



CONSEIL NATIONAL DU SIDA
39-43 QUAI ANDRE CITROËN
75902 PARIS CEDEX 15
T. 33 [0]1 40 56 68 50
F. 33 [0]1 40 56 68 90
WWW.CNS.SANTE.FR

NOTE VALANT AVIS

POLITIQUE PUBLIQUE

FR

18/10/2010

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

ADOPTÉE PAR LE CONSEIL NATIONAL DU SIDA LE 18 OCTOBRE 2010

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

Le document peut être téléchargé sur www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/2010-10-18_avi_fr_politique_publicque

Créé en 1989, le Conseil national du sida est un organe consultatif indépendant composé de 24 membres spécialistes du VIH/sida, représentants de la société civile ou militants associatifs.

Le Conseil national du sida émet des avis et des recommandations sur toutes les questions posées par le VIH/sida à la société. Ses travaux sont adressés aux autorités politiques et à l'ensemble des personnes concernées par l'épidémie.

Le Conseil national du sida participe ainsi à la réflexion sur les politiques publiques et œuvre au respect des principes éthiques fondamentaux et des droits des personnes.

Pour plus d'informations, **rendez-vous sur www.cns.sante.fr**

PREAMBULE

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 PREVENTION, DEPISTAGE, PRISE EN CHARGE MEDICALE ET TRAITEMENT : DES AVANCEES MAJEURES, MAIS UNE MISE EN COHERENCE QUI RESTE A CONSTRUIRE ET A 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 PREVENTION, DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE MEDICALE DANS UNE VISION STRATEGIQUE GLOBALE : UN PLAN QUI NE PARVIENT PAS A 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. A 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.

PREVENTION : UNE STRATEGIE HESITANTE ET DES DECLINAISONS POPULATIONNELLES TRES INEGALES

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 document¹, 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.

¹ Cf. Axe 1, *Contexte*.

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 santé les politiques sécuritaires et/ou de maîtrise de l'immigration auxquelles ces populations sont par ailleurs soumises.²

DEPISTAGE : UNE MESURE FORTE EN DIRECTION DE LA POPULATION GENERALE, DONT LA MISE EN ŒUVRE RISQUE CEPENDANT D'ETRE LIMITEE 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 enjeu³** 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 HAS⁴. 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 DETENUES, PERSONNES PROSTITUEES : 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 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

² 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.

³ Pour l'essentiel, action T17.

⁴ 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.

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'origine⁵. 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.

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^{ème} 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**

⁵ Actuellement, et en vertu d'une jurisprudence du Conseil d'Etat (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.

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 2009⁶.

PERSONNES DETENUES

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. A 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.

PERSONNES PROSTITUEES

A 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 post-exposition, sur la prise en charge des IST, sur l'accès aux soins de santé primaire, à la réduction des risques et aux droits 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 ETRE MAINTENUS ET AMPLIFIES

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

⁶ 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.

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 COOPERATION INTERNATIONALE REAFFIRME

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 CONSEQUENTE MAIS ENCORE INSUFFISANTE AU REGARD DES ENJEUX

Le Conseil national du sida salue la promesse du chef de l'Etat, 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 Etats-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 Etats donateurs clés**, comme l'Allemagne ou la Suède, à augmenter de manière significative leur contribution.

DES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT DIFFICILEMENT REALISABLES

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 Etats-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 Etats 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 Etats 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 Etats 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 brevets⁷ »**.

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

⁷ Dispositif permettant à l'industrie pharmaceutique de regrouper des brevets en vue de réduire les coûts des médicaments génériques pour les Etats à ressources limitées.

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.

COMITES 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.

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 / CPEF⁸.

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 / REGIONAL

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. A 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.

⁸ Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des IST / Consultation de dépistage anonyme et gratuite / Centre de planification et d'éducation familiale.