

Rapport d'activité

VIH, politique et société

2014
2015



Conseil national du sida
et des hépatites virales

VIH, politique et société

**Rapport d'activité
du Conseil national du sida
et des hépatites virales**

2014-2015

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	5
PRÉAMBULE.....	11
EXTRAIT DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.....	15
RAPPORTS, AVIS ET RECOMMANDATIONS.....	21
Avis suivi de recommandations sur le bilan à mi-parcours du plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014.....	23
Avis suivi de recommandations sur la garantie du droit au secret des personnes mineures dans le cadre de leur prise en charge médicale.....	73
Avis suivi de recommandations sur la pénalisation de la transmission sexuelle du VIH en France.....	87
COMMUNIQUÉS DE PRESSE.....	115
Opérations funéraires : un nouveau rapport appelle à l'évolution de la réglementation attendue des pouvoirs publics	117
Journée mondiale de lutte contre le sida : diversifier et amplifier l'offre de dépistage.....	118
Extension des missions du Conseil national du sida aux hépatites virales.....	119
La prévention doit être la grande priorité de la lutte contre le VIH/sida en France	120
Opérations funéraires : la levée de l'interdiction concernant les personnes infectées par le VIH ou par les virus des hépatites virales est désormais incertaine	121
AGENDA.....	123
Séances plénières	123
Colloque des 25 ans du CNS.....	123
Interventions extérieures	128
INDEX THÉMATIQUE	153
Rapports, Avis et recommandations	153
Communiqués de presse	166
TABLE DES MATIÈRES	175

AVANT-PROPOS

Le Conseil national du sida a été créé en 1989 par décret du président de la République¹. Sa création s'inscrivait dans le cadre de la mise en place d'un dispositif de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), tel que suggéré par le professeur Claude Got².

Le Conseil national du sida et des hépatites virales a été créé le 24 février 2015³, en remplacement du Conseil national du sida.

Le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) est une commission consultative indépendante composée de 26 membres, qui émet des Avis et des recommandations sur les questions posées à la société par ces épidémies. Il est consulté sur les programmes et plans de santé établis par les pouvoirs publics.

Ses travaux sont adressés aux pouvoirs publics et à l'ensemble des acteurs concernés. Le Conseil participe à la réflexion sur les politiques publiques et œuvre au respect des principes éthiques fondamentaux et des droits des personnes.

De 1989 à 1994, le Conseil national du sida (CNS) a été présidé par Mme Françoise Héritier, professeur d'anthropologie au Collège de France. En mai 1994, le président de la République, M. François Mitterrand, nommait à la tête du CNS M. Alain Sobel, professeur de médecine. En mars 1999, le président de la République, M. Jacques Chirac, désignait en qualité de président du CNS M. Jean-Albert Gastaut, professeur de médecine, puis en novembre 2003, M. Willy Rozenbaum, professeur de médecine. Le 14 décembre 2007, le président de la République, Monsieur Nicolas Sarkozy, renouvelait le mandat de M. Willy Rozenbaum à la présidence du CNS, puis le 27 avril 2012, il nommait M. Patrick Yeni, professeur de médecine, président du Conseil national du sida.

De janvier 2014 à février 2015, la composition du Conseil national du sida a été la suivante :

- M. Philippe Gaudin, agrégé de philosophie, responsable formation recherche à l'Institut européen en sciences des religions (IESR) / École pratique des hautes études (EPHE), Paris ; M. André Guimet, théologien moraliste, vicaire général du diocèse d'Autun (Saône-et-Loire) ; M. Samir Hamamah, professeur des universités, praticien hospitalier, coordinateur du département de biologie de la reproduction et du DPI, directeur de l'unité Inserm U1040/développement embryonnaire précoce et cellules souches embryonnaires humaines, hôpital Arnaud de Villeneuve, faculté de médecine, Montpellier ; Mme Nicole Hesnault-Pruniaux, directrice de centre hospitalier ; Mme Delphine Horvilleur, journaliste, rabbin au Mouvement juif libéral de France, Paris (*personnalités représentant les principales familles philosophiques et spirituelles, désignées par le président de la République*) ;
- M. Jean-Pierre Dozon, professeur d'anthropologie, directeur de recherche à l'Institut de recherche pour le développement (IRD), directeur d'études et professeur à l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS), directeur scientifique à la Fondation maison des sciences de l'homme ; M. Philippe Flandre, chargé de recherche à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), UMRS 943 - Épidémiologie,

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

² *Rapport sur le sida*, Paris, Flammarion, 1989.

³ Décret n° 2015-210 du 24 février 2015 portant création du Conseil national du syndrome immunodéficitaire acquis (sida) et des hépatites virales chroniques.

stratégies thérapeutiques et virologie clinique dans l'infection à VIH, Paris ; M. Pierre-Yves Geoffard, économiste, directeur de recherche au Centre national de la recherche scientifique (CNRS), directeur d'études à l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS), directeur adjoint de l'École d'économie de Paris, président de la commission Services publics du Conseil national de l'information scientifique (CNIS) ; Mme Catherine Kapusta-Palmer, coordonnatrice du programme Femmes et sida au Planning familial, cofondatrice du collectif interassociatif "Femmes et VIH", membre de la commission Traitements et Recherche d'Act Up-Paris ; M. Jean-Luc Romero, président fondateur d'Élus locaux contre le sida, président de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité, directeur des Solidarités à la mairie de Vigneux-sur-Seine (*personnalités désignées par le Premier ministre*) ;

- M. François Bourdillon, vice-président du Conseil national du sida, président du conseil d'administration de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) président de la Commission spécialisée prévention, éducation et promotion de la santé du Haut Conseil de la santé publique (HCSP), praticien hospitalier, chef du pôle Santé publique, évaluation et produits de santé au centre hospitalier universitaire de la Pitié-Salpêtrière Charles Foix, Paris ; M. Jean-Pierre Couteron, depuis le 27 avril 2012, psychologue clinicien, président de la Fédération Addiction ; Mme Sandrine Musso, politologue, anthropologue, maîtresse de conférence en anthropologie (Aix-Marseille Université), chercheuse au centre Norbert Elias, Marseille ; Mme Marie Suzan-Monti, chercheuse en santé publique, administratrice de l'association AIDES (*personnalités désignées par le Premier ministre sur proposition du ministre de la Santé et des Affaires sociales*) ;
- Mme Yolande Briand, présidente du groupe CFDT au Conseil économique, social et environnemental (Cese), chargée de mission au service Économie et société de la CFDT (*personnalité désignée par le président du Conseil économique, social et environnemental*) ;
- M. Thierry Foulquier-Gazagnes, juriste au pôle Aménagement durable du territoire du conseil général de l'Hérault, enseignant de droit au Conservatoire national des arts et métiers, membre du conseil d'orientation de la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes), membre du conseil d'administration de l'Union nationale des associations familiales (Unaf) (*personnalité désignée par le président de l'Union nationale des associations familiales*) ;
- M. Marc de Montalembert, professeur de politiques sociales à la faculté des sciences de l'éducation et des sciences sociales de l'Université Paris-Est Créteil, responsable de la filière Intervention et politiques sociales (*personnalité désignée par le président de la Commission nationale consultative des droits de l'homme*) ;
- M. René Luigi, médecin généraliste compétent en dermatologie, conseiller ordinal au Conseil national de l'Ordre des médecins, membre de la section Santé publique et démographie médicale, membre de la chambre régionale d'Île-de-France (*personnalité désignées par le président du Conseil national de l'Ordre des médecins*) ;
- M. Pierre Mathiot, professeur en science politique à l'Université de Lille 2 Droit et santé, directeur de l'Institut d'études politiques de Lille (*personnalité désignée par la conférence des présidents d'université*) ;

- M. Jean Massot, président de section honoraire du Conseil d'État, membre de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil), membre de la Commission d'accès aux documents administratifs (Cada) (*personnalité désignée par le président de la Commission nationale de l'informatique et des libertés*).

Par un décret du 24 février 2015⁴, le **Conseil national du sida et des hépatites virales** a été créé en remplacement du Conseil national du sida.

Ce nouveau Conseil a compétence pour donner un avis sur les questions de société posées par le VIH/sida et les hépatites virales chroniques, ainsi que par les infections sexuellement transmissibles dans la mesure où elles présentent des similitudes, en termes de mode de contamination, de publics concernés et de dispositifs de prévention et de lutte.

Outre son président, le nombre de membres siégeant au Conseil est porté de 23 à 25. Les mandats du président et des membres sont d'une durée de cinq ans, contre quatre auparavant.

Par décret du président de la République, M. François Hollande, du 10 septembre 2015⁵, M. Patrick Yeni, professeur de médecine, est nommé président du Conseil national du sida et des hépatites virales.

De septembre à décembre 2015, la composition du Conseil national du sida et des hépatites virales a été la suivante :

- Mme Nicole Hesnault-Pruniaux, directrice de centre hospitalier ; M. André Guimet, théologien moraliste, vicaire général du diocèse d'Autun (Saône-et-Loire) (*personnalités représentant les principales familles philosophiques et spirituelles, désignées par le président de la République*) ;
- M. Philippe Artières, historien, directeur de recherche au CNRS au sein de l'Institut interdisciplinaire d'anthropologie du contemporain à l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS), Paris ; M. Pierre-Yves Geoffard, économiste, directeur de recherche au Centre national de la recherche scientifique (CNRS), directeur d'études à l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS), directeur de PSE (Paris School of Economics - École d'économie de Paris), président de la commission Services publics du Conseil national de l'information scientifique (CNIS) ; Mme Sandrine Musso, politologue, anthropologue, maîtresse de conférence en anthropologie (Aix-Marseille Université), chercheuse au centre Norbert Elias, Marseille ; Mme Marie Préau, professeure de psychologie sociale de la santé à l'université Lumière Lyon 2, chercheuse associée à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm U912) de Marseille, membre de la commission spécialisée Prévention, éducation et promotion de la santé (CSPEPS) du Haut Conseil de la santé publique (HCSP), présidente de l'Association francophone de psychologie de la santé (AFPSA) (*personnalités qualifiées désignées par décret du Premier ministre sur proposition du ministre chargé de la Santé, choisies en raison de leurs aptitudes à appréhender les conséquences sociales des maladies concernées*) ;

⁴ Décret n° 89-83 du 8 février 1989 portant création d'un Conseil national du syndrome immunodéficientaire acquis (articles D. 3121-1 à D. 3121-15 du Code de la santé publique).

⁵ Décret du 10 septembre 2015 portant nomination du président du Conseil national du syndrome immunodéficientaire acquis (sida) et des hépatites virales chroniques.

- M. Jean-Pierre Couteron, psychologue clinicien, président de la fédération Addiction ; M. Hugues Fischer, Act Up-Paris, TRT-5 (Paris) ; M. Pascal Melin, hépatologue, président de SOS Hépatites ; Mme Marie Suzan-Monti, chercheuse en santé publique, administratrice de l'association AIDES (*personnalités qualifiées désignées par décret du Premier ministre sur proposition du ministre chargé de la santé, choisies en raison de leur expérience associative dans le domaine de la lutte contre les maladies concernées*) ;
- M. Gilles Raguin, médecin infectiologue, directeur du département santé d'Expertise France ; Mme Christine Silvain, professeure de médecine, chef du service d'hépatogastro-entérologie du CHU de Poitiers, présidente de la Fédération nationale des pôles de référence et réseau hépatites, membre du collège d'experts de transplantation hépatique à l'Agence de biomédecine, membre du collège national universitaire d'hépatogastroentérologie et secrétaire adjointe à la recherche de la Société nationale française de gastro-entérologie (SNFGE) (*personnalités qualifiées choisies en raison de leur compétence dans le champ des soins, de l'épidémiologie et de la recherche sur les maladies concernées*) ;
- Mme Monique Weber, pharmacienne, membre du Cese, présidente d'honneur du syndicat général des praticiens conseils CFE-CGC, membre du Conseil fédéral de la Fédération santé sociale CFE-CGC, directrice de l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC) (*personnalité désignée par le Président du Conseil économique, social et environnemental*) ;
- M. Thierry Foulquier-Gazagnes, juriste au pôle Aménagement durable du territoire du conseil général de l'Hérault, enseignant de droit au Conservatoire national des arts et métiers, membre du conseil d'orientation de la mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes), membre du conseil d'administration de l'Union nationale des associations familiales (Unaf) (*personnalité désignée par le président de l'Union nationale des associations familiales*) ;
- Mme Carine Favier, médecin infectiologue, CHU de Montpellier, co-présidente du Mouvement français pour le Planning familial (MFPP) (*personnalité désignée par le Défenseur des Droits*) ;
- M. René Luigi, médecin généraliste compétent en dermatologie, conseiller ordinal au Conseil national de l'Ordre des médecins, membre de la section Santé publique et démographie médicale, membre de la chambre régionale d'Île-de-France (*personnalité désignée par le président du Conseil national de l'Ordre des médecins*) ;
- M. Alexandre Linden, membre de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, conseiller honoraire à la Cour de cassation, président de la Commission des droits d'auteur des journalistes, président suppléant de la Commission supérieure de la carte d'identité des journalistes professionnels (*personnalité désignée par la présidente de la Commission nationale de l'informatique et des libertés*).

Le secrétariat général du CNS était composé, durant la période 2014-2015, des personnes suivantes :

- deux conseillers-experts : M. Michel Celse et M. Laurent Geffroy ;
- une responsable administrative : Mme Alexandra Moussou ;
- un secrétaire, adjoint à la responsable administrative : M. Nolsadate Sebiane ;
- un chargé de communication : M. Julien Bressy.

Comme les années précédentes, le Conseil s'est réuni une fois par mois en séance plénière. Des commissions spécialisées, composées chacune de cinq à sept conseillers, se sont par ailleurs réunies, afin de documenter, d'analyser et de formaliser certains des sujets débattus ensuite par l'ensemble des conseillers en séance plénière. Les analyses, réflexions et débats du Conseil ont abouti aux Avis, recommandations et communiqués figurant dans le présent rapport d'activité. Ce rapport complète les dix précédents volumes consacrés à l'activité du Conseil⁶.

⁶ Cf. *Éthique, sida et société. Rapport d'activité du Conseil national du sida, tome I (1989-1994)*, La Documentation française, Paris, 1996 ; *Éthique, sida et société. Rapport d'activité du Conseil national du sida, tome II (1994-1996)*, La Documentation française, Paris, 1997 ; *Éthique, sida et société. Rapport d'activité du Conseil national du sida, tome III (1997-1998)*, La Documentation française, Paris, 2000 ; *Éthique, sida et société. Rapport d'activité du Conseil national du sida, tome IV (1999-2000)*, La Documentation française, Paris, 2002 ; *Éthique, sida et société. Rapport d'activité du Conseil national du sida, tome V (2001-2003)*, La Documentation française, Paris, 2004 ; *Éthique, sida et société. Rapport d'activité du Conseil national du sida, tome VI (2004-2005)*, La Documentation française, Paris, 2006 ; *VIH, politique et société. Rapport d'activité du Conseil national du sida, tome VII (2006-2007)*, La Documentation française, Paris, 2008 ; *VIH, politique et société. Rapport d'activité du Conseil national du sida, tome VIII (2008-2009)*, La Documentation française, Paris, 2010 ; *VIH, politique et société. Rapport d'activité du Conseil national du sida, tome IX (2010-2011)*, Éditions Dicom, Paris, 2012 ; *VIH, politique et société. Rapport d'activité du Conseil national du sida, tome X (2012-2013)*, Éditions Dicom, Paris, 2014.

PRÉAMBULE

2014 et 2015 ont représenté une période charnière pour le Conseil national du sida (CNS). En effet, outre la production de divers Avis, 2014 a été marquée par le colloque anniversaire des 25 ans du CNS, une occasion d'évoquer le passé du Conseil à la lumière de l'évolution de l'épidémie et de sa prise en charge ; un an plus tard, en 2015, a été conclue une réflexion sur l'avenir du CNS : la constitution d'un nouveau Conseil aux missions élargies, en réponse aux évolutions sociétales et de santé publique qui caractérisent et rapprochent les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles en général, à côté de l'infection par le VIH.

En janvier 2014, notre Conseil a adopté un *Avis suivi de recommandations sur le bilan à mi-parcours du Plan national de lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles (IST) 2010-2014*. Dans cet Avis, le CNS a appelé l'attention des pouvoirs publics mais également de l'ensemble des parties prenantes sur les dynamiques et les obstacles rencontrés dans la mise en œuvre du plan national et son pilotage. Le Conseil leur a également proposé des mesures correctives, opérationnelles dès à présent ou susceptibles d'être mises en œuvre à plus longue échéance, à la lumière de l'état d'avancement du plan, d'une part, et des évolutions scientifiques, médicales, juridiques et sociétales constatées depuis la mise en œuvre du plan, d'autre part. Au titre de ses recommandations visant à améliorer la réalisation du plan, le Conseil a préconisé de renforcer les stratégies de prévention et de dépistage de l'infection par le VIH, en particulier auprès des personnes les plus exposées et de favoriser l'évolution des nombreux dispositifs de droit commun requis par le plan, notamment dans le champ de la prise en charge sociale des personnes vivant avec le VIH. Au titre de ses recommandations pour améliorer la gouvernance du plan, le Conseil a suggéré d'améliorer les instruments de suivi du plan et de renforcer les coopérations entre les parties prenantes aux plans national, régional et territorial. Le Conseil a constaté que ses recommandations ont été diversement mises en œuvre au cours de la dernière année d'exécution du plan, en 2014. Ses préconisations relatives à l'amélioration de la stratégie et de l'offre de dépistage du VIH ont été partiellement ou totalement mises en œuvre ainsi que sa recommandation visant à renforcer le pilotage stratégique du plan en région Île-de-France, qui compte près de la moitié de l'épidémie d'infection par le VIH. En revanche, ses autres préconisations, notamment en matière d'amélioration de la gouvernance du plan, n'ont pas été retenues.

2014 fut également l'année des 25 ans du Conseil national du sida. À cette occasion, le CNS a organisé un colloque le 11 avril dans l'hémicycle du Conseil économique, social et environnemental, sous le haut patronage du président de la République et en partenariat avec l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS) et la Chaire santé de Sciences Po. Interrogeant les défis éthiques et les questions de santé publique en perpétuelle évolution, ce colloque a réuni anciens et nouveaux membres, présidents successifs du Conseil, sociologues, historiens, anthropologues, professionnels de santé, associatifs et politiques. À l'image du CNS, la qualité et la diversité des intervenants ont permis d'apporter un éclairage complémentaire sur les débats de société auxquels le Conseil a été confronté et d'aborder les enjeux actuels et futurs de la lutte contre le VIH/sida. Ce colloque fut également l'occasion d'inscrire la production du Conseil dans une période longue au regard de l'épidémie, en s'interrogeant sur les grands invariants et, à l'opposé, sur les grandes évolutions observées aussi bien dans les enjeux dont s'est saisi le CNS que dans les approches utilisées. La richesse de ces prises de parole et des

échanges qui les ont suivis a depuis été retranscrite dans les Actes du colloque, publiés en 2015 à la Documentation française⁷.

En janvier 2015, le CNS a adopté un *Avis suivi de recommandations sur la garantie du droit au secret des personnes mineures dans le cadre de leur prise en charge médicale*. Le CNS a constaté que la personne mineure, qui peut se prévaloir du secret médical en s'opposant à la consultation par le médecin des titulaires de l'autorité parentale, ne bénéficie toutefois pas d'une garantie effective de ce droit au secret en dehors d'un nombre limité d'actes (IVG, contraception). Les titulaires de l'autorité parentale sont, en effet, avisés par les organismes d'assurance maladie de la prise en charge financière de leur enfant. Après enquête auprès de professionnels de santé, le CNS a répertorié près d'une vingtaine de situations problématiques (les mineurs refusant les soins par peur de divulgation de leur prise en charge) à l'occasion soit de la prescription d'un traitement antirétroviral à titre thérapeutique, soit de la délivrance d'un traitement post-exposition à titre préventif à des personnes mineures. Ces situations étant susceptibles de freiner la prise en charge médicale, le CNS a recommandé la garantie du secret de la prise en charge financière des personnes mineures et jeunes majeurs, ayants droit de leurs parents, et sa mise en œuvre. À titre complémentaire, le Conseil a également suggéré de permettre la dérogation au principe du recueil du consentement des titulaires de l'autorité parentale pour la réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique (TROD), dès lors qu'une offre d'accompagnement adaptée est offerte aux personnes mineures. Au cours de la phase d'élaboration de cet Avis puis après sa publication, le CNS a été auditionné par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat, dans le cadre de l'examen du projet de loi de modernisation de notre système de santé. Les deux principales mesures préconisées par le Conseil ont été retenues. Ainsi, un amendement au projet de loi a prévu la protection du secret de la prise en charge des personnes mineures par les organismes d'assurance maladie dans des conditions définies par arrêté. En outre, la loi dispose que le dépistage de maladies infectieuses transmissibles au moyen d'un TROD peut être réalisé sur une personne mineure.

En février 2015, le Conseil a adopté un nouvel *Avis suivi de recommandations sur la pénalisation de la transmission sexuelle du VIH en France*. Celui-ci propose une évaluation des questions juridiques, éthiques, sociétales et sanitaires soulevées par les poursuites pénales intentées en France pour des faits de transmission ou d'exposition au risque de transmission du VIH à autrui par voie sexuelle. Il renouvelle profondément l'approche conduite en 2006 dans un premier Avis⁸ consacré à cette question, alors seulement émergente. Le contexte a en effet beaucoup évolué ; depuis lors, plus d'une vingtaine d'affaires pour des faits de ce type ont été jugées en France, sur le fondement d'une jurisprudence stable. Par ailleurs, les progrès de la recherche ont transformé les outils et les stratégies de prévention du VIH, en confortant notamment les effets préventifs du traitement. Enfin, les enjeux de la pénalisation de la transmission du VIH font l'objet d'une forte attention de la part de différentes organisations internationales, et un corpus conséquent de recommandations a été élaboré, en particulier par des agences de l'ONU. Dans son nouvel Avis, considérant les fondements légaux et l'état de la jurisprudence, le Conseil s'est particulièrement attaché à promouvoir une réflexion qui aide à dépasser l'opposition historique binaire entre partisans et adversaires de la réponse pénale en matière de transmission du VIH. Les préconisations émises, adressées aux pouvoirs publics, aux acteurs de la lutte contre le VIH ainsi qu'à l'ensemble de la population sexuellement active, visent à réduire le risque pénal encouru par les personnes vivant

⁷ *VIH : droits des personnes et enjeux sanitaires, réponses politiques à une épidémie en évolution - Actes du colloque des 25 ans du Conseil national du sida*, Paris, La Documentation française, 2015.

⁸ *Avis sur la pénalisation de la transmission sexuelle du VIH*, Conseil national du sida, 2006.

avec le VIH, à améliorer le traitement pénal de l'infraction si une procédure judiciaire est engagée et, enfin, à limiter d'éventuels effets négatifs sur la politique de prévention.

Depuis 2013, le Conseil national du sida assure, avec l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS), la co-tutelle du groupe d'experts pour la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. En 2014, le groupe d'experts a procédé à l'actualisation de deux chapitres des recommandations de 2013, respectivement consacrés aux « Co-infections par les virus des hépatites » et aux « Traitements antirétroviraux », et mis à disposition un calendrier de suivi synthétique à l'usage des médecins pour leur pratique quotidienne. L'année suivante, en 2015, le groupe a actualisé les chapitres « Optimisation du traitement antirétroviral en situation de succès virologique (*switch*) », « Prise en charge des enfants et des adolescents » et « Désir d'enfant et grossesse ». Il a également rendu des recommandations spécifiques sur les modalités de prescription de la prophylaxie pré-exposition (PrEP), nouvel outil de prévention dont la mise à disposition en France, appelée de leurs vœux par le monde de la lutte contre le VIH, le groupe d'experts et le CNS⁹ depuis 2012, est intervenue dans les semaines qui ont suivi cette publication.

C'est également pendant l'automne 2015 qu'est intervenue la diffusion des autotests sanguins de dépistage du VIH, pour lesquels le CNS avait émis un Avis favorable¹⁰ dès 2013. Ce nouvel outil trouve depuis progressivement sa place dans la palette des moyens de dépistage, même si son prix élevé reste un frein à sa diffusion.

Pendant la période 2014-2015, le CNS a participé à diverses conférences, dont la conférence internationale de l'IAS AIDS 2014, à Melbourne, durant laquelle ont été présentés trois posters comprenant des éléments inédits ainsi que des recommandations respectivement issues de ses récents travaux sur le PNL¹¹ et de son *Avis sur la protection sociale des étrangers vivant avec le VIH en France*¹². Pendant cette période, le Conseil est, par ailleurs, demeuré attentif à l'évolution de la réflexion concernant l'interdiction des soins de conservation sur les corps des personnes décédées infectées par le VIH et les virus des hépatites virales. Le projet de loi de modernisation de notre système de santé avait proposé une mesure de limitation de la pratique des soins de conservation à des lieux dédiés et adaptés permettant dès lors la levée de l'interdiction en vigueur. Toutefois, lors de l'examen du projet de loi en 2015, le Sénat puis l'Assemblée nationale, en seconde lecture, ont rejeté la disposition. Dans un communiqué de décembre 2015, le CNS a demandé au Gouvernement d'agir afin de renforcer l'encadrement de la pratique des soins de conservation, et créer ainsi les conditions d'une levée rapide de l'interdiction. Le CNS a ensuite été consulté dans le cadre de l'élaboration des textes réglementaires devant préciser cet encadrement.

L'année 2016 sera marquée par des changements importants dans le fonctionnement du CNS. En effet, le 24 février 2015 est paru le décret portant création du Conseil national du syndrome immunodéficient acquis et des hépatites virales chroniques, en remplacement du Conseil national du sida, incluant les infections sexuellement transmissibles dans le champ de ses missions. Il était, en effet, devenu clair que les similarités au niveau de l'exposition aux risques, ainsi que des stratégies de prévention et de prise en charge, sont nombreuses entre le VIH, d'une part, hépatites virales chroniques et IST, d'autre part. De

⁹ *Avis sur l'intérêt potentiel du concept de prophylaxie pré-exposition du VIH/sida (PrEP)*, Conseil national du sida, 2012.

¹⁰ *Avis et Rapport sur les autotests de dépistage de l'infection à VIH*, Conseil national du sida, 2013.

¹¹ *Avis suivi de recommandations sur le bilan à mi-parcours du plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014*, Conseil national du sida, 2014.

¹² *Avis sur la protection sociale des étrangers vivant avec le VIH en France et l'intérêt de son évolution vers le droit commun*, Conseil national du sida, 2014.

nombreux services et structures, initialement consacrés à la lutte contre le VIH en France et à l'étranger, et partant du même constat, ont élargi le champ de leurs missions. Ceci concerne notamment l'organisation et l'offre des soins (Direction générale de la santé, centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic...), la recherche (Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales), et les associations initialement créées dans le champ du VIH. Dans le cadre de ses missions élargies, le CNS, dont les membres ont été désignés le 10 septembre 2015, conserve une spécificité d'approche notamment sociétale et éthique qui le distingue des structures publiques consultatives existantes telles que le Haut Conseil de la santé publique, le Comité consultatif national d'éthique et la Conférence nationale de santé. La possibilité de mettre à profit des complémentarités entre le CNS et ces structures a d'ailleurs été démontrée dans le passé. Les missions élargies du CNS ont été présentées à l'occasion de la journée nationale de lutte contre les hépatites virales, le 2 juin 2015.

À l'occasion de ses premières réunions, le Conseil a identifié ses deux premières missions, qui seront conduites en 2016 : la prévention et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST, dont le VIH) chez les adolescents et les jeunes adultes, d'une part, et la notification formalisée aux partenaires de patients atteints d'une IST, d'autre part. Le choix de ces missions confirme l'engagement résolu du CNS dans un champ qui ne se limite plus au VIH.

Pr Patrick Yeni

Président du Conseil national du sida et des hépatites virales

EXTRAIT DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Modifié par DÉCRET n° 2015-210 du 24 février 2015

Code de la santé publique

- ▶ Partie réglementaire
 - ▶ Troisième partie : Lutte contre les maladies et dépendances
 - ▶ Livre I^{er} : Lutte contre les maladies transmissibles
 - ▶ Titre II : Infection par le virus de l'immunodéficience humaine et infections sexuellement transmissibles
 - ▶ Chapitre I^{er} : Dispositions générales

Section 1 : Conseil national du syndrome immunodéficitaire acquis et des hépatites virales chroniques.

Article D. 3121-1

Modifié par DÉCRET n° 2015-210 du 24 février 2015 - art. 1

Le Conseil national du syndrome immunodéficitaire acquis (sida) et des hépatites virales chroniques a pour mission de donner son avis sur l'ensemble des problèmes posés à la société par ces maladies et de faire au Gouvernement toute proposition utile. Dans le cadre de ses avis, il peut s'intéresser aux questions de société liées aux infections sexuellement transmissibles qui touchent les mêmes publics que l'infection à VIH ou les hépatites virales B et C.

Il est consulté sur les programmes et plans nationaux de santé et les programmes d'information, de prévention et d'éducation pour la santé, établis par le Gouvernement, et les organismes publics.

Le Conseil rend public ses avis. Il élabore tous les deux ans un rapport d'activité qu'il rend public.

NOTA :

Décret n° 2014-212 du 24 février 2014, articles 1 et 2 : le mandat des membres du Conseil national du syndrome immunodéficitaire acquis (sida) qui expire le 27 février 2014 est prorogé d'un an.

Article D. 3121-2

Modifié par Décret n° 2005-1608 du 19 décembre 2005 - art. 5 JORF 22 décembre 2005
en vigueur le 1^{er} janvier 2006

Le Conseil peut être saisi par le président de l'Assemblée nationale, le président du Sénat ou par un membre du Gouvernement.

Il peut également se saisir de toute question relevant de sa mission.

NOTA :

Décret n° 2014-212 du 24 février 2014 articles 1 et 2 : Le mandat des membres du Conseil national du syndrome immunodéficitaire acquis (sida) qui expire le 27 février 2014 est prorogé d'un an.

Les dispositions des articles D. 3121-1 à D. 3121-15 du Code de la santé publique sont prorogées à compter du 8 juin 2014 jusqu'à la date à laquelle prendra fin le mandat des membres du Conseil.

Article D. 3121-3

Modifié par DÉCRET n° 2015-210 du 24 février 2015 - art. 1

Le président du Conseil est nommé par décret du président de la République pour une durée de cinq ans renouvelable une fois.

NOTA :

Décret n° 2014-212 du 24 février 2014, articles 1 et 2 : le mandat des membres du Conseil national du syndrome immunodéficientaire acquis (sida) qui expire le 27 février 2014 est prorogé d'un an.

Article D. 3121-4

Modifié par DÉCRET n° 2015-210 du 24 février 2015 - art. 1

Le Conseil comprend, outre son président, vingt-cinq personnes :

1° Cinq personnes représentant les principales familles philosophiques et spirituelles, désignées par le président de la République ;

2° Un membre de l'Assemblée nationale et un membre du Sénat désignés par les présidents de ces assemblées ;

3° Douze personnalités qualifiées, désignées par décret du Premier ministre sur proposition du ministre chargé de la Santé, selon les modalités suivantes :

a) Quatre personnalités qualifiées choisies en raison de leurs aptitudes à appréhender les conséquences sociales des maladies concernées,

b) Quatre personnalités qualifiées choisies en raison de leur expérience associative dans le domaine de la lutte contre les maladies concernées,

c) Quatre personnalités qualifiées choisies en raison de leur compétence dans le champ des soins, de l'épidémiologie et de la recherche sur les maladies concernées,

4° Six personnalités désignées selon les modalités suivantes :

a) Une personnalité désignée par le président du Conseil économique, social et environnemental,

b) Un membre du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé désigné par son président,

c) Une personnalité désignée par le président de l'Union nationale des associations familiales,

d) Une personnalité désignée par le Défenseur des droits,

e) Une personnalité désignée par le président du Conseil national de l'Ordre des médecins,

f) Une personnalité désignée par le président de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

NOTA :

Décret n° 2014-212 du 24 février 2014, articles 1 et 2 : le mandat des membres du Conseil national du syndrome immunodéficientaire acquis (sida) qui expire le 27 février 2014 est prorogé d'un an.

Article D. 3121-5

Modifié par Décret n° 2005-1608 du 19 décembre 2005 - art. 5 JORF 22 décembre 2005
en vigueur le 1^{er} janvier 2006

La liste des membres du Conseil, désignés dans les conditions prévues à l'article D. 3121-4, est fixée par décret du Premier ministre.

NOTA :

Décret n° 2014-212 du 24 février 2014, articles 1 et 2 : le mandat des membres du Conseil national du syndrome immunodéficientaire acquis (sida) qui expire le 27 février 2014 est prorogé d'un an.

Les dispositions des articles D. 3121-1 à D. 3121-15 du code de la santé publique sont prorogées à compter du 8 juin 2014 jusqu'à la date à laquelle prendra fin le mandat des membres du Conseil.

Article D. 3121-6

Modifié par Décret n° 2005-1608 du 19 décembre 2005 - art. 5 JORF 22 décembre 2005
en vigueur le 1^{er} janvier 2006

Des experts permanents, choisis parmi les personnalités spécialement qualifiées par leurs travaux sur les matières entrant dans la compétence du Conseil, et nommés par arrêté du ministre chargé de la Santé, sur proposition du président du Conseil, peuvent également être désignés auprès du Conseil pour assister celui-ci. Ils sont entendus en tant que de besoin.

NOTA :

Décret n° 2014-212 du 24 février 2014, articles 1 et 2 : le mandat des membres du Conseil national du syndrome immunodéficientaire acquis (sida) qui expire le 27 février 2014 est prorogé d'un an.

Les dispositions des articles D. 3121-1 à D. 3121-15 du Code de la santé publique sont prorogées à compter du 8 juin 2014 jusqu'à la date à laquelle prendra fin le mandat des membres du Conseil.

Article D. 3121-7

Modifié par DÉCRET n° 2015-210 du 24 février 2015 - art. 1

Le mandat de chacun des membres du Conseil est de cinq ans. Il est renouvelable une fois.

NOTA :

Décret n° 2014-212 du 24 février 2014, articles 1 et 2 : le mandat des membres du Conseil national du syndrome immunodéficientaire acquis (sida) qui expire le 27 février 2014 est prorogé d'un an.

Article D. 3121-8

Modifié par DÉCRET n° 2015-210 du 24 février 2015 - art. 1

Les délibérations du Conseil ne sont pas publiques. Le vote au scrutin secret est de droit sur décision du président ou sur demande d'un des membres présents.

Le conseil ne peut délibérer que si la majorité de ses membres est présente.

NOTA :

Décret n° 2014-212 du 24 février 2014, articles 1 et 2 : le mandat des membres du Conseil national du syndrome immunodéficitaire acquis (sida) qui expire le 27 février 2014 est prorogé d'un an.

Article D. 3121-9

Modifié par DÉCRET n° 2015-210 du 24 février 2015 - art. 1

Le Conseil peut entendre toute personne qualifiée appelée par son président à fournir un avis ou une expertise relatifs à tout point inscrit à l'ordre du jour. Ces auditions peuvent être rendues publiques sur décision du Conseil.

NOTA :

Décret n° 2014-212 du 24 février 2014, articles 1 et 2 : le mandat des membres du Conseil national du syndrome immunodéficitaire acquis (sida) qui expire le 27 février 2014 est prorogé d'un an.

Article D. 3121-10

Modifié par DÉCRET n° 2015-210 du 24 février 2015 - art. 1

Les ministres et toutes autorités publiques facilitent la tâche du Conseil.

Ils autorisent les agents placés sous leur autorité à répondre aux questions et aux convocations du président du Conseil.

NOTA :

Décret n° 2014-212 du 24 février 2014, articles 1 et 2 : le mandat des membres du Conseil national du syndrome immunodéficitaire acquis (sida) qui expire le 27 février 2014 est prorogé d'un an.

Article D. 3121-11

Modifié par DÉCRET n° 2015-210 du 24 février 2015 - art. 1

Le Conseil se dote d'un règlement intérieur qui définit les modalités de son fonctionnement.

NOTA :

Décret n° 2014-212 du 24 février 2014, articles 1 et 2 : le mandat des membres du Conseil national du syndrome immunodéficitaire acquis (sida) qui expire le 27 février 2014 est prorogé d'un an.

Article D. 3121-12

Modifié par DÉCRET n° 2015-210 du 24 février 2015 - art. 1

Il est adjoint au conseil un secrétariat général permanent.

NOTA :

Décret n° 2014-212 du 24 février 2014, articles 1 et 2 : le mandat des membres du Conseil national du syndrome immunodéficitaire acquis (sida) qui expire le 27 février 2014 est prorogé d'un an.

Article D. 3121-13

Modifié par DÉCRET n° 2015-210 du 24 février 2015 - art. 1

Les crédits nécessaires au fonctionnement du Conseil sont inscrits au budget du ministère de la Santé.

NOTA :

Décret n° 2014-212 du 24 février 2014, articles 1 et 2 : le mandat des membres du Conseil national du syndrome immunodéficientaire acquis (sida) qui expire le 27 février 2014 est prorogé d'un an.

Article D. 3121-15

Les fonctions de président et de membre du Conseil sont gratuites. Leurs frais de déplacement ainsi que ceux des experts appelés en consultation sont remboursés dans les conditions prévues par les textes en vigueur.

NOTA :

Décret n° 2014-212 du 24 février 2014, articles 1 et 2 : le mandat des membres du Conseil national du syndrome immunodéficientaire acquis (sida) qui expire le 27 février 2014 est prorogé d'un an.

RAPPORTS, AVIS ET RECOMMANDATIONS

AVIS SUIVI DE RECOMMANDATIONS SUR LE BILAN À MI-PARCOURS DU PLAN NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA ET LES IST 2010-2014

Le présent *Avis* a été adopté par le Conseil national du sida, réuni en séance plénière le 16 janvier 2014, à la majorité des membres présents moins une abstention.

Membres de la commission « PNLIS » :

- Patrick Yeni, *président de la commission*
- François Bourdillon
- Yolande Briand
- André Guimet
- Catherine Kapusta-Palmer
- Pierre Mathiot
- Marc de Montalembert
- Sandrine Musso

Rapporteurs :

- Laurent Geffroy
- Michel Celse

INTRODUCTION

Le plan national de lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles (IST) 2010-2014 est le principal outil de programmation conçu par les pouvoirs publics et leurs partenaires - professionnels de santé, et milieu associatif - pour lutter contre ces infections en France.

MISSION

Au titre de ses missions inscrites au chapitre « Pilotage et évaluation du plan », le Conseil national du sida émet annuellement un avis sur le bilan d'avancement du plan.

Un premier bilan a été établi par la Direction générale de la santé (DGS) à mi-parcours de l'exécution du plan. Les principales conclusions de ce bilan ont été présentées lors du comité de suivi national du plan le 18 décembre 2013. Le Conseil national du sida rend un Avis sur ces conclusions.

Le bilan de la DGS et l'Avis du Conseil national du sida portent sur le bilan à mi-parcours en France métropolitaine. Une évaluation du plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST en direction des populations d'outre-mer a été commandée en 2012 par la Délégation générale à l'outre-mer et a été réalisée par deux cabinets privés. À ce jour, cette évaluation n'a pas été rendue publique par l'administration commanditaire.

CADRAGE

Le présent Avis porte sur le bilan communiqué par la DGS, et appelle l'attention sur les dynamiques et obstacles rencontrés dans la mise en œuvre du plan à mi-parcours et son pilotage. En outre, il propose aux pouvoirs publics et à l'ensemble des parties prenantes des mesures correctives opérationnelles dès à présent, à la lumière de l'état d'avancement du plan, d'une part, et des évolutions scientifiques, médicales, juridiques ou sociétales constatées depuis la mise en œuvre du plan, d'autre part.

MÉTHODOLOGIE

Afin de préparer son Avis sur le bilan à mi-parcours, et sans attendre la présentation du bilan par la DGS, le Conseil national du sida a constitué une commission et a proposé de mener une mission préparatoire. Conduite avec le concours de la DGS et du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales et confiée à un responsable de projet, la mission a eu pour objectif de recueillir les appréciations des principaux acteurs sur la mise en œuvre et le pilotage du plan et de rendre compte des dynamiques et obstacles constatés. Dans ce cadre, la mission a entendu les membres du comité de suivi national et les pilotes et opérateurs de deux régions - l'Île-de-France et Rhône-Alpes - et a procédé à une revue de la littérature. Le rapport de la mission sera publié au courant du premier trimestre 2014.

PLAN DE L'AVIS

La première partie porte sur la réalisation du plan, en particulier la mise en œuvre de sa stratégie de santé publique et l'évolution requise des dispositifs de prévention, dépistage et prise en charge. La seconde partie aborde la gouvernance du plan, soit les instruments de pilotage, le pilotage et le portage politique.

I. LA RÉALISATION DU PLAN

La réalisation du plan est envisagée en considérant les résultats des actions définies dans le plan et l'impact de ces actions. La présente partie revient tout d'abord sur l'ambition que traduit le plan, les résultats constatés à mi-parcours, le contexte qui a présidé à sa mise en œuvre (chapitre 1). Le Conseil émet ensuite une appréciation sur la mise en œuvre de la stratégie de santé publique déclinée dans le plan (chapitre 2) et sur les dispositifs de prévention et de prise en charge requis pour répondre aux objectifs de santé (chapitre 3).

I.1. LE PLAN NATIONAL : UN PROGRAMME AMBITIEUX, DES RÉSULTATS INÉGAUX, UN ENVIRONNEMENT CONTRAINT

Le plan définit des objectifs de santé et détaille un nombre important de mesures et actions pour y répondre. Le Conseil national du sida note que le plan a été salué comme un programme ambitieux. Toutefois, ses résultats à mi-parcours, en termes d'impact et de réalisation des actions, sont inégaux ou méconnus. Par ailleurs, sa mise en œuvre a été contrainte par un contexte peu favorable.

I.1.1. Un programme ambitieux

Le plan marque un renouvellement de la stratégie nationale d'action contre le VIH et les IST. La précédente stratégie avait été définie dix ans auparavant, à l'occasion de l'élaboration du troisième plan de lutte contre le VIH/sida (2001-2004). Le plan a été majoritairement salué par les acteurs comme un acte stratégique et un cadre opérationnel ambitieux.

Dans son introduction, le plan énumère huit objectifs de santé adaptés des propositions du Haut conseil de la santé publique (HCSP) et qui doivent permettre de juger de son efficacité. Il fixe notamment comme objectif la réduction de 50 % de l'incidence de l'infection par le VIH, la réduction de 50 % de la proportion de personnes découvrant leur séropositivité VIH au stade sida et la baisse de la prévalence ou de l'incidence de plusieurs IST. L'ambition affichée à travers le chiffrage de plusieurs des objectifs de santé a conduit différentes parties prenantes du plan à s'interroger, lors de sa parution, sur le réalisme et la justification scientifique des valeurs retenues.

Pour répondre à ses objectifs, le plan envisage un ensemble de mesures et d'actions qui s'articulent autour de cinq axes stratégiques : la prévention, l'information, et l'éducation pour la santé (1), le dépistage (2), la prise en charge médicale (3), la prise en charge sociale, la défense des droits et la lutte contre les discriminations (4) et les observations et la recherche (5). En outre, compte tenu des caractéristiques de l'épidémie de VIH/sida, le plan national promeut ses actions en priorité en direction de différentes populations cibles dans le cadre de quatre plans populationnels : HSH-LBT (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, lesbiennes, bi et transsexuel(le)s) migrants, personnes prostituées et usagers de drogues. Le plan définit au total 96 actions qui impliquent de très nombreux pilotes, copilotes et partenaires.

Les parties prenantes ont souligné que le plan contribuait à institutionnaliser des interventions dans de nombreux domaines. En outre, ses actions sont susceptibles de renforcer les stratégies, actions et études populationnelles, de promouvoir des interventions novatrices et d'inscrire les actions des pilotes et de leurs partenaires dans la durée.

1.1.2. Des résultats inégaux ou méconnus

Les résultats du plan à mi-parcours se mesurent, d'une part, à partir des indicateurs de suivi des objectifs de santé, qui évaluent l'impact du plan et, d'autre part, des indicateurs de réalisation des actions, qui mesurent leur mise en œuvre effective.

IMPACT DU PLAN

Les données épidémiologiques descriptives disponibles pour les deux premières années d'exécution du plan indiquent que les objectifs fixés ne seront pas atteints.

Le plan fixe, comme premier objectif de santé, la réduction de 50 % l'incidence de l'infection par le VIH, c'est-à-dire une diminution de 50 % du nombre de nouvelles personnes infectées par le VIH au cours de la période. L'estimation de l'incidence de l'infection par le VIH pour les années 2010, 2011 et 2012 sera connue en 2014 et permettra de mesurer l'impact du plan à mi-parcours. À titre d'information, il convient de noter qu'entre 2007 et 2012, le nombre estimé de découvertes de séropositivité à VIH est demeuré stable. Cette stabilité est observée dans tous les groupes, sauf chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) qui représentent 42 % des nouvelles découvertes et chez qui le nombre augmente en 2012 [1]. Cette augmentation s'accompagne d'une plus grande précocité des diagnostics et pourrait résulter d'un recours au dépistage plus important dans cette population. La progression des autres IST chez les HSH au cours des années récentes ainsi que l'augmentation des comportements sexuels à risque signalent une très forte dynamique épidémique dans cette population.

Par ailleurs, le plan fixe comme objectif la réduction de 50 % de la proportion de personnes découvrant leur séropositivité à VIH au stade sida. Parmi les personnes découvrant leur séropositivité en 2012, 13 % sont au stade sida et la diminution de ces découvertes observées entre 2003 et 2007 ne s'est pas poursuivie ensuite. En outre, en 2012, 28 % des découvertes de séropositivité sont très tardives (diagnostic de sida ou $CD4 < 200/mm^3$) et 35 % des découvertes sont précoces (diagnostic de primo-infection ou $CD4 > 500/mm^3$) [1]. Le pourcentage de découvertes précoces n'augmente pas sur les dernières années s'agissant des personnes contaminées par un rapport hétérosexuel, dont près de 70 % sont nées à l'étranger.

Enfin, le plan prévoit la baisse de la prévalence ou de l'incidence de plusieurs IST. En 2013, les réseaux de surveillance des IST mettaient en évidence une augmentation de cas de syphilis depuis ces trois dernières années, une augmentation des infections à gonocoque constatée depuis une dizaine d'années et une augmentation du nombre d'infections urogénitales et/ou rectales à chlamydiae observée depuis 2006 [1]. L'amélioration de la qualité de la surveillance des IST ne suffirait pas à expliquer les tendances observées [2].

RÉALISATION DES ACTIONS

Pour chacune des actions définies par le plan, le document cadre prévoit des indicateurs de suivi ou de réalisation qui mesurent l'effectivité de leur mise en œuvre. La DGS est chargée de coordonner le recueil des données et de renseigner des indicateurs de suivi en lien avec les pilotes des mesures et actions du plan.

Pour établir son bilan à mi-parcours, la DGS s'est appuyée sur une revue documentaire, sur l'analyse des outils de suivi existants et sur une enquête d'évaluation interne ; celle-ci repose sur l'interrogation de l'ensemble des départements ministériels concernés par le plan, sur un questionnaire adressé aux agences régionales de santé (ARS) par voie de circulaire et sur des entretiens menés dans le cadre de deux focus régionaux en Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Franche-Comté.

Les principales conclusions du bilan présenté par la DGS le 18 décembre 2013 informent de l'avancement général du plan en considérant chacun des axes et des programmes populationnels. Ce bilan présente, d'une part, des exemples d'avancement d'actions, et, d'autre part, dans une perspective macroscopique, des données quantitatives sur la réalisation des actions à l'échelle du territoire. La DGS a considéré que son bilan à mi-parcours n'était pas achevé.

Globalement, la DGS estime que 21 actions ont été réalisées, 66 sont en cours de réalisation et 9 n'ont pas débuté. Son analyse révèle que les axes dépistage et prévention et les programmes populationnels HSH et migrants sont ceux qui ont été les plus fortement mis en œuvre sur le territoire. La DGS a toutefois appelé à considérer ces données avec prudence en raison du caractère subjectif de l'appréciation qui peut être portée sur l'état d'avancement d'une action par son pilote.

Dans le cadre du présent Avis, le Conseil national du sida prend appui sur les données du bilan réalisé par la DGS, mais note que la comptabilisation agrégée des actions réalisées ou en cours de réalisation, dans un certain nombre de régions, n'offre qu'une vision partielle de la mise en œuvre du plan.

La compilation de résultats action par action pose des difficultés au regard, d'une part, de leur nombre élevé, et, d'autre part, de l'absence de hiérarchisation entre des actions, dont la nature, les enjeux et la portée apparaissent extrêmement hétérogènes. L'approche macroscopique ne renseigne pas :

- sur le déploiement effectif du plan par axe et en régions : pour les actions directement pilotées par les régions, l'appréciation favorable de l'avancement d'une action par un nombre limité d'ARS peut masquer l'absence d'avancement dans une majorité de régions ou dans des régions prioritaires ;
- sur les causes qui freinent l'avancement des actions, notamment les contraintes institutionnelles, législatives, réglementaires, financières ou opérationnelles.

Le Conseil note enfin que l'établissement du bilan d'avancement du plan se heurte à d'importantes difficultés d'accès à l'information sur la réalisation des actions, soit parce que la collecte de l'information s'est avérée impossible pour certaines actions, soit parce que les indicateurs se sont révélés inadaptés pour mesurer la réalisation de l'action.

1.1.3. Un environnement contraint

La mise en œuvre du plan est intervenue dans un contexte marqué par des contraintes de nature à peser sur les actions des pilotes et des opérateurs du plan. Les principales contraintes sont liées à la réforme de l'organisation administrative intervenue pendant l'élaboration du plan ainsi qu'à la baisse des financements alloués aux pilotes et aux opérateurs.

RÉFORME DE L'ORGANISATION RÉGIONALE

La mise en œuvre du plan a coïncidé avec l'entrée en vigueur de la nouvelle organisation régionale de la santé et la mise en place des établissements publics que sont les ARS. Plusieurs changements se sont produits. D'une part, l'organisation régionale a été profondément remaniée : disparition des groupements régionaux de santé publique (GRSP), séparation des services des affaires sociales et des affaires sanitaires, répartition des compétences renouvelée entre l'échelon départemental et régional. D'autre part, les rapports entre les services centraux de l'État et les services déconcentrés ont été transformés : autonomie des ARS en charge de la définition et de la mise en œuvre d'un projet régional de santé, pilotage national centralisé au niveau d'un comité de pilotage national des ARS, globalisation des crédits d'intervention au sein du budget des ARS sans possibilité de suivi.

La majorité des acteurs a souligné que la réforme de la nouvelle organisation de la santé avait un impact fort sur le pilotage et la mise en œuvre du plan et constituait une contrainte pour son déploiement en région.

BAISSE DES FINANCEMENTS

La réforme de l'organisation de la santé s'est accompagnée d'une baisse des financements alloués aux pilotes et aux opérateurs.

En 2011, première année pleine de mise en œuvre du plan, les crédits d'intervention nationaux et régionaux accordés aux opérateurs associatifs par l'État ont baissé de façon notable. L'absence de données comptables ne permet toutefois pas de quantifier dans quelle proportion. La baisse est liée aux réductions significatives des crédits des missions du budget général de l'État prévues dans le projet de loi de finances 2011. La baisse s'est poursuivie en 2012 et 2013. La disparition des crédits délégués aux GRSP au profit des ARS pourrait également avoir un impact sur le niveau des financements alloués aux opérateurs. Les financements privés accordés aux opérateurs associatifs et, dans une moindre mesure, ceux des collectivités territoriales, ont également diminué tout au long de l'exercice du plan.

La baisse des crédits inscrite au budget de l'État s'est également traduite par la poursuite de la réduction des effectifs de la fonction publique, en particulier au sein des ARS, et par une diminution des financements alloués aux programmes des agences, opératrices du plan, en particulier l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). La baisse des financements entamée en 2011 s'est accentuée à mi-parcours du plan.

La grande majorité des acteurs du plan souligne que la baisse des moyens alloués aux pilotes et opérateurs du plan a logiquement affecté sa mise en œuvre.

I.2. LA STRATÉGIE DE SANTÉ PUBLIQUE EST INÉGALEMENT MISE EN ŒUVRE

La stratégie de santé publique repose sur l'articulation des actions auprès des populations ciblées dans les programmes populationnels et en direction des populations générales, envisagées indépendamment d'une notion de risque d'exposition, ainsi que des jeunes, des femmes et des personnes handicapées. La stratégie s'appuie également sur la prévention dite combinée, qui « associe les méthodes de prévention comportementale, l'élargissement des indications traditionnelles du dépistage et le traitement antirétroviral dans un but de réduction de la transmission du VIH » selon la définition du groupe d'experts sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH [3]. Le plan précise que la prévention combinée est une stratégie de santé publique qui doit également intégrer des politiques structurelles favorables au recours aux services de santé et à l'amélioration des conditions de vie.

Le Conseil national du sida note que la mise en œuvre des actions ciblées en direction de plusieurs des catégories définies a bénéficié d'une relative dynamique. Celle-ci apparaît toutefois inégale selon les axes d'intervention et les publics destinataires des politiques. En outre, les actions en direction de la population générale n'ont pas bénéficié d'un soutien comparable, y compris lorsqu'elles ont été menées auprès des jeunes.

1.2.1. Une stratégie ciblée diversement mise en œuvre selon les axes et les populations

Le plan promeut une stratégie ciblée à travers les quatre programmes populationnels qu'il comporte, mais également dans le cadre du volet d'actions dites transversales (actions T), largement consacré aux populations cibles considérées dans leur globalité. La majorité des actions ciblées concernent les populations HSH et migrants, qui concentrent 80 % des nouvelles découvertes de séropositivité en France en 2012.

LES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES

Les HSH représentent en France le groupe le plus exposé à la transmission de l'épidémie. Le plan précise que « la population des HSH correspond à une urgence en termes de santé publique » en raison de son taux d'incidence estimé à 1 006 contaminations par an pour 100 000 HSH, soit un taux d'incidence de 1 %, 200 fois supérieur au taux d'incidence dans la population hétérosexuelle exclusive française. Le plan, qui intègre un programme en direction de la population HSH et LBT, poursuit l'objectif de renforcer la prévention et le dépistage auprès des HSH, d'améliorer la qualité de vie sexuelle, plus particulièrement des personnes séropositives et de leurs partenaires, et de lutter contre les discriminations qui affectent ces populations.

Au titre du bilan à mi-parcours, la DGS indique que plusieurs actions ont été mises en œuvre. Le plan a permis le soutien aux actions de prévention combinée, adaptées aux nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC), avec des outils ciblés « HSH », en particulier pour promouvoir le dépistage annuel du VIH et des IST. Le plan a également contribué à la sensibilisation des professionnels de santé dans le cadre universitaire et en direction des instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi) ; à la lutte contre les discriminations avec l'intégration des personnes transsexuelles dans la « Déclaration obligatoire » ; et à l'amélioration des connaissances au travers de nombreuses études. Enfin, le plan a accompagné l'adaptation de l'offre de prévention et de dépistage à travers le déploiement des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) ; l'augmentation des interventions de prévention (sur des sites Internet, des applications numériques mobiles, des lieux de rencontres extérieurs (LRE), des établissements commerciaux) ; et la reconnaissance et le soutien à des associations communautaires.

Le Conseil national du sida note que les actions en direction des HSH ont bénéficié de l'élan impulsé par le déploiement des actions incluant une offre de TROD. L'action HSH et LBT 14 propose de développer des offres alternatives de dépistage, y compris des actions hors les murs pour les HSH. Une cinquantaine de structures de prévention conventionnées ont été habilitées à réaliser des TROD en direction des différentes populations ciblées par le plan. En 2011, près de 4 000 TROD ont été réalisés, dont 69 % au bénéfice des HSH. En 2012, plus de 32 000 TROD ont été réalisés, dont 40 % au bénéfice des HSH. Cette même année, 1,68 % des tests réalisés auprès des HSH ont été positifs, 1,62 % pour les tests dans les locaux des structures, 1,73 % pour les tests hors les murs. La prévalence des TROD positifs est supérieure, s'agissant d'une part des TROD réalisés hors les murs en Île-de-France par les associations Aides et HF Prévention, et d'autre part de ceux réalisés dans les locaux de l'association Aides en Île-de-France et en PACA.

La dynamique impulsée par les actions incluant une offre de TROD, si elle est maintenue et amplifiée, pourrait permettre, notamment s'agissant des HSH :

- d'accroître le nombre de découvertes de séropositivité au VIH, à condition, en ce qui concerne les TROD, de veiller à l'orientation vers les centres de dépistage conventionnels pour confirmation : en 2012, 30 % des personnes dépistées par TROD VIH, toutes cibles confondues, n'avaient jamais été dépistées auparavant ;
- de promouvoir l'enjeu du dépistage ciblé auprès des publics prioritaires et des professionnels de santé, et à la faveur d'opérations exceptionnelles comme la semaine de dépistage rapide dite « Flash Test », réalisée en 2013 dans quatre régions (Île-de-France, PACA, Rhône-Alpes, Guyane) ;
- de conforter les interventions de prévention en direction des HSH multipartenaires sur les différents sites pertinents, en particulier en lien et à proximité des établissements commerciaux de convivialités gay (saunas, backrooms, bars, etc.) ou dans certains lieux de rencontre extérieurs (parkings, forêts, etc.).

Sur ce dernier point, le bilan est nuancé. L'action HSH et LBT 5 préconise de « renforcer la mise à disposition d'outils d'information et de prévention auprès des populations HSH LBT qui fréquentent des lieux ou sites de rencontres sexuelles ». Les ressources allouées aux opérateurs compétents, principalement au travers des crédits d'intervention des ARS, ne leur ont pas permis, depuis la mise en œuvre du plan, de développer de nouvelles interventions ni, pour certains, de maintenir les interventions existantes. La baisse des crédits a notamment concerné les opérateurs qui interviennent auprès des populations HSH les plus exposées, sur les sites les plus pertinents.

En outre, le niveau de financement forfaitaire des TROD par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam-TS), à hauteur de 25 euros par TROD réalisé, peut constituer un obstacle à leur déploiement compte tenu du coût des actions, en particulier lorsque celles-ci nécessitent d'assurer un suivi vers le dépistage et le soin et/ou sont menées hors les murs, et justifient des dépenses d'investissement et de fonctionnement liées à l'achat et à l'usage d'unités mobiles de prévention.

LES PERSONNES IMMIGRÉES

Le programme populationnel Migrants s'adresse aux personnes immigrées vivant en France, qu'elles soient étrangères ou qu'elles aient acquis la nationalité française. Le plan rappelle que la transmission du VIH est particulièrement importante chez les femmes nées dans un pays d'Afrique subsaharienne (ASS), pour qui le taux d'incidence est 69 fois supérieur à celui observé dans la population hétérosexuelle française.

Les actions du programme poursuivent trois principes stratégiques : prendre en compte l'extrême diversité des populations migrantes, cibler les migrants à la fois dans les lieux de la société française pluriculturelle et à travers des canaux spécifiques, prévenir les inégalités d'accès aux soins et aux droits et garantir le secret médical.

Au titre du bilan à mi-parcours, la DGS souligne que le renforcement des stratégies de prévention et de dépistage a été obtenu à travers des campagnes de communication ciblées, avec la mise à disposition d'outils adaptés, la diffusion de préservatifs, les TROD, ainsi que différents appels à projet au bénéfice d'opérateurs associatifs. En outre, différentes études ont été réalisées (ou sont en cours), sur l'interprétariat, sur les personnes afro-caribéennes en Île-de-France vivant avec le VIH/sida (Afro-baromètre), sur les « parcours de vie des migrants originaires d'ASS atteints par le VIH/sida et/ou le VHB vivant en Île-de-France » (enquête Parcours). Enfin, un colloque a été organisé sur la médiation sociale et un réseau de nouveaux relais (étudiants, foyers) a été mis en place.

Le Conseil national du sida note une mise en œuvre inégale :

- la « communication ciblée en direction des populations migrantes », prévue au titre de l'action M1 et pilotée par l'Inpes a été réalisée et s'est traduite par des campagnes bisannuelles et la mise à disposition d'outils diversifiés et parfaitement adaptés ; l'impact de l'action est toutefois insuffisamment connu ;
- le « développement des propositions diversifiées de tests VIH et autres IST aux migrants » a été mis en œuvre mais le dispositif TROD, en particulier, n'a pas été assez déployé ;
- plus généralement, les actions qui nécessitent une intervention de terrain dans les lieux de sociabilité et de vie ont été insuffisamment prioritaires.

Sur ce dernier point, l'action M3 prévoit le « renforcement de l'appropriation par les femmes migrantes des stratégies de prévention » et préconise des interventions en leur direction : développement des programmes animés par et pour des femmes migrantes (ateliers de santé sexuelle), soutien des actions de formation (médiateurs de santé et interprètes). Une association, Uraca, a bénéficié d'une subvention par appel à projet

national au titre de cette action. En outre, 13 ARS sur 19 ont indiqué qu'elles priorisaient cette action. Toutefois, le déploiement de ces actions n'est connu que pour deux d'entre elles : l'ARS de Champagne-Ardenne a inscrit l'action M3 dans le cadre d'un appel à projet « femmes, sexualité et culture » et l'ARS Pays de la Loire dans le cadre d'un groupe « santé des femmes – santé des migrants » porté par le réseau régional de santé sexuelle.

Plusieurs associations de santé communautaire susceptibles de mettre en œuvre l'action M3 n'ont pas été soutenues par des financements publics de l'État au titre de sa mission santé. Ces associations sont implantées dans les grandes villes et/ou à forte densité de personnes immigrées. Elles poursuivent des actions de prévention dans des lieux de vie et de sociabilité ainsi que des actions d'accompagnement des PVVIH. Or, ces associations structurellement fragiles bénéficient d'un appui limité. Leurs actions reposent très largement sur le bénévolat, y compris du coordonnateur de l'association.

Pour garantir un appui à ces opérateurs, certaines ARS ont encouragé les associations migrantes de santé communautaire à poursuivre des actions communes avec des associations régionales et nationales de lutte contre le VIH/sida présentes sur leur territoire et déjà dotées financièrement au titre des interventions en direction du public migrants. Ces propositions ont rencontré plusieurs obstacles. Les échanges entre les associations ne sont pas toujours routiniers et des réticences ont été observées localement. En outre, les associations communautaires peuvent afficher un souhait de ne pas conclure de partenariat avec des associations étiquetées « VIH/sida » dans un contexte de forte stigmatisation de la maladie, en particulier au sein des populations immigrées. Dans ce contexte, l'absence d'une stratégie de déploiement du programme populationnel Migrants établi, comme en PACA et en Rhône-Alpes, en concertation avec les acteurs, peut s'avérer problématique. Sur ce point, la région Île-de-France, qui concentre une part importante de la population immigrée originaire d'ASS, a indiqué que son cadre d'action était défini par son projet régional de santé (PRS) et ne nécessitait pas l'élaboration d'une stratégie concertée en direction des migrants.

1.2.2. Une stratégie en population générale inégalement priorisée

PRÉVENTION ET DÉPISTAGE EN POPULATION GÉNÉRALE

En matière de prévention, le plan rappelle que celle de l'infection par le VIH et les IST, dans tout type de relations sexuelles entre partenaires occasionnels et au sein de couples sérodifférents, s'appuie d'abord sur l'utilisation du préservatif. En outre, l'information et l'éducation, généralistes et ciblées, doivent rester une priorité. Au titre de la prévention en population générale, l'action T1 du plan prévoit d'informer la population générale pour maintenir le niveau d'information sur l'infection par le VIH et faire émerger la problématique des IST.

À mi-parcours, l'Inpes, pilote de l'action T1, souligne avoir été en mesure, au cours de l'exercice du plan et pour une période pluriannuelle de trois ans, de poursuivre des campagnes nationales en population générale, en faveur de l'incitation au dépistage du VIH. Par ailleurs, une campagne nationale sur le recours au préservatif a été mise en œuvre à partir de décembre 2013. Les campagnes d'information et de prévention demeurent, en outre, largement relayées à l'occasion du 1^{er} décembre, à la faveur notamment de la mobilisation des associations et des collectivités territoriales.

En dépit de la baisse des financements, les actions de prévention en population générale restent maintenues et encouragées. Il est toutefois signalé que la stratégie de communication qui repose à la fois sur des actions en population générale et sur des

actions ciblées ne pourra être maintenue si les financements alloués à la prévention du VIH/sida et des IST poursuivent leur baisse.

En matière de dépistage et conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), le plan prône, à travers l'action T17, le renforcement du dépistage au bénéfice de la population générale, indépendamment d'une notion de risque d'exposition ou de contamination par le VIH, dans le système de soin, par les professionnels de santé de premier recours.

Dans le cadre de cette stratégie novatrice, des campagnes d'incitation au dépistage en direction du grand public ont été réalisées. Pour les professionnels de santé et en particulier les médecins généralistes en tant qu'acteurs clés de la stratégie, des documents d'information et des outils d'intervention ont été conçus et diffusés, et des actions de formation entreprises.

La mise en œuvre de la stratégie a cependant débouché sur un échec. Elle n'a, de fait, pas rencontré l'adhésion escomptée auprès des médecins généralistes, qui n'ont très majoritairement pas proposé de façon systématique la prescription d'un test de dépistage du VIH à l'ensemble de leurs patients. Des interrogations quant à la pertinence de cette stratégie et sa faisabilité sont rapidement survenues, d'une part sous l'effet des critiques émises par le Collège national des généralistes enseignants [4], d'autre part à la lumière de différents résultats de recherche publiés en 2010 et 2011 et dont il est rendu compte dans une synthèse [5]. Ces travaux ont contribué à mieux connaître les caractéristiques des personnes infectées non diagnostiquées au sein de la population, et par ailleurs, à montrer les limites d'une stratégie d'offre de dépistage généralisée et non ciblée. Au regard de ces études, les experts [2] [5] préconisent une révision de la stratégie au profit d'une démarche de proposition large de dépistage, mais néanmoins fondée sur des critères de ciblage redéfinis.

ACTIONS AUPRÈS DES JEUNES

En matière de prévention et de dépistage du VIH/sida et des IST, des actions sont préconisées par le plan spécifiquement auprès des jeunes. Le bilan à mi-parcours, en apparence favorable, est en réalité là aussi inégal.

L'action T3 relative à la poursuite de la sensibilisation des jeunes dans le cadre scolaire et universitaire prévoit un ensemble d'interventions visant notamment à systématiser l'organisation de séances d'éducation à la sexualité dans les établissements d'enseignement secondaire ; à élaborer et diffuser de nouveaux médias et outils à destination des publics scolaires ; à renforcer la mise en place de distributeurs de préservatifs dans les établissements ; et enfin à poursuivre et adapter les actions éducatives intégrant la prévention et le dépistage du VIH et des IST dans le cadre universitaire.

Concernant les actions d'éducation à la sexualité, le ministère de l'Éducation nationale fait état d'une enquête réalisée auprès des différents types d'établissements relevant de sa compétence. Selon les chefs d'établissement (n=894), 97 % des collèges, 91 % des lycées généraux et 95 % des lycées professionnels ont retenu des actions d'éducation à la sexualité. Par ailleurs, selon les coordonnateurs des établissements (n=885), 95 % des collégiens et des lycéens ont eu un accès à des formations sur le VIH/sida lors de leur cursus.

Le Conseil note qu'il s'avère toutefois impossible d'obtenir la communication du pourcentage des élèves qui ont bénéficié d'un accès trois fois par an à l'éducation à la sexualité tel que prévu par la législation. Il semblerait que l'obligation légale soit très inégalement et partiellement appliquée [6].

Par ailleurs, une étude par sondage réalisée pour les associations Sidaction et Élus locaux contre le sida (ELCS) indique, en 2013, que 89 % de la population française âgée de 15 à 24 ans a bénéficié au moins une fois (49 %) ou plusieurs fois (40 %) au cours de la scolarité d'un enseignement ou d'un moment d'information spécifique sur le VIH/sida et sa prévention [7].

Les actions auprès des jeunes ont également concerné la prévention et le dépistage des autres IST. Des stratégies innovantes ont été mises en œuvre en faveur du dépistage des Chlamydiae, dans le cadre, d'une part, d'une campagne d'information et de promotion du dépistage et, d'autre part, d'une étude sur l'impact de la proposition par Internet d'un test de dépistage par auto-prélèvement à domicile sur l'augmentation du recours au dépistage chez les jeunes de 18 à 24 ans.

Plus généralement, s'agissant du choix d'outils de prévention, le recours aux NTIC piloté par l'Inpes apparaît adapté pour toucher les jeunes publics. En outre, ces outils peuvent permettre de contourner, en partie du moins, les obstacles rencontrés, notamment au sein de l'Éducation nationale, pour assurer la diffusion des brochures de prévention (« Questions d'ados ») au niveau des collèges.

1.3. UNE ÉVOLUTION TROP LENTE DES DISPOSITIFS DE PRÉVENTION, DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE

Le plan a inscrit différentes réformes de l'offre de prévention, de dépistage et de prise en charge afin de garantir leur amélioration. D'une part, plusieurs réformes et ajustements des dispositifs publics relevant spécifiquement du champ du VIH/sida et des IST ont été envisagées : fusion des consultations de dépistage anonymes et gratuites (CDAG) et des centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST), expérimentation des centres de santé sexuelle, amélioration de la prise en charge post-annonce du dépistage. D'autre part, plusieurs réformes ont été mentionnées dans le plan s'agissant des dispositifs de droit commun.

Le Conseil national du sida note que le plan a identifié les réformes indispensables des dispositifs publics de prévention, dépistage et prise en charge sociale et médicale, pour permettre de les adapter aux évolutions de l'épidémie et aux besoins des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Néanmoins, les principales réformes structurelles n'ont pu à ce jour être mises en œuvre, en dépit du consensus entre les parties prenantes et des recommandations de nombreuses instances de conseil et d'expertise. Les difficultés structurelles rencontrées par les institutions pour se réformer, la faiblesse de l'articulation du plan national avec les autres plans qui préconisent des mesures similaires et des obstacles politiques ou administratifs de divers ordres peuvent être mentionnés. En outre, l'attente de plusieurs de ces réformes structurelles, en particulier en matière de dépistage, a conduit au report de projets d'ajustement de l'offre aux besoins.

1.3.1. Une réforme des dispositifs de prévention et de prise en charge du VIH/sida qui peine à s'organiser

Au titre des objectifs du plan, le dispositif actuel du dépistage anonyme et gratuit du VIH et/ou des autres IST doit être soutenu et réorganisé, pour gagner en lisibilité et en efficacité.

Pour réaliser cet objectif, le plan prévoit notamment, avec l'action T21, de réorganiser le dispositif des CDAG/CIDDIST. L'action doit ainsi permettre de réviser la cartographie d'implantation des structures, de réorganiser les processus de financement, d'articuler ce dispositif avec les autres structures effectuant des dépistages (centres de planification et d'éducation familiale, centres de santé, centres d'examen de santé, et autres structures associatives habilitées), de redéfinir les missions et le cahier des charges, d'élaborer un

guide de bonnes pratiques et d'organiser la remontée et l'exploitation des données d'activité.

La DGS a élaboré un projet de fusion des CDAG-CIDDIST et d'élargissement de leurs missions, en concertation avec l'assurance maladie, la direction générale des collectivités territoriales et les acteurs de la lutte contre le VIH/sida, à partir des scénarii établis par l'IGAS en 2010 [8]. Le scénario d'un centre avec élargissement des missions des CDAG qui comprendraient, outre les activités de dépistage du VIH et d'autres IST, des activités de vaccination et de contraception, a été privilégié par l'administration. Un article de loi, un décret et un arrêté ont été proposés mais n'ont pas été retenus et l'action n'a donc pas été mise en œuvre.

L'absence de réalisation apparaît particulièrement préjudiciable en regard des objectifs de la fusion et des bénéfices attendus. Dans son Avis de 2012, le Conseil national du sida avait jugé que la fusion des CDAG-CIDDIST traduisait un impératif de rationalisation budgétaire et de clarification de l'offre, jugée peu lisible et insuffisamment cohérente en raison d'un maillage territorial inégal et d'une multiplicité de configurations, les centres étant soit des CDAG, soit des CIDDIST, soit les deux à la fois [9]. Les parties prenantes du plan, en particulier de nombreux opérateurs associatifs et des comités de coordination régionale de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH) considèrent que la majorité des CDAG-CIDDIST est insuffisamment adaptée aux besoins des populations les plus exposées au risque de transmission du VIH.

En outre, l'absence de réalisation de cette action hypothèque actuellement la stratégie d'amélioration de l'offre de dépistage volontaire. Pour de nombreuses administrations, la fusion constitue un préalable à l'ébauche d'une stratégie d'amélioration de l'offre de dépistage volontaire : rationalisation de l'implantation de cette offre sur la base de cartographies, adaptation de l'offre dans un contexte de forte évolution des techniques de dépistage, mise en place d'un système performant de remontée et d'exploitation des données. Par ailleurs, plusieurs ARS, COREVIH et/ou associations travaillent à l'élaboration de réseaux ou centres de santé sexuelle mais ne bénéficient pas d'un environnement favorable, compte tenu des incertitudes, pour développer des dynamiques territoriales.

1.3.2. Des dispositifs de droit commun complexes à adapter

Plusieurs actions de prévention auprès des populations cibles et de prise en charge sociale et médicale des PVVIH relèvent du droit commun. En matière de prévention, une action nécessite une évolution du cadre général de la médiation sociale. En matière de prise en charge sociale, l'hébergement hors appartements de coordination thérapeutique (ACT), la question du handicap, de l'emploi requièrent une évolution du droit commun. En matière de prise en charge médicale, la prise en charge ambulatoire globale, le recours à l'interprétariat, le développement des prises en charge en ville et l'adaptation de la réponse en soins de suite et de réadaptation (SSR) et filière d'aval relèvent également du droit commun. Enfin, de façon transversale, en matière de formation des professionnels de la santé ou du champ médico-social, plusieurs actions du plan nécessitent une évolution notable du cadre général de la formation initiale ou continue.

Ces différentes actions requièrent une approche transversale qui croise les compétences administratives en matière de prévention et d'offre de soins et les missions de l'État concernées (santé, ville, affaires sociales, etc.). En outre, elles nécessitent des modifications législatives ou réglementaires ou des instructions de différents ministres. Dans plusieurs cas, le plan mentionne les services compétents susceptibles de piloter les évolutions envisagées. Aucune mise en œuvre significative n'a été constatée.

Dans le cadre du programme populationnel Migrants, l'action M2 préconise de faciliter l'intervention de médiateurs formés, intervenant auprès des migrants en matière d'IST, VIH et sida dans une approche de santé globale. L'action prévoit de soutenir la reconnaissance des médiateurs ainsi que leur formation, d'intégrer un volet santé dans tous les programmes de formation et de faciliter le recours aux médiateurs. Le plan considère, compte tenu des évaluations disponibles [10], que les médiateurs sont les relais indispensables de l'action préventive sur les lieux de vie les plus pertinents pour atteindre les populations migrantes. On estime aujourd'hui à 1 000 le nombre de médiateurs intervenant dans le champ de la santé sous différentes dénominations (médiateur de santé communautaire, médiateur adulte-relais, etc.) [11].

Au titre du bilan de l'action M2, la DGS, qui est pilote de l'action, a signalé être intervenue dans le cadre de deux colloques, l'un sur la médiation en santé, l'autre sur la médiation sociale, et avoir mis en place trois sessions de formation en Île-de-France qui intègrent les questions de santé. Sur 19 ARS, 7 ont indiqué avoir contribué à réaliser l'action mais le détail des réalisations n'est pas connu. La DGS et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), qui est copilote de l'action M2, ont souligné qu'aucune mesure phare n'a été mise en œuvre et ont rappelé que la réalisation de l'action relève de l'initiative du ministre de la Ville et du Secrétariat général du comité interministériel des villes (SGCIV). En ce domaine l'adaptation des dispositifs requiert à la fois :

- la reconnaissance professionnelle des médiateurs sociaux : or, en dépit de la publication de chartes de référence par les professionnels (1997) puis les pouvoirs publics (2001), malgré une mobilisation interministérielle récente, la reconnaissance des médiateurs sociaux rencontre toujours de nombreux obstacles. Cette reconnaissance doit permettre de revaloriser et pérenniser les contrats existants des médiateurs qui peuvent relever du régime des emplois aidés ;
- l'inclusion d'un volet santé dans l'ensemble des programmes de formation : or, malgré la prise en compte des enjeux de santé au sein du SGCIV, qui abordera prochainement la question des interventions des médiateurs dans les hôpitaux, les enjeux de santé sont faiblement représentés.

En matière de prise en charge sociale, l'évolution des structures d'hébergement des PVVIH préconisée par le plan nécessite d'adapter le droit commun. Des solutions d'hébergement de droit commun ou spécifiques à l'accueil des PVVIH en situation de précarité ont été développées. Les ACT, créés en 1994 dans le champ de la lutte contre le VIH et ouverts à d'autres pathologies depuis 2002, constituent le principal dispositif d'hébergement qui demeure piloté par la DGS et dont le financement, assuré par la Cnam-TS, a pu être dans l'ensemble pérennisé. Le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011) avait contribué au doublement du parc des ACT, porté à 1 800 places en 2012. L'action T37 du plan VIH/IST n'a pas mentionné d'objectifs chiffrés mais, dans ce cadre, l'extension de 100 places d'ACT a été obtenue en 2013.

L'action T38 du plan qui préconise de faire connaître les solutions d'hébergement et de maintien à domicile sur les territoires et d'améliorer la prise en charge des PVVIH dans les dispositifs de droit commun a bénéficié d'une mise en œuvre plus partielle. Une étude commandée en 2010 [12] a été inscrite au guide méthodologique des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) en 2011. Mais seules quatre ARS ont déclaré avoir décliné l'action et aucun exemple d'action n'est connu. À ce stade, un travail de recensement est effectué au plan national dans le cadre d'une convention DGS/FNH-VIH (Fédération nationale d'hébergements VIH et autres pathologies) et au plan régional par plusieurs COREVIH.

Les actions qui prévoient des évolutions des dispositifs de droit commun en matière de prévention et de prise en charge sociale et médicale s'avèrent insuffisamment opérationnelles si elles ciblent une seule pathologie et/ou si elles sont faiblement articulées avec les autres plans de santé publique. Le plan VIH/IST mentionne les autres plans en lien, soit neuf plans qui relèvent des plans de santé publique et six autres plans. En revanche, il ne mentionne pas les modalités de l'articulation entre ces plans et ne tient compte ni de la convergence des approches entre ces derniers, ni des obstacles liés aux périodicités divergentes des plans ou aux spécificités des pathologies.

II. LA GOUVERNANCE DU PLAN

Les objectifs du plan ont été définis au terme d'une large concertation. Mis en place à partir de juin 2009 par le ministère en charge de la Santé et piloté par la DGS, ce processus a été fortement investi par les parties prenantes dans le cadre de groupes de travail thématiques. Il a favorisé l'émergence d'un consensus global sur les objectifs, les orientations stratégiques et les mesures envisagées. La concertation a toutefois été incomplète. Celle-ci n'a pas porté sur les indicateurs des objectifs de santé, sur les modalités de la déclinaison opérationnelle, notamment régionale, ni sur le financement du plan. En outre, les amendements au projet de plan qui ont été introduits par les pouvoirs publics au terme de la phase initiale de concertation n'ont pas été discutés. Ces amendements ont modifié le périmètre du plan et plusieurs actions, du point de vue de leurs objectifs ou de leurs indicateurs de suivi et de réalisation.

Après son lancement, la gouvernance du plan s'est exercée au sein de deux instances présidées par le DGS, d'une part le comité de pilotage restreint (CPR), qui réunit la DGS et ses partenaires administratifs, et d'autre part le comité de suivi national (CSN) qui rassemble l'ensemble des administrations ainsi que des acteurs désignés par la DGS au titre des associations, des professionnels de santé et des personnalités qualifiées. La gouvernance s'est exercée également en dehors de ces instances, au travers des relations entre les pilotes des actions du plan (la DGS ou d'autres administrations) et les opérateurs (publics ou privés).

La présente partie porte sur la gouvernance du point de vue du pilotage et du suivi du plan. Elle aborde la question des instruments de pilotage et d'évaluation (chapitre 1), puis celle du pilotage aux échelons régionaux et nationaux et entre les échelons (chapitre 2). Elle envisage enfin la question du portage politique du plan dans un contexte de pluralité des centres de décision et de contradiction des objectifs des ministères (chapitre 3).

II.1. UNE VISIBILITÉ PARTIELLE DES INSTRUMENTS DE PILOTAGE ET DE SUIVI

Deux instruments ont été élaborés au niveau national pour assurer le pilotage et le suivi du plan. Le développement de ces instruments présente un progrès indéniable au regard des plans précédents. D'une part, un tableau de bord des indicateurs de suivi et de réalisation des 96 actions a été constitué afin de documenter l'exécution opérationnelle du plan action par action. Chaque fiche-action définit un ou plusieurs indicateurs *ad hoc* de suivi et/ou de résultat. D'autre part, un tableau des indicateurs de suivi des objectifs de santé rassemble ceux visant à mesurer l'impact du plan au regard de ses objectifs. La DGS est chargée de la coordination des deux tableaux en lien avec les pilotes des actions pour le premier et les agences sanitaires, notamment l'Institut national de veille sanitaire (InVS) pour le second.

Le Conseil national du sida note que ces deux instruments de pilotage procurent une visibilité sur la réalisation effective des actions du plan et sur leur impact, mais celle-ci n'est que partielle. Une part de ces difficultés incombe à des défauts des outils eux-mêmes, notamment dus à des problèmes de pertinence et de robustesse de certains indicateurs, ainsi qu'à leur insuffisante hiérarchisation. Cependant, au-delà des imperfections des indicateurs, un obstacle réside dans la difficulté à collecter les données de suivi et d'évaluation des actions, soit que les pilotes concernés ne soient pas en mesure de les produire, soit que ceux-ci ne les communiquent pas. Cette absence de transparence est en outre généralisée en ce qui concerne les données de financement des actions du plan, qui constitueraient pourtant un indicateur précieux de leur mise en œuvre effective.

II.1.1. Des instruments insuffisamment performants pour mesurer la réalisation et l'impact du plan

INSTRUMENTS DE SUIVI ET DE RÉALISATION

Le tableau de bord de suivi et de réalisation des actions a pour objectif de permettre l'évaluation en continu de l'exécution du plan action par action. Il constitue la base d'information à partir de laquelle le CPR assure sa mission de suivi de la mise en œuvre des mesures et actions du plan. Dans une perspective d'appui au pilotage, cet instrument se heurte néanmoins à plusieurs limites.

Pour certaines actions, les indicateurs d'exécution opérationnelle inscrits dans les fiches-actions apparaissent peu robustes et/ou peu pertinents, notamment parce qu'ils ne permettent pas d'évaluer l'avancement de l'action ou de rendre compte de l'objectif poursuivi. Ainsi l'action M10 « Promouvoir l'utilisation de l'interprétariat », dont l'indicateur est le « nombre de participants à un colloque » et la production d'un « rapport sur l'évaluation médico-économique ». L'absence d'indicateur sur le volume du recours à l'interprétariat et sa répartition par langue et par établissement paraît ici regrettable, d'autant qu'il existe un prestataire unique en mesure de fournir ces informations.

Le caractère peu robuste et/ou peu pertinents des indicateurs résulte par ailleurs de leurs difficultés à être renseignés et/ou interprétés. Ainsi, en matière de formation dans le champ médico-social par exemple, les données ne sont pas disponibles par pathologie et elles sont décentralisées.

Par ailleurs, de nombreuses actions de promotion de la santé sont mesurées uniquement à l'aune de la publication de rapports et référentiels, qui ne permettent pas d'apprécier l'efficacité des actions engagées au regard de leur objectif affiché.

Enfin, et plus globalement, en l'absence de priorisation des actions au sein du plan, le tableau de bord n'offre pas de lisibilité autrement que dans une lecture action par action. Utile au pilotage à un niveau micro-opérationnel, l'instrument tend à procurer une vision parcellisée et aplatie de l'avancement du plan, qui ne se prête guère à dégager une synthèse par mesures et axes stratégiques ou par programmes populationnels.

INSTRUMENTS DE SUIVI DES OBJECTIFS DE SANTÉ

Développé à partir des propositions d'objectifs et d'indicateurs de santé formulées par le HCSP en 2008, le tableau des indicateurs de suivi des objectifs de santé est conçu pour mesurer l'impact des actions engagées au regard des objectifs poursuivis. Il constitue en cela un instrument essentiel pour évaluer l'efficacité des stratégies mises en œuvre et pour éclairer notamment le CSN sur les éventuels ajustements à y apporter.

Le tableau comprend plus d'une centaine d'indicateurs relatifs aux huit objectifs de santé principaux du plan, au dépistage, à la prévention, à la prise en charge thérapeutique et aux activités de solidarité et de lutte contre l'exclusion. Son architecture et les indicateurs retenus ont fait l'objet de discussions nourries au sein du CSN lors de ses premières réunions, sans que les débats ne conduisent à des modifications tangibles de l'outil. En conséquence, le comité ne s'est finalement pas approprié ce tableau et ne l'utilise guère dans ses travaux.

Le nombre élevé d'indicateurs constitue l'une des difficultés relevées, du moins dans la mesure où leur présentation apparaît insuffisamment hiérarchisée. En outre, la périodicité annuelle retenue n'apparaît pas justifiée pour un nombre important d'entre eux, soit parce que les variations annuelles ne sont pas disponibles, soit parce qu'elles sont peu significatives, et qu'il importe de les analyser en tendance sur des périodes plus longues, y

compris excédant les bornes temporelles du plan. Par ailleurs, certains indicateurs posent des problèmes de pertinence, de robustesse et/ou d'interprétation.

D'autre part, l'approche adoptée apparaît trop exclusivement quantitative et centrée sur les données médico-épidémiologiques du VIH. En dépit du nombre élevé d'indicateurs retenus, certains volets d'intervention du plan, dont le suivi et l'impact, sont plus complexes à mesurer et ne bénéficient pas d'une évaluation suffisante. Un net déséquilibre peut être observé entre l'abondance des indicateurs épidémiologiques et le faible nombre d'indicateurs socio-comportementaux relatifs à la prévention, aux conditions de vie, aux inégalités sociales et aux discriminations. Ainsi, les sections « indicateurs des activités de solidarité et de lutte contre l'exclusion » et « indicateurs de prévention », à travers respectivement 11 et 6 indicateurs, documentent de façon sommaire ces aspects, relativement aux enjeux qu'ils représentent dans le plan et au nombre d'actions qui s'y rattachent.

À cet égard, on peut regretter :

- une prise en compte insuffisante des données issues d'enquêtes socio-comportementales telles que les enquêtes presse gay et lesbiennes (EPGL), Prévagay, Prosanté, KABP ou encore Vespa2 ;
- l'absence de prise en compte d'indicateurs transversaux qui ne concernent pas directement le VIH. Des indicateurs de santé, de précarité socio-économique, d'inégalités de genre, de discriminations mesurées en population générale, seraient nécessaires pour compléter et mettre en perspective les phénomènes sociaux observés dans le cadre de lutte contre le VIH. Les indicateurs de situation socio-économique des PVVIH, faute d'être rapportés aux données observées en population générale, à caractéristiques sociodémographiques comparables, ne permettent aucune conclusion sur l'existence et l'évolution des inégalités que le plan vise à corriger ;
- l'absence de déclinaison des indicateurs sociaux par sexe et par groupes de population, alors que ces variables constituent des déterminants majeurs des inégalités et/ou des discriminations constatées.

II.1.2. Des données non communiquées ou non disponibles

DES INDICATEURS DE SUIVI ET DE RÉALISATION CONFINÉS

En dépit de son rôle de pilote principal, en charge de coordonner le recueil des données et de compléter les tableaux de bord de suivi de l'exécution opérationnelle des actions, la DGS ne dispose que de moyens limités pour obtenir les remontées d'information nécessaires auprès des différents pilotes, nationaux comme régionaux. La transmission d'une partie des informations requises se heurte à la fois à l'incapacité de certains pilotes à les produire, faute d'avoir mis en place les instruments nécessaires, mais également au fait que certaines administrations ne communiquent pas les données dont elles disposent.

Des difficultés à documenter l'exécution du plan s'observent, à des degrés divers, à tous les niveaux :

- au sein même de l'administration centrale de la santé et des affaires sociales, entre des directions qui ne communiquent pas ou insuffisamment entre elles. On relève ainsi des échanges d'information limités entre la DGS et plusieurs directions d'administrations centrales concernant les actions relatives à la prévention ou à la prise en charge sociale. Ces actions concernent notamment des interventions en faveur des PVVIH relatives à l'hébergement, à l'insertion dans l'emploi et aux personnes en situation de handicap ainsi que des actions de formation d'intervenants et de soutien aux acteurs, en particulier communautaires, en faveur de la prévention et de la prise en charge des populations les plus vulnérables ;

- entre l'administration centrale de la santé et certaines administrations centrales relevant d'autres ministères pilotes, copilotes ou partenaires de la mise en œuvre de certaines actions. Ainsi, les actions de prévention dont la mise en œuvre relève du ministère de l'Éducation nationale sont réputées avoir été évaluées, mais certains résultats de cette évaluation demeurent confinés au sein de ce ministère. S'agissant des actions concernant les droits relatifs à la santé et au séjour des migrants, les divergences d'objectifs qui paralysent durablement la concertation entre les ministères en charge de la Santé et de l'Intérieur se traduisent par des difficultés à produire des données qui supposent des échanges étroits entre les administrations, au niveau central comme au niveau déconcentré ;
- entre les administrations centrales et les services déconcentrés. En vertu du principe d'autonomie des ARS, l'administration centrale de la santé n'est pas en mesure de solliciter des remontées systématiques d'information sur la mise en œuvre du plan en région. Dans d'autres secteurs, tels que le social ou le travail, des difficultés analogues sont observées, les administrations centrales peinant à documenter la réalisation des actions du plan auprès de leurs directions régionales.

Dans certains cas, l'information n'est pas disponible en raison de l'absence de mise en place de stratégies d'évaluation et/ou de l'absence ou de l'insuffisante mobilisation des services et outils permettant la production des données requises.

UNE ABSENCE DE VISIBILITÉ SUR LE FINANCEMENT ET LA RÉALISATION BUDGÉTAIRE DES ACTIONS

Le plan mentionne une estimation du coût global des mesures programmées sur l'ensemble de la période à hauteur de 954 millions d'euros, hors soins médicaux. Ce budget se répartit entre des financements de l'État et de la Cnam-TS, respectivement pour 554 et 400 millions d'euros. Le document ne comporte cependant aucune indication sur la répartition prévisionnelle de ces ressources par axes stratégiques, programmes populationnels, mesures ou actions du plan.

À mi-parcours de la réalisation du plan, seules des informations sectorielles sur l'allocation de financements aux actions prévues et/ou leur réalisation budgétaire peuvent être documentées. Celles-ci concernent essentiellement des actions pilotées directement par la DGS au titre du programme 204 du budget de l'État, ou, dans le cadre de ses appels à projets, les actions relevant du budget l'Inpes ainsi que les financements alloués par la Cnam-TS dans le cadre des appels à projet TROD. À l'échelon régional, certaines ARS diffusent des informations budgétaires partielles relatives aux subventions qu'elles accordent dans le cadre des financements des programmes d'intervention. L'information budgétaire disponible demeure ainsi parcellaire au niveau national comme régional.

Cette insuffisante visibilité sur le montant et la répartition des crédits alloués et consommés au titre du plan résulte pour partie de l'absence de communication par les pilotes des informations budgétaires dont ils disposent. Cependant, elle tient aussi à l'incapacité des différents pilotes, nationaux comme régionaux, à produire les données requises, faute de disposer des outils d'analyse budgétaires et comptables nécessaires et de mobiliser les services d'évaluation compétents. En outre, sur le plan de l'organisation de la remontée d'informations au niveau central, la création des ARS a entraîné une perte de visibilité pour la DGS avec la disparition des systèmes d'informations antérieurement liés aux GRSP. L'élaboration de nouveaux systèmes d'information régionaux sous l'égide du Secrétariat général des ministères sociaux a été engagée, mais ceux-ci ne seront pas opérationnels avant le terme du plan.

Pour cet ensemble de raisons, la DGS n'est pas en mesure de rendre compte du financement effectif du plan ni en termes de montant total des crédits alloués ou

consommés, ni en termes de répartition, que ce soit par axes, programmes ou mesures, par publics bénéficiaires, par opérateurs ou encore par territoires. Cette absence de transparence du financement de l'action publique prive les instances en charge du pilotage d'éléments d'appréciation importants du suivi de l'exécution du plan.

II.2. LE PILOTAGE PUBLIC DU PLAN EST INSUFFISANT

Le pilotage du plan s'inscrit dans le cadre de deux instances, le CPR et le CSN. En outre, pour chacune de ses 96 actions, le plan a désigné un pilote spécifique. La DGS est pilote principal de 58 actions, copilote de 30, ces dernières étant pilotées par une autre direction d'administration centrale ou une agence publique. La DGS n'est ni pilote ni copilote de 8 actions. Pour une de ces actions, aucun pilote n'a été désigné dans le plan. En outre, les ARS sont pilotes de 7 actions et copilotes de 20. Enfin, à l'échelon régional, les référents VIH présents dans les ARS doivent s'assurer du déploiement du plan au travers du projet régional de santé (PRS) et en lien avec les COREVIH. La question du pilotage est donc posée au niveau national et régional ainsi que du point de vue des échanges entre les échelons et les régions.

Le Conseil national du sida note qu'un effort conséquent a été entrepris pour doter le plan d'instances de pilotage et de suivi représentatives et pérennes. Toutefois, le morcellement des responsabilités administratives, l'autonomie des agences régionales de santé, la pluralité de plans nationaux mal articulés, la contradiction des objectifs entre les ministères et la baisse des financements ne semblent pas avoir été suffisamment anticipés pour permettre d'impulser un pilotage volontariste fondé sur une priorisation stratégique des actions, une coordination appuyée des parties prenantes, une animation forte des instances de concertation.

II.2.1. À l'échelon national : un leadership insuffisant

Le pilotage national du plan est exercé par la DGS et repose, d'une part, sur un suivi opérationnel en partenariat avec les directions ministérielles et agences concernées ainsi que l'assurance maladie et, d'autre part, sur une concertation élargie avec des représentants d'associations, des professionnels de santé, des sociétés savantes et des personnalités qualifiées. Le suivi opérationnel s'exerce dans le cadre du CPR et d'échanges bilatéraux plus ou moins informels. La concertation élargie se déroule au sein du CSN. La DGS exerce un *leadership*, en particulier au sein de ces instances mais celui-ci est insuffisant en raison, notamment, du morcellement des responsabilités administratives.

LE SUIVI OPÉRATIONNEL

Le CPR constitue la principale instance de pilotage. Il est composé des directions du ministère des Affaires sociales et de la Santé, des agences sanitaires, des autres ministères concernés, de l'assurance maladie, soit 26 membres de droit. Il doit veiller à la mise en œuvre des mesures et actions du plan, proposer des ajustements nécessaires et renforcer les synergies avec les autres dispositifs et plans de santé publique.

Lors de sa première réunion, la DGS a indiqué que le CPR se focaliserait sur les actions présentant des difficultés. Le comité a identifié, en particulier lors de ses premières réunions, plusieurs actions qui nécessitaient une vigilance soutenue dans le cadre d'un travail partenarial. Toutefois, cette identification n'est ni systématique ni régulière et ne mobilise pas toutes les directions. En outre, elle se heurte à un fonctionnement relativement descendant, de la DGS à ses partenaires.

Le suivi opérationnel du plan se déroule également en dehors du CPR au travers d'échanges bilatéraux, informels et routiniers, ou plus officiels avec certaines directions d'autres ministères. Il apparaît que les actions du plan qui bénéficient d'une mise en

œuvre favorisée sont directement pilotées par la DGS ou les agences publiques relevant du champ du VIH, et n'impliquent pas, ou très faiblement, les directions centrales d'autres ministères. Le suivi renforcé et la priorisation relèvent parfois de logiques d'opportunités administratives, politiques ou financières et ne s'inscrivent pas toujours dans une stratégie de santé publique. En conséquence, la mise en œuvre d'autres actions s'est trouvée différée quand celles-ci impliquaient un nombre important de partenaires étrangers au champ du VIH, avaient un impact sur des dispositifs de droit commun et/ou entraient potentiellement en contradiction avec des objectifs politiques d'autres ministères. Pour certaines de ces actions, la DGS a entrepris d'établir en 2013 des réunions bilatérales avec les autres administrations compétentes, par exemple dans le cadre de la mise en œuvre du plan populationnel Personnes qui se prostituent. À ce stade, les objectifs et résultats de ces échanges bilatéraux ne sont pas connus.

LA CONCERTATION ÉLARGIE

La concertation élargie s'exerce dans le cadre du CSN qui associe au CPR l'ensemble des parties prenantes : les représentants de 14 associations et de six institutions ou sociétés savantes, quatre représentants des professionnels de santé et sept personnalités qualifiées, soit au total 56 membres. Le CSN constitue, au titre du plan, un espace de concertation et de facilitation de sa mise en œuvre aux différents échelons territoriaux et doit contribuer à une analyse régulière de l'état d'avancement des mesures et actions du plan et proposer des ajustements.

Le CSN se réunit deux fois par an et bénéficie d'une excellente assiduité de ses membres. Une majorité d'entre eux considère que ces réunions offrent un espace d'échange et d'information important. Une majorité (en dehors des membres de droit) estime cependant que ces échanges et informations ne permettent pas au CSN de remplir ses missions. Deux obstacles peuvent être identifiés :

- le format des réunions, peu propice aux échanges approfondis entre les acteurs directement concernés, en raison du grand nombre de sujets abordés et de participants conviés ;
- le contenu des réunions, centré sur la valorisation des actions mises en œuvre, en particulier localement, au détriment d'une synthèse de l'avancement des actions et d'une analyse des obstacles rencontrés.

En outre, le CSN n'est pas directement présidé par la DGS, sauf exception.

En conséquence, et contrairement à ses objectifs, le CSN est davantage une instance d'information et de consultation des partenaires qu'une instance de concertation et de facilitation.

11.2.2. À l'échelon régional : une mobilisation inégale

Le plan national est conçu de manière à faciliter l'appropriation et la déclinaison par les ARS des orientations et stratégies nationales, en fonction de leurs données épidémiologiques, dans le cadre de leur PRS et en lien avec les COREVIH. Le plan a confirmé le rôle de coordination régionale des COREVIH par leur participation, sur leur territoire, au développement et à la mise en œuvre d'outils destinés à la coordination des acteurs, et au suivi régional de la mise en œuvre des mesures préconisées.

Au titre de son bilan, la DGS a noté l'implication des régions pour la prise en compte du plan. Elle a précisé que les axes dépistage et prévention étaient les axes majoritairement déployés, en regard des réponses reçues au questionnaire adressé aux ARS, mais elle a souligné que ce résultat devait être interprété avec prudence. Par ailleurs, la DGS a constaté une priorisation des actions en fonction de leur contexte local et une mobilisation globalement importante, mais différenciée selon les régions.

Ces informations ne permettent pas d'apprécier précisément la mobilisation des régions. La DGS évoque des situations régionales différenciées mais celles-ci devraient être caractérisées, du point de vue :

- des vecteurs retenus pour inscrire la déclinaison du plan : schéma stratégique de prévention ou d'organisation des soins, programmes d'accès à la prévention et aux soins, d'intégration des populations immigrées, etc. ;
- des entrées thématiques choisies dans les schémas et programmes : VIH/sida/IST/hépatites, maladies chroniques, santé sexuelle ;
- des objectifs, mesures ou actions du plan national priorités et des déclinaisons opérationnelles retenues ;
- du modèle de concertation adopté, notamment le lien des ARS avec les COREVIH et les opérateurs. Sur ce point, par exemple, deux ARS (Rhône-Alpes et PACA) ont mis en œuvre un processus de concertation *ad hoc* pour élaborer une déclinaison régionale du plan.

Les disparités constatées entre les régions qui traduisent les spécificités des contextes locaux ne posent pas de difficultés dès lors que les ARS ont pu structurer, de façon intégrative, les dispositions pertinentes du plan national dans leur projet et actions régionales. En revanche, la mobilisation différenciée, lorsqu'elle se traduit, dans certaines régions, par l'absence de déclinaison de ces dispositions ou par la faiblesse du pilotage stratégique et l'insuffisance de la concertation avec les parties prenantes, pose problème. Plusieurs difficultés ont été soulignées, du point de vue :

- de plusieurs opérateurs associatifs : une moindre déclinaison de différents axes du plan, autres que l'axe dépistage ; une absence de concertation avec l'ARS, à l'échelon régional et départemental ; une connaissance trop approximative par les ARS des sites d'intervention des associations et une insuffisante prise en compte des contraintes rencontrées dans la mise en œuvre des actions ;
- de plusieurs ARS : une difficulté pour coordonner des acteurs nombreux dans un contexte de diminution des ressources humaines au sein des ARS ; une complexité opératoire liée à la multiplicité des plans nationaux ; une faiblesse des liens fonctionnels avec l'administration centrale à la suite de la réforme de l'organisation régionale de la santé ;
- des COREVIH, selon une étude récente [13] : le manque d'implication de leurs membres (qui exercent à titre gratuit, ndr.) ainsi qu'un personnel et un budget insuffisants.

L'étude COREVIH ne mentionne pas directement plusieurs freins qui ont été rapportés, en particulier les relations avec les hôpitaux sièges, d'une part, et les ARS d'autre part. Sur ce second point, et en l'absence de cadre général, aucune information globale n'est disponible sur les relations des COREVIH avec les ARS, et plus particulièrement avec leurs référents techniques chargés du VIH, ni sur leurs liens avec plusieurs instances des ARS, les conférences régionales de santé et d'autonomie (CRSA) et les commissions de coordination des politiques publiques. En outre, la participation éventuelle des COREVIH au PRS n'est pas connue. Enfin, les liens entre les ARS qui disposent de plusieurs COREVIH sur leur territoire de santé, et les difficultés que cette spécificité peut induire, ne sont pas documentés.

11.2.3. Des échanges insuffisants entre échelons et entre régions

La pluralité des centres de décision pose la question du pilotage national des ARS et des échanges entre les échelons régionaux, dans la perspective d'un partage d'informations et d'expériences.

ENTRE L'ÉCHELON NATIONAL ET LES ÉCHELONS RÉGIONAUX

Le plan souligne que la dynamique entre le niveau national et les ARS doit reposer sur l'identification d'un référent technique chargé du dossier de lutte contre le VIH/sida et les IST au sein de chaque ARS. Le plan ne précise pas la relation entre le pilote national et le référent régional.

La création des ARS a modifié les relations entre l'administration centrale et l'administration déconcentrée. Ainsi, la DGS n'est pas en mesure d'adresser directement des orientations et des instructions aux ARS. Elle doit soumettre ses propositions au conseil national de pilotage des ARS (CNPARS) dont elle est membre. Le CNPARS adresse des orientations et des directives aux ARS pour la mise en œuvre des politiques de santé, il approuve les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), évalue l'action des ARS et valide les instructions qui leur sont données. Dans le cadre de l'exercice du plan, une seule instruction a été adressée par le CNPARS aux ARS.

La rupture du lien hiérarchique direct entre l'administration centrale pilote du plan et les administrations déconcentrées, ainsi que la mise en œuvre d'une procédure d'instruction aux ARS peu usitée, ont accru l'isolement des services. L'ensemble des parties prenantes souligne que le nouveau cadre bureaucratique ne favorise pas la transmission des informations indispensables à la mise en œuvre du plan, ni ne facilite le partage d'expérience entre les services. En outre, cette évolution n'a pu être compensée par un renforcement des relations, au niveau des agents en charge du VIH/sida et des IST, au sein de l'administration centrale et des administrations déconcentrées. Ainsi, en 2013, il a été demandé au bureau RI2 (VIH/IST/hépatites) de la DGS d'organiser une seule réunion annuelle nationale des référents techniques VIH, contre deux réunions les années précédentes.

ENTRE LES ÉCHELONS RÉGIONAUX

Le plan ne préconise pas de coordination entre les référents techniques chargés du dossier VIH dans les ARS ni entre les COREVIH.

Certains des référents techniques chargés du dossier VIH au sein des ARS ont tenté d'initier une démarche de coordination avec leurs interlocuteurs des ARS des territoires de santé environnant. L'initiative n'a pas obtenu de résultats par manque d'intérêt des interlocuteurs.

Au niveau des COREVIH, il n'existe pas de coordination nationale. Toutefois, des échanges d'information entre COREVIH se déroulent au travers de réunions (réunions inter COREVIH, journée nationale des COREVIH, journée des coordonnateurs) et d'outils (synthèse des rapports d'activité, « boîtes à outils » de partage d'information de la Société française de lutte contre le sida). En outre, un groupe de travail national (GTN) COREVIH est constitué dans le cadre du plan. Celui-ci a pour objectif de préparer les outils utiles aux COREVIH et aux ARS pour appuyer la mise en œuvre du plan et d'aborder les sujets communs aux COREVIH relevant du niveau national, afin de faciliter leur fonctionnement local. Le groupe est animé conjointement par la Direction générale de l'offre de soin (DGOS) et la DGS et est composé de 22 membres. Il a contribué à l'élaboration de deux outils : la charte ARS COREVIH et le rapport d'activité standardisé. En revanche, il ne permet pas le partage d'information et d'expériences à caractère régional.

II.3. LE PORTAGE POLITIQUE : UN IMPACT LIMITÉ

De nombreuses actions du plan soulèvent des compétences extérieures au champ de la santé et nécessitent une concertation interministérielle de haut niveau ainsi qu'un portage politique du ministre en charge de la Santé.

Le Conseil national du sida note que, depuis la mise en œuvre du plan, les différents ministres de la Santé ont témoigné d'un volontarisme en matière de politique de lutte contre le VIH/sida et les IST dans leur champ de compétence. En revanche, ils ont rencontré, ainsi que leur administration, des obstacles relatifs aux contradictions des objectifs entre les ministères. Dans son Avis conjoint avec la Conférence nationale de santé de 2010 relatif au projet de plan national VIH/sida - IST 2010-2014, le Conseil national du sida a alerté les pouvoirs publics sur les difficultés posées par les contradictions entre les politiques publiques pour mettre en œuvre des actions efficaces au bénéfice des populations cibles. À mi-parcours, il apparaît que les contradictions entre les ministères, en dépit de l'engagement des ministres en charge de la Santé, ont eu un impact notable sur la mise en œuvre du plan, en particulier des programmes populationnels Migrants et Personnes qui se prostituent.

II.3.1. Un engagement appuyé des ministres en charge de la Santé

Le plan national a été porté par les différents ministres de la Santé qui se sont succédé depuis la fin de l'année 2010. La ministre des Affaires sociales et de la Santé en exercice depuis mai 2012 a présenté ses priorités devant le comité de suivi national du 3 décembre 2012. Celles-ci s'inscrivent dans le cadre du plan national.

La première priorité porte sur le renforcement des actions de prévention en direction des populations les plus exposées : les HSH et les migrants. Les territoires particulièrement concernés (la Guyane et l'Île-de-France) doivent, en outre, donner lieu à une attention soutenue. Enfin, l'information et la sensibilisation des jeunes et des adolescents doit être améliorée. La seconde priorité porte sur le renforcement de la mobilisation pour le dépistage, avec le développement du dispositif des TROD associatifs et le recours à des opérations de type « Flash Test ». La troisième priorité est la prise en charge de l'accompagnement des personnes détenues porteuses du VIH ou susceptibles d'être contaminées. Cet axe concerne spécifiquement le plan national des personnes sous main de justice. La quatrième priorité porte sur l'inclusion des femmes et des personnes co-infectées par le VIH et l'hépatite C dans les essais cliniques. La dernière priorité porte sur la thanatopraxie.

Les deux premières priorités se sont traduites par la relance de la campagne de sensibilisation en faveur de la prévention et du dépistage, ainsi que par la dynamique en matière de dépistage communautaire évoquée dans la partie précédente. La cinquième priorité s'est traduite par la commande d'une mission d'inspection IGAS et IGA afin d'apprécier les conditions d'évolution et de sécurité de la profession des thanatopracteurs.

En dehors de ces priorités, la ministre en charge de la Santé a entamé une procédure de consultation et d'évaluation, relative à la mise à disposition d'autotests de dépistage du VIH sur le marché français. Cette procédure s'est traduite par la saisine du CNS et du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) pour avis sur la commercialisation des autotests en France. Suite à ces avis, la ministre a saisi l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) pour avis sur l'accompagnement des utilisateurs, ainsi que la Haute Autorité de santé (HAS) pour étude sur l'intégration des autotests dans la stratégie globale de prévention et de dépistage du VIH.

II.3.2. Une action bloquée par les contradictions d'objectifs entre les ministères

PROGRAMME POPULATIONNEL MIGRANTS

L'action M13 prévoit de « réduire les obstacles administratifs à la continuité des soins pour les étrangers vivant avec le VIH » et préconise de garantir une « veille sur les obstacles administratifs et sur les leviers concernant la prise en charge des personnes séropositives étrangères ». L'action prévoit la remise d'un rapport annuel d'une instance de

veille, des circulaires, notes ou lettres de recommandation de bonnes pratiques et la diminution des saisines concernant les difficultés rencontrées par des étrangers séropositifs vivant en France.

Au titre du bilan, la DGS a indiqué son instruction du 10 novembre 2011 aux ARS sur le dispositif « Étrangers malades ». Rendue nécessaire par les modifications apportées au dispositif par la loi du 16 juin 2011 réformant le droit au séjour des étrangers, cette instruction précise les éléments d'appréciation à prendre en compte pour l'examen des demandes concernant des personnes atteintes par le VIH/sida, le VHB ou le VHC. Elle rappelle également les règles applicables en matière de respect du secret médical. Par ailleurs, la ministre en charge de la Santé a rappelé devant le comité de suivi national du 3 décembre 2012 que l'instruction de la DGS a été renvoyée, à sa demande, à l'ensemble des directeurs généraux des ARS, afin de rappeler les obligations auxquelles sont soumis leurs médecins. La ministre s'est engagée à demander aux ARS des remontées rapides des statistiques factuelles des réponses apportées par les médecins.

En dépit de cet engagement, l'action M13 n'a pu être mise en œuvre. D'une part, l'instance de veille n'a pas été créée, d'autre part, une augmentation du nombre de refus de renouvellement de titres de séjour pour raison médicale, avec placements en rétention et expulsions effectives, a été constatée depuis 2012. Des données d'observation produites par l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) dans 16 préfectures montrent que les demandes de titre de séjour ou de renouvellement de titre déposées par des personnes atteintes par le VIH, systématiquement acceptées au cours des années précédentes, ont débouché sur un refus dans 8 % des cas en 2012. Des cas d'expulsion ont pu être documentés. En outre, des disparités des pratiques des médecins des ARS ont été constatées et des avis défavorables prononcés, en contradiction avec l'instruction de la DGS de novembre 2011. Enfin, dans un nombre croissant de cas, les préfectures n'ont pas suivi l'avis favorable rendu par le médecin de l'ARS, arguant parfois d'informations dont le recueil et/ou la production mettent en cause le respect du secret médical.

Cette situation reflète les tensions qui résultent de l'introduction, dans des dispositifs en faveur de l'accès aux soins et à la protection sociale des étrangers vivant en France, de dispositions restrictives visant à contribuer aux objectifs des politiques de réduction des flux d'immigration. L'évolution de la législation intervenue en 2011 a contribué à renforcer les divergences d'objectifs entre les ministères en charge respectivement de la Santé et de l'Intérieur, ainsi qu'entre leurs administrations. Le blocage paraît durable en l'absence d'arbitrage gouvernemental permettant de clarifier les prérogatives du ministère de la santé, sur un dispositif dont la finalité première relève des politiques de santé.

PROGRAMME POPULATIONNEL PERSONNES QUI SE PROSTITUENT

Le plan promeut un programme en direction des personnes qui se prostituent et prévoit spécifiquement de réduire les obstacles à l'accès à la prévention du VIH et des IST, d'adapter les actions de prévention aux nouvelles formes de prostitution, de prévenir la transmission du VIH et des IST auprès des clients des personnes prostituées, de promouvoir une stratégie de dépistage du VIH et des IST adaptée aux besoins et à la situation des personnes qui se prostituent et d'approfondir les connaissances sur ces personnes et sur leurs risques par rapport au VIH et aux autres IST.

Dans son bilan, la DGS a souligné que les actions de prévention adaptées aux différentes formes de prostitution, ainsi que des actions de dépistage communautaires, ont été développées. En outre, plusieurs études ont été réalisées pour améliorer les connaissances. En revanche, aucune information n'a été communiquée sur les actions P1, P2, P3 et P5 qui impliquent d'autres ministères tels que le ministère de l'Intérieur, le ministère des Droits des femmes et d'autres administrations, notamment déconcentrées.

L'action P1 prévoit « d'organiser et coordonner l'offre de prévention des différents acteurs au niveau régional ». Il est signalé dans plusieurs régions une absence de collaboration entre les ARS et les délégations régionales aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE). Toutefois, dans un nombre très limité de régions, le DRDF, seul ou en lien avec l'ARS, a pu organiser une coordination des acteurs. Les associations de santé et de santé communautaire sollicitent une coordination en Île-de-France et au niveau régional.

Les actions qui nécessitent la collaboration des ministères en charge de la Santé et de l'Intérieur n'ont pas été mises en œuvre. Ainsi, aucune démarche n'a été organisée avec les services du ministère de l'Intérieur, pour la sensibilisation aux enjeux de santé publique liés à la prévention du VIH et des IST. Par ailleurs, la sensibilisation des acteurs associatifs, sanitaires, sociaux et judiciaires en contact avec les personnes prostituées, aux enjeux de la prévention du VIH et des IST, n'a pas été possible. Les formations menées par des associations de santé sont peu nombreuses, ne bénéficient pas de financements spécifiques et ne concernent pas des acteurs étrangers au champ de la santé. Enfin, les actions en direction des clients des personnes prostituées ont été limitées à la distribution d'information sur la prévention des risques et n'ont bénéficié d'aucun financement public.

Enfin, des actions qui dépendent spécifiquement du champ de la santé, et qui ont été mises en œuvre, ont rencontré des difficultés du fait de la législation existante. Ainsi, la recherche-action P7 sur les modalités de prostitution sur Internet, destinée à élaborer des approches préventives, a été réalisée sur des sites hébergés à l'étranger, peu enclins à collaborer avec des intervenants en prévention.

III. RECOMMANDATIONS

Les recommandations du Conseil national du sida ont pour objectif de proposer aux pouvoirs publics des mesures correctives du plan, à la lumière de son état d'avancement à mi-parcours et des évolutions scientifiques, médicales, juridiques ou sociétales constatées. Considérant la régionalisation croissante des politiques de santé, le Conseil a choisi de distinguer ses recommandations nationales de recommandations spécifiquement adressées aux parties prenantes en région. Celles-ci ne se limitent pas aux régions confrontées à une forte prévalence du VIH. Par ailleurs, au regard de la diversité des acteurs et de la spécificité de leur rôle, le Conseil a souhaité adresser ses recommandations, outre aux pouvoirs publics, également aux associations, professionnels de santé et COREVIH.

Enfin, compte tenu du calendrier très resserré, le Conseil a envisagé des recommandations pour une mise en œuvre à très court terme, avant la clôture du plan prévue à la fin de l'année 2014. Les recommandations ne pouvant bénéficier d'une mise en œuvre effective au cours de cette période pourront contribuer à la réflexion sur les futures stratégies nationales de santé et de lutte contre le VIH/sida et les IST.

LE CONSEIL NATIONAL DU SIDA RECOMMANDE

■ Pour améliorer la réalisation du plan

1. Promouvoir les stratégies de prévention auprès des personnes les plus exposées.
2. Renforcer l'appui aux associations communautaires en charge de la prévention et de la prise en charge.
3. Ajuster la stratégie nationale de dépistage généralisé et renforcer la stratégie de dépistage ciblé.
4. Optimiser les dispositifs publics de dépistage existants et promouvoir une offre en santé sexuelle.
5. Favoriser l'évolution des dispositifs de droit commun requis par le plan.

■ Pour améliorer la gouvernance du plan

6. Prioriser et affiner les indicateurs de suivi des objectifs de santé et des actions du plan.
7. Accroître la transparence des interventions de l'État : suivi, réalisation et financement.
8. Renforcer le pilotage public du plan aux échelons national et régional.
9. Renforcer la mission de coordination des COREVIH en lien avec les ARS.
10. Renforcer le portage politique du plan pour une meilleure coordination nationale et déclinaison en région.

POUR AMÉLIORER LA RÉALISATION DU PLAN

1. Promouvoir les stratégies de prévention auprès des personnes les plus exposées

Dès à présent,

au niveau national,

- notamment dans le cadre du CSN, préciser la déclinaison du discours préventif dit de « prévention combinée » en prenant en compte l'ensemble des stratégies de prévention (stratégies comportementales, dépistage et traitement antirétroviral) et les leviers pertinents ;

au niveau régional,

- conformément à la proposition du groupe d'experts sur la prise en charge des PVVIH, mettre en place dans chaque ARS un comité de pilotage « prévention du VIH/sida et des IST » associant les COREVIH, les pôles de compétence, des représentants associatifs ainsi que des acteurs de l'éducation pour la santé et du dépistage ; le comité contribuera à informer la commission de coordination des politiques publiques de santé de la mise en œuvre de la prévention du VIH/sida et des IST dans la région.

À plus longue échéance,

au niveau national,

- promouvoir la stratégie de prévention combinée, en lien avec les recommandations du groupe d'experts, au sein des instances de la stratégie nationale de santé (SNS) dans le cadre de ses priorités :
 - la promotion de la santé intégrée : dépistage, vaccination, éducation pour la santé, acquisition de connaissances et de compétences, communication, actions communautaires, actions favorisant l'environnement ;
 - la promotion du parcours personnalisé de santé et des professionnels l'accompagnant.

2. Renforcer l'appui aux associations communautaires en charge de la prévention et de la prise en charge

Dès à présent,

au niveau national, dans le cadre d'un groupe de travail national (GTN) transversal « Appui aux opérateurs associatifs », en lien avec les représentants des associations et des COREVIH du CSN :

- identifier les actions prioritaires du plan qui nécessitent un appui renforcé des opérateurs associatifs et définir les leviers les plus pertinents pour renforcer leur appui ;

au niveau régional (ARS), identifier, en lien avec les COREVIH, les acteurs associatifs communautaires qui nécessitent un appui spécifique, afin de :

- renforcer l'appui méthodologique accordé aux associations communautaires en lien avec les CRIPS et les IREPS lorsque les régions en sont dotées ;
- maintenir ou renforcer la diversité des acteurs opérateurs associatifs en favorisant, dans le cadre des appels à projet ou des conventionnements :
 - les actions de nature communautaires : définies et mises en œuvre par les PVVIH ou les plus exposées au risque d'infection ;
 - les actions qui privilégient la proximité et les interventions susceptibles d'aller au devant des personnes ;

- les actions qui intègrent une composante d'autosupport et qui sont susceptibles de renforcer l'inclusion des PVVIH dans la société.

À plus longue échéance,

au niveau national et régional, inscrire le soutien aux opérateurs communautaires dans le cadre des stratégies existantes à travers :

- la promotion de la santé intégrée définie par la SNS ;
- la politique de la ville définie par le comité interministériel des villes, présidée par le Premier ministre ; le premier engagement est de faciliter le travail des associations de quartier, qui interviennent, notamment dans le champ de la santé :
 - en établissant un dossier simplifié de demande de subvention,
 - en privilégiant le conventionnement pluriannuel aux appels à projet.

3. Ajuster la stratégie nationale de dépistage généralisé et renforcer la stratégie de dépistage ciblé

Dès à présent,

- Amorcer un ajustement de la politique de dépistage à partir des données relatives aux politiques de dépistage et des recommandations nationales, et les traduire en actions opérationnelles. Un GTN « Dépistage » pourrait notamment avoir comme objectifs :
 - de rendre opérationnelle la recommandation du groupe d'experts concernant le réajustement de la proposition de dépistage en population générale ;
 - de promouvoir plus fortement le dépistage volontaire, incluant les TROD, en particulier des populations les plus exposées au risque de transmission ;
 - d'améliorer les stratégies de dépistage ciblé et régulier, en anticipant notamment l'arrivée des autotests et des tests combinés (VIH, IST, hépatites).

4. Optimiser les dispositifs publics de dépistage existants et promouvoir une offre en santé sexuelle

Dès à présent,

au niveau national,

- inscrire dans la prochaine loi de santé, prévue pour 2014, la fusion des CDAG et des CIDDIST, et l'élargissement de leurs missions à une approche en santé sexuelle, au bénéfice de l'ensemble des populations ;
- établir une recension nationale des dispositifs (centres, réseaux) existants, en préfiguration ou en projet en matière de santé sexuelle, afin d'en promouvoir le développement par le partage d'expérience.

au niveau régional (ARS),

- commencer à mettre en œuvre la cartographie d'implantation des centres de dépistage à partir des outils de suivi, pour mieux ajuster l'offre de dépistage (VIH/sida, IST et hépatites) aux besoins des populations, en particulier de celles les plus exposées au risque de transmission ;
- soutenir les projets de réseaux ou de centres de santé sexuelle en lien avec les COREVIH porteurs de projet et participer au financement nécessaire aux missions de préfiguration.

5. Favoriser l'évolution des dispositifs de droit commun requis par le plan

Dès à présent, dans le cadre du CSN,

- identifier les actions pour lesquelles l'évolution des dispositifs de droit commun peut être rapide car :
 - elles ne nécessitent pas d'évolution législative,
 - elles ne requièrent pas l'intervention d'un nombre important d'administrations centrales,
 - elles ne relèvent pas de la compétence d'instances décentralisées ou déconcentrées ;
- mieux identifier, notamment avec l'appui de la DGOS et de la DGCS, les opportunités d'évolution des dispositifs de droit commun offertes en dehors du champ du VIH/sida, en particulier dans le cadre :
 - des 31 plans de santé publique, et notamment du troisième plan cancer 2014-2018, qui pourrait constituer un levier important pour le plan VIH/sida et IST sur les enjeux de qualité de vie,
 - de la stratégie nationale de santé,
 - des différents comités interministériels pertinents qui intègrent un volet santé.

À plus longue échéance,

- contribuer à la prise en compte des évolutions des dispositifs de droit commun au sein des instances identifiées par le CSN.

POUR AMÉLIORER LA GOUVERNANCE DU PLAN

6. Prioriser et affiner les indicateurs de suivi des objectifs de santé et des actions du plan

Dès à présent,

au niveau national,

- confier à un GTN « instruments de pilotage » la mission de :
 - hiérarchiser l'ensemble des indicateurs en fonction de leur pertinence et de leur robustesse,
 - analyser les indicateurs de suivi des objectifs de santé au regard de données existantes issues d'enquêtes socio-comportementales et/ou issues de la littérature non spécifiquement consacrée au VIH/sida et aux IST,
 - identifier les indicateurs de suivi et de réalisation des actions qui nécessitent d'être redéfinis.

À plus longue échéance,

au niveau régional,

- mobiliser les services de statistiques et d'évaluation des ARS ainsi que l'ensemble des structures d'observation en santé pour améliorer la connaissance des interventions financées par les pouvoirs publics en région.

7. *Accroître la transparence des interventions de l'État : suivi, réalisation et financement*

Dès à présent,

- communiquer l'ensemble des données disponibles relatives au suivi et à la réalisation des actions du plan, notamment les données qui demeurent confinées, soit auprès des services d'évaluation des administrations centrales, soit auprès des ARS.

À plus longue échéance,

- recenser et mettre au point les outils permettant de produire les données manquantes, relatives :
 - aux actions du plan et en lien avec les services d'études et de statistiques des administrations centrales et déconcentrées,
 - au financement des opérateurs (par opérateurs, par axes stratégiques, par types de public, par territoires) ;
- communiquer l'ensemble des données produites.

8. *Renforcer le pilotage public du plan aux échelons national et régional*

Dès à présent,

au niveau national,

- recruter un chef de projet, comme c'est le cas pour d'autres plans de santé ;
- définir les missions du chef de projet national, en tenant compte de plusieurs impératifs :
 - renforcer l'animation des parties prenantes pour améliorer la concertation au sein du CSN et des GTN,
 - renforcer la coordination des pilotes et des partenaires lorsque la mise en œuvre de l'action le requiert,
 - promouvoir les échanges d'expériences, en particulier entre les services de l'État ;
 - offrir un appui méthodologique aux membres du CSN,
 - assurer un suivi des données nécessaires à l'avancement du plan ;
- définir le statut du chef de projet et prévoir les moyens nécessaires au bon fonctionnement de sa mission, avec l'appui des services du Secrétariat général des ministères sociaux.

au niveau régional,

- s'assurer que chaque ARS identifie un chargé de projet VIH/IST en mesure d'assumer, parallèlement à ses éventuelles autres missions, un pilotage stratégique VIH/IST, à partir d'une connaissance fine :
 - des acteurs,
 - des terrains d'intervention des différents territoires de santé : lieux de vie, lieux de sociabilité, lieux de rencontre ;

La mission stratégique requiert un travail :

- d'animation de projet et de coordination des acteurs,
- de définition, mise en œuvre et évaluation des moyens d'action des opérateurs, pour que ceux-ci soient adaptés aux besoins des populations ;
- renforcer le pilotage stratégique régional en Île-de-France compte tenu des données épidémiologiques et du grand nombre de partenaires (opérateurs, COREVIH).

9. Renforcer la mission de coordination des COREVIH en lien avec les ARS

Dès à présent,

au niveau régional,

- programmer, dans chaque COREVIH, une réunion plénière consacrée à la mission de coordination. Préparée avec l'ARS, la réunion définira, en regard des besoins, un programme d'action priorisé et des territoires d'intervention ;
- constituer une instance de concertation inter-COREVIH pour renforcer les liens avec les ARS dans les trois régions administratives dotées de plusieurs COREVIH.

À plus longue échéance,

au niveau national,

- engager une mission d'évaluation en vue de conforter la mission de coordination des COREVIH, et notamment :
 - revoir le découpage territorial pour le rendre cohérent avec l'organisation régionale,
 - clarifier les relations financières des COREVIH avec leurs hôpitaux-sièges,
 - faciliter l'utilisation de leurs ressources pour leurs missions de coordination.

10. Renforcer le portage politique du plan pour une meilleure coordination nationale et déclinaison en région

Dès à présent,

- garantir une information de la ministre en charge de la Santé sur l'avancement du plan, en s'assurant que le CSN puisse être effectivement présidé par le Directeur général de la santé ;
- identifier dans le cadre du CSN les actions prioritaires qui nécessitent un portage politique.

À plus longue échéance,

- contribuer à lever les contradictions entre les objectifs des ministères (actions en direction des migrants, des personnes prostituées) dans le cadre du comité interministériel pour la santé, placé auprès du Premier ministre, de la SNS.

INDEX DES SIGLES

- **ACT** : Appartement de coordination thérapeutique
- **ANSM** : Agence nationale du médicament et des produits de santé
- **ARS** : Agence régionale de santé
- **ASS** : Afrique subsaharienne
- **CDAG** : Consultation de dépistage anonyme et gratuite
- **CIDDIST** : Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
- **Cnam-TS** : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
- **CNP-ARS** : Comité national de pilotage des agences régionales de santé
- **COREVIH** : Comité de coordination régionale de la lutte contre l'infection par le VIH
- **CPEF** : Centre de planification et d'éducation familiale
- **CPOM** : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- **CPR** : Comité de pilotage restreint du PLNS 2010-2014
- **CRIPS** : Centre régional d'information et de prévention du sida et des comportements à risques chez les jeunes
- **CRSA** : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
- **CSN** : Comité de suivi national du PNLN 2010-2014
- **DGCS** : Direction générale de la cohésion sociale
- **DGOS** : Direction générale de l'offre de soins
- **DGS** : Direction générale de la santé
- **DRDF** : Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité
- **EPGL** : Enquêtes presse gay et lesbienne
- **FNH-VIH** : Fédération nationale d'hébergements VIH et autres pathologies
- **FSF** : Femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes
- **GRSP** : Groupement régional de santé publique
- **GTN** : Groupe de travail national
- **HAS** : Haute Autorité de santé
- **HCSP** : Haut Conseil de la santé publique
- **HSH** : Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- **HSH-LBT** : Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, lesbiennes, bi et transsexuel(le)s
- **IGA** : Inspection générale de l'administration
- **IGAS** : Inspection générale des affaires sociales
- **Inpes** : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
- **InVS** : Institut national de veille sanitaire
- **IREPS** : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
- **IST** : Infections sexuellement transmissibles
- **NTIC** : Nouvelles technologies de l'information et de la communication
- **ODSE** : Observatoire du droit à la santé des étrangers
- **PNLN** : Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST
- **PRAPS** : Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis
- **PRS** : Projet régional de santé
- **PVVIH** : Personnes vivant avec le VIH
- **SGCIV** : Secrétariat général du comité interministériel des villes
- **SNS** : Stratégie nationale de santé
- **SSR** : Soins de suite et de réadaptation
- **TROD** : Test rapide d'orientation diagnostique
- **VHB, VHC** : Virus de l'hépatite B, virus de l'hépatite C
- **VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Institut de veille sanitaire, Données épidémiologiques sur l'infection à VIH et les IST au 1^{er} décembre 2013, 2013.
- [2] Groupe d'experts « Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH », rapport 2013 sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS, 2013.
- [3] Groupe d'experts « Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH », rapport 2010 sous la direction du Pr Patrick Yeni, 2010.
- [4] Collège national des généralistes enseignants, « Dépistage du VIH en médecine générale : multiplier les propositions de test et privilégier l'entretien orienté », janvier 2012.
- [5] LERT France (dir.), Dépistage de l'infection VIH en France 2009-2011. Synthèse des études et recherches, ANRS, octobre 2013.
- [6] Inspection générale des affaires sociales, Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. Rapport établi par Claire Aubin, Danièle Jourdain Menninger, avec la participation du Dr. Laurent Chambaud, octobre 2009.
- [7] IFOP-Maximiles, Les jeunes et l'information sur le VIH/sida. Étude réalisée pour Sidaction et ELCS (Élus locaux contre le sida), novembre 2013.
- [8] Inspection générale des affaires sociales, Évaluation de la mise en œuvre de la recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST). Rapport établi par Danièle Jourdain Menninger, Dr. Gilles Lecoq, août 2010.
- [9] Conseil national du sida, Note valant Avis sur les conditions de la fusion des centres de dépistage et de diagnostic du VIH et des infections sexuellement transmissibles, 1^{er} octobre 2012.
- [10] Evalua – DGS, Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'Institut de médecine et d'épidémiologie appliquée, juillet 2006.
- [11] Groupe de travail interministériel et interpartenarial sur la médiation sociale, Médiation sociale : pour la reconnaissance d'un métier, décembre 2011.
- [12] Plein Sens – DGS, Étude sur les dispositifs d'hébergements créés dans le champ du VIH, 2010.
- [13] JEANMAIRE Eliette *et al.*, « Déclinaison du plan national de lutte contre le VIH 2010/2014 au sein des COREVIH », Santé Publique, 2013/2 Vol. 25, p. 147-153.

ANNEXE 1 : REMERCIEMENTS

Le Conseil national du sida tient à remercier les personnalités entendues dans le cadre de sa mission préparatoire sur le bilan à mi-parcours du PNLS :

COMITÉ DE SUIVI NATIONAL DU PLAN

Membres de droits

Direction générale de la santé, sous-direction des risques infectieux :

- **Dr Zina BESSA**, sous-directrice adjointe
- **Dr Bernard FALIU**, chef du bureau RI2 « Infections par le VIH - IST - hépatites »
- **Laurence CATE**, adjointe au chef du bureau RI2
- **Catherine CHARDIN**, chargée du dossier « Migrants et DOM »
- **Katell DANIAULT**, chargée du dossier « Qualité de vie des personnes vivant avec le VIH »
- **Dr Aminata SARR**, chargée du dossier « Dépistage »
- **Dr Véronique TIRARD-FLEURY**, conseillère technique « Maladies infectieuses »
- **Dr Thierry TROUSSIER**, chargé du dossier « Sexualité masculine »
- **Jocelyn DUTIL**, stagiaire
- **Maïa NEFF**, stagiaire

Direction générale de l'offre de soins, sous-direction de la régulation de l'offre de soins, R4 :

- **Dr Dominique MARTIN**, adjointe au chef de bureau

Direction générale de la cohésion sociale, sous-direction de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées :

- **Dr Chantal ERAULT**, conseiller-expert auprès du sous-directeur

Institut national de prévention et d'éducation à la santé :

- **Lucile BLUZAT**, responsable du pôle santé sexuelle
- **Delphine RAHIB**, chargée d'études et de recherche sur la santé sexuelle

Institut de veille sanitaire, département des maladies infectieuses, unité VIH/sida-IST - Hépatites B et C :

- **Dr Caroline SEMAILLE**, médecin épidémiologiste, responsable de l'unité
- **Dr Françoise CAZEIN**, pharmacien épidémiologiste
- **Dr Guy LA RUCHE**, médecin épidémiologiste
- **Dr Stéphane LE VU**, pharmacien épidémiologiste
- **Dr Florence LOT**, médecin épidémiologiste
- **Annie VELTER**, socio-démographe

Direction générale de l'enseignement scolaire, sous-direction de la vie scolaire, des établissements et des actions socio-éducatives :

- **Nadine NEULAT**, chef du bureau de la santé, de l'action sociale et de la sécurité

Direction générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle, sous-direction de l'égalité des chances et de la vie étudiante, C1 :

- **Richard AUDEBRAND**, chef de département
- **Stéphane CARTON**, chargé de mission

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie :

- **Gilles LECOQ**, délégué

Avis suivi de recommandations sur le bilan à mi-parcours du plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014

Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances, Direction de l'éducation de la santé et de la prévention de la délinquance :

- **Maud JERBER**, chargée de mission

Personnalités qualifiées

- **Nathalie BAJOS**, directrice de recherche (Inserm), responsable de l'équipe Genre santé sexuelle et reproductive
- **Olivier BOUCHAUD**, chef de service des maladies infectieuses et tropicales, Hôpital Avicenne, Bobigny
- **Annabel DESGREES DU LOU**, démographe, directrice de recherche, Centre Population et développement (CEPED)
- **Pr. Gilles PIALOUX**, chef de service des maladies infectieuses, hôpital Tenon (Paris)

Représentants des professionnels de santé

Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) :

- **Pr François LASSAU**, CIDDIST de l'hôpital Saint-Louis, Paris

COREVIH Lorraine Champagne-Ardenne :

- **Pr Thierry MAY**, président

COREVIH Île-de-France Ouest :

- **Pr Elisabeth ROUVEIX**, présidente

Représentants d'institutions et de sociétés savantes

Société française de lutte contre le sida (SFLS) :

- **Pr Eric BILLAUD**, président

Société française de santé publique (SFSP) :

- **Dr Florence BENTZ**

Représentants des associations

Act Up-Paris :

- **Jonas LE BAIL**, secrétaire général
- **Cécile LHUILIER**, coprésidente

AIDES :

- **Christian ANDREO**, directeur de la communication, du plaidoyer et de la collecte de fonds privés

Cabiria :

- **Antoine BAUDRY**, coordonnateur VIH/IST

Inter-LGBT :

- **Jean-René DEDIEU**, porte-parole de la délégation « Santé »

Fédération nationale hébergement - VIH et autres pathologies :

- **Leonard NZITUNGA**, président

Médecins du monde :

- **Marie-Dominique PAUTI**, coordinatrice VIH/sida/IST/hépatites

Observatoire du droit à la santé des étrangers :

- **Adeline TOULIER**, coordonnatrice, association AIDES

Sidaction :

- **Marc DIXNEUF**, directeur des programmes France
- **Sandrine FOURNIER**, chargée de prévention gay
- **Corinne LE HUITOUZE**, chargée de mission Île-de-France
- **Frédérique VIAUD**, chargée de mission Rhône-Alpes

Union nationale des associations de lutte contre le sida :

- **Eve PLENEL**, présidente
- **Jean-David BOST**, coordonnateur

RÉGION ÎLE-DE-FRANCE

État

Agence régionale de santé, Direction de la santé publique :

- **Dr Isabelle FAIBIS**, responsable du service pilotage des actions de santé publique
- **Anne LEMOINE-PAPE**, responsable des affaires générales et de la coordination de la direction de la santé publique
- **Dr Marie-France D'ACREMONT**, chef de projet VIH-IST-hépatites
- **Nabil FARO**, responsable d'unité programmation et système d'information
- **Dr Isabelle CHABIN-GIBERT**, chef de projet cohésion sociale
- **Christian LABORDA**, chargé de mission service évaluation

Agence régionale de santé, Délégation territoriale 75 :

- **Maryse VALLERY**, chargée du travail social

Collectivités territoriales

Conseil régional :

- **Séverine MIGNON**, directrice du développement social, de la santé et de la démocratie régionale
- **Catherine BUISSON**, chef du service développement social et santé, Unité Société
- **Julie FOURIER**, chargée de mission santé
- **Enzo POULTRENIÉZ**, chargé de mission auprès de la vice-présidente chargée de l'action sociale, des formations sanitaires et sociales, de la santé et du handicap

Associations

Afrique Avenir :

- **Romain MBIRINBINDI**, président

AIDES :

- **Camille SPIRE**, présidente AIDES Nord-Ouest Île-de-France
- **Olivier BENOIT**, coordonnateur AIDES Nord-Ouest Île-de-France

ARCAT :

- **Eve PLENEL**, présidente

CRIPS Île-de-France :

- **Jean-Luc ROMERO**, président
- **Bastien VIBERT**, chargé de mission auprès du président
- **Jérémy LECERF**, directeur opérationnel

Comité médical pour les exilés :

- **Dr Arnaud VAISSE**, directeur

Médecins du monde :

- **Tim LEICESTER**, coordonnateur du Lotus Bus

ENIPSE :

- **Antonio ALEXANDRE**, directeur national axe prévention
- **Mériadec DE RIGAUD**, chargé de prévention gay Paris-Île-de-France
- **Cédric PEJOU**, chargé de prévention lieux libertins

COREVIH

Île-de-France Centre :

- **Pr Christine KATLAMA**, présidente

Île-de-France Est :

- **Pr Willy ROZENBAUM**, président
- **Christine MOUCAZAMBO**, coordinatrice

Île-de-France Nord :

- **Pr Elisabeth BOUVET**, présidente

Île-de-France Ouest :

- **Pr Elisabeth ROUVEIX**, présidente
- **Anne-Marie SIMONPOLI**, vice-présidente

Île-de-France Sud :

- **Pr Alain SOBEL**, président

Personnalités qualifiées

- **Marjorie GERBIER-AUBLANC**, doctorante en sociologie, centre population et développement

RÉGION RHÔNE-ALPES

État

Agence régionale de santé, Direction déléguée à la protection et à la promotion de la santé, service prévention et promotion de la santé :

- **Jean-François SIMATIS**, inspecteur de l'action sanitaire et sociale
- **Dr Christophe JULIEN**, médecin conseil

Collectivités territoriales

Mairie de Lyon :

- **Céline FAURIE-GAUTHIER**, conseillère municipale déléguée à la Prévention Santé
- **Myriam BUFFET**, chef de mission Santé, Direction du développement territorial
- **Amélie BASILLE**, cabinet de Céline Faurie-Gauthier

Associations

ACTIS :

- **Michel COLLS**, président

AIDES :

- **Vincent LECLERCQ**, président de la délégation régionale
- **Cyril MARTIN**, coordonnateur de la délégation Lyon-Vallée du Rhône
- **Thierry TRILLES**, coordonnateur de la délégation Arc-Alpin, membre de la CRSA Rhône-Alpes
- **Sylvie ROUBY**, militante et élue
- **Sarah TOLOSA**, stagiaire

ALS :

- **Valérie BOURDIN**, directrice

Amicale du Nid Lyon :

- **Florence FESTAS**, directrice de l'Amicale du Nid Rhône
- **Edwige GURBENS**, infirmière de prévention

CABIRIA :

- **Antoine BAUDRY**, coordonnateur VIH/IST
- **Florence GARCIA**, ancienne directrice

Da Ti Seni :

- **Albertine PABINGUI**, présidente

ENIPSE :

- **Antonio ALEXANDRE**, directeur national axe prévention
- **Sébastien CAMBAU**, coordonnateur Rhône-Alpes-Auvergne

IREPS Rhône-Alpes :

- **Marc BRISSON**, coordonnateur de l'Office départemental de prévention du sida de l'Isère
- **Pascal POURTEAU**, coordonnateur du centre régional d'information et de prévention du sida Rhône-Alpes

Virage – Santé :

- **Dr Colette COUDEYRAS**, directrice
- **Frédérique LAURENT**, infirmière coordonnatrice
- **Anna EDIMO**, assistante administrative et comptable

COREVIH

Arc-Alpin :

- **Gaëlle DUBRUC**, coordonnatrice

Auvergne-Loire :

- **Dr Anne FRESARD**, présidente

Lyon-Vallée-du-Rhône :

- **Pr Jean-Michel LIVROZET**, président

AUTRES PERSONNALITÉS QUALIFIÉES

- **Dr Anne SIMON**, médecin, CHU Pitié-Salpêtrière, responsable de la commission « Organisation des soins » du rapport 2013 sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH
- **Jean-Marc POLESEL**, coordonnateur COREVIH PACA Ouest
- **Joseph SITU**, porte-parole du RAAC-Sida

ANNEXE 2 : ACTEURS DU PLAN

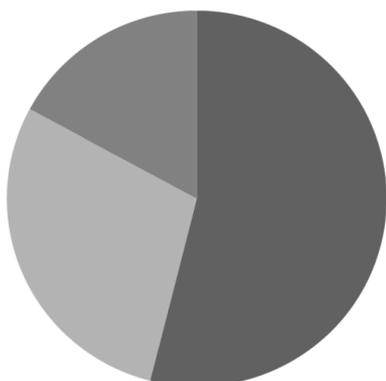
L'élaboration, le suivi et la mise en œuvre du plan ont mobilisé de nombreux acteurs publics, associatifs et professionnels de santé.

L'élaboration du plan a été réalisée dans le cadre d'un comité de pilotage et de différents groupes de travail. La participation des associations a été particulièrement significative au sein des différents groupes de travail (Cf. graphiques 1 à 3).

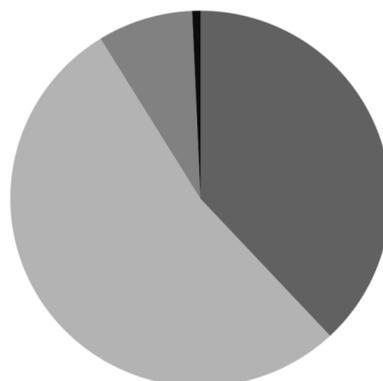
Le suivi du plan est confié à deux instances : un comité de pilotage restreint composé d'acteurs publics et un comité de suivi élargi composé, outre les acteurs publics, de représentants associatifs et de professionnels de santé (Cf. graphique 4). Les différentes administrations, au-delà du secteur de la santé, sont représentées (Cf. graphique 5).

La mise en œuvre du plan est placée sous la responsabilité de pilotes et copilotes. Le pilotage est principalement assumé par la DGS, seule ou en partenariat (Cf. graphique 6). Les pilotes et copilotes sont toutefois relativement nombreux, en particulier pour l'axe stratégique « Prise en charge sociale » (Cf. graphique 7).

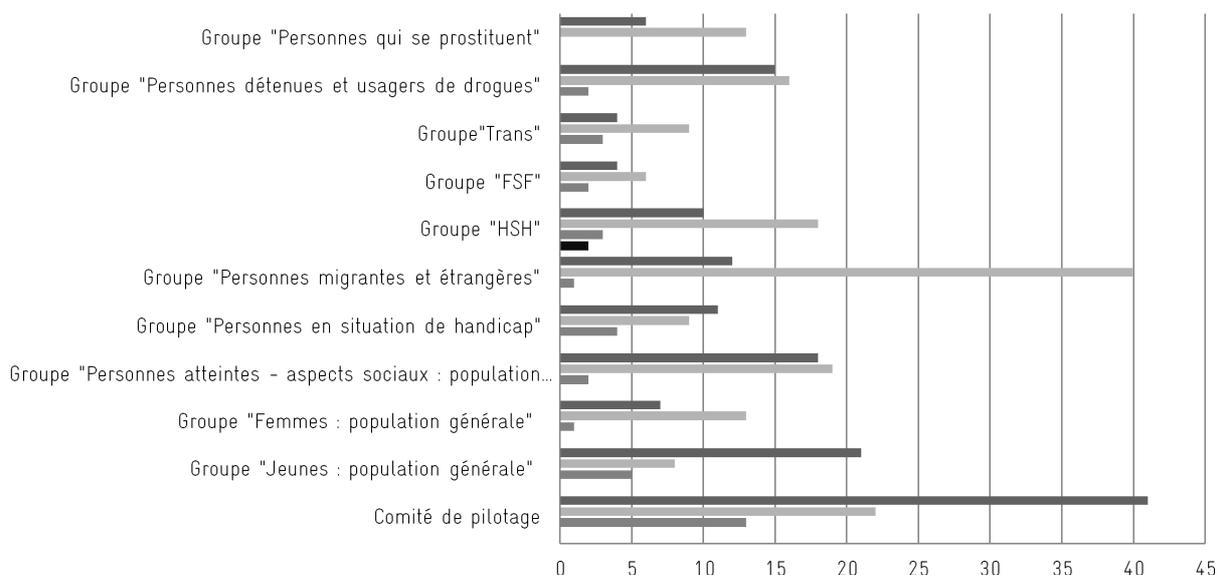
Graphique 1
Composition du comité de pilotage



Graphique 2
Composition des groupes de travail (hors comité de pilotage)

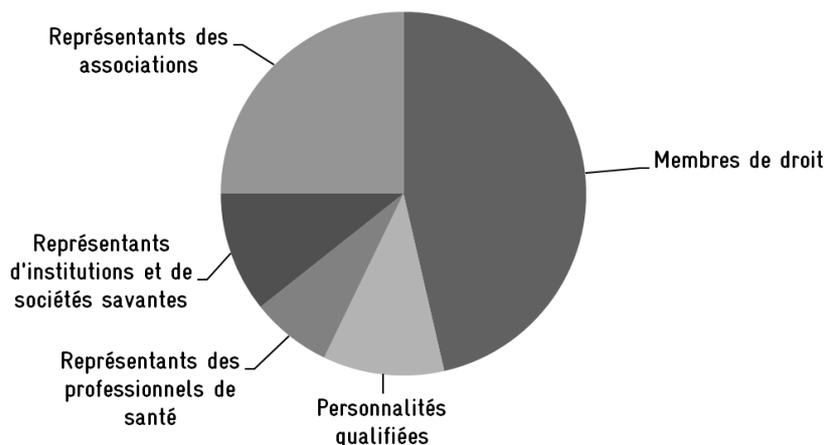


Graphique 3
Composition de l'ensemble des groupes

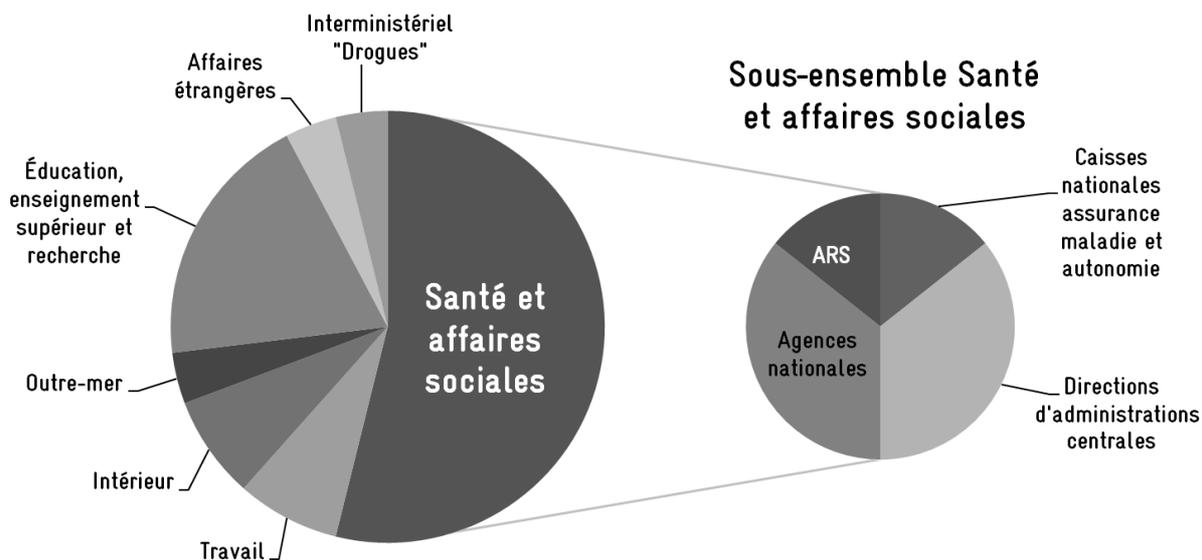


■ État et établissements publics ■ Associations ■ Professionnels de santé et chercheurs ■ Collectivités territoriales

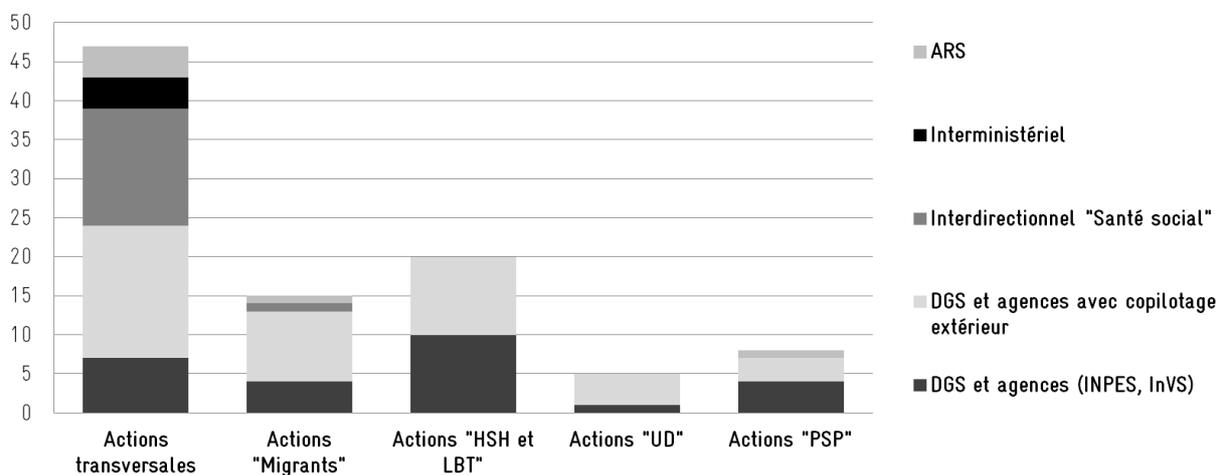
Graphique 4
Composition du comité de suivi



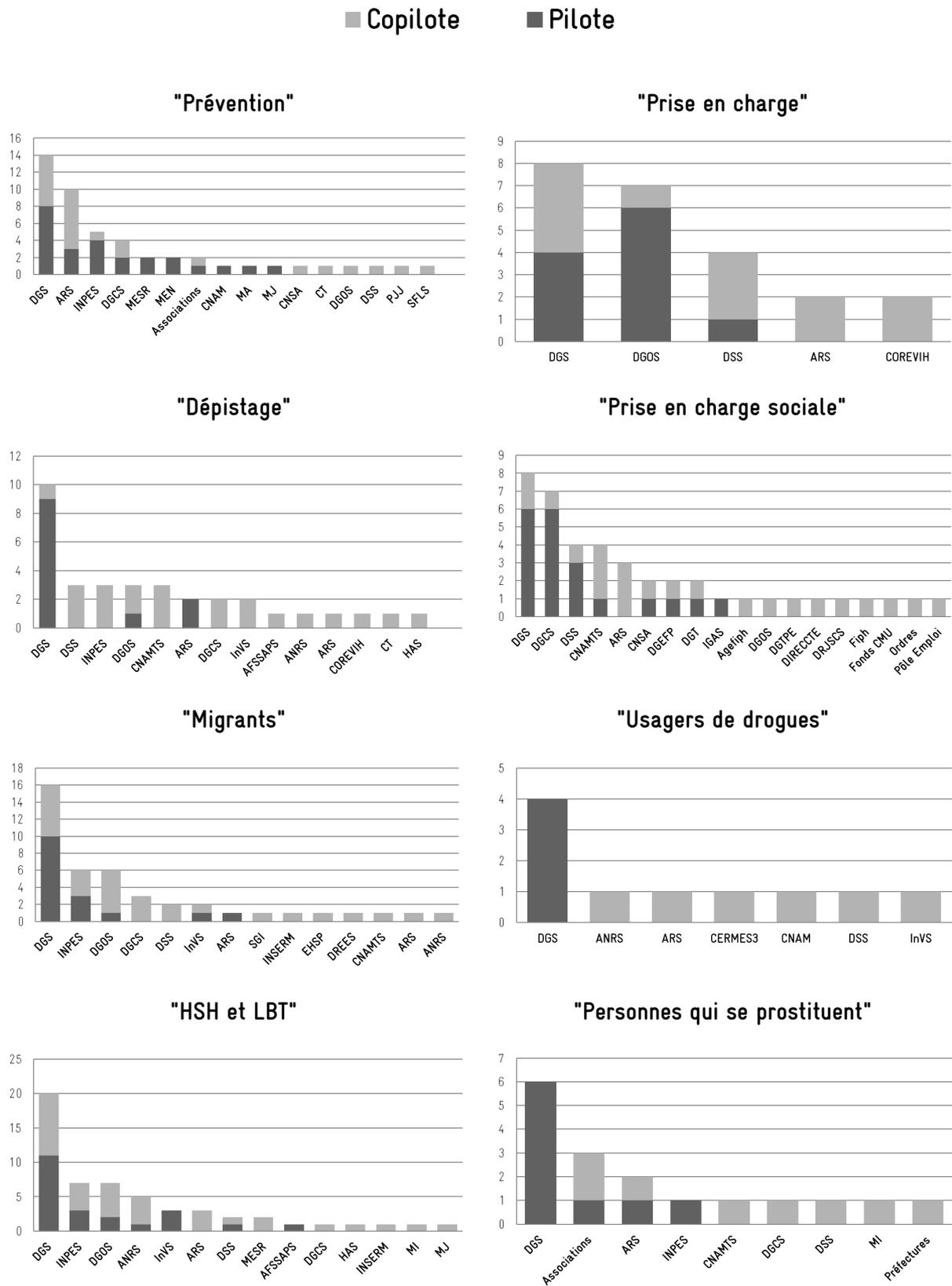
Graphique 5
Secteurs d'action publique représentés au comité de pilotage restreint du plan



Graphique 6
Pilotes des actions du plan par programme populationnel



Graphique 7
Pilotes et copilotes du plan par axe stratégique et programme populationnel



ANNEXE 3 : FINANCEMENT DU PLAN

Les financements alloués aux pilotes et opérateurs du plan ont connu une baisse à partir de 2011, première année pleine d'exercice du plan.

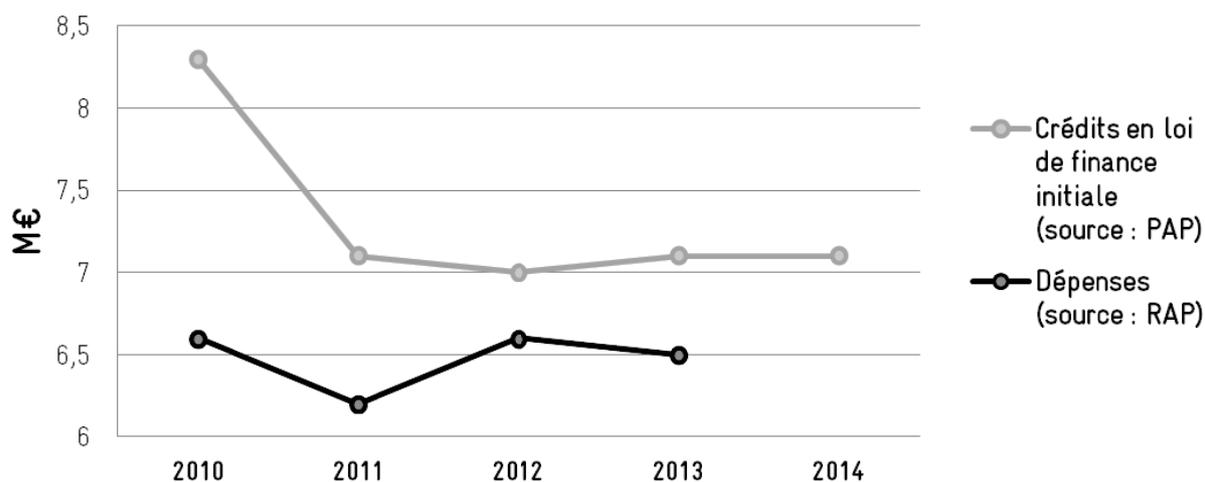
Les crédits et dépenses d'intervention de l'État consacrés à la lutte contre le VIH/sida, les IST et les hépatites ont diminué en 2011 et n'ont pas retrouvé depuis leur niveau de 2010 (Cf. graphique 8). Les crédits d'intervention pour le VIH/sida et les IST sont ainsi passés de 7,3 millions d'euros en 2010 à 6,5 millions en 2011 et 6,1 millions en 2012 (Cf. graphique 9).

Les crédits et dépenses d'intervention de l'État au profit de l'Inpes, opérateur important du plan, ont également diminué (Cf. graphique 10). La baisse des crédits de l'État a pu être compensée jusqu'en 2012 par l'augmentation des autres recettes de l'Inpes (Cf. graphique 11). Toutefois, à partir de 2013, les dépenses de l'Inpes ont diminué et l'axe « Santé sexuelle et prévention VIH/IST/hépatites » a été impacté (Cf. graphique 12).

Les dépenses d'intervention des ARS ont également diminué en 2013 (Cf. graphique 13) mais cette baisse concerne les dépenses globales de prévention, promotion de la santé et sécurité sanitaire. Les documents budgétaires ne permettent pas d'établir que la baisse a affecté spécifiquement les programmes VIH et IST.

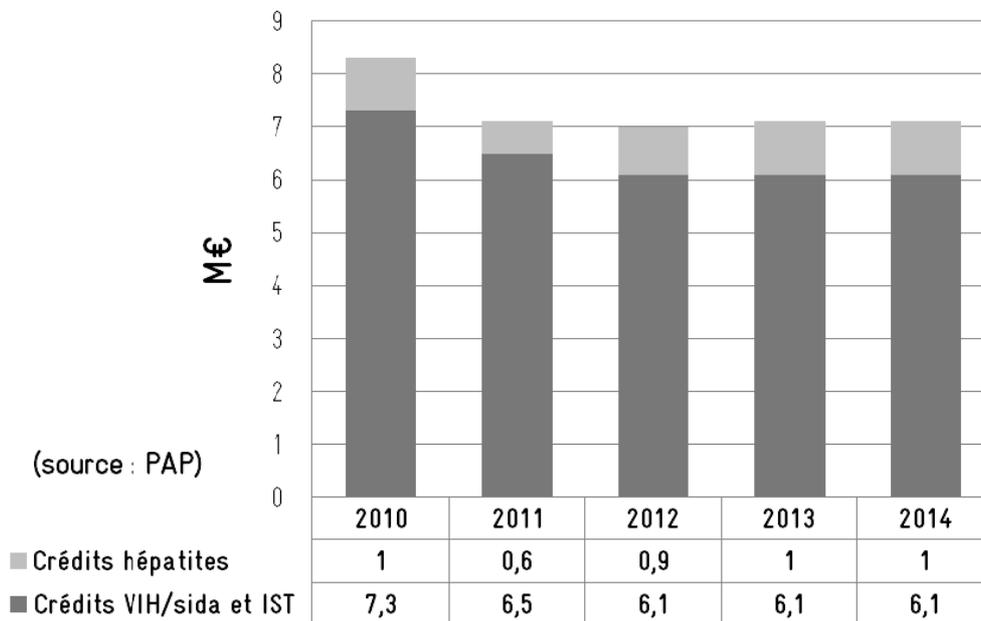
Graphique 8

Budget de l'État consacré au VIH/sida, IST et hépatites : crédits et dépenses d'intervention
(autorisations d'engagement)



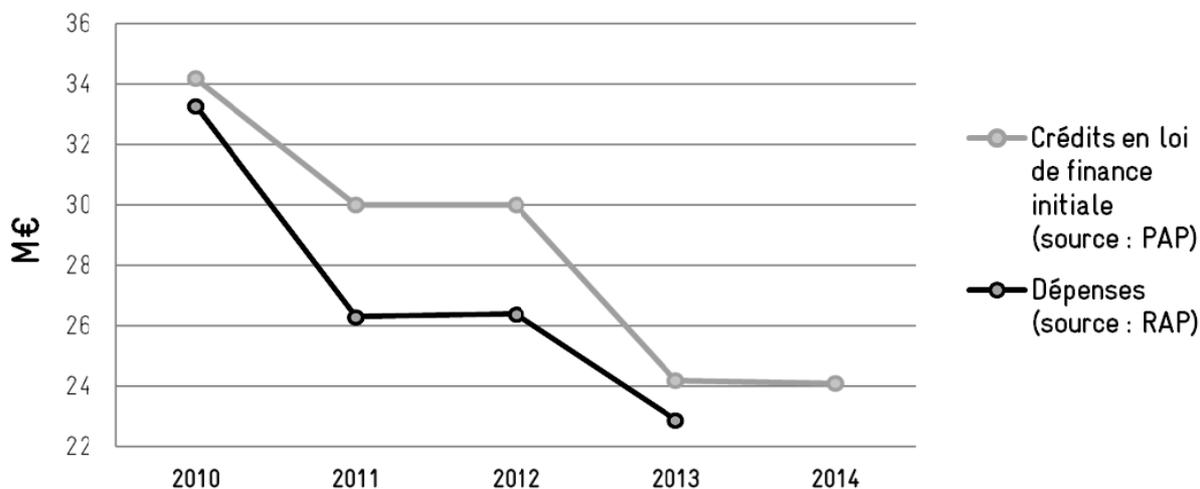
Graphique 9

Crédits d'intervention consacrés au VIH/sida, IST et hépatites du budget de l'État
(autorisations d'engagement)

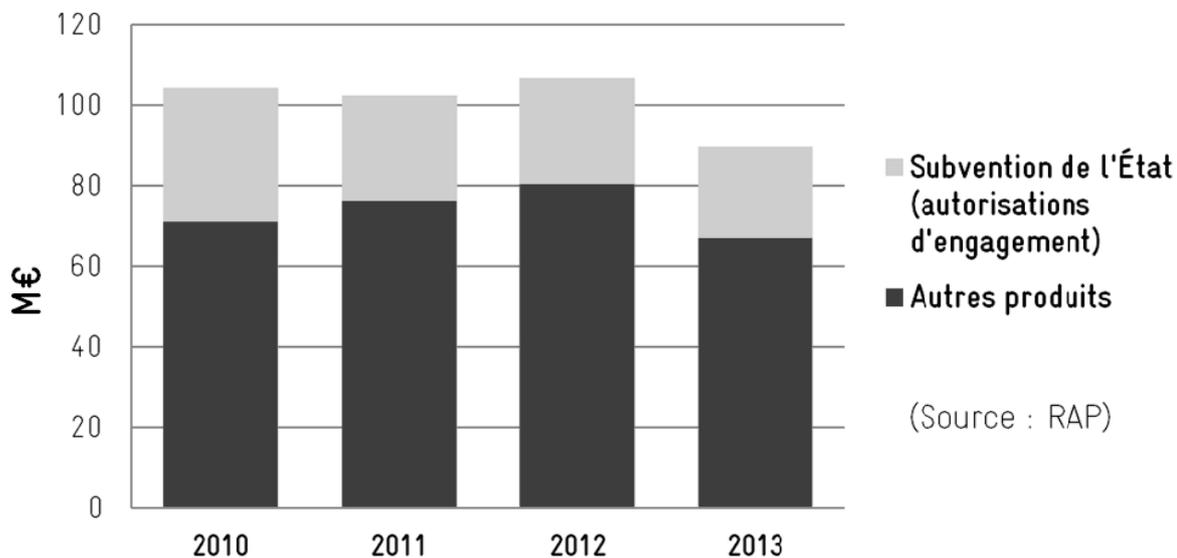


Graphique 10

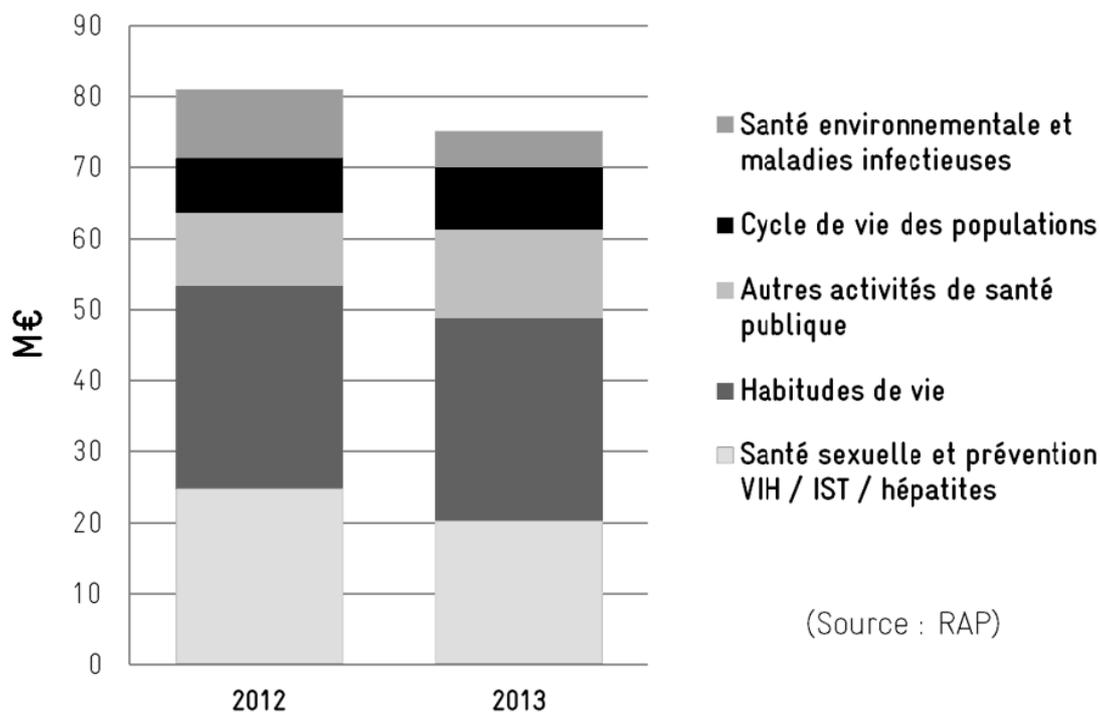
Subvention de l'État accordée à l'Inpes
(autorisations d'engagement)



Graphique 11
Produit total de l'Inpes

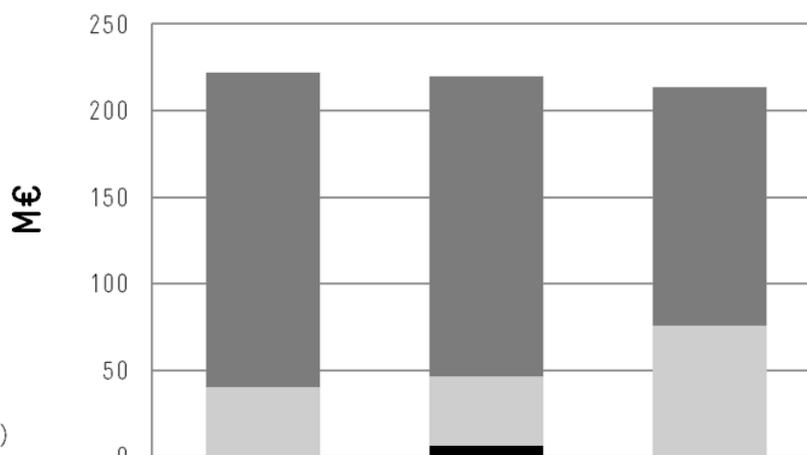


Graphique 12
Dépenses de l'Inpes par axe thématique
(crédits consommés)



Graphique 13

Dépenses d'intervention de prévention, de promotion de la santé, de veille et sécurité sanitaire des ARS



	2011	2012	2013
■ Crédits DGS (programme 204)	182,2	173,4	138,1
■ Crédits assurance maladie	40	40	75,6
■ Crédits propres ARS		6,4	
Dépenses totales	222,2	219,8	213,7

ANNEXE 4 : TERRITOIRES DU PLAN

En France métropolitaine, le découpage des COREVIH, acteurs importants du plan, ne correspond pas systématiquement au découpage des régions administratives (Cf. graphiques 14 et 15).

En région Île-de-France, compte tenu du poids de l'épidémie, 5 COREVIH assurent la coordination des acteurs. Leur découpage se superpose avec d'autres découpages territoriaux (Cf. graphiques 16 à 19).

Graphique 14

Découpage des 22 régions en France métropolitaine



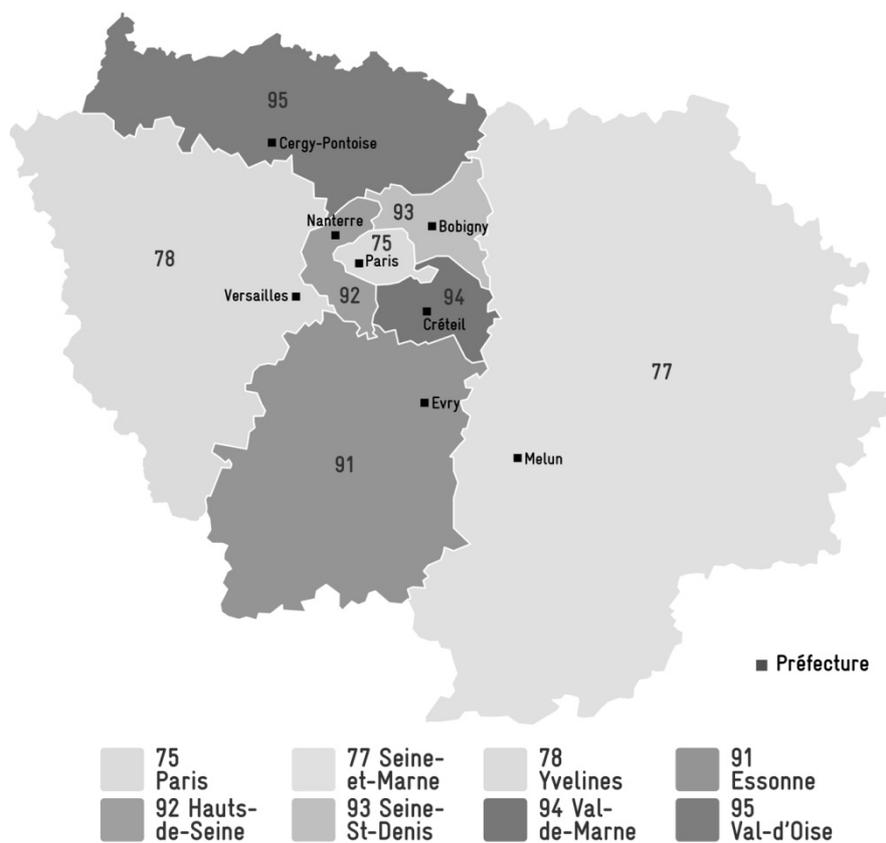
Graphique 15

Découpage des COREVIH de France métropolitaine (hors Île-de-France)



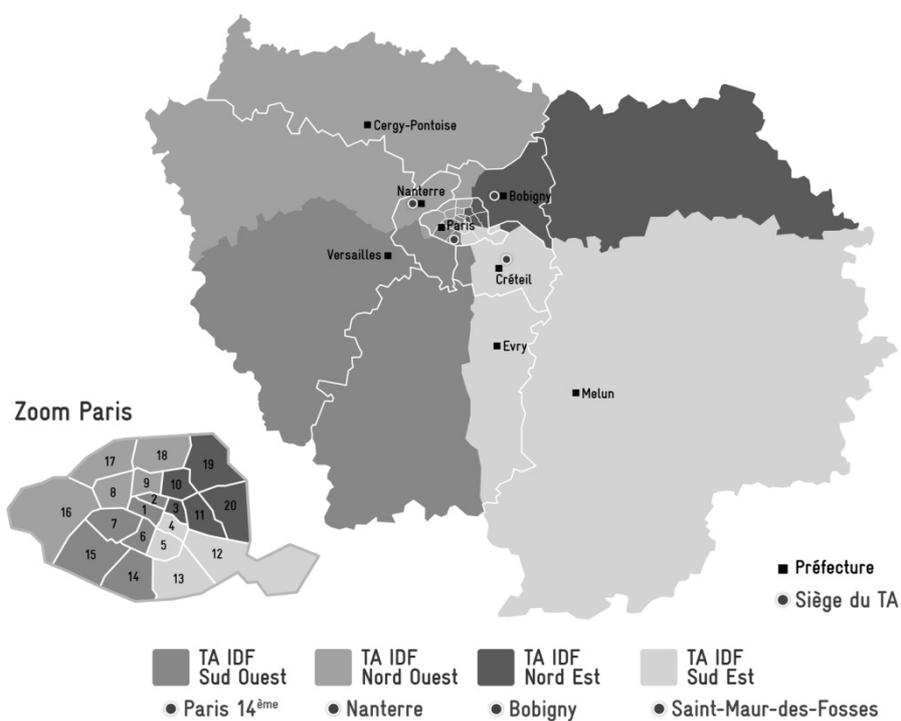
Graphique 16

Découpage des 8 territoires de santé de l'ARS Île-de-France

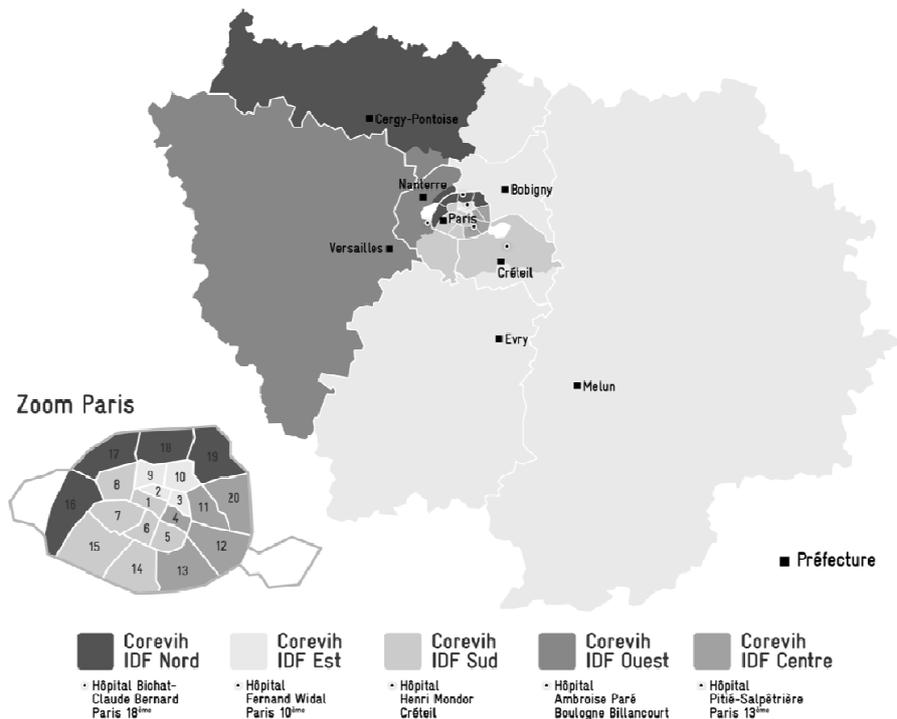


Graphique 17

Découpage des 4 territoires d'action (TA) AIDES en Île-de-France



Graphique 18
Découpage territorial des 5 COREVIH d'Île-de-France



Graphique 19
Les 12 groupes hospitaliers de l'APHP

- GHU Nord :**
- 1 : Groupe Hospitalier Saint-Louis Lariboisière Fernand-Widal (Saint-Louis, Lariboisière, Fernand-Widal)
 - 2 : Hôpitaux universitaires Paris Nord Val de Seine (Bichat, Beaujon, Louis-Mourier, Bretonneau, Charles Richet)
 - 4 : Hôpitaux universitaires Paris-Seine-Saint-Denis (Avicenne, Jean-Verdier, René-Muret)
 - 12 : Hôpital universitaire Robert-Debré
- GHU Est :**
- 3 : Groupe Hospitalier La Pitié Salpêtrière-Charles Foix (La Pitié-Salpêtrière, Charles Foix)
 - 5 : Hôpitaux universitaires Est Parisien (Tenon, Saint-Antoine, Rothschild, Armand-Trousseau, La Roche-Guyon)
- GHU Sud :**
- 8 : Hôpitaux universitaires Paris-Sud (Bicêtre, Paul-Brousse, Antoine-Béclère)
 - 9 : Groupe Hospitalier Henri Mondor (Henri-Mondor, Albert-Chenevier, Emile-Roux, Joffre-Dupuytren, Georges Clemenceau)
- GHU Ouest :**
- 6 : Hôpitaux universitaires Paris Centre (Cochin, Hôtel-Dieu, Broca)
 - 7 : Hôpitaux universitaires Paris Ile-de-France Ouest (Raymond Poincaré, Berck, Ambroise-Paré, Sainte-Périne)
 - 10 : Hôpitaux Universitaires Paris-Ouest (Hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP), Corentin-Celton, Vaugirard Gabriel-Pallez)
 - 11 : Hôpital universitaire Necker-Enfants malades



■ Corevih IDF Nord ■ Corevih IDF Est ■ Corevih IDF Sud ■ Corevih IDF Ouest ■ Corevih IDF Centre

AVIS SUIVI DE RECOMMANDATIONS SUR LA GARANTIE DU DROIT AU SECRET DES PERSONNES MINEURES DANS LE CADRE DE LEUR PRISE EN CHARGE MÉDICALE

Le présent *Avis* a été adopté par le Conseil national du sida, réuni en séance plénière le 15 janvier 2015, à l'unanimité des membres présents.

Membres de la commission « *Mineur(e)s* » :

- Marc de Montalembert, président de la commission
- Yolande Briand
- Philippe Flandre
- Thierry Foulquier-Gazagnes
- Samir Hamamah
- Nicole Hesnault-Pruniaux
- Catherine Kapusta-Palmer
- Marie Suzan-Monti
- Patrick Yeni

Rapporteurs :

- Laurent Geffroy
- Michel Celse

PRÉAMBULE

Le Conseil national du sida a été alerté par le comité de coordination de la lutte contre le VIH (COREVIH) Languedoc-Roussillon [1] sur la situation d'une personne mineure séropositive au VIH qui a demandé au médecin de garder le secret sur son état de santé, conformément à la loi [2], mais qui n'a pu obtenir l'assurance de conserver le secret à l'égard de ses parents en raison de sa prise en charge financière par l'assurance maladie. La caisse primaire d'assurance maladie concernée a indiqué être dans l'impossibilité d'assurer l'anonymat, pour une affection de longue durée, à un ayant droit mineur rattaché à la couverture sociale de ses parents.

Le Conseil national du sida a souhaité se saisir de la question du droit au secret des personnes mineures dans le cadre de la prise en charge pour le VIH et a constitué une commission *ad hoc*. La commission a entendu la représentante du COREVIH concerné ainsi que des personnalités qualifiées consultées par le COREVIH [3], et il a engagé une série d'échanges avec différents représentants du ministère de la Santé (Cabinet de la ministre en charge de la santé, Direction générale de la santé, Direction de la Sécurité sociale, Direction générale de l'offre de soins), de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam-TS) et du Défenseur des droits. En outre, la commission a consulté le Conseil national de l'ordre des médecins, ainsi que plusieurs professionnels du soin, de l'épidémiologie et du champ médico-social.

Le Conseil national du sida constate que si le droit permet aux personnes mineures de garder le secret sur leur état de santé, elle ne leur offre pas de garantie effective du secret. Cette absence de garantie constitue un frein majeur à la prise en charge du VIH et entraîne des conséquences dommageables pour une population identifiée comme fragile. En conséquence, le Conseil national du sida recommande la garantie du secret de la prise en charge financière et de sa mise en œuvre.

UNE ABSENCE DE GARANTIE EFFECTIVE DU DROIT AU SECRET

Par dérogation au principe de l'autorité parentale [4] et pour un nombre limité d'actes médicaux, le législateur a supprimé l'exigence de consentement des titulaires de l'autorité parentale et a introduit un droit au secret ou à l'anonymat au bénéfice des personnes mineures, sans référence à un âge civil (Cf. Encadré 1).

Encadré 1 : Les dérogations au principe de l'autorité parentale

- **Prise en charge des usagers de produits stupéfiants en établissement.** La loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses [5] dispose que les toxicomanes qui se présentent spontanément dans un dispensaire ou dans un établissement de santé afin d'y être traités, peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants.
- **Prescription, délivrance et administration de contraceptifs.** La loi du 4 décembre 1974 portant diverses dispositions relatives à la régulation des naissances [6] autorise les centres de planification ou d'éducation familiale à délivrer, à titre gratuit, des médicaments, produits ou objets contraceptifs, sur prescription médicale, aux mineurs désirant garder le secret ; la loi du 4 juillet 2001 relative aux interruptions volontaires de grossesse et à la contraception [7] dispose que le consentement des titulaires de l'autorité parentale n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures.
- **Dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST).** La loi du 23 janvier 1990 portant diverses dispositions relatives à la Sécurité sociale et à la santé [8] dispose que les centres de planification ou d'éducation familiale agréés peuvent, dans le cadre de leurs activités de prescription contraceptive et sous la responsabilité d'un médecin, assurer de façon anonyme le dépistage et le traitement de maladies transmises par la voie sexuelle. La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales [9] précise que les activités de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles sont gratuites et anonymes lorsqu'elles sont exercées par des établissements ou organismes habilités dans des conditions définies par décret ou par un organisme relevant d'une collectivité territoriale ayant conclu une convention.
- **Interruptions volontaires de grossesse (IVG).** La loi du 4 juillet 2001 relative aux interruptions volontaires de grossesse et à la contraception [7] prévoit que si la femme mineure non émancipée ne veut pas recueillir le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou si le consentement n'est pas obtenu, l'IVG ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée. La loi du 20 décembre 2002 de financement de la Sécurité sociale [10] prévoit la gratuité et l'anonymat de cette prise en charge.

Par ailleurs, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [2] a introduit une dérogation, de portée plus générale, au principe de l'autorité parentale. L'objectif est d'apporter une réponse à certaines situations rares mais

qui peuvent entraîner des difficultés graves dans la prise en charge des adolescents [11]. Le Conseil national du sida a mis en évidence ces situations dans son Avis du 6 mars 2000 sur l'accès confidentiel aux soins des mineurs adolescents [12] dont le législateur a tenu compte [13].

L'article L. 1111-5 du Code de la santé publique dispose que la personne mineure a la faculté de s'opposer à la consultation par le médecin des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre afin de garder le secret sur son état de santé. Plusieurs conditions doivent être remplies : la personne mineure doit expressément s'opposer à cette consultation et maintenir son opposition ; le traitement ou l'intervention doit s'imposer pour sauvegarder sa santé ; la personne doit être accompagnée d'une personne majeure de son choix. Si ces conditions sont satisfaites, le médecin est dispensé d'obtenir l'autorisation des titulaires de l'autorité parentale et peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. [14] Il doit faire mention écrite de l'opposition de la personne mineure [15]. La dérogation au principe de l'autorité parentale concerne uniquement le médecin [16].

Le droit d'opposition de la personne mineure, prévu par le législateur préalablement à l'acte médical pour lui permettre de garder le secret, s'exerce également postérieurement. Les demandes présentées au médecin [15] ou à l'établissement hospitalier par les titulaires de l'autorité parentale pour l'accès aux informations de la personne mineure ne peuvent être satisfaites si cette dernière maintient son opposition à leur communication [17].

La personne mineure ne bénéficie pas pour autant d'une garantie effective du droit au secret. La prise en charge financière des actes et prestations médicales engagés peut être révélée aux titulaires de l'autorité parentale. Les pouvoirs publics n'ont ni prévu, ni organisé le secret de la prise en charge financière des traitements et interventions des personnes mineures ayant sollicité le secret sur leur état de santé [18]. En conséquence, les organismes de sécurité sociale n'ont pas mis en œuvre de mesures spécifiques pour assurer le secret de la prise en charge des personnes mineures ayants droit de leurs parents. *A contrario*, dans les domaines énoncés *supra*, le législateur a précisé que la prescription, la délivrance et l'administration de contraceptifs sont protégées par le secret pour les personnes mineures [19]. En matière d'IVG, le législateur a prévu la gratuité et l'anonymat de cette prise en charge qui sont inscrits dans le Code de la Sécurité sociale [20]. De ce fait, des dispositifs d'anonymisation de la prise en charge ont été mis en œuvre par l'assurance maladie dans le champ de l'IVG [21] et de la contraception [22].

CONSÉQUENCES SUR LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES PERSONNES MINEURES DANS LE CHAMP DU VIH

L'absence de garantie effective du droit au secret constitue donc un frein majeur à la prise en charge médicale de personnes mineures diagnostiquées séropositives au VIH. Ces dernières peuvent exprimer le choix de ne pas bénéficier d'actes et de prestations, notamment la délivrance de traitements antirétroviraux (ARV), plutôt que de risquer voir leur prise en charge révélée aux titulaires de l'autorité parentale.

L'absence de garantie effective du droit au secret représente également une difficulté pour la prise en charge des personnes mineures éligibles à un traitement post-exposition (TPE) par les services d'urgence ou les structures externes de consultation des hôpitaux dont des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) hospitalières. Les personnes mineures peuvent exprimer le choix de ne pas bénéficier d'actes et prestations incluant la délivrance d'un TPE plutôt que risquer de voir leur prise en charge révélée.

Près d'une vingtaine de situations problématiques ont été rapportées au Conseil national du sida à l'occasion de la prescription d'un traitement ARV à titre thérapeutique, ou d'un TPE à titre préventif à des personnes mineures. Des solutions empiriques ont été mises en œuvre par les professionnels de santé et ceux du secteur médico-social, en contradiction parfois avec la réglementation et la législation existantes, afin de permettre une prise en charge médicale des personnes mineures et leur assurer une garantie du secret (Cf. Encadré 2).

Encadré 2 : Exemples de solutions empiriques mises en œuvre dans le cadre de la prise en charge des personnes mineures qui souhaitent garder le secret

Dans le cadre de la prise en charge de personnes mineures exposées à un risque de transmission du VIH et dès lors que les conditions énoncées à l'article L. 1111-5 ont été satisfaites, des professionnels de santé ont indiqué la mise en place de stratégies d'anonymisation à différentes étapes de la prise en charge : absence d'inscription au bureau d'entrée du service des urgences, anonymisation de l'ordonnance de prescription d'un TPE. Dans ce cas, les TPE sont pris en charge financièrement, au titre du budget précarité de la structure hospitalière ou du budget des centres de planification ou d'éducation familiale, ou prélevés sur des traitements de récupération rapportés par les patients. Les bilans biologiques de tolérance au traitement, réalisés avant la prescription initiale et dans le cadre du suivi du patient, sont pris en charge par l'assurance maladie dans des conditions de droit commun et l'anonymat peut être impossible à assurer. Dans ce cas, il est recommandé à la personne mineure « d'inventer une raison » pour justifier cette prise en charge auprès de ses parents.

Dans le cadre de la prise en charge de personnes mineures diagnostiquées séropositives au VIH et dès lors que les conditions énoncées à l'article L. 1111-5 ont été satisfaites, des professionnels de santé ont indiqué avoir recherché des solutions avec les directions hospitalières afin de garantir l'anonymat de la prise en charge. En l'absence de réponses satisfaisantes, plusieurs solutions ont été mises en œuvre. Dans le cas de patients suivis dans un département d'outre-mer, le médecin de la prise en charge a informé directement le médecin conseil compétent de l'assurance maladie, qui a pris l'initiative de créer un dossier au nom de la personne mineure concernée pour garantir le secret de sa prise en charge. Dans un autre cas présenté dans un département d'Île-de-France, celui d'une personne mineure née à l'étranger et présentant un risque important d'être « perdue de vue » après la première consultation, l'assistante sociale a réalisé une fausse déclaration de rupture des liens familiaux pour permettre à la personne mineure de bénéficier d'une prise en charge au titre de la couverture maladie universelle (CMU).

Dans le champ du VIH et hors prise en charge de personnes exposées à un risque de transmission, la situation considérée concerne potentiellement un nombre limité de personnes mineures. Pour la période 2003-2013, 550 personnes mineures ont été diagnostiquées positives au VIH, hors cas de transmission de la mère à l'enfant (Cf. Annexe 2), soit en moyenne 50 personnes mineures par an. En outre, toutes les personnes mineures ne souhaitent pas garder le secret sur leur état de santé et le médecin peut opportunément obtenir le consentement du mineur à la consultation des titulaires de l'autorité parentale.

En dépit du nombre limité de cas de personnes mineures diagnostiqués séropositives au VIH et désirant garder le secret, la portée restreinte du droit au secret entraîne des conséquences importantes :

- elle retarde ou empêche une prise en charge médicale précoce de personnes mineures et entraîne, à titre individuel, une perte de chance de succès thérapeutique et à titre collectif, une absence d'effets bénéfiques du traitement comme prévention ;
- elle expose à un risque supplémentaire une population qui cumule plusieurs facteurs de vulnérabilité cliniques, sociaux et comportementaux en raison de son âge (Cf. Annexe 1), mais aussi éventuellement de son orientation sexuelle ou de sa naissance à l'étranger. La très grande majorité des personnes mineures de 15 ans révolus ayant découvert leur séropositivité en 2012 (85 %) sont d'une part des filles ou des garçons nés à l'étranger et contaminés lors de rapports hétérosexuels et d'autre part des garçons contaminés lors de rapports homosexuels [23] (Cf. Annexe 3) ;
- elle complique l'intervention des professionnels de santé et de ceux du secteur médico-social auprès des populations mineures, en l'absence de cadre juridique clair.

RECOMMANDATIONS

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

1. Le législateur a reconnu aux personnes mineures la faculté de s'opposer à la consultation des titulaires de l'autorité parentale pour garder le secret sur leur état de santé dans les circonstances où un traitement ou une intervention s'impose.

Toutefois, cette faculté d'opposition revêt une portée limitée, dans la mesure où le secret de la prise en charge financière des personnes mineures à l'égard des titulaires de l'autorité parentale n'est pas assuré ; le législateur n'a pas prévu de protection du secret comme il en existe pour l'IVG ou la contraception et aucun dispositif d'anonymisation n'a été mis en œuvre.

Le Conseil national du sida a constaté que la garantie du secret de la prise en charge financière des personnes mineures nécessite une évolution de la réglementation ou de la législation, ainsi que la mise en œuvre de dispositifs de protection du secret. La Cnam-TS a indiqué au CNS, au terme de sa mission, être en mesure de proposer une solution provisoire d'anonymisation pour la prise en charge du VIH.

2. L'absence de garantie du droit au secret est susceptible de constituer un frein majeur à la prise en charge médicale du VIH, et d'entraîner des conséquences dommageables pour les intéressés, pour les professionnels de l'accompagnement et du soin ainsi qu'en termes de santé publique.

Au-delà du VIH, et comme énoncé dans l'Avis du Conseil national du sida du 6 mars 2000 [12], « l'absence de secret constitue un obstacle à la prise en charge de tout état ou pathologie, consécutif à des pratiques relevant de l'intimité des personnes mineures et dont ces dernières considèrent que la révélation aux détenteurs de l'autorité parentale serait de nature à jeter sur elles le discrédit et l'opprobre ».

3. Une garantie du secret devrait permettre, par ailleurs, d'améliorer la prévention et le dépistage du VIH, qui reposent sur des dispositifs en permanente évolution et dont l'accessibilité doit être recherchée au bénéfice des personnes mineures.

Plus spécifiquement, les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) communautaires ne sont pas accessibles aux personnes mineures car ils sont réalisés par des non professionnels de santé [24], qui ne peuvent se dispenser du recueil du consentement des titulaires de l'autorité parentale ; cette offre de dépistage, qui s'adresse aux populations les plus exposées au risque de transmission du VIH, est appelée à se pérenniser ; celle-ci propose un accompagnement adapté et constitue un outil pertinent de lutte contre le VIH. Une offre d'autotests de dépistage de l'infection par le VIH sera en outre prochainement accessible, y compris aux personnes mineures, par la voie de la vente en pharmacie ou de la mise à disposition pour les populations exposées les plus vulnérables.

4. En dehors des personnes mineures, le secret de la prise en charge des jeunes majeurs ayants droit de leurs parents et des jeunes majeurs protégés est également susceptible de ne pas être préservé, à l'égard des assurés sociaux dont ils sont les ayants droit.

C'EST POURQUOI LE CONSEIL NATIONAL DU SIDA RECOMMANDE :

1. La garantie du secret de la prise en charge financière et de sa mise en œuvre, pour les personnes mineures qui s'opposent à la connaissance de leur état de santé par les titulaires de l'autorité parentale, ainsi que pour les jeunes majeurs ayants droit de leurs parents, et les jeunes majeurs protégés.

- a. Cette garantie doit être consacrée par un instrument de droit approprié.

- b.** Cette garantie peut notamment reposer sur des dispositifs d'anonymisation des données dans le cadre de l'assurance maladie, à condition que ceux-ci préservent la traçabilité des informations.
- 2.** Une amélioration de la connaissance de leurs droits pour toutes les personnes mineures, ainsi que pour les jeunes majeurs ayants droit de leurs parents et les jeunes majeurs protégés, dans le cadre des interventions de prévention, notamment celles menées par l'Éducation nationale auprès des mineurs scolarisés [25], et, si nécessaire, de la prise en charge des soins.
- 3.** La dérogation au principe du recueil du consentement des titulaires de l'autorité parentale pour la réalisation d'un TROD, dès lors qu'une offre d'accompagnement adaptée est offerte aux personnes mineures.

ANNEXE 1

Les personnes mineures et, au-delà, les jeunes sont exposés à plusieurs facteurs de vulnérabilité spécifiques à leur âge, et pour un grand nombre d'entre eux, à leur entrée dans la sexualité.

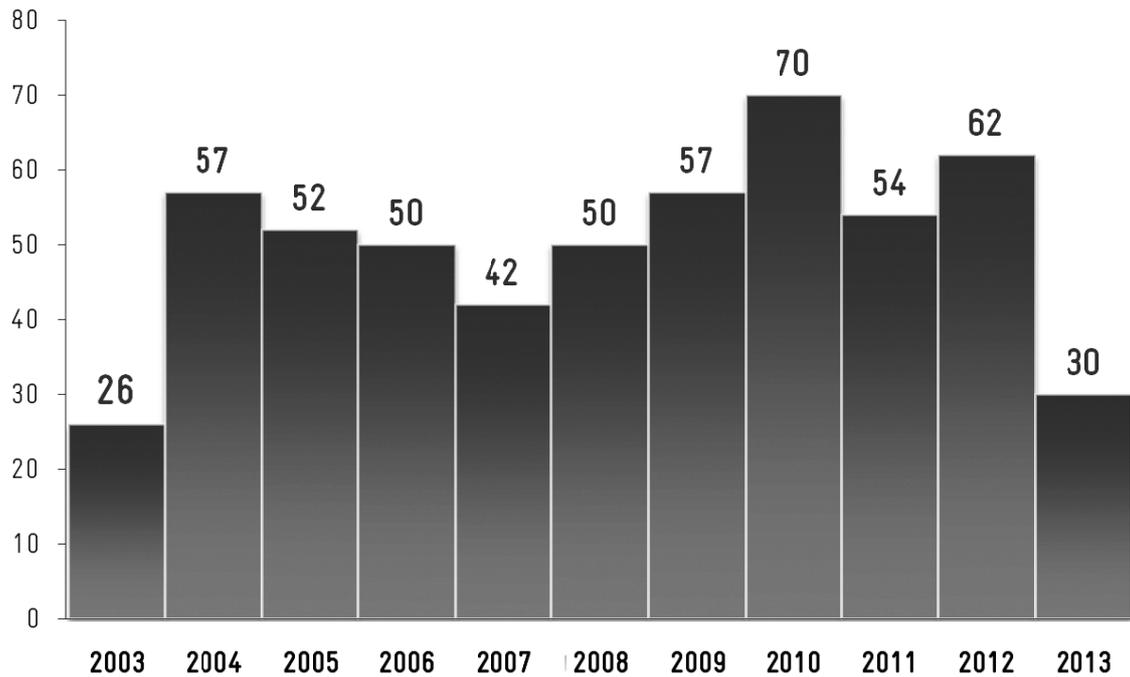
- **L'exposition au risque de transmission du VIH est relativement plus fréquente chez les jeunes que dans les autres classes d'âge.** Le préservatif reste davantage utilisé par les jeunes que par les plus âgés, mais son utilisation est en diminution dans la classe d'âge des 18-30 ans : 34 % des jeunes hommes et 22,7 % des jeunes femmes déclarent avoir utilisé le préservatif à leur dernier rapport sexuel en 2010 contre respectivement 40 % et 30,7 % en 1994 [26]. Selon une enquête menée auprès des usagers de Sida Info Services, les jeunes de moins de 20 ans rapportent plus souvent une pénétration vaginale ou anale non protégée (14 %, soit 2 points de plus que l'ensemble des utilisateurs du service) [27]. Six jeunes de moins de 20 ans sur dix déclarent ne pas avoir utilisé de préservatif (60,6 %, contre 45,4 % des 25-29 ans). Par ailleurs, les filles apparaissent plus souvent exposées aux risques de transmission par pénétration mal ou non protégée (63,4 % des prises de risques sexuels décrites, contre 47,5 % chez les garçons [27].
- **La connaissance des mécanismes de transmission du VIH est moins maîtrisée que dans les autres classes d'âge.** La valeur moyenne du score de connaissance des modes de transmission est plus faible en 2010 qu'en 1994, et cette baisse concerne uniquement les jeunes âgés entre 18 et 30 ans. Depuis 2004, les jeunes appartenant à cette classe d'âge sont les moins nombreux à déclarer connaître dans leur entourage une personne vivant avec le VIH. La plus grande méconnaissance des mécanismes de transmission chez les jeunes indique une moins bonne maîtrise des modes de protection. Une moindre perception de l'efficacité du préservatif est ainsi rapportée chez les jeunes âgés entre 18 et 30 ans : en 2010, seulement 54,5 % des jeunes de cette classe d'âge considèrent le préservatif comme tout à fait efficace [26].
- **La prévalence des infections sexuellement transmissibles, facteurs de transmission du VIH, est particulièrement élevée chez les jeunes.**
 - Une progression importante du nombre d'infections à gonocoques est constatée depuis le début de la décennie 2000 et touche autant les hommes que les femmes. Cette progression témoigne d'une augmentation des comportements sexuels à risque en particulier dans des populations jeunes [28]. L'âge médian des personnes atteintes, recensées entre 2001 et 2012 dans l'un des deux réseaux de surveillance, est de 22 ans chez les femmes et de 29 ans chez les hommes. Cet âge a diminué récemment chez les femmes (de 24 ans entre 2001 et 2009 à 21 ans en 2012) et chez les hommes (de 30 ans entre 2001 et 2009 à 26 ans en 2012) [29].
 - Une progression annuelle régulière du nombre de diagnostics d'infection à Chlamydia trachomatis est constatée depuis le début des années 2000. De 2006 à 2009, une augmentation du nombre de personnes testées, du nombre de diagnostics positifs et du taux de positivité est observée [30]. Les diagnostics réalisés entre 2003 et 2006 ont concerné dans 18 % des cas des personnes de 15 à 19 ans (femmes : 27 %, hommes : 6 %) et dans 43 % des cas des personnes de 20 à 24 ans (femmes : 47 %, hommes : 33 %). L'âge médian des personnes atteintes est de 22 ans chez les femmes et de 26 ans chez les hommes. En 2006, la prévalence

de l'infection à *Chlamydia trachomatis* était de 3 % chez les femmes de 18 à 24 ans (1,6 % chez l'ensemble des femmes de 18 à 44 ans) [31].

- **Les facteurs de risque d'infection par le VIH sont spécifiquement accrus chez les jeunes femmes.** La zone de muqueuse exposée au virus pendant les relations est plus grande chez les femmes et la fragilité des parois vaginales offre de multiples voies d'entrée au virus, particulièrement chez les jeunes filles, dont le col de l'utérus immature et la faible production de mucus vaginal ne procurent qu'une barrière incomplète contre les infections [32].

ANNEXE 2

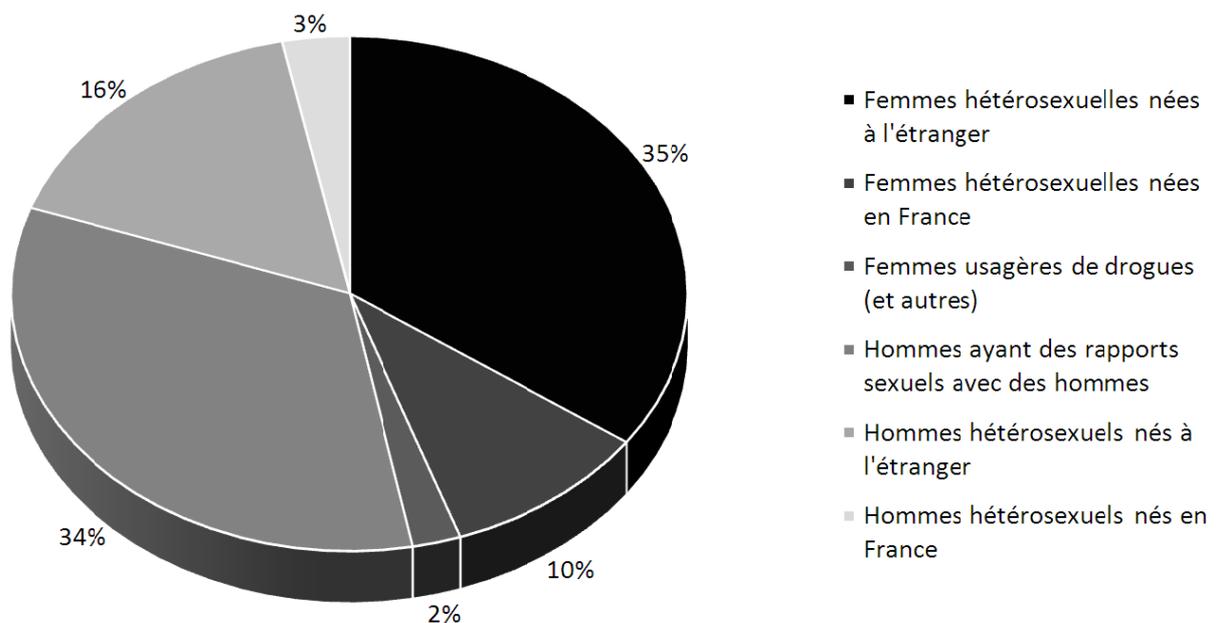
Nombre de nouveaux diagnostics VIH chez des personnes mineures (hors cas de transmission de la mère à l'enfant) entre 2003 et 2013



Source : InVS, données déclaration obligatoire du VIH au 31/12/2013 corrigées pour la sous-déclaration, les délais de déclaration et les valeurs manquantes. Données non publiées.

ANNEXE 3

Caractéristiques des personnes mineures de 15 ans révolus ayant découvert leur séropositivité au VIH en 2012



Source : InVS, données déclaration obligatoire du VIH au 31/12/2012 corrigées pour la sous-déclaration et les délais de déclaration. [23]

RÉFÉRENCES

- [1] Courrier du COREVIH Languedoc-Roussillon en date du 19 mai 2014.
- [2] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- [3] L'ensemble de la consultation est présentée dans le mémoire pour l'obtention du Diplôme d'université en Médiation en santé de Magali Faure, *Autour du cas d'un mineur demandant que le secret sur son état de santé soit garanti vis-à-vis de ses parents, conformément à l'article L. 1111-5 du Code de la santé publique*, Centre européen d'études et de recherche Droit & Santé - université Montpellier 1 - CHRU de Montpellier, juin 2014.
- [4] Articles 371-1 et 371-2 du Code civil.
- [5] Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et a la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.
- [6] Loi n° 74-1026 du 4 décembre 1974 portant diverses dispositions relatives à la régulation des naissances.
- [7] Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.
- [8] Loi n° 90-86 du 23 janvier 1990 portant diverses dispositions relatives à la Sécurité sociale et à la santé
- [9] Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.
- [10] Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la Sécurité sociale pour 2003.
- [11] Projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 5 septembre 2001.
- [12] Conseil national du sida, *L'accès confidentiel des mineurs adolescents aux soins. Rapport suivi d'un Avis et de recommandations*, 6 mars 2000 - http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2000-03-06_rap_fr_prise_en_charge.pdf
- [13] Assemblée nationale, *Extrait du compte-rendu analytique de la 1^{ère} séance du jeudi 4 octobre 2001* : Article 6 (article L.1111-4 du code de la santé publique) du projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- [14] Article L. 1111-5 du Code de la santé publique.
- [15] Article R. 1111-6 du Code de la santé publique.
- [16] Haute autorité de santé, *Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé, Principes généraux*, mai 2012.
- [17] Conseil d'État, 17 novembre 2006, n° 270863.
- [18] Articles L. 322-3 et D322-1 du Code de la sécurité sociale.
- [19] Article L. 5134-1 du Code de la santé publique.
- [20] Articles L. 132-1 et D131-1 du Code de la sécurité sociale.
- [21] D. 131-3 à D. 131-5 du code de la Sécurité sociale ; CIR-49/2003 Cnam-TS, Modalités de prise en charge des IVG des mineures sans consentement parental, Préservation de l'anonymat dans les circuits d'échange ; Circulaire N°DGS/SD 6D du

Avis suivi de recommandations sur la garantie du droit au secret des personnes mineures dans le cadre de leur prise en charge médicale

30/12/2003 relative aux modalités d'application et au suivi de dispositifs mis en œuvre par la loi n° 2001-588 du 4/07/2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception et n° DGS/DHOS/DSS/DREES du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse : pratique des IVG en ville et en établissement de santé.

[22] Pour la délivrance des contraceptifs d'urgence : CIR-16/2002 Cnam-TS, Prise en charge de la contraception d'urgence aux mineures.

[23] Florence Lot *et al.*, « Les jeunes de 15 à 24 ans découvrant leur séropositivité VIH en France », Communication présentée au congrès de l'Alliance française des acteurs de santé contre le VIH et les infections virales (AFRAVIH), Montpellier, 29 avril 2014.

[24] Arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2).

[25] L'amélioration des connaissances des mineurs scolarisés peut être réalisée dans le cadre des actions d'éducation à la sexualité de l'Éducation nationale. Dans son *Avis suivi de recommandations sur le bilan à mi-parcours du plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014* adopté le 15 janvier 2014, le Conseil national du sida avait noté : « Il s'avère impossible d'obtenir la communication du pourcentage des élèves qui ont bénéficié d'un accès trois fois par an à l'éducation à la sexualité tel que prévu par la législation. Il semblerait que l'obligation légale soit très inégalement et partiellement appliquée. »

[26] Leïla Saboni *et al.*, « Vingt ans d'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France métropolitaine. Enquête KABP, ANRS-ORS-Inpes-IReSP-DGS », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 46-47, 2012 p. 525-529.

[27] Sida Info Service Association, *Santé sexuelle des jeunes et e-prévention. Des risques de transmission du VIH/IST aux risques de grossesse : pour une approche préventive globale*, 2014.

[28] Émilie Nguyen *et al.*, « Progression importante des infections à gonocoques en France : données des réseaux Rénago et RésIST au 31 décembre 2009 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 26-28, 2011, p. 301-304.

[29] Guy La Ruche *et al.*, « Évolution des résistances du gonocoque aux antibiotiques en France de 2001 à 2012 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 5, 2014, p. 93-103.

[30] Véronique Goulet *et al.*, « Augmentation du dépistage et des diagnostics d'infections à *Chlamydia trachomatis* en France : analyse des données Rénachla (2007-2009) », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 5, 2014, p. 316-320.

[31] Véronique Goulet *et al.*, « Enquête nationale de prévalence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* (volet NatChla de l'enquête CSF 2006). À quelles personnes proposer un dépistage ? », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 12, 2011, p. 160-164.

[32] Claire Criton, Patricia Fener, *Facteurs de risque de l'infection à VIH/sida chez la femme*, CNRS (Centre national de la recherche scientifique), 2007.

REMERCIEMENTS

La commission « Mineur(e)s » remercie les personnalités entendues dans le cadre de ses auditions.

- Magali FAURE, coordinatrice administrative du comité de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH Languedoc-Roussillon
- Eric MARTINEZ, directeur des affaires juridiques et droits des patients, centre hospitalier régional universitaire de Montpellier
- François VIALLA, professeur de droit, directeur du Centre européen d'études et de recherche Droit et Santé, université de Montpellier 1

La commission remercie également les autorités et structures publiques ainsi que leurs représentants qui ont répondu favorablement à la demande d'entretien présentée par la commission.

CABINET DE LA MINISTRE DE LA SANTÉ :

- Catherine BISMUTH, conseillère en charge de la santé publique
- Mathilde MARMIER, conseillère en charge des questions de société, des droits des usagers, de la santé mentale et des populations vulnérables

DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE :

- François GODINEAU, chef de service, adjoint au directeur
- Dominique GENIEZ, conseillère juridique
- Nina VASSILIEFF, bureau Couverture maladie universelle et prestations de santé

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS :

- Dominique MARTIN, bureau des prises en charge post aiguës, pathologies chroniques et santé mentale

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ :

- Frédérique DOUMA, bureau Infection par le VIH, IST et hépatites

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS :

- Pierre GABACH, département des Pathologies Lourdes

DÉFENSEUR DES DROITS :

- Bruno LANDI, pôle santé, coordinateur médical
- Vanessa PIDERI, pôle santé
- Pierre-Alexis MAINGON, pôle santé
- Maryne OEUVRARD, pôle défense des droits de l'enfant
- Marie-Isabelle MARTINEZ, pôle protection sociale et solidarité

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS :

- Irène KAHN-BENSAUDE, vice-présidente

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE :

- Stéphane LE VU, département des maladies infectieuses

La commission remercie enfin les professionnels du soin et du champ médico-social qui ont bien voulu répondre à ses questions sur la prise en charge des personnes mineures.

AVIS SUIVI DE RECOMMANDATIONS SUR LA PÉNALISATION DE LA TRANSMISSION SEXUELLE DU VIH EN FRANCE

Le présent Avis a été adopté par le Conseil national du sida, réuni en séance plénière le 19 février 2015, à l'unanimité des membres présents moins une abstention.

Membres de la commission « *Pénalisation* » :

- Philippe Gaudin, *président de la commission*
- Jean-Pierre Couteron
- Pierre-Yves Geoffard
- André Guimet
- Jean-Pierre Dozon
- Jean Massot
- Pierre Mathiot
- Sandrine Musso
- Patrick Yeni

Rapporteurs :

- Michel Celse
- Laurent Geffroy

PRÉAMBULE

Dans de nombreux pays, selon leurs systèmes judiciaires respectifs et sur des fondements légaux divers, la responsabilité pénale des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) peut être recherchée en cas de transmission du virus à autrui, d'exposition d'autrui au risque de transmission ou encore, parfois, pour non-divulgation du statut sérologique au partenaire préalablement à des relations sexuelles.

Au-delà de différences considérables concernant l'intensité des poursuites, la délimitation du champ des actes répréhensibles et la sévérité plus ou moins grande des peines encourues et prononcées, un renforcement de la pénalisation est observé au plan international depuis les années 2000, se traduisant par une augmentation sensible à la fois du nombre global des procédures visant des PVVIH pour des faits liés au risque de transmission du virus et du nombre de pays dans lesquels des poursuites sont constatées.

En France, hormis une première condamnation passée relativement inaperçue en 1999, l'émergence de la problématique se cristallise essentiellement, en 2004 et 2005, autour de la condamnation à six années de prison d'un homme accusé d'avoir contaminé deux anciennes compagnes auxquelles il avait dissimulé sa séropositivité. L'affaire avait suscité une vive controverse opposant les associations de lutte contre le VIH aux plaignantes et aux associations de victimes.

C'est dans ce contexte que le Conseil national du sida avait émis, en avril 2006, un premier *Avis sur la pénalisation de la transmission sexuelle du VIH*. [1] L'irruption du recours à la réponse pénale apparaissait alors comme un phénomène marginal. Il bousculait cependant fortement les concepts et les valeurs qui constituaient une culture partagée par la plupart des acteurs de la lutte contre le sida. Dans cet *Avis*, le Conseil s'interrogeait principalement sur les conséquences des procès sur les principes fondateurs de la prévention de la transmission du VIH, et recommandait un renforcement global des politiques de prévention.

Depuis lors, plus d'une vingtaine d'affaires ont été jugées en France et le traitement pénal des faits de transmission et/ou d'exposition au risque de transmission repose sur une jurisprudence stable. Par ailleurs, les progrès de la recherche ont transformé les outils et les stratégies de prévention. En dépit de ces évolutions, l'attention accordée aux questions juridiques, éthiques et sanitaires complexes que pose le recours à la justice pénale en matière de transmission sexuelle du VIH est demeurée faible, tant de la part des pouvoirs publics que des acteurs associatifs de la lutte contre le sida.

Cette situation contraste avec le portage fort dont bénéficient ces questions dans d'autres contextes nationaux, notamment européens, et plus globalement dans les différents forums internationaux de la lutte contre le VIH. Un important travail d'investigation et d'élaboration d'un corpus de recommandations a été conduit par différentes organisations internationales, en particulier par des agences de l'ONU.[2]

Pour cet ensemble de raisons, et constatant les limites de l'approche et des recommandations émises en 2006 au regard des évolutions intervenues, le Conseil national du sida a jugé pertinent de se saisir à nouveau de la question de la pénalisation de la transmission sexuelle du VIH. À cet effet, une commission *ad hoc* a été formée, avec pour mission d'évaluer, en France, les modalités juridiques et les conséquences sociétales et sanitaires de la pénalisation de la transmission sexuelle du VIH, et de l'exposition au risque non suivie de transmission. Le choix a été opéré de considérer uniquement l'aspect pénal des procédures et d'écarter le volet civil, relatif à l'indemnisation, qui leur est généralement attaché, mais représente un champ d'investigation distinct et spécifique. Un rapport, à paraître ultérieurement, présentera l'ensemble des observations et analyses de la commission.

Considérant les fondements légaux et l'état de la jurisprudence, le présent *Avis* entend contribuer à la réflexion sur les faits de pénalisation de la transmission et de l'exposition au risque de transmission du VIH, au-delà du cadre binaire qui oppose partisans et adversaires du recours à la justice pénale. Ses préconisations, adressées aux pouvoirs publics, aux acteurs de la lutte contre le VIH ainsi qu'à l'ensemble de la population sexuellement active, visent à réduire le risque pénal encouru par les PVVIH, à améliorer le traitement pénal de l'infraction si une procédure judiciaire est engagée et, enfin, à limiter d'éventuels effets négatifs sur la politique de prévention.

I. TRANSMISSION ET RISQUE DE TRANSMISSION SEXUELLE DU VIH : À QUELLES CONDITIONS LA RESPONSABILITÉ PÉNALE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH PEUT-ELLE ÊTRE ENGAGÉE ?

Mesurer les phénomènes de recours à la justice pénale pour des faits de transmission ou d'exposition au risque de transmission du VIH se heurte à la rareté et au caractère partiel des données disponibles. Les investigations conduites permettent cependant d'avancer deux indicateurs, l'un relatif au nombre de plaintes déposées, le second concernant le nombre de procédures ayant prospéré jusqu'à la tenue d'un procès.

UN NOMBRE NON NÉGLIGEABLE DE PLAINTES, MAIS UN NOMBRE FAIBLE DE PROCÈS

Les sources administratives et judiciaires disponibles ne permettent pas de décompter ou d'estimer le nombre total de plaintes déposées pour ce type de faits. Un ordre de grandeur du nombre de plaintes peut cependant être établi à partir des données de l'enquête ANRS-Vespa2, réalisée dans un échantillon représentatif de l'ensemble de la population suivie pour le VIH en 2011 à l'hôpital.[3]

Cette enquête montre en premier lieu qu'un peu plus d'une personne vivant avec le VIH sur dix déclare avoir été tentée de porter plainte contre la personne qu'elle estimait être à l'origine de sa contamination. L'idée de recourir à la justice pour faire reconnaître la responsabilité d'un partenaire n'apparaît donc pas exceptionnelle, même si elle demeure largement minoritaire parmi les PVVIH. Sa réalisation s'avère cependant beaucoup plus rare, avec 1,4 % des PVVIH interrogées déclarant avoir effectivement porté plainte. Sur la base de ces données déclaratives, on peut estimer un ordre de grandeur de 1500 à 2000 plaintes qui auraient pu être déposées au total depuis le début de l'épidémie.

En regard de ce nombre non négligeable de plaintes, le nombre de poursuites ayant prospéré jusqu'à la tenue d'un procès pénal apparaît faible. Un recensement empirique de l'ensemble des affaires jugées, qui peut être considéré comme quasi-exhaustif, a permis d'identifier au total 23 procédures ayant abouti à des procès, dans une période allant jusqu'à la fin de l'année 2014, à partir de la première affaire de ce type, jugée en 1998, puis en appel en 1999. Toutes ces procédures ont débouché sur la condamnation du prévenu.[4]

Au cours de cette période de 17 années, la fréquence des procès est passée de trois en dix ans (1998-2007) à 20 pendant les sept dernières années (2008-2014). Cette évolution doit être considérée avec prudence compte tenu du faible nombre d'affaires et du fait que les délais de procédures entre une plainte initiale et un éventuel procès peuvent être très variables. Elle suggère néanmoins une augmentation sensible du nombre d'affaires aboutissant devant les tribunaux à partir de la fin des années 2000. Il n'est pas établi dans quelle mesure cette progression résulte d'une augmentation du nombre de plaintes déposées ou d'une propension plus forte de l'institution policière et judiciaire à entendre et donner suite aux plaintes déposées pour des faits concernant la transmission du VIH.

En tout état de cause, les procès pour transmission et/ou exposition au risque de transmission du VIH demeurent numériquement exceptionnels quand on les rapporte à différents ordres de grandeur de l'épidémie. On compte ainsi en moyenne près de trois procès par an depuis 2008 pour environ 7000 à 8000 nouvelles contaminations par le VIH chaque année.[5] Au sein d'une population estimée en 2010 à environ 120 000 PVVIH et connaissant leur infection,[6] l'ensemble des affaires jugées depuis 1998 a concerné au total 34 personnes reconnues victimes et conduit à la mise en cause et la condamnation de 22 personnes.

UNE JURISPRUDENCE STABLE SUR LE FONDEMENT DE L'INFRACTION D'« ADMINISTRATION DE SUBSTANCES NUISIBLES »

En France, à la différence de certains pays, la sanction pénale de faits de transmission du VIH ne se fonde pas sur une législation spécifique à cette pathologie ou à un ensemble de maladies transmissibles. L'adoption d'une telle législation, après avoir été brièvement envisagée, a été clairement écartée par le législateur en 1991. C'est par conséquent sur la base de la législation pénale existante que des poursuites visant la transmission du VIH ont été engagées et des condamnations prononcées (Cf. Encadré 1).

Après quelques hésitations initiales sur la qualification à retenir, une jurisprudence stable s'est établie sur le fondement de l'infraction d'« administration de substances nuisibles ayant entraîné une atteinte à l'intégrité physique ou psychique d'autrui » (ASN), prévue à l'article 222-15 du Code pénal. Retenue en 1999 dans un arrêt de la cour d'appel de Rouen qui marque la première condamnation définitive pour des faits de transmission du VIH, cette qualification, confortée à deux reprises par la Cour de cassation en 2006 et 2010, constitue la base légale de toutes les procédures engagées depuis lors.

Il est à noter qu'on ne relève pas d'exemples de procédures sur le fondement de l'ASN concernant la transmission d'autres pathologies infectieuses que le VIH. Cela n'est pas un effet de la législation pénale en elle-même, mais d'une absence de recours judiciaires intentés par des personnes confrontées à la contamination par d'autres agents infectieux.

Encadré 1 : Le déclenchement des poursuites pénales

Le déclenchement de poursuites pénales relève du ministère public.

Des poursuites ont été déclenchées **à la suite du dépôt d'une plainte** auprès des services de police, de gendarmerie ou auprès du procureur de la République. Il appartient au ministère public d'en examiner les suites : le déclenchement de poursuites, la mise en œuvre d'une procédure alternative aux poursuites ou le classement sans suite, susceptible de recours. Le retrait de la plainte par le plaignant n'entraîne pas l'interruption des poursuites, si celles-ci ont été engagées.

Des poursuites ont aussi été déclenchées **à la suite de la découverte d'autres victimes** dans le cadre d'investigations d'une instruction. Le ministère public est fondé à poursuivre les cas incidents et à les joindre à la procédure indépendamment de la volonté des victimes de porter plainte ou non.

L'ÉLÉMENT MATÉRIEL

L'élément matériel requis pour qualifier l'infraction d'ASN est double. En premier lieu, il faut qu'une substance nuisible soit administrée. Ceci est constitué par le fait, pour une personne porteuse du VIH, d'avoir une relation sexuelle non protégée avec son ou sa partenaire, la substance nuisible étant en l'espèce formée par les sécrétions sexuelles ou les fluides corporels infectés par le virus, et son administration résultant de l'absence de protection de la relation sexuelle. Si les pratiques de pénétration anale ou vaginale non protégées par le préservatif d'une part et le sperme ou les sécrétions vaginales d'autre part sont, respectivement, le mode d'administration et les substances nuisibles les plus souvent en cause, il est important de noter que d'autres pratiques, comme la fellation non

protégée par le préservatif, et d'autres substances, comme le liquide pré-séminal, peuvent être et ont parfois été retenues pour constituer l'infraction.

En second lieu, il faut, au titre de l'élément matériel, que l'administration de la substance nuisible entraîne une atteinte à l'intégrité physique ou psychique d'autrui. En cas de transmission du virus, l'infection par le VIH qui en résulte constitue indubitablement une atteinte à l'intégrité *physique* de la victime. À cet égard, les progrès thérapeutiques, en réduisant considérablement les conséquences délétères de la contamination sur la santé de la victime, réduisent la sévérité de l'atteinte à l'intégrité physique mais ne la remettent pas en cause : le caractère incurable de l'infection, son retentissement irréversible sur l'organisme, la nécessité de suivre à vie un traitement lourd ou encore son impact sur les conditions de la procréation demeurent autant d'éléments constitutifs de l'atteinte physique. Enfin, deux affaires récentes ont montré que l'infraction pouvait être qualifiée dans des cas où certaines victimes ont été exposées par l'auteur au risque de transmission, mais n'ont cependant pas été contaminées. Dans ces cas, c'est l'atteinte à l'intégrité *psychique* des victimes qui a été retenue. Celles-ci ont en effet invoqué le choc psychologique et l'angoisse éprouvés en apprenant le risque auquel elles avaient été exposées.

L'ÉLÉMENT MORAL

La question de l'élément dit « moral » ou « intentionnel » nécessaire à caractériser l'infraction est plus complexe. La répression pénale de l'ASN s'inscrit dans celle, plus générale, des violences volontaires, dont elle constitue une modalité particulière. La notion d'infraction volontaire, dans le langage juridique, n'implique pas que le résultat de l'infraction ait été voulu par l'auteur. Le caractère volontaire de l'infraction s'attache simplement au fait que l'auteur a délibérément décidé d'agir d'une manière que la loi – qu'il est censé ne pas ignorer – définit comme répréhensible.

En l'espèce, la personne qui, se sachant séropositive au VIH et connaissant les modes de transmission du virus, décide malgré cela de s'engager dans une relation sexuelle sans la protéger, agit volontairement, et en cela commet l'infraction d'ASN. Ainsi, dans l'arrêt de la cour d'appel de Rouen mentionné plus haut, le juge relève que le prévenu, n'ignorant pas sa séropositivité au VIH et ne pouvant méconnaître le danger de transmission du virus par le sperme, a ainsi « délibérément administré un produit en parfaite connaissance du caractère nuisible de la substance administrée ». Ce raisonnement juridique, confirmé dans les affaires ultérieures et, dans deux cas, jusque devant la Cour de cassation, pose que l'élément moral de l'infraction est suffisamment constitué dès lors que l'auteur a *conscience de commettre un fait répréhensible*, sans qu'il soit nécessaire que celui-ci ait *l'intention de causer un dommage*. Au terme de cette jurisprudence, il suffit donc de montrer que l'auteur a connaissance de sa séropositivité au moment des faits pour caractériser l'intention délictueuse.

Au-delà de ce critère minimal de la conscience des conséquences possibles de l'acte, celui-ci peut s'accompagner de différents degrés d'intentionnalité, qui ne sont pas nécessaires pour caractériser l'infraction, mais peuvent être pris en compte dans l'appréciation de la gravité de la faute. C'est donc sur le plan de la fixation de la peine à l'intérieur de la fourchette définie par le Code (Cf. Encadré 2) qu'il pourra être distingué entre, par exemple, le cas d'un auteur qui fait usage d'un stratagème en produisant des résultats de sérologie falsifiés pour convaincre son/sa partenaire de renoncer à l'usage du préservatif, de celui où l'auteur tait sa séropositivité dans un contexte où la question de la protection n'est pas abordée entre les partenaires. Le Code définit lui-même certaines circonstances aggravantes.

Encadré 2 : La gradation des peines encourues au titre de l'ASN

Le Code pénal distingue les peines selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité physique ou psychique de la victime résultant de l'infraction d'ASN.

L'ASN ayant entraîné la contamination par le VIH est généralement qualifiée au titre de l'article 222-9 relatif aux violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente. Elle constitue un délit passible de 10 années d'emprisonnement et de 150 000 € d'amende ou, si une ou plusieurs des circonstances aggravantes prévues à l'article 222-10 sont caractérisées, un crime passible de 15 ans de réclusion et 150 000 € d'amende.

L'ASN ayant entraîné l'exposition au risque de transmission du VIH est qualifiée au titre de l'article 222-13 relatif aux violences ayant entraîné une incapacité de travail inférieure ou égale à huit jours ou n'ayant entraîné aucune incapacité de travail. Elle constitue une infraction passible d'une contravention de 5^e classe ou, si une ou plusieurs des circonstances aggravantes prévues à l'article 222-10 sont caractérisées, un délit passible de trois années d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Les circonstances aggravantes concernées tiennent soit à la qualité de la victime, comme le fait d'être le conjoint, le concubin ou le partenaire de PACS du prévenu, soit au comportement du prévenu, par exemple si celui-ci a agi avec préméditation.

TOUTE RELATION SEXUELLE NON PROTÉGÉE ENTRE PARTENAIRES SÉRODIFFÉRENTS ENGAGE POTENTIELLEMENT LA RESPONSABILITÉ PÉNALE DE LA PERSONNE SÉROPOSITIVE

Les fondements légaux et les éléments de jurisprudence précédemment exposés permettent de clarifier les conditions dans lesquelles, en France, la responsabilité pénale des PVVIH peut se trouver engagée. Pour être caractérisé en droit, le délit d'ASN requiert uniquement deux conditions : le fait que la personne séropositive au VIH ait une relation sexuelle non protégée avec un(e) partenaire non infecté(e), lui faisant courir le risque de contracter le virus ; le fait que la personne séropositive agisse en connaissance de ce risque. Plusieurs conséquences en termes de délimitation du champ des actes répréhensibles et de risque pénal pour les PVVIH doivent être relevées :

- **L'exposition simple au risque de transmission du VIH constitue un délit susceptible de donner lieu à des poursuites et à une condamnation.** Jusqu'à présent, des condamnations pour exposition simple n'ont été prononcées que de façon incidente dans des affaires comprenant à titre principal une condamnation pour des faits de transmission effective du virus à au moins une victime. En outre, ces affaires ont été caractérisées par leur gravité (état de récidive du prévenu, circonstances aggravantes).
- **Une relation sexuelle non protégée entre partenaires sérodifférents constitue un délit commis par le partenaire séropositif, y compris quand le partenaire séronégatif est informé du risque auquel il s'expose et y consent.** Dans les faits, la dissimulation par l'auteur de sa maladie est au cœur des procédures existantes, qu'elle repose sur la simple omission, le mensonge explicite ou l'usage de stratagèmes destinés à tromper le ou la partenaire. En droit, le caractère délictueux de la relation sexuelle non protégée ne dépend pourtant ni de la dissimulation commise par le prévenu ni du consentement de la victime, celui-ci ne pouvant exonérer l'auteur de sa responsabilité selon un principe fondamental du droit pénal.

- **La connaissance formelle par l'auteur de sa séropositivité au VIH préalablement aux faits n'est pas une condition absolue pour qualifier le délit.** La responsabilité du prévenu peut être engagée au regard de comportements à risque de nature à laisser supposer que la personne mise en cause avait une connaissance probable de sa séropositivité. Dans les procédures existantes, la séropositivité de l'auteur antérieurement aux faits est généralement attestée par une sérologie positive ou une prise en charge médicale du VIH. Toutefois, l'élément moral exigé pour qualifier le délit d'ASN peut consister dans le fait de prendre sciemment le risque de transmettre le virus à autrui, indépendamment de la connaissance formelle du statut sérologique.
- **La mise en œuvre d'une protection de la relation sexuelle autrement que par l'utilisation systématique de préservatifs présente un risque pénal.** La notion de relation sexuelle protégée s'entend de façon certaine comme l'utilisation systématique du préservatif, y compris dans les pratiques de fellation. La recevabilité d'autres moyens de prévention, en particulier la protection que confère la prise de traitements antirétroviraux (ARV), demeure incertaine, les tribunaux n'ayant pas eu à statuer sur de tels cas. Si une contamination consécutive à la rupture accidentelle du préservatif pourrait être considérée comme un cas de force majeure et exonérer l'auteur de sa responsabilité, un échec de prévention par le traitement ne serait pas nécessairement appréhendé de manière analogue, certains juristes le qualifiant d'aléa non exonératoire.

Le nombre modeste de procédures judiciaires ayant abouti à un procès tend à montrer que les parquets et les magistrats instructeurs ont jusqu'ici fait preuve de prudence et de mesure dans l'appréciation de l'opportunité de poursuivre des faits liés au risque de transmission du VIH et dans leur qualification. Le nombre d'affaires jugées a cependant augmenté depuis quelques années et les circonstances des faits poursuivis se sont diversifiées. L'analyse juridique, confortée par l'observation de certaines affaires récentes et représentant des cas-limites, montre par ailleurs que le champ des actes susceptibles d'être réprimés sur le fondement de l'ASN est potentiellement plus étendu que la majorité des affaires ne le laisserait supposer. [Cf. **Recommandations** : alerte 1]

II. UN DÉVELOPPEMENT DES RECOURS EN JUSTICE QUI INTERVIENT PARADOXALEMENT DANS UN CONTEXTE DE « NORMALISATION » DE LA MALADIE

L'émergence et le développement de procédures pénales en matière de transmission du VIH n'est pas le produit d'une évolution de la législation pénale applicable ni de la jurisprudence. Les procédures pénales ne se développent, ou en tout cas ne prospèrent, qu'à partir des années 2000, et principalement dans la seconde moitié de la décennie, soit dans une période postérieure à la phase la plus aiguë de l'épidémie, quand celle-ci perd certaines de ces caractéristiques exceptionnelles initiales.

Le phénomène interroge donc les déterminants des recours en justice dans un contexte de relative normalisation de la maladie, qui en transforme certaines représentations sociales et interroge plusieurs fondamentaux de la réponse que la société avait élaborée. L'examen qualitatif des affaires jugées en France permet de cerner un certain nombre de caractéristiques des personnes impliquées dans les recours judiciaires et des circonstances des faits ayant donné lieu à des poursuites.

ÉMERGENCE DE LA RÉPONSE PÉNALE ET MUTATIONS DE L'ÉPIDÉMIE

Les recours en justice interviennent dans un contexte de relative normalisation à la fois thérapeutique et épidémiologique de l'épidémie (Cf. Encadré 3), qui en transforme certaines représentations sociales et remet en cause les fondamentaux de la réponse que la société avait élaborée.

Encadré 3 : Un contexte thérapeutique et épidémiologique transformé

L'arrivée de traitements ARV efficaces, disponibles en France à partir de 1996, marque la fin l'impuissance médicale face au sida. Le recul de la mortalité et l'amélioration de l'état de santé bouleversent les perspectives de vie des personnes atteintes. La distinction entre la séropositivité et le stade sida s'efface au profit d'un discours sur l'infection par le VIH en tant que maladie chronique. En outre, les caractéristiques de l'épidémie évoluent : initialement circonscrite à des groupes sociaux étroitement identifiés (homosexuels masculins, hémophiles et toxicomanes), l'épidémie connaît une certaine « normalisation ». Celle-ci se féminise et la transmission hétérosexuelle devient majoritaire.

La diffusion du virus au-delà des groupes initialement identifiés n'a été prise en compte que tardivement. Des questions telles que la sexualité des usagers de drogues ou la bisexualité masculine sont demeurées longtemps impensées. En outre, les actions en faveur des femmes ont d'abord été envisagées au seul titre, d'une part, des situations de prostitution et, d'autre part, du risque de transmission à l'enfant lors de la grossesse. La prise en compte de l'épidémie dans ses dimensions spécifiquement hétérosexuelles et féminines émerge seulement au tournant des années 2000. Elle se traduit par des mobilisations d'associations visant à faire entendre les « oubliés » de la lutte contre le sida, parmi lesquels les « migrants » et « les femmes », ainsi que par le développement de programmes d'action publique prioritaires en direction des femmes.

Paradoxalement, c'est à partir du moment où des traitements permettent de diminuer considérablement le préjudice de santé entraîné par une contamination par le VIH et où le pronostic vital s'inverse que se développent les recours judiciaires. Il se pourrait

cependant que ces progrès, précisément, aient favorisé l'émergence des recours en justice sur le plan des perceptions et représentations symboliques de la maladie. Pour qui pensait la contamination en termes de coupables et de victimes, le caractère fatal de la maladie pouvait représenter, sinon une forme de justice immanente, puisqu'il demeurerait injuste que la victime subisse le même sort que le coupable, du moins la certitude de la sanction du coupable, promis à la souffrance et à la mort. La question de demander justice se pose ainsi à partir du moment où la maladie cesse de signifier une mort proche et certaine.

La faible prise en compte des femmes hors groupes à forte exposition au risque dans la réponse à l'épidémie représente un autre élément essentiel du contexte qui voit émerger les premiers recours en justice. Ceux-ci sont en effet portés par quelques femmes qui se mobilisent en marge du monde associatif historique de la lutte contre le VIH et sur des bases qui marquent une rupture profonde avec la culture de cette lutte.

LES QUESTIONS POSÉES AU MODÈLE HISTORIQUE DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

En 2003, à Marseille, un petit groupe de femmes séropositives s'organise au sein d'une association, « Femmes Positives ». Elles ont en commun d'avoir été contaminées dans le cadre d'une relation de couple stable par un partenaire qui avait connaissance de sa séropositivité et la leur a dissimulée. La démarche judiciaire à l'encontre de leurs anciens compagnons met essentiellement deux éléments en avant. Le premier est le sentiment d'avoir été trahies, dans le cadre d'une relation de couple stable, fondée sur la confiance mutuelle, par un partenaire qui les a sciemment entretenues dans l'ignorance du risque qu'il leur faisait courir. Le second est le sentiment d'être des « ni, ni », c'est-à-dire d'avoir évolué dans une absence de conscience du risque de contamination du fait d'une non-appartenance aux « groupes à risques ».[7]

La revendication de la démarche pénale a ainsi eu pour effet d'opérer une double rupture :

- en premier lieu, elle a remis en cause deux principes cardinaux sur lesquels s'était initialement constituée la réponse à l'épidémie : la solidarité entre les personnes atteintes et le refus de distinguer entre des malades « victimes », qui *auraient été* contaminés, quand d'autres, par leurs choix de vie, *se seraient* contaminés. Alors que les mobilisations de personnes atteintes avaient jusque-là affirmé la dimension politique de la crise du sida et visé les manquements et la responsabilité de la collectivité et de l'État dans le développement de l'épidémie, la démarche pénale a resitué l'enjeu sur le terrain de la responsabilité individuelle, et conduit à opposer des malades à d'autres malades. Du point de vue pénal, la responsabilité est par nature indivisible et l'effet du procès est de signifier, avec la solennité de la loi, qu'une transmission du virus implique un coupable ;
- en second lieu, la démarche judiciaire, par la réduction des enjeux de la transmission à la dimension de la responsabilité pénale, a brisé la fiction utile sur laquelle s'était construit le paradigme préventif initialement développé face au VIH/sida, qui postulait une position égale des partenaires, sans égard pour leur statut sérologique respectif, face à l'impératif de protéger leurs relations sexuelles. Les femmes engagées dans des recours judiciaires ont révélé que, en population majoritaire éloignée des enjeux du VIH, cette égalité de principe restait inaudible, et illusoire quant à l'idéal démocratique qu'elle suppose dans les relations entre les partenaires.

Le positionnement de l'association « Femmes Positives » et la démarche judiciaire qu'elle promeut ne concernent cependant qu'une minorité de femmes séropositives. Dans le même temps, des femmes séropositives, qui s'organisent au sein des principales associations de lutte contre le sida ou en partenariat avec des associations féministes, expriment leur refus de la démarche pénale.

QUI RECOURT À LA RÉPONSE PÉNALE ?

Les données recueillies sur les 23 prévenus et les 34 victimes parties aux procédures judiciaires permettent d'établir leur appartenance aux groupes socio-épidémiologiques classiquement distingués dans l'épidémiologie du VIH.[4] Les profils des personnes impliquées dans les affaires révèlent quatre caractéristiques principales des recours judiciaires :

- une **nette surreprésentation des affaires concernant des cas de transmission hétérosexuelle du virus**, retrouvée dans plus des trois quarts des procédures, par rapport à la part de ce mode de transmission dans l'épidémie. Inversement, les cas de transmission homosexuelle apparaissent sous-représentés. Alors que près de 45 % des personnes suivies pour le VIH en France en 2011 sont des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH)[8], ceux-ci ne sont impliqués qu'en proportion moitié moindre dans les affaires ;
- une **partition par sexe extrêmement marquée entre auteurs et victimes** dans les affaires de transmission hétérosexuelle : à seulement deux exceptions près, les prévenus sont des hommes et les plaignantes des femmes ;
- une **sous-représentation importante des personnes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne** dans les procédures en regard de leur part importante dans l'épidémie chez les hétérosexuels. Les hommes hétérosexuels mis en cause ne sont que pour un quart d'entre eux des immigrés d'Afrique subsaharienne alors qu'ils représentent 40 % des hommes hétérosexuels pris en charge en France pour le VIH. De manière encore plus saillante, les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne sont quasi absentes parmi les femmes plaignantes (1 sur 26), quand elles représentent 54 % des femmes hétérosexuelles prises en charge pour le VIH en France ;[8]
- les **circonstances des contaminations incriminées sont, dans la quasi-totalité des affaires, des relations de couple**, ou du moins conçues et perçues comme telles par les victimes. Dans de rares cas, il s'agit de couples mariés ; le plus souvent, de relations de concubinage ou en tout cas caractérisées par une certaine stabilité et durée. Les affaires impliquant des relations entre hommes procèdent de la même configuration. Les plaignants sont le plus souvent des hommes investissant une forte valeur dans la relation de couple et assez éloignés des scènes homosexuelles privilégiant des cultures sexuelles multipartenaires.

Il existe donc un décalage sensible entre les profils des personnes impliquées dans les affaires et la structure de la population vivant avec le VIH. Paradoxalement, la plupart des prévenus, et plus encore des victimes, n'appartiennent pas aux groupes de population les plus touchés par l'épidémie et sont issus de la population majoritaire, au sein de laquelle la prévalence du VIH est faible. Cette spécificité signale l'enjeu de poursuivre les actions en prévention au bénéfice de la population générale, en complément des actions menées auprès des PVVIH et des groupes les plus exposés au risque de transmission. Compte tenu de leur rôle historique et de leur place centrale dans les dispositifs de prévention, les associations de lutte contre le VIH/sida doivent pouvoir contribuer à offrir une réponse adaptée en tenant compte des caractéristiques des publics concernés par le recours à la réponse pénale. [Cf. **Recommandations** : *Rappels 1 et 3, Recommandation 4*]

III. LES EFFETS DE LA PRATIQUE JUDICIAIRE AU REGARD DES PRINCIPES ET OBJECTIFS DE LA JUSTICE PÉNALE

LES ENJEUX D'UNE PROCÉDURE ÉQUITABLE

Dans les affaires de transmission ou d'exposition au risque de transmission du VIH, le caractère sexuel et affectif des liens ayant précédemment uni les parties et l'exposition de détails extrêmement intimes qu'implique l'investigation des faits contribuent à une prégnance particulière de la dimension émotionnelle au cours de la procédure, tout particulièrement lors du procès. Le jeu des représentations sociales attachées à la contamination par le VIH contribue également à lester ces affaires d'un poids symbolique et moral particulier, que la médiatisation vient, dans certains cas, encore renforcer.

Or, l'instruction des affaires de ce type revêt une complexité technique indéniable compte tenu des difficultés à investiguer et prouver des faits de transmission du virus d'une personne à une autre. Il est donc essentiel, pour l'équité de la procédure et le respect des droits des personnes mises en cause, que celles-ci bénéficient d'une instruction rigoureuse, impartiale et de qualité. L'observation de différentes affaires révèle plusieurs difficultés.

LES CONDITIONS D'UNE INSTRUCTION DE QUALITÉ

Les opérations d'enquête conduites par les officiers de police judiciaire dans le cadre de l'information judiciaire constituent une étape particulièrement délicate de la procédure. L'investigation de faits présumés d'exposition et/ou de transmission du VIH implique d'une part d'explorer l'histoire médicale respective des parties, et d'autre part de chercher à connaître les comportements sexuels ainsi qu'à dater les relations sexuelles du prévenu avec la victime et, le cas échéant, avec d'autres partenaires. La chronologie des rapports et les détails des pratiques sexuelles impliquées ainsi que des mesures de réduction du risque de transmission éventuellement mises en œuvres constituent autant d'éléments dont la portée peut s'avérer ensuite décisive pour soutenir ou mettre en doute l'imputabilité de la transmission ou de l'exposition au risque.

Il apparaît donc indispensable que les enquêteurs en charge de rechercher et interroger les partenaires et ex-partenaires du prévenu et/ou le cas échéant de la victime disposent d'une base de connaissances correctes et actualisées relativement à l'infection par le VIH, ses modes de transmission et les moyens de prévention. Un travail d'enquête guidé ou influencé par certains préjugés ou des présupposés scientifiquement erronés de la part des enquêteurs ou du magistrat instructeur peut conduire à fonder l'accusation sur des bases discutables, ou, inversement, à méconnaître l'utilité d'engager certaines investigations ou expertises.

Le recueil d'informations à caractère médical et leur exploitation dans le cadre de l'instruction constitue un point particulièrement sensible. Un cas a par exemple été rapporté faisant état de tentatives des services de police d'obtenir du médecin d'une personne mise en cause la communication « informelle » d'informations médicales la concernant, telle que la date depuis laquelle celle-ci avait connaissance de sa séropositivité.[9] Une telle pratique est sans équivoque illégale, et le médecin qui consent à communiquer de telles informations enfreint la législation protégeant le secret médical. Il peut cependant se trouver démuni face ce type de demande et la pression qui l'accompagne. Il convient donc de rappeler que l'accès aux données médicales dans le cadre d'une information judiciaire est strictement encadré et relève exclusivement de procédures de saisie du dossier médical sur réquisition d'un magistrat instructeur. Seul un médecin expert mandaté est habilité à examiner le dossier et il ne peut faire état, dans le

rapport qu'il verse à la procédure, que des éléments susceptibles d'éclairer le magistrat et dans la limite de la mission qui lui a été donnée.[10]

Il est également indispensable que les enquêteurs disposent, compte tenu du caractère très intrusif de ce type d'investigations, d'un cadre méthodologique et déontologique clair concernant l'usage d'informations relevant de la vie privée et, *a fortiori*, celles susceptibles d'être couvertes par le secret médical. Ainsi, la révélation de la séropositivité d'un prévenu par les enquêteurs à différents tiers n'est pas sans soulever des questions éthiques, concernant le prévenu comme les tiers. Pour ces derniers, il peut s'agir de personnes découvrant par ces révélations qu'elles sont susceptibles d'avoir été exposées à un risque de contamination, posant alors la question de leur orientation vers des structures compétentes pour leur apporter une prise en charge médicale et/ou un accompagnement psycho-social adaptés. Des observations d'espèces montrent que tel n'est pas toujours le cas, et que la diffusion d'informations erronées sur le risque de transmission, les délais de séroconversion et la fiabilité des résultats de sérologies négatives ont pu générer et entretenir durablement d'inutiles angoisses chez des personnes séronégatives, non sans de probables conséquences sur leur décision de se porter partie civile dans les procédures. [Cf. **Recommandations** : *Recommandation 2*]

L'IMPORTANCE DE LA SENSIBILISATION DES MAGISTRATS AUX ENJEUX DU VIH

La garantie d'une procédure de qualité implique, de façon générale, une prise en compte, à tous les stades, des meilleures données scientifiques et médicales disponibles relativement aux modes de transmission du VIH, aux moyens de réduire le risque de transmission (y compris par les traitements ARV), aux difficultés d'ordre social et psychologique rencontrées par les PVVIH, aux progrès en matière de réduction des conséquences de l'infection sur la santé. Ces enjeux concernent à la fois l'administration de la preuve de la culpabilité du prévenu, mais également, si celle-ci est démontrée, l'appréciation de la gravité de la faute.

La prise en compte de ces connaissances et la compréhension des enjeux du VIH par les magistrats est essentielle pour que ceux-ci, soit en charge d'instruire, soit en charge de juger, puissent appréhender les faits et considérer les éléments qui leurs sont soumis par les parties et avec toute la rigueur méthodologique nécessaire.

Il apparaît pour cela souhaitable que les magistrats soient mieux sensibilisés aux enjeux scientifiques, mais également d'ordre social et éthique, posés par le VIH [Cf. **Recommandations** : *Recommandation 1*]. Les dispositifs existants relevant de la formation initiale et/ou de la formation continue peuvent constituer des cadres opportuns à une telle sensibilisation. La mise à disposition de ressources permettant aux magistrats en charge de ce type d'affaire d'accéder à une information de qualité scientifique sur l'état des connaissances relatives au VIH pourrait être utilement envisagée. [Cf. **Recommandations** : *Recommandations 1 et 5*]

LE RÔLE CLÉ DES AVOCATS DE LA DÉFENSE

L'un des fondements de la procédure et l'un des piliers permettant d'assurer un traitement équitable de toutes les parties est le principe du contradictoire. Il revient aux parties de veiller, tout au long de la procédure et lors du procès, à ce que l'ensemble des éléments susceptibles d'éclairer le juge soient portés à la procédure. Dans des affaires où le contexte émotionnel est généralement très défavorable au prévenu et peu propice à un examen rigoureux et approfondi des éléments les plus techniques, le rôle des avocats en défense apparaît particulièrement important s'agissant de garantir la prise en compte de connaissances relatives au VIH actualisées et objectivées par la science.

L'observation de certaines affaires jugées montre cependant que cette vigilance est inégalement assurée. Sur le plan de la caractérisation des éléments matériels de l'infraction, quelques affaires surprennent en effet par le peu de discussions soulevées par certaines incertitudes en matière d'établissement de l'imputabilité de la transmission, par l'absence de demande d'expertises complémentaires ou de contestation des conclusions tirées de l'expertise par l'accusation, méthodologiquement discutables. Plus généralement, s'agissant d'apprécier la gravité de la faute et de ses conséquences, les schémas argumentatifs et la rhétorique des débats observés dans certains procès semblent entièrement reposer, sans que la défense tente d'en contester la pertinence ou d'en déconstruire les présupposés, sur des connaissances obsolètes et stéréotypées de l'infection par le VIH et de ses conséquences, reflet de représentations archaïques de la maladie et du risque de contamination.

Compte tenu de l'importance pour les personnes mises en causes de bénéficier d'une défense compétente, il apparaît nécessaire que les avocats puissent disposer de ressources auxquelles recourir pour s'assurer une maîtrise suffisante de l'information scientifique et technique requise et des enjeux spécifiques liés à l'infection par le VIH. [Cf. **Recommandations** : *Recommandations 4 et 5*]

LES OBJECTIFS DE LA SANCTION PÉNALE

Le Code pénal spécifie, aux termes de l'article 130-1, que la peine a pour finalité « d'assurer la protection de la société, de prévenir la commission de nouvelles infractions et de restaurer l'équilibre social, dans le respect des intérêts de la victime ». À cet effet, le même article assigne à la peine la double fonction, d'une part, de sanctionner l'auteur de l'infraction, d'autre part de favoriser son amendement, son insertion ou sa réinsertion.

La peine, dans les limites fixées par la loi pour l'infraction concernée, doit être proportionnée à la faute commise et individualisée. Pour déterminer la nature, le *quantum* et le régime des peines prononcées, la juridiction doit tenir compte des circonstances de l'infraction, de la personnalité de son auteur ainsi que de sa situation matérielle, familiale et sociale (Code pénal, art. 132-1).

En l'espèce, pour des faits de transmission ou d'exposition au risque de transmission du VIH, la qualification la plus fréquente est l'ASN ayant entraîné une infirmité permanente, infraction correctionnelle punie au maximum de 10 années d'emprisonnement et de 150 000 € d'amende. En cas de qualification criminelle du fait de circonstances aggravantes, la peine encourue passe à 15 ans de réclusion criminelle.

Dans ces limites, de nombreux éléments sont susceptibles d'être pris en compte, au titre des circonstances de l'infraction et/ou de la personnalité de l'auteur, pour fixer la peine. C'est à ce stade que doivent être appréciés, en particulier, les éléments permettant de spécifier la gravité de la faute commise, comme le nombre de victimes, la sévérité du préjudice qu'elles ont subi, le comportement du prévenu et notamment le degré d'intentionnalité, par-delà la simple conscience de l'infraction, avec lequel il a agi. Si la détermination de la peine doit ainsi viser à prononcer une sanction juste, elle doit cependant être adaptée à son autre objectif de contribuer efficacement à la réinsertion sociale du condamné et à la prévention de la récidive. L'observation de la pratique pénale révèle les tensions existant entre ces deux objectifs et met en question l'équilibre qui a jusqu'ici prévalu.

LES PEINES DE PRISON FERME PRÉDOMINENT DANS LES AFFAIRES DE TRANSMISSION DU VIH

Parmi les 23 procédures jugées recensées en France, la majorité des cas relevait d'une juridiction correctionnelle et seuls cinq d'une juridiction d'assises.

Les peines effectivement prononcées montrent que la prison constitue la peine de référence, puisque le choix des tribunaux s'est systématiquement porté sur des peines d'emprisonnement, d'une durée d'une à 12 années. Les peines inférieures ou égales à cinq ans prédominent largement, dans 18 cas sur 23, ouvrant aux juridictions la possibilité d'assortir la peine de sursis partiel ou total ainsi que, dans certains cas et selon les modalités propres à ces dispositions, diverses possibilités d'aménagements de peines alternatives à l'incarcération.

Il apparaît cependant que l'incarcération effective pour tout ou partie de la peine demeure la règle presque générale, un sursis intégral n'ayant été prononcé que dans trois condamnations sur 18. Si des mesures de sursis partiel sont prononcées dans près d'une dizaine de cas, le recours aux mesures d'aménagement de la partie ferme, telles que le sursis avec mise à l'épreuve, le cas échéant assorti d'obligations de suivi socio-psychologique spécifiques, ou encore le placement sous surveillance par bracelet électronique, demeure l'exception. Toutes peines confondues, sur 23 condamnés, 19 ont donc effectué une période d'incarcération.[4]

L'INCARCÉRATION NE CONSTITUE PAS UNE RÉPONSE PÉNALE ADAPTÉE SUR LES PLANS DE LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE, DE LA RÉINSERTION ET DE LA PRÉVENTION DE LA RÉCIDIVE

Si la condamnation à la prison marque de façon particulièrement forte la réprobation de la société à l'égard du comportement incriminé, le caractère quasi systématique du recours à l'emprisonnement ferme interroge quant à l'équilibre entre la fonction de sanction de la peine et celle de favoriser la réinsertion du condamné et la prévention de la récidive.

Certains jugements invoquent ainsi, pour motiver des peines d'emprisonnement ferme, la nécessité de l'incarcération du condamné pour l'empêcher de nuire. Il convient de souligner que l'incarcération n'est pas en soi un moyen de limiter la diffusion du VIH. Il est au contraire démontré que la prison est un lieu de pratiques à risque élevé de transmission, soit par l'usage de drogues injectables, soit par les relations sexuelles, dans des conditions de clandestinité de ces pratiques et/ou de rapports de force entre détenus particulièrement peu favorables à la mise en œuvre d'une prévention.[11]

De même, l'effet dissuasif plus généralement escompté des peines de prison apparaît incertain. La dissuasion suppose en effet une démarche rationnelle et maîtrisée d'arbitrage entre l'avantage procuré par le comportement délictueux et le risque d'être condamné et emprisonné. Or les déterminants des prises de risque sexuel s'avèrent complexes et la part de rationalité des comportements incriminés apparaît faible dans la plupart des affaires.

L'objectif de modifier les comportements à risque de transmission relève donc davantage de l'éducation à la prévention et de l'accompagnement psychosocial de la personne, qui doit lui permettre d'effectuer un travail sur son rapport à la séropositivité au VIH, de comprendre les causes de son comportement à risque et de s'approprier des outils pour prévenir ces situations.

À l'opposé, le cadre carcéral présente de nombreux obstacles. En dépit des recommandations en vigueur,[12] les conditions de prise en charge médicale du VIH des personnes incarcérées s'avèrent souvent sous-optimales, l'accès à un accompagnement psychosocial adapté demeure limité ou inexistant et la confidentialité très insuffisamment garantie.[13] L'infection par le VIH demeure un tabou en prison et il est notoire que la connaissance de la séropositivité d'un détenu l'expose fortement au risque de discriminations et de violences de la part des codétenus. L'impératif de maintenir le secret impose notamment aux détenus séropositifs de ne prendre leur traitement qu'à l'insu de leur codétenus, ce qui n'est pas sans conséquence sur l'observance et encourage la dissimulation. La vulnérabilité des détenus condamnés pour transmission du VIH apparaît

en outre exacerbée par le fait qu'ils sont assimilés, dans la hiérarchie sociale du milieu carcéral, à la catégorie des « pointeurs ».

LE RECOURS AUX PEINES ET AUX DISPOSITIFS ALTERNATIFS À L'INCARCÉRATION DOIT ÊTRE FAVORISÉ

Dans la période récente, le législateur a marqué sa volonté d'améliorer l'efficacité de la prévention de la récidive en favorisant la réinsertion. Diverses dispositions permettant notamment, dans certaines conditions, de privilégier les peines alternatives à l'emprisonnement, ont été renforcées.

En matière correctionnelle, concernant donc l'essentiel des procédures pour transmission ou exposition au risque de transmission du VIH, la loi du 15 août 2014 dispose en particulier le principe qu'une peine d'emprisonnement sans sursis « ne peut être prononcée qu'en dernier recours si la gravité de l'infraction et la personnalité de son auteur rendent cette peine nécessaire et si toute autre sanction est manifestement inadéquate ». (*Code pénal*, article 132-19)

La loi dispose en outre que dans le cas où le recours à une peine d'emprisonnement est jugée nécessaire, les mesures d'aménagement de la peine doivent être privilégiées dès lors que la situation du condamné le permet, et sous réserve d'impossibilité matérielle. Ces mesures d'aménagement comprennent, en fonction du *quantum* de la peine d'emprisonnement prononcée et de diverses conditions, différents régimes d'exécution de la peine tels que la semi-liberté, le placement à l'extérieur, le placement sous surveillance électronique, le fractionnement de la peine.[14]

De façon plus générale, le principe d'individualisation de la peine est renforcé et orienté par l'intérêt de déterminer la nature et le *quantum* des peines en fonction de l'efficacité sociale qui peut en être attendue en termes de réhabilitation du condamné et de prévention de la récidive.

Ces évolutions constituent un cadre favorable à un recours moins systématique des juridictions aux peines de prison, au profit d'une réponse pénale plus équilibrée et mieux ajustée aux enjeux spécifiques que posent les infractions liées aux comportements à risque de transmission du VIH. [Cf. **Recommandations** : *Recommandation 3*]

IV. LES STRATÉGIES DE SANTÉ PUBLIQUE À L'ÉPREUVE DE LA LOGIQUE PÉNALE

SANTÉ INDIVIDUELLE ET SANTÉ PUBLIQUE : ENJEUX ET STRATÉGIES ACTUELS D'UNE PRÉVENTION EFFICACE

Les traitements efficaces de l'infection par le VIH ont transformé depuis plus de 15 ans la maladie, à l'origine rapidement mortelle, en une pathologie chronique qui permet à la plupart des personnes atteintes de mener une vie quasi-normale. L'épidémie demeure cependant active, avec un nombre de nouvelles contaminations, de l'ordre de 7 000 à 8 000 chaque année en France, qui ne fléchit pas.

La prévention de la transmission représente donc l'objectif de santé publique principal en matière de lutte contre le VIH, mais ses stratégies se sont profondément renouvelées et de nouveaux outils préventifs, de nature biomédicale, sont apparus. Ceux-ci permettent le développement de stratégies alternatives et complémentaires à la seule utilisation du préservatif, qui, du fait de la non-diminution des contaminations, a montré ses limites. Ces stratégies reposent principalement sur le rôle préventif que peuvent jouer, d'une part, le dépistage de l'infection, et d'autre part le traitement antirétroviral.[15]

Le dépistage a un impact favorable sur les comportements. Il a été montré qu'une personne qui se sait infectée diminue ses pratiques à risque.[16] En outre, le dépistage est l'étape qui conditionne l'accès à la prise en charge médicale et au traitement. L'amélioration du dépistage constitue un enjeu crucial dans un contexte épidémiologique où environ une personne infectée par le VIH sur cinq, soit près de 30 000 personnes en France, ignore son infection, et où l'on estime que ces personnes sont à l'origine de près des deux tiers des nouvelles contaminations.[6]

Outre son intérêt thérapeutique, la mise sous traitement antirétroviral, aujourd'hui recommandée quel que soit le stade de l'infection, a pour effet de réduire très fortement le risque de transmission du virus.[17] Le traitement antirétroviral est devenu un outil reconnu de la prévention, au même titre que les recommandations comportementales et en complément de celles-ci. Sur le plan individuel, l'efficacité préventive du traitement suppose une excellente observance. L'existence d'un risque résiduel de transmission, bien que très faible, ne peut être exclue, pas plus cependant que dans le cas de l'utilisation du préservatif. En termes de santé publique, l'élargissement de la couverture par le traitement des personnes infectées est considéré comme un levier essentiel pour obtenir une baisse de l'incidence des contaminations au sein de la population et parvenir à terme à contrôler l'épidémie.[18] Par ailleurs, le traitement antirétroviral a également fait récemment la preuve de son efficacité préventive quand il est pris par certaines personnes non infectées fortement exposées au risque.[19]

APPROCHE PÉNALE ET APPROCHE DE SANTÉ PUBLIQUE : POINTS DE CONVERGENCE ET RISQUES DE CONTRADICTION

La justice pénale et l'action en santé publique concourent, chacune selon son objet et dans son domaine propre, à la protection de la société et des citoyens. Elles ont en commun de produire, dans leurs systèmes et selon leurs finalités respectives, des normes visant à réguler les comportements. Des contradictions peuvent cependant apparaître entre ces normes et les interactions entre les logiques du droit et celles de l'action en santé, risquant alors de produire des effets contraires et de brouiller les messages.

LE RISQUE PÉNAL NE SEMBLE PAS AVOIR D'IMPACT SIGNIFICATIF SUR LES COMPORTEMENTS DE PROTECTION ET DE DÉPISTAGE

Même si ce n'est pas son objet, le droit pénal interfère dans la prévention du VIH en définissant *de facto*, à travers les comportements qu'il sanctionne, une norme préventive

précise à l'intention des PVVIH. Celle-ci peut se résumer par la nécessité faite à toute personne se sachant porteuse du virus, sous peine de voir sa responsabilité pénale engagée, de protéger systématiquement, *a priori* par l'utilisation du préservatif, les relations sexuelles qu'elle engage avec des partenaires non infectés.

Le risque pénal peut potentiellement avoir un effet positif, convergent avec les objectifs et stratégies de santé publique, s'il s'avère que la connaissance du risque pénal contribue à dissuader les comportements à risque des PVVIH. Inversement, un effet contre-productif ne peut être écarté, s'il apparaît au contraire que le risque pénal incite les personnes qui prennent des risques à ne pas se dépister, croyant ainsi éviter de voir leur responsabilité pénale engagée.

Plusieurs considérations et données tendent à montrer l'absence d'impact significatif de la menace de sanction sur les comportements à risque des PVVIH.

Sur un plan simplement descriptif, force est de constater tout d'abord qu'une proportion non négligeable des PVVIH ne se conforme pas, quelles qu'en soient les raisons, à la norme de protection systématique des relations sexuelles par le préservatif (Cf. Encadré 4). Il est au demeurant admis que les comportements en matière de sexualité sont déterminés par de multiples facteurs et n'obéissent pas entièrement à la rationalité. La crainte de la sanction ne peut tout au plus représenter qu'un facteur parmi d'autres. En outre, la motivation à adopter un comportement de protection, qu'elle résulte de la peur de conséquences pénales ou de toute autre raison, à commencer par celle de souhaiter ne pas nuire à son partenaire, n'implique pas automatiquement la capacité à le mettre en œuvre, y compris dans un couple stable, au sein duquel la négociation du préservatif peut être difficile.

Encadré 4 : L'utilisation du préservatif par les personnes vivant avec le VIH

Au sein des couples sérodifférents, la proportion des personnes séropositives déclarant ne pas toujours utiliser le préservatif avec leur partenaire séronégatif pour des pratiques de pénétration est de 21 % parmi les HSH, de 21 % parmi les hommes hétérosexuels, et 36 % chez les femmes hétérosexuelles.

Les relations avec un(e) partenaire occasionnel(le) apparaissent plus fréquemment protégées ; mais l'absence d'utilisation du préservatif avec le dernier partenaire occasionnel séronégatif est néanmoins alléguée par 9 % des HSH séropositifs et 12 % des hétérosexuels séropositifs, hommes et femmes.[20]

Pour que le risque pénal exerce un effet dissuasif, encore faut-il qu'il soit connu des PVVIH, et surtout compris. Les études sur l'impact du risque pénal sur les comportements sont rares et peu extrapolables en raison des contextes législatifs propres aux pays où elles ont été conduites. Elles montrent cependant souvent une méconnaissance du risque pénal par les PVVIH et une incompréhension des éléments qui constituent ce risque, ce qui limite en soi sa portée.

En France, les données de l'enquête ANRS-Vespa2 montrent que parmi les personnes suivies pour le VIH à l'hôpital en 2011, 7 sur 10 savent que des personnes atteintes par le VIH ont été condamnées pour la contamination de leur partenaire. Cette information représente un sujet d'inquiétude pour plus de la moitié d'entre elles (56,4 %).[3] La connaissance en généralité de l'existence d'un risque pénal apparaît donc largement

partagée, sans impliquer toutefois une connaissance des conditions précises de ce risque. L'inquiétude éprouvée ne reflète d'ailleurs pas la réalité de la pratique pénale. Ainsi, elle s'avère beaucoup plus marquée chez les migrants d'origine sub-saharienne, alors que cette catégorie est fortement sous-représentée dans les affaires pénales. L'inquiétude face au risque pénal n'apparaît significativement associée qu'à deux facteurs : d'une part le fait de vivre dans des conditions précaires, d'autre part le fait d'avoir des relations sexuelles non protégées par le préservatif avec le partenaire principal. Ce second facteur suggère que l'absence de protection par le préservatif au sein du couple est correctement perçue et interprétée par les personnes concernées comme un élément qui les expose au risque pénal. Pour autant, il montre *a contrario* que cette conscience de s'exposer au risque pénal ne suffit pas, chez ces personnes, à ce qu'elles modifient leur comportement préventif.

Concernant l'hypothèse d'un effet désincitatif du risque pénal sur le dépistage, peu d'éléments permettent de l'argumenter. On ne dispose pas de données en France et les études conduites à l'étranger sont rares, de portée limitée et correspondant à des contextes légaux différents. S'il ne peut être exclu, à l'échelle individuelle, que certaines personnes ayant une sexualité à risque évitent de recourir au dépistage pour se soustraire au risque pénal, rien n'indique que ce comportement soit fréquent, ni susceptible d'avoir un impact mesurable sur les pratiques de recours au dépistage.

LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES ET LES STÉRÉOTYPES VÉHICULÉS PAR LES AFFAIRES PÉNALES ENTRENT EN CONTRADICTION AVEC LES MESSAGES DE PRÉVENTION

L'enjeu des politiques de prévention ne se limite pas à promouvoir des comportements préventifs efficaces, il consiste aussi à lutter contre un ensemble de freins structurels qui entretiennent un environnement défavorable et limitent la capacité des personnes à les mettre en œuvre.

En matière de prévention de la transmission du VIH, la persistance de représentations fausses ou dépassées de la maladie et du risque, la stigmatisation des personnes atteintes, les attitudes de rejet et les discriminations à leur égard demeurent des obstacles majeurs. Ils contribuent en particulier à rendre difficile la révélation de la séropositivité au partenaire. Or l'absence de partage de l'information sur le statut sérologique entre partenaires, en particulier dans le cadre d'une relation régulière ou de couple, n'est pas favorable à la mise en œuvre, ni surtout au maintien durable, d'une protection efficace.

À cet égard, la publicité faite aux affaires pénales est propice à la diffusion d'informations approximatives ou erronées sur le VIH et à l'exacerbation de la stigmatisation des personnes atteintes. La couverture médiatique des procès privilégie le plus souvent l'émotion au détriment de l'analyse et conduit à une simplification de situations complexes. Le cas particulier de l'accusé et de son comportement tend à prendre valeur de généralité et à projeter une image très négative sur l'ensemble des PVVIH.

Plus fondamentalement, le procès pénal conduit à identifier un coupable de la transmission. Si cela est parfaitement cohérent sur le plan du droit, il en résulte un message contre-productif sur le plan du discours de prévention. En produisant une lecture du risque de contamination réduite aux catégories binaires de coupable et victime, les affaires pénales entretiennent l'idée que la prévention doit entièrement reposer sur les personnes séropositives, ce qui dessert l'objectif poursuivi en santé publique d'inciter les personnes séronégatives à s'engager dans une démarche autonome de réduction des risques. [Cf. **Recommandations** : *Rappels 1 à 3 Recommandation 4*]

L'ENJEU DE LA NOTION DE RELATION PROTÉGÉE À L'ÈRE DES TRAITEMENTS EFFICACES DU VIH

L'incertitude qui existe actuellement sur la manière dont la justice pourrait considérer l'usage du traitement antirétroviral comme un moyen de protéger les relations sexuelles constitue un sujet de préoccupation. Il n'est guère douteux que les tribunaux auront à l'avenir à trancher de tels cas.

D'un point de vue de santé publique, la persistance de l'activité épidémique a montré les limites d'un modèle de prévention exclusivement fondé sur la promotion de l'usage du préservatif. C'est pourquoi le discours sur la prévention a évolué, pour associer à la prévention comportementale une prévention biomédicale reposant sur le dépistage et le traitement.

Une interprétation par les tribunaux de la notion de relation protégée qui exclurait le traitement pour ne retenir que l'usage du préservatif, si elle advenait, compromettrait le développement de ces nouvelles stratégies de prévention dont l'efficacité est aujourd'hui démontrée. [Cf. **Recommandations** : *Alerte 2*]

RECOMMANDATIONS

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

1. Les situations d'exposition au risque de transmission du VIH et la survenue de transmissions du virus lors de relations sexuelles représentent, fondamentalement, des situations d'échec de la prévention. Le risque pénal encouru par les PVVIH représente une conséquence de ces échecs.

En ce sens, et dans la continuité des préconisations qu'il a émises en 2006, le Conseil national du sida rappelle que le renforcement de la capacité des personnes à mettre en œuvre une prévention effective du risque de transmission du VIH demeure le premier levier pour **prévenir le risque pénal**.

2. La justice pénale et l'action en santé publique participent, par leurs moyens respectifs, des fonctions protectrices de l'État à l'égard des citoyens. Toutes deux sont productrices, dans leurs systèmes et selon leurs finalités respectives, de normes visant à réguler les comportements. Il est essentiel de **limiter les contradictions éventuelles entre les normes produites par la justice pénale et celles produites par les acteurs de santé publique**, afin de ne pas brouiller les messages véhiculés.

3. Le respect des droits de la victime à demander sanction de l'infraction et réparation du préjudice subi, ainsi que le respect des droits du mis en cause à bénéficier d'une procédure équitable et, le cas échéant, d'une sanction juste et d'une peine adaptée, exigent notamment :

- de garantir à tous les stades de la procédure la **prise en compte des meilleures données scientifiques et médicales disponibles** relativement aux modes de transmission, à la prévention et au traitement du VIH, incluant notamment les effets préventifs du traitement ;
- de garantir que l'**objectif de réinsertion sociale et de prévention de la récurrence** soit pris en compte dans le choix de la nature et du *quantum* de la peine prononcée, si la culpabilité du mis en cause est retenue.

EN CONSÉQUENCE, LE CONSEIL NATIONAL DU SIDA :

▪ *Rappelle :*

1. l'impératif de poursuivre et renforcer la lutte contre la stigmatisation et la discrimination rencontrées par les personnes vivant avec le VIH dans leur vie privée, sociale et professionnelle ;
2. la nécessité de mettre en œuvre l'ensemble des recommandations qu'il a émises, à travers ses *Avi*s, relatives à l'amélioration de l'efficacité des stratégies et offres de prévention et de dépistage ;
3. l'enjeu de redéfinir et renforcer l'action en prévention au bénéfice de la population générale, au-delà des groupes traditionnellement ciblés, ainsi que de renforcer la promotion de la prévention auprès des PVVIH.

▪ *Recommande :*

1. pour contribuer à une meilleure information des juges dans les procédures engagées pour transmission ou exposition au risque de transmission du VIH, de promouvoir des actions de formation initiale et continue aux enjeux du VIH auprès des auditeurs de justice et des magistrats, dans le cadre des formations initiées et dispensées par l'École nationale de la magistrature. À cet égard, le Conseil national du sida souligne l'opportunité d'une intégration des enjeux du VIH dans les programmes de formation, en tenant compte

des objectifs et des modalités de la formation présentés dans l'*Avis* n°4 du Conseil consultatif de juges européens du Conseil de l'Europe sur la formation initiale et continue appropriée des juges aux niveaux national et européen ;

2. pour conforter la qualité des enquêtes de police judiciaire menées préalablement aux procédures précitées, **de promouvoir des actions de formation aux enjeux du VIH en direction des officiers et futurs officiers de police judiciaires**, dans le cadre de la formation initiale et continue dispensée par l'École nationale supérieure de police et le Centre national de formation de police judiciaire, placés sous la tutelle du ministre de l'Intérieur ;

3. pour prévenir la récidive, permettre l'insertion et la réinsertion des personnes condamnées pour transmission ou exposition au risque de transmission du VIH et améliorer leur accompagnement, **d'appliquer des peines alternatives aux peines de privation de liberté**, conformément aux objectifs de la loi du n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales et en tenant compte, pour les enjeux du VIH, des principes énoncés par le Conseil de l'Europe dans sa recommandation n° R(99)22 concernant le surpeuplement des prisons et l'inflation carcérale. Des sanctions de surveillance qui incluent un accompagnement social (mesure de sursis avec mise à l'épreuve, placement sous surveillance électronique, mesure de semi-liberté, mesure de suivi socio-judiciaire, contrainte pénale) et des sanctions citoyennes (travail d'intérêt général), devraient être préférées à des mesures de privation de liberté, sous réserve de satisfaire aux conditions de *quantum* de la peine ;

4. pour favoriser la prévention du risque pénal lié à la transmission ou à l'exposition au risque de transmission du VIH,

- *aux associations de lutte contre le VIH/sida*, **de contribuer à une meilleure prise en compte des enjeux relatifs au recours à la justice pénale par l'ensemble des personnes et publics concernés**,

- *aux pouvoirs publics*, **de soutenir les actions visant à l'information sur les droits et responsabilités juridiques des personnes vivant avec le VIH**. Ces actions doivent reposer sur la communication et la diffusion d'informations de sensibilisation juridique adaptées, auprès des PVVIH, des médecins les prenant en charge et de l'ensemble des acteurs sanitaires, non sanitaires et associatifs concernés. Ces actions doivent par ailleurs permettre de renforcer l'accompagnement des personnes concernées, dans le cadre des actions de prévention du VIH ainsi que de la plateforme associative d'assistance à distance en matière juridique Sida Info Droits,

- *aux pouvoirs publics et aux associations de lutte contre le VIH/sida*, **de promouvoir les actions de lutte contre la stigmatisation et la discrimination rencontrées par les personnes vivant avec le VIH et les actions de prévention auprès de la population générale** ;

5. pour permettre un accès large et adapté à des informations juridiques et scientifiques à jour et de qualité sur la pénalisation de la transmission et l'exposition au risque de transmission du VIH :

- *au ministère de la Justice*, **de se doter d'un instrument de suivi des jugements rendus sur le territoire national et de documenter les caractéristiques des procédures afférentes**,

- *aux autorités publiques compétentes*, **de susciter la création d'une mission chargée de la conception et de la mise à disposition d'outils d'information adaptés aux professionnels et personnes concernés** : professionnels du droit et de l'enquête judiciaire (écoles de formations, Conseil national du barreau), professionnels en charge de l'expertise judiciaire (Conseil national des compagnies d'experts de justice), professionnels de santé et du champ médico-social, associations de lutte contre le VIH/sida, personnes vivant avec le

VIH. À titre complémentaire, la mission pourra contribuer, au niveau international, à l'information des Nations unies sur la pénalisation du VIH/sida.

▪ **Alerte :**

les pouvoirs publics,

les professionnels de la justice et du droit,

les professionnels de santé et du champ médico-social intervenant dans les domaines du VIH et des IST et plus généralement dans une approche globale de santé sexuelle,

les acteurs de la lutte contre le VIH/sida,

les personnes vivant avec le VIH,

et plus généralement l'ensemble de la population sexuellement active,

1. sur l'augmentation récente du nombre d'affaires jugées et sur l'extension du champ des actes répréhensibles au titre de l'ASN qui accroît le risque pénal des personnes vivant avec le VIH. Toute personne séropositive au VIH qui entreprend une relation sexuelle non protégée avec un ou une partenaire non infectée et qui agit en connaissance de ce risque est passible de poursuites pénales, qu'il y ait ou non transmission du virus ;

2. sur la situation préoccupante des PVVIH qui, dans le cadre de leur relation sexuelle, mettent en œuvre d'autres moyens de protection et ne recourent pas systématiquement au préservatif. Il ne peut être garanti que les autres moyens de protection puissent être retenus comme recevables dans le cadre d'une procédure pour transmission ou exposition au risque de transmission du VIH. Cette incertitude juridique est susceptible de compromettre les stratégies de prévention des PVVIH et la recommandation d'initiation d'un traitement ARV à des fins de prévention de la transmission du VIH. Ces stratégies de prévention ont été préconisées par le Conseil national du sida dans son *Avis suivi de recommandations sur l'intérêt du traitement comme outil novateur de la lutte contre l'épidémie d'infections à VIH*, et sont promues par le *Rapport national d'experts 2013 sur la prise en charge médicale des PVVIH*.

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

N°	Objectifs	Recommandations	Autorités compétentes et/ou cibles des recommandations
1	Contribuer à une meilleure information des juges	Promouvoir des actions de formation initiale et continue aux enjeux du VIH auprès des auditeurs de justice et des magistrats	École nationale de la magistrature
2	Conforter la qualité des enquêtes de police judiciaire	Promouvoir des actions de formation aux enjeux du VIH en direction des officiers et futurs officiers de police judiciaire	Ministère de l'Intérieur
3	Prévenir la récidive, permettre l'insertion et la réinsertion des personnes condamnées et améliorer leur accompagnement	Appliquer des peines alternatives aux peines de privation de liberté	Ministère de la Justice
4	Favoriser la prévention du risque pénal	Contribuer à une meilleure prise en compte des enjeux relatifs au recours à la justice pénale par l'ensemble des personnes et publics concernés	Associations de lutte contre le VIH/sida
		Soutenir des actions visant à l'information sur les droits et responsabilités juridiques des PVVIH et renforcer l'accompagnement des personnes concernées	Ministère de la Santé Inpes
		Promouvoir les actions de lutte contre la stigmatisation et la discrimination rencontrées par les personnes vivant avec le VIH et les actions de prévention auprès de la population générale	Ministère de la Santé, ARS, Inpes Autres ministères compétents Associations de lutte contre le VIH/sida
5	Permettre un accès à des informations juridiques et scientifiques à jour et de qualité	Se doter d'un instrument de suivi des jugements rendus sur le territoire national et documenter les caractéristiques des procédures afférentes	Ministère de la Justice
		Susciter la création d'une mission chargée de la conception et de la mise à disposition d'outils d'information adaptés aux professionnels et personnes concernés	Interministériel Santé - Justice

RÉFÉRENCES

- [1] Conseil national du sida, *Avis sur la pénalisation de la transmission sexuelle du VIH*, 27 avril 2006, www.cns.sante.fr/spip.php?article251.
- [2] UNAIDS, *Ending overly broad criminalisation of HIV non-disclosure, exposure and transmission: Critical scientific, medical and legal considerations*, Guidance Note, 2013. [version française du document à paraître]
www.unaids.org/fr/resources/documents/2013/20130530_Guidance_Ending_Criminalisation ; Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) / Commission mondiale sur le VIH et la loi, *VIH et le Droit : risques, droits et santé*, rapport, 2012, www.hivlawcommission.org/index.php/report.
- [3] Données de l'enquête ANRS-Vespa2, communication personnelle de M. Suzan-Monti.
- [4] La méthodologie du recensement des procédures pénales pour transmission du VIH conduit par le CNS et les données recueillies sont présentées dans le *Rapport sur la pénalisation de la transmission sexuelle du VIH*, à paraître en complément du présent Avis, www.cns.sante.fr.
- [5] Pour une synthèse sur les données d'incidence du VIH en France, voir : Groupe d'experts « Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH », rapport 2013, sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS, La documentation française, 2013, pp. 25-26.
- [6] Supervie, V., Ndawinz, J., Costagliola, D., "The hidden HIV epidemic: what do mathematical models tell us? The case of France", AIDS 2012 – XIX. *International AIDS Conference*, Washington DC, Session n° SUSA50, juillet 2012
<http://pag.aids2012.org/session.aspx?s=166>.
- [7] Auditions CNS, voir également : Le Naour, G., Musso, S., « Malades, victimes ou coupables ? Le dilemme des luttes contre le sida », in : Lefranc, S., Mathieu, L. (dir.), *Mobilisations de victimes*, Presses universitaires de Rennes, 2009, pp. 165-179.
- [8] Lert F. (dir.), « Vivre avec le VIH : premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n°26-27, InVS, 2 juillet 2013.
- [9] Thierry-Mieg, M., « Nul n'est censé ignorer la loi », *Pratiques*, n° 64, dossier « Le secret en médecine », février 2014, pp. 49 sqq.
- [10] Vorhauer, W., « Le secret médical et les autorités judiciaires », *Médecins, bulletin d'information de l'Ordre national des médecins*, n° spécial « Le secret médical », nov.-déc. 2012, pp. 12-15 ; voir également www.conseil-national.medecin.fr/article/article-4-secret-professionnel-913 (consulté le 19/11/2014).
- [11] Sur le risque infectieux en milieu carcéral, voir : Michel, L., Jauffret-Roustide, M., Blanche, J., Maguet, O., Calderon, C., Cohen, J., *et al.*, « Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI²DE, 2009 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n°39, InVS, 25 octobre 2011; pp. 409-412, http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=10031 ; Chemlal, K., Bouscaillou, J., Jauffret-Roustide, M., Semaille, C., Barbier, C., Michon, C., *et al.*, « Offre de soins en milieu carcéral en France : infection par le VIH et les hépatites. Enquête Prévacar, 2010 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n°10-11, InVS, 6 mars 2012; pp. 131-134, http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=10527 ; Chiron, E., Jauffret-Roustide, M., Le Strat, Y., Chemlal, K., Valantin, M.A., Serre, P., *et al.*, et le groupe Prévacar, « Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010 », *Bulletin Épidémiologique*

Hebdomadaire, n°35-36, InVS, 5 novembre 2013; pp. 445-450,
www.invs.sante.fr/beh/2013/35-36/2013_35-36_3.html.

[12] Circulaire interministérielle n° DGOS/DSR/DGS/DGSC/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.

Le guide méthodologique visé par cette circulaire peut être consulté ici :

www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Methodologique_-_Personnes_detenues_2012.pdf.

[13] Sur la situation dans les établissements pénitentiaires français, voir notamment Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, *Rapport d'activité 2013*, Paris, Dalloz, 2014, ainsi que l'Observatoire international des prisons, *Les conditions de détention en France*, La Découverte, 2011.

[14] Code pénal, dispositions relatives aux modes de personnalisation des peines, art. 132-24 et suivants.

[15] Groupe d'experts « Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH », *Rapport 2013*, sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS, op.cit., pp. 57 sqq.

[16] Marks, G., Crepaz, N., Senterfitt, J.W., Janssen, R.S., "Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 39 (4), août 2005, pp. 446-453.

[17] Cohen, M.S., *et al.*, « Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy », *New England Journal of Medicine*, vol. 365, août 2011, pp. 493-505.

[18] 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, www.cns.sante.fr/spip.php?article294.

[19] Conseil national du sida, *Avis sur l'intérêt potentiel du concept de prophylaxie pré-exposition du VIH/sida (PrEP)*, 12 janvier 2012, www.cns.sante.fr/spip.php?article396.

[20] Lorente, N., *et al.*, « Comportement sexuel des personnes vivant avec le VIH en France en 2011 : premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2 », *in* : Lert F. (dir.), « Vivre avec le VIH : premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, op. cit., pp. 307 sqq.

REMERCIEMENTS

Le Conseil remercie vivement les personnes qui ont bien voulu apporter leur contribution à sa réflexion dans le cadre de ses auditions :

- 16.10.2014 ▪ **Patrick Eba** - conseiller en Droits de l'Homme et VIH, ONUSIDA, Genève
- 14.11.2014 ▪ **Christophe Bass** - avocat au barreau de Marseille
 - **Interassociatif « Femmes & VIH »** - Cosette Gil (Actif Santé, association membre de l'Interassociatif)
- 21.11.2014 ▪ **Eric Morain** - avocat au barreau de Paris
- 04.12.2014 ▪ **Ministère de la Justice - Direction des affaires criminelles et des grâces** - Olivier Christen (sous-directeur de la justice pénale spécialisée), Raphaëlle Bove (bureau de la santé publique, du droit social et de l'environnement)
- 12.12.2014 ▪ **Association « Femmes Positives »** - Barbara Wagner (présidente), Yann Prevost (avocat au barreau de Marseille, conseil de l'association)

Le Conseil national du sida remercie particulièrement Madame la Garde des Sceaux, ministre de la Justice, ainsi que ses services, notamment la Direction des affaires criminelles et des grâces, pour le concours qu'ils ont apporté aux travaux du Conseil en matière de documentation et d'analyse de la jurisprudence des affaires pénales relatives à la transmission du VIH.

COMMUNIQUÉS DE PRESSE

OPÉRATIONS FUNÉRAIRES : UN NOUVEAU RAPPORT APPELLE À L'ÉVOLUTION DE LA RÉGLEMENTATION ATTENDUE DES POUVOIRS PUBLICS

Communiqué du 3 mars 2014

Les ministres en charge de la Santé, de l'Intérieur et de l'Emploi ont saisi l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'inspection générale de l'administration (IGA) d'une mission sur l'évolution de la réglementation applicable aux soins de conservation. Le rapport¹³ en date de juillet 2013 a été rendu public en février 2014. Il recommande que la pratique de la thanatopraxie soit réservée aux seuls lieux dédiés que sont les chambres mortuaires et les chambres funéraires. En outre, la mise en œuvre de cette réforme conduit la mission IGAS-IGA à proposer que le VIH et les hépatites virales soient retirés de la liste des maladies pour lesquelles la pratique des soins funéraires est interdite.

Le Conseil national du sida constate que ces recommandations rejoignent celles rendues par le Conseil dans son *Avis*¹⁴ du 12 mars 2009 et réitérées dans son communiqué¹⁵ du 13 janvier 2012, ainsi que par le Haut Conseil de la santé publique dans ses *Avis* et *Rapport*¹⁶ du 20 décembre 2012 et par le Défenseur des droits, s'agissant de l'encadrement des opérations funéraires, dans son *Rapport*¹⁷ du 29 octobre 2012.

Le Conseil rappelle que les mesures d'interdiction constituent une discrimination subie par les personnes infectées par le VIH ainsi que par leurs proches et soulèvent une incompréhension très large des acteurs de la lutte contre le VIH/sida.

Le Conseil national du sida rappelle, en outre, qu'aucun argument scientifique ne peut justifier que soient prises des dispositions dérogatoires au droit commun en matière de soins de conservation sur la seule base de l'infection par le VIH avérée ou supposée de la personne défunte, dès lors que les précautions universelles sont pleinement appliquées.

EN CONSÉQUENCE, LE CONSEIL NATIONAL DU SIDA INVITE LES POUVOIRS PUBLICS À AGIR AVEC FORCE POUR :

- Créer les conditions du respect des précautions universelles afin de prévenir les risques d'exposition à l'occasion des soins de conservation du corps :
 - en limitant la pratique de ces soins à des sites dédiés ;
 - en améliorant l'encadrement des professionnels de la thanatopraxie.
- Lever, dans ces conditions et rapidement, l'interdiction de soins de conservation pratiqués sur les corps des personnes décédées infectées par le VIH ou le virus des hépatites B et C.

¹³ www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-130P_DEF.pdf

¹⁴ www.cns.sante.fr/spip.php?article292

¹⁵ www.cns.sante.fr/spip.php?article389

¹⁶ www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=104

¹⁷ www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/upload/rapport_droit_funeraire.pdf

JOURNÉE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA : DIVERSIFIER ET AMPLIFIER L'OFFRE DE DÉPISTAGE

Communiqué du 28 novembre 2014

L'épidémie d'infection par le VIH demeure active en France, avec chaque année 7 000 à 8 000 nouvelles contaminations.

Des progrès récents ont été constatés en matière de dépistage : si le nombre de tests réalisés reste stable, le nombre de tests positifs connaît une augmentation de 7 % entre 2011 et 2013. Un ciblage plus performant des personnes dépistées pourrait expliquer cette augmentation, notamment grâce aux actions de prévention incluant une offre de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD). Les efforts pour adapter l'offre de dépistage aux évolutions de l'épidémie doivent donc être poursuivis et considérablement amplifiés. Les stratégies de prévention, y compris les plus innovantes, doivent être pleinement mobilisées pour limiter la progression de l'épidémie.

À l'occasion de cette journée mondiale de lutte contre le sida, le Conseil national du sida appelle plus particulièrement à :

- promouvoir les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic du VIH, des hépatites et des infections sexuellement transmissibles qui sont appelés à succéder aux CDAG et CIDDIST actuels, et saisir cette opportunité pour améliorer l'accessibilité des établissements ;
- pérenniser et amplifier l'offre de TROD et favoriser la diversité des opérateurs habilités et la pluralité des territoires d'intervention, au plus près des besoins des populations ;
- développer une offre de santé sexuelle en pérennisant les structures existantes, en particulier le centre « 190 » à Paris, et en accompagnant les structures naissantes, en cours de préfiguration ou en projets dans les différentes régions ;
- anticiper la prochaine disponibilité à la vente des autotests d'infection par le VIH en pharmacie et permettre leur mise à disposition gratuite dans les structures adaptées au bénéfice des populations exposées ;
- préparer les conditions de promotion et de mise en œuvre de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) compte tenu des résultats récents obtenus dans de larges essais.

EXTENSION DES MISSIONS DU CONSEIL NATIONAL DU SIDA AUX HÉPATITES VIRALES

Communiqué du 27 février 2015

Par un décret¹⁸ publié au *Journal officiel* du 26 février 2015, prenant effet le 27 février, le Conseil national du sida et des hépatites virales chroniques est créé en remplacement du Conseil national du sida.

Ce nouveau Conseil a donc compétence pour donner un avis sur les questions de société posées par le VIH/sida et les hépatites virales chroniques, ainsi que par les infections sexuellement transmissibles dans la mesure où elles présentent des similitudes, en termes de mode de contamination, de publics concernés et de dispositifs de prévention et de lutte.

Outre son Président, le nombre de membres siégeant au Conseil est porté de 23 à 25. La nomination du Président et des membres du nouveau Conseil, dont les mandats seront désormais d'une durée de cinq ans, contre quatre auparavant, feront l'objet de décrets dont la publication est encore à venir.

Cette évolution des missions et de la composition du CNS, que le Conseil appelait de ses vœux, entre en cohérence avec les enjeux souvent croisés de ces épidémies, en termes de populations concernées, de stratégies de prévention, ou encore de recours au dépistage.

¹⁸ Décret n°2015-210 du 24 février 2015, <http://legifrance.gouv.fr>.

LA PRÉVENTION DOIT ÊTRE LA GRANDE PRIORITÉ DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA EN FRANCE

Communiqué du 27 novembre 2015

L'épidémie d'infection par le VIH demeure très active en France et ne s'infléchit pas malgré la mise à disposition de traitements efficaces. On estime que 6 600 personnes ont été nouvellement diagnostiquées en 2014.

Les pouvoirs publics ont affirmé leur mobilisation en faveur de la prévention en général et de la promotion de la santé. Ces objectifs constituent le premier axe de la Stratégie nationale de santé adoptée en 2013. Ils sont aussi inscrits au titre I du projet de loi santé adopté cette année en première lecture à l'Assemblée nationale et au Sénat.

La prévention du VIH doit répondre aux besoins spécifiques des populations, compte tenu notamment de leur situation d'exposition au risque et des inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé. Elle doit reposer sur des programmes et des actions nationaux et régionaux performants, évalués, ainsi que sur la promotion de l'ensemble des outils disponibles efficaces, à la fois conventionnels et innovants, condition indispensable pour obtenir un infléchissement de l'épidémie.

A cet égard, le Conseil national du sida et des hépatites virales insiste sur la nécessité de promouvoir, amplifier et conjuguer les instruments de prévention dont l'intérêt a été démontré : dépistage diversifié, notamment dans le cadre de l'offre de tests rapides et d'autotests, traitement de toutes les personnes infectées, et offre de traitement prophylactique (PrEP) au bénéfice des personnes non infectées à risque élevé de transmission sexuelle du VIH.

Sur ce point, la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes a annoncé le 23 novembre 2015 la publication imminente de la recommandation temporaire d'utilisation (RTU) du traitement antirétroviral nécessaire à la mise en œuvre de la PrEP, ainsi que sa prise en charge à 100 % début 2016. Le Conseil national du sida et des hépatites virales se félicite de cette décision qui permet d'ajouter à l'offre de prévention existante un outil supplémentaire attendu et indispensable pour lutter efficacement contre l'épidémie chez les personnes les plus exposées au risque de transmission.

OPÉRATIONS FUNÉRAIRES : LA LEVÉE DE L'INTERDICTION CONCERNANT LES PERSONNES INFECTÉES PAR LE VIH OU PAR LES VIRUS DES HÉPATITES VIRALES EST DÉSORMAIS INCERTAINE

Communiqué du 15 décembre 2015

Lors de l'examen du projet de loi de modernisation de notre système de santé, le Sénat puis l'Assemblée nationale, en seconde lecture, ont rejeté la disposition prévoyant de limiter la pratique des soins de conservation par les thanatopracteurs à des lieux dédiés et adaptés.

Cette mesure était motivée par la nécessité de renforcer la sécurité sanitaire de l'activité de thanatopraxie, permettant dès lors la levée de l'interdiction des soins de conservation sur les corps des personnes décédées infectées par le VIH ou par les virus des hépatites virales.

Le Conseil national du sida et des hépatites virales rappelle que des recommandations convergentes du Défenseur des droits, du Haut Conseil de la santé publique ainsi que de l'Inspection générale de l'administration et l'Inspection générale des affaires sociales, prescrivent des dispositions d'encadrement de la pratique des soins de conservation. Le rejet parlementaire de la disposition d'encadrement hypothèque la levée de l'interdiction de la pratique des soins de conservation sur les corps des personnes décédées infectées par le VIH ou par les virus des hépatites virales qui prévaut aujourd'hui.

Le Conseil national du sida et des hépatites virales réaffirme que cette interdiction, qui date de 1986, n'est pas acceptable. Elle entraîne une inégalité de traitement qui suscite un émoi légitime auprès des personnes atteintes et de leurs proches. Elle représente, en outre, un risque avéré de contournement du secret médical. Enfin, elle maintient les personnels des opérations funéraires dans une sécurité illusoire.

Par ailleurs, cette interdiction s'accompagne de l'obligation de mise en bière immédiate, susceptible d'empêcher les familles d'accéder au corps de leur proche décédé. Or, cette obligation ne correspond plus à la réglementation actuelle. Le modèle des certificats de décès en vigueur repose sur une réglementation de 1986. Il comporte ainsi la mention « mise en bière immédiate » pour quatre maladies : « la peste, les hépatites virales sauf hépatite A confirmée, la rage, le sida ». La disposition de mise en bière immédiate a été abrogée en 1998, mais les certificats de décès n'ont pas été modifiés.

EN CONSÉQUENCE, LE CONSEIL NATIONAL DU SIDA ET DES HÉPATITES VIRALES :

- réaffirme qu'il est d'intérêt général de **garantir la meilleure sécurité sanitaire des opérations funéraires**, quel que soit le statut sérologique des personnes défunt(e)s ;
- demande au Gouvernement d'agir pour renforcer l'encadrement de la pratique des soins de conservation, et **créer ainsi les conditions d'une levée rapide de l'interdiction en vigueur** des soins de conservation sur les corps des personnes décédées infectées par le VIH ou par les virus des hépatites virales ;
- renouvelle sa demande de **révision des certificats de décès** afin de les mettre en conformité avec la réglementation en vigueur.

SÉANCES PLÉNIÈRES

- 16 janvier 2014
- 13 février 2014
- 17 avril 2014
- 15 mai 2014
- 12 juin 2014
- 18 septembre 2014
- 16 octobre 2014
- 18 décembre 2014
- 15 janvier 2015
- 19 février 2015
- 15 octobre 2015
- 26 novembre 2015

COLLOQUE DES 25 ANS DU CNS

DROITS DES PERSONNES ET ENJEUX SANITAIRES : RÉPONSES POLITIQUES À UNE ÉPIDÉMIE EN ÉVOLUTION

**Sous le haut patronage de
Monsieur François HOLLANDE
Président de la République**

Vendredi 11 avril 2014, de 9h à 17h

Dans l'hémicycle du Conseil économique, social et environnemental

Face aux défis éthiques et aux questions de santé publique en perpétuelle évolution, ce colloque a permis d'apporter un éclairage sur les débats de société auxquels le Conseil a été confronté et d'aborder les enjeux actuels et futurs de la lutte contre le VIH/sida.

PROGRAMME

9h : Ouverture

- Jean-Paul Delevoye, président du CESE
- Marie-Christine Favrot, adjointe au directeur général de la santé
- Patrick Yeni, président du CNS

9h20 : Rappel historique et perspectives anthropologiques

Françoise Héritier, ancienne présidente du CNS, anthropologue, professeure honoraire au Collège de France/EHESS

10h : Table ronde 1 - Droits des personnes et éthique

Animée par Alain Sobel, ancien président du CNS, professeur de médecine, avec :

- Daniel Defert, sociologue, fondateur de l'association AIDES
- Danièle Lochak, professeure émérite de droit public à l'université Paris Ouest
- Michèle Barzach, présidente d'Unicef France, ancienne ministre de la Santé

10h50 : Échange avec la salle

11h10 : Pause

11h30 : Table ronde 2 - Savoir et politique

Animée par Willy Rozenbaum, ancien président du CNS, professeur de médecine, avec :

- Henri Bergeron, sociologue, coordinateur scientifique de la chaire Santé de Sciences-Po
- Gaëlle Krikorian, sociologue, IRIS/EHESS, ancienne responsable de la commission Nord/Sud d'Act Up-Paris
- Claude Evin, directeur général de l'agence régionale de santé d'Île-de-France, ancien ministre de la Santé

12h20 : Échange avec la salle

12h40 : Déjeuner - cocktail

14h : Conférence 1 - Leçons de 10 ans d'efforts dans la lutte contre le sida dans les pays en voie de développement

Michel Kazatchkine, envoyé spécial du secrétaire général des Nations unies pour le sida en Europe orientale et en Asie centrale

14h30 : Échange avec la salle

14h45 : Conférence 2 - L'épidémie du sida et son impact sur les politiques publiques de santé

François Bourdillon, vice-président du CNS, responsable du département de biostatistique, santé publique et d'information médicale de la Pitié-Salpêtrière, Paris

15h15 : Échange avec la salle

15h30 : Pause

15h50 : Conférence 3 - Le CNS, une expérience historique

Michelle Perrot, historienne et écrivaine, professeure honoraire à l'université Paris 7 - Denis Diderot

16h20 : Échange avec la salle

16h35 : Conclusion et perspectives

Patrick Yeni, président du CNS

Modérateurs :

- Marc de Montalembert, professeur de politiques sociales à l'université Paris Est Créteil
- Pierre Mathiot, directeur de l'Institut d'études politiques de Lille

En partenariat avec :

L'ÉCOLE
DES HAUTES
ÉTUDES EN
SCIENCES
SOCIALES



SciencesPo.

Chaire
Santé

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ - ÉGALITÉ - FRATERNITÉ



CONSEIL ÉCONOMIQUE
SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL

Les Actes du colloque ont fait l'objet d'une publication¹⁹ à la Documentation française.

PHOTOS



Patrick Yeni, Jean-Paul Delevoye, Marie-Christine Favrot, Marc de Montalembert.

© Conseil national du sida



Françoise Héritier, chez elle.

© Julien Bressy, Conseil national du sida

¹⁹ VIH : droits des personnes et enjeux sanitaires, réponses politiques à une épidémie en évolution - Actes du colloque des 25 ans du Conseil national du sida, la Documentation française, 2015.



Daniel Defert, Danièle Lochak, Michèle Barzach, Alain Sobel, Marc de Montalembert.
© Conseil national du sida



Henri Bergeron, Gaëlle Krikorian, Claude Évin, Willy Rozenbaum, Marc de Montalembert.
© Conseil national du sida



Michel Kazatchkine, Pierre Mathiot.
© Conseil national du sida



François Bourdillon, Pierre Mathiot.
© Conseil national du sida



Michelle Perrot.
© Conseil national du sida

INTERVENTIONS EXTÉRIEURES

CONFÉRENCE DE L'AFRAVIH 2014

Du 27 au 30 avril 2014, Montpellier.

CNS CONSEIL NATIONAL DU SIDA
www.cns.sante.fr

AVANTAGE ÉCONOMIQUE D'UNE PRISE EN CHARGE MÉDICALE ET SOCIALE PRÉCOCE DES MIGRANTS VIVANT AVEC LE VIH EN FRANCE

M. Celse¹, M. Guillon², P. Yeni¹, P.-Y. Geoffard^{1,2}, Commission « Migrants » du Conseil national du sida
Conseil national du sida (Paris, France), ² Paris School of Economics (Paris, France)

P. CONFÉRENCE INTERNATIONALE FRANCOPHONE VIH/HÉPATITES AFRAVIH 2014
27 AU 30 AVRIL 2014
MONTPELLIER

PoL17.1

CONTEXTE ET OBJECTIF

- 47% des nouveaux diagnostics d'infection par le VIH réalisés en France en 2011 concernent des personnes migrantes, dont 70% sont originaires de pays d'Afrique subsaharienne.
- Ces populations rencontrent des difficultés spécifiques conduisant à un diagnostic et un accès à la prise en charge (PEC) médicale et sociale de l'infection plus tardifs.
- Réduire ces délais présente un bénéfice démontré pour la santé des personnes et contribue à un meilleur contrôle de l'épidémie en diminuant le nombre d'infections secondaires.

L'impact d'une intervention permettant d'améliorer la précocité de l'accès aux soins des PVVIH migrantes sur les coûts de PEC peut être estimé par une modélisation.

MÉTHODOLOGIE

Le modèle compare deux stratégies de PEC « précoce » vs « tardive », définies par une entrée dans le soin respectivement à 350 et 100 CD4/mm³. La comparaison porte sur :

- Le nombre d'infections secondaires associé à chaque stratégie, compte tenu de l'impact de l'accès à la PEC sur la réduction du risque de transmission et des comportements à risque.
- Le coût total généré par chaque stratégie, incluant le coût de la PEC du patient (depuis le diagnostic jusqu'au décès) et les coûts de PEC des patients infectés par transmission secondaire du virus par le patient index au cours de sa vie.

RÉSULTATS

La stratégie de PEC précoce des PVVIH migrantes apparaît « cost-saving » ou coût-efficace même dans les scénarii d'application les plus défavorables.

Scénario le plus favorable : La PEC précoce permet en moyenne de générer une économie nette par patient de 198 000 € et d'éviter 0,5 infection secondaire.

Scénario le plus défavorable : La PEC précoce permet d'éviter en moyenne 0,2 infection secondaire et entraîne un coût de 19 034 €/DALY, considéré coût-efficace dans le contexte français.

L'analyse de sensibilité montre que la stratégie de PEC précoce reste coût-efficace lorsque :

- La PEC tardive est définie comme une entrée dans le soin à 200 CD4.
- Le retard de traitement entre les deux stratégies est réduit de 5 à 4 ans.
- L'espérance de vie augmente pour une PEC précoce (32 à 38 ans) ou diminue pour une PEC tardive (24 à 22 ans).
- La valorisation du coût des infections évitées diminue de 25% (de 686 426 € à 513 200 €).

CONCLUSION

Au-delà du bénéfice en santé individuelle, l'amélioration de l'accès précoce à la prise en charge des PVVIH migrantes apparaît constituer une stratégie efficiente d'un point de vue de santé publique ainsi qu'économique. Ces résultats confortent l'intérêt de garantir l'accès au système de soin à toute personne atteinte par le VIH résidant sur le territoire.

Le Conseil national du sida a présenté un poster sur la prise en charge précoce des migrants vivant avec le VIH en France lors de la conférence de l'AFRAVIH 2014 à Montpellier, du 27 au 30 avril 2014.

Issu de l'*Avis sur la protection sociale des étrangers vivant avec le VIH en France et l'intérêt de son évolution vers le droit commun*²⁰, ce poster expose l'avantage économique d'une prise en charge médicale et sociale précoce des migrants vivant avec le VIH en France :

AVANTAGE ÉCONOMIQUE D'UNE PRISE EN CHARGE MÉDICALE ET SOCIALE PRÉCOCE DES MIGRANTS VIVANT AVEC LE VIH EN FRANCE

Auteurs : M. Celse¹, M. Guillon², P. Yeni¹, P.-Y. Geoffard^{1,2}, Commission « Migrants » du Conseil national du sida

¹ Conseil national du sida (Paris, France), ² Paris School of Economics (Paris, France)

Contexte et objectif

- 47 % des nouveaux diagnostics d'infection par le VIH réalisés en France en 2011 concernent des personnes migrantes, dont 70 % sont originaires de pays d'Afrique subsaharienne.
- Ces populations rencontrent des difficultés spécifiques conduisant à un diagnostic et un accès à la prise en charge (PEC) médicale et sociale de l'infection plus tardifs.
- Réduire ces délais présente un bénéfice démontré pour la santé des personnes et contribue à un meilleur contrôle de l'épidémie en diminuant le nombre d'infections secondaires.
 - L'impact d'une intervention permettant d'améliorer la précocité de l'accès aux soins des PVVIH migrantes sur les **coûts de PEC** peut être estimé par une modélisation.

Méthodologie

Le modèle compare deux stratégies de PEC « précoce » vs « tardive », définies par une entrée dans le soin respectivement à 350 et 100 CD4/mm³. La comparaison porte sur :

- Le nombre d'infections secondaires associé à chaque stratégie**, compte tenu de l'impact de l'accès à la PEC sur la réduction du risque de transmission et des comportements à risque.
- Le coût total généré par chaque stratégie**, incluant le coût de la PEC du patient (depuis le diagnostic jusqu'au décès) et les coûts de PEC des patients infectés par transmission secondaire du virus par le patient index au cours de sa vie.

²⁰ *Avis sur la protection sociale des étrangers vivant avec le VIH en France et l'intérêt de son évolution vers le droit commun*, Conseil national du sida, 2014.

Résultats

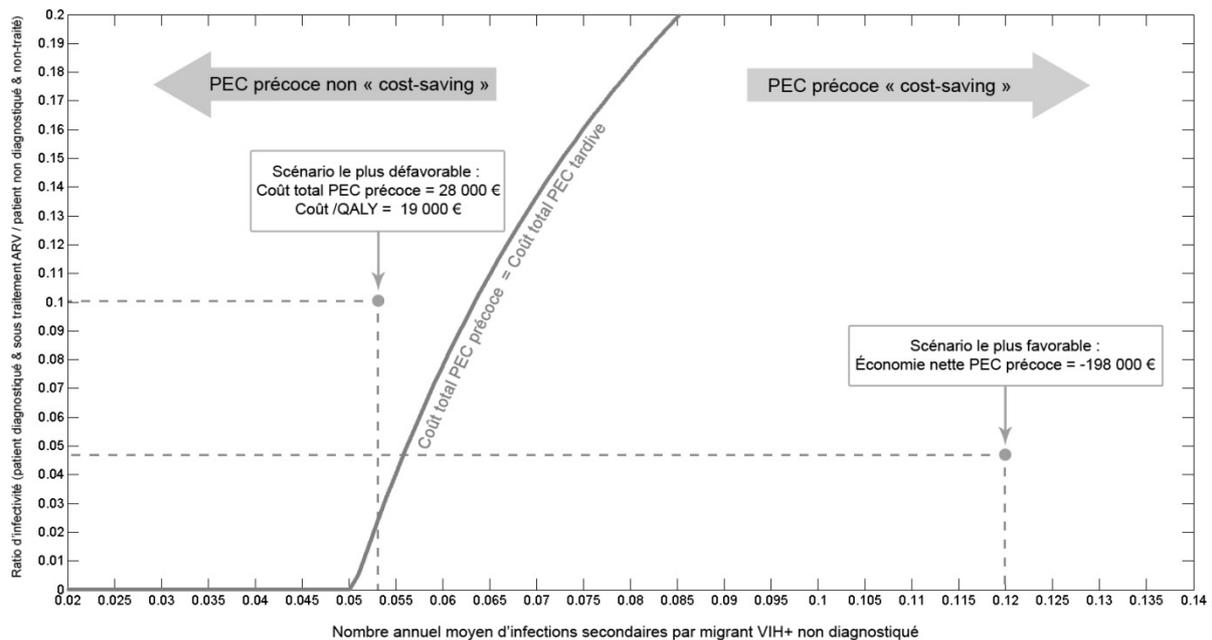
La stratégie de PEC précoce des PVVIH migrantes apparaît « cost-saving » ou coût-efficace même dans les scénarii d'application les plus défavorables.

► Scénario le plus favorable :

La PEC précoce permet en moyenne de **générer une économie nette par patient de 198 000 €** et d'**éviter 0,5 infection secondaire**.

► Scénario le plus défavorable :

La PEC précoce permet d'**éviter en moyenne 0,2 infection secondaire** et **entraîne un coût de 19 034 €/QALY, considéré coût-efficace dans le contexte français**.



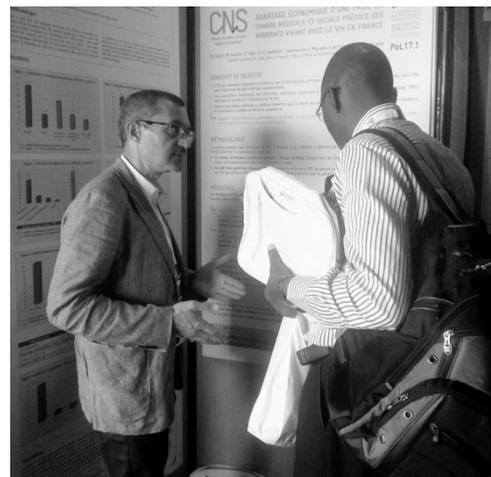
L'analyse de sensibilité montre que la stratégie de PEC précoce reste coût-efficace lorsque :

- La PEC tardive est définie comme une entrée dans le soin à 200 CD4.
- Le retard de traitement entre les deux stratégies est réduit de 5 à 4 ans.
- L'espérance de vie augmente pour une PEC précoce (32 à 36 ans) ou diminue pour une PEC tardive (24 à 22 ans).
- La valorisation du coût des infections évitées diminue de 25 % (de 686 426 € à 513 200 €).

Conclusion

Au-delà du bénéfice en santé individuelle, l'amélioration de l'accès précoce à la prise en charge des PVVIH migrantes apparaît constituer **une stratégie efficiente d'un point de vue de santé publique ainsi qu'économique**.

Ces résultats confortent l'intérêt de **garantir l'accès au système de soin à toute personne atteinte par le VIH résidant sur le territoire**.

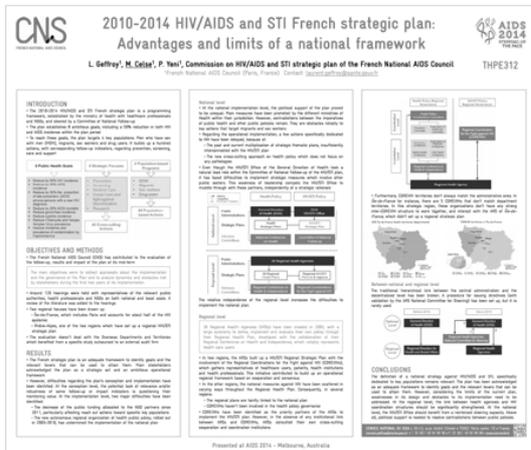


Michel Celse, conseiller-expert auprès du CNS
© Conseil national du sida

INTERNATIONAL AIDS CONFERENCE 2014

Du 20 au 25 juillet 2014, Melbourne, Australie.

Le CNS a présenté trois posters à l'occasion de la conférence internationale AIDS 2014, qui a eu lieu à Melbourne du 20 au 25 juillet 2014. Ils ont été présentés le jeudi 24 juillet de 12h30 à 14h30.



2010-2014 HIV/AIDS AND STI FRENCH STRATEGIC PLAN : ADVANTAGES AND LIMITS OF A NATIONAL FRAMEWORK

Authors: L. Geffroy¹, M. Celse¹, P. Yeni¹,
Commission on HIV/AIDS and STI strategic plan
of the French National AIDS Council

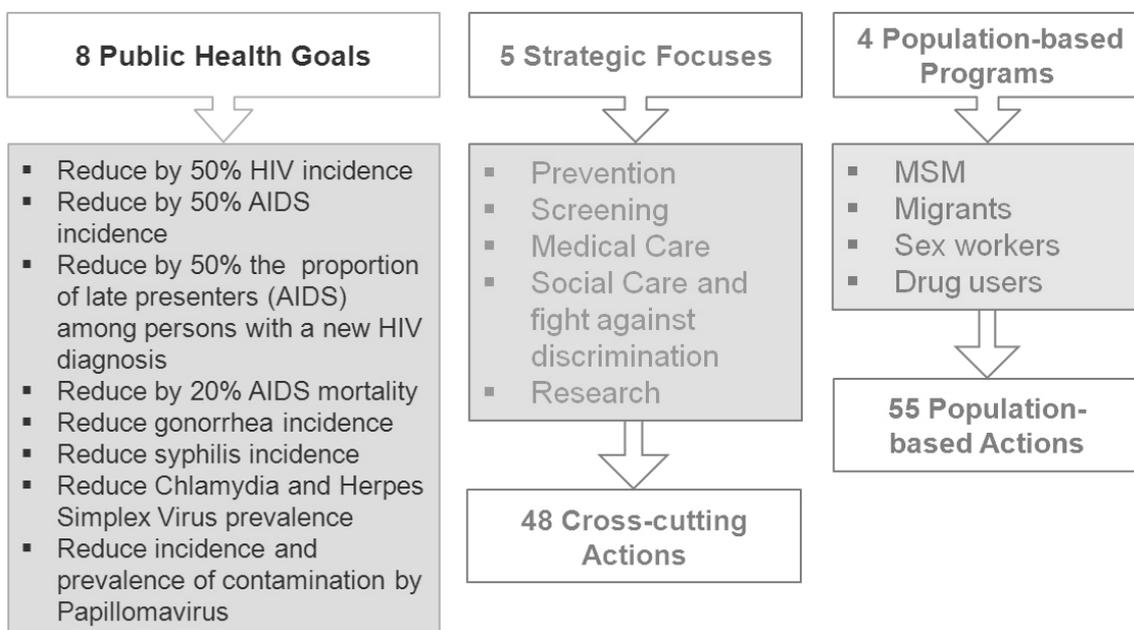
¹French National AIDS Council (Paris, France)

Introduction

- The 2010-2014 HIV/AIDS and STI French strategic plan is a programming framework, established by the ministry of health with healthcare professionals and NGOs, and steered

by a Committee of National Follow-up.

- The plan establishes 8 ambitious goals, including a 50 % reduction in both HIV and AIDS incidence within the plan period.
- To reach these goals, the plan targets 4 key populations: Men who have sex with men (MSM), migrants, sex workers and drug users. It builds up a hundred actions, with corresponding follow-up indicators, regarding prevention, screening, care and support.



Objectives and methods

- The French National AIDS Council (CNS) has contributed to the evaluation of the follow-up, results and impact of the plan at its mid-term

The main objectives were to collect appraisals about the implementation and the governance of the Plan and to analyze dynamics and obstacles met by stakeholders during the first two years of its implementation

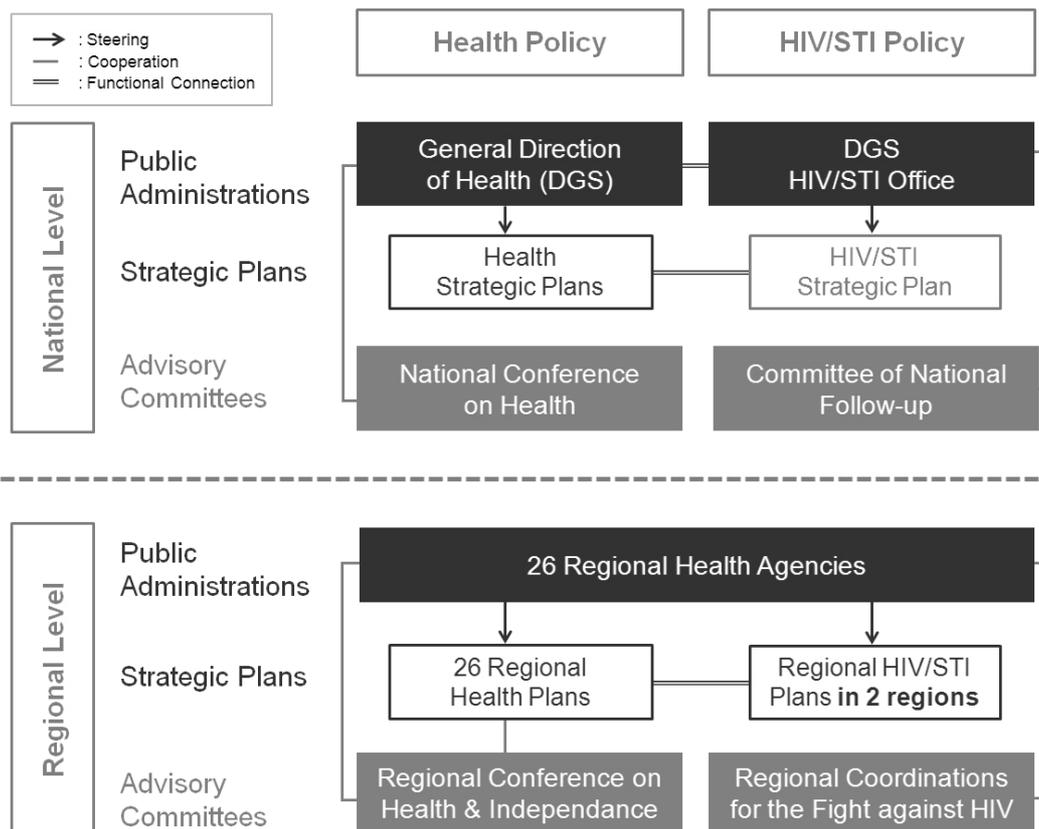
- Around 120 hearings were held with representatives of the relevant public authorities, health professionals and NGOs on both national and local scale. A review of the literature was added to the hearings
- Two regional focuses have been drawn up:
 - Île-de-France, which includes Paris and accounts for about half of the HIV epidemic
 - Rhône-Alpes, one of the two regions which have set up a regional HIV/STI strategic plan
- The evaluation doesn't deal with the Overseas Departments and Territories which benefited from a specific study outsourced to an external audit firm

Results

- The French strategic plan is an adequate framework to identify goals and the relevant levers that can be used to attain them. Main stakeholders acknowledged the plan as a strategic act and an ambitious operational framework
- However, difficulties regarding the plan's conception and implementation have been identified. At the conception level, the potential lack of relevance and/or robustness of some follow-up or impact indicators is questioning their monitoring value. At the implementation level, two major difficulties have been identified:
 - The decrease of the public funding allocated to the NGO partners since 2011, particularly affecting reach out actions toward specific key populations
 - The new autonomous regional organization of health public policy, rolled out in 2009-2010, has undermined the implementation of the national plan

National level

- At the national implementation level, the political support of the plan proved to be unequal. Main measures have been promoted by the different ministries of Health within their jurisdiction. However, contradictions between the imperatives of public health and other public policies remain. They are obstacles notably to key actions that target migrants and sex workers
- Regarding the operational implementation, a few actions specifically dedicated to HIV have been delayed, because of:
 - The past and current multiplication of strategic thematic plans, insufficiently interconnected with the HIV/STI plan
 - The new cross-cutting approach on health policy which does not focus on any pathologies
- Even though the HIV/STI Office of the General Direction of Health took a natural lead role within the Committee of National Follow-up of the HIV/STI plan, it has faced difficulties to implement strategic measures which involve other public sectors. This weakness of leadership compels the HIV/STI Office to muddle through with these partners, independently of a strategic rationale

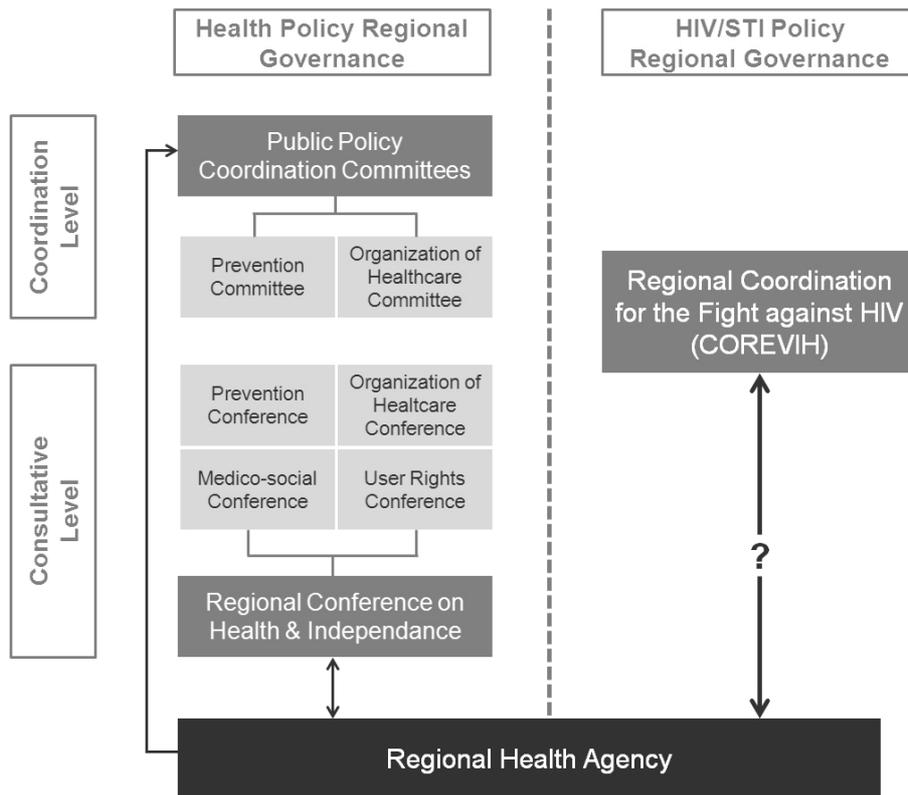


The relative independence of the regional level increases the difficulties to implement the national plan.

Regional level

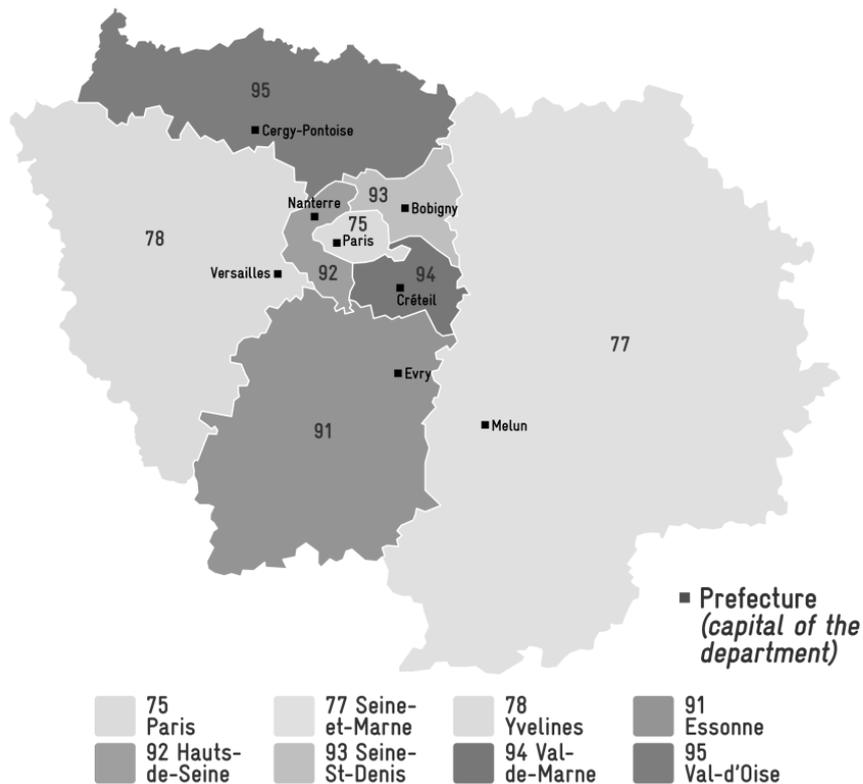
26 Regional Health Agencies (ARSS) have been created in 2009, with a large autonomy to define, implement and evaluate their own policy through their Regional Health Plan, developed with the collaboration of their Regional Conference on Health and Independence, which notably represents health care users

- In two regions, the ARSS built up a HIV/STI Regional Strategic Plan with the involvement of the Regional Coordinations for the Fight against HIV (COREVIHs), which gathers representatives of healthcare users, patients, health institutions and health professionals. This initiative contributed to build up an operational regional framework based on cooperation and consensus
- In the other regions, the national measures against HIV have been scattered in varying ways throughout the Regional Health Plan. Consequently, in several regions:
 - The regional plans are faintly linked to the national plan
 - COREVIHs haven't been involved in the health policy governance
- COREVIHs have been identified as the priority partners of the ARSS to implement the HIV/STI plan. However, in the absence of any institutional link between ARSS and COREVIHs, ARSS consulted their own cross-cutting cooperation and coordination institutions

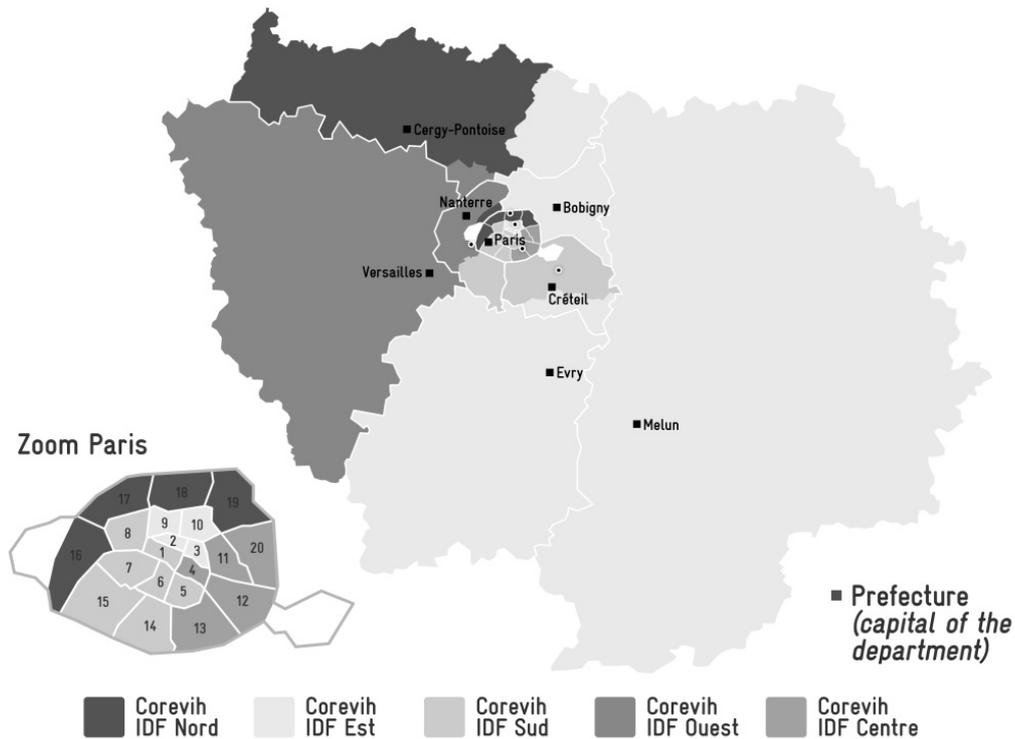


- Furthermore, COREVIH territories don't always match the administrative ones. In *Île-de-France* for instance, there are 5 COREVIHs that don't match department territories. In this strategic region, these organizations don't have any strong inter-COREVIH structure to work together, and interact with the ARS of *Île-de-France*, which didn't set up a regional strategic plan

ARS Île-de-France Health territories (departments)

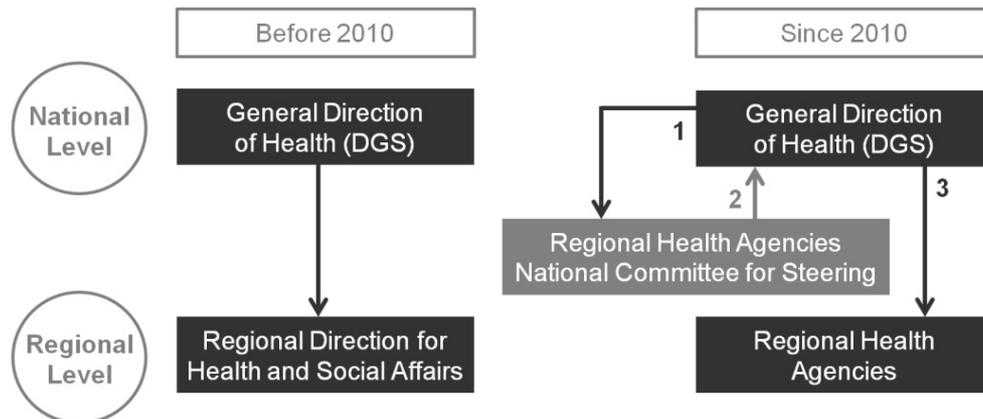


COREVIH territories in Île-de-France



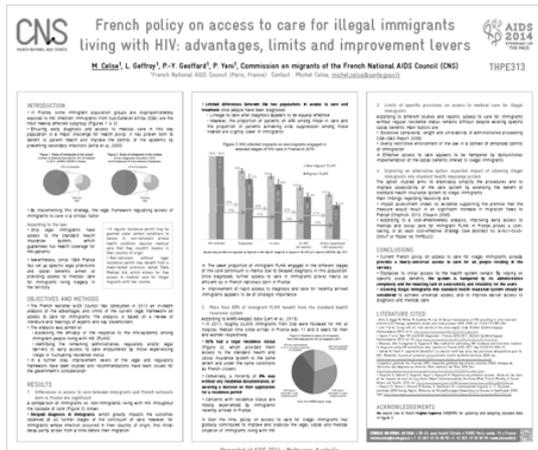
Between national and regional level

The traditional hierarchical link between the central administration and the decentralized level has been broken. A procedure for issuing directives (with validation by the ARS National Committee for Steering) has been set up, but it is rarely used.



Conclusion

The definition of a national strategy against HIV/AIDS and STI, specifically dedicated to key populations remains relevant. The plan has been acknowledged as an adequate framework to identify goals and the relevant levers that can be used to attain them. However, considering the limits of the current plan, weaknesses in its design and obstacles to its implementation need to be addressed. At the regional level, the link between health agencies and HIV coordination structures should be significantly strengthened. At the national level, the HIV/STI Office should benefit from a reinforced steering capacity. Above all, political support is needed to resolve contradictions between public policies.



FRENCH POLICY ON ACCESS TO CARE FOR ILLEGAL IMMIGRANTS LIVING WITH HIV: ADVANTAGES, LIMITS AND IMPROVEMENT LEVERS

Authors: M. Celse¹, L. Geffroy¹, P.-Y. Geoffard¹, P. Yeni¹, Commission on migrants of the French National AIDS Council (CNS)

¹French National AIDS Council (Paris, France)

Introduction

■ In France, some immigrant population groups are disproportionately exposed to HIV infection. Immigrants from Sub-Saharan Africa (SSA) are the most heavily affected subgroup

(Figures 1 & 2)

- Ensuring early diagnosis and access to medical care in this key population is a major challenge for health policy. It has proven both to benefit to patient health and improve the control of the epidemic by preventing secondary infections (Attia et al, 2009)

Figure 1: Share of immigrants in the overall number of patients followed for HIV at hospital in 2011 (ANRS-VESPA 2 Study)

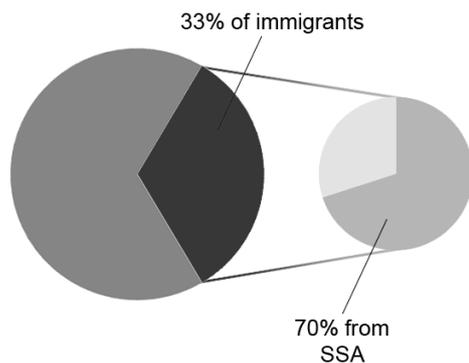
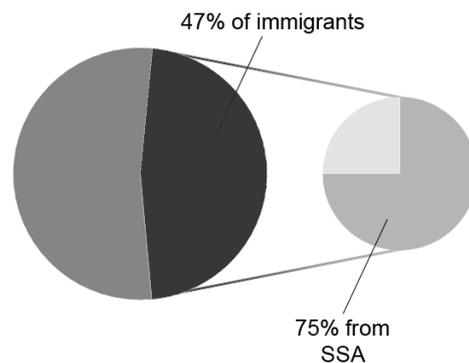


Figure 2: Share of immigrants in the number of new diagnosis recorded in 2011 (InVS-National HIV-Surveillance Database)



By implementing this strategy, the legal framework regulating access of immigrants to care is a critical factor

According to the law:

- Only legal immigrants have access to the standard health insurance system, which guarantees full health coverage for HIV-patients
- Nevertheless, since 1998 France has set up specific legal provisions and social benefits aimed at providing access to medical care for immigrants living illegally in the territory

- A regular residence permit may be granted under certain conditions to severe ill non-nationals whose health condition requires medical care that they couldn't receive in their country of origin
- Non-nationals without legal residence permit may benefit from a mean-tested provision called State Medical Aid, which allows for free access to medical care for illegal migrants with low income

Objectives and methods

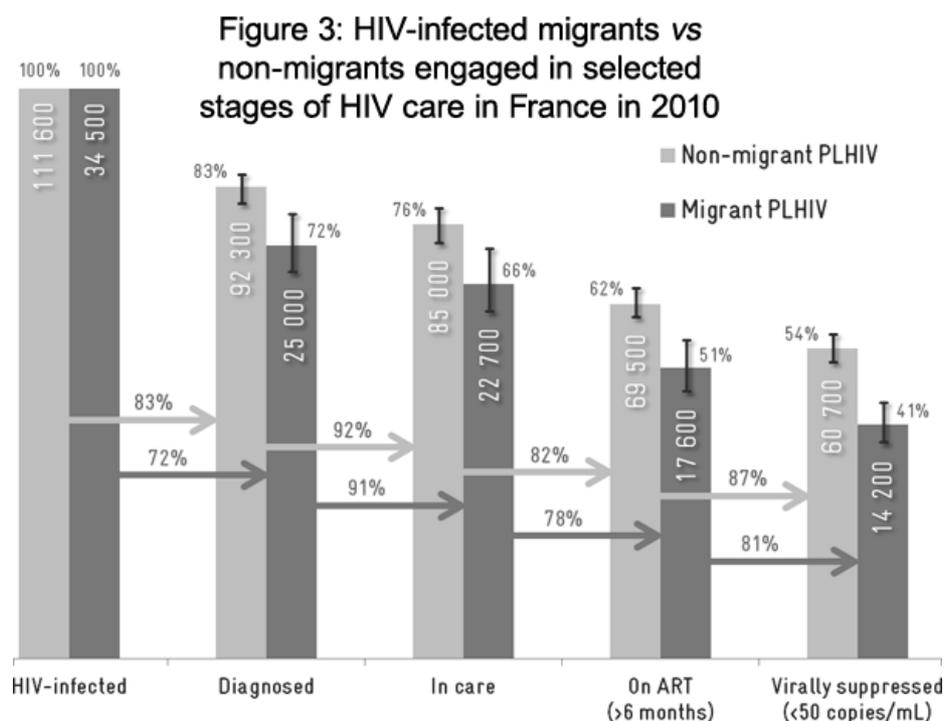
- The French National AIDS Council has conducted in 2013 an in-depth analysis of the advantages and limits of the current legal framework on access to care for immigrants. The analysis is based on a review of literature and hearings of experts and key stakeholders
- The analysis was aimed at:
 - Assessing the efficacy of the response to the HIV-epidemic among immigrant people living with HIV (PLHIV)
 - Identifying the remaining administrative, regulatory and/or legal barriers to early access to care encountered by those experiencing illegal or fluctuating residence status
- In a further step, improvement levers of the legal and regulatory framework have been studied and recommendations have been issued for the government's consideration

Results

1. Differences in access to care between immigrants and French nationals born in France are significant

A comparison of immigrants vs. non-immigrants living with HIV throughout the cascade of care (Figure 3) shows:

- **Delayed diagnosis in immigrants**, which greatly impacts the outcomes observed at all further stages of the continuum of care. However, for immigrants whose infection occurred in their country of origin, this initial delay partly arises from a time before their migration
- **Limited differences between the two populations in access to care and treatment** once people have been diagnosed:
 - Linkage to care after diagnosis appears to be equally effective
 - However, the proportion of patients on ARV among those in care and the proportion of patients achieving viral suppression among those treated are slightly lower in immigrants



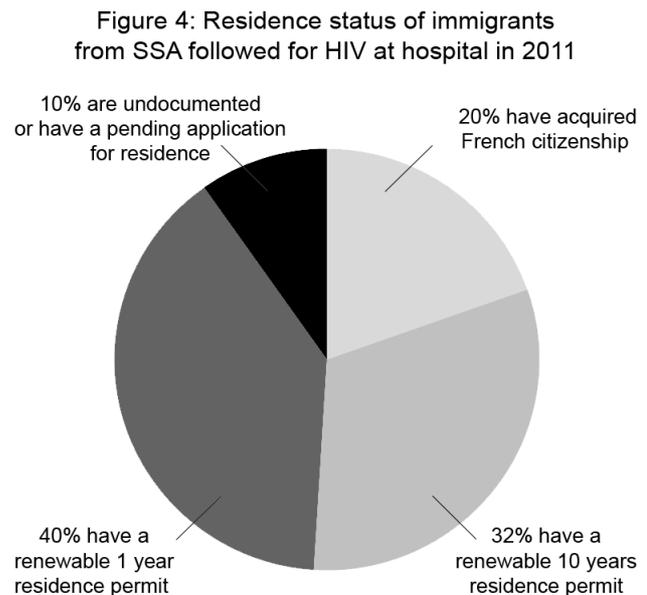
Cascade data provided and organized by Migrants vs Non-Migrant categories at request of the CNS by V. Supervie (INSERM), May 2013

- ▶ The lower proportion of immigrant PLHIV engaged in the different stages of the care continuum is mainly due to delayed diagnosis in this population. Once diagnosed, further access to care in immigrants proves nearly as efficient as in French nationals born in France
- ▶ Improvement of rapid access to diagnosis and care for recently arrived immigrants appears to be of strategic importance

2. More than 90 % of immigrant PLHIV benefit from the standard health insurance system

According to ANRS-Vespa2 data (Lert *et al.*, 2013):

- In 2011, roughly 24,000 immigrants from SSA were followed for HIV at hospital. Median time since arrival in France was 11 and 9 years for men and women respectively
- **92 % had a legal residence status** (Figure 4), which provided them access to the standard health and social insurance system to the same extent and under the same conditions as French citizens
- Conversely, a minority of **8 % was without any residence documentation, or awaiting a decision on their application for a residence permit**
- Concerns with residence status are mostly experienced by immigrants recently arrived in France.



- ▶ Over the time, policy on access to care for illegal immigrants has globally contributed to improve and stabilize the legal, social and medical situation of immigrants living with HIV

3. Limits of specific provisions on access to medical care for illegal immigrants

According to different studies and reports, access to care for immigrants without regular residence status remains difficult despite existing specific social benefits. Main factors are:

- Excessive complexity, length and unreliability of administrative proceeding (IGA-IGAS Report 2009)
- Overly restrictive enforcement of the law in a context of enhanced control of immigration
 - ▶ Effective access to care appears to be hampered by dysfunctional implementation of the social benefits offered to illegal immigrants

4. Exploring an alternative option: expected impact of allowing illegal immigrants into standard health insurance system

The option studied aims to drastically simplify the procedures and to improve accessibility of the care system by extending the benefit of standard health insurance system to illegal immigrants.

Main findings regarding feasibility are:

- Impact assessment shows no evidence supporting the premise that the measure would result in a significant increase in migration flows to France (Chojnicki 2010, Chauvin 2008)
- According to a cost-effectiveness analysis, improving early access to medical and social care for immigrant PLHIV in France proves a cost-saving, or at least cost-effective strategy (see Abstract no. A-641-0440-09347 or Poster no. THPE422)

Conclusions

- Current French policy on access to care for illegal immigrants already **provides a nearly-universal access to care for all people residing in the territory**
- Obstacles to initial access to the health system remain. By relying on specific social benefits, **the system is hampered by its administrative complexity and the resulting lack of accessibility and reliability for the users**
- **Allowing illegal immigrants into standard health insurance system should be considered** to achieve universal access, and to improve earlier access to diagnosis and medical care

Literature cited

- Attia S, Egger M, Müller M, Zwahlen M, Low N. Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2009 Jul 17;23(11):1397–404.
- Lert F *et al.* Living with hiv: first results of the anrs-vespa2 study. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2013 Jul 2. <http://www.invs.sante.fr/beh/2013/27/index.html>
- Cazein F *et al.* New HIV and AIDS diagnoses – France, 2003–2011. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2013 Jul 16. http://www.invs.sante.fr/beh/2013/28-29/2013_28-29_2.html
- Ndawinz JDA, Costagliola D, Supervie V. New method for estimating HIV incidence and time from infection to diagnosis using HIV surveillance data: results for France. *AIDS*. 2011 Sep 24;25(15):1905–13.
- Calvez M, Fierro F, Laporte A, Semaille C. Le recours tardif aux soins des personnes séropositives pour le VIH : Modalités d'accès et contextes socioculturels. Institut de Veille Sanitaire. 2006 Jan. http://www.invs.sante.fr/publications/2006/recours_tardifs_vih/recours_tardifs_vih.pdf
- Inspection générale des finances (IGF), Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'Aide médicale de l'Etat. 2009 Nov. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000685/index.shtml>
- Chojnicki X, Defoort C, Drapier C, Ragot L, Rapoport H. Migrations et protection sociale : étude sur les liens et les impacts de court et long terme. Report commissioned by the Drees-Mire/ French Ministry of Social Affairs and Health. 2010 Jul. http://ec.europa.eu/ewsi/UDRW/images/items/docl_20800_96956498.pdf
- Chauvin P, Parizot I, Simonot N. Access to healthcare for undocumented migrants in 11 European countries: 2008 Survey Report. Médecins du Monde/European Observatory on Access to Healthcare. 2009 Sept. http://www.aedh.eu/plugins/fckeditor/userfiles/file/DESC/Report_%20EN_September%202009.pdf

Acknowledgements

We would like to thank Virginie Supervie (INSERM) for updating and adapting cascade data in figure 3.



COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS OF EARLY ACCESS TO MEDICAL AND SOCIAL CARE FOR MIGRANTS LIVING WITH HIV IN FRANCE

Authors: M. Guillon¹, M. Celse², P. Yeni², P.-Y. Geoffard^{1,2}, Commission on migrants of the French National AIDS Council (CNS)

¹Paris School of Economics (Paris, France),
²French National AIDS Council (Paris, France)

Introduction

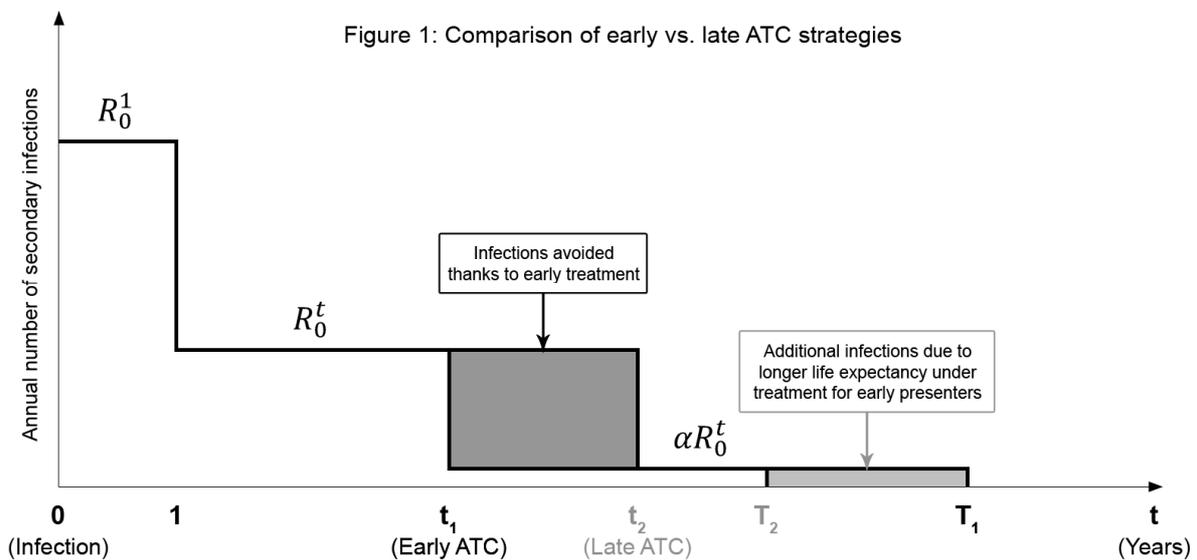
■ In 2011, migrants accounted for 47 % of newly diagnosed cases of HIV infection in France, including 70 % from Sub-Saharan

Africa

- These populations meet with specific obstacles leading to late diagnosis and access to medical and social care
- Reducing these delays has a proven benefit to patients' health and contributes to a better control of the epidemic by preventing secondary infections
 - ▶ The objective of this study is to assess the **cost-effectiveness of an early access to care (ATC)** for migrant people living with HIV (PLHIV) in France

Material and methods

- The model compares "early" vs. "late" ATC for migrant PLHIV in France, defined by an entry into care with a CD4 cell count of 350 and 100/mm³ respectively
- Total costs and secondary infections are compared
- Total costs include lifelong cost of care for patients once they are diagnosed plus costs associated with secondary infections



Modeling of intervention:

Infection occurs in t₀

Early and late treatment start in t₁ and t₂, end by death in T₁ and T₂ and generate a patient cost of care C₁ and C₂, respectively

By calculating total costs TC₁ and TC₂, cost of secondary infections is valued at C₁

Estimating R_0^t

R_0^t is the mean annual number of secondary infections caused by an HIV-infected individual who does not benefit from treatment:

$$R_0^t = \frac{\text{New transmissions in the migrant category due to undiagnosed migrants}}{\text{Total number of undiagnosed migrants}}$$

Its value depends on:

- (1) The number of undiagnosed migrants (French national survey / INSERM)
- (2) The annual number of new infections in the migrant category (Ndawinz *et al.*, 2011)
- (3) The share of annual new infections caused by undiagnosed HIV infected migrants (ANRS, VESPA2 and calculation method of Marks *et al.*, 2006)
 - Four possible values of R_0^t depending on the value of (1) and (2)

Estimating α

α is the reduction in the annual number of secondary infections for HIV positive migrants who are diagnosed. Its value depends on both:

- The reduction of infectivity under treatment: 90 % (conservative assumption based on HPTN 052; Attia *et al.*, 2009; Baggaley *et al.*, 2013)
- The evolution of preventive behavior after diagnosis. Two scenarios: stability vs. 53 % reduction in the number of unprotected sex acts

Treatment timing and costs for early and late presenters:

Parameter	Definition	Value	Source
C_1	Cost of care for early treated patients	€686,426	Sloan <i>et al.</i> (2012)
C_2	Cost of care for late treated patients	€513,200	Sloan <i>et al.</i> (2012)
t_1	Start date of treatment for early presenters	4	Lodi <i>et al.</i> (2011)
t_2	Start date of treatment for late presenters	9	Lodi <i>et al.</i> (2011)
$t_2 - t_1$	Treatment delay for late presenters	5	Lodi <i>et al.</i> (2011)
T_1	Death date of early presenters	38	ART Cohort Collaboration (2008)
T_2	Death date of late presenters	32.8	ART Cohort Collaboration (2008)

Four implementation scenarios:

Parameter	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3	Scenario 4
R_0^t	0.0589	0.1199	0.0531	0.098
α	0.1	0.047	0.1	0.047

Secondary infections avoided thanks to the early treatment:

$$R_0^{t_2} - R_0^{t_1} = R_0^t \left[(1 - \alpha)(t_2 - t_1) - \alpha(T_1 - T_2) \right]$$

Early treatment strategy is cost-saving if:

$$TC_1 < TC_2$$

$$\Leftrightarrow C_1 + C_1 R_0^{t_1} < C_2 + C_1 R_0^{t_2}$$

$$\Leftrightarrow C_1 - C_1 (R_0^{t_2} - R_0^{t_1}) < C_2$$

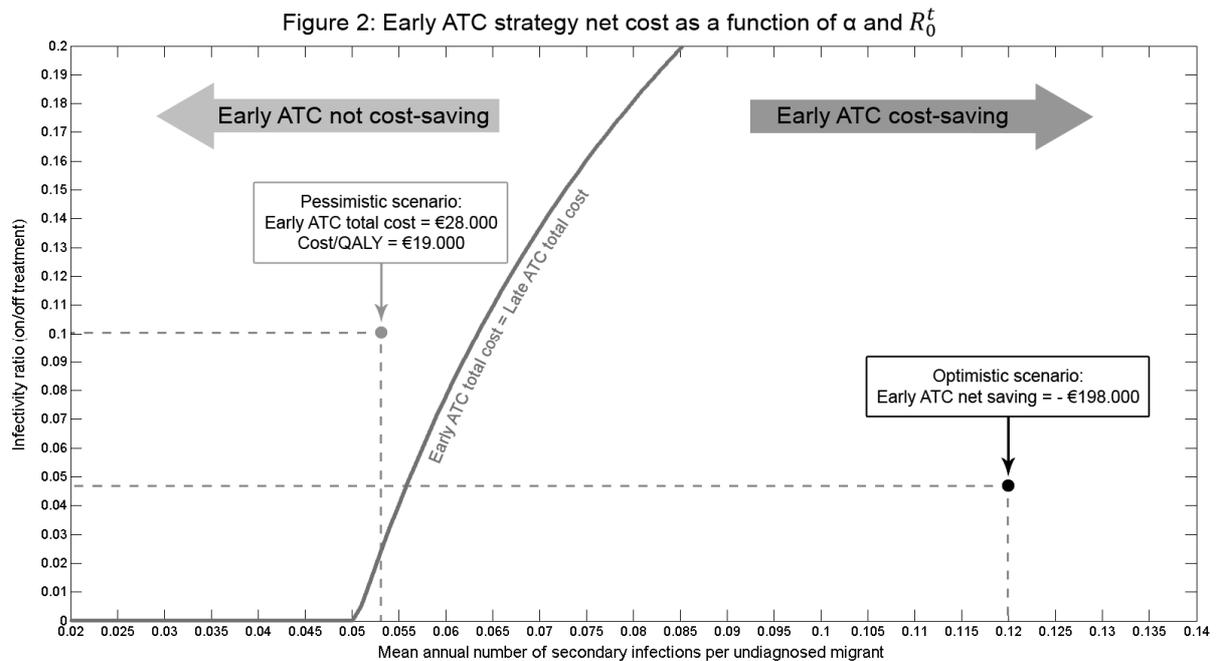
Results

Early ATC strategy proved cost-saving, or cost-effective in the worst case scenario

	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3	Scenario 4
Net cost of early ATC (€)	12,313	-198,831	28,158	-130,874
Infections averted	0.2344	0.5420	0.2113	0.4430
Cost by QALY (€)	7508	Cost-saving	19,037	Cost-saving

In the most favorable scenario: early ATC strategy generated an average net saving of €198,000 (~USD 271,000) per patient, and prevented 0.542 secondary infection

In the worst case scenario: early ATC strategy generated an average cost of €28,000 (~USD 38,000), a cost-effectiveness ratio of €19,000/QALY (~USD 26,000/QALY) and prevented 0.2 secondary infection



Sensitivity analysis

- Early ATC remains cost-effective when:
- Late treatment is defined as an entry into care at 200 CD4/mm³
- Treatment delay for late presenters is reduced to 4 years
- Life expectancy for early presenters increases from 32 to 36 years
- Averted infections are valued at C₂ (€513,200)

Limits

- Static nature of the model studied due to lack of data:
- Only takes into account infections averted in the first stage
- In reality: cumulative process of avoided secondary infections
 - ▶ Model underestimates both the number of infections averted and the savings due to earlier treatment of HIV-positive migrants

Conclusions

- In addition to individual health benefit, improving early ATC for migrant PLHIV proves an **efficient strategy in terms of public health and economics**
- These results stress out the benefit of **ensuring ATC for all individuals living with HIV in France**
- Further research should focus on ways to improve access to care for migrants in France

Literature cited

- Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration. Life expectancy of individuals on combination antiretroviral therapy in high-income countries: a collaborative analysis of 14 cohort studies. *Lancet*. 2008 Jul 26;372(9635):293–9.
- Attia S, Egger M, Müller M, Zwahlen M, Low N. Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2009 Jul 17;23(11):1397–404.
- Baggaley RF, White RG, Hollingsworth TD, Boily M-C. Heterosexual HIV-1 infectiousness and antiretroviral use: systematic review of prospective studies of discordant couples. *Epidemiology*. 2013 Jan;24(1):110–21.
- Lodi S, Phillips A, Touloumi G, Geskus R, Meyer L, Thiébaud R, *et al*. Time from human immunodeficiency virus seroconversion to reaching CD4+ cell count thresholds <200, <350, and <500 Cells/mm³: assessment of need following changes in treatment guidelines. *Clin Infect Dis*. 2011 Oct;53(8):817–25.
- Marks G, Crepaz N, Janssen RS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS*. 2006 Jun 26;20(10):1447–50.
- Ndawinz JDA, Costagliola D, Supervie V. New method for estimating HIV incidence and time from infection to diagnosis using HIV surveillance data: results for France. *AIDS*. 2011 Sep 24;25(15):1905–13.
- Sloan CE, Champenois K, Choisy P, Losina E, Walensky RP, Schackman BR, *et al*. Newer drugs and earlier treatment: impact on lifetime cost of care for HIV-infected adults. *AIDS*. 2012 Jan 2;26(1):45–56.

Acknowledgements

We would like to thank:

- **Virginie Supervie** (INSERM) for access to data on HIV prevalence in migrants in France, and repartition by status of care
- **France Lert, Kayigan d'Almeida** and the CESP team for access to the VESPA2 survey data
- **Stéphane le Vu** for his helpful comments

This work was supported by the **Région Île-de-France**

Ces trois posters présentent des éléments inédits ainsi que des recommandations respectivement issues de *l'Avis suivi de recommandations sur le bilan à mi-parcours du*

plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014²¹ et de l'Avis sur la protection sociale des étrangers vivant avec le VIH en France et l'intérêt de son évolution vers le droit commun²².

Michel Celse, conseiller-expert auprès du CNS, a par ailleurs comoderé une session de présentations orales de posters le mercredi 23 juillet de 13h à 14h, intitulée « Falling Through the Cracks : Migrants and Mobile Populations ».

CONGRÈS DE LA SFLS 2014

Du 27 au 30 octobre 2014, Paris.

Jeudi 23 et vendredi 24 octobre 2014, le CNS était présent au XV^e Congrès national de la Société française de lutte contre le sida, organisé pour cette édition à la Maison de la Chimie, à Paris.

Les participants ont pu rencontrer le CNS sur son stand institutionnel et assister à ces interventions :

- Jeudi 23 octobre, de 11h30 à 13h dans le petit amphithéâtre, **Pierre-Yves Geoffard**, membre du CNS, intervenait dans un atelier intitulé « Économie du médicament : des génériques VIH aux nouveaux traitements du VHC ».
- Jeudi 23 octobre, de 14h à 15h dans le grand amphithéâtre, **Philippe Morlat** et **Bruno Hoen**, du groupe d'experts VIH placé sous l'égide du CNS et de l'ANRS, ont présenté en plénière les « Actualisations des recommandations VIH 2013 ».
- Vendredi 24 octobre, de 8h30 à 10h dans le grand amphithéâtre, **Marie Suzan-Monti**, membre du CNS, intervenait en plénière sur la question de « L'éthique du CURE ».



Pierre-Yves Geoffard

© Conseil national du sida

²¹ *Avis suivi de recommandations sur le bilan à mi-parcours du plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014*, Conseil national du sida, 2014.

²² *Avis sur la protection sociale des étrangers vivant avec le VIH en France et l'intérêt de son évolution vers le droit commun*, Conseil national du sida, 2014.

LES RENCONTRES « COREVIH EN ACTIONS »

Le 25 novembre 2014, Montpellier.

Intervention de **Laurent Geffroy**, conseiller-expert auprès du CNS : « Orientations de la future loi santé : quels impacts pour les COREVIHs et les personnes vivant avec le VIH ? Bilan à mi-parcours du Programme national de lutte contre le sida (PNLS) et perspectives au terme du plan pour les COREVIHs ».

JOURNÉE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LES HÉPATITES VIRALES

Le 2 juin 2015, Paris.

Lors d'un colloque organisé le 2 juin 2015 au Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, à l'occasion de la Journée nationale de lutte contre les hépatites virales, le **Pr Patrick Yeni**, président du Conseil national du sida et des hépatites virales, a présenté le CNS dont les missions se sont élargies depuis février 2015 aux hépatites virales chroniques et aux IST.



Pr Patrick Yeni, Président du CNS
© Conseil national du sida

SOIRÉE D'INFORMATION ET DE DÉBAT ASLP / COREVIH PACA-OUEST ET CORSE

Le 18 juin 2015, Marseille.

Présentation de *l'Avis suivi de recommandations sur la pénalisation de la transmission sexuelle du VIH en France* par **Michel Celse**, conseiller-expert auprès du CNS, dans le cadre d'une soirée d'information et de débat organisée par l'Association des sidénologues libéraux de Provence (ASLP) et le COREVIH Paca-Ouest et Corse.

CONGRÈS DE LA SFLS 2015

Du 8 au 9 octobre 2015, Nantes.

Judi 8 et vendredi 9 octobre 2015, le CNS était présent au XVI^e Congrès national de la Société française de lutte contre le sida, organisé pour cette édition à la Cité des congrès de Nantes.

Le CNS était présent sur son stand institutionnel, et a présenté les trois posters suivants :



LES RECOURS À LA JUSTICE PÉNALE POUR TRANSMISSION SEXUELLE DU VIH EN FRANCE : ÉVOLUTION DU NOMBRE D'AFFAIRES ET CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES IMPLIQUÉES

Auteurs : M. Celse, P.-Y. Geoffard, J.-P. Couteron, A. Guimet, J.-P. Dozon, J. Massot, P. Mathiot, S. Musso, P. Yeni, P. Gaudin, commission « pénalisation » du Conseil national du sida

Les recours en justice pour transmission et/ou exposition au risque de transmission sexuelle du VIH ont été peu étudiés en France, notamment en raison de l'absence de recensement systématique des jugements rendus. Le Conseil national du sida a procédé à l'identification et à l'analyse de l'ensemble des procédures pénales jugées depuis le début de l'épidémie. Différentes sources ont été systématiquement croisées : veille permanente du CNS, documentation associative, médias, données des services du ministère de la Justice, auditions.

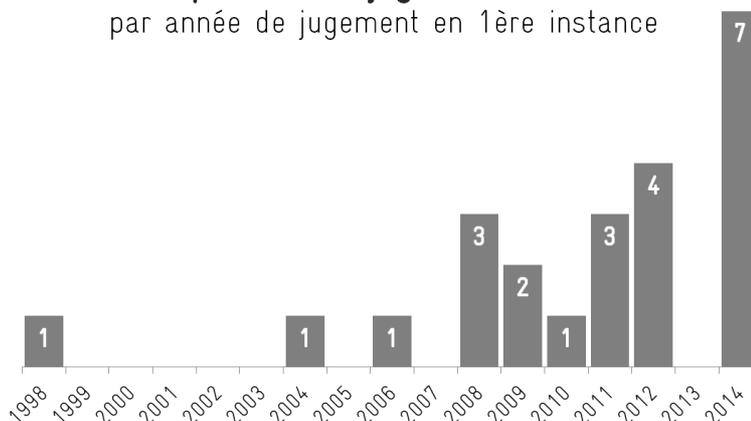
Estimation du nombre de plaintes déposées

- ▶ 1 500 à 2 000 plaintes pour transmission du VIH auraient été déposées depuis le début de l'épidémie
- Absence de données judiciaires.
- Estimation obtenue à partir de données déclaratives de l'enquête ANRS-Vespa2.

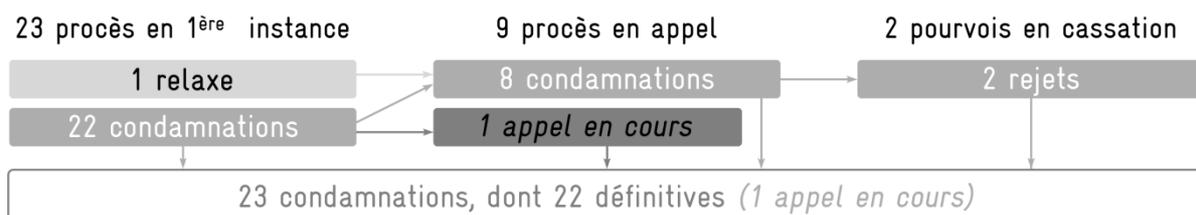
Nombre de procédures jugées et de condamnations

- ▶ 23 procédures pour transmission et/ou exposition au risque de transmission du VIH ont abouti à un jugement pénal entre 1998 et fin 2014
- Recensement empirique, pouvant être considéré comme quasi exhaustif.
- Le nombre de procédures aboutissant à un procès demeure faible en regard du nombre non négligeable de plaintes.
- Augmentation du nombre d'affaires jugées à partir de la fin des années 2000, mais à considérer avec prudence (*faible nombre, délais de procédure...*).

23 procédures jugées en France par année de jugement en 1ère instance

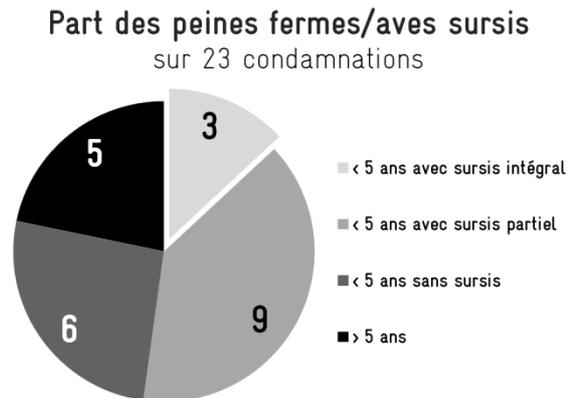
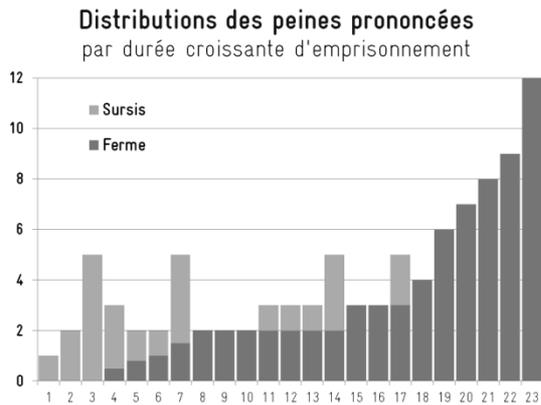


- ▶ Ces 23 procédures ont débouché sur la condamnation du prévenu



Peines prononcées

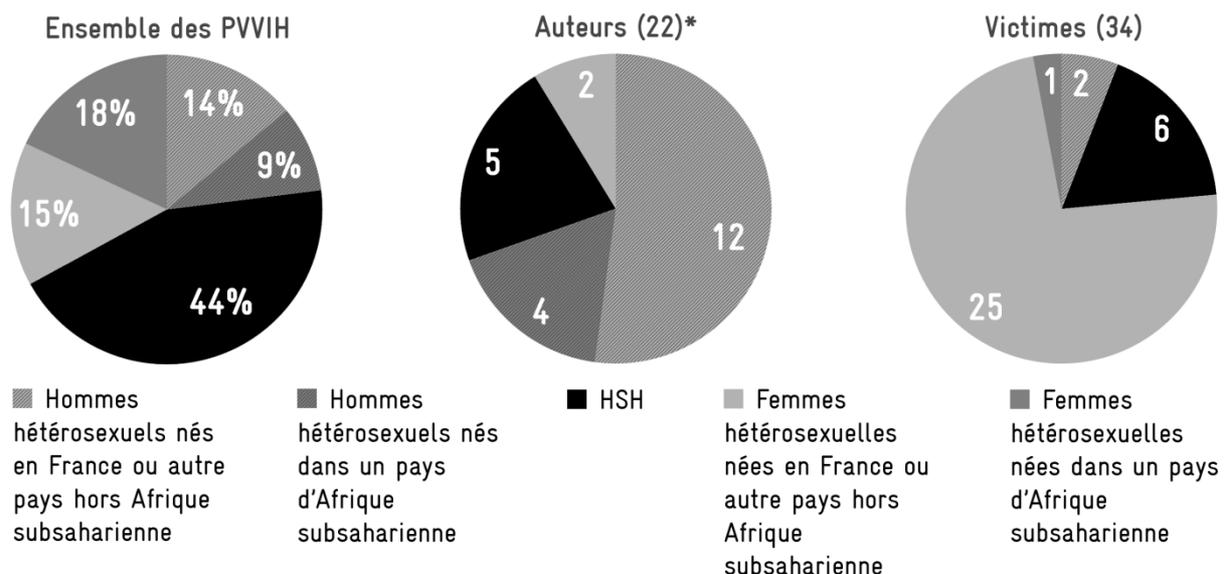
- **Les peines de prison ferme prédominent**
- Condamnations de **1 an à 12 ans de prison**.
- **L'incarcération demeure la règle** : au total, 20 condamnés sur 23 ont effectué tout ou partie de leur peine en prison.
- **Les alternatives à l'incarcération potentiellement applicables aux peines ≤ 5 ans**, soit dans 18 cas sur 23, **sont rarement utilisées** (*sursis et/ou obligation de suivi, régimes divers d'exécution de la peine de prison : semi-liberté, placement à l'extérieur, surveillance par bracelet électronique...*).



Profil socio-épidémiologique des personnes impliquées

Par rapport à la structure socio-épidémiologique de la population vivant avec le VIH, les données recueillies sur les personnes impliquées dans les procédures pénales (22 auteurs*, 34 victimes) montrent une **nette surreprésentation des affaires concernant des cas de transmission hétérosexuelle** du VIH, et dans ces cas :

- une **partition par sexe très marquée entre auteurs et victimes** ;
- une **forte sous-représentation des personnes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne**.



*dont un auteur condamné en récidive dans une seconde affaire distincte

Conclusion

Les recours en justice pour transmission ou exposition au risque de transmission du VIH impliquent principalement des personnes issues de la population majoritaire à faible prévalence du VIH. Il est donc nécessaire de **mieux prévenir le risque pénal en renforçant l'action en prévention et la lutte contre la stigmatisation et les discriminations liées au VIH, notamment en direction de la population générale.**

En cas de condamnation pénale, l'application de peines alternatives à la prison devrait être privilégiée. En effet, l'incarcération ne constitue pas une réponse adaptée aux enjeux de prise en charge sanitaire, de réinsertion et de prévention de la récurrence, et ne devrait être prononcée qu'en dernier recours.



RISQUE PÉNAL EN COURU PAR LES PVVIH DU FAIT DE RELATIONS SEXUELLES NON PROTÉGÉES

Auteurs : M. Celse, P.-Y. Geoffard, J.-P. Couteron, A. Guimet, J.-P. Dozon, J. Massot, P. Mathiot, S. Musso, P. Yeni, P. Gaudin, commission « pénalisation » du Conseil national du sida

En France, **la transmission et/ou l'exposition au risque de transmission sexuelle du VIH peuvent constituer dans certaines conditions un délit pénal.**

Ces conditions demeurent mal connues des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) comme des acteurs de la prévention et de la prise en charge. Afin de les préciser, le Conseil national du sida a procédé à une analyse juridique approfondie des 23 procédures pénales pour transmission et/ou exposition au risque de transmission du VIH jugées en France.

Les fondements juridiques des poursuites

- À la différence de certains pays, il n'existe pas en France de législation visant spécifiquement la transmission du VIH ou des pathologies transmissibles.
- Selon une jurisprudence extrêmement stable depuis 1999, les poursuites pour transmission et/ou exposition au risque de transmission du VIH se fondent sur le délit d'« administration de substances nuisibles ayant entraîné une atteinte à l'intégrité physique ou psychique d'autrui » (ASN), défini par l'art. 222-15 du Code pénal.

Éléments requis pour constituer l'infraction d'ASN

Élément matériel	Élément intentionnel
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Substance nuisible : tout fluide corporel infecté par le VIH (<i>sperme, liquide pré-séminale, sécrétions vaginales, etc.</i>) ▪ Administration de la substance : par toute pratique sexuelle non protégée présentant un risque, même faible, de transmission du VIH (<i>pénétration vaginale ou anale, fellation, etc.</i>) ▪ Atteinte effective à l'intégrité de la victime <ul style="list-style-type: none"> - soit physique : <i>infection par le VIH</i> - soit psychique : <i>en l'absence de transmission effective du VIH, le choc psychologique et l'angoisse éprouvés par la victime en apprenant le risque auquel elle a été exposée</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le caractère volontaire de l'acte suffit pour constituer l'intention délictueuse : <i>le fait d'avoir décidé d'avoir une relation non protégée en connaissance du risque pour la victime.</i> Par ailleurs : <ul style="list-style-type: none"> - L'intention de nuire n'est pas requise : <i>il n'est pas nécessaire que l'auteur ait voulu contaminer la victime</i> - Le degré d'intentionnalité accompagnant l'acte (<i>taire sa séropositivité / mentir sur son statut / produire des faux pour manipuler le partenaire, etc.</i>) est sans effet sur la caractérisation de l'infraction, mais peut être pris en compte dans l'appréciation de la gravité de la faute et la fixation de la peine

Le champ des actes pénalement répréhensibles

Les fondements légaux et les éléments de jurisprudence montrent que **toute relation sexuelle non protégée entre partenaires sérodifférents engage potentiellement la responsabilité pénale de la personne séropositive.**

L'exposition simple au risque de transmission du VIH, sans transmission effective, est un délit pouvant donner lieu à des poursuites et à une condamnation	Des condamnations pour exposition simple n'ont été prononcées que de façon incidente dans des affaires comprenant à titre principal une condamnation pour transmission effective à au moins une victime. Cependant, en droit, rien n'exclut d'incriminer une personne uniquement pour exposition simple.
Une relation sexuelle non protégée entre partenaires sérodifférents est un délit commis par le partenaire séropositif, même si le partenaire séronégatif est informé du risque auquel il s'expose et y consent	La dissimulation par l'auteur de sa maladie caractérise presque toutes les procédures. Cependant, en droit, le caractère délictueux de la relation sexuelle non protégée ne dépend ni de la dissimulation commise par le prévenu, ni du consentement de la victime, celui-ci ne pouvant exonérer l'auteur de sa responsabilité.
La connaissance formelle par l'auteur de sa séropositivité préalablement aux faits n'est pas une condition absolue pour qualifier le délit	La connaissance par le prévenu de sa séropositivité antérieurement aux faits est presque toujours attestée par une sérologie positive ou une prise en charge médicale du VIH. Cependant, la responsabilité d'un prévenu peut être engagée, même s'il n'a jamais réalisé de dépistage, s'il ne pouvait ignorer sa probable séropositivité compte tenu de ses comportements à risque. En ce sens, ne pas se dépister ne permet pas d'éviter le risque pénal.
La mise en œuvre d'une protection de la relation sexuelle autrement que par l'utilisation systématique du préservatif présente un risque pénal	La recevabilité d'autres moyens de protection que le préservatif, en particulier la protection que confère la prise de traitements antirétroviraux, demeure incertaine à ce stade, les tribunaux n'ayant pas eu à statuer sur de tels cas. Si la rupture accidentelle du préservatif pourrait être considérée comme un cas de force majeure exonérant l'auteur de sa responsabilité, certains juristes estiment qu'un échec de prévention par le traitement pourrait, en droit, être appréhendé comme un aléa non exonératoire.

Les peines encourues

Qualification selon la gravité de l'atteinte	Juridiction	Peine max. encourue
Transmission effective du VIH		
ASN (art. 222-15) ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente (art. 222-9)	Délit Tribunal correctionnel	10 ans de prison + 150 000€ d'amende
Avec circonstances aggravantes (art. 222-10)^(a)	Crime Cour d'assises	15 ans de réclusion + 150 000€ d'amende
Exposition au VIH sans transmission		
ASN (art.222-15) ayant entraîné une incapacité de travail < 8 jours ou aucune incapacité de travail, avec circonstance aggravantes (art. 222-13)^{(a), (b)}	Délit Tribunal correctionnel	3 ans de prison + 45 000€ d'amende

(a) Circonstances aggravantes : qualité de conjoint, concubin ou partenaire de Pacs de la victime ; préméditation.

(b) En l'absence de circonstances aggravantes, simple contravention de 4^e classe (art. R624-1, jusqu'à 750€ d'amende).

Conclusion

Il est nécessaire d'**améliorer l'information des PVVIH sur leurs droits et responsabilités juridiques**. Les actions de prévention et d'accompagnement en direction des PVVIH doivent **intégrer la dimension du risque pénal**.

(Ces deux posters sont issus de l'*Avis suivi de recommandations sur la pénalisation de la transmission sexuelle du VIH en France*, du 19 février 2015)



GARANTIR LE DROIT AU SECRET DES PERSONNES MINEURES DANS LE CADRE DE LEUR PRISE EN CHARGE MÉDICALE

Auteurs : L. Geffroy, Y. Briand, P. Flandre, T. Foulquier-Gazagnes, S. Hamamah, N. Hesnault-Pruniaux, C. Kapusta-Palmer, M. Suzan-Monti, P. Yeni, M. de Montalembert, commission « mineurs » du Conseil national du sida.

L'enjeu du droit au secret des personnes mineures

Le CNS a été alerté par le COREVIH Languedoc-Roussillon sur le secret de la prise en charge des personnes mineures. La personne mineure peut s'opposer à la consultation par le médecin des titulaires de l'autorité parentale pour garder le secret sur son état de santé mais elle ne bénéficie pas d'une garantie effective de ce droit au secret en dehors d'un nombre limité d'actes (IVG, contraception). **Les titulaires de l'autorité parentale sont avisés par les organismes d'assurance maladie de la prise en charge financière de leur enfant**, notamment pour une ALD.

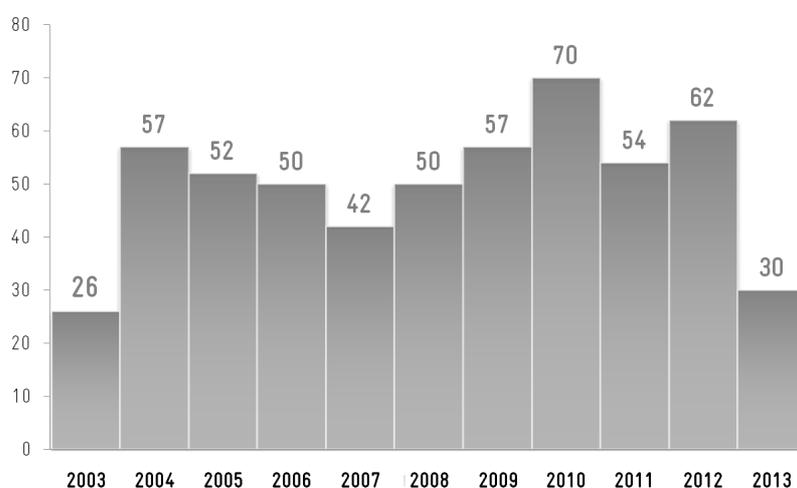
Le CNS s'est saisi de la question du droit au secret des personnes mineures dans le cadre de la prise en charge pour le VIH. Il a entendu plusieurs personnalités et a engagé une série d'échanges avec des représentants du ministère de la Santé, de la Cnam-TS et du Défenseur des droits. Il a aussi consulté le Conseil national de l'Ordre des médecins, ainsi que des professionnels du soin, de l'épidémiologie et du champ médico-social.

Un nombre limité de cas

Dans le champ du VIH et hors prise en charge de personnes exposées à un risque de transmission, la situation considérée concerne potentiellement un nombre limité de personnes mineures. Pour la période 2003-2013, 550 personnes mineures ont été diagnostiquées positives au VIH, hors cas de transmission de la mère à l'enfant, soit en moyenne 50 personnes mineures par an.

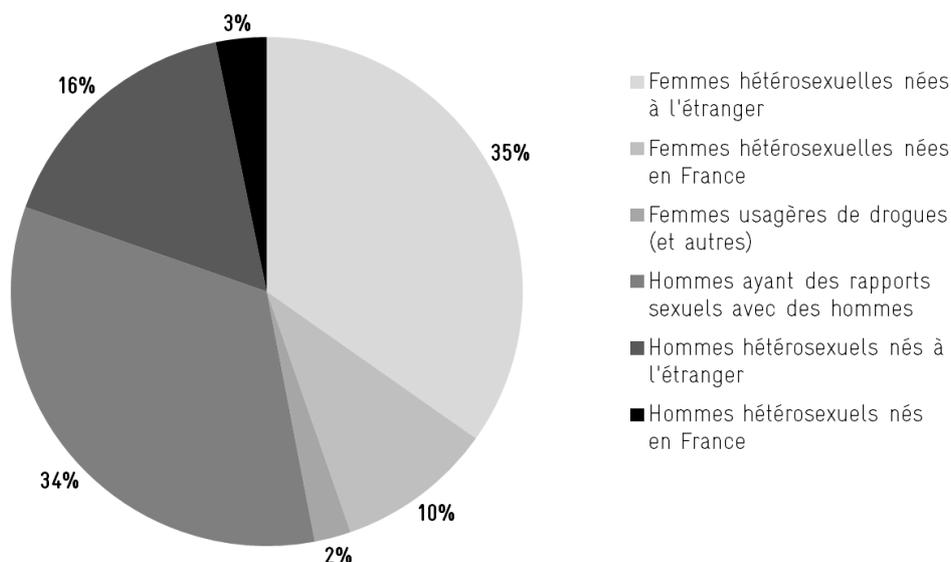
Le CNS a répertorié **près d'une vingtaine de situations problématiques** à l'occasion soit de la prescription d'un traitement ARV à titre thérapeutique, soit de la délivrance d'un TPE à titre préventif à des personnes mineures. Dans ces cas, les professionnels de santé ont indiqué avoir été contraints de mettre en place des procédures d'anonymisation à différentes étapes de la prise en charge pour tenter d'en garantir le secret.

Nombre de nouveaux diagnostics VIH chez des personnes mineures (hors cas de transmission de la mère à l'enfant) entre 2003 et 2013



Source : InVS, données déclaration obligatoire du VIH au 31/12/2013 corrigées pour la sous-déclaration, les délais de déclaration et les valeurs manquantes. Données non publiées par l'InVS.

Caractéristiques des personnes mineures de 15 ans révolus ayant découvert leur séropositivité au VIH en 2012



Source : InVS, données déclaration obligatoire du VIH au 31/12/2012 corrigées pour la sous-déclaration et les délais de déclaration.

Des conséquences dommageables

L'absence de garantie effective du droit au secret constitue **un frein majeur à la prise en charge médicale de personnes mineures diagnostiquées séropositives au VIH** et représente une difficulté pour la prise en charge des personnes mineures éligibles à un traitement post-exposition (TPE). Le CNS a constaté que l'absence de garantie effective du droit au secret :

- retarde ou empêche une prise en charge médicale précoce ;
- expose à un risque supplémentaire une population qui cumule des facteurs de vulnérabilité cliniques, sociaux et comportementaux en raison de son âge, mais aussi éventuellement de son orientation sexuelle ou de sa naissance à l'étranger ;
- complique l'intervention des professionnels de santé.

Un Avis du CNS et une proposition législative

Dans un Avis rendu en janvier 2015, le CNS a recommandé la garantie du secret de la prise en charge financière et sa mise en œuvre. Un amendement au projet de loi de modernisation du système de santé adopté en avril 2015 par l'Assemblée nationale prévoit la protection du secret de la prise en charge des personnes mineures par les organismes d'assurance maladie dans des conditions définies par arrêté.

(Ce poster est issu de l'*Avis suivi de recommandations sur la garantie du droit au secret des personnes mineures dans le cadre de leur prise en charge médicale*, du 15 janvier 2015)

CONFÉRENCE DE L'OBSERVATOIRE DU SIDA ET DES SEXUALITÉS

Le 3 décembre 2015, Bruxelles.

Lors de la conférence « Enjeux actuels de la pénalisation de la transmission du VIH », organisée par l'Observatoire du sida et des sexualités, intervention de **Michel Celse**, conseiller-expert auprès du CNS : « Prévenir le risque pénal encouru par les PVVIH en France : l'approche du Conseil national du sida ».²³

²³ Le compte rendu de cette conférence est disponible en ligne sur le site de l'Observatoire du sida et des sexualités : <http://observatoire-sidasexualites.be/les-enjeux-de-la-penalisation-de-la-transmission-du-vih>

INDEX THÉMATIQUE

(TOMES I à XI : années 1989 à 2015)

RAPPORTS, AVIS ET RECOMMANDATIONS

DÉPISTAGE

Tome I

Rapport suivi d'un avis sur le dépistage obligatoire ou systématique du VIH (18 décembre 1991) 101

Tome III

Rapport sur l'opportunité de la mise sur le marché français des tests à domicile de dépistage du VIH (19 juin 1998) 79

Tome IV

Avis sur le dépistage en milieu hospitalier en situation d'accident avec exposition au sang (AES) et d'impossibilité pour le patient de répondre à une proposition de test (12 octobre 2000) 175

Tome V

Avis sur le dépistage de l'infection par le VIH au cours de la grossesse et la prévention périnatale de la contamination de l'enfant (14 mars 2002) 209

Avis sur la conduite à tenir face au risque de contamination par le VIH/sida à la suite d'une agression sexuelle (12 décembre 2002) 255

Tome VI

Note valant avis sur le dépistage obligatoire des professionnels de santé comme moyen de prévention des risques de transmission virale de soignant à soigné (9 décembre 2004) 37

Note valant avis sur la commercialisation des autotests VIH (9 décembre 2004) 41

Tome VII

Rapport suivi de recommandations sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France (16 novembre 2006)	31
--	----

Tome VIII

Note valant avis sur le consentement au dépistage en cas d'accident avec exposition au sang impliquant un patient majeur protégé (12 mars 2009)	89
---	----

Tome X

Note valant avis sur les conditions de la fusion des centres de dépistage et de diagnostic du VIH et des infections sexuellement transmissibles (13 septembre 2012)	15
---	----

Avis sur les autotests de dépistage de l'infection à VIH (20 décembre 2012)	25
---	----

Rapport sur les autotests de dépistage de l'infection à VIH (20 décembre 2012)	37
--	----

PRÉVENTION**Tome I**

Avis au sujet d'une demande de saisine émanant de l'APS, concernant un projet d'enquête sur la sexualité adolescente (11 avril 1991) 125

Note de travail sur la bande dessinée Jo (9 avril 1992) 136

Toxicomanie et sida : rapport et avis relatifs à l'infection par le VIH parmi les usagers de drogues (8 juillet 1993) 185

Tome III

Les oubliés de la prévention : rapport, suivi de recommandations sur les handicaps mentaux, sexualité et VIH (18 décembre 1997) 29

Tome V

Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique, propositions pour une reformulation du cadre législatif (21 juin 2001) 21

Note valant avis sur la situation de la prévention de l'infection par le VIH/sida en France (18 juin 2002) 241

Tome VI

Note valant avis sur le dépistage obligatoire des professionnels de santé, comme moyen de prévention des risques de transmission virale de soignant à soigné (9 décembre 2004) 37

Rapport sur la politique publique de prévention de l'infection à VIH en France métropolitaine, suivi de recommandations pour une meilleure application de cette politique (17 novembre 2005) 75

Tome VII

25

Avis sur la pénalisation de la transmission sexuelle du VIH (27 avril 2006)

Note valant avis sur les conséquences en santé publique des restrictions en matière d'immigration (27 avril 2006) **19**

Tome VIII

Note valant avis sur l'application des règles de contrôle de la publicité aux campagnes de prévention et d'éducation pour la santé (24 avril 2008) **67**

Avis suivi de recommandations sur la lutte contre l'épidémie d'infection à VIH aux Antilles (26 juin 2008) **73**

Note valant avis sur l'expérimentation des programmes d'échange de seringues dans les établissements pénitentiaires (10 septembre 2009) **153**

Tome IX

VIH et commerce du sexe, garantir l'accès universel à la prévention et aux soins (16 septembre 2010) **37**

Avis sur l'intérêt potentiel du concept de prophylaxie pré-exposition du VIH/sida (PrEP) (12 janvier 2012) **147**

Tome XI

Avis suivi de recommandations sur le bilan à mi-parcours du plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014 (16 janvier 2014) **23**

POLITIQUE INTERNATIONALE**Tome III**

Rapport et recommandations vers une nouvelle solidarité pour un accès aux traitements antirétroviraux des personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne (10 décembre 1998) 135

Tome IV

Pour un accès généralisé aux traitements en matière de VIH/sida (7 novembre 2000) 185

Tome V

Avis sur les problèmes éthiques posés par la recherche clinique dans les pays en développement (11 mars 2003) 265

Tome VI

Avis, suivi de recommandations : promouvoir l'accès aux antirétroviraux des femmes enceintes vivant avec le VIH/sida dans les pays du Sud (24 juin 2004) 25

La crise des ressources humaines dans les pays du Sud, un obstacle majeur à la lutte contre le VIH (14 juin 2005) 51

Tome VII

Rapport sur la gratuité de la prise en charge pour les personnes infectées par le VIH dans les pays en développement (15 février 2007) 61

Avis suivi de recommandations sur la gratuité de la prise en charge pour les personnes infectées par le VIH dans les pays en développement (15 février 2007) 51

Rapport sur la circoncision : une modalité discutable de réduction des risques de transmission du VIH (24 mai 2007) 129

Avis sur la circoncision : une modalité discutable de réduction des risques de transmission du VIH (24 mai 2007) 125

Pays en développement : remplacer les programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant par la prise en charge des femmes infectées par le VIH (avis suivi de recommandations) (21 juin 2007) 139

Tome IX

Vaincre l'épidémie mondiale de sida par des investissements innovants (13 octobre 2011) 133

POLITIQUE PUBLIQUE**Tome I**

Avis sur le projet de loi relatif à la protection des personnes malades ou handicapées contre les discriminations (20 novembre 1989)	111
Avis et rapport relatifs aux assurances (1 ^{er} février 1990)	35
Avis et rapport sur l'enquête que l'ANRS souhaite lancer sur les comportements sexuels en relation avec le sida (21 mars 1990)	117
Avis sur l'insémination artificielle avec tiers donneur dans le cas de couples dont l'homme est séropositif (31 mai 1990)	121
Note valant avis sur les études séro-épidémiologiques anonymes non corrélées (12 février 1991)	124
Avis sur la pénalisation de la dissémination d'une maladie transmissible épidémique (25 juin 1991)	126
Avis à propos de la convention « Assurances et sida » (23 septembre 1991)	90
Avis sur l'indemnisation des hémophiles et transfusés contaminés par le VIH (3 décembre 1991)	128
Avis sur le recrutement de volontaires pour des essais vaccinaux par appel au public par voie de presse (13 janvier 1992)	131
Avis sur un projet de carnet de santé (9 avril 1992)	134
Rapport valant avis sur l'introduction de sérologie VIH dans l'enquête statistique annuelle du SESI, auprès des toxicomanes accueillis dans des établissements hospitaliers (12 juin 1992)	141
Recommandations et rapport sur l'activité des professionnels de la santé contaminés (7 juillet 1992)	143

Avis et rapport au sujet de l'enquête sur les comportements sexuels des jeunes et la prévention du sida (7 juillet 1992)	147
Avis et rapport sur les situations médicales sans absolue confidentialité dans l'univers pénitentiaire (12 janvier 1993)	156
Avis sur un protocole de recherche sur les conditions de mise en place des soins palliatifs en milieu hospitalier (28 avril 1994)	208
Avis sur la question du secret professionnel appliqué aux soignants des personnes atteintes par le VIH (16 mai 1994)	210
Tome II	
Avis sur l'étude envisagée par le CECOS de Paris-Bicêtre portant sur les couples auxquels l'insémination artificielle a été refusée (29 septembre 1994)	25
Avis sur la question du VIH dans le cadre des procédures d'adoption (17 janvier 1995)	29
Avis sur les termes et le contenu de la déclaration sur l'honneur exigée par les AGF (23 octobre 1995)	39
Avis suivi d'un rapport sur la situation des personnes atteintes par le VIH de nationalité étrangère et en irrégularité de séjour (18 décembre 1995)	41
Rapport suivi de recommandations du Conseil national du sida sur l'évaluation de l'action publique en matière de prévention du VIH/sida (22 janvier 1996)	65
Note valant avis sur l'appel sous les drapeaux de jeunes gens vivant en couple et dont l'un est atteint du VIH (22 janvier 1996)	63
Avis sur la mise à disposition de médicaments de la classe des antiprotéases et sur le problème de l'inadéquation entre l'offre et la demande (26 février 1996)	93
Rapport suivi d'un avis sur la possibilité de recruter, parmi les volontaires des essais vaccinaux de l'ANRS, des femmes en âge de procréer (23 mai 1996)	99

Rapport suivi de recommandations : spécificités et inégalités, le sida dans les départements français d'Amérique (17 juin 1996)	107
Note valant avis à propos de la confidentialité en milieu pénitentiaire (8 juillet 1996)	229
Tome III	
« Les oubliés de la prévention », rapport, suivi de recommandations, sur les handicaps mentaux, sexualité et VIH (18 décembre 1997)	29
Avis sur un projet de modification du système de surveillance épidémiologique du VIH en France (29 janvier 1998)	61
Tome IV	
Pour une assurabilité élargie des personnes et une confidentialité renforcée des données de santé (20 septembre 1999)	19
Tome V	
Note valant avis sur le déroulement de l'essai ARDA (anomalies de la répartition des dépôts adipeux) chez les patients infectés par le VIH (15 mai 2001)	19
Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique. Propositions pour une reformulation du cadre législatif (21 juin 2001)	21
Nouvel avis sur la participation des femmes en âge de procréer aux essais pré-vaccinaux menés sous l'égide de l'ANRS auprès de volontaires séronégatifs pour le VIH (9 avril 2002)	235
Note valant avis sur la suspension de peine pour raisons médicales (11 mars 2003)	261
Rapport suivi de recommandations. Repenser la politique de lutte contre le VIH/sida dans les départements d'outre-mer (11 mars 2003)	285

Tome VI

Note valant avis sur le processus d'évaluation médicale des demandes de titres de séjour pour soins des étrangers (26 février 2004) 17

Avis sur les conditions de participation à des protocoles d'essais cliniques de nouveaux traitements, pour les patients infectés par le VIH et n'ayant jamais pris d'antirétroviraux (17 mars 2005) 49

Note valant avis sur l'évolution de l'organisation et de la coordination des soins en réponse à l'épidémie de l'infection à VIH (17 mars 2005) 45

Tome VII

Note valant avis sur le classement de la buprénorphine en produit stupéfiant (27 avril 2006) 21

Note valant avis sur les conséquences en santé publique des restrictions en matière d'immigration (27 avril 2006) 19

Tome VIII

Avis suivi de recommandations sur la politique de lutte contre l'épidémie d'infection à VIH en Guyane (21 février 2008) 17

L'épidémie d'infection à VIH en Guyane : un problème politique (21 février 2008) 31

Avis suivi de recommandations sur la lutte contre l'épidémie d'infection à VIH aux Antilles (26 juin 2008) 73

Note valant avis sur les opérations funéraires pour les personnes décédées infectées par le VIH (12 mars 2009) 85

Tome IX

Avis conjoint du Conseil national du sida et de la Conférence nationale de santé relatif au projet de plan national VIH/sida-IST 2010-2014 (28 juin 2010) 17

Note valant avis sur le projet de Plan National de Lutte contre le VIH/sida et les autres IST 2010-2014 soumis à concertation [version du 6 octobre 2010] (18 octobre 2010) 97

Note valant avis sur l'impact des politiques relatives aux drogues illicites sur la réduction des risques infectieux (20 janvier 2011) 109

Note valant avis sur la réforme du droit au séjour pour raisons médicales envisagée dans le cadre du projet de loi n° 2400 « Immigration, intégration et nationalité » (10 février 2011) 121

Tome X

Avis sur la protection sociale des étrangers vivant avec le VIH en France et l'intérêt de son évolution vers le droit commun (19 septembre 2013) 79

Tome XI

Avis suivi de recommandations sur la pénalisation de la transmission sexuelle du VIH en France (19 février 2015) 87

PRISE EN CHARGE GLOBALE

Tome II

Avis sur l'accès aux soins d'hémophiles étrangers contaminés par le VIH (18 octobre 1994) **27**

Avis sur le suivi des enfants séronégatifs pour le VIH exposés à la zidovudine en période périnatale (13 avril 1995) **33**

Tome III

Note valant avis sur le problème de l'inscription, dans le carnet de santé, de données relatives à l'infection à VIH (3 février 1997) **23**

Avis sur le problème de la contamination d'un patient par le VIH, au cours d'une intervention chirurgicale (21 mars 1997) **25**

Avis en commun avec le CCNE sur les problèmes éthiques posés par le désir d'enfant chez les couples où l'homme est séropositif et la femme séronégative (10 février 1998) **64**

Rapport et recommandations sur les traitements à l'épreuve de l'interpellation, le suivi des traitements en garde à vue, en rétention et en détention (18 novembre 1998) **87**

Tome IV

L'accès confidentiel des mineurs aux soins. Rapport suivi d'un avis et de recommandations (6 mars 2000) **123**

Avis sur l'assistance médicale à la procréation pour les couples sérodifférents dont l'homme est séropositif pour le VIH (4 avril 2000) **169**

Tome V

Avis sur les enjeux éthiques de l'accompagnement médical des couples présentant un risque viral identifié et désirant un enfant (4 décembre 2001) **197**

Avis sur l'accès précoce aux nouvelles molécules anti-VIH des personnes en situation de multi-échec thérapeutique (12 novembre 2002) **243**

Tome VIII

Avis suivi de recommandations sur l'intérêt du traitement comme outil novateur de la lutte contre l'épidémie d'infections à VIH (9 avril 2009) **93**

Avis suivi de recommandations sur la prise en compte des personnes vivant avec le VIH dans les politiques du handicap (10 septembre 2009) **113**

Tome XI

Avis suivi de recommandations sur la garantie du droit au secret des personnes mineures dans le cadre de leur prise en charge médicale (15 janvier 2015) **73**

COMMUNIQUÉS DE PRESSE

Tome I

Communiqué sur la conférence de San Francisco (1er février 1990)	215
Communiqué à propos d'un débat public sur l'opportunité de la réouverture des « maisons closes », comme moyen de lutte contre la diffusion de la maladie (14 juin 1990)	217
Communiqué à propos des mesures tendant à réglementer les dispositions prises par les compagnies d'assurances face au risque du sida (6 mars 1991)	55
Communiqué commun du CNS, de l'ANRS et de l'AFLS sur les déclarations du professeur German (9 juillet 1991)	218
Communiqué à propos de l'émission de télévision « Le droit de savoir », consacrée aux recherches d'immunothérapie (23 septembre 1991)	219
Communiqué sur la convention passée entre les pouvoirs publics et les assurances (26 septembre 1991)	93
Communiqué commun du CNS, de l'ANRS et de l'AFLS sur la double peine (29 octobre 1991)	220
Communiqué sur la pénalisation de la dissémination d'une maladie transmissible épidémique (29 octobre 1991)	221
Communiqué sur le dépistage obligatoire du VIH (6 décembre 1991)	100
Communiqué sur la diffusion du film d'Hervé Guibert (17 janvier 1992)	223
Communiqué de mise au point à propos du film d'Hervé Guibert (20 janvier 1992)	223
Communiqué sur la décision du Gouvernement de ne pas instaurer un dépistage obligatoire ou systématique (1er avril 1992)	105
Communiqué sur la question du dépistage obligatoire (6 novembre 1992)	106

Communiqué à propos de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement proposant le dépistage du VIH aux femmes enceintes et aux futurs conjoints (6 janvier 1993)	107
Communiqué à propos du traitement par certains médias du procès du sang contaminé (4 juin 1993)	225
Communiqué sur la loi « relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France » (12 juillet 1993)	226
Communiqué commun du CNS et de l'AFLS au sujet de la campagne Benetton « HIV Positive » (14 septembre 1993)	228
Communiqué annonçant la remise aux pouvoirs publics du rapport « Toxicomanie et sida » (21 septembre 1993)	229
Communiqué commun du CNS et de l'AFLS à propos de l'adoption par le Sénat d'un amendement, visant à rendre obligatoire le test du VIH pour tous les patients atteints de tuberculose évolutive (28 octobre 1993)	108
 Tome II	
Communiqué à propos du procès de Marseille sur le refus d'opérer une personne séropositive (6 juin 1995)	233
 Tome IV	
Communiqué sur l'inquiétude du CNS à propos des critères de sélection des réfugiés du Kosovo (21 mai 1999)	237
Communiqué pour un réexamen des modalités de surveillance épidémiologique du VIH en France (15 juillet 1999)	239
Communiqué sur l'avis « Assurance et VIH » (5 octobre 1999)	247
Communiqué de soutien aux associations impliquées dans la politique de réduction des risques (3 novembre 1999)	249

Communiqué sur l'accès aux nouvelles molécules antirétrovirales pour les personnes en impasse et en échappement thérapeutique (30 novembre 1999) **251**

Communiqué à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida (1er décembre 1999) **253**

Communiqué sur l'accès confidentiel des mineurs adolescents aux soins (5 avril 2000) **255**

Communiqué « Relapse » (25 octobre 2000) **257**

Communiqué sur l'IVG et l'autorisation parentale (27 octobre 2000) **259**

Tome V

Communiqué sur les discriminations aux frontières (15 janvier 2001) **393**

Communiqué sur le droit au séjour sur le territoire français des malades étrangers (27 mars 2001) **394**

Communiqué à l'occasion de la reprise, à Pretoria, du procès intenté par 39 compagnies pharmaceutiques au Gouvernement d'Afrique du Sud (17 avril 2001) **396**

Communiqué en faveur d'une modification de la politique suivie en matière d'usages de drogues (6 septembre 2001) **398**

Communiqué en faveur d'actions concrètes pour l'accès aux traitements dans les pays du Sud (1^{er} décembre 2001) **400**

Communiqué sur la menace que font peser les accords de Bangui sur la santé en Afrique (8 février 2002) **401**

Communiqué sur le dépistage du VIH au cours de la grossesse (22 mars 2002) **402**

Communiqué sur la politique à l'égard de la prostitution (22 octobre 2002) **404**

Communiqué sur le dépistage du VIH en cas de viol (22 novembre 2002) **405**

Communiqué sur la nouvelle menace dans l'accès aux traitements des pays pauvres (16 janvier 2003)	407
Communiqué sur l'amendement sur le viol (20 janvier 2003)	409
Communiqué sur la suspension de peine pour raisons médicales (17 mars 2003)	410
Communiqué pour une application des principes éthiques dans la recherche au Sud (26 mars 2003)	411
Communiqué sur l'évolution préoccupante du VIH/sida dans les départements d'outre-mer (3 avril 2003)	412
Tome VI	
Communiqué sur la réglementation existante en matière de droit au séjour pour soins des étrangers doit être pleinement appliquée (4 mars 2004)	169
Communiqué sur la politique à l'égard de l'usage de drogues : le CNS réaffirme la priorité de la réduction des risques (6 avril 2004)	170
Sidaction 2004 : le CNS regrette la diffusion d'informations controversées (22 avril 2004)	172
Communiqué sur les femmes enceintes vivant avec le VIH/sida dans les pays du Sud doivent avoir accès aux multithérapies (6 juillet 2004)	173
Justice pénale et prévention (8 novembre 2004)	174
Communiqué sur la crise des ressources humaines dans les pays du Sud, un obstacle majeur à la lutte contre le VIH (4 juillet 2005)	175
Communiqué sur la suspension de peine pour raison médicale : le CNS s'inquiète de sa remise en cause par le projet de loi sur le traitement de la récidive des infractions pénales (21 octobre 2005)	177
Communiqué sur la prévention de la transmission du VIH : le Conseil national du sida demande une politique gouvernementale cohérente (22 novembre 2005)	179

Tome VII

Communiqué concernant les restrictions en matière d'immigration et la lutte contre le VIH (28 avril 2006)	151
Communiqué concernant le classement de la buprénorphine en produit stupéfiants (3 mai 2006)	152
Communiqué sur la pénalisation de la transmission sexuelle du VIH (11 mai 2006)	153
Communiqué pour une évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH (23 novembre 2006)	154
Communiqué concernant l'affaire des infirmières bulgares (16 février 2007)	155
Pour Arnaud Marty-Lavauzelle (16 février 2007)	157
Communiqué concernant l'expulsion des étrangers malades (16 février 2007)	156
La firme pharmaceutique Abbott doit changer d'attitude vis-à-vis des personnes atteintes par le VIH/sida (27 juin 2007)	158

Tome VIII

Prise de position du CNS en réaction d'une communication de la Commission fédérale suisse pour les problèmes liés au sida (30 janvier 2008)	165
L'épidémie d'infection à VIH en Guyane : un problème politique (12 mars 2008)	166
Risque de transmission du VIH d'un médecin à ses patients : pour une information mesurée (26 septembre 2008)	167
Le CNS se félicite de l'attribution du Nobel pour la découverte du VIH (6 octobre 2008)	168
Dépistage et autotest : une fausse bonne idée (1 ^{er} décembre 2008)	169

Neuf Sénégalais condamnés en raison de leur homosexualité et de leur action dans la lutte contre le sida : la France doit réagir (15 janvier 2009)	170
Communiqué de presse : avis suivi de recommandations sur l'intérêt du traitement comme outil novateur de la lutte contre l'épidémie d'infections à VIH (30 avril 2009)	171
Expérimentation des programmes d'échange de seringues au sein des établissements pénitentiaires (11 septembre 2009)	173
Communiqué de presse sur les recommandations de la Haute Autorité de santé en matière de dépistage du VIH (21 octobre 2009)	175
Tome IX	
Pour Christiane Marty-Double (9 avril 2010)	205
Avis conjoint du Conseil national du sida et de la Conférence nationale de santé relatif au projet de plan national VIH/sida-IST 2010-2014 (28 juin 2010)	206
Organisation d'une journée d'étude sur les politiques de sante des drogues et des addictions en France (22 septembre 2010)	207
Durcissement des conditions d'accès au séjour des étrangers malades résidant habituellement en France (5 octobre 2010)	208
VIH et commerce du sexe : un état des lieux alarmant (30 novembre 2010)	209
Le Conseil national du sida se prononce contre les restrictions des conditions d'accès au séjour des étrangers gravement malades résidant habituellement en France (15 février 2011)	210
L'impact des politiques relatives aux drogues illicites sur la réduction des risques infectieux (6 avril 2011)	211
Effet préventif des antirétroviraux : un bénéfice conditionné par l'extension de l'offre de dépistage et la mise en œuvre du concept de « prévention combinée » (13 mai 2011)	212

Vaincre l'épidémie mondiale de sida par des investissements innovants (31 octobre 2011)	213
Journée mondiale de lutte contre le sida : pour une action de la France plus ambitieuse (30 novembre 2011)	214
Opérations funéraires : le CNS s'inquiète du maintien de l'interdiction des soins de conservation pour les personnes décédées infectées par le VIH (20 décembre 2011)	216
Tome X	
Opérations funéraires : levée de l'interdiction pour le VIH et renforcement des précautions universelles (13 janvier 2012)	103
Nomination du Professeur Patrick Yeni à la présidence du Conseil national du sida (4 mai 2012)	104
Le Conseil national du sida rend public un Avis sur l'intérêt potentiel du concept de prophylaxie pré-exposition du VIH/sida (PrEP) (11 mai 2012)	105
Le Conseil national du sida appelle à amplifier la riposte contre le VIH/sida à la veille du sommet du G8 de Camp David (16 mai 2012)	106
Pour Antoine Lion (1 ^{er} juin 2012)	107
Don du sang : le Conseil national du sida se félicite de l'annonce d'une révision des critères de sélection des donneurs (15 juin 2012)	108
Interventions du Conseil national du sida et enjeux de la conférence internationale de Washington (20 juillet 2012)	109
L'opportunité de l'inscription de la fusion des centres de dépistage et de diagnostic du VIH et des IST dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (18 octobre 2012)	110
Journée mondiale de lutte contre le sida : réaffirmer trois grandes priorités (29 novembre 2012)	111

Avis favorable sur les autotests de l'infection à VIH mais assorti de conditions (22 mars 2013)	113
Nouvelles recommandations pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH en France (25 septembre 2013)	114
Journée mondiale de lutte contre le sida : outils innovants et stratégies de dépistage (29 novembre 2013)	117
Tome XI	
Opérations funéraires : un nouveau rapport appelle à l'évolution de la réglementation attendue des pouvoirs publics (3 mars 2014)	117
Journée mondiale de lutte contre le sida : diversifier et amplifier l'offre de dépistage (28 novembre 2014)	118
Extension des missions du Conseil national du sida aux hépatites virales (27 février 2015)	119
La prévention doit être la grande priorité de la lutte contre le VIH/sida en France (27 novembre 2015)	120
Opérations funéraires : la levée de l'interdiction concernant les personnes infectées par le VIH ou par les virus des hépatites virales est désormais incertaine (15 décembre 2015)	121

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	3
AVANT-PROPOS.....	5
PRÉAMBULE.....	11
EXTRAIT DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.....	15
RAPPORTS, AVIS ET RECOMMANDATIONS.....	21
AVIS SUIVI DE RECOMMANDATIONS SUR LE BILAN À MI-PARCOURS DU PLAN NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA ET LES IST 2010-2014.....	23
Introduction.....	24
Mission.....	24
Cadrage.....	24
Méthodologie.....	24
Plan de l'Avis.....	24
I. La réalisation du plan.....	25
I.1. Le plan national : un programme ambitieux, des résultats inégaux, un environnement contraint.....	25
<i>I.1.1. Un programme ambitieux.....</i>	<i>25</i>
<i>I.1.2. Des résultats inégaux ou méconnus.....</i>	<i>26</i>
<i>I.1.3. Un environnement contraint.....</i>	<i>27</i>
I.2. La stratégie de santé publique est inégalement mise en œuvre.....	28
<i>I.2.1. Une stratégie ciblée diversement mise en œuvre selon les axes et les populations.....</i>	<i>28</i>
<i>I.2.2. Une stratégie en population générale inégalement priorisée.....</i>	<i>31</i>
I.3. Une évolution trop lente des dispositifs de prévention, dépistage et prise en charge.....	33
<i>I.3.1. Une réforme des dispositifs de prévention et de prise en charge du VIH/sida qui peine à s'organiser.....</i>	<i>33</i>
<i>I.3.2. Des dispositifs de droit commun complexes à adapter.....</i>	<i>34</i>
II. La gouvernance du plan.....	37
II.1. Une visibilité partielle des instruments de pilotage et de suivi.....	37
<i>II.1.1. Des instruments insuffisamment performants pour mesurer la réalisation et l'impact du plan.....</i>	<i>38</i>
<i>II.1.2. Des données non communiquées ou non disponibles.....</i>	<i>39</i>
II.2. Le pilotage public du plan est insuffisant.....	41

11.2.1. À l'échelon national : un leadership insuffisant.....	41
11.2.2. À l'échelon régional : une mobilisation inégale.....	42
11.2.3. Des échanges insuffisants entre échelons et entre régions.....	43
11.3. Le portage politique : un impact limité.....	44
11.3.1. Un engagement appuyé des ministres en charge de la Santé.....	45
11.3.2. Une action bloquée par les contradictions d'objectifs entre les ministères.....	45
III. Recommandations.....	48
Index des sigles.....	54
Bibliographie.....	55
Annexe 1 : Remerciements.....	56
Annexe 2 : Acteurs du plan.....	62
Annexe 3 : Financement du plan.....	65
Annexe 4 : Territoires du plan.....	69

AVIS SUIVI DE RECOMMANDATIONS SUR LA GARANTIE DU DROIT AU SECRET DES PERSONNES MINEURES DANS LE CADRE DE LEUR PRISE EN CHARGE MÉDICALE.....

Préambule.....	74
Une absence de garantie effective du droit au secret.....	75
Conséquences sur la prise en charge médicale des personnes mineures dans le champ du VIH.....	76
Recommandations.....	79
Annexe 1.....	81
Annexe 2.....	83
Annexe 3.....	83
Références.....	84
Remerciements.....	86

AVIS SUIVI DE RECOMMANDATIONS SUR LA PÉNALISATION DE LA TRANSMISSION SEXUELLE DU VIH EN FRANCE.....

Préambule.....	88
I. Transmission et risque de transmission sexuelle du VIH : à quelles conditions la responsabilité pénale des personnes vivant avec le VIH peut-elle être engagée ?.....	90
Un nombre non négligeable de plaintes, mais un nombre faible de procès.....	90
Une jurisprudence stable sur le fondement de l'infraction d'« administration de substances nuisibles ».....	91
Toute relation sexuelle non protégée entre partenaires sérodifférents engage potentiellement la responsabilité pénale de la personne séropositive.....	93
II. Un développement des recours en justice qui intervient paradoxalement dans un contexte de « normalisation » de la maladie.....	95

Émergence de la réponse pénale et mutations de l'épidémie.....	95
<i>Les questions posées au modèle historique de la lutte contre le sida.....</i>	<i>96</i>
Qui recourt à la réponse pénale ?.....	97
III. les effets de la pratique judiciaire au regard des principes et objectifs de la justice pénale.....	98
Les enjeux d'une procédure équitable.....	98
<i>Les conditions d'une instruction de qualité.....</i>	<i>98</i>
<i>L'importance de la sensibilisation des magistrats aux enjeux du VIH.....</i>	<i>99</i>
<i>Le rôle clé des avocats de la défense.....</i>	<i>99</i>
Les objectifs de la sanction pénale.....	100
<i>Les peines de prison ferme prédominent dans les affaires de transmission du VIH.....</i>	<i>100</i>
<i>L'incarcération ne constitue pas une réponse pénale adaptée sur les plans de la prise en charge sanitaire, de la réinsertion et de la prévention de la récidive.....</i>	<i>101</i>
<i>Le recours aux peines et aux dispositifs alternatifs à l'incarcération doit être favorisé.....</i>	<i>102</i>
IV. Les stratégies de santé publique à l'épreuve de la logique pénale.....	103
Santé individuelle et santé publique : enjeux et stratégies actuels d'une prévention efficace.....	103
Approche pénale et approche de santé publique : points de convergence et risques de contradiction.....	103
<i>Le risque pénal ne semble pas avoir d'impact significatif sur les comportements de protection et de dépistage.....</i>	<i>103</i>
<i>Les représentations sociales et les stéréotypes véhiculés par les affaires pénales entrent en contradiction avec les messages de prévention.....</i>	<i>105</i>
<i>L'enjeu de la notion de relation protégée à l'ère des traitements efficaces du VIH.....</i>	<i>106</i>
Recommandations.....	107
Synthèse des recommandations.....	110
Références.....	111
Remerciements.....	113
COMMUNIQUÉS DE PRESSE.....	115
Opérations funéraires : un nouveau rapport appelle à l'évolution de la réglementation attendue des pouvoirs publics.....	117
Journée mondiale de lutte contre le sida : diversifier et amplifier l'offre de dépistage.....	118
Extension des missions du Conseil national du sida aux hépatites virales.....	119

La prévention doit être la grande priorité de la lutte contre le VIH/sida en France	120
Opérations funéraires : la levée de l'interdiction concernant les personnes infectées par le VIH ou par les virus des hépatites virales est désormais incertaine	121
AGENDA.....	123
SÉANCES PLÉNIÈRES.....	123
COLLOQUE DES 25 ANS DU CNS	123
INTERVENTIONS EXTÉRIEURES.....	128
Conférence de l'AFRAVIH 2014.....	128
International AIDS Conference 2014	130
Congrès de la SFLS 2014	143
Les rencontres « COREVIH en ACTIONS »	144
Journée nationale de lutte contre les hépatites virales.....	144
Soirée d'information et de débat ASLP / COREVIH PACA-Ouest et Corse.....	144
Congrès de la SFLS 2015	144
Conférence de l'observatoire du sida et des sexualités	151
INDEX THÉMATIQUE	153
RAPPORTS, AVIS ET RECOMMANDATIONS.....	153
Dépistage	153
Prévention.....	155
Politique internationale.....	157
Politique publique.....	159
Prise en charge globale.....	164
COMMUNIQUÉS DE PRESSE	166

N° ISBN : 978-2-11-139572-5

2014-2015 : une période charnière pour le CNS

Outre la production de divers Avis, l'année 2014 a été marquée par le colloque anniversaire des 25 ans du Conseil, une occasion d'évoquer son passé à la lumière de l'évolution de l'épidémie et de sa prise en charge.

Un an plus tard, en 2015, la réflexion sur l'avenir du CNS se conclut par la constitution d'un nouveau Conseil aux missions élargies, en réponse aux évolutions sociétales et de santé publique qui caractérisent et rapprochent les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles en général, à côté de l'infection au VIH. Le CNS devient le Conseil national du sida et des hépatites virales.

Pr Patrick Yeni, président du CNS

Conseil national du sida et des hépatites virales

39-43 quai André Citroën, 75902 Paris cedex 15

www.cns.sante.fr

