PrEP orale continue	TDF2 ⁵¹⁴ <i>comprimé quotidien de FTC-TDF (Truvada®)</i>	hommes (55 %) et femmes (45 %) hétérosexuels séronégatifs en population à très forte prévalence (n=1 200) Botswana	24/599	9/601	- réduction globale de l'incidence de 63 % - fort impact de l'observance : réduction de 77 % en excluant les participants ayant interrompu la prise de traitement (ou placebo) pendant 30 jours ou plus
	FEM-PreP ⁵¹⁵ <i>comprimé quotidien de FTC-TDF (Truvada®)</i>	femmes hétérosexuelles séronégatives en population à très forte prévalence (n=1 951) Kenya, Afrique du Sud, Tanzanie	Les résultats intermédiaires montrent que l'essai ne pourra pas démontrer de différence significative entre le bras FTC/TDF oral et le bras placebo		→ interruption de l'essai
	VOICE ⁵¹⁶ <i>comprimé quotidien de TDF (Viread®) ou comprimé quotidien de FTC-TDF (Truvada®)</i>	femmes hétérosexuelles séronégatives en population à très forte prévalence (n=5 029) Afrique du Sud, Zimbabwe, Ouganda	Les résultats intermédiaires montrent que l'essai ne pourra pas démontrer de différence significative entre : - bras TDF oral vs bras placebo		→ poursuite de l'essai uniquement avec le bras FTC/TDF oral vs bras placebo (<i>en cours, pas de résultats disponibles</i>). → interruption du bras TDF oral
PrEP topique	<i>ou gel vaginal 1 % TDF</i>		- bras gel vaginal 1 % TDF vs bras placebo		→ interruption du bras gel vaginal 1 % TDF
	CAPRISA 004 ⁵¹⁷ <i>gel vaginal 1 % TDF</i>	femmes hétérosexuelles séronégatives en population à très forte prévalence (n=889) Afrique du Sud	60/444	38/445	- réduction globale de l'incidence de 39 % - fort impact de l'observance : réduction de 54 % dans le sous-groupe utilisant le gel (ou placebo) dans plus de 80 % rapports sexuels

Dans tous les essais conduits sur la PrEP, pour des raisons méthodologiques et éthiques, l'ensemble des participants – ceux recevant le produit actif comme ceux recevant un placebo – ont bénéficié d'une offre renforcée de prévention dite « classique » comprenant

⁵¹⁴ www.cdc.gov/hiv/prep/pdf/TDF2factsheet.pdf

⁵¹⁵ www.fhi360.org/en/Research/Projects/FEM-PreP.htm, pour des précisions concernant l'interruption de l'essai, voir

www.fhi360.org/NR/rdonlyres/erj6hevouwvddigjldvcca6tvtybfolh4nedyfo4yz2i7la53jknim6ex42bme2rvyq6zfzovyrk/b/FEMPrePFactSheetJune2011.pdf

⁵¹⁶ www.mtnstopshiv.org/news/studies/mtn003, pour des précisions concernant l'interruption des bras TDF oral et gel vaginal TDF 1 %, voir respectivement www.mtnstopshiv.org/node/3619 et www.mtnstopshiv.org/node/3909

⁵¹⁷ Abdool Karim, Q., *et al.*, "Effectiveness and Safety of Tenofovir Gel, an Antiretroviral Microbicide, for the Prevention of HIV Infection in Women", *Science*, vol. 329, septembre 2010, p. 1 168-1 174.

un dépistage régulier du VIH et des autres IST, la fourniture régulière et gratuite de préservatifs et un counseling⁵¹⁸ renforcé sur les méthodes de prévention de la transmission du VIH et des IST. En situation de double incertitude – incertitude sur l'efficacité des ARV en PrEP et incertitude sur le fait de recevoir effectivement un produit actif ou au contraire le placebo, l'ensemble des participants était donc fortement incité à se protéger par les méthodes traditionnelles mises à leur disposition⁵¹⁹.

De la sorte, ces essais montrent l'efficacité de la protection par les ARV *en sus et non en substitution* de la protection apportée par l'usage des outils classiques de la prévention. Ce qui est mesuré dans les essais actuels n'est donc pas le niveau de réduction du risque procuré par l'ARV utilisé seul, mais la réduction supplémentaire du risque procurée par l'ARV ajouté à la promotion de l'usage des moyens de protections classiques.

Les niveaux de protection obtenus par l'adjonction de la PrEP peuvent, en première approche, être jugés modérés voire décevants. Cette appréciation appelle toutefois deux remarques.

En premier lieu, ces résultats reflètent, sans surprise, l'importance cruciale de l'observance du traitement. Les deux essais enregistrant la meilleure efficacité globale, avec une diminution de l'incidence de l'ordre de 60 à 70 %, sont également caractérisés par un bon niveau d'observance chez la majorité des participants. À l'inverse, les résultats des autres essais apparaissent d'abord modérés par les carences d'observance constatées chez une partie des participants, pendant que de hauts niveaux d'efficacité sont enregistrés, du moins pour les PrEP orales, chez les participants les plus observants. L'outil PrEP montre ainsi une efficacité théorique élevée, au sens où les ARV, s'ils sont effectivement utilisés, et dans le cadre très strict des essais cliniques, font la preuve de leur capacité à procurer un haut niveau de protection. Pour autant, l'effectivité ou l'efficacité réelle de l'outil dépend clairement des modalités de sa mise en œuvre par les personnes, de leur capacité à en faire un usage correct, cohérent et constant, facteur qui renvoie à la dimension comportementale classique de la prévention.

En second lieu, précisément dans cette perspective d'évaluer concrètement le bénéfice potentiel de l'adjonction de l'outil PrEP, il convient de considérer les résultats d'efficacité obtenus dans les essais au regard des contextes d'échec relatif de la mise en œuvre des moyens classiques de prévention. Le tableau précédent montre que l'on observe un nombre non négligeable de contaminations dans les bras « offre de prévention classique seule », ce qui met en évidence les limites d'une intervention en prévention conventionnelle, pourtant optimisée et renforcée dans le cadre d'un essai, dans les populations à fort risque d'exposition (forte prévalence, forte incidence, haut niveau de prises de risque) au sein desquelles les essais ont été menés. Dès lors, mais à condition que la PrEP s'inscrive dans une offre globale de prévention et intervienne en complément du recours aux méthodes traditionnelles, la protection apportée par la PrEP, même partielle, constitue un gain net de sécurité pour les individus et un moyen de réduction supplémentaire de l'incidence du VIH au plan collectif. Elle apparaît donc comme un outil susceptible de compléter et améliorer

⁵¹⁸ Le terme *counseling*, issu de la littérature anglo-saxonne, s'est imposé dans la prévention du VIH pour désigner l'ensemble des pratiques visant à apporter, de façon individualisée, l'information, l'écoute, l'orientation et le soutien psychologique et social susceptibles de permettre à une personne de se protéger efficacement contre le risque de contracter ou de transmettre le VIH.

⁵¹⁹ Myers G. M., Mayer K. H., "Oral Preexposure Prophylaxis for High-Risk U.S. Populations: Current Consideration in Light of New Findings", *AIDS Patient Care and STDs*, vol. 25 (2), 2011, p. 63-71. Voir en particulier sur ce point p. 67.

l'efficacité de l'offre préventive en direction des groupes de population en situation de forte exposition au risque.

Des modélisations permettent de cerner les déterminants de l'impact collectif potentiel des PrEP sur l'épidémie

Parallèlement aux essais cliniques, huit études à ce jour se sont attachées à construire des modèles mathématiques testant différentes hypothèses et scénarii de mise en œuvre des PrEP et permettant d'en évaluer l'impact attendu en termes de réduction du nombre de contaminations dans la population ciblée par l'intervention^{520 521 522 523 524 525 526 527}. Trois de ces modélisations comprennent en outre un volet coût-efficacité. Sans entrer ici dans une présentation des différents modèles, au demeurant très hétérogènes dans leur méthodologie comme dans leurs hypothèses de paramétrage, on peut noter que l'on dispose d'une part de cinq études concernant des populations hétérosexuelles en zone de très forte prévalence (pays d'Afrique subsaharienne), d'autre part de trois études ciblant des populations HSH (États-Unis). Cinq de ces études modélisent l'impact d'une augmentation des comportements à risque consécutivement à l'introduction de la PrEP et une explore la relation entre la stratégie PrEP et le développement concomitant de la stratégie de dépistage et de traitement des personnes infectées (stratégie TasP).

Ces travaux, par delà leur diversité, convergent à montrer que l'impact de la PrEP sur l'incidence dépend très fortement :

- *des caractéristiques de la population cible* : l'impact du déploiement d'une offre de PrEP s'avère d'autant plus significatif que la population ciblée est à très haut risque de contamination, c'est-à-dire caractérisée par une forte prévalence/incidence du VIH en son sein et/ou un usage insuffisant des autres moyens de protection (usage insuffisant du préservatif, faible taux ou fréquence insuffisante du dépistage).
- *des caractéristiques de la PrEP et de sa mise en œuvre* : l'impact de la PrEP apparaît d'autant plus significatif que le traitement ARV utilisé est efficace à réduire le risque de contamination (performances de l'ARV), que le taux de couverture antirétrovirale de la population ciblée est élevé (proportion des personnes recourant à la PrEP, taux d'usage effectif/qualité de l'observance des utilisateurs), enfin que l'augmentation des comportements à risques pouvant être induits par l'introduction

⁵²⁰ Abbas U. L., *et al.*, "Potential Impact of Antiretroviral Chemoprophylaxis on HIV-1 Transmission in Resource-Limited Settings", *PLoS ONE*, vol. 2 (9), septembre 2007, p. e875, www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0000875

⁵²¹ Vissers D. C. J., *et al.*, "The Impact of Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) on HIV Epidemics in Africa and India: A Simulation Study", *PLoS ONE*, vol. 3 (5), mai 2008, p. e2077, www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0002077

⁵²² Desai K., *et al.*, "Modeling the impact of HIV chemoprophylaxis strategies among men who have sex with men in the United States: HIV infections prevented and cost-effectiveness", *AIDS*, vol. 22 (14), septembre 2008, p. 1 829-1 839.

⁵²³ Paltiel A. D., *et al.*, "HIV Preexposure Prophylaxis in the United States: Impact on Lifetime Infection Risk, Clinical Outcomes, and Cost-Effectiveness", *Clinical Infectious Diseases*, vol. 48, mars 2009, p. 806-815.

⁵²⁴ Van de Vijver D. A., *et al.*, "Circulating HIV Type 1 Drug Resistance Will Have Limited Impact on the Effectiveness of Preexposure Prophylaxis among Young Women in Zimbabwe", *Journal of Infectious Diseases*, vol. 199 (9), mai 2009, p. 1 310-1 317.

⁵²⁵ Supervie V., *et al.*, "HIV, transmitted drug resistance, and the paradox of preexposure prophylaxis", *PNAS*, vol. 107, n° 27, juillet 2010, p. 1 2381-1 2386, www.pnas.org/content/107/27/12381.full

⁵²⁶ Abbas U. L., *et al.*, "Factors Influencing the Emergence and Spread of HIV Drug Resistance Arising from Rollout of Antiretroviral Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP)", *PLoS ONE*, vol. 6 (4), avril 2011, p. e18165, www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0018165

⁵²⁷ Pretorius C. *et al.*, "Evaluating the Cost-Effectiveness of Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) and Its Impact on HIV-1 Transmission in South Africa", *PLoS ONE*, vol. 5 (11), novembre 2011, p. e13646, www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0013646

de la PrEP reste faible (nombre de partenaires, choix ou fréquence des pratiques les plus à risques, fréquence des pratiques non-protégées par le préservatif)

En outre, l'étude explorant plus spécifiquement les phénomènes de complémentarité ou de concurrence entre stratégies PrEP et TasP⁵²⁸ met en évidence un lien « en vases communicants » dont il convient de tenir compte dans les contextes où le dépistage et le traitement en cas d'infection diagnostiquée sont largement accessibles, ce qui est le cas dans un pays comme la France. Il apparaît que plus la proportion de personnes infectées couvertes par le traitement augmente, moins la PrEP n'a d'impact sur l'incidence et n'est coût-efficace, et inversement⁵²⁹.

En termes de stratégie, là où le dépistage et le traitement sont accessibles, l'offre de PrEP doit donc plus particulièrement cibler des publics non seulement fortement exposés au risque de contamination, mais au sein desquels une partie importante des transmissions a pour origine des personnes ignorant leur infection et où la stratégie de prévention par le traitement des personnes infectées n'est par conséquent pas optimale ou bien se heurte à des limites.

Deux cas de figure peuvent être schématiquement distingués :

- Le premier est celui d'une population au sein de laquelle le taux de dépistage est faible ou sa fréquence insuffisante, autrement dit dans laquelle la proportion de personnes infectées diagnostiquées tardivement est importante. Dans ce contexte, le développement de la PrEP, en exigeant un dépistage initial puis régulier, favorise la détection plus précoce des personnes infectées et leur accès au traitement. Elle contribue donc progressivement à améliorer les performances de la stratégie de prévention par le traitement des personnes infectées – et pourrait ainsi n'avoir vocation à être activement promue que pendant une période transitoire plus ou moins longue.
- Le second cas de figure concerne à l'inverse une population au sein de laquelle, en dépit d'un recours fréquent et régulier au dépistage, une proportion importante des transmissions a pour origine des personnes récemment ou très récemment infectées (primo-infections notamment).⁵³⁰ Dans ce cas, qui concerne notamment des

⁵²⁸ Pretorius C. *et al.*, "Evaluating the Cost-Effectiveness of Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) and Its Impact on HIV-1 Transmission in South Africa", 2011, *op. cit.*

⁵²⁹ *Ibid.*, les auteurs concluent notamment, relativement à la situation sud-africaine étudiée : [...] *The cost-effectiveness of PrEP relative to ART decreases rapidly as ART coverage increases beyond three times its coverage in 2010, after which the ART program would provide coverage to more than 65 % of HIV+ individuals. To have a high relative cost-effective impact on reducing infections in generalized epidemics, PrEP must utilize a window of opportunity until art has been scaled up beyond this level.*

⁵³⁰ La quantité très importante de virus présente dans l'organisme pendant la phase de primo-infection (premières semaines suivant la contamination) induit un risque de transmission beaucoup plus élevé. Une étude portant sur une cohorte ougandaise estime ainsi que le risque de transmission sexuelle est 26 fois plus important pendant la période d'environ trois mois suivant la contamination que pendant la phase d'infection chronique asymptomatique de plusieurs années qui s'installe ensuite (Hollingsworth T. D., *et al.*, "HIV-1 Transmission, by Stage of Infection", *Journal of Infectious Diseases*, vol.198, septembre 2008, p. 687-693). Différentes études ont souligné le rôle très important des primo-infections et des infections récentes dans la dynamique de l'épidémie, par exemple au Québec (Brenner B. G., *et al.*, "High Rates of Forward Transmission Events after Acute/Early HIV-1 Infection", *Journal of Infectious Diseases*, vol.195, avril 2007, p. 951-959) et au Malawi (Powers, K.A., *et al.*, "The role of acute and early HIV infection in the spread of HIV and implications for transmission prevention strategies in Lilongwe, Malawi: a modelling study", *The Lancet*, vol. 378, n° 9787, juillet 2011, p. 256-268). Cet impact demeure toutefois discuté au regard des résultats d'une autre étude, portant sur plusieurs pays d'Europe, ainsi que de considérations méthodologiques (Brown A. E., *et al.*,

populations HSH très fortement multipartenaires⁵³¹, la stratégie de prévention par le dépistage et le traitement précoce des personnes infectées tend à trouver ses limites. Un nombre non négligeable de transmissions peuvent en effet se produire dans le laps de temps, même réduit à quelques semaines ou mois, séparant la contamination de la personne de son dépistage⁵³², et *a fortiori* du moment où un traitement aura été initié et aura atteint son objectif de suppression virale. Dans un tel contexte, l'option PrEP apparaît comme une stratégie complémentaire durable.

II.2. UN OUTIL POTENTIELLEMENT INTÉRESSANT POUR RÉPONDRE À DES SITUATIONS D'ÉCHEC OU DE DIFFICULTÉS DE PRÉVENTION PAR LES MOYENS STANDARDS

Cerner les facteurs de forte exposition au risque

Sur la base des résultats disponibles et sous réserve de confirmation par les essais en cours et à venir, l'adjonction d'outils de PrEP offre l'opportunité d'améliorer le niveau de protection pour des personnes ou des groupes de personnes identifiées comme très fortement exposées à un risque de contamination par le VIH.

Cette notion de forte exposition au risque est déterminée à la fois par un facteur d'ordre épidémiologique, à savoir une probabilité élevée d'avoir un/des partenaire(s) sexuel(s) porteur(s) du VIH non traité(s), et par un facteur d'ordre comportemental, c'est à dire l'absence de protection ou une protection insuffisante des pratiques sexuelles par des moyens de protection adaptés.

Sur un strict plan statistique, donc sans égard ici pour les moyens de protection susceptibles d'être mis en œuvre, le risque qu'une personne a d'être potentiellement exposée au VIH par un partenaire apparaît d'autant plus élevé qu'elle recrute son/ses partenaires sexuels au sein d'une population ou d'un groupe de population fortement affectée par le VIH (situation épidémiologique de forte prévalence/incidence du VIH), que le nombre de ses partenaires est élevé, et/ou qu'elle est engagée dans une/des relations avec un/des partenaires réguliers ou occasionnels dont le statut sérologique est inconnu ou non dévoilé, mais identifiés comme ayant ou pouvant avoir des pratiques à risques. Enfin, le risque est pleinement constitué dans le cadre d'une relation avec un partenaire dont l'infection par le VIH est connue et non traitée, et notamment dans le cas des relations au sein d'un couple dit « sérodifférent ».

Sur le plan, ensuite, du risque d'exposition lié à l'absence de mise en œuvre ou à une mise en œuvre insuffisante des moyens de protection des pratiques sexuelles, il convient de distinguer entre des *expositions au risque subies par la personne* et des *prises de risques engagées par la personne elle-même* :

- par exposition au risque subie, il s'agit d'entendre les prises de risque imposées à une personne par un ou des partenaires dans un contexte social, culturel,

"Phylogenetic Reconstruction of Transmission Events from Individuals with Acute HIV Infection: Toward More-Rigorous Epidemiological Definitions", *Journal of Infectious Diseases*, vol.199, février 2009, pp. 427-431).

⁵³¹ Voir, pour la France, Velter A., *et al.*, « Prévalence du VIH et comportement de dépistage des hommes fréquentant les lieux de convivialité *gay* parisiens, Prévagay 2009 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 45-46, InVS, novembre 2010, p. 464-467.

⁵³² *Ibid.* L'étude Prévagay, conduite dans 14 établissements de rencontre *gay* parisiens dont 9 dotés d'espaces de convivialité sexuelle (*backrooms*, saunas), révèle une prévalence du VIH élevée (18 %) et montre que 20 % des participants infectés ignoraient leur séropositivité au moment de l'enquête, bien que 62 % d'entre eux aient réalisé un test de dépistage dans les 12 mois précédent, suggérant une proportion importante d'infections survenues dans l'intervalle.

économique et/ou relationnel qui ne permet pas ou pas toujours à la personne de négocier une protection efficace, notamment par le préservatif : rapports de force économique ou affectif défavorable, rapports sociaux de genre vulnérabilisant notamment des femmes, situations d'inégalité, de sujétion d'un des partenaires au sein de couples, etc. ;

- les prises de risques engagées par la personne elle-même relèvent de multiples déterminants. Des personnes peuvent faire le choix assumé d'accepter, en connaissance de cause, un niveau de risque élevé dans leurs pratiques. Pour autant, toutes les prises de risque ne sont pas nécessairement volontaires, conscientes ou assumées. L'engagement dans des pratiques à risques peut être le résultat d'une carence de « compétences » préventives des personnes, qui peuvent méconnaître ou sous-estimer les risques auxquels elles s'exposent, ignorer les moyens efficaces de se protéger, ou encore recourir à des moyens ou des stratégies de réduction des risques illusoire, inadaptés ou insuffisants. Ce peut être également le résultat de difficultés de « maîtrise » des conduites préventives, pour de nombreuses raisons : difficultés d'ordre sexuel ou affectif à mettre en œuvre dans certaines situations les moyens de protection adaptés, difficultés à maintenir un haut niveau de protection sur la longue durée, difficultés à concilier protection et insertion dans un groupe ou dans une culture sexuelle dont les codes de comportement ne favorisent pas la protection, difficultés induites par l'altération des facultés physiques et cognitives liée à la consommation d'alcool ou de stupéfiants.

Déterminer les usagers potentiels de la PrEP en France : distinguer intérêt collectif et intérêt individuel

En termes de facteurs épidémiologiques d'exposition au risque, la situation en France métropolitaine est caractérisée par une épidémie concentrée. Les données épidémiologiques de prévalence et d'incidence du VIH montrent que l'essentiel des transmissions s'effectuent d'une part dans la population des HSH⁵³³, et d'autre part, selon un mode de transmission majoritairement hétérosexuel, au sein des populations migrantes⁵³⁴, notamment originaires d'Afrique subsaharienne⁵³⁵. Dans ce groupe, l'épidémie concerne une proportion importante de femmes⁵³⁶. Hors du territoire métropolitain, le cas de la Guyane et, à un moindre degré, celui de la Guadeloupe constituent un enjeu spécifique dans la mesure où ces départements sont confrontés à une épidémie qui peut être qualifiée de généralisée⁵³⁷.

La pertinence de déployer une offre de PrEP en France et de son ciblage en direction de publics spécifiques doit être questionnée à deux niveaux distincts, selon que l'on se place dans la perspective d'obtenir un impact collectif significatif sur l'épidémie, ou dans celle de penser l'intérêt de la PrEP comme outil de prévention individuelle susceptible de répondre

⁵³³ En 2010, 40 % des découvertes de séropositivité en France résultent d'une transmission homosexuelle masculine et 57 % d'une transmission hétérosexuelle du virus (InVS, données DO VIH au 31 décembre 2010).

⁵³⁴ En 2010, les migrants (au sens des personnes nées à l'étranger) contaminés par voie hétérosexuelle représentent 39 % de l'ensemble des découvertes de séropositivité et près de 70 % des cas de contamination hétérosexuelle. On note par ailleurs que 17 % des cas de contamination homosexuelle concernent des hommes nés à l'étranger (InVS, données DO VIH au 31 décembre 2010).

⁵³⁵ 68 % des migrants découvrant leur séropositivité au VIH en 2008 sont originaire d'Afrique subsaharienne (InVS, données DO VIH au 31 décembre 2008).

⁵³⁶ En 2008, dans le sous-groupe des migrants originaires d'Afrique subsaharienne, 58 % des découvertes de séropositivité concernaient des femmes contre 41 % chez les hétérosexuels nés en France. En outre, 75 % des femmes découvrant leur séropositivité au VIH en France sont des femmes nées à l'étranger. (InVS, données DO VIH au 31 décembre 2008)

⁵³⁷ L'OMS considère que l'épidémie est généralisée dans un territoire quand la prévalence du VIH chez les femmes enceintes est supérieure à 1 %.

aux besoins de personnes en situation d'échec de prévention par les autres moyens existants.

- Ainsi, si l'on considère d'une part les *critères épidémiologiques* des populations dans lesquelles les essais PrEP ont montré un impact significatif sur l'incidence et, d'autre part, les *facteurs d'efficacité d'une intervention PrEP* mis en évidence dans les modélisations d'impact et les études coût-efficacité, seule la population HSH, avec une incidence moyenne estimée entre 1,01 et 1,04 %, paraît « éligible » à une intervention susceptible d'impacter significativement l'incidence. Les autres groupes évoqués, bien que caractérisés par une prévalence ou une incidence très supérieure à la moyenne nationale, demeurent très en deçà des critères de références pour lesquels un impact sur la dynamique épidémique est aujourd'hui prouvé⁵³⁸.
- Pour autant, en termes de *droit des personnes*, l'accès à la PrEP ne saurait être soumis à une restriction fondée sur l'orientation sexuelle, d'ailleurs difficile à objectiver. L'intérêt individuel du recours à la PrEP justifie de la rendre accessible à un public plus large, c'est-à-dire à toutes les personnes pour lesquelles elle apparaît susceptible d'apporter une réponse pertinente compte tenu des prises de risque qu'elles subissent et/ou auxquelles elles s'exposent. En ce sens, l'accès d'une personne à la PrEP ne doit pas dépendre d'un critère d'appartenance à tel ou tel groupe, mais d'un critère de situation individuelle par rapport au risque de contracter le VIH.

Un outil susceptible de renforcer l'autonomie des personnes et de répondre à des difficultés de prévention spécifiques

L'intérêt majeur de l'outil PrEP réside dans le fait que sa mise en œuvre intervient en amont de la situation d'exposition au risque et que sa maîtrise ne dépend pas du partenaire mais bien de la personne qui souhaite se protéger. Il peut ainsi constituer un moyen précieux de renforcer l'autonomie des personnes, soit dans les situations d'exposition au risque subie, soit, comme il a également été évoqué, pour des personnes identifiant leurs difficultés à conserver une maîtrise de soi suffisante pour se protéger efficacement et systématiquement en situation de risque sexuel⁵³⁹. Dans une perspective de prévention ajustée au plus près des besoins des individus, les différentes formes de PrEP – topique, continue, « à la demande » – peuvent contribuer à développer des réponses différenciées et adaptées selon les contraintes et les problématiques de risque de chacun.

De façon évidente au regard des raisons épidémiologiques déjà évoquées, les PrEP peuvent offrir une réponse spécifique à des problématiques de prise de risque fortement prévalentes chez les HSH. De nombreuses données d'enquêtes et des travaux qualitatifs ont permis de mettre en évidence et d'analyser une augmentation régulière des comportements sexuels à

⁵³⁸ Le taux d'incidence estimé au sein des populations migrantes d'origine d'Afrique subsaharienne en France est de 0,25 % et apparaît très en deçà des taux au moins égaux ou supérieurs à 1 % qui caractérisent les populations prises en considération dans les différents types d'études sur la PrEP. Pour ce qui est de la situation épidémiologique en Guyane, on ne dispose pas de données d'incidence, mais l'on sait que la prévalence du VIH s'établit à environ 1 % chez les femmes françaises et jusqu'à 3,5 % chez les femmes haïtiennes, les plus fortement touchées (données 2003). Dans les populations où ont été conduits les essais de PrEP, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes se situe dans des ordres de grandeur allant de 20 à 50 %.

⁵³⁹ Sur la perception de la PrEP par ses usagers potentiels comme opportunité de renforcer leur autonomie, voir notamment Eisingerich A. B., *et al.*, "Attitudes and Acceptance of Oral and Parenteral HIV Preexposure Prophylaxis among Potential User Groups: A Multinational Study", *PLoS ONE*, vol. 7(1), janvier 2012, p. e28238, www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0028238

risques depuis la fin des années 1990⁵⁴⁰. Cette augmentation est observable quel que soit le statut sérologique, mais la proportion est plus élevée chez les hommes séropositifs au VIH et chez ceux qui doutent de leur statut. Parmi les indicateurs de cette évolution, la proportion d'HSH déclarant *au moins une pénétration anale non protégée* au cours des 12 derniers mois avec un partenaire occasionnel est passée de 15 % des séronégatifs et 26 % des séropositifs en 1997⁵⁴¹ à respectivement environ 30 % des séronégatifs et de 50 % à 70 % des séropositifs dans la seconde moitié des années 2000⁵⁴². Près de 13 % des HSH séronégatifs et 57 % des HSH séropositifs déclarent, en 2009, des relations anales *régulièrement non protégées* avec des partenaires occasionnels⁵⁴³. De nombreux facteurs explicatifs et/ou prédictifs des prises de risques ont été étudiés. La diversité des modes de vie, des identités, des modes de rencontre et de convivialité et des cultures sexuelles spécifiques que recouvre le terme HSH ne permet évidemment pas d'analyse en généralité des problématiques de prévention, et la pertinence de l'apport potentiel des PrEP ne peut s'évaluer que dans le cadre d'analyses fines des comportements et des facteurs de risque qui ne peuvent être développées ici.

Quelques éléments de réflexion peuvent cependant être soulignés.

Parmi les HSH séronégatifs déclarant des comportements à risque, il importe de noter qu'une part importante d'entre eux fait état de prises de risque occasionnelles et non régulières ou systématiques, indiquant qu'ils maintiennent fondamentalement un objectif de prévention, toutefois susceptible d'être remis en cause dans certaines circonstances, que ce soit par échec à maintenir l'objectif dans la circonstance, ou par choix assumé de faire une exception compte tenu de la circonstance⁵⁴⁴. Les PrEP, dans leurs différentes formes, sont susceptibles d'apporter une réponse intéressante à ce type de problématique individuelle de prévention, dans lequel le maintien de la préoccupation préventive est favorable à un usage de la PrEP en complément des pratiques conventionnelles de prévention, pour sécuriser les prises de risque exceptionnelles.

Dans le cas des hommes déclarant des pratiques régulièrement, voire systématiquement non protégées, le potentiel des PrEP paraît en revanche plus incertain au regard de préoccupations de protection *a priori* faibles. Une analyse des pratiques sexuelles dans ce groupe montre cependant que les prises de risque sont fortement articulées à des constructions du désir sexuel et du plaisir dans lesquelles l'analité, le contact oral avec le sperme, l'échange de fluides, associés à des pratiques de groupe, un fort multipartenariat ou encore des consommations de psychotropes, occupent une place déterminante⁵⁴⁵. L'arbitrage opéré au profit de la qualité de la vie sexuelle et du plaisir peut donc être motivé moins par une indifférence des personnes à leur protection que par l'incompatibilité radicale de l'usage du préservatif avec les pratiques constitutives de leur désir sexuel. Il est donc possible d'émettre l'hypothèse – que rien à ce stade ne permet toutefois d'étayer – que les PrEP puissent également rencontrer un intérêt auprès de personnes aujourd'hui très

⁵⁴⁰ Pour la France, les principales sources documentant cette évolution sont les enquêtes régulières Presse gaie (EPG), Baromètre *gay* (BG) et Net-baromètre *gay* (NBG), conduites respectivement depuis 1985, 2000 et 2003. Voir également, pour une analyse globale, Bozon M. et Doré V. (dir.), *Sexualité, relations et prévention chez les homosexuels masculins : Un nouveau rapport au risque*, Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS), coll. Sciences sociales et sida, Paris, 2007. Pour une documentation de ces phénomènes au plan européen et international, se reporter aux références indiquées dans la partie IV.1 de cet avis.

⁵⁴¹ Données EPG 1997.

⁵⁴² Données convergentes EPG 2004, BG 2009 et NBG 2009.

⁵⁴³ Données NBG 2009.

⁵⁴⁴ Auditions CNS.

⁵⁴⁵ Auditions CNS.

éloignées de la prévention en leur offrant, sinon une protection optimale, du moins une possibilité de réduction des risques préférable à l'absence de toute protection.

Dans l'identification des publics cibles potentiels de la PrEP, au-delà des publics HSH, une attention particulière doit être portée au fait qu'elle offre notamment aux femmes hétérosexuelles, au regard des problématiques de rapports sociaux et/ou d'inégalités de genre auxquelles certaines sont confrontées dans leur sexualité⁵⁴⁶, un moyen d'améliorer leur protection de façon entièrement autonome⁵⁴⁷. Le préservatif féminin constituait jusque là le seul outil dont la mise en œuvre technique ne dépendait pas du partenaire masculin, mais trouvait néanmoins sa limite dans le fait qu'il ne passait pas inaperçu du partenaire masculin et pouvait se heurter à son refus. Les différentes formes de PrEP, en autorisant une protection individuelle à l'insu du partenaire, permettent une réponse à ce type de situations contraintes, face auxquelles l'injonction classique à se protéger restait jusque là inopérante.

La PrEP est donc susceptible d'améliorer considérablement la sécurité de l'ensemble des personnes, en particulier de certaines femmes mais également de certains hommes, jusque là exposées de façon plus ou moins récurrente à des situations d'absence totale de protection avec un ou des partenaires de statut sérologique inconnu et potentiellement à fort risque d'être porteur du VIH – que ce soit au sein du couple, avec des partenaires occasionnels, ou, dans le cas de relations tarifées, avec certains clients⁵⁴⁸.

Un cas particulier, enfin, est celui des couples sérodifférents en demande de solutions pour alléger la contrainte d'une protection systématique des rapports sexuels par le préservatif, soit dans une perspective ponctuelle de procréation sans recours aux technologies médicalisées, soit pour des raisons affectives et de qualité de leur vie sexuelle en général. L'intérêt de la PrEP comme outil de prévention au sein de ces couples paraît d'emblée et par principe limité, tant il semblerait paradoxal de traiter par ARV le partenaire non infecté plutôt que le partenaire infecté. Sur le plan préventif, le traitement de la personne infectée a aujourd'hui fait la preuve de sa capacité à réduire de façon extrêmement forte le risque de transmission⁵⁴⁹. En termes d'efficacité préventive comme de robustesse des données, les résultats préliminaires obtenus avec les PrEP ne permettent en aucun cas, du moins pour l'instant, d'affirmer qu'un niveau de protection équivalent à celui apporté par le traitement de la personne infectée pourra être obtenu. Sur le plan de l'analyse bénéfice-risque, ensuite, le déséquilibre est évident entre, d'un côté, une personne infectée pour qui le traitement constitue de toute façon une nécessité thérapeutique, et qu'il est aujourd'hui recommandé d'initier précocement, et de l'autre une personne non infectée pour laquelle le bénéfice est uniquement préventif.

Pour autant, si le principe doit être d'offrir aux couples sérodifférents préférentiellement une solution TasP, des recours à la PrEP devront pouvoir être envisagés dans certains cas

⁵⁴⁶ Voir notamment Garcia-Moreno C, *et al.*, "Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence", *The Lancet*, vol. 368, n° 9 543, octobre 2006, p. 1 260-12 69; The Gender and Development Group [Poverty Reduction and Economic Management (PREM)], *Integrating Gender Issues into HIV/AIDS Programs*, World Bank, Washington, DC, 2004, <http://siteresources.worldbank.org/INTGENDER/Resources/GenderHIVAIDSGuideNov04.pdf>.

⁵⁴⁷ Eisingerich A. B., *et al.*, "Attitudes and Acceptance of Oral and Parenteral HIV Preexposure Prophylaxis among Potential User Groups: A Multinational Study", *PLoS ONE*, 2012, *op.cit.*, p. e28238-7.

⁵⁴⁸ Sur les problématiques spécifiques de prévention dans des contextes de prostitution, voir Conseil national du sida, *VIH et commerce du sexe. Garantir l'accès universel à la prévention et aux soins. Avis suivi de recommandations*, 16 septembre 2009. www.cns.sante.fr/spip.php?article349

⁵⁴⁹ Cohen M. S., *et al.*, "Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Thera" », *New England Journal of Medicine*, 2011, *op. cit.*

particuliers, notamment à titre transitoire et/ou complémentaire face à diverses situations pouvant faire obstacle au traitement du partenaire infecté ou à son efficacité, ou encore pour tenir compte d'aspects affectifs et psychologiques conduisant le couple et plus particulièrement le partenaire séronégatif à en formuler la demande⁵⁵⁰. En tout état de cause, l'examen d'une demande de PrEP au sein de couples sérodifférents relève de cas très particuliers pour lesquels la prise en compte par le médecin de la singularité des situations, des affects et des demandes intimes qui s'expriment sera essentielle dans la prise de décision.

III. UN OUTIL QUI INTRODUIT DES CONTRAINTES DE SUIVI MÉDICAL ET DE COÛT INÉDITES DANS LE DOMAINE DE LA PRÉVENTION

III.1. UN OUTIL QUI NÉCESSITE UNE PRESCRIPTION ET UN SUIVI MÉDICALISÉS

L'hypothèse de développer une offre de prévention incluant l'usage d'ARV en direction de personnes non-infectées implique, du moins pour les PrEP actuellement envisagées et en l'état des connaissances, une série de contraintes nouvelles liées au fait que l'accès aux traitements ARV, soumis à prescription, passe nécessairement par le recours au médecin⁵⁵¹ et par le respect d'un certain nombre de conditions d'usage et de suivi indispensables en termes de sécurité sanitaire pour les personnes et pour la collectivité.

Un premier enjeu, majeur, est l'articulation de la PrEP avec le dépistage, afin de ne proposer la PrEP qu'à des personnes non-infectées, et de l'interrompre si une contamination survient. Comme il a été souligné précédemment, un protocole de PrEP, bien que fondé sur des ARV par ailleurs utilisés en thérapeutique, n'est pas du tout équivalent en termes de combinaison de différents ARV et de puissance à une multithérapie efficace telle qu'il est aujourd'hui recommandé de prescrire aux personnes infectées. Sous forme de gel topique, l'action de l'ARV demeure locale et ne peut avoir d'effet systémique contre l'infection. En prise orale continue ou, *a fortiori*, discontinuée, les protocoles PrEP constituent des mono ou bithérapies insuffisamment puissantes, non recommandées aujourd'hui dans les stratégies de traitement des personnes infectées⁵⁵². Un tel schéma de traitement, en ne permettant pas d'atteindre l'objectif de suppression virale, peut en effet favoriser le développement de résistances, c'est-à-dire obérer les chances thérapeutiques de la personne si elle venait à s'infecter (risque d'échec thérapeutique accru, réduction des options de traitement futures). Au plan collectif, le risque est de contribuer à la diffusion de souches virales résistantes à des ARV parmi les plus utilisés aujourd'hui. Prescrire une PrEP exige donc un dépistage initial et un suivi très régulier du statut sérologique, selon un rythme qui reste à définir.

Un deuxième enjeu de suivi médical tient au fait que ces traitements, du moins en prise orale, comportent des risques potentiellement non négligeables d'effets indésirables à moyen ou long terme. Les risques liés à la prise en particulier de *tenofovir*, base de tous les protocoles PrEP actuellement testés, sont connus et exigent une surveillance régulière d'un certain nombre de paramètres biologiques, notamment concernant les risques rénaux et osseux.

⁵⁵⁰ Audition CNS. Sur cet aspect, des pratiques d'automédication du partenaire séronégatif, par partage des médicaments du partenaire traité, dans un objectif de procréation par voie naturelle, ont été signalées.

⁵⁵¹ La réglementation actuelle impose en outre que la prescription initiale d'ARV ainsi qu'une consultation annuelle au minimum soient réalisées par un médecin spécialiste à l'hôpital.

⁵⁵² Sur les objectifs du traitement antirétroviral et les schémas de traitement actuellement validés, voir Yeni P. (dir.), *Rapport 2010 du groupe d'experts sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH*, 2010, *op. cit.*, p. 57 *sqq.*

Un troisième enjeu est celui de l'adhésion au protocole de PrEP et au suivi de la prescription. Les essais de prophylaxie ont montré que la qualité de l'adhésion au protocole et celle de l'observance de la prescription ont un effet important sur le niveau de protection que celle-ci procure⁵⁵³. De ce point de vue, les différentes formes de PrEP envisagées présentent des avantages et des inconvénients. Dans la PrEP orale en continue, la prise journalière et au long cours d'un médicament, de surcroît par une personne en bonne santé, peut s'avérer difficile, comme en témoignent les problèmes d'observance documentés dans différents domaines autres que le VIH. Les PrEP orales discontinues « à la demande » (prises uniquement en anticipation d'une activité sexuelle prévisible) ont l'avantage – si l'efficacité de cette stratégie encore théorique devait être confirmée – d'éviter l'écueil de la prise quotidienne et de lier le geste de prévention à son objectif. Elles se heurtent néanmoins, dans les schémas prochainement mis à l'essai, à une complexité de prise non négligeable (une prise dans les 12 heures précédant le rapport sexuel suivie d'une seconde prise dans l'heure qui suit le rapport), ainsi qu'aux difficultés inhérentes au principe même d'anticiper ou programmer une activité sexuelle plusieurs heures avant. L'usage de gels topiques, enfin, pose des problèmes analogues d'anticipation, et l'application d'un gel vaginal peut apparaître plus contraignante ou malaisée qu'une prise de comprimés. Cet ensemble de contraintes d'utilisation des différentes formes de PrEP, auxquelles s'ajoutent les contraintes de suivi, peuvent constituer des obstacles importants à l'acceptation de l'outil et à un usage à la fois correct et soutenable dans la durée⁵⁵⁴.

Anticiper des modalités de mise en œuvre complexes

Au regard de ces enjeux de surveillance du statut sérologique, de surveillance biologique et d'accompagnement au traitement préexposition, la question du suivi des usagers de la PrEP apparaît comme un défi majeur dès lors qu'il s'agira de sortir du cadre très strict des essais cliniques pour développer une offre de PrEP « dans la vie réelle ».

Des recherches en cours permettront d'accumuler davantage de connaissances et de préciser certaines interrogations⁵⁵⁵. Toutefois, il faut partir du principe que les données expérimentales ne sauront répondre par avance à toutes les questions que soulèvent les PrEP. La mise en œuvre des premières PrEP, compte tenu des incertitudes, ne pourra donc pas faire l'économie d'un dispositif de suivi conséquent tant pour les futurs utilisateurs qu'en termes de moyens humains et techniques à mobiliser.

Ce constat ne doit toutefois pas empêcher de porter le regard à plus long terme et d'espérer que des progrès permettront un jour d'alléger ce dispositif initial. Une partie des incertitudes, contraintes et réserves actuelles tiennent aux caractéristiques du *tenofovir*, et il n'apparaît pas déraisonnable de faire l'hypothèse que le développement de nouvelles

⁵⁵³ Voir chapitre II.2 du présent avis.

⁵⁵⁴ La vaste étude de Eisingerich *et al.* évaluant l'acceptabilité des PrEP, conduite dans sept pays auprès de différents publics cibles potentiels de la PrEP, conclut à un fort intérêt pour les PrEP en dépit des différents obstacles et contraintes. L'hypothèse de développer des formes d'administration permettant d'espacer les prises (notamment des formes injectables bimensuelles ou mensuelles) apparaît toutefois de nature à favoriser le recours aux PrEP (Eisingerich A. B., *et al.*, "Attitudes and Acceptance of Oral and Parenteral HIV Preexposure Prophylaxis among Potential User Groups: A Multinational Study", *PLoS ONE*, 2012, *op. cit.*

⁵⁵⁵ Le prolongement sous forme ouverte d'essais tels que iPrEX (*iPrEX-Open Label Extension*, voir www.iprexole.com/1pages/aboutus.html), consistant à offrir à l'ensemble des participants non infectés à l'issue de l'essai contre placebo la possibilité de poursuivre le protocole de PrEP avec la certitude de recevoir le produit actif et en connaissance de son efficacité, ainsi que des expérimentations pilotes (*demonstration projects*) plus proches de la vie réelle, devraient notamment contribuer mieux à évaluer les enjeux d'une mise en œuvre élargie des PrEP. Un premier projet pilote de ce type, en direction des HSH, est en cours d'élaboration et devrait débiter aux États-Unis courant 2012, (www.ebar.com/news/article.php?sec=news&article=6032)

molécules ARV et de nouvelles formes galéniques pourrait permettre d'élaborer des PrEP de seconde ou de troisième génération plus efficaces, mieux tolérées, moins contraignantes en termes d'usage et de suivi⁵⁵⁶.

III.2. SURVEILLER ET ÉVALUER L'IMPACT DES PrEP AU FIL DE LEUR MISE EN ŒUVRE

Assurer la sécurité des utilisateurs, prévenir les risques pouvant survenir pour la collectivité et nourrir les progrès de la recherche constituent trois impératifs convergents qui exigent que le déploiement d'une offre de PrEP s'accompagne d'un dispositif efficace de surveillance dans plusieurs domaines, qui seul permettra de lever certaines incertitudes et d'évaluer certains effets des PrEP à moyen ou long terme.

Les interrogations sur les possibles effets adverses des ARV utilisés en PrEP nécessitent bien évidemment de mobiliser l'ensemble des dispositifs classiques de gestion post-AMM (autorisation de mise sur le marché) des risques liés au médicament (pharmacovigilance), ainsi que des dispositifs de surveillance épidémiologique et virologique (surveillance des résistances). Il apparaît en outre souhaitable que les autorités compétentes veillent à ce que des études de phase IV⁵⁵⁷ ambitieuses soient élaborées et mises en œuvre par les laboratoires pharmaceutiques concernés.

Une réflexion doit également être engagée, impliquant les organismes de recherche compétents, sur la nécessité et la meilleure façon d'élaborer un dispositif de recueil de données sur les patients utilisateurs, comprenant les données de prescription, de suivi sérologique et biologique, et si possible des données d'observance et des données comportementales.

Il apparaît nécessaire, enfin, d'envisager la promotion de projets de recherche *ad hoc*, notamment sur les aspects comportementaux de l'usage des PrEP, tels que l'impact sur les prises de risque, les usages réels de la PrEP développés par ses utilisateurs, l'impact sur l'usage des autres moyens de prévention. Dans ces domaines, il apparaît particulièrement important de susciter des recherches en sciences humaines et de favoriser les approches interdisciplinaires.

III.3. LA QUESTION DU COÛT DES PrEP SOULÈVE CELLE DE LEUR PRISE EN CHARGE

La perspective d'une mise en œuvre des PrEP se heurte à une contrainte économique d'une ampleur inédite en prévention. Proposer un traitement médical à des personnes en bonne santé, *a fortiori* au long cours dans le cas des PrEP continues, implique en effet d'y consacrer des ressources potentiellement importantes, en raison d'une part du coût des traitements ARV et d'autre part de la mobilisation des ressources techniques et humaines importantes que requièrent la prescription et le suivi des PrEP. Développer une offre de PrEP pose donc, en termes d'allocation de ressources, une question à la fois éthique et de choix stratégique.

⁵⁵⁶ Outre les recherches évoquées plus haut sur des PrEP sous forme injectable à un rythme bimensuel ou mensuel, des pistes d'administration permettant de faciliter l'observance telles que des patchs sont également évoquées. La piste des PrEP topiques, si des formes hautement efficaces parviennent à être élaborées, auraient l'avantage de limiter les problématiques de toxicité et de résistances, notamment en cas de défaut de suivi.

⁵⁵⁷ Dans le prolongement des phases d'essais cliniques pharmacologiques conduisant à la validation d'un nouveau médicament ou à la validation d'une nouvelle indication pour un médicament existant, les études de phase IV, dites également post-marketing, désignent les études de suivi à long terme du médicament après qu'il a été autorisé sur le marché. Elles visent notamment à dépister des effets secondaires rares ou des complications tardives, ainsi que d'éventuels risques liés à un mésusage. Cette phase est à la charge du laboratoire pharmaceutique.

À l'échelle internationale, dans un contexte de ressources limitées, la délivrance d'une PrEP à des personnes non infectées par le VIH apparaît difficilement défendable alors que près de 8 millions de personnes vivant avec le VIH et éligibles au traitement n'y ont pas accès⁵⁵⁸ et que seulement 2 % des personnes sous traitement bénéficient d'un médicament de seconde ligne.⁵⁵⁹

Dans un pays comme la France, la perspective de déployer une offre de PrEP, du moins aux prix actuels des ARV, pose soit des problèmes d'inégalité d'accès, soit, si l'on imagine une prise en charge par la collectivité, un problème de choix d'investissement par rapport à d'autres besoins en santé ou également en prévention insuffisamment dotés.

En l'absence de prise en charge, l'accès au nouvel outil de prévention, du moins tant que le coût des ARV ne baissera pas drastiquement, se trouverait limité *de facto* aux personnes disposant de ressources financières importantes⁵⁶⁰, en contradiction avec les efforts menés en faveur de la réduction des inégalités de santé. Cette contradiction serait d'autant plus forte qu'une partie des publics cibles de la PrEP sont des personnes fortement exposées à la transmission du VIH en raison d'une grande vulnérabilité économique et sociale et/ou à une dépendance économique à l'égard de leur(s) partenaire(s).

Une prise en charge par l'assurance maladie semble cependant peu réaliste dans les conditions actuelles. Une baisse significative du prix des ARV utilisés en PrEP serait une condition préalable pour l'envisager, mais néanmoins non suffisante. Elle demeurerait en effet difficilement justifiable au regard des besoins de nombreux malades insuffisamment couverts, ou du fait que les autres moyens de prévention du VIH tels que les préservatifs, ou plus généralement les moyens de réduction des risques de santé, par exemple dans le champ du tabac et de l'alcool, ne font pas l'objet d'une prise en charge financière. Cette absence justifierait, bien au-delà de la question contingente posée par les PrEP, d'engager une réflexion plus globale sur le recours à la solidarité nationale en faveur de la prévention des risques de santé⁵⁶¹.

IV. UNE NOUVELLE ÉTAPE DANS LA MUTATION DU PARADIGME PRÉVENTIF

IV.1. UN IMPACT INCERTAIN SUR LES COMPORTEMENTS : LES RISQUES DE DÉSINHIBITION ET DE COMPENSATION DU RISQUE

L'introduction d'un nouveau moyen susceptible d'apporter une certaine protection contre un risque doit légitimement conduire à s'interroger sur l'impact qu'il peut avoir d'une part sur le recours aux autres moyens de prévention existants, et d'autre part sur les comportements de ses utilisateurs potentiels, en termes de prises de risque. En l'espèce, dans le domaine de la prévention du VIH, la perspective de la PrEP suscite dans le monde scientifique

⁵⁵⁸ ONUSIDA, *Journée mondiale sida, Rapport 2011, op. cit.*

⁵⁵⁹ World Health Organisation (WHO), UNAIDS and United Nations Children Fund (UNICEF), *Toward universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: progress report 2010*, World Health Organisation, 2010. www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/summary_en.pdf

⁵⁶⁰ À titre purement indicatif, sur la base des prix de vente actuels en France, une PrEP continue à base de TDF reviendrait à 375,85 € par mois (boîte de 30 comprimés de Viread®), et à 520,90 € par mois en utilisant le combiné TDF/FTC (boîte de 30 comprimés de Truvada®).

⁵⁶¹ Voir Conseil économique, social et environnemental, *Les enjeux de la prévention en matière de santé*, 2012, www.lecese.fr/travaux-publies/les-enjeux-de-la-prevention-en-matiere-de-sante

comme associatif des interrogations et des débats⁵⁶² qui prolongent ceux ouverts précédemment, de façon souvent très vive, autour de la promotion de l'effet préventif du traitement chez les personnes infectées (TasP).

Comme il a été montré plus haut, les essais cliniques font la preuve de l'efficacité de la PrEP quand elle est combinée à une promotion intense de l'usage des moyens conventionnels de protection, en particulier du préservatif. Les modélisations, cependant, indiquent qu'en termes d'impact collectif, le bénéfice du développement de la PrEP est susceptible d'être réduit, annulé voire inversé quand on fait l'hypothèse que la PrEP entraînerait, à des degrés divers, des phénomènes de désinhibition et de compensation du risque. Pronostiquer l'apparition de tels phénomènes et leur éventuelle ampleur est toutefois difficile, car les essais cliniques contre placebo ne peuvent, par construction, documenter les modifications de comportement éventuellement induites par l'usage de la PrEP.

La question des possibles effets de désinhibition et de compensation du risque que pourraient entraîner les PrEP une fois validées et disponibles « dans la vie réelle » est donc l'objet d'une incertitude qui ne pourra véritablement être levée, au mieux, qu'à travers l'observation *a posteriori*. Pour autant, un certain nombre d'analyses et de réflexions sur les phénomènes de désinhibition et de compensation du risque peuvent être avancées qui, à défaut d'apporter des réponses univoques, permettent d'en préciser certains déterminants et mécanismes.

Les craintes d'un effet contre-productif des PrEP sur les comportements sexuels et préventifs

Les notions de désinhibition et de compensation du risque sont fréquemment utilisées dans la littérature pour qualifier les situations dans lesquelles des individus, se sentant protégés d'un risque de santé, développent d'une autre manière un comportement risqué, les rendant à nouveau vulnérables face à ce risque ou à un autre risque de santé. Les deux termes cernent de manière complémentaire un même ensemble de comportements. La notion de désinhibition relève d'une terminologie psychologique et décrit le fait, pour un individu, de mettre fin à certaines initiatives visant à le protéger du risque, lui ou d'autres. Cela se traduit par une baisse de vigilance, un relâchement des précautions prises antérieurement. La compensation du risque est une notion plus cognitive qui désigne les mécanismes de report du risque, une action de prévention sur un aspect étant utilisée comme justification pour des prises de risques nouvelles et variées⁵⁶³.

En l'espèce, ces deux notions recouvrent ici l'idée que la possibilité de se protéger par la PrEP – tout comme déjà par le TasP – serait susceptible de modifier la perception du risque et pourrait être perçue comme permettant, à moindre risque :

- d'augmenter le nombre de partenaires ;

⁵⁶² Voir, entre autres, Leibowitz A. A., *et al.*, "A US Policy Perspective on Oral Preexposure Prophylaxis for HIV", *American Journal of Public Health*, vol. 101 (6), juin 2011, p. 982-985 ; Myers G. M., Mayer K. H., "Oral Preexposure Prophylaxis for High-Risk U.S. Populations: Current Consideration in Light of New Findings", *AIDS Patient Care and STDs*, 2011, *op. cit.* ; Nguyen V.-K., Bajos N., *et al.*, "Remedicalizing an epidemic: from HIV treatment as prevention to HIV treatment is prevention", *AIDS*, vol. 25, janvier 2011, p. 291-293 ; Gregson S., Garnett G. P., "Antiretroviral treatment is a behavioural intervention: but why?", *AIDS*, vol. 24, novembre 2010, p. 2 739-2 740 ; Giambi A., *La prévention bio-médicale est une prévention comportementale*, vih.org, 13 octobre 2010, www.vih.org/reseau/alain-giambi ; Groupe interassociatif TRT-5, *Projet d'essai de traitement antirétroviral en prophylaxie pré-exposition chez des homosexuels masculins : rapport de consultation communautaire*, 2010, www.trt-5.org/IMG/pdf/TRT-5_-_Rapport_Consultation_communaire_PrEP_FINAL_.pdf

⁵⁶³ Hogben M., Liddon N., "Desinhibition and Risk Compensation", *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 35 (12), décembre 2008, p. 1 009-1 010.

- de choisir des pratiques plus à risque de transmission (par ex. pénétrations *vs* fellations) ;
- de se passer du préservatif ou du moins d'augmenter la fréquence des pratiques non protégées.

Les craintes exprimées à cet égard par un certain nombre de chercheurs et d'acteurs de la prévention reposent sur l'évident constat que la mise en œuvre des moyens de protection classiques – l'usage du préservatif – est vécue par beaucoup comme une contrainte, et que les pratiques de prévention d'un individu sont le résultat de l'arbitrage qu'il opère entre ce qu'il estime risquer et ce qu'il lui en coûte de se protéger⁵⁶⁴. Dès lors, il n'y a aucune raison de penser que les individus ne se saisissent pas d'un outil qui serait perçu comme l'opportunité de desserrer la contrainte, de réduire le coût de la protection, de libérer des pratiques sexuelles désirées mais jusque là entravées. Un pas supplémentaire dans ce raisonnement consiste à estimer probable que des outils comme le TasP et les PrEP agissent comme un puissant catalyseur de tendances déjà observables au relâchement des comportements de prévention, au risque de mettre à bas les acquis fragiles de la prévention conventionnelle construite autour du l'usage exclusif et systématique du préservatif.

Un impact massif du nouvel outil sur les comportements est cependant peu probable

Cette hypothèse d'un impact négatif massif sur les comportements induit par l'introduction des nouveaux outils de prévention TasP et/ou PrEP n'est pas corroborée, à ce stade, par un ensemble de travaux. Il convient à cet égard de noter en particulier que :

- la tendance au relâchement des comportements de prévention est une réalité observable et largement documentée depuis de nombreuses années, notamment dans le milieu *gay*, ou du moins dans une partie de celui-ci. Pour autant, ce phénomène, au demeurant très progressif, ne s'est pas produit sous l'effet d'une modification du paradigme préventif. Il s'est en revanche amorcé avec le développement des traitements efficaces à la fin des années 1990, suggérant une modification de la perception du risque induite par la modification globale de la perception de la maladie et de la gravité de ses conséquences⁵⁶⁵.

⁵⁶⁴ Sur cette notion d'«équilibre du risque», voir notamment Eaton L. A., Kalichman S. C., "Risk compensation in HIV prevention: Implications for vaccines, microbicides, and other biomedical HIV prevention technologies", *Current HIV/AIDS Reports*, vol. 4 (4), décembre 2007, p. 165-172, www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2937204/pdf/nihms230735.pdf; ainsi que Adam P. G. C., *et al.*, "Balancing risk and pleasure: sexual self-control as a moderator of the influence of sexual desires on sexual risk-taking in men who have sex with men", *Sexually Transmitted Infections*, vol. 84, novembre 2008, p. 463-467.

⁵⁶⁵ Pour une synthèse et de nombreuses références bibliographiques sur l'évolution épidémiologique et l'évolution des comportements à risque depuis l'arrivée des traitements ARV, voir Crepaz N., *et al.*, "Highly Active Antiretroviral Therapy and Sexual Risk Behavior : A Meta-analytic Review", *Journal of the American Medical Association*, vol. 292 (2), juillet 2004, p. 224-236. Pour des études sur l'évolution des comportements chez les HSH dans les pays industrialisés, voir Jaffe H. W., *et al.*, "The Reemerging HIV/AIDS Epidemic in Men Who Have Sex With Men", *Journal of the American Medical Association*, vol. 298 (20), novembre 2007, p. 2 412-2 414, ainsi que Grulich A. E., Kaldor J. M., "Trends in HIV incidence in homosexual men in developed countries", *Sexual Health*, vol. 5 (2), juin 2008, p. 113-118 ; Bezemer D., *et al.*, "A resurgent HIV-1 epidemic among men who have sex with men in the era of potent antiretroviral therapy", *AIDS*, vol. 22, 2008, p. 1 071-1 077 ; Likatavičius G., Devaux I., « Augmentation du nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH chez les hommes homosexuels en Europe, 2000-2007 », *BEHWeb*, 2009 (2), www.invs.sante.fr/behweb/2009/02/pdf/a-3.pdf. Pour un focus sur la situation en France, voir Bozon M. et Doré V. (dir.), *Sexualité, relations et prévention chez les homosexuels masculins : un nouveau rapport au risque*, ANRS, Paris, 2007, *op. cit.*, ainsi que Lert, F. et Pialoux, G., *Rapport de la mission RDRs : Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST*, décembre 2009, www.anrs.fr/VIH-SIDA/Sante-publique-Sciences-sociales/Actualites/Rapport-Prevention-et-reduction-des-risques-dans-les-groupes-a-haut-risque-vis-a-vis-du-VIH-et-des-IST (version du 19 mars 2010).

- Une abondante littérature, dont la revue détaillée ne peut être présentée ici, décrit l'évolution et analyse les déterminants multiples des comportements sexuels, des prises de risques, des stratégies de prévention mises en œuvre par les individus ou au sein des groupes sociaux dans lesquels ils évoluent⁵⁶⁶. De nombreux facteurs d'explication des phénomènes de relâchement ont été mis en évidence, faisant apparaître que les déterminants de l'exposition au risque et des comportements de prévention sont multiples, hétérogènes et, dans les parcours individuels, évolutifs selon les circonstances et dans le temps⁵⁶⁷.
- Aucune donnée ne permettent d'objectiver des changements de comportement massifs à la suite de l'introduction de nouveaux outils de prévention. Ainsi, la possibilité déjà très ancienne en France (1998) de recourir à un protocole de prophylaxie postexposition à la suite d'une prise de risque sexuel demeure peu utilisée. Selon les rares études disponibles au plan international, la PEP n'entraîne pas d'effet de désinhibition mesurable. Son effet sur les comportements sexuels et de prévention des personnes qui y recourent est soit neutre, soit plutôt favorable pour une majorité d'entre elles⁵⁶⁸. Dans un contexte certes différent à de nombreux égards, les essais de circoncision masculine menés dans plusieurs pays d'Afrique n'ont pas entraîné d'augmentation massive des comportements à risque ni de dégradation significative de l'usage du préservatif. Dans certains cas, le recours au préservatif s'est plutôt renforcé à la suite de l'intervention⁵⁶⁹. Enfin, selon une problématique beaucoup plus proche de celle soulevée par les PrEP, la question de l'impact sur les comportements de la diffusion de l'information sur le caractère protecteur du traitement des personnes infectées (TasP) ne peut être correctement estimée faute d'un recul suffisant, notamment du fait que la connaissance de cette information demeure très inégalement distribuée selon les pays et les publics.
- Quelques travaux tentent d'évaluer, auprès de publics HSH à haut risque potentiellement utilisateurs, les attitudes face à la PrEP, les déterminants des intentions d'utiliser ou non le futur outil⁵⁷⁰ ainsi que son impact sur les comportements sexuels et sur l'usage du préservatif⁵⁷¹. Ces enquêtes, en dépit de nombreuses limitations, font apparaître un intérêt globalement fort pour la PrEP, et plus particulièrement chez les personnes ayant les comportements les plus à risque

⁵⁶⁶ De très nombreuses références sur ces différents aspects sont recensées dans la bibliographie annexée à Lert F. et Pialoux G., *Rapport de la mission RDRs : Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST*, 2009, *op.cit.*, p. 208-238.

⁵⁶⁷ Auditions CNS.

⁵⁶⁸ Martin J. N., *et al.*, "Use of the postexposure prophylaxis against HIV infection following sexual exposure does not lead to increases in high-risk behaviour", *AIDS*, vol. 18, mars 2004 p. 787-792; Schechter M., *et al.*, "Behavioral impact, acceptability, and HIV incidence among men with access to postexposure chemoprophylaxis for HIV", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, vol. 35, avril 2004, p. 519-525.

⁵⁶⁹ Auvert B., *et al.*, "Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: The ANRS 1265 trial", *PLoS Medicine*, vol. 2, octobre 2005, p. 1 112-1 122; Bailey R. C., *et al.*, "Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomized controlled trial", *The Lancet*, vol. 369, n° 9 562, février-mars 2007, p. 643-656; Gray R.H., *et al.*, "Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomized trial", *The Lancet*, vol. 369, n° 9 562, février-mars 2007, p. 657-666.

⁵⁷⁰ Eisingerich A. B., *et al.*, "Attitudes and Acceptance of Oral and Parenteral HIV Preexposure Prophylaxis among Potential User Groups: A Multinational Study", *PLoS ONE*, 2012, *op.cit.* ; Mimiaga M. J., *et al.*, "Preexposure Antiretroviral Prophylaxis Attitudes in High-Risk Boston Area Men Who Report Having Sex With Men: Limited Knowledge and Experience but Potential for Increased Utilization After Education", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, vol. 50, janvier 2009, p. 77-83 ; Liu A.Y., *et al.*, "Limited Knowledge and Use of HIV Post- and Pre-Exposure Prophylaxis Among Gay and Bisexual Men", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, vol. 47, mars 2008, p. 241-247.

⁵⁷¹ Golub, S.A., *et al.*, "Preexposure Prophylaxis and Predicted Condom Use Among High-Risk Men Who Have Sex With Men", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, vol. 54, août 2010, p. 548-555.

et rencontrant le plus de difficultés à se protéger par l'usage du préservatif. L'étude explorant plus complètement les risques de modification induite du comportement sexuel et préventif aboutit à des résultats nuancés, prédisant l'absence d'effets contre-productifs chez plus de 60 % d'utilisateurs potentiels, mais identifiant néanmoins une fraction non négligeable de personnes (35,5 %) susceptibles de réduire leur usage du préservatif. L'analyse des déterminants prédictifs d'un moindre usage du préservatif montre toutefois qu'il s'agit de personnes déjà confrontées dans leurs pratiques actuelles à de fortes difficultés d'usage. Les auteurs notent que le fort intérêt pour la PrEP chez ces personnes est un facteur encourageant, au sens où elles perçoivent dans la PrEP une réponse possible à ces difficultés, mais que l'identification d'un risque de substitution souligne la nécessité d'inscrire la PrEP dans une approche globale de prévention et de combiner l'offre de PrEP à des interventions comportementales et psychosociales adaptées⁵⁷².

Au regard de l'ensemble de ces éléments, il apparaît raisonnable de penser que l'introduction d'un outil tel que la PrEP peut offrir à certaines personnes un prétexte à relâcher davantage leurs pratiques. Pour autant, le nouvel outil n'est pas la cause profonde ni, surtout, unique du relâchement, jouant plutôt un rôle de révélateur ou d'ultime déclencheur.

En outre, dans l'idée qu'un outil comme la PrEP permettrait aux individus de se libérer des contraintes de l'usage du préservatif et/ou de s'autoriser une plus grande liberté sexuelle, il convient de ne pas sous-estimer le fait que la PrEP n'est pas synonyme d'absence de toutes contraintes. Les contraintes propres de la PrEP sont différentes, mais importantes : exigences d'observance et d'anticipation, complexité d'accès (dépistage et prescription médicale) et de renouvellement (dépistages et bilans biologiques réguliers pour renouveler la prescription), coût financier éventuellement élevé.

Plus fondamentalement, il apparaît réducteur de penser l'outil PrEP uniquement dans un rapport de concurrence avec l'outil préservatif, sans l'inscrire dans la globalité de la démarche préventive. La PrEP est un outil complexe et exigeant qui requiert plutôt un investissement accru de la personne dans une démarche active de prévention qu'un abandon des préoccupations préventives. Y recourir comporte des passages obligés par des étapes dont l'impact favorable sur les comportements de prévention est démontré : dépistage, *counseling*, acquisition de connaissances et de savoir-faire, contact réitéré avec une structure de prévention et/ou au moins avec le médecin prescripteur.

En ce sens, la PrEP ne paraît pas susceptible de satisfaire ou d'encourager une simple demande de désinvestissement de la prévention, mais bien plutôt de s'adresser à des personnes qui, tout en connaissant des difficultés à mettre en œuvre systématiquement ou à maintenir durablement une prévention classique, demeurent fondamentalement soucieuses de se protéger. La PrEP peut alors s'inscrire dans leurs stratégies de prévention en recours ou dans une perspective de reconquête des pratiques de prévention. La PrEP peut ainsi être utilisée comme un filet de sécurité face à des « accidents » de prévention conventionnelle plus ou moins récurrents, permettant à des personnes de vivre ces situations de façon moins angoissante et objectivement plus sécurisée par rapport à l'absence de toute protection. D'autres personnes pourront en construire un usage davantage articulé sur leur désir de desserrer de façon assumée les contraintes de la prévention conventionnelle dans certaines circonstances, la PrEP leur permettant d'accompagner à moindre risque cette évolution de

⁵⁷² *Ibid.*, p. 552.

leurs pratiques et de l'envisager dans une perspective de maîtrise plutôt que de rupture des efforts de prévention.

En situation d'incertitude, faire le pari de l'autonomie et de l'intelligence des personnes à utiliser de façon raisonnée les outils de prévention adaptés à leurs pratiques, leurs désirs et leurs contraintes

L'ensemble de ces éléments de réflexion tendant à cerner l'impact possible de l'introduction de la PrEP sur les comportements sexuels et de prévention invite à une certaine prudence, mais non à l'immobilisme.

Des effets négatifs de désinhibition et de compensation du risque, sinon directement imputables au nouvel outil, du moins favorisés ou accélérés par son introduction, ne peuvent être exclus. Pour autant, sans que la probabilité ni l'ampleur de ces phénomènes ne soit objectivable ni quantifiable par avance, un certain nombre d'éléments plaident pour un impact limité du seul outil PrEP par rapport à de nombreux autres facteurs influençant les comportements de prévention. *A contrario*, le nouvel outil offre d'évidentes opportunités d'appropriation favorables à une amélioration de la prévention individuelle et collective des publics concernés. Il n'est certes pas possible, là encore, d'anticiper ni d'objectiver quantitativement ou qualitativement l'usage qui en sera effectivement fait par les publics potentiellement cibles. Cependant, la réussite d'expériences dans d'autres domaines, à l'instar de la promotion des outils de réduction des risques en direction des usagers de drogues injectables⁵⁷³, montre la capacité des personnes à s'emparer des outils de prévention mis à leur disposition dès lors que ceux-ci s'avèrent compatibles avec leurs pratiques ou leurs contraintes.

Les craintes très hypothétiques d'un impact massivement négatif des PrEP sur les comportements de prévention ne doivent par conséquent pas constituer un frein à la mise à disposition d'un outil susceptible d'offrir à certaines personnes ou certains groupes de personnes fortement exposés au risque et en difficulté de prévention par les moyens conventionnels un moyen adapté de réduire dans certaines circonstances les risques auxquels ils s'exposent ou sont exposés. Ce pari mise sur la capacité des personnes à s'approprier et à développer un usage raisonné de la PrEP, ajusté à leur problématique personnelle de prévention, pourvu qu'elles bénéficient d'une offre complète de prévention et que leur soient donnés les moyens de s'informer sur les atouts et les limites de l'outil PrEP comme des autres outils disponibles.

IV.2. AU DELÀ DE LA MÉDICALISATION, LA NÉCESSITÉ DE PROMOUVOIR UNE APPROCHE GLOBALE

Les usages préventifs des traitements antirétroviraux, qu'il s'agisse du traitement des personnes infectées (TasP) ou de la perspective des PrEP, constituent une « prévention sur ordonnance » qui inquiète, ou, à tout le moins, interroge un certain nombre d'acteurs de la prévention. Ces nouveaux outils confèrent au médecin un rôle clef dans l'accès à la prévention (prescription) et dans sa mise en œuvre (suivi), ce qui est incontestablement nouveau par rapport aux schémas sur lesquels se sont construites les stratégies conventionnelles de prévention autour de l'usage du préservatif.

Le dépistage, pour autant, constitue déjà un outil de prévention faisant appel à un dispositif médicalisé. L'expérience dans ce domaine, et l'analyse des freins au recours au dépistage, a

⁵⁷³ Promotion des techniques d'injection propre, du non-partage des seringues et du petit matériel, vente libre ou mise à disposition gratuite de seringues ou de kits d'injection Steribox, développement des dispositifs d'accès aux traitements de substitution aux opiacés.

montré l'importance de diversifier les dispositifs d'offre afin d'atteindre différents publics, et en particulier des publics fortement exposés. Le développement de formes complémentaires d'offres de dépistage hors des cadres traditionnels du système de soin, à l'exemple des dispositifs communautaires associatifs ou des opérations de dépistage « hors les murs » menés par certains CDAG, témoignent de l'intérêt d'inscrire le recours au dépistage, dans certains cas, dans un environnement privilégiant une entrée par le mode de vie, les lieux et les pratiques de sociabilité culturelle, sexuelle ou de loisirs du public ciblé.

Le recours à une prévention médicamenteuse à base d'ARV, tel que le dessinent les expérimentations de PrEP actuelles, nécessite cependant un degré de médicalisation de la démarche plus important. Le recours au médecin et l'établissement d'une relation suivie avec lui est incontournable, et implique que la personne souhaitant recourir à ce type d'outil accepte l'intervention du regard et de la parole médicale dans la sphère intime de ses comportements sexuels, ce qui peut questionner son autonomie. Ce recours obligé à un « tiers médical » ne peut être neutre, au sens où la relation avec le médecin, sans nécessairement être déséquilibrée, conflictuelle ou unilatérale, est une relation dans laquelle une demande intime et la compétence profane du demandeur se confrontent à une compétence technique et à la prescription du médecin. Un double écueil est susceptible de surgir à travers cette médiation médicale de l'outil de prévention, s'il advient que la personne la perçoive soit comme une dépossession, soit comme l'opportunité de se désinvestir de son autonomie, de sa responsabilité, de sa maîtrise en matière de prévention.

Donner aux personnes sollicitant une PrEP les moyens d'une décision éclairée

Le risque que l'usage du traitement à des fins préventives favorise une forme de « prise de pouvoir » des médecins sur la prévention et puisse exposer les patients à des formes d'interventionnisme médical n'apparaît pas fondé dans le contexte d'une demande de PrEP. À la différence de ce qui peut se jouer entre un patient infecté et son médecin dans une logique de TasP, l'usager potentiel d'une PrEP est, et demeure, dans sa relation au médecin, une personne en « bonne santé », qui ne « dépend » pas du médecin ni des traitements dans les mêmes termes qu'un patient infecté. L'enjeu préventif, en outre, ne concerne qu'un risque pour lui-même – se contaminer – et non un risque pour autrui. Le risque pour le patient de subir des formes d'injonction au traitement de la part du médecin est donc faible, puisqu'il est demandeur et peut aisément, s'il perçoit le médecin comme trop intrusif, trop jugeant ou trop prescriptif en matière de conduite sexuelle, renoncer à sa demande de PrEP ou changer de médecin.

Pour autant, il importe que la discussion autour d'une demande de PrEP s'appuie sur une grande qualité de dialogue et de transparence :

- dans l'information médicale délivrée sur les contraintes objectives d'observance et de suivi, les désagréments possibles, les potentiels risques de santé induits. Cette information complète est nécessaire au choix éclairé du demandeur, et également déterminante ensuite pour une bonne adhésion au protocole ;
- dans l'analyse bénéfice-risque. Celle-ci nécessite une approche globale des problématiques individuelles de risques sexuels et de prévention qui excède l'approche médicale *stricto sensu* et requiert une discussion approfondie sur la sexualité et les pratiques de la personne, sur les risques qu'elle prend ou subit, sur les moyens qu'elle parvient ou non à mettre en œuvre pour se protéger, afin de cerner ce que la PrEP est susceptible de lui apporter ou non dans ce contexte. Bien au-delà d'une simple information technique sur les avantages et inconvénients de l'outil PrEP, c'est une véritable « consultation de prévention » qu'il serait idéalement souhaitable de pouvoir offrir aux personnes envisageant d'utiliser la PrEP.

L'ensemble des dimensions à considérer dans la prise en charge de la demande de PrEP montre les limites d'un dispositif d'offre uniquement médical. Si certains médecins, par affinité, engagement et spécialisation personnelle peuvent parfaitement avoir ou développer les compétences spécifiques et la disponibilité requises pour offrir une approche plus globale, cela ne peut légitimement pas être attendu de tous ni être considéré comme la règle dans la réalité des pratiques. Il apparaît donc souhaitable, pour les médecins comme pour les demandeurs, que d'autres ressources et d'autres interlocuteurs que le seul médecin puissent être mobilisés en partenariat avec lui dans une perspective d'offre globale de prévention.

Donner aux personnes sollicitant une PrEP les moyens d'en faire une utilisation maîtrisée et raisonnée

Ne pas restreindre la délivrance des PrEP à leurs seuls aspects médico-techniques est également un enjeu essentiel pour que la PrEP ne s'établisse pas en outil de prévention « à part », perçu comme concurrent de la prévention conventionnelle et susceptible de s'y substituer⁵⁷⁴. Non sans liens avec les problématiques de désinhibition et de compensation du risque évoquées plus haut, il est indispensable que l'offre de PrEP ne se limite pas à une simple prescription de médicament, qui tel une « pilule magique » pourrait être perçu par des usagers potentiels comme une opportunité de se désinvestir de leurs responsabilités et de leurs choix, de ne plus avoir à penser leurs pratiques sexuelles et leurs stratégies préventives, de s'en remettre entièrement à la promesse d'une solution purement technologique, de prétexter d'une parole d'autorité scientifique et médicale pour abdiquer leur autonomie.

Dans une perspective de moyen à long terme faisant l'hypothèse d'une dispensation de PrEP hors cadre de recherche, autrement dit une fois l'extension d'autorisation de mise sur le marché de certains ARV pour un usage en PrEP validée, il apparaît crucial que la prescription de PrEP soit une prescription globale de prévention. Elle doit, sur la base d'une écoute de la personne et d'un dialogue approfondi avec elle autour de ses besoins de prévention, lui permettre d'articuler de façon cohérente l'usage du traitement avec les autres moyens de prévention mobilisables pour optimiser sa protection en fonction des situations qu'elle rencontre. Faire le pari de l'intelligence des personnes et de leur capacité à développer un usage raisonné des outils disponibles, pour ne pas rester qu'un slogan, suppose de leur en donner les moyens. En ce sens, la qualité du dispositif d'offre de PrEP est déterminante pour la qualité de l'usage qui sera fait du nouvel outil.

En premier lieu, inscrire l'usage d'ARV en PrEP dans une démarche globale de prévention demande de bien distinguer entre usage préventif et thérapeutique des ARV, et requiert une présentation différente du médicament selon l'usage auquel il est destiné, même s'il s'agit du même médicament. Il est à cet égard souhaitable d'une part que le nom commercial soit distinct, d'autre part que le conditionnement (packaging et notice) soit spécifique pour chacune des indications préventive et thérapeutique. La notice de la version préventive du produit doit inclure notamment une information claire sur les autres outils de prévention à mobiliser autant que possible en combinaison avec la PrEP, en particulier l'usage du préservatif. En ce sens, l'idée d'un conditionnement de l'ARV préventif sous forme de kit de prévention incluant également des préservatifs mérite d'être envisagée.

⁵⁷⁴ Nguyen V.-K., Bajos N., *et al.*, "Remedicalizing an epidemic: from HIV treatment as prevention to HIV treatment is prevention", *AIDS*, 2011, *op. cit.* ; Giami A., *La prévention bio-médicale est une prévention comportementale*, vih.org, *op. cit.*

En second lieu et surtout, il importe, pour que l'offre de prévention reste globale, que l'accès nécessairement médicalisé à la PrEP ne conduise pas à segmenter les approches et à cloisonner les dispositifs d'accès, avec d'un côté l'offre existante de moyens et de services de prévention conventionnelle, et de l'autre le développement séparé et déconnecté d'une offre médicalisée de PrEP.

Construire à partir de projets pilotes les conditions permettant d'insérer la PrEP dans l'approche globale

Faire converger les approches au profit d'une offre globale de prévention incluant les nouveaux outils médicalisés demande de rapprocher et de faire collaborer davantage d'une part les structures médicales aptes à apporter les ressources et compétences requises pour prescrire des antirétroviraux et assurer le suivi sérologique et biologique, et d'autre part les acteurs multiples de la prévention. Il est de ce point de vue souhaitable que les médecins – dont des généralistes – et/ou les structures médicalisées (CDAG, CIDDIST, centres de santé, services hospitaliers) accueillant plus particulièrement des personnes exposées à un risque potentiellement élevé de contracter le VIH développent ou renforcent des partenariats avec des associations susceptibles, notamment par leur proximité culturelle ou communautaire avec les patients, de mieux prendre en charge l'information, le *counseling*, l'abord des questions intimes. À l'inverse, il importe également que l'ensemble très divers des structures et associations impliquées dans l'information et la prévention du VIH et des IST – qu'il s'agisse d'associations de prévention ou qu'elles développent une activité de prévention dans le cadre d'un autre objet social – s'approprient les nouveaux enjeux et outils de prévention incluant le dépistage et recours aux traitements en TasP ou PrEP, et soient en mesure de jouer un rôle d'orientation, d'interface et d'accompagnement entre les personnes qu'elles accueillent et les ressources médicales nécessaires à la mise à disposition de ces outils.

Il est aujourd'hui trop tôt pour pronostiquer les formes précises et la place que les PrEP seront susceptibles de prendre dans la prévention et par conséquent prématuré d'en définir concrètement les modalités de dispensation. Pour autant, le caractère spécifique et ciblé de l'outil, qui ne concerne potentiellement que des personnes en situation de fort risque d'exposition, et l'enjeu décisif d'inscrire la prescription et le suivi des PrEP dans une approche et une offre globale sont des éléments qui plaident en faveur de futurs dispositifs de mise à disposition limités à des structures de prévention réunissant à la fois des professionnels de santé expérimentés dans le domaine du VIH (médecins, infirmiers, éventuellement psychologues) et des professionnels de l'écoute et du conseil en matière de sexualité et de prévention.

Ces différents types de ressources et compétences existent dans le dispositif de prévention français, mais de façon fragmentée. L'intérêt de les réunir pour mieux les articuler répond, bien au-delà de l'enjeu très circonscrit et encore incertain du développement d'une offre de PrEP, à l'enjeu général de développer la prévention combinée.

Cet objectif plaide en faveur de l'expérimentation et du développement de structures de type « centre de santé sexuelle » (CSS). De telles structures sont aujourd'hui quasi- inexistantes dans le dispositif de prévention français, à l'exception de l'expérience récente du centre de santé sexuelle associatif *le 190*, créé à Paris en 2010 à l'initiative de Sida Info Service.⁵⁷⁵ Largement tourné en direction de la communauté *gay*, mais ouvert à tous les publics, ce centre de santé sexuelle propose un ensemble de services qui incluent, à travers un accueil personnalisé, non-jugeant et adapté aux modes de vie des personnes, une information et une

⁵⁷⁵ www.le190.fr/

écoute sur la sexualité, les risques sexuels et les moyens de prévention, une offre de dépistage et de traitement des IST, une offre de dépistage du VIH et une orientation vers un service hospitalier en cas de sérologie positive, ainsi que le suivi et le traitement des personnes infectées après prescription initiale du traitement à l'hôpital. Le couplage permanent entre enjeux de santé et enjeux de sexualité permet au centre de développer des offres spécifiques telles que des « *check-up* sexuels » adaptés à la sexualité et au statut sérologique de chacun, un accompagnement de la sexualité des personnes séropositives au VIH, des consultations de couple et/ou en direction du partenaire non infecté au sein de couples sérodifférents.

Dans l'hypothèse d'un développement à terme d'une offre de PrEP, des structures innovantes de type CSS pourraient constituer un cadre de dispensation pertinent grâce à leur capacité à rassembler, dans un lieu unique, favorable à des approches communautaires tout en restant ouvert à tous, l'ensemble des ressources techniques et humaines nécessaires pour prendre en charge à la fois les besoins proprement médicaux requis par les PrEP et les besoins en termes d'écoute, de conseil et d'accompagnement dans le domaine de la prévention et de la sexualité.

L'existence, au demeurant précaire sur le plan financier, d'un seul CSS expérimental paraît insuffisante au regard de l'ambition de promouvoir une offre de prévention combinée – les futures PrEP n'en constituant qu'un aspect mineur – en direction des différents publics concernés. Outre un soutien réaffirmé à l'expérience du 190, d'autres expérimentations de structures innovantes aptes à porter une telle approche globale de la santé sexuelle doivent être encouragées.

À cet égard, il serait souhaitable que la réforme proposée du dispositif des CDAG et des CIDDIST, qui prévoit leur fusion sur le plan administratif et financier⁵⁷⁶, soit également envisagée comme une opportunité d'engager une réflexion sur l'évolution de leurs missions et de faire émerger des expériences innovantes. Si l'ensemble de ces structures n'ont pas vocation, ni les moyens humains et financiers, à devenir des CSS, il serait opportun, dans l'esprit des recommandations formulées en 2010 par l'Inspection générale des affaires sociales⁵⁷⁷, que certaines d'entre elles puissent, sur une base volontaire et compte tenu des publics qu'elles accueillent, développer des projets axés sur une offre de services plus complète en faveur d'une approche globale de la prévention et de la santé sexuelle.

C'est, en tout état de cause, dans le cadre de structures offrant des services de type CSS que devraient être élaborés, en nombre limité dans un premier temps, des projets pilotes de prévention incluant une offre de PrEP. Il conviendrait que ces projets soient validés en fonction de leur qualité, sur la base d'un cahier des charges, à définir, qui garantisse notamment l'encadrement méthodologique et scientifique du dispositif. De tels projets pilotes pourraient alors être autorisés, aux fins d'évaluation du dispositif, dès avant que les ARV concernés aient obtenu l'extension d'autorisation de mise sur le marché pour l'indication en PrEP.

⁵⁷⁶ Art. 33 de la proposition de loi de simplification des normes applicables aux collectivités locales, n°779, présentée par le sénateur Éric Doligé, enregistrée à la Présidence du Sénat le 4 août 2011.

⁵⁷⁷ *Évaluation de la mise en œuvre de la recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST). Rapport.* Inspection générale des affaires sociales, août 2010. (*rapport non public*).

IV.3. L'IMPÉRATIF D'UNE COMMUNICATION COHÉRENTE SUR LA PRÉVENTION COMBINÉE

Le discours de prévention doit intégrer les enjeux de la prévention combinée sous peine de devenir illisible

La perspective d'introduire un outil tel que la PrEP dans la palette des moyens de prévention suscite la crainte de complexifier et de brouiller un peu plus les messages de prévention, dans un contexte où le discours de prévention peine déjà à intégrer les enjeux du dépistage et de l'intérêt du traitement précoce des personnes infectées. Ce constat préoccupant doit cependant, là encore, inviter à progresser plus vite dans la reconstruction d'une communication en prévention apte à porter les stratégies de prévention combinée et non à nourrir une crispation autour d'un modèle qui a montré ses limites.

Le discours de prévention, dès les premières années de l'épidémie, s'est légitimement construit autour du message simple et injonctif de la promotion de l'usage du préservatif, moyen universel d'éviter aussi bien de se contaminer que de transmettre le virus à autrui. Il s'est depuis diversifié et enrichi, à travers à la fois ses déclinaisons ciblées en direction des différents publics (population générale, jeunes, HSH, migrants, populations des DOM, etc.) et par l'introduction progressive de la promotion du dépistage. Pour autant, le message initial univoque continue jusqu'à présent de structurer de façon dominante les représentations de la prévention de l'infection à VIH. En ce sens, le discours de prévention peut apparaître aujourd'hui réducteur, articulé à des représentations anciennes de la maladie et des personnes atteintes, et en décalage avec les enjeux et les moyens actuels de prévenir et de traiter l'infection.

S'il ne s'agit pas de remettre en cause la promotion de l'usage du préservatif en tant que telle, qui doit bien entendu être poursuivie sans relâche, la manière de le promouvoir et la perspective dans laquelle s'inscrit cette promotion doivent continuer d'évoluer, au profit d'un discours articulant plus fortement les liens entre moyens de prévention, intérêt du dépistage, bénéfices du traitement. La perception globale par le grand public des enjeux et des moyens de la prévention doit évoluer en ce sens à la fois pour permettre d'atteindre les nouveaux objectifs fixés en matière de dépistage et plus largement pour faire évoluer le regard sur la maladie et les personnes atteintes. Instaurer ce nouveau cadre conceptuel général apparaît en outre nécessaire dans un contexte où le développement de nouveaux outils spécifiques implique des stratégies de prévention plus complexes et plus individualisées. Si certains de ces outils – à l'instar de la PrEP – ne s'adressent pas à la population générale et relèvent uniquement d'une promotion ciblée en direction de publics spécifiques, il importe en effet d'éviter que leur promotion ciblée ne se constitue en discours de prévention alternatif, en concurrence ou en décalage avec le discours global de prévention.

L'urgence de redéfinir la communication en prévention en articulant dépistage, prévention et traitement

Les efforts menés ces dernières années, notamment à travers un certain nombre de campagnes grand public, pour promouvoir le recours au dépistage doivent être amplifiés et approfondis. Il s'agit de rendre pleinement intelligible l'intérêt pour chacun de connaître et surveiller régulièrement son statut sérologique afin d'être en mesure d'ajuster les moyens de sa prévention face à l'ensemble des risques liés à l'épidémie de VIH/sida : risque de se contaminer, mais aussi risque de développer la maladie et des complications si l'infection n'est pas diagnostiquée précocement, et risque de transmettre le virus à autrui.

Cela implique notamment de faire désormais toute sa place à l'information, aujourd'hui encore insuffisante, sur l'intérêt et les bénéfices, grâce à un dépistage précoce, d'un accès

précoce aux traitements. Il importe d'informer largement le public des améliorations réelles qu'offrent les traitements actuels, à la fois pour rompre avec l'image repoussoir des premières générations de traitements, et bien plus profondément pour modifier et banaliser les représentations de la vie avec le VIH et/ou de la vie avec les personnes atteintes : faire savoir que démarrer aujourd'hui un traitement suffisamment tôt permet d'avoir une espérance de vie comparable à celle des personnes non infectées et de mener une vie quasi-normale, faire savoir qu'une personne sous traitement efficace a un risque très réduit de transmettre le virus. Cette évolution dans le discours pourrait contribuer à faire changer le regard de la société sur les personnes séropositives, qui a relativement peu évolué au cours du temps.

Le discours de prévention et la communication qui le porte doivent ainsi poursuivre une double révolution. D'une part, il s'agit de passer de messages pour la plupart centrés sur la prescription de l'usage d'un outil (le préservatif, le dépistage) à des messages valorisant la diversité et la complémentarité d'outils répondant à des conditions d'usage, des objectifs et des stratégies différentes selon les circonstances de la vie⁵⁷⁸. D'autre part, et par voie de conséquence, il s'agit de passer de messages prescriptifs en généralité à des messages encourageant les individus à penser quels outils, quels usages ou stratégies peuvent être pertinents, c'est-à-dire praticables et adaptés à leur situation, leurs contraintes, leurs désirs et leurs pratiques. Une telle communication ambitionne de donner aux individus les informations nécessaires pour construire leur propre prévention et maîtriser leurs choix. Plus complexe que de diffuser des prescriptions universelles et univoques, elle mise sur le renforcement de la capacité des individus à exercer leur liberté et leur responsabilité. Ce faisant, elle contribue à créer des conditions favorables pour articuler de façon intelligible et cohérente les différents niveaux de discours de prévention, des messages en direction de la population générale aux messages les plus ciblés, et permettre une appropriation raisonnée des nouveaux outils de prévention, y compris les plus sophistiqués, par les publics pour lesquels ils peuvent être pertinents.

⁵⁷⁸ À cet égard, à titre d'exemple, une campagne télévisuelle abordait en 2008 clairement la question du désir d'arrêter l'usage préservatif au sein du couple et la manière de recourir au dépistage pour sécuriser cet arrêt, www.inpes.sante.fr/70000/cp/08/cp080617.asp

ORIENTATIONS POUR ENCADRER LES USAGES DE LA PrEP EN FRANCE

Considérant l'intérêt potentiel du concept de PrEP face à la nécessité d'améliorer les performances de la prévention et le caractère prometteur de certains des premiers résultats de recherche clinique, considérant néanmoins la diversité et l'importance des enjeux que l'hypothèse d'une mise en œuvre du nouvel outil soulève à un stade encore très préliminaire des connaissances, le Conseil national du sida estime que le cadre et les modalités d'une éventuelle mise à disposition de traitements antirétroviraux en PrEP devront être définis de manière à garantir l'ensemble des points suivants :

- l'offre de PrEP devra s'inscrire dans une approche et une offre globale articulant prévention, dépistage et traitement, afin d'intégrer l'outil PrEP dans la palette des moyens de prévention en complémentarité avec les autres moyens disponibles, nécessitant de reconstruire le discours de prévention en fonction des situations et des publics concernés ;
- l'ancrage de l'usage d'ARV en PrEP dans une stratégie de prévention combinée devra être matérialisé par une présentation du médicament sous un nom commercial distinct et accompagné d'une notice spécifique à son indication préventive. Un *packaging* incluant des préservatifs apparaît souhaitable ;
- le dispositif devra garantir une offre globale de services associant prévention, dépistage, accès à une prise en charge médicale, information, écoute et accompagnement psychosocial. Il importe que la décision des personnes susceptibles d'intégrer la PrEP à leur stratégie de prévention procède d'une démarche éclairée. La qualité de l'adhésion au protocole de PrEP doit s'ancrer autant que possible dans la compréhension de l'intérêt, des limites et des contraintes de l'outil, dans une réflexion de la personne sur les circonstances dans lesquelles elle s'expose et/ou est exposée au risque et sur la manière dont elle peut alors mobiliser différents moyens de prévention, dont la PrEP, de façon ajustée à ces circonstances ;
- l'impact du nouvel outil devra être évalué à la fois sur le plan médical et sanitaire (pharmacovigilance, surveillance virologique et épidémiologique) et sur le plan comportemental et social (caractéristiques sociodémographiques des usagers, évolution des comportements face au risque, des pratiques de dépistage et de recours aux autres moyens de prévention, observation des usages réels de la PrEP développés par les usagers).

REMERCIEMENTS

Le Conseil national du sida remercie très vivement les personnes qui ont bien voulu apporter leur contribution à sa réflexion dans le cadre de ses auditions.

14 avril 2011

- **TRT-5** – François Berdougo, Stephen Karon (coordinateurs)
- **Jean-Michel Molina** – infectiologue (Université Paris 7 Diderot, hôpital Saint-Louis), investigateur principal de l'essai Ipergay (ANRS)

12 mai 2011

- **Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps)** – Natalie Morgensztejn, Daniel Vittecoq
- **Gilead Sciences** – Dominique Tonelli (directeur médical France), Isabelle Hoche (directeur des affaires règlementaires), James Rooney (Vice President of Clinical Affairs, États-Unis)

20 mai 2011

- **Comité des familles** – Reda Sadki (président)

07 juin 2011

- **Aides** – Bruno Spire (président), Christian Andréo (directeur des actions nationales)
- **Pierre Bony** – chercheur en psychopathologie (Université Rennes 2)
- **Laurent Gaissad** – sociologue (Université Libre de Bruxelles, Université Paris-Ouest Nanterre)

20 juin 2011

- **Nathalie Bajos** – socio-démographe (INSERM)
- **Elisabete de Carvalho** – socio-démographe (Sida Info Services), responsable de l'observatoire de Sida Info Services
- **France Lert** – épidémiologiste (INSERM)

21 juin 2011

- **Alain Léobon** – psychologue et sociologue (CNRS, Université du Québec à Montréal), responsable des enquêtes Net Baromètre Gay
- **Annie Velter** – socio-démographe (InVS), responsable des Enquêtes Presse Gay, Baromètre Gay et de l'étude Prévagay
- **Act Up-Paris** – Hugues Fischer (coordinateur prévention)

Le Conseil remercie également Agathe Sireyjol et Thomas Vanlierde, stagiaires auprès des rapporteurs entre juin et octobre 2011, pour leur contribution aux travaux préparatoires à cet avis.

LES SYNTHÈSES

SYNTHÈSE DE L'AVIS CONJOINT DU CONSEIL NATIONAL DU SIDA ET DE LA CONFÉRENCE NATIONALE DE SANTÉ RELATIF AU PROJET DE PLAN NATIONAL VIH/SIDA – IST 2010-2014

L'Avis conjoint (Cf. p. 17 de ce rapport d'activité) a été adopté le 17 juin 2010 à l'unanimité des membres présents du Conseil national du sida et à l'unanimité des membres du bureau de la Conférence nationale de santé moins une voix.

Le Conseil national du sida et la Conférence nationale de santé ont adopté un avis conjoint le 17 juin 2010. Au terme de l'examen du document stratégique qui leur a été soumis, les deux instances considèrent que le **projet de plan national 2010-2014 ne répond pas aux enjeux actuels de la lutte contre le VIH et les IST**, et préconisent une révision profonde du projet prenant en compte leurs observations et leurs recommandations dans les quatre domaines suivants :

DÉPISTAGE ET TRAITEMENT

Le plan doit définir et afficher comme objectif premier et prioritaire de faire régresser très significativement le nombre de nouvelles contaminations dans tous les groupes de population.

Il est ainsi nécessaire de réduire la proportion des personnes infectées par le VIH qui ignorent leur infection. Actuellement, **une personne infectée sur deux accède trop tardivement au dépistage et à la prise en charge médicale**, avec des conséquences graves tant pour la personne elle-même que pour la santé publique. Cet objectif suppose de mettre en œuvre **un véritable changement de paradigme et d'échelle en matière de stratégie de dépistage** pour permettre un accès plus précoce aux traitements et obtenir un impact significatif sur la prévention de la transmission.

Il est pour cela indispensable que le plan reprenne sans restrictions l'ensemble des recommandations de la Haute autorité de santé, notamment celles visant à élargir la proposition de dépistage à l'ensemble de la population hors notion d'exposition à un risque de transmission.

MISE EN COHÉRENCE DES POLITIQUES PUBLIQUES

Le plan doit contribuer à **garantir l'accès universel à la prévention et aux soins** en particulier au bénéfice des populations les plus vulnérables et/ou les plus exposées aux risques d'infection à VIH et d'IST, spécifiquement **les personnes migrantes**, notamment en situation irrégulière au regard du séjour, **les personnes détenues, les usagers de drogue et les personnes prostituées**.

Les contradictions entre les politiques de santé et les autres politiques, en particulier de sécurité et d'immigration entravent le travail de prévention, de réduction des risques et d'accès aux soins. Aussi, il apparaît nécessaire de **lever les contradictions entre les politiques publiques** dans l'intérêt des impératifs de santé publique.

La **concertation et la collaboration**, entre les ministères d'une part et les directions d'administration d'autre part, doivent être significativement renforcées. Les **études d'impact**, notamment relatives aux difficultés rencontrées par les acteurs de la lutte contre le VIH en **l'état actuel de la législation**, doivent être davantage prises en compte.

ACTION DE LA FRANCE AU PLAN INTERNATIONAL

Le plan doit définir des axes d'intervention en matière de coopération internationale et contribuer à répondre à l'objectif de 2005, qui devait être atteint à l'horizon 2010, de **l'accès universel aux traitements antirétroviraux** dans les pays à ressources limitées.

Pour combler son retard, après **l'effondrement de son leadership** à la fin des années 2000, la France doit se repositionner **en tête des initiatives** en faveur de la lutte mondiale contre le VIH/sida, en particulier lors des prochains rendez-vous internationaux : Sommet sur les objectifs du Millénaire pour le développement et présidence française du G20.

Cette mobilisation de premier ordre doit se traduire dans le plan par la reconduction, au minimum à moyens constants, des objectifs stratégiques du plan national de lutte contre le VIH/sida 2001-2004 : **la solidarité thérapeutique en réseau et le soutien à la recherche dans les pays en développement**.

ÉLABORATION, SUIVI, ÉVALUATION ET GOUVERNANCE DU PLAN NATIONAL VIH/SIDA-IST

La **consultation de l'ensemble des acteurs** impliqués dans la lutte contre le VIH et les IST lors de l'élaboration du plan doit être maintenue, mais **recentrée sur les grands enjeux et les priorités de l'action publique**. Il importe que les pouvoirs publics veillent à **favoriser l'expression de la diversité associative**.

L'organisation de la **gouvernance du plan demeure floue**. Le rôle, les compétences et les prérogatives respectives des différentes instances de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation doivent être précisés. L'articulation entre le **niveau national** de décision et les **agences régionales de santé (ARS)** doit être clarifiée et le **rôle des COREVIH** en tant que partenaires privilégiés des ARS davantage affirmé.

Le suivi et l'évaluation en continu du plan doit s'appuyer sur des indicateurs-clés d'efficacité, en premier lieu ceux permettant de mesurer l'amélioration de la précocité du dépistage et de l'accès à la prise en charge médicale de l'infection.

SYNTHÈSE DE L'AVIS SUIVI DE RECOMMANDATIONS : VIH ET COMMERCE DU SEXE – GARANTIR L'ACCÈS UNIVERSEL À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

L'Avis suivi de recommandations (Cf. p. 37 de ce rapport d'activité) a été adopté le 16 septembre 2010 à l'unanimité des membres présents du Conseil national du sida.

La prostitution a connu de **profondes mutations ces quinze dernières années en France**. Le cadre législatif et réglementaire a été modifié, les pratiques se sont largement diversifiées, les trajectoires des personnes prostituées ont évolué, les lieux d'exercice de l'activité se sont déplacés.

Dès lors que des moyens de prévention adéquats sont systématiquement utilisés, la prostitution ne constitue pas en elle-même un facteur de risque de transmission du VIH/sida et des IST, ni pour les personnes qui l'exercent, ni pour leurs clients. En revanche, les conditions souvent difficiles dans lesquelles les personnes prostituées exercent leur activité fragilisent considérablement leur accès à la prévention et aux soins et majorent leur **exposition à l'ensemble des risques sanitaires**.

Cette situation nouvelle, marquée par une **dégradation globale des conditions de vie et des conditions d'exercice** des personnes prostituées, complique considérablement, voire compromet le travail de prévention du VIH/sida et des infections sexuellement transmissibles (IST) en faveur des personnes prostituées. Davantage exposées aux **violences**, à **l'isolement**, aux **difficultés administratives et sociales**, ces dernières sont souvent contraintes de reléguer la protection de leur santé au second plan de leurs préoccupations.

À travers l'avis VIH et commerce du sexe : garantir l'accès universel à la prévention et aux soins, le Conseil national du sida entend rendre compte de cette situation en s'attachant à trois aspects primordiaux :

- la vulnérabilité des personnes prostituées ;
- le manque de cohérence de l'action publique ;
- la mobilisation associative insuffisamment globale et communautaire.

À partir de cet état des lieux, le Conseil propose une série de recommandations susceptibles d'améliorer significativement et durablement les droits, la prévention des maladies et l'accès aux soins en faveur des personnes prostituées.

UN ÉTAT DES LIEUX ALARMANT

La prostitution ne constitue pas une réalité homogène et il serait plus juste de parler des prostitutions - au pluriel

La démographie, la géographie et les modalités d'exercice de la prostitution ont profondément évolué. Cette évolution s'explique en partie par l'arrivée progressive de personnes migrantes de différentes origines, le développement de la prostitution masculine et transgenre, l'usage des nouvelles technologies de l'information comme vecteur de rencontre, la multiplication des lieux de prostitution de voie publique dans de nombreux cas relégués en périphérie, l'essor d'une prostitution discrète dans des bars, des salons de massage, au domicile ou à l'hôtel, l'apparition de prostitutions occasionnelles. Par ailleurs, une partie des personnes prostituées, difficilement quantifiable, exerce librement son activité alors que pour une autre elle est contrainte.

La dégradation des conditions d'exercice de la prostitution renforce la vulnérabilité sanitaire et sociale des personnes prostituées

Les conditions de vie et les conditions d'exercice rencontrées par les personnes prostituées sont des facteurs de vulnérabilité déterminants. La fragmentation des lieux et des formes de prostitution, le renforcement de la pression policière et pénale, l'affaiblissement des liens de solidarité dans un contexte de concurrence accrue ont contribué à accroître l'isolement des personnes et à favoriser leur exposition à diverses formes de vulnérabilité et de violence.

La vulnérabilité des personnes prostituées face au client, dans un contexte de relâchement des pratiques de prévention et de demande accrue de rapports non protégés, les violences subies de la part des clients, mais aussi d'autres personnes prostituées ou encore de la police ou au sein des réseaux, les problèmes posés par un accès limité à l'information et aux soins, les difficultés à faire valoir leurs droits au séjour et aux prestations sociales, des conditions de vie souvent très précaires, notamment en terme de logement, et plus généralement un environnement social dégradé et hostile, sont autant de facteurs favorisant l'exposition aux risques sanitaires en même temps qu'un moindre accès aux services susceptibles de délivrer information, accompagnement, prestations sociales et soins.

DES POLITIQUES PUBLIQUES CONTRADICTOIRES

Un cadre législatif défavorable, peu conforme aux droits des personnes

Conçus pour œuvrer en faveur de la tranquillité publique et lutter contre le proxénétisme et la traite des êtres humains, les dispositifs de la loi pour la sécurité intérieure (2003), qui constituent le cadre législatif actuel, ont davantage **déstabilisé les personnes prostituées sans parvenir à protéger directement les victimes du proxénétisme et de la traite**, ni à accroître le nombre de mises en cause des auteurs de ces délits. La **législation demeure source d'instabilité**, en particulier pour les personnes étrangères. Elle contribue à reléguer les impératifs de santé au second plan et renforce l'exposition des personnes prostituées aux risques de transmission du VIH/sida et des IST.

L'extension du délit de racolage, notamment, a conduit à une **explosion du nombre de mises en cause et de procédures à l'encontre des personnes prostituées**. En remettant en cause la présence même de celles-ci dans l'espace public, elle a contribué à déplacer l'exercice vers des lieux plus **discrets, plus isolés, et donc plus dangereux**, renforçant la clandestinité et la stigmatisation.

En regard de la dégradation des conditions de vie et d'exercice de la majorité des personnes prostituées, **les droits accordés au titre de la protection des victimes du proxénétisme et de la traite des êtres humains n'ont bénéficié qu'à un nombre très limité d'entre elles**. Ces droits sont en effet **extrêmement conditionnels** et leur application apparaît très **inégaie sur le territoire**.

5 152 mises en cause pour racolage actif et passif ont été relevées en 2004, contre **267** en 2001. En 2009, leur nombre s'élevait à **2 315** au 30/11. **44** personnes prostituées ont bénéficié en 2004 d'un « accueil sécurisant » dans le dispositif Ac-Sé. En 2008, **56** personnes ont été signalées à la coordination du dispositif Ac-Sé. **684** victimes de la traite des êtres humains et du proxénétisme ont été identifiées en 2009. **79** titres de séjour ont été délivrés en faveur des victimes.

Une absence de cohérence de l'action publique au détriment de la santé

La situation des personnes prostituées concerne plusieurs domaines de l'action publique. L'**intérêt porté aux questions de santé apparaît cependant très faible**. La prostitution n'est discutée dans aucun forum local ou national spécifiquement dédié susceptible de réunir, à intervalle régulier, les représentants publics (social, santé, police, justice) et les représentants des associations compétentes. Au **plan national**, des coordinations interministérielles existent, mais leur objet est partiel et n'inclut pas les questions sanitaires et d'accès aux soins et à la prévention. Au **plan local**, les coordinations retiennent davantage l'objectif de tranquillité publique que celui de la sécurité des personnes prostituées.

L'absence de mise en cohérence des actions sectorielles se double d'une **absence d'évaluation** tant rétrospective que prospective de l'action publique. Bien que la loi le lui impose, l'État n'a pris **aucune mesure depuis 2006** pour procéder à une évaluation de la situation sanitaire et sociale des personnes prostituées. Les actions en leur direction, prévues dans les programmes nationaux élaborés par le ministère de la Santé, notamment dans les plans nationaux de lutte contre le sida successifs, se sont avérées

L'article 52 de la loi pour la sécurité intérieure stipule que « le Gouvernement déposera chaque année sur le bureau de l'Assemblée nationale et sur celui du Sénat, à l'ouverture de la session ordinaire, un rapport faisant état de l'évolution de la situation démographique, sanitaire et sociale des personnes prostituées ainsi que des moyens dont disposent les associations et les organismes qui leur viennent en aide ».

À ce jour, un seul rapport a été déposé en 2006. En matière de santé, ce rapport ne présente aucune donnée inédite et se borne, sur la question du VIH/sida, à reproduire in extenso deux paragraphes du Plan national de lutte contre le VIH/sida 2005/2008 présentant des données anciennes et non spécifiques à la France.

difficilement applicables sans un réexamen préalable de politiques sectorielles qui poursuivent des objectifs contraires. Leur impact s'en est trouvé très limité.

UN CHAMP ASSOCIATIF DIVISÉ ET INÉGALEMENT SOUTENU

Deux logiques associatives qui peinent à converger

Depuis les années 1960, l'État s'est largement désengagé de l'action directe en faveur des personnes prostituées au profit d'une contribution financière accordée à des opérateurs associatifs. Dans la logique d'une politique d'inspiration abolitionniste, cette action a privilégié le développement de services d'accueil, d'accompagnement, d'hébergement et de réinsertion sociale en direction des personnes prostituées, dans l'objectif de leur permettre de sortir de la prostitution. Un important réseau d'associations à vocation sociale, impliqué en particulier dans les questions d'hébergement, s'est ainsi implanté dans le champ de l'intervention auprès des personnes prostituées. La montée de l'épidémie de VIH/sida et la progression des stigmates associés a cependant provoqué, à partir de la fin des années 1980, l'émergence de nouvelles associations, créées à l'initiative des personnes prostituées ou en lien avec celles-ci afin de promouvoir spécifiquement l'accès à la prévention, aux soins et aux droits. Aujourd'hui présentes dans les principales agglomérations françaises, ces associations à dominante initiale « santé » ont peu à peu élargi leur périmètre d'intervention aux questions sociales et d'accès aux droits. *A contrario*, les associations de tradition sociale n'ont pas toutes adoptées une démarche similaire d'approche globale et communautaire, fondée sur des compétences multiples et sur la participation directe des personnes prostituées.

UN SOUTIEN PUBLIC AUX ASSOCIATIONS DE SANTE ET DE SANTE COMMUNAUTAIRE ET A L'APPROCHE GLOBALE INSUFFISANT

L'action publique apparaît très déséquilibrée. L'essentiel des dotations et subventions demeure accordé à des programmes fondés non sur l'approche globale au bénéfice de l'ensemble des personnes prostituées mais sur l'accueil sécurisant au bénéfice d'un nombre très limité de victimes du proxénétisme et de la traite des êtres humains.

L'approche globale privilégiée par les associations de santé et de santé communautaire associe des interventions à caractère sanitaire, social et culturel et a fait les preuves de son efficacité. Pourtant, le développement de l'action sociale de ces associations et leur déploiement sur le territoire est entravé par la faiblesse des financements publics accordés,

Les pouvoirs publics ont consacré plus de 10 millions d'euros à l'action sociale en faveur de l'hébergement, l'insertion des personnes prostituées et la prévention de la prostitution pour 2004 contre environ 1,5 millions d'euros aux actions de santé, principalement au titre de la lutte contre le VIH/sida /IST/hépatites.

En 2010, les crédits de l'action sociale au bénéfice des associations communautaires sont restés extrêmement faibles ou ont été supprimés.

leur caractère insuffisamment pérenne, et par l'origine « santé » des crédits et le recours à une multitude de bailleurs. Les associations traditionnelles centrées sur la réinsertion sociale apparaissent en revanche plus favorisées. Si certaines ont progressivement diversifié leurs missions pour répondre à l'évolution des besoins, leur implication dans des actions de prévention et d'accès aux soins demeure très inégale. Dans certains cas, le développement de telles actions peut se heurter au positionnement idéologique de la structure ou encore à l'absence de compétences en santé au sein des équipes qui l'animent.

Fournir un ensemble de services adaptés aux besoins à la fois sanitaires et sociaux des personnes prostituées requiert à la fois de favoriser le développement d'une approche plus globale au sein des

associations historiquement centrées sur l'action sociale et une véritable reconnaissance par les pouvoirs publics, au plan national comme local, de l'apport des associations de santé. Cette reconnaissance doit se traduire par un soutien financier et administratif patent. Une telle orientation, sans nier les différences d'ordre éthique qui peuvent opposer à des degrés divers les deux cultures associatives, devrait permettre davantage de coopération entre les associations et favoriser le développement d'une offre de services complète à l'échelle de tout le territoire.

LES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DU CONSEIL NATIONAL DU SIDA POUR GARANTIR AUX PERSONNES PROSTITUÉES UN ACCÈS UNIVERSEL AUX DROITS, À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

Une action de premier plan est nécessaire pour compenser le retard pris en France dans l'accompagnement, le suivi et la garantie des droits des personnes prostituées afin de leur rendre une visibilité et leur assurer l'accès effectif à la prévention et aux soins. Les personnes prostituées doivent se voir garantir un ensemble de droits identiques à ceux de la population et reconnaître une compétence spécifique en matière de prévention.

RENFORCER LES DROITS

Pour que les personnes prostituées accèdent aux mêmes droits que ceux garantis à l'ensemble de la population :

- garantir l'ensemble des droits en matière de soins, de protection sociale, de séjour et de logement et accorder aux personnes prostituées victimes de l'exploitation et de la traite des êtres humains des droits de façon inconditionnelle, quelle que soit, notamment, leur situation administrative au regard du séjour ;
- reconsidérer les dispositions de la loi pour la sécurité intérieure sur le racolage, sources de discriminations et de fragilisation des personnes prostituées et évaluer, et le cas échéant réviser, certaines dispositions relatives à la lutte contre le proxénétisme au regard de leur impact sur les conditions d'existence et notamment de logement.

ASSURER LA COHÉRENCE DES POLITIQUES PUBLIQUES

Pour mettre en œuvre une nouvelle gouvernance fondée sur une mobilisation politique nationale et locale de premier plan et une coopération renforcée entre l'ensemble des acteurs :

- convoquer une conférence nationale réunissant, sous la responsabilité du ministre en charge de la santé, l'ensemble des acteurs concernés, tant publics, notamment les autres ministères concernés, qu'associatifs et communautaires ;
- mettre en œuvre une véritable concertation interministérielle susceptible de garantir l'application cohérente et unifiée sur tout le territoire, des droits, de l'accès aux soins et à la prévention des personnes prostituées.

PROMOUVOIR UNE APPROCHE GLOBALE

Pour répondre à l'ensemble des besoins indispensables des personnes prostituées :

- garantir, sur l'ensemble du territoire, et notamment aux populations difficilement accessibles ou isolées, une offre de services adaptés comprenant : *counselling*, fourniture de matériel de prévention, accès effectif au dépistage, au traitement postexposition (TPE), à la prise en charge des IST, aux soins de santé primaires, aux

services de santé sexuelle, à la réduction des risques, à l'accompagnement social, à l'interprétariat et la médiation culturelle ;

- garantir un **financement pérenne des structures associatives**, seules susceptibles d'assurer, en partenariat avec des structures publiques, ce type d'approche globale.

SOUTENIR LES DÉMARCHES COMMUNAUTAIRES

Pour conforter le rôle déterminant que les personnes prostituées jouent dans les actions de prévention :

- renforcer les actions communautaires destinées à **favoriser l'auto-organisation des personnes prostituées** et encourager la prise en charge par ces personnes des missions de prévention, de médiation et de formation, en leur permettant de bénéficier d'une **formation adaptée** et en dotant les programmes communautaires des moyens suffisants pour **ouvrir des postes d'agents de médiation, de prévention et de formation** ;
- soutenir plus particulièrement les programmes **s'adressant aux populations traditionnellement les moins bénéficiaires des actions de proximité** : *escorts*, masseuses, personnes prostituées « en tour », personnes migrantes, personnes transgenres.

AMÉLIORER LA CONNAISSANCE

Pour ajuster l'offre de services au plus près des besoins des personnes prostituées :

- augmenter les crédits consacrés aux **recherches-actions** réalisées dans le cadre des associations de santé, de santé communautaire et de réinsertion sociale, afin notamment de mieux connaître les formes de prostitution les moins visibles ;
- réaliser une **synthèse nationale annuelle des données** produites par l'ensemble des organisations non gouvernementales et des organismes de recherche intervenant dans le domaine, visant en particulier à évaluer l'impact de l'action publique relative à la prostitution.

SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS DU CONSEIL NATIONAL DU SIDA : VAINCRE L'ÉPIDÉMIE MONDIALE DE SIDA PAR DES INVESTISSEMENTS INNOVANTS

La *Note valant avis* (Cf. p. 133 de ce rapport d'activité) a été adoptée par le Conseil national du sida le 13 octobre 2011 à l'unanimité des membres présents.

La présidence française du G20 a inscrit à l'ordre du jour la question des financements innovants alors que les discussions de haut niveau se multiplient sur la mise en œuvre d'une taxe sur les transactions financières. Ce mécanisme constitue une opportunité réelle pour la communauté internationale d'assumer ses responsabilités et de garantir l'accès universel au traitement antirétroviral promis pour 2015.

L'accès au traitement et aux soins représente un intérêt majeur pour les personnes qui en bénéficient mais également un intérêt collectif car la mise au traitement des personnes contaminées permet la réduction très significative du risque de transmission du VIH, condition pour parvenir à une baisse conséquente des nouvelles contaminations.

LE CONSEIL NATIONAL DU SIDA CONSTATE

1. **Les besoins, notamment en termes d'accès au traitement, sont immenses.** Dix millions de personnes éligibles au traitement n'en bénéficient pas aujourd'hui. Les coûts induits demeurent très élevés et les moyens financiers, indispensables à la prise en charge des personnes, devront augmenter dans les prochaines années.
2. **Les États donateurs n'ont pas tenu leurs engagements** en faveur de l'aide publique au développement et ne semblent pas en mesure de pouvoir y consacrer 0,7 % de leur revenu national brut en 2015 alors que le fossé entre les besoins et les ressources disponibles atteint un seuil critique.

3. **La protection accrue des brevets depuis 1994** a limité la concurrence sur le marché des médicaments et la **baisse attendue du prix des traitements**, aujourd'hui ceux de seconde intention. Les dispositifs offerts aux États à revenu limité pour déroger à cette protection accrue ont été insuffisamment mis en œuvre.
4. **La gouvernance mondiale de la lutte contre le sida est assurée par des organisations disséminées** et insuffisamment coordonnées entre elles. Par ailleurs, les acteurs de la santé et ceux du commerce ne coopèrent que faiblement.

Pour faire face à l'ensemble de ces enjeux, en grande partie liés à la question décisive de l'accès universel au traitement, le Conseil juge opportun la **mise en œuvre d'une taxe sur les transactions financières** pour apporter un complément significatif aux ressources indispensables à la lutte contre le VIH/sida. En outre, il recommande d'engager l'action publique bien au-delà de ce seul dispositif.

LE CONSEIL NATIONAL DU SIDA RECOMMANDE

1. **La programmation d'investissements pluriannuels à hauteur de plusieurs dizaines de milliards de dollars par an** afin de gagner en efficience et d'infléchir l'incidence de l'épidémie et le niveau des dépenses futures.
2. **La mobilisation de ressources financières complémentaires et combinées** : l'aide publique au développement, des financements innovants diversifiés (taxes, partenariats publics/privés) et un mécanisme à fort rendement financier (taxe sur les transactions financières).
3. **La baisse des prix des médicaments**, notamment permise par la mise en œuvre des dérogations aux règles relatives à la propriété intellectuelle accordées aux États à revenu limité.
4. **Une gouvernance mondiale renouvelée** qui s'appuie sur une coordination efficace de la lutte contre le VIH/sida sous l'égide d'ONUSIDA et sur une coopération renforcée entre l'Organisation mondiale de la santé et l'Organisation mondiale du commerce.

SYNTHÈSE DE L'AVIS SUR L'INTERÊT POTENTIEL DU CONCEPT DE PROPHYLAXIE PRÉEXPOSITION DU VIH/SIDA (PrEP)

L'*Avis* (Cf. p. 147 de ce rapport d'activité) a été adopté par le Conseil national du sida, réuni en séance plénière le 12 janvier 2012, à la majorité des membres présents moins une abstention.

Depuis une quinzaine d'années, le développement de traitements antirétroviraux (ARV) toujours plus efficaces et mieux tolérés contre l'infection à VIH a radicalement changé le cours de l'épidémie et la vie des personnes atteintes qui peuvent en bénéficier. Les efforts initiés dans les années 2000 pour permettre leur accès à une large échelle dans le monde ont été exceptionnels et pourtant insuffisants au regard de l'objectif de l'accès universel en 2015. **Réduire drastiquement le nombre de nouvelles contaminations est donc une nécessité impérieuse pour parvenir à stabiliser puis faire régresser l'épidémie, dont l'expansion, au Nord comme au Sud, n'a pu être contenue par les efforts de prévention menés jusqu'à présent.**

L'ensemble des acteurs de la lutte contre le VIH/sida s'accorde sur la **nécessité d'une remobilisation globale en faveur de la prévention**, dont l'efficacité doit être fortement améliorée en combinant les différents outils et stratégies. Dans cette lignée, **la promotion du dépistage et le développement de nouveaux outils de réduction du risque de transmission ou d'acquisition du VIH fondés sur l'usage préventif des traitements antirétroviraux** constituent un enjeu essentiel. **Le concept de prophylaxie préexposition (PrEP) consiste à proposer à des personnes non-infectées par le VIH d'utiliser des traitements antirétroviraux pour réduire le risque de contracter le virus.** Alors que l'administration américaine s'apprête à autoriser cet usage préventif des ARV, il n'existe pas, à ce stade, de recommandations validées en Europe. Sous réserve des résultats des recherches en cours, le Conseil national du sida a souhaité dès à présent envisager **dans quelle mesure et à quelles conditions les PrEP seraient**

susceptibles d'enrichir, dans un avenir relativement proche, la palette des moyens de protection existants.

EN QUOI CONSISTE LA PrEP ?

Le mode d'action des traitements ARV est de bloquer la réplication du VIH. Utilisés à des fins thérapeutiques chez les personnes infectées, ils permettent d'éviter la progression de l'infection vers le stade sida. Cependant, en réduisant la quantité de virus présent dans le sang à un niveau très faible, il est démontré que les ARV diminuent très fortement le risque que la personne infectée transmette le virus par voie sexuelle. Le dépistage et le traitement précoce des personnes infectées offrent à ces personnes un moyen de protéger autrui et, au plan collectif, un outil puissant de contrôle de l'épidémie. Cet usage du traitement à des fins préventives chez les personnes infectées, dit TasP (*Treatment as Prevention*), est considéré comme un levier majeur pour parvenir à faire régresser l'épidémie au plan mondial.

Dans le concept de PrEP, il s'agit d'utiliser la capacité des ARV à bloquer les mécanismes infectieux du VIH dès l'exposition au virus. Alors que l'usage des ARV en TasP concerne le traitement des personnes déjà infectées par le VIH et vise à éviter sa transmission à autrui, leur usage en PrEP concerne des personnes non-infectées, dans l'objectif d'éviter qu'elles se contaminent en cas d'exposition au virus.

Plusieurs formes de PrEP sont envisagées :

- ARV en prise orale continue (actuellement quotidienne) ;
- en prise orale discontinue « à la demande » (uniquement en anticipation d'un éventuel rapport sexuel à risque, dans les heures qui précèdent puis juste après le rapport) ;
- par voie locale (PrEP topique ou « microbicide », sous forme de gel vaginal ou anal contenant l'ARV.

EN COMPLÉMENT DE L'USAGE DES MOYENS CLASSIQUES DE PRÉVENTION, LA PrEP RÉDUIT SIGNIFICATIVEMENT LE RISQUE DE CONTAMINATION

Les résultats d'essais disponibles montrent que la PrEP combinée à la promotion des moyens classiques de protection (promotion de l'usage du préservatif, *counseling*, dépistage du VIH, dépistage et traitement des IST) permet de réduire significativement le risque d'acquisition du VIH chez des personnes fortement exposées au risque par rapport à la seule promotion des moyens classiques. La PrEP est en un cela un outil supplémentaire de réduction des risques permettant de compléter la palette des outils de prévention et non de se substituer aux autres outils.

UN OUTIL POUR DES PERSONNES EN SITUATION DE FORTE EXPOSITION AU RISQUE ET EN DIFFICULTÉ DE PRÉVENTION AVEC LES MOYENS STANDARDS

La PrEP n'est pas un outil de prévention universel à destination de la population générale. Son intérêt préventif concerne les personnes les plus fortement exposées au risque d'acquisition du VIH en raison de leur appartenance à un groupe de population particulièrement touché par l'épidémie et/ou de pratiques sexuelles à risque (nature des pratiques, nombre de partenaires, usage insuffisant, irrégulier ou inadéquat des moyens classiques de prévention), quelles qu'en soient les causes (choix assumé, difficultés à mettre en œuvre systématiquement une protection par le préservatif, difficultés ou impossibilité d'imposer

une protection au(x) partenaire(s), etc.). À cet égard, la PrEP offre l'avantage d'être un outil entièrement contrôlé par l'utilisateur, indépendamment de son partenaire, et donc renforçant son autonomie.

La PrEP doit être utilisée dans une stratégie de **prévention combinée** : elle peut apporter une sécurité supplémentaire aux personnes **en situation de forte exposition au risque, face à des accidents de prévention conventionnelle**. Elle peut également s'adresser à des personnes désirant desserrer, de façon assumée, les contraintes de la prévention conventionnelle dans certaines circonstances, ou dans l'impossibilité de l'exiger de leur partenaire. La PrEP est alors un moyen **de réduire le risque, préférable à l'absence de toute protection**.

LA PrEP EN FRANCE : POUR QUI ?

Dans le contexte français d'épidémie concentrée dans certains groupes de population, **l'offre de PrEP devra être précisément ciblée**. Compte tenu de critères épidémiologiques, les HSH (Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes) ayant des pratiques particulièrement à risque constituent le principal public cible, et le seul dans lequel un **impact collectif sur l'incidence** peut être attendu.

Cependant, l'intérêt de la PrEP en tant qu'**outil individuel de prévention** justifie de la rendre par principe **accessible, au-delà du groupe des HSH, à toutes les personnes en situation personnelle de forte exposition au VIH et de difficultés de prévention**.

UNE NOUVELLE ÉTAPE DANS LA MUTATION DU PARADIGME PRÉVENTIF

La PrEP est un outil de prévention médicalisé, dont la mise en œuvre induit des contraintes nouvelles pour le dispositif d'offre de prévention et de soins. Elle exige une prescription médicale initiale, puis lors des renouvellements, ainsi qu'un **suivi médical rapproché** (tests de dépistage du VIH, examens biologiques...). Il est en outre nécessaire, tant pour la sécurité des utilisateurs et de la collectivité, que pour nourrir les progrès de la recherche, d'accompagner la mise en œuvre de la PrEP d'un **dispositif efficace de surveillance des risques** pharmacologiques et épidémiologiques ainsi que d'évaluation des aspects comportementaux.

Le développement d'une offre de PrEP « en vie réelle » soulève la question de **l'impact du nouvel outil sur les comportements sexuels et de prévention**. Le risque que la PrEP encourage certains usagers à se passer plus souvent ou totalement du préservatif, à augmenter le nombre de leurs partenaires ou à choisir des pratiques plus à risque, ne peut être écarté. Toutefois, **les phénomènes de relâchement des pratiques de prévention** sont déjà largement observés dans les populations cibles de la PrEP et **obéissent à de multiples déterminants**. Aucune donnée ne suggère que l'introduction d'un nouvel outil de réduction du risque puisse, en tant que telle, entraîner un effet contre-productif massif sur la prévention.

La PrEP est un outil exigeant et contraignant pour l'utilisateur, qui suppose des contacts répétés avec le dispositif de prévention et de soins. Elle peut donc difficilement satisfaire une simple demande de désinvestissement de la prévention. À l'inverse, elle peut offrir aux **personnes concernées une option supplémentaire pour mieux maîtriser, améliorer ou restaurer leur prévention** dans une approche individualisée mieux ajustée à leurs désirs, ou leurs contraintes.

ADAPTER LE DISCOURS ET LE DISPOSITIF D'OFFRE DE PRÉVENTION AUX NOUVEAUX OUTILS DE PRÉVENTION

Pour donner aux utilisateurs les moyens de faire une utilisation maîtrisée et raisonnée de l'outil, l'offre de PrEP doit impérativement s'organiser dans un cadre garantissant une **approche globale de prévention** et un accompagnement adapté. Le discours et le dispositif de prévention doivent combiner les stratégies de prévention dites comportementales, structurelles et biomédicales, incluant le dépistage et les différents usages des traitements.

Le développement de structures de type « **centre de santé sexuelle** », capables d'associer les ressources médicales requises par les outils biomédicaux et un *counseling* au plus près des enjeux de sexualité et de santé sexuelle des personnes, doit être promu. De tels centres doivent proposer une offre globale de services associant **prévention, dépistage, accès à une prise en charge médicale, information, écoute et accompagnement psychosocial**.

QUELLES ORIENTATIONS POUR ENCADRER LES USAGES DE LA PrEP EN FRANCE ?

Le Conseil national du sida estime que le cadre et les modalités d'une éventuelle mise à disposition de traitements antirétroviraux en PrEP devront satisfaire les principes suivants :

- **l'offre de PrEP devra s'inscrire dans une approche globale** articulant prévention, dépistage et traitement, afin d'intégrer l'outil PrEP dans la palette des moyens de prévention et nécessitera de reconstruire le discours de prévention en fonction des situations et des publics concernés ;
- **l'ancrage de l'usage d'ARV en PrEP dans une stratégie de prévention combinée devra être matérialisé par une présentation du médicament sous un nom commercial distinct et accompagné d'une notice spécifique à son indication préventive**. Un packaging incluant des préservatifs apparaît souhaitable ;
- **le dispositif devra combiner une offre globale de services de prévention, dépistage, accès à une prise en charge médicale, information, écoute et accompagnement psychosocial** pour garantir la démarche éclairée des personnes. La qualité de l'adhésion au protocole de PrEP repose sur la compréhension des personnes de l'intérêt, des limites et des contraintes de l'outil, et sur la réflexion sur les circonstances d'exposition au risque et sur les moyens de prévention mobilisables, dont la PrEP, pour y répondre ;
- **l'impact du nouvel outil devra être évalué à la fois sur le plan médical et sanitaire** (pharmacovigilance, surveillance virologique et épidémiologique) et sur le **plan comportemental et social** (caractéristiques sociodémographiques des usagers, évolution des comportements face au risque, des pratiques de dépistage et de recours aux autres moyens de prévention, observation des usages réels de la PrEP).

LES COMMUNIQUÉS DE PRESSE

POUR CHRISTIANE MARTY-DOUBLE

Communiqué du 9 avril 2010

Le Conseil national du sida a la tristesse d'annoncer la disparition de Christiane Marty-Double.

Vice-présidente de l'association AIDES pendant plus de 10 ans, professeure de médecine, Christiane Marty-Double avait été nommée membre du Conseil national du sida le 2 janvier 2008, sur proposition de la Ministre de la Santé et des Sports.

Le CNS tient à rendre hommage à l'implication constante de Christiane Marty-Double dans les travaux du Conseil et à sa détermination à défendre les droits des personnes, notamment des plus vulnérables.

Le Président du Conseil national du sida, le professeur Willy Rozenbaum, et l'ensemble des membres du Conseil font part de leur profonde émotion et témoignent leur soutien à la famille et aux amis de Christiane Marty-Double.

AVIS CONJOINT DU CONSEIL NATIONAL DU SIDA ET DE LA CONFÉRENCE NATIONALE DE SANTÉ RELATIF AU PROJET DE PLAN NATIONAL VIH/SIDA - IST 2010-2014

Communiqué du 28 juin 2010

Le Conseil national du sida et la Conférence nationale de santé ont rendu public l'Avis conjoint de la Conférence nationale de santé et du Conseil national du sida sur le projet de plan national VIH/sida-IST 2010-2014.

Saisies par la Direction générale de la santé, les deux instances jugent le projet de plan incapable de répondre aux enjeux actuels de la lutte contre le sida et les IST.

Elles soulignent notamment que le projet, contre l'ensemble des avis experts, n'engage pas la redéfinition radicale attendue de la politique de dépistage. Celle-ci permettrait de bénéficier de l'intérêt du traitement sur le risque de transmission et constitue la seule stratégie à même de faire régresser l'épidémie. Les messages de prévention doivent être redéfinis en conséquence.

L'avis regrette également les contradictions persistantes entre les politiques de santé et les autres politiques publiques, en particulier de sécurité et d'immigration. Il appelle à lever ces contradictions pour garantir un accès universel à la prévention et aux soins.

Sur le plan international, l'avis déplore « l'effondrement du leadership de la France à la fin des années 2000 » et appelle à un sursaut lors de la prochaine présidence française du G20.

Au regard de ces éléments, le Conseil national du sida et la Conférence nationale de santé appellent les pouvoirs publics à une révision en profondeur du projet de plan national que les deux instances estiment indispensable.

ORGANISATION D'UNE JOURNÉE D'ÉTUDE SUR LES POLITIQUES DE SANTÉ DES DROGUES ET DES ADDICTIONS EN FRANCE

Communiqué du 22 septembre 2010

Le Conseil national du sida a pris connaissance de la publication en France de plusieurs expertises consacrées à la réduction des risques d'infection à VIH/sida et des hépatites virales (B et C) en direction des usagers de drogue, en particulier l'expertise collective de l'Inserm rendue publique en juillet dernier⁵⁷⁹ et l'analyse et les recommandations consacrées aux centres de consommation à moindres risques pour usagers de drogues présentées cette semaine par l'association Élus, santé publique et territoires. Par ailleurs, une mission d'information parlementaire a récemment été créée.

Le Conseil national du sida a souligné dans plusieurs de ses avis⁵⁸⁰ que les politiques mises en œuvre par les pouvoirs publics ne constituent pas une réponse adaptée aux difficultés rencontrées par les usagers de drogues, notamment au regard de la transmission de l'infection à VIH/sida et des hépatites. Dans une déclaration solennelle, dite Déclaration de Vienne⁵⁸¹, adoptée en juillet 2010 lors de la 18^e Conférence internationale de lutte contre le VIH/sida à Vienne (Autriche), des chercheurs de premier plan ont alerté les gouvernements et l'opinion sur le risque d'une épidémie en progression dans plusieurs régions du monde au sein de la population des usagers de drogues et ont souligné l'échec patent des politiques répressives à leur encontre.

La France a adopté le 31 décembre 1970 une loi relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses. À l'occasion du quarantième anniversaire de la loi de 1970, le Conseil national du sida envisage, face aux enjeux actuels, de contribuer à la réflexion sur sa mise en œuvre et son évolution.

Lors d'une journée d'étude, organisée en novembre prochain, le Conseil national du sida entendra les représentants des autorités publiques impliqués, notamment les représentants du ministère de la Santé, de l'Intérieur, de la Justice, ainsi que la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), les membres des groupes d'experts et les chercheurs compétents ainsi que les représentants des associations d'usagers, des associations engagées dans la réduction des risques et la lutte contre le VIH/sida et les hépatites virales.

(La liste des personnalités auditionnées lors de cette journée d'étude figure dans le présent rapport au bas de la note valant avis sur l'impact des politiques relatives aux drogues illicites sur la réduction des risques infectieux, NDLR)

⁵⁷⁹ Inserm, *Réduction des risques chez les usagers de drogue*, 2010.

⁵⁸⁰ Voir notamment : Conseil national du sida, *Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique. Propositions pour une reformulation du cadre législatif*, 2001. www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2001-06-21_rap_fr_politique_publique.pdf

⁵⁸¹ www.ladeclarationdevienne.com

DURCISSEMENT DES CONDITIONS D'ACCÈS AU SÉJOUR DES ÉTRANGERS MALADES RÉSIDANT HABITUELLEMENT EN FRANCE

Communiqué du 05 octobre 2010

L'Assemblée nationale a adopté, lors de la discussion du projet de loi « Immigration, intégration et nationalité » le 5 octobre 2010 en séance publique, un article susceptible de durcir significativement les conditions d'accès à un titre de séjour pour les étrangers malades résidant habituellement en France.

La législation actuelle stipule qu'une carte de séjour temporaire est délivrée de plein droit, sous réserve que sa présence ne constitue pas une menace pour l'ordre public, à l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire. Le nouvel article adopté modifie la clause restrictive et substitue la formulation : « *sous réserve de l'indisponibilité d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire* ».

En conséquence, si la nouvelle législation est promulguée en l'état, des étrangers malades pourront désormais se voir refuser la délivrance ou le renouvellement d'un titre de séjour pour soins au motif que des traitements sont disponibles dans leur pays d'origine. Or, de tels traitements, en particulier des traitements antirétroviraux, sont formellement disponibles dans tous les pays du monde. Ceux-ci ne sont pas pour autant effectivement accessibles. En fondant la décision d'acceptation ou de refus d'un titre de séjour pour soins au bénéfice des étrangers malades sur le seul critère de la disponibilité, la nouvelle législation conduira à des rejets systématiques des demandes de titres de séjour ou de renouvellement émanant des personnes atteintes par le VIH/sida et par d'autres pathologies. Le Conseil national du sida souligne le caractère extrêmement préjudiciable de l'évolution législative envisagée sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH/sida ainsi que sur la lutte contre les maladies infectieuses.

Au regard du nouvel article, les étrangers malades se verront condamnés soit à des mesures d'éloignement peu soutenables sur le plan éthique et aux conséquences fatales si elles sont mises en œuvre, soit, en demeurant sur le territoire, à des formes de précarité, de clandestinité et de difficultés d'accès au système de soins, entraînant ainsi une diminution considérable des chances thérapeutiques pour les personnes. La présence en France d'étrangers malades non traités ou mal traités constitue, en outre, un risque supplémentaire de dissémination de maladies infectieuses dans la population générale et représente, au final, un surcoût pour la collectivité.

Le Conseil national du sida invite donc le législateur à revenir sur cette évolution.

VIH ET COMMERCE DU SEXE : UN ÉTAT DES LIEUX ALARMANT

Communiqué du 30 novembre 2010

À l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida, le Conseil national du sida a souhaité rendre public l'avis *VIH et commerce du sexe. Garantir l'accès universel à la prévention et aux soins*.

Le Conseil y décrit les modifications profondes de la prostitution en France depuis une quinzaine d'années avec l'arrivée d'une population migrante, souvent précaire, la dispersion des lieux d'activité et le développement de nouvelles formes d'exercice comme la prostitution occasionnelle ou par l'intermédiaire d'internet.

Le Conseil dresse un état des lieux alarmant. Les conditions de vie et les conditions d'exercice de l'activité se sont dégradées. Les personnes prostituées rencontrent des difficultés croissantes pour faire valoir leurs droits au séjour et à une protection sociale et sont directement exposées à différentes formes de violence et d'isolement. Dans ces conditions, elles sont souvent contraintes de reléguer la protection de leur santé au second plan de leurs préoccupations et se trouvent davantage exposées aux risques sanitaires, notamment au VIH/sida et aux infections sexuellement transmissibles (IST).

Par ailleurs, l'évolution de la législation, en faisant notamment du racolage passif un délit, a conduit à une augmentation extrêmement importante du nombre de mises en cause de personnes prostituées. Elle a aggravé considérablement leur vulnérabilité, les a rendues moins visibles dans l'espace public et a compliqué le travail de prévention mené par les associations. À l'inverse, les dispositifs permettant de bénéficier d'un droit au séjour et à un accueil sécurisant n'ont concerné qu'un nombre très limité d'entre elles.

Aussi, le Conseil national du sida recommande aux pouvoirs publics une meilleure prise en compte des questions de santé et de droits des personnes prostituées. Le nouveau plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014 est une opportunité à saisir pour favoriser leur accès aux soins et à la prévention. En outre, le Conseil propose de reconsidérer la législation sur le racolage ; d'impulser une véritable concertation entre les ministères en charge de la santé, de l'intérieur, de la justice et de la cohésion sociale ; et de donner des moyens significatifs aux associations qui travaillent au plus près des personnes prostituées afin de leur garantir un accès aux soins, à la prévention et aux droits sociaux.

LE CONSEIL NATIONAL DU SIDA SE PRONONCE CONTRE LES RESTRICTIONS DES CONDITIONS D'ACCÈS AU SÉJOUR DES ÉTRANGERS GRAVEMENT MALADES RÉSIDANT HABITUELLEMENT EN FRANCE

Communiqué du 15 février 2011

L'Assemblée nationale doit débiter le 16 février 2011 l'examen en seconde lecture du projet de loi « Immigration, intégration et nationalité ».

L'une des dispositions, adoptée en première lecture par les députés, visait à restreindre, par rapport à la législation actuelle, les conditions d'accès au séjour pour les étrangers atteints de maladies particulièrement graves et résidant habituellement en France. Cette mesure a suscité un vif émoi, en particulier dans le monde des professionnels de santé. Le Conseil national du sida, comme d'autres acteurs, a invité le législateur à revenir sur cette disposition contestable. Au terme de la première lecture, le Sénat a récemment supprimé la mesure votée à l'Assemblée.

À la veille du nouvel examen par l'Assemblée nationale, le Conseil national du sida a adopté une note valant avis relative au projet de réforme restreignant le droit au séjour pour raisons médicales. Le Conseil entend éclairer le législateur et l'opinion sur l'impact prévisible de cette réforme, si elle devait être réintroduite par les députés, en termes de droit des personnes concernées, de santé publique et de maîtrise des dépenses de santé.

Le Conseil national du sida estime, notamment, que la restriction du droit au séjour serait une source d'incertitude juridique pour les personnes malades et risquerait d'entraîner un rejet massif des demandes de titre de séjour ou de renouvellement, dont les conséquences peuvent être extrêmement graves pour la santé des requérants. Le Conseil rappelle que le dispositif actuel du droit au séjour pour raisons médicales ne concerne que 28 000 personnes, soit 0,8 % des étrangers vivant en France, et que ce chiffre est stable.

En outre, la mesure envisagée par les députés comporterait des risques sérieux pour la santé publique, notamment en termes de diffusion des maladies infectieuses telles que le VIH, les hépatites ou la tuberculose et entrerait en contradiction avec les politiques nationales de santé et avec les positions soutenues par la France au plan international en matière de santé et de développement.

Enfin, une telle restriction entraînerait des reports de charges au sein du système de protection sociale français et risquerait de réduire l'efficacité de l'investissement consenti pour la prise en charge médicale des étrangers et, par conséquent, d'aggraver la dépense publique.

Au regard de cet ensemble de raisons, le Conseil national du sida recommande au Gouvernement et au législateur, lors des débats parlementaires en seconde lecture, de confirmer, conformément au vote du Sénat en première lecture, la suppression des mesures envisagées restreignant le droit au séjour des étrangers atteints de maladies particulièrement graves et résidant en France de manière habituelle.

L'IMPACT DES POLITIQUES RELATIVES AUX DROGUES ILLICITES SUR LA RÉDUCTION DES RISQUES INFECTIEUX

Communiqué du 06 avril 2011

À l'occasion de son audition devant la mission commune d'information de l'Assemblée nationale et du Sénat sur les toxicomanies, le Conseil national du sida rend public une *note valant avis sur l'impact des politiques relatives aux drogues illicites sur la réduction des risques infectieux*.

L'attention publique s'est focalisée depuis l'année 2009 sur les salles de consommation à moindre risque pour usagers de drogues. Des associations de lutte contre les maladies infectieuses, des associations d'usagers, des professionnels de santé, des sociétés savantes et des élus locaux ont largement débattu de cette question avec l'appui de plusieurs expertises. À l'été 2010, le ministère de la Santé a proposé l'ouverture d'une consultation à laquelle le Premier ministre n'a pas souhaité donner suite. Si la discussion sur cet outil de réduction des risques paraît opportune, elle ne doit pas conduire à éluder la réflexion sur l'ensemble des politiques relatives aux drogues.

Le Conseil national du sida a donc souhaité examiner plus largement l'état actuel des politiques de santé des drogues illicites en France alors que s'expriment, au plan international et en France, des préoccupations très vives à l'égard de la situation sanitaire et sociale et des droits des usagers de drogues.

Les politiques de réduction des risques promues en France depuis 1987 et consolidées par la loi du 13 août 2004 ont permis d'endiguer significativement l'épidémie d'infection à VIH dans la population des usagers de drogues. Mais des difficultés importantes subsistent aujourd'hui.

En effet, les politiques relatives aux drogues n'ont pas entraîné une réduction de leur usage. Le nombre de nouvelles contaminations par le VIH, et surtout par les hépatites, reste largement supérieur à celui constaté dans la population générale. La situation d'une fraction de cette population en situation de forte vulnérabilité sociale et sanitaire ne trouve pas de réponse adaptée.

En regard de ces enjeux, les pouvoirs publics n'ont pas mis en œuvre une politique de santé des drogues ambitieuse et équilibrée. La France a renforcé une répression coûteuse d'un nombre croissant d'usagers simples de drogues illicites, sur la base de la loi du 31 décembre 1970. Elle n'a ni évalué l'impact de cette politique sur la réduction des risques, ni adapté, étendu et diversifié son offre de réduction des risques, en particulier en direction des personnes socialement vulnérables, des personnes détenues, des femmes.

Le Conseil national du sida appelle les pouvoirs publics à prendre en compte l'ensemble de ces enjeux, notamment l'absence de diminution de l'usage des drogues. En outre, il juge nécessaire d'évaluer les politiques relatives aux drogues et d'examiner l'opportunité d'une reformulation de la loi de 1970 en matière de stupéfiants, à la lumière de son impact sur les politiques de réduction des risques.

EFFET PRÉVENTIF DES ANTIRÉTROVIRAUX : UN BÉNÉFICE CONDITIONNÉ PAR L'EXTENSION DE L'OFFRE DE DÉPISTAGE ET LA MISE EN ŒUVRE DU CONCEPT DE « PRÉVENTION COMBINÉE »

Communiqué du 13 mai 2011

Les résultats d'un important essai international, publiés jeudi 12 mai 2011, confirment que la mise sous traitement antirétroviral des personnes infectées par le VIH diminue très fortement le risque que ces personnes transmettent le virus par voie sexuelle. Ils consolident en outre fortement l'intérêt d'une mise au traitement précoce, à la fois en termes de réduction du risque de transmission à autrui et de bénéfice thérapeutique pour la personne traitée.

Le Conseil national du sida, dans le prolongement de son *Avis suivi de recommandations sur l'intérêt du traitement comme outil novateur de la lutte contre l'épidémie d'infections à VIH* du 9 avril 2009⁵⁸², estime ces résultats très encourageants. L'impact des traitements antirétroviraux sur le risque de transmission sexuelle offre un outil puissant à la fois au plan collectif, pour enrayer la dynamique de l'épidémie, et au plan individuel, en élargissant la palette des moyens de prévention disponibles.

Pour autant, conformément à ses conclusions et recommandations de 2009, le Conseil national du sida tient à rappeler que l'effet préventif du traitement ne peut être pleinement obtenu qu'à la double condition de parvenir à un dépistage beaucoup plus large et précoce de l'infection, et d'inscrire le nouvel outil dans une approche de prévention dite « combinée », promouvant la complémentarité des différents outils, informant sur leur intérêt comme sur leurs limites, visant à donner aux individus les moyens de maximiser leur protection et celle de leurs partenaires.

La volonté politique de mettre en œuvre ces stratégies doit, sans attendre, être très fermement affirmée.

⁵⁸² http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/Avis_sur_L_interet_du_traitement.pdf

VAINCRE L'ÉPIDÉMIE MONDIALE DE SIDA PAR DES INVESTISSEMENTS INNOVANTS

Communiqué du 31 octobre 2011

La Présidence française du G20, qui s'ouvre le 3 novembre prochain à Cannes, a inscrit à l'ordre du jour la question des financements innovants. Depuis plusieurs mois, la France s'est mobilisée en faveur de l'adoption d'une taxe sur les transactions financières.

Dans une note valant avis rendue publique à l'occasion de la tenue du G20, *Vaincre l'épidémie mondiale de sida par des investissements innovants*, le Conseil national du sida souligne la nécessité impérieuse d'engager des investissements puissants et innovants pour parvenir à l'accès universel aux traitements antirétroviraux promis par les États donateurs pour 2015.

Ces investissements sont indispensables. Pour la première fois dans l'histoire de la lutte contre le VIH/sida, il est démontré que l'opportunité de faire régresser l'épidémie mondiale de sida existe. En effet, on sait aujourd'hui que le traitement des personnes infectées réduit très fortement le risque de transmission à autrui. L'accès le plus large possible au dépistage et au traitement pour les personnes qui en ont besoin est le moyen décisif d'enrayer la dynamique de l'épidémie. Selon l'Organisation mondiale de la santé, le développement massif des programmes de prévention, dépistage et d'accès au traitement peut permettre d'éviter la moitié des 62 millions de nouvelles contaminations prévues entre 2005 et 2015.

Ces investissements sont urgents. On dénombre 10 millions de patients qui ont besoin d'un traitement antirétroviral et qui n'en bénéficient pas. La pérennité du traitement de plus 5 millions de malades n'est absolument pas garantie. Chaque jour, 7 000 personnes sont nouvellement infectées dont 1 000 enfants.

Si la communauté internationale ne consent pas aujourd'hui à engager ces investissements indispensables et urgents et si elle ne s'engage pas à accroître massivement les revenus disponibles, la lutte contre le VIH/sida sera durablement compromise.

Le Conseil national du sida tient donc à rappeler la nécessité de créer la taxe sur les transactions financières et d'affecter ses recettes au développement et, notamment, à la lutte contre le VIH/sida. De plus, le Conseil appelle fortement la communauté internationale à ne pas s'en tenir à la seule mise en œuvre de cette taxe. Plusieurs priorités fortes doivent accompagner l'action publique mondiale, notamment la mobilisation de ressources financières complémentaires à la taxe sur les transactions financières avec l'augmentation de l'aide publique au développement, la diversification des financements innovants et la baisse des prix des médicaments, qui peut être permise par des souplesses dans la mise en œuvre des règles relatives à la propriété intellectuelle sur les médicaments.

Le Conseil national du sida appelle donc à une nouvelle donne dans la lutte contre le VIH/sida. L'ensemble des acteurs, pays donateurs et bénéficiaires, organisations internationales doivent aujourd'hui assumer leur responsabilité pour relancer spectaculairement leur engagement. L'adoption de la taxe sur les transactions financières au service du développement doit contribuer à la dynamique de cette mobilisation commune.

JOURNÉE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA : POUR UNE ACTION DE LA FRANCE PLUS AMBITIEUSE

Communiqué du 30 novembre 2011

La journée mondiale de lutte contre le sida a retenu le mot d'ordre "Objectif zéro" en référence aux objectifs choisis par la communauté internationale pour 2011-2015 : zéro nouvelle infection au VIH, zéro discrimination, zéro décès dû au sida. Ces objectifs peuvent être atteints si la communauté amplifie considérablement son action en faveur de la prévention, du dépistage et de l'accès aux traitements, condition indispensable pour faire régresser l'épidémie.

L'ACTION DE LA FRANCE AU PLAN INTERNATIONAL ET NATIONAL DOIT ÊTRE EXEMPLAIRE

À l'occasion de la journée mondiale, le Conseil national du sida rappelle que la France doit pleinement contribuer à la réalisation des objectifs 2011-2015 et reconquérir la position de leader mondial de la lutte contre le VIH/sida qu'elle a longtemps occupée. Près de huit millions de personnes dans le monde ne bénéficient pas des traitements dont elles ont impérativement besoin et de nombreux pays ne disposent pas des médicaments indispensables aux malades en situation d'échec thérapeutique. La France doit impérativement augmenter son aide publique au développement comme elle s'y est engagée et mettre en œuvre une taxe sur les transactions financières.

La France doit également être exemplaire dans sa politique nationale de lutte contre le VIH/sida alors que le nombre annuel de nouvelles contaminations ne parvient pas à baisser depuis plusieurs années en France et que celui des contaminations des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes augmente depuis 2008. Les pouvoirs publics doivent davantage promouvoir la prévention et le dépistage, dispositif-clé pour faire diminuer le nombre de nouvelles contaminations et s'assurer d'une meilleure mise en œuvre de son plan national de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014, notamment en faveur des populations particulièrement exposées.

UNE ATTENTION PARTICULIÈRE DOIT ÊTRE PORTÉE AUX DROITS DES PERSONNES

Le Conseil souhaite rappeler que la mobilisation active contre les discriminations touchant les personnes vivant avec le VIH/sida et les personnes vulnérables demeure une priorité absolue de la lutte contre l'épidémie. Le Conseil constate que des dispositifs ou des situations d'exclusion ou de discrimination perdurent, et dans certains cas s'aggravent, au détriment de plusieurs catégories de populations, et ce en dépit des avis convergents des experts et de la mobilisation continue de la communauté de lutte contre le VIH/sida.

- Les étrangers en situation irrégulière, qui demeurent exclus du bénéfice de la couverture maladie universelle, rencontrent de nouveaux obstacles à l'accès à l'aide médicale d'État susceptibles de les éloigner davantage des soins et de retarder leur prise en charge.
- Les étrangers malades atteints de pathologies graves peuvent se voir opposer de nouvelles conditions restrictives à la délivrance d'un titre de séjour pour raison médicale et se voir réserver le bénéfice d'une clause humanitaire qui renforce l'arbitraire d'une procédure de délivrance du titre de séjour déjà complexe.
- Les personnes prostituées sont contraintes à des conditions de vie et d'exercice dégradées, dues à la pénalisation du racolage instaurée en 2003 et à la faiblesse constante des moyens mis en œuvre pour leur accès aux droits, à la prévention et aux soins.

- les personnes détenues usagères de drogues ne bénéficient pas des mêmes dispositifs de réduction des risques infectieux qu'en milieu libre alors que la loi le prévoit et que la population carcérale est très exposée au VIH et aux hépatites.
- Les usagers de drogues en situation de vulnérabilité ne disposent pas d'une offre de réduction des risques suffisamment adaptée, étendue et diversifiée et ce dans un contexte de répression, coûteuse, d'un nombre croissant d'usagers simples de drogues illicites.

Le Conseil national du sida rappelle que les populations les plus discriminées sont celles qui sont les plus exposées aux maladies infectieuses. Notant l'insuffisante prise en compte de ces situations, il demande aux pouvoirs publics de mettre en œuvre des solutions adaptées, condition nécessaire pour changer radicalement le cours de l'épidémie.

OPÉRATIONS FUNÉRAIRES : LE CNS S'INQUIÈTE DU MAINTIEN DE L'INTERDICTION DES SOINS DE CONSERVATION POUR LES PERSONNES DÉCÉDÉES INFECTÉES PAR LE VIH

Communiqué du 20 décembre 2011

Plusieurs textes réglementant les opérations funéraires devraient être publiés dans les prochaines semaines. Parmi ces textes, un projet d'arrêté prévoit le maintien de l'interdiction de réaliser des soins de conservation sur les personnes atteintes, au moment du décès, de la maladie de Creutzfeld-Jakob, de tout état septique grave, d'hépatites virales B et C, et d'infection à VIH.

La disposition suscite des appréciations contraires des instances consultatives. Le Haut Conseil de la santé publique estime que cette interdiction est nécessaire car les règles d'hygiène ne sont pas toujours respectées par les thanatopracteurs. Le Conseil national du sida (CNS) considère, au contraire, qu'aucun argument scientifique ne peut justifier une interdiction fondée sur le statut sérologique avéré ou supposé de la personne défunte, dès lors que des précautions universelles sont suivies. Ces précautions se révèlent particulièrement nécessaires en matière d'opérations funéraires car tout corps de personne décédée doit être traité comme une source de contamination potentielle. Promues dans les années 1980 sous l'impulsion de l'Organisation mondiale de la santé, outil décisif de la lutte contre le sida et de la défense des droits des personnes vivant avec le VIH, les précautions universelles doivent être généralisées.

Le Conseil national du sida a noté que le maintien de l'interdiction des soins de conservation sur les personnes décédées atteintes du VIH suscite l'opposition de l'ensemble des principales associations de lutte contre le VIH/sida qui ont saisi, à l'automne, le ministre en charge de la santé, dans une lettre ouverte. En outre, le CNS a été alerté, à plusieurs reprises depuis 2008, des conséquences néfastes de l'interdiction des soins de conservation. L'interdiction accentue fortement la charge émotionnelle des proches et des familles des personnes concernées au moment du décès et représente un risque indéniable de contournement du secret médical.

En l'absence de consensus entre les instances consultatives et de données scientifiques probantes, considérant par ailleurs l'émoi suscité par le maintien de l'interdiction notamment au sein du monde associatif, le Conseil national du sida a demandé au ministre en charge de la santé de reporter la révision de l'arrêté relatif aux listes d'infections transmissibles interdisant certaines opérations funéraires. En outre, il a sollicité une réunion conjointe du Haut Conseil de la santé publique et du Conseil national du sida pour examiner, au fond, les questions posées par les deux instances consultatives.

Le Conseil national du sida souligne, enfin, que l'interdiction des soins de conservation sur les corps des personnes décédées infectées par le VIH offre une sécurité illusoire aux personnels des opérations funéraires fortement exposés en raison de leur activité. Préoccupé par la sécurité de ces professionnels, le CNS auditionnera leurs représentants dans les prochaines semaines.

À LA SUITE DE CE COMMUNIQUÉ DE PRESSE

À la suite de la diffusion de ce communiqué faisant écho à la note valant avis⁵⁸³ du Conseil national du sida, et de l'interpellation de plusieurs associations de lutte contre le VIH/sida, la Direction générale de la santé (DGS) a tenu une réunion sur les opérations funéraires le 10 janvier 2010 en présence des représentants de différentes directions ministérielles compétentes, des associations de lutte contre le VIH/sida et les hépatites, des professionnels du secteur funéraire, du Conseil national du sida et du Haut conseil de santé publique ainsi que des experts. À l'issue de la réunion, la Direction générale de la DGS a estimé qu'il serait possible d'autoriser les soins de conservation pour les personnes porteuses du VIH décédées, dès lors que les conditions adéquates de pratique (...) auront été définies. Le 24 janvier 2012, le ministre en charge de la santé a annoncé lors de ses vœux à la presse sa volonté de faire évoluer très vite les dispositions concernant les soins funéraires des personnes séropositives.

Le Conseil national du sida a, par ailleurs, été auditionné le 5 avril 2012 par l'adjointe du Défenseur des droits, vice-présidente du collège en charge de la lutte contre les discriminations et de la promotion de l'égalité.

Au 5 avril 2012 aucune modification de la réglementation relative aux opérations funéraires n'a été constatée.

⁵⁸³ Note valant avis sur les opérations funéraires pour les personnes décédées infectées par le VIH, Conseil national du sida, 12 mars 2009, <http://www.cns.sante.fr/spip.php?article292>

INDEX THÉMATIQUE

(TOMES I à IX / Années 1989 à 2011)

RAPPORTS, AVIS ET RECOMMANDATIONS

DÉPISTAGE

Tome I

Rapport suivi d'un avis sur le dépistage obligatoire ou systématique du VIH
(18 décembre 1991) 101

Tome III

Rapport sur l'opportunité de la mise sur le marché français des tests à domicile de
dépistage du VIH (19 juin 1998) 79

Tome IV

Avis sur le dépistage en milieu hospitalier en situation d'accident avec exposition au
sang (AES) et d'impossibilité pour le patient de répondre à une proposition de test
(12 octobre 2000) 175

Tome V

Avis sur le dépistage de l'infection par le VIH au cours de la grossesse et la
prévention périnatale de la contamination de l'enfant (14 mars 2002) 209

Avis sur la conduite à tenir face au risque de contamination par le VIH/sida à la
suite d'une agression sexuelle (12 décembre 2002) 255

Tome VI

Note valant avis sur le dépistage obligatoire des professionnels de santé comme
moyen de prévention des risques de transmission virale de soignant à soigné
(9 décembre 2004) 37

Note valant avis sur la commercialisation des autotests VIH (9 décembre 2004) 41

Tome VII

Rapport suivi de recommandations sur l'évolution du dispositif de dépistage de
l'infection par le VIH en France (16 novembre 2006) 31

Tome VIII

Note valant avis sur le consentement au dépistage en cas d'accident avec exposition au sang impliquant un patient majeur protégé (12 mars 2009) 89

PRÉVENTION

Tome I

Avis au sujet d'une demande de saisine émanant de l'APS, concernant un projet d'enquête sur la sexualité adolescente (11 avril 1991) 125

Note de travail sur la bande dessinée *Jo* (9 avril 1992) 136

Toxicomanie et sida : rapport et avis relatifs à l'infection par le VIH parmi les usagers de drogues (8 juillet 1993) 185

Tome III

Les oubliés de la prévention : rapport, suivi de recommandations sur les handicaps mentaux, sexualité et VIH (18 décembre 1997) 29

Tome V

Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique, propositions pour une reformulation du cadre législatif (21 juin 2001) 21

Note valant avis sur la situation de la prévention de l'infection par le VIH/sida en France (18 juin 2002) 241

Tome VI

Note valant avis sur le dépistage obligatoire des professionnels de santé, comme moyen de prévention des risques de transmission virale de soignant à soigné (9 décembre 2004) 37

Rapport sur la politique publique de prévention de l'infection à VIH en France métropolitaine, suivi de recommandations pour une meilleure application de cette politique (17 novembre 2005) 75

Tome VII

Avis sur la pénalisation de la transmission sexuelle du VIH (27 avril 2006) 25

Note valant avis sur les conséquences en santé publique des restrictions en matière d'immigration (27 avril 2006) 19

Tome VIII

Note valant avis sur l'application des règles de contrôle de la publicité aux campagnes de prévention et d'éducation pour la santé (24 avril 2008) 67

Avis suivi de recommandations sur la lutte contre l'épidémie d'infection à VIH aux Antilles (26 juin 2008)	73
Note valant avis sur l'expérimentation des programmes d'échange de seringues dans les établissements pénitentiaires (10 septembre 2009)	153
Tome IX	
VIH et commerce du sexe, garantir l'accès universel à la prévention et aux soins (16 septembre 2010)	37
Avis sur l'intérêt potentiel du concept de prophylaxie préexposition du VIH/sida (PrEP) (12 janvier 2012)	147
POLITIQUE INTERNATIONALE	
Tome III	
Rapport et recommandations vers une nouvelle solidarité pour un accès aux traitements antirétroviraux des personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne (10 décembre 1998)	135
Tome IV	
Pour un accès généralisé aux traitements en matière de VIH/sida (7 novembre 2000)	185
Tome V	
Avis sur les problèmes éthiques posés par la recherche clinique dans les pays en développement (11 mars 2003)	265
Tome VI	
Avis, suivi de recommandations : promouvoir l'accès aux antirétroviraux des femmes enceintes vivant avec le VIH/sida dans les pays du Sud (24 juin 2004)	25
La crise des ressources humaines dans les pays du Sud, un obstacle majeur à la lutte contre le VIH (14 juin 2005)	51
Tome VII	
Rapport sur la gratuité de la prise en charge pour les personnes infectées par le VIH dans les pays en développement (15 février 2007)	61
Avis suivi de recommandations sur la gratuité de la prise en charge pour les personnes infectées par le VIH dans les pays en développement (15 février 2007)	51
Rapport sur la circoncision : une modalité discutable de réduction des risques de transmission du VIH (24 mai 2007)	129
Avis sur la circoncision : une modalité discutable de réduction des risques de transmission du VIH (24 mai 2007)	125

Pays en développement : remplacer les programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant par la prise en charge des femmes infectées par le VIH (avis suivi de recommandations) (21 juin 2007) 139

Tome IX

Vaincre l'épidémie mondiale de sida par des investissements innovants (13 octobre 2011) 133

POLITIQUE PUBLIQUE

Tome I

Avis sur le projet de loi relatif à la protection des personnes malades ou handicapées contre les discriminations (20 novembre 1989) 111

Avis et rapport relatifs aux assurances (1^{er} février 1990) 35

Avis et rapport sur l'enquête que l'ANRS souhaite lancer sur les comportements sexuels en relation avec le sida (21 mars 1990) 117

Avis sur l'insémination artificielle avec tiers donneur dans le cas de couples dont l'homme est séropositif (31 mai 1990) 121

Note valant avis sur les études séro-épidémiologiques anonymes non corrélées (12 février 1991) 124

Avis sur la pénalisation de la dissémination d'une maladie transmissible épidémique (25 juin 1991) 126

Avis à propos de la convention « Assurances et sida » (23 septembre 1991) 90

Avis sur l'indemnisation des hémophiles et transfusés contaminés par le VIH (3 décembre 1991) 128

Avis sur le recrutement de volontaires pour des essais vaccinaux par appel au public par voie de presse (13 janvier 1992) 131

Avis sur un projet de carnet de santé (9 avril 1992) 134

Rapport valant avis sur l'introduction de sérologie VIH dans l'enquête statistique annuelle du SESI, auprès des toxicomanes accueillis dans des établissements hospitaliers (12 juin 1992) 141

Recommandations et rapport sur l'activité des professionnels de la santé contaminés (7 juillet 1992) 143

Avis et rapport au sujet de l'enquête sur les comportements sexuels des jeunes et la prévention du sida (7 juillet 1992) 147

Avis et rapport sur les situations médicales sans absolue confidentialité dans l'univers pénitentiaire (12 janvier 1993)	156
Avis sur un protocole de recherche sur les conditions de mise en place des soins palliatifs en milieu hospitalier (28 avril 1994)	208
Avis sur la question du secret professionnel appliqué aux soignants des personnes atteintes par le VIH (16 mai 1994)	210
Tome II	
Avis sur l'étude envisagée par le CECOS de Paris-Bicêtre portant sur les couples auxquels l'insémination artificielle a été refusée (29 septembre 1994)	25
Avis sur la question du VIH dans le cadre des procédures d'adoption (17 janvier 1995)	29
Avis sur les termes et le contenu de la déclaration sur l'honneur exigée par les AGF (23 octobre 1995)	39
Avis suivi d'un rapport sur la situation des personnes atteintes par le VIH de nationalité étrangère et en irrégularité de séjour (18 décembre 1995)	41
Rapport suivi de recommandations du Conseil national du sida sur l'évaluation de l'action publique en matière de prévention du VIH/sida (22 janvier 1996)	65
Note valant avis sur l'appel sous les drapeaux de jeunes gens vivant en couple et dont l'un est atteint du VIH (22 janvier 1996)	63
Avis sur la mise à disposition de médicaments de la classe des antiprotéases et sur le problème de l'inadéquation entre l'offre et la demande (26 février 1996)	93
Rapport suivi d'un avis sur la possibilité de recruter, parmi les volontaires des essais vaccinaux de l'ANRS, des femmes en âge de procréer (23 mai 1996)	99
Rapport suivi de recommandations : spécificités et inégalités, le sida dans les départements français d'Amérique (17 Juin 1996)	107
Note valant avis à propos de la confidentialité en milieu pénitentiaire (8 juillet 1996)	229
Tome III	
« Les oubliés de la prévention », rapport, suivi de recommandations, sur les handicaps mentaux, sexualité et VIH (18 décembre 1997)	29
Avis sur un projet de modification du système de surveillance épidémiologique du VIH en France (29 janvier 1998)	61
Tome IV	
Pour une assurabilité élargie des personnes et une confidentialité renforcée des données de santé (20 septembre 1999)	19

Tome V

Note valant avis sur le déroulement de l'essai ARDA (Anomalies de la répartition des dépôts adipeux) chez les patients infectés par le VIH (15 mai 2001)	19
Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique. Propositions pour une reformulation du cadre législatif (21 juin 2001)	21
Nouvel avis sur la participation des femmes en âge de procréer aux essais pré-vaccinaux menés sous l'égide de l'ANRS auprès de volontaires séronégatifs pour le VIH (9 avril 2002)	235
Note valant avis sur la suspension de peine pour raisons médicales (11 mars 2003)	261
Rapport suivi de recommandations. Repenser la politique de lutte contre le VIH/sida dans les départements d'outre-mer (11 mars 2003)	285

Tome VI

Note valant avis sur le processus d'évaluation médicale des demandes de titres de séjour pour soins des étrangers (26 février 2004)	17
Avis sur les conditions de participation à des protocoles d'essais cliniques de nouveaux traitements, pour les patients infectés par le VIH et n'ayant jamais pris d'antirétroviraux (17 mars 2005)	49
Note valant avis sur l'évolution de l'organisation et de la coordination des soins en réponse à l'épidémie de l'infection à VIH (17 mars 2005)	45

Tome VII

Note valant avis sur le classement de la buprénorphine en produit stupéfiant (27 avril 2006)	21
Note valant avis sur les conséquences en santé publique des restrictions en matière d'immigration (27 avril 2006)	19

Tome VIII

Avis suivi de recommandations sur la politique de lutte contre l'épidémie d'infection à VIH en Guyane (21 février 2008)	17
L'épidémie d'infection à VIH en Guyane : un problème politique (21 février 2008)	31
Avis suivi de recommandations sur la lutte contre l'épidémie d'infection à VIH aux Antilles (26 juin 2008)	73
Note valant avis sur les opérations funéraires pour les personnes décédées infectées par le VIH (12 mars 2009)	85

Tome IX

Avis conjoint du Conseil national du sida et de la Conférence Nationale de Santé relatif au projet de plan national VIH/sida-IST 2010-2014 (28 juin 2010)	17
Note valant avis sur le projet de Plan National de Lutte contre le VIH/sida et les autres IST 2010-2014 soumis à concertation [version du 6 octobre 2010] (18 octobre 2010)	97
Note valant avis sur l'impact des politiques relatives aux drogues illicites sur la réduction des risques infectieux (20 janvier 2011)	109
Note valant avis sur la réforme du droit au séjour pour raisons médicales envisagée dans le cadre du projet de loi n°2400 « Immigration, intégration et nationalité » (10 février 2011)	121

PRISE EN CHARGE GLOBALE**Tome II**

Avis sur l'accès aux soins d'hémophiles étrangers contaminés par le VIH (18 octobre 1994)	27
Avis sur le suivi des enfants séronégatifs pour le VIH exposés à la zidovudine en période périnatale (13 avril 1995)	33

Tome III

Note valant avis sur le problème de l'inscription, dans le carnet de santé, de données relatives à l'infection à VIH (3 février 1997)	23
Avis sur le problème de la contamination d'un patient par le VIH, au cours d'une intervention chirurgicale (21 mars 1997)	25
Avis en commun avec le CCNE sur les problèmes éthiques posés par le désir d'enfant chez les couples où l'homme est séropositif et la femme séronégative (10 février 1998)	64
Rapport et recommandations sur les traitements à l'épreuve de l'interpellation, le suivi des traitements en garde à vue, en rétention et en détention (18 novembre 1998)	87

Tome IV

L'accès confidentiel des mineurs aux soins. Rapport suivi d'un avis et de recommandations (6 mars 2000)	123
Avis sur l'assistance médicale à la procréation pour les couples sérodifférents dont l'homme est séropositif pour le VIH (4 avril 2000)	169

Tome V

Avis sur les enjeux éthiques de l'accompagnement médical des couples présentant un risque viral identifié et désirant un enfant (4 décembre 2001) 197

Avis sur l'accès précoce aux nouvelles molécules anti-VIH des personnes en situation de multi-échec thérapeutique (12 novembre 2002) 243

Tome VIII

Avis suivi de recommandations sur l'intérêt du traitement comme outil novateur de la lutte contre l'épidémie d'infections à VIH (9 avril 2009) 93

Avis suivi de recommandations sur la prise en compte des personnes vivant avec le VIH dans les politiques du handicap (10 septembre 2009) 113

COMMUNIQUÉS DE PRESSE

Tome I

Communiqué sur la conférence de San Francisco (1 ^{er} février 1990)	215
Communiqué à propos d'un débat public sur l'opportunité de la réouverture des « maisons closes », comme moyen de lutte contre la diffusion de la maladie (14 juin 1990)	217
Communiqué à propos des mesures tendant à réglementer les dispositions prises par les compagnies d'assurances face au risque du sida (6 mars 1991)	55
Communiqué commun du CNS, de l'ANRS et de l'AFLS sur les déclarations du professeur German (9 juillet 1991)	218
Communiqué à propos de l'émission de télévision « Le droit de savoir », consacrée aux recherches d'immunothérapie (23 septembre 1991)	219
Communiqué sur la convention passée entre les pouvoirs publics et les assurances (26 septembre 1991)	93
Communiqué commun du CNS, de l'ANRS et de l'AFLS sur la double peine (29 octobre 1991)	220
Communiqué sur la pénalisation de la dissémination d'une maladie transmissible épidémique (29 octobre 1991)	221
Communiqué sur le dépistage obligatoire du VIH (6 décembre 1991)	100
Communiqué sur la diffusion du film d'Hervé Guibert (17 janvier 1992)	223
Communiqué de mise au point à propos du film d'Hervé Guibert (20 janvier 1992)	223
Communiqué sur la décision du Gouvernement de ne pas instaurer un dépistage obligatoire ou systématique (1 ^{er} avril 1992)	105
Communiqué sur la question du dépistage obligatoire (6 novembre 1992)	106
Communiqué à propos de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement proposant le dépistage du VIH aux femmes enceintes et aux futurs conjoints (6 janvier 1993)	107
Communiqué à propos du traitement par certains médias du procès du sang contaminé (4 juin 1993)	225
Communiqué sur la loi « relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France » (12 juillet 1993)	226

Communiqué commun du CNS et de l'AFLS au sujet de la campagne Benetton « HIV Positive » (14 septembre 1993)	228
Communiqué annonçant la remise aux pouvoirs publics du rapport <i>Toxicomanie et sida</i> (21 septembre 1993)	229
Communiqué commun du CNS et de l'AFLS à propos de l'adoption par le Sénat d'un amendement, visant à rendre obligatoire le test du VIH pour tous les patients atteints de tuberculose évolutive (28 octobre 1993)	108
Tome II	
Communiqué à propos du procès de Marseille sur le refus d'opérer une personne séropositive (6 juin 1995)	233
Tome IV	
Communiqué sur l'inquiétude du CNS à propos des critères de sélection des réfugiés du Kosovo (21 mai 1999)	237
Communiqué pour un réexamen des modalités de surveillance épidémiologique du VIH en France (15 juillet 1999)	239
Communiqué sur l'avis « Assurance et VIH » (5 octobre 1999)	247
Communiqué de soutien aux associations impliquées dans la politique de réduction des risques (3 novembre 1999)	249
Communiqué sur l'accès aux nouvelles molécules antirétrovirales pour les personnes en impasse et en échappement thérapeutique (30 novembre 1999)	251
Communiqué à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida (1 ^{er} décembre 1999)	253
Communiqué sur l'accès confidentiel des mineurs adolescents aux soins (5 avril 2000)	255
Communiqué « Relapse » (25 octobre 2000)	257
Communiqué sur l'IVG et l'autorisation parentale (27 octobre 2000)	259
Tome V	
Communiqué sur les discriminations aux frontières (15 janvier 2001)	393
Communiqué sur le droit au séjour sur le territoire français des malades étrangers (27 mars 2001)	394
Communiqué à l'occasion de la reprise, à Pretoria, du procès intenté par 39 compagnies pharmaceutiques au Gouvernement d'Afrique du Sud (17 avril 2001)	396
Communiqué en faveur d'une modification de la politique suivie en matière d'usages	398

de drogues (6 septembre 2001)	
Communiqué en faveur d'actions concrètes pour l'accès aux traitements dans les pays du Sud (1 ^{er} décembre 2001)	400
Communiqué sur la menace que font peser les accords de Bangui sur la santé en Afrique (8 février 2002)	401
Communiqué sur le dépistage du VIH au cours de la grossesse (22 mars 2002)	402
Communiqué sur la politique à l'égard de la prostitution (22 octobre 2002)	404
Communiqué sur le dépistage du VIH en cas de viol (22 novembre 2002)	405
Communiqué sur la nouvelle menace dans l'accès aux traitements des pays pauvres (16 janvier 2003)	407
Communiqué sur l'amendement sur le viol (20 janvier 2003)	409
Communiqué sur la suspension de peine pour raisons médicales (17 mars 2003)	410
Communiqué pour une application des principes éthiques dans la recherche au Sud (26 mars 2003)	411
Communiqué sur l'évolution préoccupante du VIH/sida dans les départements d'outre-mer (3 avril 2003)	412
Tome VI	
Communiqué sur la réglementation existante en matière de droit au séjour pour soins des étrangers doit être pleinement appliquée (4 mars 2004)	169
Communiqué sur la politique à l'égard de l'usage de drogues : le CNS réaffirme la priorité de la réduction des risques (6 avril 2004)	170
Sidaction 2004 : le CNS regrette la diffusion d'informations controversées (22 avril 2004)	172
Communiqué sur les femmes enceintes vivant avec le VIH/sida dans les pays du Sud doivent avoir accès aux multithérapies (6 juillet 2004)	173
Justice pénale et prévention (8 novembre 2004)	174
Communiqué sur la crise des ressources humaines dans les pays du Sud, un obstacle majeur à la lutte contre le VIH (4 juillet 2005)	175
Communiqué sur la suspension de peine pour raison médicale : le CNS s'inquiète de sa remise en cause par le projet de loi sur le traitement de la récidive des infractions pénales (21 octobre 2005)	177
Communiqué sur la prévention de la transmission du VIH : le Conseil national du sida	179

demande une politique gouvernementale cohérente (22 novembre 2005)

Tome VII

Communiqué concernant les restrictions en matière d'immigration et la lutte contre le VIH (28 avril 2006)	151
Communiqué concernant le classement de la buprénorphine en produit stupéfiants (3 mai 2006)	152
Communiqué sur la pénalisation de la transmission sexuelle du VIH (11 mai 2006)	153
Communiqué pour une évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH (23 novembre 2006)	154
Communiqué concernant l'affaire des infirmières bulgares (16 février 2007)	155
Pour Arnaud Marty-Lavauzelle (16 février 2007)	157
Communiqué concernant l'expulsion des étrangers malades (16 février 2007)	156
La firme pharmaceutique Abbott doit changer d'attitude vis-à-vis des personnes atteintes par le VIH/sida (27 juin 2007)	158

Tome VIII

Prise de position du CNS en réaction d'une communication de la Commission fédérale suisse pour les problèmes liés au sida (30 janvier 2008)	165
L'épidémie d'infection à VIH en Guyane : un problème politique (12 mars 2008)	166
Risque de transmission du VIH d'un médecin à ses patients : pour une information mesurée (26 septembre 2008)	167
Le CNS se félicite de l'attribution du Nobel pour la découverte du VIH (6 octobre 2008)	168
Dépistage et autotest : une fausse bonne idée (1 ^{er} décembre 2008)	169
Neuf Sénégalais condamnés en raison de leur homosexualité et de leur action dans la lutte contre le sida : la France doit réagir (15 janvier 2009)	170
Communiqué de presse : avis suivi de recommandations sur l'intérêt du traitement comme outil novateur de la lutte contre l'épidémie d'infections à VIH (30 avril 2009)	171
Expérimentation des programmes d'échange de seringues au sein des établissements pénitentiaires (11 septembre 2009)	173
Communiqué de presse sur les recommandations de la Haute autorité de santé en matière de dépistage du VIH (21 octobre 2009)	175

Tome IX

Pour Christiane Marty-Double (9 avril 2010)	205
Avis conjoint du Conseil national du sida et de la Conférence Nationale de Santé relatif au projet de plan national VIH/sida-IST 2010-2014 (28 juin 2010)	206
Organisation d'une journée d'étude sur les politiques de sante des drogues et des addictions en France (22 septembre 2010)	207
Durcissement des conditions d'accès au séjour des étrangers malades résidant habituellement en France (5 octobre 2010)	208
VIH et commerce du sexe : un état des lieux alarmant (30 novembre 2010)	209
Le Conseil national du sida se prononce contre les restrictions des conditions d'accès au séjour des étrangers gravement malades résidant habituellement en France (15 février 2011)	210
L'impact des politiques relatives aux drogues illicites sur la réduction des risques infectieux (06 avril 2011)	211
Effet préventif des antirétroviraux : un bénéfice conditionné par l'extension de l'offre de dépistage et la mise en œuvre du concept de « prévention combinée » (13 mai 2011)	212
Vaincre l'épidémie mondiale de sida par des investissements innovants (31 octobre 2011)	213
Journée mondiale de lutte contre le sida : pour une action de la France plus ambitieuse (30 novembre 2011)	214
Opérations funéraires : le CNS s'inquiète du maintien de l'interdiction des soins de conservation pour les personnes décédées infectées par le VIH (20 décembre 2011)	216

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	5
PRÉAMBULE	9
LES AVIS, RAPPORTS ET RECOMMANDATIONS DU CONSEIL NATIONAL DU SIDA	15
Avis conjoint du Conseil national du sida et de la Conférence nationale de santé relatif au projet de plan national VIH/sida – IST 2010-2014	17
Courrier de saisine	18
Préambule	20
I. Dépistage et traitement : un plan timoré, qui ne se donne ni l’ambition, ni les moyens de faire régresser l’épidémie	22
Une épidémie toujours dynamique, des retards au diagnostic et à la prise en charge persistants.....	22
Un changement de paradigme indispensable : redéfinir la stratégie de lutte contre l’épidémie autour du dépistage et du traitement.....	23
Un projet de plan peu ambitieux sur la question essentielle du dépistage, et qui ne reprend que partiellement les recommandations de la HAS	25
II. Mise en cohérence de l’ensemble des politiques publiques avec les impératifs de santé publique : un enjeu sous-évalué, des propositions insuffisantes.....	27
Des contradictions nombreuses des politiques publiques au détriment des populations les plus vulnérables	27
Un projet de plan qui élude les incohérences et ne fixe aucun objectif.....	28
III. Action de la France au plan international : un enjeu absent du plan, confirmant la perte de leadership de la France dans la mobilisation mondiale contre la pandémie.....	30
Un contexte peu favorable pour atteindre l’objectif de l’accès universel au traitement	30
Un effondrement du leadership français qui se traduit dans le projet de plan.....	31
IV. Un processus d’élaboration du plan qui doit être mieux structuré, une architecture de gouvernance et de suivi à préciser	33
Une large consultation des acteurs, mais une approche trop technique et peu structurée qui freine la participation de nombreuses associations	33
Une organisation de la gouvernance, du suivi et de l’évaluation du plan à clarifier.....	34
Certains indicateurs de suivi et d’évaluation du plan doivent être prioritairement énoncés	35
Le rôle du Conseil national du sida dans le processus de suivi et d’évaluation du plan doit être précisé.....	36
VIH et commerce du sexe – Garantir l’accès universel à la prévention et aux soins	37
Introduction.....	38
Des clarifications préalables	40
Des difficultés communes	42
Des préconisations impératives.....	43
I. Des personnes exposées à de nombreux facteurs de vulnérabilité	44
I.1. Une activité hétérogène.....	44
I.1.1 L’activité prostitutionnelle : une réalité plurielle.....	44
I.1.2 Des modalités et lieux qui se diversifient.....	47
I.2 Une vulnérabilité alarmante	48
I.2.1 Une vulnérabilité sanitaire.....	48
I.2.2 Une vulnérabilité sociale renforcée.....	53

II. Des contradictions croissantes entre les politiques publiques au détriment des droits des personnes.....	57
II.1 Des droits affirmés mais fortement conditionnés et inégalement garantis.....	57
II.1.1 Une réglementation complexe peu conforme aux droits des personnes.....	58
II.1.2 Des droits conditionnels réservés à une minorité.....	61
II.2 Des incohérences répétées entre les politiques publiques.....	64
II.2.1 Une absence de coordination et de convergence de l'action publique.....	64
II.2.2 Une absence d'évaluation prospective et rétrospective.....	66
III. Une mobilisation associative soutenue mais une stratégie insuffisamment coordonnée, globale et communautaire.....	70
III.1 Un champ associatif divisé qui peine à adopter une approche globale et communautaire.....	70
III.1.1 Plusieurs traditions associatives aux particularités fortement affirmées.....	71
III.1.2 La nécessaire diversification des missions en faveur d'une approche globale.....	74
III.2 Des coopérations insuffisamment développées, une absence de stratégie à l'échelle du territoire.....	76
III.2.1 Des coopérations insuffisamment développées.....	76
III.2.2 Une absence de stratégies à l'échelle du territoire.....	77
Recommandations.....	81
Renforcer les droits.....	81
Assurer la cohérence des politiques publiques.....	82
Promouvoir une approche globale.....	82
Soutenir les démarches communautaires.....	83
Améliorer la connaissance.....	83
Annexe : Histoire de l'action publique relative à la prostitution.....	84
Un réglementation sanitaire coercitif.....	84
Un nouveau cadre d'action publique : vers l'abolitionnisme.....	85
Trois objectifs contemporains de l'action publique.....	87
1. La prostitution, une question de tranquillité publique.....	87
2. La prostitution, une question de criminalité organisée.....	88
3. La prostitution, une question de réinsertion sociale.....	89
Liste des abréviations.....	92
Remerciements.....	94
À la suite de cet avis.....	95
Note valant avis sur le projet de Plan national de lutte contre le VIH/sida et les autres IST 2010-2014 soumis à concertation (version du 6 octobre 2010).....	97
Préambule.....	98
I. Prévention, dépistage, prise en charge médicale et traitement : des avancées majeures, mais une mise en cohérence qui reste à construire et à rendre lisible.....	100
Articuler Prévention, dépistage et prise en charge médicale dans une vision stratégique globale : un plan qui ne parvient pas à faire converger les approches.....	100
Prévention : une stratégie hésitante et des déclinaisons populationnelles très inégales.....	101
Dépistage : une mesure forte en direction de la population générale, dont la mise en œuvre risque cependant d'être limitée par une programmation et des moyens insuffisants.....	102

II. Migrants, usagers de drogues, personnes détenues, personnes prostituées : des contradictions flagrantes entre les politiques publiques.....	102
Personnes migrantes.....	103
Usager(e)s de drogues.....	104
Personnes détenues.....	104
Personnes prostituées.....	105
III. Action de la France au plan international : des efforts notables qui doivent être maintenus et amplifiés.....	106
Un soutien à la recherche et à la coopération internationale réaffirmé.....	106
Une contribution au fonds mondial conséquente mais encore insuffisante au regard des enjeux.....	106
Des objectifs du millénaire pour le développement difficilement réalisables.....	107
IV. Organisation de la gouvernance, du suivi et de l'évaluation du plan ; des clarifications encore insuffisantes.....	107
Comités de pilotage.....	107
Articulation national/régional.....	108
Note valant avis sur l'impact des politiques relatives aux drogues illicites sur la réduction des risques infectieux.....	109
Préambule.....	110
Une vulnérabilité sociale et sanitaire persistante.....	112
Une réduction des risques limitée.....	114
Des politiques répressives coûteuses, inefficaces au plan sanitaire.....	116
Un immobilisme préoccupant face aux nouveaux enjeux.....	117
Remerciements.....	119
À la suite de cette note valant avis.....	119
Note valant avis sur la réforme du droit au séjour pour raisons médicales envisagée dans le cadre du projet de loi N° 2 400 « Immigration, intégration et nationalité ».....	121
Synthèse et recommandation du Conseil national du sida.....	122
Préambule.....	123
Une réforme qui introduit une ambiguïté sémantique, source d'incertitude juridique.....	125
Une jurisprudence contestée mais conforme à l'intention du législateur.....	126
Une inquiétude quant à la santé et au devenir des personnes concernées.....	127
Un risque sérieux pour la santé publique et des contradictions manifestes avec les objectifs des politiques de santé menées en France.....	128
Des reports de charges et un coût final prévisiblement accru pour le système de santé et de protection sociale français.....	128
À la suite de cette note valant avis.....	131
Vaincre l'épidémie mondiale de sida par des investissements innovants.....	133
Le Conseil national du sida constate.....	135
Le Conseil national du sida recommande.....	141
Remerciements.....	145
À la suite de cette note valant avis.....	145
Avis sur l'intérêt potentiel du concept de prophylaxie préexposition du VIH/sida (PrEP).....	147

Courrier de saisine.....	148
I. Penser la PrEP dans un contexte de redéfinition des stratégies et des objectifs de la prévention.....	153
I.1. Une indispensable remobilisation en faveur de la prévention.....	153
I.2. L'émergence du concept de prévention combinée : l'enjeu crucial de faire converger la prévention, le dépistage et le traitement.....	154
De nouvelles perspectives pour la prévention.....	154
Combiner efficacement les outils et les approches.....	156
II. L'Apport potentiel de l'outil PrEP à la palette des moyens de prévention.....	157
II.1. Principe de la prophylaxie préexposition et premiers résultats.....	157
Une approche classique dans la prévention des maladies infectieuses, mais nouvelle dans le champ du VIH.....	157
Les premiers résultats d'essais cliniques disponibles montrent une efficacité de la PrEP utilisée en complément de l'usage des moyens classiques de prévention.....	158
Des modélisations permettent de cerner les déterminants de l'impact collectif potentiel des PrEP sur l'épidémie.....	162
II.2. Un outil potentiellement intéressant pour répondre à des situations d'échec ou de difficultés de prévention par les moyens standards.....	164
Cerner les facteurs de forte exposition au risque.....	164
Déterminer les usagers potentiels de la PrEP en France : distinguer intérêt collectif et intérêt individuel.....	165
Un outil susceptible de renforcer l'autonomie des personnes et de répondre à des difficultés de prévention spécifiques.....	166
III. Un outil qui introduit des contraintes de suivi médical et de coût inédites dans le domaine de la prévention.....	169
III.1. Un outil qui nécessite une prescription et un suivi médicalisés.....	169
Anticiper des modalités de mise en œuvre complexes.....	170
III.2. Surveiller et évaluer l'impact des PrEP au fil de leur mise en œuvre.....	171
III.3. La question du coût des PrEP soulève celle de leur prise en charge.....	171
IV. Une nouvelle étape dans la mutation du paradigme préventif.....	172
IV.1. Un impact incertain sur les comportements : les risques de désinhibition et de compensation du risque.....	172
Les craintes d'un effet contre-productif des PrEP sur les comportements sexuels et préventifs.....	173
Un impact massif du nouvel outil sur les comportements est cependant peu probable.....	174
En situation d'incertitude, faire le pari de l'autonomie et de l'intelligence des personnes à utiliser de façon raisonnée les outils de prévention adaptés à leurs pratiques, leurs désirs et leurs contraintes.....	177
IV.2. Au delà de la médicalisation, la nécessité de promouvoir une approche globale.....	177
Donner aux personnes sollicitant une PrEP les moyens d'une décision éclairée.....	178
Donner aux personnes sollicitant une PrEP les moyens d'en faire une utilisation maîtrisée et raisonnée.....	179
Construire à partir de projets pilotes les conditions permettant d'insérer la PrEP dans l'approche globale.....	180
IV.3. L'impératif d'une communication cohérente sur la prévention combinée.....	182
Le discours de prévention doit intégrer les enjeux de la prévention combinée sous peine de devenir illisible.....	182
L'urgence de redéfinir la communication en prévention en articulant dépistage, prévention et traitement.....	182

Orientations pour encadrer les usages de la PrEP en France	184
Remerciements.....	185
LES SYNTHÈSES.....	187
Synthèse de l'avis conjoint du Conseil national du sida et de la Conférence nationale de santé relatif au projet de plan national VIH/sida - IST 2010-2014	189
Dépistage et traitement	189
Mise en cohérence des politiques publiques.....	190
Action de la France au plan international.....	190
Élaboration, suivi, évaluation et gouvernance du plan national VIH/sida - IST.....	190
Synthèse de l'avis suivi de recommandations : VIH et commerce du sexe - Garantir l'accès universel à la prévention et aux soins.....	191
Un état des lieux alarmant	192
Des politiques publiques contradictoires.....	193
Un champ associatif divisé et inégalement soutenu	194
Un soutien public aux associations de santé et de santé communautaire et à l'approche globale insuffisant	194
Les principales recommandations du Conseil national du sida pour garantir aux personnes prostituées un accès universel aux droits, à la prévention et aux soins.....	195
Renforcer les droits	195
Assurer la cohérence des politiques publiques.....	195
Promouvoir une approche globale.....	195
Soutenir les démarches communautaires.....	196
Améliorer la connaissance.....	196
Synthèse et recommandations du Conseil national du sida : vaincre l'épidémie mondiale de sida par des investissements innovants.....	197
Le Conseil national du sida constate.....	197
Le Conseil national du sida recommande.....	198
Synthèse de l'avis sur l'intérêt potentiel du concept de prophylaxie préexposition du VIH/sida (PrEP).....	199
En quoi consiste la PrEP ?.....	200
En complément de l'usage des moyens classiques de prévention, la PrEP réduit significativement le risque de contamination.....	200
Un outil pour des personnes en situation de forte exposition au risque et en difficulté de prévention avec les moyens standards.....	200
La PrEP en France : pour qui ?.....	201
Une nouvelle étape dans la mutation du paradigme préventif.....	201
Adapter le discours et le dispositif d'offre de prévention aux nouveaux outils de prévention	202
Quelles orientations pour encadrer les usages de la PrEP en France ?	202
LES COMMUNIQUÉS DE PRESSE.....	203
Pour Christiane Marty-Double.....	205
Avis conjoint du Conseil national du sida et de la Conférence nationale de santé relatif au projet de Plan National VIH/sida - IST 2010-2014	206

Organisation d'une journée d'étude sur les politiques de santé des drogues et des addictions en France.....	207
Durcissement des conditions d'accès au séjour des étrangers malades résidant habituellement en France.....	208
VIH et Commerce du sexe : un état des lieux alarmant.....	209
Le Conseil national du sida se prononce contre les restrictions des conditions d'accès au séjour des étrangers gravement malades résidant habituellement en France.....	210
L'impact des politiques relatives aux drogues illicites sur la réduction des risques infectieux.....	211
Effet préventif des antirétroviraux : un bénéfice conditionné par l'extension de l'offre de dépistage et la mise en œuvre du concept de « prévention combinée ».....	212
Vaincre l'épidémie mondiale de sida par des investissements innovants.....	213
Journée mondiale de lutte contre le sida : pour une action de la France plus ambitieuse.....	214
Opérations funéraires : le CNS s'inquiète du maintien de l'interdiction des soins de conservation pour les personnes décédées infectées par le VIH.....	216
À la suite de ce communiqué de presse.....	217
INDEX THÉMATIQUE.....	219
Rapports, avis et recommandations.....	219
Dépistage.....	219
Prévention.....	220
Politique internationale.....	221
Politique publique.....	222
Prise en charge globale.....	225
Communiqués de presse.....	227
TABLE DES MATIÈRES.....	233

N° ISBN : 978-2-11-129982-5

Achévé d'imprimer au mois de novembre 2012 sur les presses
de l'Imprimerie de la Centrale - 62302 Lens
Dépôt légal : 4^e trimestre 2012

Ce neuvième rapport d'activité du Conseil national du sida couvre les années 2010-2011. Il s'inscrit à la fois dans la continuité des avis antérieurs du Conseil, mais aussi dans la volonté ferme de voir les politiques publiques s'infléchir significativement afin d'intégrer les nouvelles connaissances et les progrès scientifiques accumulés au cours de ces trente dernières années.

En effet, les progrès de la connaissance scientifique, le développement de traitements toujours plus efficaces contre l'infection par le VIH et l'effort sans précédent consenti au plan international au cours des années 2000, pour garantir un accès au traitement dans les pays du Sud, ont radicalement changé nos capacités de réponse face à l'épidémie, et nous permettent d'envisager d'en infléchir la courbe.

Dans cette perspective, le Conseil national du sida a rappelé la nécessité de mener plusieurs interventions stratégiques, en particulier d'étendre l'offre de dépistage à la population générale et d'améliorer la rétention dans le système de soins, notamment pour bénéficier d'un traitement le plus efficace possible. Il a par ailleurs mis en lumière les obstacles au travail de prévention, de réduction des risques et d'accès aux soins, en particulier au bénéfice des populations les plus vulnérables, et appelé à lever certaines incohérences entre la politique de santé et les autres politiques, notamment relatives à l'immigration, l'usage de drogues et la prostitution. Sur le plan international, le Conseil a considéré que le leadership exercé par la France dans le plaidoyer pour l'accès universel au traitement dans les pays à ressource limitée devait être redynamisé, et les investissements innovants inscrits au titre de ses priorités.

La valeur exemplaire de la lutte contre le sida a souvent été évoquée. L'absolue nécessité d'une réponse globale, médicale mais aussi sociale, psychologique, éthique et sociétale n'en a pas été le moindre des enseignements. Cette conception portée par le Conseil mériterait d'être adoptée par d'autres instances dont l'objet est de se confronter aux problèmes de santé de la population.

Conseil national du sida

11, place des cinq martyrs du lycée Buffon

75696 Paris cedex 14

www.cns.sante.fr

