



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

ADOPTÉ PAR LE CONSEIL NATIONAL DU SIDA ET LE BUREAU DE LA CONFERENCE NATIONALE DE SANTE LE 17 JUIN 2010.

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.

CONSEIL NATIONAL DU SIDA

39-43, quai André Citroën
75 902 Paris cedex 15
T. : 33 (0) 1 40 56 68 50
www.cns.sante.fr

CONFERENCE NATIONALE DE SANTE

Direction générale de la santé
Secrétariat de la Conférence nationale de santé (D.P. 1)
14 avenue Duquesne
75 350 Paris 07 SP
www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/conference-nationale-de-sante-c-n-s.html

SOMMAIRE

AVIS CONJOINT DU CONSEIL NATIONAL DU SIDA ET DE LA CONFERENCE NATIONALE DE SANTE RELATIF AU PROJET DE PLAN NATIONAL VIH/SIDA - IST 2010-2014	1
SOMMAIRE	3
COURRIER DE SAISINE	5
PREAMBULE	7
I. DEPISTAGE ET TRAITEMENT : UN PLAN TIMORE, QUI NE SE DONNE NI L'AMBITION, NI LES MOYENS DE FAIRE REGRESSER L'EPIDEMIE	8
Une épidémie toujours dynamique, des retards au diagnostic et à la prise en charge persistants.....	8
Un changement de paradigme indispensable : redéfinir la stratégie de lutte contre l'épidémie autour du dépistage et du traitement.....	9
Un projet de plan peu ambitieux sur la question essentielle du dépistage, et qui ne reprend que partiellement les recommandations de la HAS.....	10
II. MISE EN COHERENCE DE L'ENSEMBLE DES POLITIQUES PUBLIQUES AVEC LES IMPERATIFS DE SANTE PUBLIQUE : UN ENJEU SOUS-EVALUE, DES PROPOSITIONS INSUFFISANTES	12
Des contradictions nombreuses des politiques publiques au détriment des populations les plus vulnérables.....	12
Un projet de plan qui élude les incohérences et ne fixe aucun objectif.....	13
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 PANDEMIE	14
Un contexte peu favorable pour atteindre l'objectif de l'accès universel au traitement.....	14
Un effondrement du leadership français qui se traduit dans le projet de plan.....	14
IV. UN PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN QUI DOIT ETRE MIEUX STRUCTURE, UNE ARCHITECTURE DE GOUVERNANCE ET DE SUIVI A PRECISER	16
Une large consultation des acteurs, mais une approche trop technique et peu structurée qui freine la participation de nombreuses associations.....	16
Une organisation de la gouvernance, du suivi et de l'évaluation du plan à clarifier.....	16
Certains indicateurs de suivi et d'évaluation du plan doivent être prioritairement énoncés.....	17
Le rôle du conseil national du sida dans le processus de suivi et d'évaluation du plan doit être précisé.....	18
SYNTHESE	19
Dépistage et traitement.....	19
Mise en cohérence des politiques publiques.....	19
Action de la France au plan international.....	19
Elaboration, suivi, évaluation et gouvernance du plan national VIH/sida-IST.....	19



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/SDRI2/ 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

PREAMBULE

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 publique¹, 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.

A 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. A 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 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**.

¹ Article L1411-3 pour la Conférence nationale de santé, article D3121-1 pour le Conseil national du sida.

I. DEPISTAGE ET TRAITEMENT : UN PLAN TIMORE, QUI NE SE DONNE NI L'AMBIION, NI LES MOYENS DE FAIRE REGRESSER L'EPIDEMIE

UNE EPIDEMIE 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 7000 à 8000 nouvelles contaminations par an**², qui, selon les données exploitées et la méthodologie d'estimation, apparaît globalement stable ou possiblement en légère diminution au cours des 5 dernières années³. La prévalence était estimée fin 2008 entre **135 000 et 170 000 personnes infectées**.⁴

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 2009⁵. 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)⁶. 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 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 constante de la prévalence du VIH** dans la population, comme l'attestent différents indicateurs.⁷

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 7000 et 8000 par an, l'activité de dépistage du VIH a permis environ 6500 découvertes de séropositivité en 2007 comme en 2008⁸, 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 000⁹, 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 considérable¹⁰. 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

² *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH - Rapport d'experts 2010*, à paraître (juillet 2010)

³ Estimations INSERM (méthode par rétrocalcul) / estimations InVS (méthode directe).

⁴ *Rapport d'expert 2010, op. cit.*

⁵ Enquête Prévagay, InVS.

⁶ 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	1000 /100 000/an
Migrants d'origine sub-saharienne	240 /100 000/an
UDI	91 /100 000/an

⁷ 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).

⁸ Données InVS.

⁹ Intervalle plausible entre 32 000 et 68 000 personnes. (Source : *Rapport d'experts 2010, op. cit.*)

¹⁰ 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 %.

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**¹¹, 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 : REDEFINIR LA STRATEGIE DE LUTTE CONTRE L'EPIDEMIE AUTOUR DU DEPISTAGE 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.

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 infectées¹².

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'éviter¹³.

¹¹ Estimations convergentes InVS et INSERM.

¹² 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.

¹³ Les personnes prises en charge au stade sida ou à un taux de CD4 inférieur à 200/mm³ ont un risque de décès à 6 mois multiplié par 14. A 4 ans, 13,9 % d'entre elles sont décédées, contre 3 % des personnes prises en charge précocement.

Dans le prolongement des préconisations en matière de dépistage formulées par le CNS en 2006¹⁴, le travail exhaustif conduit par la Haute autorité de santé (HAS) et rendu public en octobre 2009¹⁵ 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.

UN PROJET DE PLAN PEU AMBITIEUX SUR LA QUESTION ESSENTIELLE DU DEPISTAGE, 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.

A 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 stratégique.¹⁶ 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 HAS¹⁷ 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 « 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

¹⁴ 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.

¹⁵ Haute autorité de santé, *Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositifs de dépistage. Recommandations en santé publique*, octobre 2009.

¹⁶ 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.

¹⁷ Haute autorité de santé, *op.cit.*, synthèse, octobre 2009.

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 sub-saharienne 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 COHERENCE DE L'ENSEMBLE DES POLITIQUES PUBLIQUES AVEC LES IMPERATIFS DE SANTE PUBLIQUE : UN ENJEU SOUS-EVALUE, DES PROPOSITIONS INSUFFISANTES

DES CONTRADICTIONS NOMBREUSES DES POLITIQUES PUBLIQUES AU DETRIMENT DES POPULATIONS LES PLUS VULNERABLES

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'Etat (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 ville¹⁸. 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 territoire¹⁹ en dépit d'une forte prévalence du VIH/sida et des hépatites constatée à l'entrée de nombreux établissements pénitentiaires²⁰, 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 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 (CAARUD²¹) et de prise en charge de l'addiction (CSAPA²²). 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 poly-consommation, en particulier au sein d'un public plus jeune et moins familier de la réduction des risques²³, laissent craindre une incidence de l'infection au VHC et au VIH inquiétante²⁴. 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

¹⁸ Boisguérin B, Haury B, « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins », *Etudes et résultats*, n°645, DREES, juillet 2008.

¹⁹ Ministère de la santé et des sports, *Plan d'actions stratégiques. Prise en charge des personnes détenues*, à paraître.

²⁰ Mouquet M.-C., « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *Etudes et résultats*, n° 386, DREES, mars 2005.

²¹ 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.

²² Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie créés par le décret n° 2007-877 du 14 mai 2007.

²³ OFDT, *Prévalence de l'usage problématique de drogues en France - estimations 2006*, juin 2009.

²⁴ Enquête « Coquelicot » in BEH n° 33, 5 septembre 2006.

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 populations²⁵ 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 ELUDE LES INCOHERENCES 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 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.

²⁵ Guillemaut F. (dir.), *Etat des lieux des actions de prévention VIH auprès des personnes prostituées : étude préliminaire sur Toulouse, Lyon, Paris, Rennes*, décembre 2008.

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 PANDEMIE

UN CONTEXTE PEU FAVORABLE POUR ATTEINDRE L'OBJECTIF DE L'ACCES 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 2008²⁶. 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 2003²⁷. 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 Etats membres du G8 se sont engagés à parvenir à un accès universel aux traitements à l'horizon 2010. L'année suivante, les Etats 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 Etats 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 Etats donateurs accuse une baisse, les programmes nationaux VIH/sida diminuent dans de nombreux Etats à ressources limitées particulièrement touchés²⁸ 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 accès²⁹. 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 ESTHER³⁰ en 2002 ; création du Fonds Mondial en 2002 ; lancement de financements innovants et création d'UNITAID en 2006.

²⁶ ONUSIDA, *Le point sur l'épidémie 2009*, décembre 2009.

²⁷ OMS, UNICEF et ONUSIDA, *Vers un accès universel. Etendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé, Rapport de situation*, 2009.

²⁸ 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.

²⁹ 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.*

³⁰ Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau.

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. A 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.

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 Etats 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 G20**³¹.

³¹ La France doit assurer la présidence du G20 à partir de novembre 2010.

IV. UN PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN QUI DOIT ETRE MIEUX STRUCTURE, UNE ARCHITECTURE DE GOUVERNANCE ET DE SUIVI A PRECISER

UNE LARGE CONSULTATION DES ACTEURS, MAIS UNE APPROCHE TROP TECHNIQUE ET PEU STRUCTUREE 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'EVALUATION DU PLAN A 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 Cour des comptes 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'EVALUATION DU PLAN DOIVENT ETRE PRIORITAIREMENT ENONCES

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 médicale**.³²
- 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 contaminations**.³³
- les deux objectifs doivent se traduire par une **baisse du nombre de cas de sida et du nombre de décès**, actuellement stables.³⁴

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.

³² Données de la DO VIH (InVS) et données DM12/DOMEVIH (INSERM).

³³ Données de la DO VIH (InVS) et estimations de l'incidence (InVS et INSERM).

³⁴ Données de la DO sida (InVS).

SYNTHESE

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 :

DEPISTAGE 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 COHERENCE 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**.

ELABORATION, SUIVI, EVALUATION 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.