

Rapport d'activité

2018

2019

VIH, politique et société



Conseil national du sida
et des hépatites virales

VIH, politique et société

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

2018-2019

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	7
PRÉAMBULE	11
RAPPORTS, AVIS ET RECOMMANDATIONS	15
SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS ISSUES DE L'AVIS SUR LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES IST EN GUYANE ET DANS LES ANTILLES FRANÇAISES	17
AVIS SUIVI DE RECOMMANDATIONS SUR LA NOTIFICATION FORMALISÉE AUX PARTENAIRES	32
AMÉLIORER LA RIPOSTE CONTRE LA PANDÉMIE DE VIH DANS LE CADRE DYNAMIQUE DE LA SANTÉ MONDIALE - NOTE VALANT AVIS #1	77
AVIS SUIVI DE RECOMMANDATIONS SUR LA PRÉVENTION, LE DÉPISTAGE ET LE TRAITEMENT DE L'HÉPATITE C CHEZ LES PERSONNES DÉTENUES	91
NOTE VALANT AVIS SUR LES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE DE DÉPISTAGE DU VIH EN FRANCE	111
COMMUNIQUÉS DE PRESSE	125
PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES IST EN GUYANE ET DANS LES ANTILLES FRANÇAISES : NOUVEL AVIS DU CNS	127
NOTIFICATION FORMALISÉE AUX PARTENAIRES : UNE STRATÉGIE POUR AMÉLIORER LE DÉPISTAGE DES IST	128
CONFÉRENCE AIDS 2018 D'AMSTERDAM : UN NOUVEAU SOUFFLE POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA	129
EN 2018, L'INFECTION PAR LE VIH RESTE INSUFFISAMMENT DÉPISTÉE	131
CONFÉRENCE DE RECONSTITUTION DU FONDS MONDIAL : AMÉLIORER LA RIPOSTE CONTRE LA PANDÉMIE DE VIH DANS LE CADRE DE LA SANTÉ MONDIALE	132
LE CNS ALERTE SUR LE DANGER DE RESTREINDRE L'ACCÈS AUX SOINS DES DEMANDEURS D'ASILE ET DES ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE	133
MIEUX ADAPTER LE DÉPISTAGE DU VIH AUX BESOINS DES PERSONNES LES PLUS EXPOSÉES	135
AGENDA	137
SÉANCES PLÉNIÈRES	137
CONFÉRENCE DE L'AFRAVIH 2018	138
CONFÉRENCE INTERNATIONALE AIDS 2018 À AMSTERDAM	138
COLLOQUE « NOTIFICATION FORMALISÉE AUX PARTENAIRES »	139
PRÉSENTATIONS DU CNS AU XIX^E CONGRÈS DE LA SFLS	140
AUDITION PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE	140
INTERVENTIONS EXTÉRIEURES	141
INDEX THÉMATIQUE	147
RAPPORTS, AVIS ET RECOMMANDATIONS	147
COMMUNIQUÉS DE PRESSE	155
TABLE DES MATIÈRES	163

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 (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.

Par un décret du 24 février 2015³, 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 2015⁴, M. Patrick Yeni, professeur de médecine, est nommé président du Conseil national du sida et des hépatites virales.

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.

⁴ Décret du 10 septembre 2015 portant nomination du président du Conseil national du syndrome immunodéficitaire acquis (sida) et des hépatites virales chroniques.

De janvier 2018 à décembre 2019, la composition du Conseil national du sida et des hépatites virales a été la suivante :

- M. André Guimet, théologien moraliste, vicaire général du diocèse d'Autun (Saône-et-Loire), curé de la paroisse Saint Étienne de Mâcon (*jusqu'au 13 septembre 2018*) ; M. Bruno Cazin, prêtre, vicaire général du diocèse de Lille, docteur en médecine, spécialisé en hématologie clinique, ancien praticien hospitalier au CHRU de Lille, ancien président-recteur délégué de l'Université Catholique de Lille (*à partir du 30 août 2019*) ; M. Samir Hamamah, professeur des universités, praticien hospitalier, Président de la sous-section 54-05 du Conseil National des Universités Médecine et Biologie du Développement et de la Reproduction/Gynécologie Médicale, coordinateur du département de biologie de la reproduction et du DPI, Directeur de l'unité Inserm U1203/développement embryonnaire précoce et pluripotente, hôpital Arnaud de Villeneuve, faculté de médecine, Montpellier ; Mme Nicole Hesnault-Pruniaux, ancienne directrice de centre hospitalier (*jusqu'au 11 mars 2018*) ; Mme Christiane Coudrier, ancienne Directrice générale du CHU de Nantes (*à partir du 12 mars 2018*) ; Mme Georgia Roehrich, théologienne, pasteure et aumônier du CHU de Tours ; Mme Liliane Vana, docteur en sciences des religions, talmudiste et philologue (*personnalités représentant les principales familles philosophiques et spirituelles, désignées par le président de la République*) ;
- M. Jean-Louis Touraine, député du Rhône (3^e circonscription), membre du groupe La République en Marche, membre de la commission des affaires sociales (*personnalité désignée par le Président de l'Assemblée nationale*) ;
- M. Michel Amiel, sénateur des Bouches-du-Rhône (PACA), membre du groupe La République en Marche (*jusqu'au 20 septembre 2018*) ; Mme Christine Bonfanti-Dossat, sénateur de Lot-et-Garonne (Nouvelle Aquitaine), membre du groupe Les Républicains, membre de la commission des affaires sociales (*à partir du 30 août 2019*) (*personnalités désignées par le Président du Sénat*) ;
- M. Philippe Artières, historien, directeur de recherche au CNRS au sein de l'Institut de Recherche Interdisciplinaire sur les enjeux Sociaux 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, Directrice du laboratoire Groupe de recherche en psychologie sociale (GRePS), membre du Comité d'évaluation éthique de l'Inserm (CEEI) et présidente de la Commission 14 de l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS) (*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*) ;
- M. Jean-Pierre Couteron, psychologue clinicien, administrateur de la Fédération Addiction, Membre du Bureau de la Société Française de Santé Publique (SFSP) ; M. Hugues Fischer, Act Up-Paris, TRT-5 (Paris) ; M. Pascal Melin, hépatologue, président de SOS Hépatites ; Mme Marie Suzan-Monti, chercheuse en sciences sociales, volontaire 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*) ;

- Mme Cécile Goujard, professeure de médecine, spécialiste en médecine interne, CHU Bicêtre, AP-HP ; M. Gilles Raguin, médecin infectiologue, directeur du département santé mondiale d'IMEA Fondation ; Mme Christine Rouzioux, cheffe du service de virologie du CHU Necker, professeure émérite de virologie, faculté de médecine de Necker, Université Paris Descartes ; Mme Christine Silvain, professeure de médecine, cheffe 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, docteure en pharmacie, ancienne membre du Conseil économique, social et environnemental (CESE), présidente d'honneur du syndicat général des praticiens conseils CFE-CGC, ancienne Directrice générale de l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC) devenu Agence nationale du DPC, présidente de MWconseil cabinet de consultants (*jusqu'au 1^{er} avril 2019*) ; M. Michel Chassang, médecin généraliste, membre du Conseil économique, social et environnemental (CESE), Président d'Honneur de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), Président d'Honneur de l'Union nationale des professions libérales (UNAPL) (*à partir du 30 août 2019*) (*personnalités désignées par le Président du CESE*) ;
- Mme Mounira Amor-Guéret, Directrice de recherche au CNRS, Coordinatrice du centre de recherche de l'Institut Curie sur le site d'Orsay, Responsable de l'équipe « Instabilité génétique et cancérogenèse » à l'Institut Curie (*personnalité désignée par le Président du Comité consultatif national d'éthique*) ;
- M. Thierry Foulquier-Gazagnes, membre de la commission d'agrément et d'arbitrage de l'Union nationale des associations familiales (UNAF), Président d'une association familiale chargée des litiges du droit de la consommation, administrateur d'un mouvement familial national, Vice-président et membre du bureau de Union départementale des associations familiales de l'Hérault de l'Hérault, membre du Conseil de famille du Département de l'Hérault pour les pupilles de l'Etat (*personnalité désignée par le Président de l'UNAF*) ;
- Mme Carine Favier, médecin infectiologue, CHU de Montpellier, co-présidente du Mouvement français pour le Planning familial (MFPF) (*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 (CNOM), membre de la section Santé publique et démographie médicale, membre de la chambre régionale d'Île-de-France (*personnalité désignée par le Président du CNOM*) ;
- M. Alexandre Linden, membre de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), conseiller honoraire à la Cour de cassation, président de la Commission supérieure de la carte d'identité des journalistes professionnels (*personnalité désignée par la Présidente de la CNIL*).

Le secrétariat général du CNS était composé, durant la période 2018-2019, des personnes suivantes :

- un chargé de communication : M. Julien Bressy ;
- deux conseillers-experts : M. Michel Celse, M. Laurent Geffroy ;

- une apprentie conseillère-experte : Mme Leïla Ayachi ;
- une responsable administrative : Mme Alexandra Moussou ;
- un secrétaire, adjoint à la responsable administrative : M. Nolsadate Sebiane.

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 douze précédents volumes consacrés à l'activité du Conseil⁵.

⁵ 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)*, Editions Dicom, Paris, 2012 ; *VIH, politique et société. Rapport d'activité du Conseil national du sida, tome X (2012-2013)*, Editions Dicom, Paris, 2014 ; *VIH, politique et société. Rapport d'activité du Conseil national du sida, tome XI (2014-2015)*, Editions Dicom, Paris, 2016 ; *VIH, politique et société. Rapport d'activité du Conseil national du sida, tome XII (2016-2017)*, Edition par le CNS, Paris, 2018.

PRÉAMBULE

La production du Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) pendant les deux dernières années a reflété son engagement privilégié dans deux directions : l'amélioration de la prévention et du dépistage, devenue le levier majeur de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) aujourd'hui, et l'attention aux populations fragiles et exposées aux IST que ce soit en France métropolitaine, en Outremer ou à l'étranger. Dans ses travaux, le CNS a pleinement intégré l'élargissement de son champ de compétences aux hépatites virales chroniques et aux IST et s'interroge à présent sur une extension supplémentaire du champ de ses missions.

Dans le champ de la prévention et du dépistage, intimement liés, le CNS a produit un Avis sur la **notification formalisée aux partenaires** (NFP) et une Note valant Avis sur la **politique de dépistage du VIH en France**.

Dans plusieurs pays, des services ont été mis en place pour encourager et aider les patients nouvellement diagnostiqués pour une IST à en informer leurs partenaires sexuels, afin d'inviter ceux-ci à se faire dépister à leur tour. Cette démarche de notification est bénéfique pour la santé des partenaires notifiés, et représente également un outil de prévention, efficace et probablement coût-efficace en santé publique, en contribuant notamment à interrompre les chaînes de transmission.

Le CNS recommande de mettre en place en France ce type de service d'accompagnement afin qu'il soit systématiquement proposé aux patients diagnostiqués pour une IST. Cette proposition a été inscrite dans la stratégie nationale de santé sexuelle. L'avis énonce en particulier une série de recommandations visant à favoriser le déploiement de ce service en tenant compte des cadres existant d'exercice des soins, à faciliter un accompagnement diversifié des patients et à développer des outils appropriés à cette démarche, y compris sous la forme de sites internet ou d'applications mobiles, enfin à consolider le cadre légal et réglementaire d'exercice de la NFP.

La Direction générale de la santé (DGS) a demandé à la Haute Autorité de santé (HAS) de préciser les objectifs et les conditions de réalisation de l'accompagnement à la NFP, et de développer des supports et outils spécifiques pour les usagers et les professionnels dans le cadre de cette démarche. Cette procédure est en cours en 2020. De son côté, le CNS a réuni les parties prenantes à cette réflexion à l'occasion d'un colloque qui s'est tenu au Ministère des Solidarités et de la Santé, le 14 septembre 2018.

À deux reprises en 2018, à l'occasion de la tenue de la Conférence internationale AIDS-2018 puis à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida, le CNS s'était alarmé des progrès insuffisants dans la mise en œuvre des mesures de prévention et de dépistage du VIH, ce retard rendant compte d'une absence de diminution de l'incidence de l'infection, contrairement à ce qui était observé dans d'autres pays. En 2019, le CNS a produit une note valant avis sur les orientations de la politique de dépistage du VIH en France. Observant que tous les outils permettant d'enrayer l'épidémie sont disponibles, qu'il s'agisse du dépistage (sérologies conventionnelles, tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), autotests) ou des traitements dans leurs différents usages de prévention (traitement comme prévention (TasP), prophylaxie pré-exposition (PrEP), traitement post-exposition (TPE)), le CNS a souhaité identifier les principales faiblesses de l'action publique actuelle en matière de déploiement du dépistage du VIH, afin de mieux adapter les politiques de dépistage aux besoins des populations les plus exposées et au plus près des territoires. Ces ajustements requièrent de

disposer de données épidémiologiques davantage territorialisées et actualisées. De façon générale, il a paru primordial de davantage diversifier les offres de dépistage, en partant des besoins des personnes, et de faciliter l'accès aux différents outils de dépistage. Enfin, les initiatives de type « villes ou territoires sans sida » soulignent l'intérêt d'un pilotage de la réponse publique davantage territorialisé.

La lutte contre le VIH et les hépatites virales chroniques impose d'associer une approche populationnelle à l'amélioration des dispositifs de prévention et de dépistage. En effet, différentes populations fragiles sont surexposées au risque d'infection et rendent compte de la majorité des nouveaux diagnostics. C'est pourquoi le CNS a produit, au cours des deux années écoulées des Avis visant à améliorer la prise en charge en outremer, en milieu carcéral, et dans les pays à ressources limitées.

Le niveau des épidémies de VIH et des IST demeure très préoccupant en **Guyane et aux Antilles françaises**. Ainsi, le taux de nouvelles infections par le VIH est dix fois plus élevé en Guyane que dans l'ensemble du territoire national. Plusieurs facteurs y concourent : la précarité économique et sociale, certains contextes de sexualité observés plus souvent qu'en métropole et qui majorent les risques d'exposition aux IST, un retard de développement qui ne favorise ni l'entrée ni le maintien dans le système de santé, et la situation des migrants, nombreux dans certains territoires, et qui apparaissent davantage exposés au risque d'infection par les IST que les personnes nées sur le territoire français. Face à cette situation épidémique, l'offre de santé n'est pas à la mesure des besoins : insuffisante et inadaptée aux contraintes des territoires, elle ne permet pas un déploiement approprié des dispositifs de prévention, de dépistage, et de prise en charge des IST. C'est pourquoi le CNS a, dans l'avis qu'il a produit sur saisine des ministères de la santé et des Outre-mer, émis une série de recommandations visant à remédier aux faiblesses structurelles des actions de prévention et aux difficultés d'accès à l'offre de santé. Outre l'ajustement aux besoins des crédits de l'État et un meilleur soutien aux opérateurs, l'Avis émet des propositions visant à favoriser l'accompagnement d'une offre publique de soins extra-hospitalière et extra-urbaine incluant une offre mobile de prévention et de dépistage auprès des populations les plus éloignées du système de soins pour des raisons géographiques ou sociales. L'avis souligne aussi l'importance de mieux intégrer les territoires ultra-marins dans leur environnement régional et de développer avec les États voisins une stratégie concertée de lutte contre les IST dans la Caraïbe et l'Amazonie.

Dans un contexte où la mise à disposition récente d'une nouvelle génération d'agents antiviraux d'action directe a profondément transformé les objectifs et les moyens de lutter contre l'épidémie de VHC, le CNS a été saisi conjointement par les ministères de la Justice et de la Santé d'une mission relative aux modalités de **prise en charge de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) chez les personnes détenues**. En effet, les nouveaux traitements entraînant la guérison des personnes infectées en quelques semaines, permettent d'envisager l'élimination de l'épidémie de VHC en 2025, selon la politique gouvernementale de santé. La situation carcérale présente à la fois les caractéristiques d'un contexte où l'infection VHC justifie une attention particulière car elle y est plus fréquente qu'en milieu libre, et une circonstance qui se prête à la mise en œuvre d'un traitement bref, efficace et bien toléré.

Dans son objectif d'évaluer le dépistage, le traitement et la prévention de l'infection par le VHC en prison, prévention, le CNS s'est heurté au manque de données épidémiologiques et de prise en charge fiables et actualisées, ce qui constitue un frein majeur à l'élaboration d'une réponse sanitaire adaptée. Néanmoins, le CNS a pu constater que le dépistage du VHC s'avère très insuffisant et constitue le maillon faible du parcours de soin. Le renforcement des dépistages conjoints du VHC, du VHB et du VIH représente ainsi le principal défi à relever

et plusieurs leviers pour y parvenir sont proposés, dont notamment une large utilisation par les unités sanitaires en milieu pénitentiaire des tests rapides d'orientation diagnostique. La prise en charge des personnes détenues dépistées positives au VHC et l'accès aux traitements par antiviraux à action directe (AAD) de celle porteuses d'une hépatite active apparaît en revanche assurée dans des conditions globalement correctes, bien que les délais aux différentes étapes jusqu'à l'initiation du traitement apparaissent très inégaux selon les établissements et puissent être considérablement optimisés. Le renforcement de la prévention et en particulier de l'accès aux principaux outils de réduction des risques constitue l'autre défi majeur à relever. Les limitations d'accès à ces outils qui perdurent en milieu pénitentiaire sont anachroniques et contradictoires avec les l'objectif d'élimination de l'épidémie de VHC.

Les recommandations du CNS ont été inscrites dans le cadre de l'action n°11 de la feuille de route santé des personnes placées sous main de justice 2019-2022 publiée récemment par le Gouvernement. Le CNS organisera, au 1^{er} trimestre 2021, un colloque sur la prise en charge de l'infection VHC en prison pour faire le point sur son évolution depuis la publication de son Avis.

En 2019, la France a exprimé un engagement fort dans le domaine de la **santé mondiale**, et a accueilli la sixième conférence de reconstitution des ressources du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, alors que l'accès à une offre de prévention, de dépistage et de prise en charge de qualité demeure insuffisant dans une grande partie du monde, et que la faiblesse des systèmes de santé et les atteintes aux droits humains majorent les difficultés. Le CNS a consacré une mission à l'engagement de la France dans la lutte contre le VIH dans le cadre de la santé mondiale, et a accompagné la préparation de la 6^e Conférence de reconstitution en siégeant dans son comité d'organisation. Dans une Note valant Avis, le CNS a adressé avant la Conférence plusieurs recommandations aux pouvoirs publics, afin de renforcer l'engagement de la France : accroître la contribution triennale française au Fonds mondial en cohérence avec l'augmentation de l'aide publique au développement, obtenir du Fonds mondial des précisions sur son argumentaire d'investissement et des engagements d'évolution afin de favoriser une approche plus transversale, plus intégrée et plus coordonnée au plan mondial, et davantage affirmer les priorités et l'influence française dans l'agenda de la santé mondiale. L'augmentation de la contribution française au Fonds mondial a été actée à l'occasion de la conférence de reconstitution.

Enfin, à l'occasion de la publication en 2019 de mesures concernant la politique d'immigration, d'asile et d'intégration, le CNS a alerté les pouvoirs publics sur le danger de restreindre l'accès aux soins des demandeurs d'asile et des étrangers en situation irrégulière. Il a observé que de telles mesures entrent en contradiction avec les objectifs ambitieux poursuivis par le Gouvernement en matière de réduction de l'épidémie de VIH/sida et d'élimination à l'horizon 2025 du VHC dans notre pays. Plus largement, l'accès inconditionnel et universel aux soins de l'ensemble des personnes résidant sur le territoire national, indépendant de leur situation administrative, devrait demeurer un principe intangible de la lutte contre le VIH/sida et les hépatites.

À côté de son activité dans le cadre de la production d'Avis et de son expression publique, le CNS a participé, en 2018 et 2019 à l'activité de deux instances dans lesquelles il a siégé.

Depuis juillet 2016, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), auparavant exclus du don du sang, sont déclarés aptes à donner leur sang s'ils n'ont pas eu de relations sexuelles dans l'année précédant le don. Un comité de suivi, auquel est représenté le CNS, a été chargé de suivre la mise en œuvre des critères de sélection et

l'évolution épidémiologique des donneurs. Une étude, conduite par Santé publique France (SPF), a montré que cette modification n'a pas eu d'impact sur le risque de transmission du VIH par transfusion.

Le Comité a ensuite évalué les conséquences d'un nouvel assouplissement des conditions du don du sang par les HSH. Sur la base de données de la littérature, de données résultant du suivi épidémiologique des donneurs de sang et d'une étude de modélisation de SPF, il a proposé de ramener de 12 à 4 mois de la période sans relation sexuelle préalable à un don de sang pour les HSH. L'arrêté du 17 décembre 2019, fixant les critères de sélection des donneurs de sang, prend en compte cette modification.

Après avoir adopté la définition de la santé sexuelle retenue en 2006 par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les pouvoirs publics ont élaboré en 2017 une politique publique destinée à la mettre en œuvre, formalisée dans la stratégie nationale de santé sexuelle (SNSS) 2017-2030. Les thèmes relevant du Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST (PNLS) ont été inclus dans la SNSS, et sont dorénavant envisagés dans ce cadre plus large, favorisant une approche globale. Un comité de pilotage pérenne a été institué, dans lequel le CNS est représenté. Ce comité a adopté en 2018 une feuille de route triennale comportant la mise en œuvre de 26 mesures jugées prioritaires, dont certaines concernaient spécifiquement la lutte contre le VIH et les IST en général.

La période sur laquelle porte ce rapport d'activité a été marquée par deux orientations importantes dans la lutte contre le VIH et les IST en général. D'une part, la priorité à l'amélioration de la prévention et du dépistage, particulièrement orientés vers les populations surexposées au risque de transmission, est reconnue par l'ensemble des acteurs concernés ; le développement de la PrEP en est une illustration importante, et fera l'objet d'un Avis du CNS en 2021. D'autre part, la lutte contre les IST est à présent intégrée dans le cadre plus large de la **santé sexuelle**, décliné dans une stratégie mise en œuvre par les pouvoirs publics, et des évolutions en ce sens ont déjà été opérées par les acteurs de terrain y compris associatifs, et dans d'autres pays. C'est pourquoi le CNS a initié en 2019 une réflexion sur une éventuelle évolution du champ de sa mission vers la santé sexuelle.

Pr Patrick Yeni

Président du Conseil national du sida et des hépatites virales

RAPPORTS, AVIS ET RECOMMANDATIONS

SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS ISSUES DE L'AVIS SUR LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES IST EN GUYANE ET DANS LES ANTILLES FRANÇAISES

L'*Avis* dont est extraite cette synthèse a été adopté par le Conseil national du sida et des hépatites virales, réuni en séance plénière le 18 janvier 2018, à l'unanimité des membres présents ou représentés.

MEMBRES DE LA COMMISSION « GUYANE-ANTILLES »

- Carine FAVIER, *co-présidente*
- Marie SUZAN-MONTI, *co-présidente*
- Sandrine MUSSO
- Marie PRÉAU
- Christine SILVAIN
- Gilles RAGUIN
- Georgia ROEHRICH
- Liliane VANA
- Patrick YENI

RAPPORTEURS

- Michel CELSE
- Laurent GEFFROY
- Ferial KRAMDI

STAGIAIRES

- Rozenn BICHON
- Céline VITEAU

LETTRE DE SAISINE



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DES OUTRE-MER

Paris, le 15 MAI 2017

Direction générale de la Santé
Direction générale des Outre-Mer

Le directeur général de la santé
La directrice générale des Outre-Mer

à

Monsieur le Professeur Patrick Yéni
Président du Conseil National du Sida et des
Hépatites Virales
39-43 quai André Citroën
75902 Paris cedex 15

Objet : Saisine relative aux modalités de mise en œuvre de la stratégie nationale de santé sexuelle en Guyane et aux Antilles en ce qui concerne l'infection par le VIH, les hépatites virales chroniques et les autres infections sexuellement transmissibles

Dans l'ensemble des Départements Français d'Amérique (DFA), les taux de découverte de séropositivité VIH et des incidences du Sida sont en diminution depuis plus de dix ans. Cependant, ces indicateurs restent les plus élevés de France. La Martinique, la Guadeloupe et la Guyane présentent en 2015 des taux de séropositivité respectivement une fois et demi, deux fois et huit fois plus élevés que le niveau national.

L'importance des inégalités sociales et les mouvements migratoires expliquent en partie les valeurs élevées de ces indicateurs. Cette situation justifie la mise en œuvre, dans le cadre de la stratégie nationale de santé sexuelle, de mesures adaptées de prévention, de dépistage, de prise en charge et de continuité de soins concernant l'infection par le VIH, les hépatites virales chroniques et les autres infections sexuellement transmissibles. Elle nécessite également un renforcement de tous les acteurs sur les différents champs concernés dans une approche globale de santé sexuelle.

C'est dans cette perspective que nous vous demandons de proposer des recommandations opérationnelles afin d'adapter la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé sexuelle dans ces territoires. Cet engagement constituera un complément nécessaire au récent avis du CNSHV relatif à la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes dont le périmètre était limité à l'hexagone.

Afin que ces travaux puissent alimenter la réflexion des Agences Régionales de Santé en Guyane et aux Antilles sur la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé sexuelle à l'occasion de l'élaboration de leurs futurs Projets régionaux de santé, vous rendrez un état intermédiaire de ces travaux avant fin juillet 2017. Vos conclusions définitives devront être remises d'ici le 15 octobre 2017.

Le directeur général de la
santé

Benoît VALLET

La directrice générale des
Outre-Mer

Corinne ORZECOWSKI

PRÉAMBULE



Le Directeur général de la santé et la Directrice générale des outre-mer ont saisi le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) le 15 mai 2017 sur les modalités de mise en œuvre de la stratégie nationale de santé sexuelle (SNSS) en Guyane et aux Antilles s'agissant de l'infection par le VIH, les hépatites virales et les autres infections sexuellement transmissibles (IST).

La saisine du CNS s'inscrit dans un contexte ultramarin contrasté. La situation épidémiologique et sanitaire des collectivités territoriales de Guyane et des Antilles françaises – la Guadeloupe, la Martinique et Saint-Martin – a évolué pour partie favorablement depuis 2008. Le renforcement de l'offre de soins a permis de garantir une prise en charge sanitaire en milieu hospitalier dans l'ensemble satisfaisante. Par ailleurs, la mobilisation conjointe des acteurs publics et associatifs, en particulier en Guyane, a favorisé la prévention et la

prise en charge dans la lutte contre le VIH/sida auprès des publics les plus exposés aux risques de transmission. De fait, la situation sanitaire dans ces territoires est plus favorable que dans plusieurs pays de la région caribéenne.

Toutefois, les territoires ultramarins de Guyane et des Antilles françaises demeurent confrontés à des difficultés d'une ampleur particulière. Des obstacles majeurs à l'accès à l'offre de prévention et de dépistage du VIH et des autres IST subsistent pour de nombreuses populations, en particulier les jeunes, les femmes et les migrants. En outre, l'orientation des personnes dépistées vers la prise en charge médicale et leur maintien dans le système de soin paraissent insuffisamment assurés.

Les spécificités géographiques des territoires telles que l'insularité et l'enclavement, la prégnance des enjeux régionaux et transfrontaliers ainsi que les retards de développement des infrastructures, en particulier de transport, devraient appeler une réponse adaptée aux contextes locaux. L'exposition majorée de certaines populations à des facteurs de vulnérabilités socio-économiques, les atteintes avérées aux droits sexuels et la persistance de croyances erronées et de représentations négatives, facteurs de discriminations et de stigmatisation, pourraient justifier un accompagnement renforcé.

Dans ce contexte, le CNS a entrepris un état des lieux de la lutte contre le VIH/sida et les autres IST dans les territoires de Guyane et des Antilles françaises. À cette fin, il a conduit une analyse de l'épidémiologie du VIH, des hépatites virales et des IST, une analyse des comportements et pratiques à risque et une analyse du cadre de l'action publique. Sur ce

point, le Conseil a souhaité retenir une approche globale susceptible de considérer les programmes et actions en matière de prévention des IST, d'offre de soins, d'éducation à la sexualité, d'accès aux droits, de surveillance épidémiologique et de recherche publique. Il a ensuite entrepris d'étudier la déclinaison de ce cadre à l'ensemble des échelons (national, régional, local), d'évaluer ses résultats en regard de critères d'efficacité, de pertinence et de bonne gouvernance et, plus largement, d'apprécier l'intégration de ce cadre d'action dans l'environnement caribéen et amazonien, en tenant compte des enjeux régionaux de développement et de coopération, notamment transfrontaliers. Le Conseil a tenu à présenter des constats transversaux à l'ensemble des territoires considérant leurs problématiques communes. Les particularités historiques, anthropologiques, géographiques, populationnelles, épidémiologiques et organisationnelles spécifiques aux quatre territoires ont toutefois été prises en compte dans le corps de l'Avis ainsi que dans des encadrés dédiés.

Au regard de ses constats, le CNS a établi des recommandations principalement transversales aux quatre territoires afin d'améliorer significativement la lutte contre le VIH/sida et les autres IST en Guyane et dans les Antilles françaises. Ces recommandations peuvent contribuer à la déclinaison ultramarine de la stratégie nationale de santé sexuelle et concourir à l'élaboration des futurs projets régionaux de santé (PRS). À cette fin, les recommandations établies par le Conseil distinguent les points d'amélioration possibles, les objectifs devant être poursuivis et les leviers opérationnels d'action. Ces recommandations seront adressées aux ministères et aux administrations centrales et déconcentrées dans les principaux secteurs concernés : l'outre-mer, la santé, les affaires sociales, l'intérieur, l'éducation nationale et l'enseignement supérieur, la recherche, l'Europe et les affaires étrangères. Par ailleurs, le Conseil a choisi de présenter des recommandations spécifiques aux jeunes afin de compléter, pour les territoires de Guyane et des Antilles françaises, son Avis suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes, émis en 2017 dans le cadre d'une saisine des ministres en charge de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur et de la santé⁶.

Le CNS n'a pas procédé à une évaluation du coût de ses recommandations mais a souhaité amorcer une réflexion sur leur mise en œuvre tenant compte du contexte budgétaire contraint. Le Conseil signale qu'un grand nombre de ses recommandations présente un coût nul ou relativement modéré pour les finances publiques. La mise en œuvre de plusieurs mesures réglementaires et législatives et d'accords internationaux dans les territoires ultramarins n'entraînerait pas de coûts directs supplémentaires. Toutefois, le déploiement de plusieurs dispositifs pourrait justifier de renforcer, de façon ciblée, les capacités administratives des services déconcentrés compétents. Par ailleurs, l'augmentation des dépenses d'intervention induite par la mise en œuvre de plusieurs préconisations du CNS, notamment dans le domaine de la prévention, pourrait être permise, à périmètre budgétaire constant, par des facilités de gestion offertes aux services déconcentrés. Enfin, en dépit de ces marges de manœuvre, plusieurs recommandations du CNS, dont le coût demeure à évaluer, pourraient nécessiter un financement spécifique, compte tenu de la situation dégradée de l'offre de prévention et de prise en charge des IST dans ces territoires ultramarins.

⁶ Conseil national du sida et des hépatites virales. *Avis suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes*. Février 2017.

Le présent Avis répond à l'attention portée par le CNS, de manière récurrente, aux territoires ultramarins, au travers de ses Avis rendus en 1996⁷, 2003⁸ et 2008⁹. À cet égard, le Conseil demeure particulièrement attentif à la prévention et à la prise en charge des IST dans l'ensemble des Outre-mer, et en particulier dans les collectivités de La Réunion et de Mayotte dans l'océan Indien.

MÉTHODOLOGIE

Dans le cadre de sa saisine, le CNS a constitué une commission « Guyane-Antilles » comprenant neuf membres.

La commission a réalisé une analyse documentaire et a défini le périmètre de mission. La communauté d'outre-mer de Saint-Barthélemy n'a pas été retenue, compte tenu des délais de mission et du financement consenti. En outre, la commission a connaissance des enjeux de la prévention et de la prise en charge des IST dans les établissements pénitentiaires, et plus largement dans les lieux de privation de liberté dont les centres de rétention administrative ; elle n'a cependant pas été en mesure de produire des constats et des recommandations les concernant, pour l'ensemble de ses territoires de mission, dans le temps imparti.

La commission a procédé à l'audition des acteurs nationaux et locaux en charge de la conception, du pilotage et de la mise en œuvre de l'action publique dans ces territoires, soit par audioconférence, soit dans le cadre de déplacements sur sites. Les missions sur les territoires de Guyane, Guadeloupe, Martinique et Saint-Martin se sont déroulées du 12 au 23 juin 2017.

La commission a présenté un Avis intermédiaire à ses commanditaires le 17 octobre 2017.

SYNTHÈSE

La situation épidémique de certaines infections sexuellement transmissibles (IST) en Guyane et aux Antilles françaises est préoccupante. L'épidémie à VIH, dont la transmission est essentiellement sexuelle, y est à son plus haut niveau d'activité en France : l'incidence des nouvelles infections, le pourcentage d'infections non-diagnostiquées et le pourcentage de découvertes de l'infection à un stade tardif, qui représentent trois indicateurs des insuffisances de prévention et de dépistage, sont supérieurs à la moyenne nationale et les plus élevés de France en Guyane, en Guadeloupe et à Saint-Martin. Les infections par le virus de l'hépatite B (VHB), souvent transmis par voie sexuelle, sont parmi les plus fréquentes de France en Guyane et en Guadeloupe. Les données relatives aux autres IST sont mal connues, mais une progression du nombre de cas de syphilis récentes et de gonococcies est rapportée ; de même, des études de prévalence réalisées dans des populations spécifiques

⁷ Conseil national du sida. *Rapport suivi de recommandations. Le sida dans les départements français d'Amérique : spécificités et inégalités*. Juin 1996.

⁸ Conseil national du sida. *Rapport suivi de recommandations : Repenser la politique de lutte contre le VIH/sida dans les départements d'outre-mer*. Mars 2003.

⁹ Conseil national du sida. *Avis suivi de recommandations sur la politique de lutte contre l'épidémie d'infection à VIH en Guyane*. Février 2008.

Conseil national du sida. *Avis suivi de recommandations sur la lutte contre l'épidémie d'infection à VIH aux Antilles*. Juin 2008.

mettent en lumière la fréquence des infections par le papillomavirus humain (HPV) et par *Chlamydia trachomatis*.

Plusieurs facteurs concourent à une vulnérabilité aux IST plus large qu'en métropole. C'est le cas de la précarité économique et sociale, de certains contextes de sexualité observés plus souvent qu'en métropole et qui majorent les risques d'exposition aux IST, tels que la précocité des relations sexuelles chez les garçons, la fréquence des rapports sexuels payés et du multipartenariat ; c'est également le cas des atteintes aux droits sexuels et notamment de la surexposition des femmes aux violences, et de la stigmatisation des personnes infectées par le VIH. En outre les populations sont confrontées à un retard de développement qui ne favorise ni l'entrée ni le maintien dans le système de santé. Enfin, les migrants, nombreux dans certains territoires, apparaissent davantage exposés au risque d'infection par les IST que les personnes nées sur le territoire français ; la fréquence des situations de précarité et des pratiques discriminatoires à l'égard des migrants majore leurs difficultés d'accès au soin et à la prévention.

Compte tenu de la situation épidémique des IST et des éléments de fragilité qui concourent à une vulnérabilité plus large qu'en métropole, l'offre de santé n'est pas à la mesure des besoins : insuffisante et inadaptée aux contraintes des territoires, elle ne permet pas un déploiement approprié des dispositifs de prévention, de dépistage, et de prise en charge des IST.

Malgré leur intérêt majeur dans la lutte contre les épidémies, les actions de prévention souffrent d'une faiblesse structurelle qui affecte en particulier leur financement, le soutien des opérateurs des actions, leurs modalités de réalisation et leur coordination.

- Si les crédits d'intervention de l'État en matière de prévention ont bénéficié d'un rattrapage au profit des Agences régionales de santé (ARS) ultramarines dans le cadre du fond d'intervention régional, ils ne couvrent pas les besoins constatés ; par ailleurs les ARS n'ont pas mobilisé les souplesses de gestion autorisées pour accroître les ressources en faveur de la prévention **[R1]** ; en outre, les autres crédits d'intervention de l'État en matière de prévention, apparaissent dispersés et, s'agissant des concours de l'outre-mer, de faible niveau. Enfin, la mission a constaté que les moyens attribués par les collectivités territoriales aux centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) dans le champ de la protection maternelle et infantile (PMI) ne leur permettent pas d'exercer pleinement leurs missions de prévention et de dépistage **[R6]**.
- Le soutien accordé aux opérateurs, tant associatifs que du champ médico-social et social, est insuffisant pour garantir une mise en œuvre satisfaisante des programmes de prévention et assurer un maillage approprié des territoires. Des carences ont été constatées en matière d'appui à la conception et à la mise en œuvre de projets associatifs pérennes **[R2]**, de sensibilisation à la santé sexuelle dans le champ social et médico-social **[R11]** et de mise à disposition d'outils d'information adaptés à la diversité, notamment culturelle, des publics cibles **[R4]**.
- La médiation en santé, dont l'objectif est de rapprocher du système de santé les personnes éloignées du soin pour des raisons économiques, sociales et culturelles, est particulièrement adaptée à la grande diversité des communautés qui résident en Guyane et dans les Antilles françaises, à leur exposition à la précarité sociale et économique et à l'enclavement de certains territoires. Toutefois, le développement et la professionnalisation de l'activité de médiation en santé restent à mettre en œuvre **[R3]**.

- Enfin, la nécessaire coordination des activités de prévention et des acteurs impliqués, permettant de couvrir les besoins locaux, n'est pas assez exercée par certains COREVIH ultramarins dont c'est pourtant une des missions **[R5]**.

Les difficultés d'accès à l'offre de santé aggravent les conséquences de la faiblesse structurelle des actions de prévention.

- L'offre publique de soins est majoritairement concentrée dans les établissements de santé. Les 18 centres délocalisés de prévention et de soin (CDPS) déployés en Guyane qui dépendent d'un centre hospitalier remplissent un rôle essentiel en matière de dépistage et de prise en charge des IST dans les zones isolées et ou de faible densité, mais leurs ressources, notamment humaines, sont insuffisantes. En outre, ces structures ne peuvent proposer une délivrance prolongée des médicaments antirétroviraux, pour des raisons réglementaires et logistiques **[R9]**. Les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) s'adaptent de façon variable, selon les territoires, à leurs missions élargies de prévention dans le domaine de la santé sexuelle et éprouvent des difficultés à assurer l'ensemble de leurs missions ainsi que la couverture des zones extra-urbaines, en raison de contraintes organisationnelles et financières. Les CPEF, financés dans le cadre de la PMI ne disposent pas d'une autonomie suffisante par rapport aux services de la PMI, et pâtissent d'un manque de moyens pour assurer leurs missions de prévention et de dépistage des IST en direction des populations jeunes et précaires. L'ensemble de ces difficultés justifie donc un renforcement de l'offre publique et gratuite de prévention, de dépistage, et de prise en charge du VIH et des autres IST **[R6]**. L'offre libérale de soins, quant à elle, est confrontée à une pénurie de personnels de santé, en particulier médecins généralistes et spécialistes ainsi qu'infirmières, qui tend à s'aggraver.
- Les réponses institutionnelles sont insuffisantes pour répondre au défi représenté par un déploiement approprié des ressources humaines sur les territoires. Des contrats d'engagement de service public proposés aux médecins en formation et quelques offres de statut de praticien territorial de médecine générale, ont permis l'installation d'un petit nombre de médecins libéraux dans des territoires sous-dotés ; les résultats restent toutefois très inférieurs aux besoins. Par ailleurs, des instruments, adaptés aux territoires et autorisant le transfert de compétences du personnel médical vers le personnel paramédical, ne sont pas mis en œuvre, qu'il s'agisse de protocoles de coopération à des fins de transfert d'activités, ou d'exercice de soins infirmiers en pratique avancée, dont le décret définissant les domaines d'intervention n'est pas paru **[R10]**.
- Les particularités territoriales et la diversité sociale des populations justifient le déploiement beaucoup plus large qu'aujourd'hui, d'une offre mobile de prévention et de dépistage des IST **[R7]** (incluant l'offre de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), aujourd'hui insuffisante **[R8]**), intégrée dans une offre plus globale de santé voire d'accompagnement social. Une telle offre globale présenterait l'avantage de mutualiser les approches de prévention et de dépistage pour différentes pathologies, de ne pas contribuer à la stigmatisation qu'une offre dédiée uniquement au VIH pourrait susciter, et d'initier, si nécessaire, un accompagnement vers une prise en charge médicale et sociale globale.
- Le recrutement et le maintien de personnels formés dans les champs de la santé, du médico-social et du social (y compris les acteurs associatifs), sensibilisés aux multiples diversités des territoires, soulèvent des besoins en formation importants. Les formations de formateurs apparaissent insuffisamment développées. En outre, les pôles régionaux de compétences ne prennent pas suffisamment en compte les publics cibles (migrants, HSH, jeunes) ni les diversités, y compris culturelles, qui rendent compte de contextes et

discours locaux différents dans le domaine la santé sexuelle. Enfin, l'absence ou l'insuffisance de formation à la médiation en santé ne permet pas de professionnaliser cette activité pertinente pour l'outre-mer **[R12-13]**.

Au-delà de la population générale, les ressortissants étrangers et les jeunes de moins de 30 ans, qui représentent une part importante de la population ultramarine, justifient une attention particulière en raison de leur fragilité documentée à l'égard des IST et de l'infection par le VIH en particulier.

En ce qui concerne les ressortissants étrangers, les mesures d'exception en vigueur en matière de contrôle de la circulation des populations dans les territoires ultramarins, et particulièrement en Guyane, et la procédure de droit commun de demande de titre de séjour pour raison de santé rendent complexes et retardent l'accès aux droits et donc l'accès aux soins. Des obstacles sont relevés à différentes étapes : l'entrée dans la procédure, qui nécessite la présence du ressortissant étranger en préfecture ou sous-préfecture rendue difficile par les mesures d'exception, la présentation impossible de justificatif de domicile pour les ressortissants étrangers en situation d'habitat spontané, la délivrance dorénavant retardée du récépissé de demande de titre de séjour (valant autorisation de séjour) qui impose la disposition du rapport médical du médecin de l'office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) de la délégation territoriale, et le caractère incomplet et insuffisamment actualisé de la bibliothèque d'informations permettant au collège national des médecins de l'OFII d'apprécier l'offre de soins dans les pays d'origine. Ces obstacles à un déroulement rapide et adapté aux spécificités locales de la procédure de demande de titre de séjour pour soins fragilisent la protection de la santé de certains ressortissants étrangers, notamment ceux en situation administrative irrégulière **[R14-16]**.

Alors que les jeunes sont particulièrement exposés au risque d'IST, les dispositifs d'action publique en direction des jeunes sont inégalement mobilisés en faveur de l'éducation à la sexualité (EAS).

- Le risque d'IST chez les jeunes est majoré en Guyane et aux Antilles françaises par des vulnérabilités plus fréquentes qu'en métropole : l'entrée des garçons dans la sexualité à un âge plus précoce qu'en métropole et des taux élevés de grossesse précoce chez les filles, la précarité socio-économique conduisant à des taux de scolarisation plus faibles qu'en métropole et parfois à des pratiques prostitutionnelles précoces, et une exposition précoce aux conduites addictives.
- Face à ce constat d'exposition majorée au risque d'IST, certaines faiblesses et disparités structurelles, observées en métropole dans l'organisation de l'EAS, apparaissent majorées en Guyane et aux Antilles françaises : le déficit en ressources humaines, y compris associatives, pour assurer cette activité, le manque d'outils pédagogiques adaptés à la diversité culturelle et à la spécificité des publics jeunes, et les résistances d'origine multiple d'une partie de la communauté éducative à s'investir dans l'EAS sont mis en avant. Des efforts sont engagés au niveau rectoral pour compenser les faiblesses observées, mais ils apparaissent inégalement avancés, en particulier en Guyane **[R18]**.
- Par ailleurs, les structures et dispositifs fléchés en direction des jeunes non scolarisés et particulièrement vulnérables, notamment les missions locales et les services de la protection judiciaire de la jeunesse peinent à poursuivre des missions d'EAS, insuffisamment financées par l'État et les collectivités territoriales **[R17]**.

Pour améliorer l'offre de santé, il est également nécessaire d'agir à plusieurs niveaux sur le cadre stratégique de la lutte contre les IST : la mission a, en effet, relevé des insuffisances

portant sur les coopérations régionales, la gouvernance de la politique de lutte contre le VIH/sida et les IST, et le niveau des connaissances épidémiologiques et sociales disponibles.

- L'intégration des territoires dans leur environnement régional n'est pas portée à un niveau permettant à la France de bénéficier de l'opportunité d'informations et de coopérations suffisantes concernant la prise en charge des IST, alors que les contextes démographiques et épidémiologiques régionaux sont similaires. Ainsi, les coopérations bilatérales et transfrontalières concernant la Guyane et Saint-Martin ne sont pas assez développées et doivent être renforcées, tant à l'initiative de l'État qu'à celle des collectivités territoriales **[R19]**. En outre, la faible intégration des territoires dans leur environnement régional les prive d'opportunités de coopération dans le champ de la santé, en particulier l'insuffisante adhésion et/ou participation à des organisations régionales, notamment à la CARPHA, agence de santé publique de la région caraïbe **[R20-21]**. Enfin, si les fonds de l'Union européenne INTERREG, ouverts sur soumission de projets à leurs États membres, offrent des opportunités de financements de la lutte contre le VIH/sida et les IST en Guyane et aux Antilles françaises, la procédure complexe et peu transparente de soumission de projets conduit à des retards et ne favorise pas l'intégration de contributions des acteurs locaux **[R22]**. Par ailleurs, l'absence de coordination entre des demandes de crédits INTERREG de la France et des demandes de crédits portées par des pays voisins de la zone Guyane-Antilles, éligibles à d'autres fonds européens, nuit à l'émergence de projets de coopération bi- ou multilatérale **[R23]**.
- La gouvernance de la politique de lutte contre le VIH/sida et les IST souffre d'une coordination insuffisante aux divers échelons. Au niveau ministériel et interministériel (ministère des Solidarités et de la Santé, et ministère des Outre-mer), des programmes d'actions contre les IST ont été établis en 2016 et déclinés régionalement mais leur mise en œuvre souffre d'un déficit de suivi, en particulier national ; la stratégie nationale de santé sexuelle récemment définie, qui comporte un axe dédié à l'outre-mer, devra contribuer à combler le retard pris en la matière **[R24]** ; en outre, la stratégie de portage d'un pilotage conduit par le ministère en charge de la Santé avec les ARS, et coordonné avec le ministère des Outre-mer, n'est pas assez promu. Au niveau des territoires, le déficit de partenariat observé entre les services de l'État et les collectivités territoriales **[R26]** est aggravé par le faible investissement des instruments de coopération dont les commissions de coordination des politiques publiques **[R25]** ; la coordination entre les acteurs de Guyane et des Antilles françaises, principalement les services de l'État, les collectivités territoriales et les associations mérite également d'être développée **[R27]**.
- Enfin, la prise en compte des spécificités de ces territoires dans la lutte contre les IST repose sur un socle de connaissances épidémiologiques et sociales adaptées aux particularismes régionaux, qui apparaît aujourd'hui insuffisant, et qui doit être élargi **[R28-29]** et mis en réseau **[R30]**.

RECOMMANDATIONS

CONCERNANT LES ACTIONS DE PRÉVENTION ET D'ACCOMPAGNEMENT

À la ministre des solidarités et de la santé, à la ministre de l'outre-mer,

Aux directeurs généraux des ARS,

- 1. porter l'offre de prévention et de dépistage du VIH et des autres IST** à hauteur des besoins en recourant, le cas échéant, aux souplesses de gestions prévues par la loi ; les marges de manœuvres financières à disposition des ARS doivent permettre de mieux adapter le niveau des financements à ces priorités de santé publique ;
- 2. renforcer les missions de soutien aux opérateurs associatifs** afin de consolider et pérenniser les porteurs de projets pertinents et favoriser l'émergence de nouveaux entrants et notamment (i) consentir des ressources dédiées à l'accompagnement dans la conduite de projets, (ii) privilégier l'établissement de relations contractuelles pluriannuelles, (iii) déterminer les niveaux de subvention en tenant compte du coût réel des actions induit par les contraintes territoriales ;
- 3. favoriser le recrutement pérenne de médiatrices et médiateurs communautaires** formés aux questions de santé afin de consolider l'offre de prévention et de dépistage.

Aux directeurs généraux des ARS, aux recteurs,

Au directeur général de Santé publique France,

- 4. développer des supports d'information conçus avec le concours des populations locales concernées**, et notamment (i) susciter, accompagner et pérenniser des initiatives locales, (ii) favoriser leur mise à disposition et leur partage par les différents acteurs intervenant auprès des publics concernés.

Aux directeurs généraux des ARS et aux présidents des COREVIH,

- 5. consolider les missions de prévention poursuivies par les COREVIH** et notamment, (i) pour les ARS, s'assurer que les ressources affectées aux COREVIH dans le cadre du FIR sont pleinement mobilisées en faveur de leurs actions de prévention, (ii) pour les COREVIH, poursuivre les initiatives engagées permettant une représentation et un engagement des acteurs qui ne contribuent pas directement au système de soin, programmer des réunions régulières inter-COREVIH de la zone Guyane-Antilles afin de favoriser le partage d'expériences.

CONCERNANT L'ACCÈS A L'OFFRE DE SANTÉ

À la ministre des solidarités et de la santé,

Aux exécutifs des collectivités territoriales,

Aux directeurs généraux des ARS,

- 6. renforcer l'offre publique et gratuite de prévention et de dépistage du VIH et des autres IST** en veillant (i) à doter les établissements dédiés existants, comprenant les CeGIDD et les CPEF, des moyens leur permettant de poursuivre effectivement l'ensemble de leurs

missions, (ii) à promouvoir, accompagner et financer, dans les zones isolées de la Guyane, le développement d'une offre globale de santé sexuelle par les CDPS conçue et mise en œuvre en partenariat avec les acteurs associatifs.

À la ministre des solidarités et de la santé,

Aux directeurs généraux des ARS,

- 7. développer une offre de santé mobile, globale et intégrée de prévention**, en particulier à l'intention des populations les plus éloignées des dispositifs de droit commun et notamment (i) établir une cartographie territoriale affinée des besoins et des ressources, (ii) privilégier les permanences et offres mobiles en matière de prévention, vaccination, dépistage et prise en charge, intégrant un accompagnement à l'accès aux soins et aux droits, (iii) inscrire ces actions dans le cadre de partenariats avec des acteurs du secteur social et médico-social pertinents pour la prise en charge des publics ciblés par les interventions ;
- 8. assurer une politique de développement des TROD** afin de favoriser la démarche de dépistage et pour cela (i) promouvoir des actions en termes de formation, d'habilitation, d'approvisionnement et de financement, (ii) mobiliser l'ensemble des établissements de santé ainsi que les opérateurs mobiles.

À la ministre des solidarités et de la santé,

Au directeur de la sécurité sociale et au directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, avec le concours de la directrice de la Caisse générale de la sécurité sociale de Guyane et du directeur général de l'ARS de Guyane,

- 9. renforcer l'accès aux traitements, en particulier les traitements antirétroviraux du VIH, au bénéfice des personnes résidant dans des territoires isolés ou enclavés** et à cette fin engager une réflexion sur les dispositions réglementaires dérogatoires susceptibles d'être introduites afin d'autoriser, sur le territoire de la Guyane, le pharmacien hospitalier (y compris dans le cadre des CDPS), ainsi que le pharmacien d'officine, à délivrer en une seule fois la quantité de médicaments correspondant à une durée de traitement de trois mois, sur indication mentionnée sur l'ordonnance par le médecin prescripteur, et concernant des spécialités prescrites dans le cadre de traitements chroniques pour une durée d'au moins trois mois.

À la ministre des solidarités et de la santé,

Aux directeurs généraux des ARS,

- 10. favoriser le transfert de compétences entre les acteurs du système de soin** et, à cette fin, (i) promouvoir les protocoles de coopération pour transfert de compétences soumises par les ARS à la HAS, (ii) concevoir des méthodes innovantes de transfert de compétence dans le cadre de protocoles de recherche interventionnelle, (iii) mettre en œuvre la disposition législative de pratique avancée en soins infirmiers et faire paraître à cet effet son décret d'application ;

- 11. promouvoir des actions de sensibilisation à la santé sexuelle auprès des acteurs du champ social et médico-social** en partenariat avec la tutelle des organismes concernés, en particulier les CAARUD, les CSAPA et les établissements et services d'action sociale intervenant auprès des personnes en situation de précarité.

CONCERNANT LA FORMATION DES ACTEURS

À la ministre des solidarités et de la santé,

Aux directeurs généraux des ARS,

- 12. concourir à la formation des acteurs locaux résidant sur ces territoires et reflétant la diversité ethnique, culturelle et linguistique de ces sociétés** et notamment (i) contribuer à renforcer les compétences des acteurs dans le cadre des PRC et dispositifs de formation de droit commun avec le concours des collectivités territoriales, (ii) évaluer l'activité de formation des PRC pour leur permettre d'une part de conduire leurs missions au profit de l'ensemble des acteurs de prévention et d'autre part pour mettre en œuvre des formations permettant l'acquisition de compétences dans les domaines de l'ingénierie de projets et de communication d'influence, (iii) développer et valoriser la formation à la médiation en santé dans le prolongement des expérimentations antérieures (IMEA 2000-2005) ;

- 13. sensibiliser les professionnels du champ de la santé et du champ social et médico-social à la diversité ethnique, culturelle et linguistique** et aux inégalités et discriminations qui y sont associées, ainsi qu'aux inégalités liées au genre.

CONCERNANT PLUS PARTICULIÈREMENT LES RESSORTISSANTS ÉTRANGERS

Au ministre de l'intérieur et aux préfets,

- 14. garantir la protection de la santé des ressortissants étrangers demandeurs du titre de séjour pour raison de santé et engager des adaptations de la procédure** avec le concours, si nécessaire, des ARS, des directions territoriales de l'OFII et des acteurs locaux de la prise en charge afin de permettre (i) une accessibilité effective aux services administratifs lors de la primo-demande, (ii) une délivrance de récépissé de demande de titre de séjour dès la réception du dossier médical à la délégation territoriale l'OFII, (iii) un examen de la résidence habituelle en France tenant compte des contraintes territoriales.

Au directeur général de l'OFII,

- 15. renforcer l'efficacité de la procédure d'instruction du volet médical des demandes de titres de séjour pour raison de santé** et notamment (i) garantir la fiabilité et la mise à jour du système BISPO avec l'appui des ARS et des préfectures, (ii) évaluer la nouvelle procédure d'instruction du volet médical.

À la ministre des solidarités et de la santé,

Aux directeurs généraux des ARS, aux directeurs des directions régionales en charges de la cohésion sociale,

- 16. soutenir le développement d'actions (i) d'information sur la procédure de demande de titre de séjour pour raison de santé et (ii) d'accompagnement des demandeurs au cours de la procédure.**

CONCERNANT PLUS PARTICULIÈREMENT LES JEUNES

Aux directeurs généraux des ARS et à leurs partenaires dans le champ médico-social et social,

- 17. initier des actions en direction des jeunes, en particulier dans le cadre des structures et dispositifs éducatifs, sociaux, médico-sociaux et médico-psychologiques les concernant** et notamment (i) programmer des actions d'éducation à la sexualité hors milieu scolaire dans le cadre des MLI et des PJJ, en organisant en particulier des ateliers collectifs (ii) former les éducateurs et les conseillers en insertion sociale et professionnelle (CISP) qui accueillent informent, orientent et accompagnent ces publics (iii) favoriser les partenariats avec établissements de planification CPEF/EICCF, des consultations jeunes consommateurs, des centres médico-psychologiques (CMP), des CeGIDD et des Maisons des adolescents, des associations (iv) développer des supports d'information adaptés à la diversité des populations et associer les jeunes eux-mêmes à leur conception.

Au ministre de l'Éducation nationale,

Aux recteurs,

- 18. renforcer le développement de l'éducation à la sexualité dans les établissements d'enseignement** et notamment (i) engager des actions spécifiques adaptées dès le premier cycle d'enseignement, (ii) soutenir le développement de supports et d'outils pédagogiques adaptés à la diversité culturelle et aux spécificités des publics scolaires des territoires ultramarins, (iii) mettre en œuvre un système partagé de recueil et d'échange de bonnes pratiques et de mutualisation d'outils entre les académies de Guyane, de Guadeloupe et de Martinique.

CONCERNANT L'INTÉGRATION DE LA GUYANE ET DES ANTILLES FRANÇAISES DANS LEUR ENVIRONNEMENT RÉGIONAL ET DANS L'ESPACE EUROPÉEN

Au ministre de l'Europe et des affaires étrangères, à la ministre des solidarités et de la santé, à la ministre des outre-mer,

Aux exécutifs des collectivités territoriales,

Aux préfets, aux directeurs généraux des ARS, aux chefs des postes diplomatiques et consulaires des pays de la zone, à l'ambassadeur délégué à la coopération régionale,

- 19. renforcer les initiatives et actions de l'État et des collectivités territoriales en matière de coopération régionale, en particulier transfrontalière,** afin de permettre un dialogue efficace et structuré, global et spécifique, avec les autres États de la région, européens ou non européens et leurs collectivités territoriales et notamment (i) promouvoir les accords internationaux bilatéraux de coopération transfrontalière qui intègrent la promotion de la santé, (ii) favoriser la signature de conventions entre l'État ou les collectivités territoriales françaises et leurs partenaires étrangers sur des sujets d'intérêts communs incluant la promotion de la santé, (iii) renforcer l'activité des commissions mixtes de coopération transfrontalières existantes en veillant à l'inscription des questions de lutte contre les IST à leur agenda, (iv) favoriser la participation des populations locales aux instances de dialogue bilatérales.

Au ministre de l'Europe et des affaires étrangères,

- 20. promouvoir les processus d'adhésion et de participation de la France et de ses territoires ultramarins aux instances régionales concourant à la lutte contre le VIH/sida et les IST en**

général afin de garantir une intégration forte et pérenne des territoires de la Guyane et des Antilles françaises dans leur environnement régional et notamment (i) initier à court-terme, une démarche de demande de participation au PANCAP au nom de la Martinique et de la Guyane, (ii) amorcer un double processus d'adhésion à la CARICOM et à la CARPHA en apportant une nouvelle impulsion aux demandes d'adhésion des territoires ultramarins à la CARICOM et en initiant une démarche de demande d'adhésion de la France au nom de ces territoires à la CARPHA sous le statut de membres associés conformément à l'Article 3 de son Accord constitutif, (iii) favoriser la présence d'acteurs institutionnels de ces territoires (collectivités territoriales avec l'appui des services déconcentrés de l'État) auprès des organisations internationales.

- 21. organiser, à plus long terme, l'intégration de ces territoires dans l'environnement plus global de la coopération sanitaire dans la région Caraïbes**, et notamment (i) apporter un soutien politique clair aux demandes d'adhésion à l'OECO de la Guadeloupe et de Saint-Martin, (ii) engager une réflexion sur une évolution et une revalorisation de la participation de ces territoires au titre de représentation de la France à l'Organisation Panaméricaine de la Santé, (iii) engager une réflexion sur la pertinence d'un soutien de la France à la CIPA dans le cadre d'un soutien plus affirmé à l'IPPF.

Au ministre de l'Europe et des affaires étrangères, à la ministre des solidarités et de la santé,

À la secrétaire générale des affaires européennes, aux directeurs généraux des ARS,

- 22. faciliter l'accès des acteurs locaux aux programmes INTERREG** et notamment (i) promouvoir un effort de clarification et de transparence des processus de programmation, de candidature et de sélection des programmes INTERREG, (ii) accompagner et soutenir les acteurs locaux, notamment les structures de moindre taille, afin qu'ils puissent s'intégrer dans la procédure de candidature en leur fournissant de l'information, un accompagnement méthodologique, un accompagnement à la formalisation de projets ;

- 23. coordonner les stratégies de demandes de subventions européennes de la France (fonds INTERREG) et celles des pays voisins éligibles (FED)** afin de favoriser le financement de projets de coopération bi- ou multilatérale entre la France et des pays voisins tiers à l'Union Européenne.

CONCERNANT LA GOUVERNANCE DE LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA AUX DIFFÉRENTS ÉCHELONS DE L'ÉTAT

Au Premier ministre, au ministre de la solidarité et de la santé, au ministre des outre-mer,

Au secrétariat général des ministères sociaux, à la direction générale des outre-mer,

- 24. renforcer et pérenniser la coordination ministérielle et interministérielle la plus pertinente aux échelons politiques et administratifs** afin d'assurer le suivi de la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé sexuelle dans les outre-mer et à cette fin (i) programmer dans le cadre du comité interministériel pour la santé un rendez-vous annuel de suivi des programmes d'action de santé, et notamment de santé sexuelle, dans les outre-mer, (ii) poursuivre et renforcer une coordination administrative de haut niveau entre les directions centrales des ministères des affaires sociales (DGS, DGOS, DGCS, DSS, DREES),

la DGOM, les DGARS et veiller à y associer les autres services centraux et déconcentrés de l'État pertinents.

Aux directeurs généraux des ARS, aux préfets, aux recteurs, avec le concours des exécutifs des collectivités territoriales,

- 25. renforcer la coordination entre les acteurs d'un même territoire** afin de consolider le pilotage des politiques de santé et à cette fin (i) conférer aux commissions de coordination des politiques publiques (CCPP) un rôle effectif de gouvernance participative, offrant à l'ensemble des parties prenantes, et tout particulièrement les collectivités territoriales, des opportunités réelles d'implication et de co-construction de réponses ajustées aux besoins et contraintes spécifiques des territoires, (ii) s'assurer dans le cadre de l'instance la plus pertinente – CCPP, commission de l'administration régionale (CAR) – de l'intégration des enjeux de santé, dont la lutte contre les IST, dans les autres politiques publiques, relatives notamment aux transports, au logement, à l'éducation, à la formation et à l'emploi, à l'immigration et à l'intégration ;
- 26. promouvoir, dans le cadre formalisé du contrat le cas échéant, un partenariat entre les services de l'État et les collectivités territoriales** et dans ce cadre, (i) favoriser l'élaboration des contrats locaux de santé avec les communes, sur la base d'une évaluation fine de leurs besoins, définir dans ce cadre les actions permettant la mise en œuvre d'une approche globale de prévention et de dépistage intégrant les IST, renforcer leur suivi et leur évaluation (ii) promouvoir la mise en œuvre des actions du PRS, en particulier dans le domaine de la prévention des IST, de la réduction des inégalités en santé et de l'accès aux droits et aux soins, dans le cadre des contrats de ville ;
- 27. renforcer la coordination entre les territoires de Guyane et des Antilles sur des questions d'intérêt commun et notamment** (i) organiser des rencontres annuelles des acteurs (ARS, préfetures, rectorats, collectivités territoriales, acteurs associatifs) des trois territoires sur les enjeux de la santé sexuelle afin de permettre le partage d'expérience et la mutualisation des bonnes pratiques, des ressources et des outils, (ii) établir un bilan annuel des actions de coordination inter-territoires mises en œuvre en faveur de la santé sexuelle par les différentes institutions et structures et assurer sa communication à l'ensemble des parties prenantes ainsi qu'à l'échelon de la coordination interministérielle.

CONCERNANT LES CONNAISSANCES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET SOCIALES

Au directeur général de Santé publique France,

- 28. développer le recueil de données épidémiologiques** et notamment (i) promouvoir une politique d'animation régionale des réseaux de surveillance clinique (RésIST) et biologiques (Rénago, Rénachla) afin d'intensifier le recueil épidémiologique de la syphilis et des infections à gonocoque et à chlamydia, en suscitant l'inclusion de nouveaux sites et en élargissant les territoires surveillés.

À la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche,

Au directeur général de Santé publique France, au directeur de l'ANRS et plus largement aux directeurs d'établissements publics à caractère scientifique et technologique et aux directeurs d'établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel,

- 29. promouvoir les recherches socio-comportementales, sociales et anthropologiques**, et notamment (i) poursuivre les études de type « KABP » auprès des différentes communautés culturelles en les complétant par des enquêtes qualitatives afin de mieux appréhender les déterminants de la santé au sein de chacune des communautés, (ii) soutenir des projets de recherche multidisciplinaires sur la sexualité et la santé sexuelle dans les territoires de la zone Caraïbe, (iii) mettre en œuvre des études permettant d'améliorer les connaissances sur les comportements et pratiques sexuelles des jeunes, en particulier à partir du collège ;
- 30. favoriser les approches collaboratives entre les acteurs locaux** et notamment initier des rencontres entre les professionnels de la santé et de la santé publique, les chercheurs des disciplines de sciences humaines et sociales impliqués dans des projets de recherche sur ces territoires.

**Retrouvez en ligne l'Avis et les recommandations
du CNS dans leur intégralité :**

cns.sante.fr/rapports-et-avis/avis-outrre-mer-2018

AVIS SUIVI DE RECOMMANDATIONS SUR LA NOTIFICATION FORMALISÉE AUX PARTENAIRES

Le présent *Avis* a été adopté par le Conseil national du sida et des hépatites virales, réuni en séance plénière le 15 février 2018, à l'unanimité des membres présents ou représentés, moins une voix contre.

MEMBRES DE LA COMMISSION « NOTIFICATION »

- Nicole HESNAULT-PRUNIAUX, *présidente de la commission*
- Hugues FISCHER
- André GUIMET
- Cécile GOUJARD
- Alexandre LINDEN
- René LUIGI
- Marie PRÉAU
- Marie SUZAN-MONTI
- Liliane VANA
- Patrick YENI

RAPPORTEURS

- Michel CELSE
- Laurent GEFFROY
- Feriel KRAMDI

STAGIAIRES

- Deborah HAFFNER
- Céline VITEAU

PRÉAMBULE

Les infections sexuellement transmissibles (IST) sont, partout dans le monde, extrêmement fréquentes et parfois graves lorsqu'elles favorisent la survenue de cancers, provoquent des troubles de la fertilité voire menacent la vie des patients qui en sont atteints. Parce qu'elles passent souvent inaperçues avant la survenue de complications, elles nécessitent une optimisation des stratégies mises en œuvre pour rendre leur dépistage plus efficace. Dans le cadre d'une approche ciblée vers les personnes les plus exposées au risque d'IST, le dépistage des partenaires sexuels des personnes chez qui un diagnostic d'IST a été porté représente une stratégie efficace, car elle permet de leur proposer une prise en charge précoce si nécessaire et d'interrompre la chaîne de transmission. La stratégie de notification au partenaire est formalisée dans plusieurs pays qui ont mis en place un accompagnement structuré du patient dans cette démarche ; ce n'est pas le cas en France.

Le Conseil national du sida et des hépatites virales a souhaité, dans une approche centrée sur la santé et la protection des droits des personnes, 1) évaluer l'intérêt individuel et en santé publique d'introduire dans le dispositif français de prévention, de dépistage et de prise en charge du VIH, des hépatites et des IST une démarche formalisée de notification aux partenaires des patients nouvellement diagnostiqués, 2) explorer les modalités de notification et les types de dispositifs susceptibles d'être préconisés en fonction de leur efficacité attendue et de leur faisabilité en France. À cette fin, le Conseil a considéré (i) le cadre juridique existant et en particulier le droit au respect de la vie privée et du caractère confidentiel des informations sur la santé et l'obligation du secret professionnel, (ii) l'acceptabilité de la démarche auprès des patients, de leurs partenaires ainsi que des professionnels de santé et des autres personnels intervenant dans le système de santé ainsi que l'adhésion que celle-ci pourrait susciter, (iii) l'organisation de l'offre de santé et de soin et plus précisément les dispositifs susceptibles de favoriser la démarche de notification.

Une commission a été créée à cet effet le 19 février 2016, qui s'est réunie à sept reprises, et a auditionné douze personnalités sélectionnées en raison de leurs pratiques de soins dans les maladies concernées, de leur expérience dans le dépistage non médicalisé du VIH et des hépatites et dans l'accompagnement des personnes dépistées ou de leur activité de recherche dans ce domaine. Elle a également procédé à une évaluation des expériences internationales, puis a sollicité la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) sur les contraintes juridiques susceptibles d'être associées à la mise en œuvre d'une notification formalisée au partenaire, en particulier au regard du respect du secret médical et de la protection de la confidentialité des données personnelles.

1. LE DÉPISTAGE DES PARTENAIRES SEXUELS DES PATIENTS ATTEINTS D'UNE IST : ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

1.1. FRÉQUENCE ET CARACTÉRISTIQUES DES PRINCIPALES IST

Les IST sont des pathologies très fréquentes : on estime que plus d'un million de cas survient quotidiennement dans le monde¹⁰. Une trentaine d'infections liées à des agents différents, d'origine bactérienne, virale ou parasitaire, peuvent être transmises par voie sexuelle. Les huit plus fréquentes comprennent quatre infections curables (syphilis, gonococcie, chlamydie et trichomonase) et quatre infections virales dont le traitement ne permet pas

¹⁰ OMS Fact sheet, August 2016.

l'éradication (infections par le VIH, les papillomavirus, l'hépatite B et l'herpès). Certaines IST sont peu ou pas symptomatiques ou symptomatiques tardivement au cours de leur évolution, et restent souvent non diagnostiquées, exposant à des séquelles et/ou des complications graves.

En France, l'épidémie de VIH reste active : on découvre environ 6 000 infections chaque année et on estime que 153 000 personnes vivent avec le VIH¹¹, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) et les personnes originaires d'Afrique subsaharienne étant les populations les plus touchées par l'épidémie. Le nombre de découvertes d'infections reste globalement stable au cours des dix dernières années ; il diminue progressivement dans la plupart des populations exposées, mais pas chez les HSH. Alors que les progrès dans la prise en charge et les traitements ont été considérables, ayant entraîné une diminution très importante de la mortalité, la lutte contre le VIH reste confrontée à une insuffisance de prévention et de dépistage, entraînant un retard à l'initiation du traitement, des comorbidités et une surmortalité, en particulier chez les personnes dépistées tardivement par rapport aux prises en charge précoces. La plupart des diagnostics reposent sur des tests sérologiques classiques, pratiqués dans des laboratoires de ville à la demande de médecins. Les sérologies sont rarement demandées dans un cadre anonyme (6 % des sérologies), en particulier dans des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) et des centres de planification et d'éducation familiale (CPEF). Dans un petit nombre de cas (56 000, 1 %), le dépistage repose sur des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) pratiqués en particulier par des personnes habilitées issues du milieu associatif. Enfin, les personnes concernées peuvent se dépister elles-mêmes avec des autotests VIH dont 74 600 ont été vendus en pharmacie en 2016¹².

Selon des données anciennes remontant à 2004¹³, plus de trois millions de personnes ont été infectées par le virus de l'hépatite B (VHB) en France. L'exposition sexuelle constitue le principal facteur de contamination. L'hépatite B aiguë est en règle générale bénigne, voire asymptomatique, et guérit spontanément, mais le risque d'infection chronique est de 10 %, exposant alors à des complications graves comme la cirrhose et le cancer du foie. Le dépistage du VHB repose sur la mise en évidence de l'antigène HBs dans le sang. Le diagnostic est essentiellement sérologique, pratiqué en laboratoires privés dans les 2/3 des cas¹⁴ mais, comme pour le VIH, les TROD seront susceptibles de favoriser le dépistage de l'hépatite B lorsqu'ils seront accessibles, ce qui n'est pas encore le cas en France. Les traitements disponibles ne permettent pas d'éradiquer le VHB, mais la vaccination est très efficace pour prévenir l'infection. Bien qu'en amélioration, la couverture vaccinale des adolescents et des jeunes adultes reste insuffisante (environ 50 %), car cette vaccination a souffert d'un fort impact des polémiques survenues entre 1998 et 2008 sur les risques d'effets indésirables¹⁵. Parmi les hépatites, l'hépatite A, maladie aiguë et généralement bénigne, est considérée comme une IST chez les HSH. Des épidémies ont été rapportées dans

¹¹ Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, recommandations du groupe d'experts sous la direction du Pr Philippe Morlat : épidémiologie de l'infection à VIH en France (juillet 2017). https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/10/experts-vih_epidemie.pdf

¹² Cazein F, Le Strat F, Sarr A, Ramus C, Bouche N, Combaroure JC, *et al.* Dépistage de l'infection par le VIH en France en 2016. *Bull Epidemiol Hebd.* 2017;(29-30):6018.

¹³ Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E, Dubois F, Antona D, Lemasson JM, *et al.* Prevalence of hepatitis B and hepatitis C virus infections in France in 2004: social factors are important predictors after adjusting for known risk factors. *J Med Virol* 2010;82:546-55.

¹⁴ Brouard C, Léon L, Pioche C. Dépistage des hépatites B et C en France en 2010, enquête LaboHep 2010. *Bull Epidemiol Hebd* 2013 ; 19 :205-9.

¹⁵ CNS. Avis suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes. <http://cns.sante.fr/rapports-et-avis/avis-jeunes-2017>

cette population et une épidémie est actuellement en cours en France et dans le reste de l'Europe¹⁶. Il n'existe pas de traitement de l'hépatite A, qui guérit spontanément mais peut décompenser vers des hépatopathies chroniques préexistantes ; en revanche, un vaccin très efficace est disponible. Le diagnostic repose sur la sérologie. La transmission sexuelle du VHC est rare, mais des épidémies concentrées d'hépatites C aiguës ont été rapportées chez les HSH. Les infections par le VHC peuvent être dépistées par sérologie ou par TROD. Comparativement au VHB, le risque d'infection chronique est plus élevé, atteignant 50 %, et expose aux mêmes complications graves. Le retard au diagnostic est d'autant plus dommageable que les traitements les plus récents permettent la guérison de l'hépatite C.

Les IST bactériennes sont très fréquentes (plus de 200 millions de cas par an rapportés par l'OMS)¹⁷ et curables avec un traitement antibiotique approprié. Comme ailleurs dans le monde, leur fréquence augmente en France depuis la fin des années 1990¹⁸. L'organisation de la surveillance de ces infections, fondée sur des réseaux de biologistes et de cliniciens volontaires, ne permet pas une estimation directe exhaustive de leur prévalence mais permet de mesurer les évolutions et le contexte. Selon les résultats d'une enquête spécifique¹⁹, on estimait le nombre de nouvelles infections à *chlamydia trachomatis* à 72 000, et de gonococcies à 14 000 en 2012. Les infections uro-génitales à *chlamydia* sont donc les plus fréquentes des IST bactériennes et le nombre d'infections déclarées a augmenté de 10 % entre 2013 et 2015. Plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, ces infections, qui peuvent donner lieu à des symptômes aigus, sont néanmoins asymptomatiques dans au moins la moitié des cas, posant donc des problèmes de dépistage. Non traitées, elles exposent les femmes à des risques de grossesse ectopique et de stérilité. Si les gonococcies sont globalement moins fréquentes que les chlamydioses, leur nombre a également augmenté depuis 2013 ; elles sont particulièrement fréquentes chez les HSH, chez qui leur nombre a doublé en 3 ans. Une diminution de la sensibilité du gonocoque aux antibiotiques est observée depuis plusieurs années, et constitue un sujet de préoccupation justifiant une surveillance régulière. Les syphilis partagent les caractéristiques populationnelles et évolutives des gonococcies : leur nombre est en augmentation, et leur fréquence est élevée chez les HSH avec une progression de 56 % en 3 ans. Diagnostiquée précocement, la syphilis relève d'un traitement antibiotique simple ; en l'absence de traitement précoce, la syphilis génitale peut s'étendre à d'autres organes et son traitement est alors plus complexe. Les co-infections VIH/IST sont fréquentes (14,6 %, 26,5 % chez les HSH)²⁰, principalement les co-infections VIH/syphilis. Par ailleurs, les IST bactériennes et particulièrement la syphilis, augmentent le risque de transmission sexuelle du VIH. Le risque de transmission sexuelle des IST bactériennes est très élevé, justifiant un traitement immédiat systématique du(des) partenaire(s) en cas de chlamydie et/ou de gonococcie.

¹⁶ Santé Publique France. Epidémie d'hépatite A en France et en Europe - Point de situation au 13 novembre 2017. <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr./layout/set/print/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatitis-virales/Hepatitis-A/Points-d-actualite/Epidemie-d-hepatite-A-en-France-et-en-Europe-Point-de-situation-au-13-novembre-2017>

¹⁷ WHO: Baseline report on global sexually transmitted infection surveillance 2012.

¹⁸ Ndeikoundam N, Viriot D, Fournet N, De Barbeyrac B, Goubard A, Dupin N, et al. Les infections sexuellement transmissibles bactériennes en France : situation en 2015 et évolutions récentes. Bull Epidémiol Hebd. 2016;(41-42):738-44. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/41-42/2016_41-42_1.html

¹⁹ La Ruhe G, Le Strat Y, Fromage M, Berçot B, Goubard A, de Barbeyrac B, et al. Incidence of gonococcal and chlamydial infections and coverage of two laboratory surveillance networks, France, 2012. Euro Surveill. 2015;20(32):6-15.

²⁰ Lot F, Cazein F, Pillonel J, Ndeikoundam N. Co-infections par les IST lors de la découverte de la séropositivité VIH, France, 2012-2016. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(29-30):596-600. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/29-30/2017_29-30_1.html

Les infections à papillomavirus humain (HPV, dont il existe plus de 40 types) sont les plus fréquentes des IST, et plus de 70 % des hommes et des femmes s'infectent par les HPV au cours de leur vie. L'infection est le plus souvent inapparente, mais peut être à l'origine de condylomes génitaux, lésions cutanéomuqueuses bénignes mais parfois invalidantes, observées chaque année chez environ 50 000 à 100 000 personnes en France selon les estimations^{21,22}. L'infection par HPV est le plus souvent transitoire ; toutefois, chez un petit nombre de patients, la persistance d'une infection par un HPV de type oncogène expose à la survenue, souvent plusieurs décennies après l'infection, de divers types de cancer, en particulier le cancer du col utérin chez la femme (32 000 à 62 000 cas de lésions précancéreuses selon certaines estimations²³, et 2800 cas de cancer et plus de 1 000 décès par an), le cancer anal (environ 1 000 cas par an), ainsi que d'autres cancers génitaux (pénis, vulve et vagin), et des cancers de la sphère oto-rhino-laryngologique. Il n'existe pas de traitement curatif de l'infection par HPV. Plusieurs vaccins sont disponibles mais la couverture vaccinale est très insuffisante en France. Seules les jeunes filles sont éligibles à l'offre de vaccination et 14 % seulement des jeunes filles de 16 ans ont reçu un schéma vaccinal complet en 2015, contrairement à ce qui est observé dans de nombreux autres États à haut niveau de ressources. Enfin, il n'existe pas de technique simple de dépistage d'une infection persistante par un HPV qui permettrait d'organiser un suivi adapté aux personnes à risque de cancer ; seuls les dépistages des lésions dysplasiques et du cancer du col chez la femme et, plus difficilement, celui du cancer anal chez le HSH sont recommandés.

1.2. LE DÉPISTAGE DES IST, UN OUTIL IMPARFAITEMENT DÉPLOYÉ ET INSUFFISAMMENT DIVERSIFIÉ

1.2.1. UN DÉPISTAGE IMPARFAITEMENT DÉPLOYÉ

1.2.1.1. Les indicateurs d'efficacité en santé publique du dépistage de l'infection par le VIH

128 500 personnes étaient déclarées infectées par le VIH en 2013²⁴. Cependant, le nombre total de personnes infectées était estimé à 153 000. Le nombre de personnes infectées mais non dépistées, et donc susceptibles de transmettre le VIH, était estimé à 24 500, en diminution faible par rapport aux données de 2010 (28 300). Or ces personnes sont à l'origine des 2/3 environ des nouvelles infections. Ceci traduit l'insuffisance de la stratégie de dépistage du VIH. En outre, le nombre de nouveaux diagnostics annuels en 2013 (environ 6 000) reste inférieur à celui des nouvelles infections (estimé à environ 7 100). Le nombre de nouveaux diagnostics annuels est donc insuffisant à faire diminuer la taille de la population qui ignore son infection et ne permet pas d'infléchir la dynamique de l'épidémie. Pourtant, 5,4 millions de sérologies VIH ont été effectuées en 2016.

Le délai entre l'infection et le diagnostic est trop long (médiane > 3 ans) et 29 % des patients sont diagnostiqués à un stade avancé de la maladie (stade sida ou taux de CD4 <

²¹ Aubin F et al. Ann. Dermatol. Vénérologie 2011;138:A74–A75.

²² Estimation of the epidemiological burden of HPV-related anogenital cancers, precancerous lesions, and genital warts in women and men in Europe: Potential additional benefit of a nine-valent second generation HPV vaccine compared to first generation HPV vaccines. Susanne Hartwig, Jean-Jacques Baldauf, Géraldine Dominiak-Felden, et al. Papillomavirus research 2015;1,90-100 and supplementary material available online.

²³ *Ibid.*

²⁴ Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, recommandations du groupe d'experts sous la direction du Pr Philippe Morlat : épidémiologie de l'infection à VIH en France. *Op. cit.*

200/mm³). Ces chiffres ne diminuent pas avec le temps ; les patients diagnostiqués tardivement courent des risques de complication plus élevés que ceux qui sont diagnostiqués précocement.

Pour prendre en compte ces insuffisances, la stratégie de dépistage de l'infection VIH a été revue en 2017 par la Haute autorité de santé (HAS)²⁵ qui recommande dorénavant que la priorité soit accordée au dépistage répété de l'infection en direction des populations les plus exposées que sont les HSH et les migrants. Les modélisations montrent, en effet, qu'une augmentation importante du taux de dépistage VIH chez les HSH est nécessaire pour ramener l'incidence de l'infection à celle observée dans la population hétérosexuelle²⁶.

1.2.1.2. Peu de données précises sont disponibles en ce qui concerne le dépistage des autres IST

On peut cependant relever les points suivants :

- Environ 280 000 personnes sont porteuses chroniques de l'antigène HBs, mais 55 % d'entre elles ignorent leur statut, ce qui souligne l'importance d'améliorer le dépistage, d'autant qu'un dépistage négatif est l'occasion de proposer une vaccination contre le VHB. Comme dans le cas du VIH, la fréquence des diagnostics tardifs est soulignée.
- En ce qui concerne les IST bactériennes, l'augmentation importante de leur incidence, leur transmissibilité élevée et leur caractère souvent asymptomatique, l'existence de traitements efficaces et les risques à long terme que certaines font courir, en particulier dans le domaine de la fertilité, militent pour une amélioration du dispositif de dépistage. Ainsi, les recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) concernant le dépistage des infections à chlamydia datent de 2003²⁷ et n'ont pas empêché une augmentation régulière de la fréquence de ces infections. Elles préconisaient un dépistage systématique opportuniste, préférentiellement chez les femmes de moins de 25 ans et les hommes de moins de 30 ans, dans les centres de dépistage. L'évaluation de leur mise en œuvre est en cours par la HAS, ainsi que l'opportunité d'une recommandation ciblant davantage les populations les plus exposées au risque de contamination. Dans d'autres pays qui ont procédé à une actualisation de leurs recommandations, l'importance de la notification au partenaire est soulignée et une étude médico-économique conclut qu'une augmentation du rapport coût/efficacité du dépistage des infections à chlamydia pourrait reposer davantage sur l'amélioration de la notification au partenaire que sur l'augmentation du taux de couverture du dépistage²⁸.

1.2.2. DES TECHNIQUES DE DÉPISTAGE INSUFFISAMMENT DIVERSIFIÉES

Le dépistage des IST est basé sur la sérologie pratiquée dans le sang pour le VIH, la syphilis et les hépatites, et sur les tests d'amplification génique (PCR) pour le gonocoque et *chlamydia trachomatis*, pratiqués au niveau de différents sites (gorge, urines, vagin, anus). Les centres de dépistage donnent accès à ces dépistages de façon identifiée ou anonyme. Depuis quelques années, la constatation des inadaptations des conditions de dépistage au

²⁵ Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France - Synthèse, conclusions et recommandations HAS 2017.

²⁶ Phillips A, Cambiano V, Miners A et al. Potential impact on HIV incidence of higher HIV testing rates and earlier antiretroviral therapy initiation in MSM. AIDS 2015;29:1855-1862.

²⁷ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Évaluation du dépistage des infections uro-génitales basses à Chlamydia trachomatis en France. Recommandation en santé publique. Paris: ANAES. 2003.

²⁸ Turner K, Adams E, Grant A, Macleod J, Bell G, Clarke J, et al. Costs and cost effectiveness of different strategies for chlamydia screening and partner notification: an economic and mathematical modelling study. BMJ 2011;342:c7250.

regard des désirs et contraintes de certaines populations concernées a conduit à proposer des alternatives aux sérologies VIH et VHC prescrites médicalement et pratiquées en laboratoire hospitalier ou de ville.

Les TROD permettent d'organiser les dépistages à proximité des personnes les plus exposées, de remettre les résultats à la personne testée en quelques minutes et de renouveler la démarche sans difficultés. Ils peuvent être assurés par des personnels associatifs formés et habilités. Cette technique pourrait être également disponible prochainement pour le VHB et les germes de certaines IST bactériennes. Les TROD VIH restent cependant 100 fois moins utilisés que les sérologies classiques³²⁹ alors que leur taux de positivité est quatre fois plus élevé (8,7 ‰ versus 1,9 ‰).

Les autotests VIH, dont la technique est identique à celle des TROD et qui sont réalisables directement par les personnes concernées, sont un peu plus utilisés que les TROD. Mais aucune donnée relative à la prévalence d'autotests positifs n'est disponible. D'autres pays ont adopté des techniques d'auto-prélèvement simultané pour plusieurs IST : le prélèvement est réalisé au domicile puis adressé au laboratoire, qui renverra le résultat à la personne ayant réalisé l'auto-prélèvement ; mais ces techniques restent expérimentales en France.

Au total, la diversification des outils de dépistage est utile pour étendre la couverture du dépistage des IST, mais elle reste aujourd'hui insuffisamment mise en œuvre pour répondre à la diversité des populations ciblées.

L'insuffisance constatée du dépistage des IST, en ce qui concerne le nombre de personnes dépistées et la précocité du dépistage, conduit à une révision des stratégies qui évoluent vers une priorité plus grande accordée aux populations les plus exposées, ainsi qu'à une diversification des outils, qui tardent à être mises en place par les pouvoirs publics.

1.3. L'ÉVOLUTION HISTORIQUE ET JURIDIQUE DE LA DÉCLARATION OBLIGATOIRE DU PATIENT ET DE LA RECHERCHE DES PARTENAIRES

La réglementation relative à la déclaration par un tiers, essentiellement le médecin, d'une IST chez une personne est issue historiquement d'un double mouvement : celui d'une attention croissante portée à la déclaration obligatoire (DO) des maladies infectieuses, et celui visant la réglementation de l'activité des personnes prostituées qui, s'il n'était pas dénué de considérations morales, avait à son origine une forte dimension prophylactique.

La genèse de la loi de 1942 : aux origines d'une politique centrée sur le contrôle de la prostitution officielle et sur la déclaration obligatoire des maladies infectieuses

La surveillance institutionnalisée de ce qui était appelé alors « maladies vénériennes » chez les travailleuses du sexe fait l'objet d'un arrêté dès 1802 à Paris³⁰, dont les mesures sont reprises rapidement sur l'ensemble du territoire. Cet arrêté met en place une visite médicale mensuelle obligatoire pour toutes les femmes prostituées pour lutter contre la syphilis. Si, en 1892, une loi instaure une déclaration obligatoire des maladies infectieuses à l'aide de lettres cachetées censées préserver l'anonymat de la personne déclarée comme porteuse de la maladie, les IST ne sont pas de prime abord concernées, et l'essentiel de la prophylaxie à leur rencontre dépend toujours du régime relatif au système prostitutionnel³¹. Il s'agit néanmoins d'une avancée législative qui place la DO dans un contexte de prévention sanitaire et non de délation, avec l'idée de bâtir une épidémiologie plus à propos. La Société de prophylaxies sanitaire et morale consacre cette méthode de

²⁹ Cazein F, Le Strat F, Sarr A, Ramus C, Bouche N, Combaroure JC, *et al.* Dépistage de l'infection par le VIH en France en 2016. *Op. cit.*

³⁰ Arrêté du 12 ventôse an X (3 mars 1802).

³¹ Antoniotti S *et al.*, « Déclaration obligatoire des maladies infectieuses. Des maladies « pestilentielles » aux maladies émergentes », Santé publique 2002/2 (Vol.14).

lutte contre les maladies vénériennes et son influence aboutit au décret du 29 novembre 1939³², relatif à la prophylaxie des maladies vénériennes. C'est un premier pas vers le rapprochement entre la législation des IST et celle des maladies infectieuses, mais la déclaration de l'infection est laissée à l'appréciation du médecin, dans une reproduction de ce qui avait cours vis-à-vis de la prostitution. Les deux systèmes sont finalement alignés avec la loi du 31 décembre 1942, qui rend obligatoire le traitement de toute personne atteinte de quatre IST : la syphilis, la gonorrhée, la chancelle et la maladie de Nicolas Favre.

La loi du 31 décembre 1942 est fondamentale dans la législation sur les IST et autres maladies infectieuses.³³ Elle rend obligatoire la déclaration de ces pathologies de façon anonyme, c'est-à-dire simple, ou nominale, dans le cas où la personne dépistée refuse de se soigner, si cette dernière se prostitue et de façon plus générale si le médecin estime que « par sa profession ou son genre de vie le malade fait courir à un ou plusieurs tiers un risque grave de transmission. » Cette loi instaure également une recherche de « la personne contaminatrice », et, en cas d'identification sans traitement, le médecin doit transmettre à l'autorité sanitaire le nom de celui ou celle ayant été désigné comme contaminateur probable. Elle peut alors décider d'une hospitalisation d'urgence de cette personne. Il y a donc une distinction légale claire entre la déclaration obligatoire, relative au patient, et la dénonciation de ceux perçus comme agents contaminant.

Les dispositions visant spécifiquement les prostituées sont supprimées avec le vote de la loi dite Marthe Richard du 13 avril 1946 qui interdit les maisons closes. Néanmoins, la création d'un fichier sanitaire et social de la prostitution en avril 1946 recrée des conditions similaires à ce qui était préalablement en vigueur.³⁴ Et les maisons closes continuent à exister dans les colonies, ce qui empêche la ratification par la France de la Convention pour la répression et l'abolition de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui du 2 décembre 1949 jusqu'en 1960. A partir de cette date, toutes les mesures spécifiques aux prostituées vis-à-vis des IST disparaissent³⁵. Une ordonnance et un décret du 25 novembre 1960 reprennent les dispositions des lois de 1942 sur la déclaration obligatoires³⁶. La déclaration nominative continue à être en vigueur en cas de refus de traitement ou si le médecin l'estime nécessaire pour éviter un risque grave de contagion.

L'apparition du VIH bouleverse la législation relative à la DO. Un décret datant de 1986³⁷ crée une nouvelle liste de maladies dont la déclaration est obligatoire et qui contient le syndrome immunodéficient acquis. La DO devient clairement un instrument d'évaluation, et non d'intervention. En 1999, la loi relative au renforcement de la veille sanitaire est votée, qui distingue deux types de maladies infectieuses à déclaration obligatoire : celles qui continuent de relever de l'envoi de données individuelles sans mention de nom, et celles qui, ce qui est une nouveauté, doivent faire l'objet d'une déclaration obligatoire pouvant permettre de remonter jusqu'à la personne concernée. Le VIH, à tout stade, ainsi que l'infection aiguë symptomatique au VHB entrent dans la seconde catégorie.³⁸ Les problématiques dues au respect du secret et de l'anonymat, particulièrement importantes

³² Décret du 29 novembre 1939 relatif à la prophylaxie des maladies vénériennes.

³³ Loi du 31 décembre relative à la prophylaxie et à la lutte contre les maladies vénériennes.

³⁴ Brunet J-B, « Evolution de la législation française sur les maladies sexuellement transmissibles », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 1990.

³⁵ *Ibid.*

³⁶ Articles L257 et L259 du code de la santé publique.

³⁷ Décret n° 86-770 du 10 juin 1986 fixant la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire.

³⁸ Antoniotti S et al., « Déclaration obligatoire des maladies infectieuses. Des maladies 'pestilentielles' aux maladies émergentes », *op. cit.*

dans le cas du VIH, ont finalement donné lieu à une évolution en 2000 qui aboutit au chiffrement des données personnelles afin de rendre anonyme les données³⁹.

Il apparaît donc que les méthodes de recherche de la personne contaminatrice instituées au milieu du XX^e siècle diffèrent totalement de la déclaration obligatoire dans sa logique actuelle comme de la notification au partenaire tel qu'envisagée par le présent Avis sous la forme d'une démarche volontaire du patient au cours de laquelle les acteurs du système de santé lui propose une aide et un accompagnement, dans un cadre éthique compatible avec les missions de soins et la protection du secret médical et de la confidentialité.

2. LA PLACE DE LA NFP DANS LA LUTTE CONTRE LES IST

La notification formalisée au(x) partenaire(s) (NFP) désigne l'ensemble des démarches qui, à la suite d'un diagnostic d'IST (dont l'infection par le VIH et les hépatites), visent à informer le(s) partenaire(s) sexuel(s) du patient du fait qu'ils ont été exposés à un risque de transmission de l'agent infectieux concerné et à les inciter à consulter pour bénéficier d'un dépistage, de conseils et le cas échéant d'une prise en charge médicale appropriée.

Il n'existe pas de dispositif encadrant la pratique de notification au(x) partenaire(s) en France.

2.1. UN OUTIL DIAGNOSTIQUE UTILE À LA SANTÉ DES PATIENTS

La fréquence élevée, la gravité potentielle et le caractère souvent a- ou pauci-symptomatique de nombreuses IST justifient de proposer systématiquement le dépistage du(des) partenaire(s) sexuel(s) des patients infectés. Ceci conduit souvent à diagnostiquer et à traiter des infections méconnues chez le(s) partenaire(s), et parfois à éviter la réinfection par son partenaire du sujet index traité. La précocité du diagnostic et du traitement permet d'éviter l'évolution d'infections méconnues vers des complications et de nouveaux cas incidents.

2.2. UN OUTIL DE PRÉVENTION UTILE ET EFFICACE EN SANTÉ PUBLIQUE

Le dépistage du(des) partenaire(s) sexuel(s) est utile à la maîtrise des épidémies d'IST. En cas de positivité, il contribue à interrompre la chaîne de transmission vers d'autres partenaires éventuels grâce au counseling portant sur la protection contre les risques d'IST en général, et au traitement. Il a été établi qu'une personne qui se sait infectée diminue souvent ses pratiques sexuelles à risque. En cas de négativité, la remise du résultat reste une occasion de counseling et d'offre de vaccination, en particulier pour les personnes en situation de fragilité, éloignées du système de soins ou ayant des pratiques sexuelles à risque élevé d'IST (HSH et multipartenariat notamment).

Alors que les stratégies visant à améliorer la couverture du dépistage des IST s'orientent vers le ciblage des populations les plus exposées au risque de contamination (cf. *supra*), le tableau ci-dessous montre que la notification aux partenaires représente une stratégie de dépistage ultra-ciblée, c'est-à-dire dont l'efficacité serait la plus forte, et qu'elle est la stratégie de dépistage de l'infection VIH la plus efficace dans les pays où elle est mise en œuvre. La fréquence du dépistage positif des partenaires de patients atteints d'infection à *C. trachomatis* est également indiquée, comme élément de comparaison.

³⁹ Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie Législative du code de la santé publique. Décret n°2001-437 du 16 mai 2001 fixant les modalités de transmission à l'autorité sanitaire de données individuelles concernant les maladies visées à l'article L3113-1 du code de la santé publique et modifiant les articles R11-2 et R11-3 du code de la santé publique.

Dispositif de dépistage VIH	Nb de tests réalisés (2016)	Proportion de tests positifs
Généraliste sérologies nominatives (Santé Publique France)	≈ 5,13 M	0,19 %
Spécifique sérologies anonymes	≈ 300 000	0,36 %
Ciblé TROD communautaires	≈ 56 339	0,87 %
Ultra-ciblé Notification au(x) partenaire(s) (données de la littérature ^{40,41})	<i>Non mis en œuvre en France</i>	12-86 %*
C. trachomatis Dépistage systématique chez le(s) partenaire(s)		69 %⁴²

*Données colligées dans la littérature à partir de 17 articles

2.3. MODALITÉS ET ORGANISATION DE LA NFP

Dans les systèmes de santé où elle est promue et mise en œuvre, cette activité est en règle générale décrite comme intégrée dans une offre spécifique de services aux partenaires comportant également une activité de counseling et de dépistage, requérant des locaux, un personnel formé exerçant dans le cadre d'établissements publics ou parfois d'associations, et du matériel. Deux niveaux d'accompagnement du patient diagnostiqué dans la démarche volontaire de notification sont décrits⁴³ :

- Notification par le patient (qualifiée également de « passive »⁴⁴) : la notification est assurée par le patient diagnostiqué, le personnel de santé lui fournissant les informations, outils et conseils utiles à sa démarche :
 - informations concernant la pathologie et sa transmissibilité, le niveau d'antériorité chronologique auquel remonter pour rechercher des relations à risque infectieux, les différentes modalités de notification, anonyme ou nominative et l'outil de notification retenu par le patient (échange direct, message, courriel, plateforme internet) ;
 - supports susceptibles d'être utilisés, adaptés à la modalité de notification choisie ;
 - accès à une éventuelle plateforme internet de notification installée à cet effet dans le service de soins ou accessible depuis l'extérieur. Ces plateformes proposent l'envoi, anonyme ou nominatif, d'un SMS ou d'un e-mail, informant les partenaires d'une exposition possible et leur proposant de se faire dépister. Les sites sont censés ne pas

⁴⁰ Dalal S, Johnson C, Fonner V, et al. Improving HIV test uptake and case finding with assisted partner notification services. *AIDS* 2017, 31:1867-1876.

⁴¹ Hogben M, McNally T, McPheeters M, et al. The Effectiveness of HIV Partner Counseling and Referral Services in Increasing Identification of HIV Positive Individuals: A Systematic Review *Am J Prev Med* 2007;33(2S):S89-S100.

⁴² Quinn T, Gaydos C, Shepherd M et al. Epidemiologic and Microbiologic Correlates of Chlamydia trachomatis Infection in Sexual Partnerships. *JAMA* 1996;276,1737-1742.

⁴³ World Health Organization. Global analysis of policies on partner notification. Annex to Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2016.

⁴⁴ Dans la terminologie anglo-saxonne, la notification par le patient est généralement décrite par les termes *passive notification* ou *partner referral*.

conserver les données personnelles du patient et de son/ses partenaire(s) après la notification. Il en existe plusieurs applications sur le web, dont aucune n'est aujourd'hui disponible en France⁴⁵. Leur évaluation montre que, si elles suscitent l'intérêt potentiel des utilisateurs⁴⁶, leur utilisation reste peu fréquente ; elles sont surtout prisées des personnes ayant de multiples partenaires, et considérées comme des compléments à la démarche classique de notification, en particulier pour certaines infections (chlamydia et gonocoque) et pour des partenaires injoignables par les autres méthodes.

- Notification par un professionnel de santé ou un autre intervenant dans le système de santé (qualifiée également d'« active » ou d'assistée⁴⁷) : l'intervenant est directement impliqué dans la notification ; il recherche et contacte lui-même les partenaires, les informe du risque qu'ils soient atteints d'une IST en raison de relations sexuelles avec un partenaire infecté, et leur propose un dépistage volontaire. Cette démarche du professionnel ou de l'accompagnant associatif est envisagée d'emblée ou parfois secondairement en cas d'échec d'une tentative de notification par le patient. L'information du(des) partenaire(s) peut également être assurée conjointement par le patient et le professionnel de santé ou l'accompagnant associatif.

2.4. ANALYSE DE L'ACCEPTABILITÉ DE LA NFP

2.4.1. Par les patients

Dans les études réalisées au niveau international^{48,49}, la majorité des patients s'est montrée favorable à la notification au partenaire, bien que le nombre de personnes déclarant qu'elles la feraient soit plus élevé que le nombre de personnes qui la font dans la situation réelle. Une étude du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) a identifié que, globalement, les patients perçoivent la notification comme une démarche « juste » et considèrent qu'informer leur(s) partenaire(s) relève de leur responsabilité. Cette approche responsable et bienveillante peut être modulée selon le type de relation avec le partenaire. Selon certaines études, la notification est rapportée comme fréquente en direction du partenaire principal, mais moins concernant les partenaires occasionnels.⁵⁰ Une étude réalisée chez des HSH à risque élevé de transmission rapporte inversement une notification plus fréquente en direction des partenaires occasionnels que du partenaire principal⁵¹. Pour les ex-partenaires réguliers, l'implication dépend beaucoup des conditions de la séparation : plus celle-ci est douloureuse voire violente, moins le patient est prêt à procéder à une notification. De manière générale, la disposition et la capacité des patients à s'engager dans

⁴⁵ A titre d'exemples, les applications *Partneralert* (Belgique, <https://www.partneralert.be/F/>), *CheckOut* (Checkpoint LX Lisbonne, Portugal, <http://www.checkpointlx.com/checkout>), *Let Them Know* (Australie, <http://www.letthemknow.org.au/>), *Partner Waarschuwing* (Pays-Bas, <https://partnerwaarschuwing.nl/>).

⁴⁶ Gilbert M, Wong S, Salway Hottes T. Acceptability of online resources for STI partner notification: who would use what in the toolkit. World STI & HIV Congress 2015, Brisbane, Australia, Sept 13-16, 2015.

⁴⁷ La terminologie anglo-saxonne utilise les termes *active* ou *assisted notification*, ou encore *provider referral*.

⁴⁸ Passin W, Kim A, Hutchinson A et al. A Systematic Review of HIV Partner Counseling and Referral Services: Client and Provider Attitudes, Preferences, Practices, and Experiences. *Sexually transmitted Diseases*, May 2006, Volume 33 No. 5, p. 320-328.

⁴⁹ European Centre for Disease Prevention and Control: "Public health benefits of partner notification for sexually transmitted infections and HIV". Stockholm: ECDC; 2013.

⁵⁰ Etudes citées dans European Centre for Disease Prevention and Control: "Public health benefits of partner notification for sexually transmitted infections and HIV", *op.cit.*

⁵¹ Suzan-Monti M, Cotte L, Fressard L et al. Factors associated to partner notification of sexually transmitted infections in men who have sex with men on PrEP in France: a cross-sectional sub-study of the ANRS IPERGAY trial. *Sexually transmitted Diseases*. *In press*.

la démarche de notification est tributaire des contextes sociaux dans lesquels la relation considérée s'inscrit pour le patient comme pour le partenaire. A titre d'exemple, une relation avec un partenaire occasionnel n'a pas le même statut dans un contexte où les partenaires sont des HSH engagés chacun dans des relations avec un nombre élevé de partenaires que s'il s'agit de partenaires entretenant une relation de couple réputée exclusive. Dans le cadre de relations hétérosexuelles, les inégalités sociales de genre continuent de nourrir des représentations sociales différentielles concernant les comportements sexuels et relationnels.

Les craintes de rumeurs, ou d'être stigmatisé comme porteur d'une l'infection par les partenaires et les pairs, peuvent freiner l'adhésion des patients à la démarche, en particulier au sein de populations vulnérables au risque d'infection. Les études rapportent également que la crainte que la notification entraîne une rupture ou des violences de la part du(des) partenaire(s) représente un obstacle très sérieux à la notification, au moins nominative, au partenaire. Les violences liées à la notification sont toutefois rapportées comme rares dans la littérature^{52,53}. Cependant, ces craintes exprimées doivent être prises en compte dans l'accompagnement de la démarche des patients, et apportent des éléments en faveur de l'option d'une notification anonyme lorsqu'elle est possible, alors même qu'est rapportée une meilleure prise en compte par le partenaire d'une notification nominative que d'une notification anonyme.

2.4.2. Par les partenaires

Les partenaires interrogés privilégient une notification nominative L'efficacité de la démarche auprès des partenaires est très variable selon les pays et les circonstances. Concernant le VIH, un à deux partenaires en moyenne sont notifiés par patient⁵⁴. Les données de la littérature^{55,56} rapportent que, selon les études, 7 à 97% des partenaires notifiés par des professionnels de santé se font dépister à la suite de la notification. Les taux rapportés sont de 2 à 65% en cas de notification par le patient, constamment plus faibles, dans les études comparatives, que ceux observés en cas de notification par des professionnels de santé. La grande dispersion des niveaux d'efficacité reflète l'hétérogénéité des études en termes d'année et de lieu de réalisation, de nature des populations étudiées et de leur niveau de risque d'IST, ainsi que du type d'IST pris en compte (en particulier VIH ou pas). L'évaluation de l'efficacité en santé publique d'une démarche de notification formalisée au partenaire devrait inclure la cascade de notification présentée *infra* à la section 2.5.1.

2.4.3. Par les professionnels de santé et les autres intervenants dans le système de santé

Les attitudes des professionnels de santé restent les moins évaluées. Selon le rapport de l'ECDC⁵⁷ déjà cité, les professionnels de santé perçoivent l'intérêt de la démarche en termes de santé publique, et mettent en avant des motifs de compétence, de disponibilité et de

⁵² Dalal S, Johnson C, Fonner V, et al. Improving HIV test uptake and case finding with assisted partner notification services. *Op. cit.*

⁵³ Cherutih P, Golden MR, Wamuti B, et al. Assisted partner services for HIV in Kenya: A cluster randomized clinical trial. *Lancet HIV* 2017;4:e74-e82.

⁵⁴ Dalal S, Johnson C, Fonner V, et al. Improving HIV test uptake and case finding with assisted partner notification services. *Op. cit.*

⁵⁵ *Ibid.*

⁵⁶ Hogben M, McNally T, McPheeters M, et al. The Effectiveness of HIV Partner Counseling and Referral Services in Increasing Identification of HIVPositive Individuals : A Systematic Review. *Op. cit.*

⁵⁷ European Centre for Disease Prevention and Control: "Public health benefits of partner notification for sexually transmitted infections and HIV". *Op. cit.*

financement comme limites à la pratique de notification au partenaire. Ces observations font penser que la formalisation d'une offre de NFP est susceptible d'en augmenter le niveau d'acceptabilité.

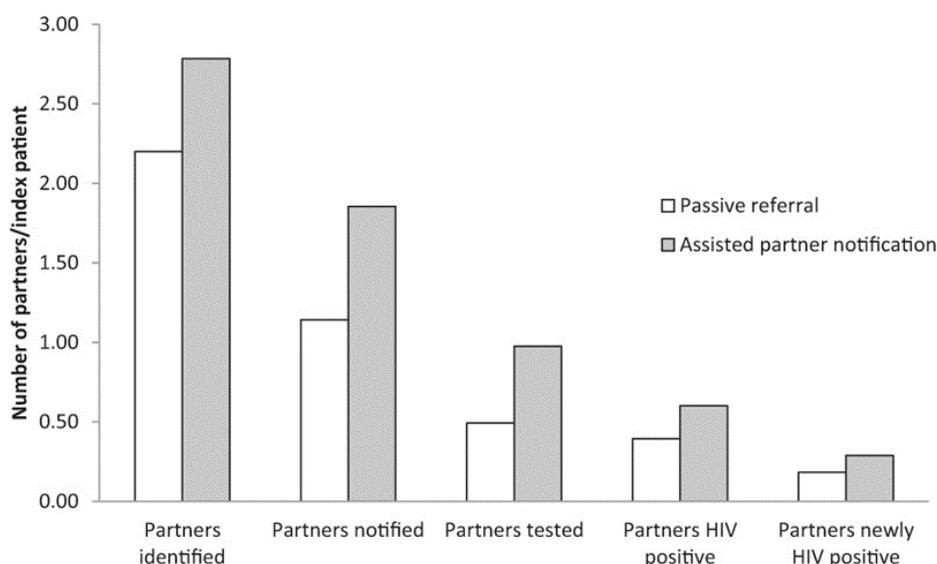
Dans les auditions menées par le CNS auprès des professionnels de santé et du milieu associatif, l'intérêt des interlocuteurs pour la mise en place d'une organisation de la notification au partenaire a été régulièrement exprimé.

2.5. ANALYSE DE L'EFFICACITÉ ET DU RAPPORT COÛT-EFFICACITÉ DE LA NFP

2.5.1. Analyse de l'efficacité

De façon générale, et comme précisé dans le tableau présenté en section 2.2, l'efficacité de la démarche de notification, mesurée par le pourcentage de dépistages positifs parmi les partenaires dépistés est de 12 à 86 %, donc nettement plus élevé que dans le cadre des autres modalités de dépistage. Une revue récente⁵⁸, fondée sur une méta-analyse, a comparé l'efficacité des deux formes de notification dans l'infection par le VIH et a montré que la proportion de partenaires dépistés positifs était significativement plus élevée (x1,5) lorsque la notification était effectuée par le personnel de santé (*assisted partner notification* ou *active referral*) que lorsqu'elle était effectuée par le patient (*passive referral*). La cascade de notification, issue de la même revue et reproduite ci-dessous, renseigne chaque étape de la démarche conduisant à l'identification de nouveaux patients infectés par le VIH à partir de la compilation de cinq études. Elle montre la perte de puissance de la démarche à chaque étape, selon les deux modalités de notification.

⁵⁸ Dalal S, Johnson C, Fonner V, et al. Improving HIV test uptake and case finding with assisted partner notification services. *Op. cit.*

Cascade de notification à partir de cinq études présentant des données à chaque étape⁵⁹**2.5.2. Analyse du rapport coût-efficacité**

Une telle analyse est susceptible de conduire à des résultats différents selon les éléments du contexte dans lequel la notification est organisée (caractéristiques du système de santé, organisation du cadre de notification formalisée, populations concernées, fréquence et type d'infections en cause). De façon générale, diverses études, réalisées aux États-Unis⁶⁰ au Japon⁶¹, en Europe⁶², au Kenya⁶³ et au Malawi⁶⁴, concluent que la notification formalisée au partenaire peut être coût-efficace, y compris dans le cas d'autres infections que l'infection par le VIH⁶⁵. De telles études restent à conduire en France dans un cadre organisé de notification au partenaire.

3. RECOMMANDATIONS ET MISE EN ŒUVRE DE DISPOSITIFS DE NFP DANS DIFFÉRENTS PAYS**3.1. LES RECOMMANDATIONS DES ORGANISATIONS EUROPÉENNES ET INTERNATIONALES**

Les recommandations européennes et internationales concernant la notification aux partenaires font état de la triple nécessité de l'accord du patient index, de la confidentialité

⁵⁹ *Ibid.*

⁶⁰ Lin F, Farnham P, Shrestha R, et al. Cost Effectiveness of HIV Prevention Interventions in the U.S. *Am J Prev Med* 2016;50(6):699-708.

⁶¹ Rahman M, Fukui T, Asai A, et al. Cost-effectiveness analysis of partner notification program for human immunodeficiency virus in Japan. *J. Epidemiol.* 1998;8:1233-128.

⁶² Nichols B, Götz H, Van Gorp C, et al. Partner notification for reduction of HIV-1 transmission and related costs among men who have sex with men: A mathematical modeling study. *PloS One* 2015;10(11):e0142576.

⁶³ Sharma M, Smith JA, Farquhar C, et al. Assisted partner notification services are cost-effective for decreasing HIV burden in western Kenya: A mathematical modeling analysis. *AIDS*. 2017 Nov 10. [Epub ahead of print]

⁶⁴ Rutstein SE, Brown LB, Biddle AK, Wheeler SB, Kamanga G, Mmodzi P, et al. Cost-effectiveness of provider-based HIV partner notification in urban Malawi. *Health Policy Plan.* 2014;29(1):115-26.

⁶⁵ Turner K, Adams E, Grant A, et al. Costs and cost effectiveness of different strategies for chlamydia screening and partner notification: an economic and mathematical modelling study. *BMJ* 2010;341:c7250.

de la notification ainsi que du soutien nécessaire à ce dernier pour que la démarche de notification soit effectuée dans les meilleures conditions.

Dès 1989, le comité des ministres aux Etats membres du Conseil de l'Europe dans le cadre de ses travaux sur les incidences éthiques de l'infection VIH dans le cadre sanitaire et social a examiné la question de la notification aux partenaires⁶⁶. L'accompagnement des patients par le personnel de santé pour les aider à comprendre leur responsabilité vis-à-vis de leur partenaire est alors considérée comme essentiel. Il est recommandé que la notification aux partenaires soit faite avec l'accord du patient index selon des procédures de consultation, dans le respect des codes nationaux d'éthique médicale existants. Des réglementations pourraient toutefois être envisagées en cas de refus du patient de coopérer à la notification d'une personne connue du médecin. La mise en place d'une notification confidentielle par des tiers sans identification du patient index est également envisagée.

Les recommandations 2006 de l'ONUSIDA sur le VIH/sida et les droits des personnes prônent la possibilité, mais non l'obligation, pour les médecins de notifier aux partenaires d'un patient index leur exposition à une IST sur la base de critères stricts. Ainsi, ce n'est possible que si le patient index a refusé de notifier ses partenaires, que ces derniers sont exposés à un risque sérieux de contamination, que ce patient index a été dûment conseillé quant à ses responsabilités et aux risques encourus par ses partenaires et que son comportement suite à cela n'a pas changé. Il faut en outre qu'il soit informé raisonnablement à l'avance de la notification et que son identité soit cachée, si cela est possible. La mise en place d'une aide pour l'ensemble des personnes concernées est également conseillée.

L'Organisation mondiale de la santé⁶⁷ a émis en 2016 une recommandation forte en faveur d'une offre de dispositif de notification au(x) partenaire(s) des patients infectés par le VIH. Elle relève que 66 pays ont mis en place une politique publique de notification, qui ne semble effectivement à l'œuvre que dans vingt pays. Elle rappelle son hostilité à toute forme de notification obligatoire, telle qu'il en existe dans 21 pays et recommande la mise en place de services de notification assistée du partenaire fondés sur la participation volontaire dans le cadre d'un ensemble complet de services de dépistage et de soins pour les personnes vivant avec le VIH. Pour elle, le consentement exprès du patient index ainsi que la confidentialité sont primordiales, de même qu'une discussion avec lui des conséquences potentiellement dommageables de la notification – même si elle insiste sur le caractère rare, d'après la littérature, de ces dernières. Elle propose également de consigner les tentatives de notification des partenaires, le recours au dépistage du VIH, les résultats des tests et l'orientation vers les soins des partenaires dans les dossiers sur les patients index.

En Europe, l'ECDC a publié un rapport technique en 2013⁶⁸ qui relève que seuls cinq pays européens disposent d'un personnel dédié et/ou d'une formation à cette activité. La notification par le patient est la plus utilisée. Les obstacles décrits à l'activité de notification sont l'absence de financement de cette activité, l'absence de formation et de temps disponible (en particulier dans le contexte de la médecine générale). Le rapport souligne la nécessité d'adapter les techniques de notification aux populations ciblées. Par ailleurs, des

⁶⁶ Recommandation n° R(89) 14 du comité des ministres aux Etats membres sur les incidences éthiques de l'infection VIH dans le cadre sanitaire et social, 24 octobre 1989.

⁶⁷ Organisation Mondiale de la Santé, Note d'orientation aux services de dépistage du VIH, décembre 2016.

⁶⁸ European Centre for Disease Prevention and Control: "Public health benefits of partner notification for sexually transmitted infections and HIV". *Op. cit.*

recommandations pour la prise en charge des partenaires de personnes atteintes d'IST ont été émises par une société savante européenne de dermatologie⁶⁹.

3.2. SITUATION DANS LES PAYS BÉNÉFICIAIRE D'UN SYSTÈME DE SANTÉ COMPARABLE À CELUI DE LA FRANCE

Le CNS a analysé, en janvier 2016, les pratiques et l'encadrement juridique de la notification formalisée au partenaire dans plusieurs pays dont les niveaux de ressources et les objectifs de santé publique sont proches de ceux de la France : Suède, États-Unis, Canada, Royaume-Uni, Danemark, Belgique, Pays-Bas, et Allemagne. Les contextes juridiques, éthiques et organisationnels de la santé publique diffèrent selon les pays, et ont une incidence sur les pratiques de notification. Selon l'encadrement juridique et les pratiques, trois cas de figure se dégagent.

3.2.1 Des États qui ont encadré juridiquement le recours à la notification au partenaire

C'est en Suède que le cadre juridique est le plus coercitif : la loi sur les maladies transmissibles y rend obligatoire la mise en œuvre de la notification aux partenaires par les soignants, son acceptation par les patients et leur participation à la démarche, ainsi que le dépistage et traitement éventuel du partenaire⁷⁰. Aux États-Unis et au Canada, la législation sur la notification aux partenaires varie entre les territoires. Dans ces pays, la nécessité d'informer les partenaires est considérée comme prévalant sur le secret médical et peut donc conduire à y déroger. Dans la pratique, le consentement et la participation du patient à la démarche de notification sont mis en avant, mais en cas d'opposition du patient à la démarche, le professionnel de santé peut, dans des conditions variant selon les législations, avoir l'obligation de procéder lui-même à la notification.

Ces trois pays disposent de services de notification qui sont proposés aux patients pour toute IST ou pour certaines d'entre elles seulement (VIH et syphilis en particulier), et de personnel formé à cet effet. La notification peut être effectuée par le patient ou par le professionnel de santé.

3.2.2 Des États qui recommandent la notification au partenaire sur la base des guides de bonnes pratiques ou autres recommandations

Le Royaume-Uni, les Pays-bas et le Danemark ne se sont doté d'aucune législation portant spécifiquement sur la notification aux partenaires, et les programmes de notification sont donc tous conformes avec les lois et régulations de droit commun existantes. Dans ces différents pays, le secret médical est un pilier de la pratique médicale. Toutefois, à l'exception du Danemark, des dérogations à la règle générale du secret médical sont possibles, et celles-ci ont un champ d'application plus ou moins large selon les pays. (*Cf.* encadré)

⁶⁹ Tiplica GS, Radcliffe K, Evans C, et al "2015 European guidelines for the management of partners of persons with sexually transmitted infection". Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology 2015, 29, 1251-1257.

⁷⁰ Library of Congress official Website : « Sweden : Legal Responses to Health Emergencies » consulté sur : <http://www.loc.gov/law/help/health-emergencies/sweden.php>. Explications en Anglais sur le Communicable disease act (Smittskyddslagen).

**Le rôle des professionnels de santé dans la démarche
de notification dépend de la législation sur le secret médical**

Au Danemark, la démarche de notification doit obligatoirement être proposée au patient, mais celui-ci demeure entièrement libre de son choix de notifier ou non. Les autorités de santé encouragent fortement la notification et à cet effet le système de santé doit offrir un accompagnement aux patients qui souhaitent notifier.⁷¹ Les modalités de cet accompagnement sont encadrées par des recommandations de bonnes pratiques destinées aux professionnels de santé. La notification peut être réalisée soit par le patient lui-même, soit, si le patient le souhaite, par le professionnel de santé (médecin, infirmière ou professionnel de l'accompagnement psychosocial).⁷²

Aux Pays-Bas, la législation prévoit que le professionnel de santé a le droit de divulguer la séropositivité VIH de son patient en l'absence de consentement uniquement au cas où un tiers (qui n'est pas le partenaire du patient) est en danger, par exemple un fœtus ou un nouveau-né.⁷³

Au Royaume-Uni, la législation autorise les professionnels de santé à rompre le secret médical avec le consentement du patient, mais également en cas de nécessité de sauver le patient, des tiers ou encore de nécessité pour l'intérêt public, ce qui leur laisse un pouvoir d'appréciation.⁷⁴ En pratique, les recommandations professionnelles en matière de notification au partenaire reposent sur la recherche de l'adhésion du patient à la démarche de notification, soit qu'il la réalise lui-même, soit que le professionnel de santé s'en charge avec son accord.

3.2.3 Des États sans dispositif de notification au partenaire systématisé

En Allemagne, ni la législation, ni les référentiels de pratiques cliniques ne prévoient la notification formalisée aux partenaires. Le ministère de la santé, les agences d'éducation sanitaire et les associations préconisent que les patients soient encouragés à parler de leur infection à leurs partenaires, mais la notification est perçue davantage comme un soutien individuel que comme une stratégie de santé publique.

Au regard de cette typologie sommaire, la France est actuellement dans une situation comparable à celle de l'Allemagne. Les deux autres groupes de pays observés font schématiquement apparaître une tension entre deux conceptions antagonistes de la NFP, selon qu'elle repose sur une démarche de conviction ou d'obligation. Les systèmes de NFP fondés sur une démarche imposée au patient et prévoyant le cas échéant des formes de contraintes, incarnés par le premier groupe de pays, apparaissent en contradiction avec les principes et les droits fondamentaux garantis aux patients en France. Le second groupe de pays montre en revanche des exemples de procédures de NFP compatibles avec les principes de respect de l'autonomie du patient, condition de la confiance dans le système de soins et dans la relation avec les professionnels de santé.

⁷¹ Correspondance du 21/09/2015 avec M. Jan Fouchard, coordinateur national des initiatives de lutte contre le VIH et les IST au Danemark.

⁷² Sundhedsfremmende og smitteforebyggende rådgivning af mennesker, der findes hiv-smittede – Råd til sundhedspersonalet. Sundhedsstyrelsen, 2007. [Conseil en prévention et promotion de la santé en direction des personnes infectées le VIH – Recommandations aux professionnels de santé. Agence (danoise) de santé, 2007] (en danois). <http://sundhedsstyrelsen.dk/-/media/3C05D8DC50754B49A77415FC4CB97F5C.ashx>

⁷³ Götz H, Spijker R, Bos H. Draaiboek Partnermanagement bij soa/hiv : waarschuwen, testen en behandelen van seksuele partners. Soa Aids Nederland in opdracht Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding, 2015 [Guide de prise en charge des partenaires en cas d'IST ou de VIH : avertir, dépister, traiter. Soa Aids Nederland, à la demande la Coordination nationale de la lutte contre les maladies infectieuses, 2015] (en néerlandais). <https://lci.rivm.nl/draaiboeken/soa-en-hiv-partnermanagement>

⁷⁴ Official Website of the Department of Health, Social Services and Public safety: "The Common Law Duty of Confidentiality". <http://www.dhsspsni.gov.uk/gmgr-annexe-c8>

3.3. SITUATION EN FRANCE

La littérature française sur la notification formalisée au partenaire et son évaluation est minimale, suggérant un rôle très marginal et une faible application de cette stratégie de santé publique. Les sociétés savantes françaises n'ont pas émis de recommandation spécifique sur l'organisation d'une notification formalisée. Peu documentée, la NFP repose donc entièrement sur la volonté individuelle et l'expérience personnelle des professionnels de santé, et celles des acteurs associatifs de prévention lors des opérations de dépistage rapide. Il n'y a pas de stratégie de politique publique, de référentiel, de cycle de formation ni de dispositif formalisé à l'égard des soignants et médecins.

Le site <http://www.info-ist.fr>, dans le cadre d'une rubrique « renseigner mes partenaires », offrait en 2012, dans le contexte plus large d'une campagne de prévention et de dépistage des chlamydiae en ligne proposant un test d'auto-prélèvement à domicile,⁷⁵ la possibilité de notifier ses partenaires par un courriel nominatif ou non signé, adressé par le site. Ce dispositif est resté expérimental et le module de notification en ligne n'a pas fait l'objet d'une évaluation.

Un projet de recherche interventionnelle sur la NFP est en cours d'élaboration dans le cadre de l'ANRS. Il consistera à évaluer la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité d'interventions de notification formalisée auprès de personnes découvrant leur séropositivité VIH et de leurs partenaires. Plusieurs modalités de notification seront comparées, incluant l'usage d'un système informatisé permettant d'envoyer une information anonyme au(x) partenaire(s). Le patient index sera accompagné dans sa démarche par un conseiller, spécifiquement formé, lors d'au moins deux entretiens.

La Stratégie nationale de santé sexuelle (SNSS)⁷⁶, définie en mars 2017 par la ministre en charge de la santé, a tenu compte de la carence globale de la réflexion et de l'action en France en matière de notification au(x) partenaire(s). A cet effet, l'action n°28 de ce document d'orientation stratégique pour la période 2017-2030 prévoit d'« étudier la faisabilité et l'acceptabilité de la notification au(x) partenaire(s) et mettre en place des projets d'accompagnement à l'annonce au(x) partenaire(s) ». ⁷⁷ Cette action s'inscrit dans l'axe II de la stratégie, consacré à l'amélioration du parcours de santé en matière d'IST, et plus précisément dans l'objectif n°3 d'« améliorer les dépistages des IST dans une approche globale de santé sexuelle ».

L'introduction de la NFP en France peut être promue dans ce cadre, et à la condition que les procédures de NFP envisagées s'inscrivent dans une démarche de conviction et de soutien aux personnes concernées, respectueuse des droits tant des patients index que des partenaires notifiés.

4. LA MISE EN ŒUVRE D'UNE NFP DANS LE CADRE JURIDIQUE FRANÇAIS ET EUROPÉEN

Contrairement à certains États, la France ne dispose pas d'un encadrement juridique de la NFP. La conformité de la démarche de NFP au cadre juridique existant peut être examinée

⁷⁵ Etude « Chlamyweb », conduite par Santé publique France. Voir : Lydie N, de Barbeyrac B, Bluzat L, Le Roy C, Kersaudy-Rahib D. Chlamyweb Study I: rationale, design and acceptability of an internet-based chlamydia testing intervention. *Sex Transm Infect.* 2017;93(3):179-87.

⁷⁶ Ministère des Affaires sociales et de la Santé, *Stratégie nationale de santé sexuelle, agenda 2017-2030*, 28 mars 2017. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf

⁷⁷ *Ibid.*, p. 25.

en considérant le droit des personnes à l'information et au consentement (i), le droit des personnes au respect de la vie privée (ii), l'obligation de secret professionnel (iii).

4.1. LE DROIT DES PERSONNES À L'INFORMATION ET AU CONSENTEMENT

4.1.1. Le principe

Les personnes malades et les usagers du système de santé disposent d'un droit à l'information sur leur état de santé ainsi que sur les actions de prévention qui leur sont proposées, leur utilité, leur urgence éventuelle, et sur les conséquences prévisibles en cas de refus⁷⁸. Cette information et les préconisations du professionnel de santé doivent permettre à la personne concernée de prendre, avec le professionnel, les décisions relatives à sa santé⁷⁹. Le consentement de la personne doit être recherché dans tous les cas, comme le rappelle le code de déontologie médicale⁸⁰.

Dans le cas des personnes mineures et par dérogation au principe prévu par le code civil⁸¹, le professionnel peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé⁸².

4.1.2. L'incidence de la NFP sur le droit des personnes à l'information et au consentement

Dans le cadre de la NFP, le patient index est libre de révéler des informations le concernant et peut consentir à leur échange et leur partage. A cet effet, le patient doit recevoir, dans le cadre d'un entretien individuel, une information claire, compréhensible et adaptée sur l'intérêt de la notification du ou des partenaires ainsi que ses modalités. L'information incombe à tout professionnel de santé et intervenant habilité à proposer une offre de NFP. Cette information doit permettre au patient de prendre la décision, libre et éclairée, d'informer son ou ses partenaire(s) en pleine connaissance de la procédure proposée.

En revanche, le ou les personne(s) notifiés ne sont pas en mesure de consentir à la démarche de NFP⁸³. Ils disposent uniquement d'un droit à l'information et un droit au consentement au dépistage proposé lors de la notification.

4.2. LE DROIT DES PERSONNES AU RESPECT DE LA VIE PRIVÉE

4.2.1. Le respect de la vie privée et du secret des informations relatives à la santé

4.2.1.1. Le principe et sa portée

Le respect de la vie privée et du secret des informations relatives à la santé fait l'objet d'une reconnaissance légale et conventionnelle. La méconnaissance du respect de la vie privée est une atteinte au principe de liberté individuelle.

Le code civil dispose que « *chacun a droit au respect de sa vie privée* »⁸⁴. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a introduit un

⁷⁸ Article L1111-2 du code de la santé publique.

⁷⁹ Article L1111-4 du code de la santé publique.

⁸⁰ Article R4127-36 du code de la santé publique

⁸¹ Article 371-1 du code civil.

⁸² Article L1111-5 du code de la santé publique.

⁸³ Voir *infra* 4.2.2 sur le consentement au traitement de ses données personnelles.

⁸⁴ Article 9 du code civil.

article dans le code de la santé publique qui précise que « *toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant* »⁸⁵. Reconnu par la loi, le respect de la vie privée est attaché au principe de liberté individuelle⁸⁶ consacré par la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789⁸⁷ et la Constitution de la V^e république⁸⁸. La méconnaissance du droit au respect de la vie privée peut être de nature à porter atteinte à la liberté individuelle selon le Conseil constitutionnel⁸⁹. Toutefois, le respect de la vie privée n'est pas absolu et doit pouvoir être concilié avec d'autres objectifs à valeur constitutionnelle⁹⁰.

Le droit au respect de la vie privée est également consacré, outre la déclaration universelle des droits de l'homme⁹¹, par plusieurs conventions ratifiées par la France : le pacte international relatif aux droits civils et politiques⁹² et la convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CSDHFL)⁹³. La Cour européenne des droits de l'homme a souligné que la protection des informations relatives à la santé relève du droit au respect à la vie privée consacré par la CSDHFL. Selon une jurisprudence de 1997, le respect du caractère confidentiel des informations sur la santé constitue un principe essentiel du système juridique de la Convention⁹⁴. Ce respect est capital, selon la Cour, non seulement pour protéger la vie privée des malades mais également pour préserver leur confiance dans le corps médical et les services de santé en général.

4.2.1.2. L'incidence de la NFP sur le respect de la vie privée et du secret des informations relatives à la santé

Dans le cadre de la NFP, le respect de la vie privée du patient-index ne peut a priori pas être mis en jeu car ce dernier a consenti à la démarche de NFP.

En revanche, le respect de la vie privée de la personne notifiée peut être engagée, en particulier si les modalités de la notification induisent une rupture de confidentialité. En fonction de la nature des coordonnées du partenaire dont le patient dispose, les moyens de le notifier (courrier, email, sms, appel téléphonique) présentent des garanties différentielles en matière de confidentialité. Une lettre, par exemple, est susceptible d'être trouvée et lue par un parent, colocataire ou même par le partenaire régulier du patient ; des ordinateurs, téléphones et portables peuvent être partagés, des historiques de navigation sur internet peuvent être consultés par des tiers. Toute découverte par un tiers de la notification peut exposer la personne au risque de rejet, rupture, et violence psychique ou physique. Le risque peut être majoré par la situation sociale, familiale ou psychologique de la personne notifiée.

En conséquence, les conditions de réalisation de la NFP devront être précisées afin d'être compatibles avec le respect de la vie privée des personnes notifiées.

4.2.2. La protection des données à caractère personnel

4.2.2.1. Le régime de protection des données relatives à la santé et à la vie sexuelle

⁸⁵ Article L1110-4 du code de la santé publique.

⁸⁶ Décision n° 99-416 DC du 23 juillet 1999 - *Loi portant création d'une couverture maladie universelle*.

⁸⁷ Article 2 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen.

⁸⁸ Article 66 de la Constitution de la V^e République.

⁸⁹ Décision n° 94-352 DC du 18 janvier 1995 - *Loi d'orientation et de programmation relative à la sécurité*.

⁹⁰ *Ibid.*

⁹¹ Article 12 de la Déclaration universelle des droits de l'homme.

⁹² Article 17 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques.

⁹³ Article 8 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

⁹⁴ Cour européenne des droits de l'homme, *affaire Z c. Finlande*, 25 février 1997, 22009/93.

La loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 s'applique aux traitements automatisés de données à caractère personnel, ainsi qu'aux traitements non automatisés de données à caractère personnel contenues ou appelées à figurer dans des fichiers, à l'exception des traitements mis en œuvre pour l'exercice d'activités exclusivement personnelles. La loi dispose que l'informatique ne doit pas porter atteinte à la vie privée⁹⁵ et elle interdit de collecter ou de traiter des données à caractère personnel relatives à la santé ou à la vie sexuelle des personnes⁹⁶. Toutefois, par dérogation, les traitements de données nécessaires aux fins de la médecine préventive peuvent être autorisés⁹⁷.

Par ailleurs, le traitement de données à caractère personnel doit avoir reçu le consentement de la personne concernée⁹⁸. Le consentement sera entendu comme « *toute manifestation de volonté, libre, spécifique, éclairée et univoque par laquelle la personne concernée accepte, par une déclaration ou par un acte positif clair, que des données à caractère personnel la concernant fassent l'objet d'un traitement* »⁹⁹. En conséquence, la personne concernée doit bénéficier d'une information relative au traitement, qui indique en particulier l'identité de son responsable et la finalité poursuivie¹⁰⁰. En outre, la loi dispose que « *lorsque les données à caractère personnel n'ont pas été recueillies auprès de la personne concernée, le responsable du traitement ou son représentant doit fournir à cette dernière les informations dès l'enregistrement des données* »¹⁰¹.

Il doit être indiqué, dès à présent, que si la NFP est réalisée par l'intermédiaire d'un outil informatique ou par l'intervenant en santé, l'information doit être adressée par le responsable du traitement à la personne notifiée dès l'enregistrement des données. En outre, dans la mesure où l'information indique la finalité poursuivie par le traitement, elle ne peut être dissociée de l'opération de notification.

4.2.2.2. L'incidence de la NFP sur la protection des données à caractère personnel

La notification, lorsqu'elle est réalisée par le patient-index par l'intermédiaire d'un outil informatique ou par l'intervenant en santé est une démarche de recueil, de traitement et de communication de données à caractère personnel qui présentent des informations sur les contacts sexuels et/ou les pratiques de consommation de produits des patients index. Les personnes concernées par le traitement de données à caractère personnel sont les personnes notifiées. Les responsables du traitement sont les structures qui mettent à disposition du patient-index l'outil informatique de notification ou les intervenants en santé lorsque ceux-ci réalisent directement l'opération notification.

Le CNS a interrogé la CNIL sur la compatibilité des différentes formes de notification au partenaire avec les dispositions de la loi informatiques et libertés. Il a également sollicité les observations de la CNIL concernant les différents outils de notification, les conditions permettant de protéger la confidentialité de la démarche, et la constitution éventuelle au cours de la démarche de listes de personnes à notifier.

⁹⁵ Article 1^{er} de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n°2016-1321 du 7 octobre 2016.

⁹⁶ Article 8 de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n°2016-1321 du 7 octobre 2016.

⁹⁷ *Ibid.*

⁹⁸ Article 7 de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n°2016-1321 du 7 octobre 2016.

⁹⁹ Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données applicable à compter du 25 mai 2018.

¹⁰⁰ Article 32-I de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par l'ordonnance n°2011-1012 du 24 août 2011 et loi n°2016-1321 du 7 octobre 2016.

¹⁰¹ Article 32-III de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par l'ordonnance n°2011-1012 du 24 août 2011 et loi n°2016-1321 du 7 octobre 2016.

La réponse adressée au CNS par la Présidente de la CNIL figure en annexe 1, et les points suivants doivent être soulignés :

- Concernant la notification par le patient (seul ou en présence du personnel de santé)

« lorsque le patient procède lui-même (...), ou conjointement avec le professionnel de santé ou de l'accompagnement (...), à la notification de son (ses) partenaire(s) par ses propres moyens, la loi « informatique et libertés » n'a pas vocation à s'appliquer ; aucun fichier n'est, en effet, constitué à cette fin. Dans ces hypothèses, la constitution par le professionnel - dont le seul rôle est d'aider et d'accompagner le patient index - d'une liste de personnes à notifier ne me paraît, en première analyse, pas légitime ».

- Concernant la notification par le patient par l'intermédiaire d'un outil informatique

« Dans le cas où un outil informatique est proposé au patient « index » (envoi de courriers électroniques, de SMS, etc.), ce dernier constituerait un traitement de données à caractère personnel, soumis aux dispositions de la loi, notamment à celles relatives aux données dites « sensibles » au sens de l'article 8 (données relatives à la santé et données relatives à la vie sexuelle). Si le traitement est, d'une part, nécessaire aux fins de la médecine préventive, des diagnostics médicaux, de l'administration de soins ou de traitements, ou de la gestion de services de santé et, d'autre part, mis en œuvre par un membre d'une profession de santé ou une personne soumise au secret professionnel, il devra faire l'objet d'une déclaration normale auprès de la Commission par l'autorité qui le proposera. À défaut, ce traitement devra faire l'objet d'une autorisation spécifique de la Commission, sur le fondement de l'intérêt public, conformément à l'article 8-IV et 25-1-1° de la loi. »

- Concernant la notification directement par un professionnel de santé ou de l'accompagnement

« il convient d'assurer la conformité de ce dispositif avec les principes relatifs à la protection des données. Je relève que le professionnel recueille, auprès du patient « index », toute « information utile au bon déroulement de la notification ainsi que les données de contact disponibles » du (des) partenaire(s). Il en ressort que le professionnel est amené à traiter des données « sensibles » relatives à des tiers (données concernant la santé, données relatives à la vie sexuelle). Comme évoqué précédemment, un tel traitement de données à caractère personnel devra faire l'objet de formalités préalables prévues par la loi auprès de notre Commission. »

Il ressort de la position de la CNIL que la notification réalisée directement par le patient-index ne relève pas de la loi informatique et libertés. En outre, le respect de la loi informatique et libertés n'est pas incompatible avec la NFP lorsque celle-ci est réalisée par l'intermédiaire d'un outil informatique ou par l'intervenant en santé, à condition que les formalités soient remplies auprès de la CNIL, et que toutes mesures de sécurité soient prises concernant les données collectées afin notamment de limiter la durée de leur conservation, d'assurer leur confidentialité et d'informer les partenaires notifiés du traitement de leurs données personnelles (Cf. annexe 1).

4.3. L'OBLIGATION DE SECRET PROFESSIONNEL

4.3.1. L'obligation légale et déontologique de secret professionnel

- Valeur clé de la pratique médicale, nécessaire à la relation de confiance entre le médecin et son patient, la notion de secret médical est exprimée dans le serment d'Hippocrate. Le principe de secret médical a été consacré légalement dans le Code pénal en 1810. Le

nouveau code pénal en vigueur depuis le 1^{er} mars 1994 mentionne le secret professionnel¹⁰² et le code de la santé publique précise que le secret « *couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé* »¹⁰³. S'agissant des médecins, le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients couvre « *tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* »¹⁰⁴.

Le respect du secret professionnel est une obligation légale qui s'impose à toute personne dépositaire des informations « *par état ou par profession* » selon le code civil¹⁰⁵ et à tout professionnel de santé, professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins, professionnel du secteur médico-social ou social et établissement ou service social et médico-social selon le code de la santé publique¹⁰⁶.

La violation du secret professionnel est sanctionnée au plan pénal. La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende¹⁰⁷. En outre, la révélation peut entraîner la mise en œuvre de la responsabilité civile du professionnel. Enfin, elle l'expose à des sanctions disciplinaires. L'obligation de respect du secret professionnel est rappelée dans plusieurs textes déontologiques ou statutaires relatifs aux professions sanitaires et sociales.

4.3.2. Le caractère général et absolu du secret professionnel

Le Conseil d'Etat et la Cour de cassation considèrent que le secret professionnel a un caractère général et absolu : le patient ne peut en principe délier le professionnel de santé de son obligation de secret, le secret s'impose à l'égard du juge et de personnes elles-mêmes tenues au secret professionnel, le secret couvre non seulement l'état de santé du patient mais également son nom, le professionnel de santé ne pouvant faire connaître à des tiers le nom des personnes qui ont (eu) recours à ses services.

Le Conseil d'Etat a rappelé qu'il ne peut être dérogé au secret médical que par la loi. Ainsi ont été annulés des décrets organisant des procédures portant atteinte au secret médical. Mais une atteinte au secret médical peut être jugée légale si elle est la conséquence nécessaire d'une disposition législative¹⁰⁸. Par ailleurs, le Conseil d'Etat s'est tenu à une lecture stricte de l'obligation de secret médical telle que celle-ci est prévue par le code de déontologie des médecins (*Cf.* encadré).

Décision du Conseil d'État 17 juin 2015, n° 385924

Mme D... s'est rendue au cabinet médical commun à M. et Mme B... pour consulter cette dernière ; en attendant la consultation elle s'est trouvée, dans le secrétariat commun du cabinet, en présence de M. B... à qui elle a confié les résultats d'un examen gynécologique qu'elle venait de subir et qui motivait sa visite ; quelques jours après cet échange, M. B... a informé un proche de Mme D... des résultats de l'examen dont celle-ci lui avait fait part, en vue de l'inviter à se faire soigner lui aussi ;

¹⁰² Articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

¹⁰³ Article L1110-4 du code de la santé publique.

¹⁰⁴ Article R4127-4 du code de la santé publique

¹⁰⁵ Article 226-13 du code pénal.

¹⁰⁶ Article L1110-4 du code de la santé publique.

¹⁰⁷ Article 226-13 du code pénal.

¹⁰⁸ Conseil d'Etat, 1 / 4 SSR, du 8 février 1989, n° 54494 - *Conseil national de l'Ordre des médecins et autres.*

« en jugeant que le secret médical couvrait ces informations confiées à M. B... en tant que médecin, même s'il n'était pas le médecin habituel de Mme D..., et que ce dernier avait par suite, en les révélant à un tiers, méconnu l'obligation de secret instituée par les dispositions des articles L. 1110-4 et R. 4127-4 du code de la santé publique, alors même que M. B... aurait eu une intention prophylactique en communiquant ces informations et que Mme D... les aurait elle-même révélées à d'autres tiers, la sanction d'interdiction d'exercer la médecine pendant trois mois prononcée à son encontre n'est pas hors de proportion avec les faits retenus.

Les faits de l'espèce rapportés dans la décision peuvent correspondre à une notification au partenaire. La notification est faite ici sans le consentement du patient et sans préservation de son anonymat, en dehors du cadre de l'entretien entre médecin, patient et partenaire.

À travers plusieurs arrêts¹⁰⁹, la jurisprudence de la Cour de Cassation a précisé que l'obligation du secret professionnel est générale et absolue et s'impose au médecin comme un devoir selon les termes de la chambre criminelle¹¹⁰. Ces dernières années, toutefois, la portée générale et absolue du secret médical a été relativisée pour tenir compte de l'existence d'un intérêt général (Cf. encadré). La nécessité de l'intérêt général est toutefois interprétée de façon stricte, et la Cour considère que la prévention d'un délit contre l'intégrité des personnes ne justifie pas une violation du secret médical¹¹¹.

Le secret professionnel et l'intérêt général dans la jurisprudence de la Cour de cassation

Si la jurisprudence a réaffirmé le caractère général et absolu du secret professionnel en imposant à un médecin de se taire alors que son client lui demande de révéler des informations couvertes par le secret que ce client estime utile à sa défense¹¹², sa portée a pu être plus récemment relativisée, principalement par l'existence de l'intérêt général, c'est-à-dire l'importance qu'il y a à favoriser la manifestation de la vérité, particulièrement quand elle est recherchée par les autorités auxquelles la loi a confié explicitement cette mission.

La jurisprudence récente de la chambre criminelle de la Cour de cassation a rappelé que l'intérêt de la manifestation de la vérité, qui touche à l'intérêt général au sens le plus large, doit primer, en principe, sur l'ensemble des intérêts plus catégoriels, dont le secret médical, en s'appliquant à bien vérifier que les modalités par lesquelles les différentes catégories professionnelles concernées peuvent être relevées d'un secret prévu par la loi ont été exactement appliquées. Un arrêt de la chambre criminelle de 2010¹¹³ a implicitement confirmé l'inopposabilité du secret au juge d'instruction, mais aussi la primauté du droit de la défense qui peut justifier, pour respecter le principe du contradictoire, que ce secret ne soit pas opposable aux différentes parties. Un autre arrêt de 2010¹¹⁴ a écarté un moyen tiré de la violation du secret médical par l'administration au cours d'un contrôle fiscal, en vertu de l'indépendance des procédures pénales et fiscales, le juge pénal ne pouvant se voir opposer ce secret.

4.3.3. L'Étendue de l'obligation de secret professionnel

Le secret professionnel ne fait pas obstacle à la communication d'informations entre professionnels et institutions autorisés par la loi, afin de permettre la coordination et la continuité des soins¹¹⁵, l'intervention urgente des autorités publiques ou la surveillance

¹⁰⁹ Cour de cassation, arrêt de la chambre criminelle : 19 décembre 1885 *Watelet* ; 8 mai 1947 *Degraene*.

¹¹⁰ Cour de cassation, arrêt de la chambre criminelle du 8 mai 1947 *Degraene*.

¹¹¹ Cour de cassation, arrêt de la chambre criminelle du 23 octobre 2013 (pourvoi n° 12-80.793).

¹¹² Cour de cassation, arrêt de la Chambre criminelle du 5 juin 1985.

¹¹³ Cour de cassation, arrêt de la chambre criminelle du 16 février 2010 (pourvoi n° 09-86.363).

¹¹⁴ Cour de cassation, arrêt de la chambre criminelle du 30 juin 2010 (pourvoi n° 09-81.674).

¹¹⁵ Article R1110-1 du code de la santé publique.

épidémiologique¹¹⁶, l'information des organismes de paiement des dépenses de santé et de contrôle du système de santé¹¹⁷.

En outre, l'obligation du secret est levée dans certains cas peu nombreux énoncés par le code de santé publique et le code pénal¹¹⁸. Ainsi :

- Le code de la santé publique ne fait pas obstacle à ce que la famille ou les proches reçoivent de l'information en cas de diagnostic ou pronostic grave¹¹⁹.

Si le principe général est que même le patient ne peut délier le médecin du secret, la loi précise toutefois : « *En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations* ».

La NFP n'entre pas dans le cadre de ces conditions : l'information donnée au partenaire n'est pas destinée à apporter un soutien direct au patient, mais à inciter le partenaire à consulter pour bénéficier d'un dépistage, de conseil et, le cas échéant, d'une prise en charge appropriée.

- Un cas particulier de dérogation au secret professionnel peut éventuellement être constitué par le risque de transmission d'une IST à un mineur, considéré comme victime de privation ou de mauvais traitements.

L'une des dérogations au secret professionnel permise par la loi est en effet la protection des mineurs en danger ou risquant de l'être¹²⁰. Cette situation peut être rencontrée dans plusieurs cas :

- le cas des personnes mineures qui peuvent figurer dans la liste des partenaires établie par le patient index. A la suite d'une NFP, la personne mineure est susceptible de ne pas donner suite à la recommandation de se faire dépister. Or, il encourt un risque pour sa santé. Dans ces circonstances, les intervenants dans le système de santé peuvent être conduits soit à transmettre des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être au titre du dispositif départemental chargé du recueil, du traitement et de l'évaluation des informations dans le cadre prévu par le code de l'action sociale¹²¹, soit à effectuer directement un signalement auprès du juge dans le cadre prévu par le code civil¹²² ;
- le cas où un futur père, atteint d'une IST, n'informe pas sa partenaire enceinte de son statut, l'enfant peut être exposé au risque de transmission de cette infection si la contamination de la mère intervient au cours de la grossesse, en aval du dépistage systématiquement proposé aux femmes enceintes. La question de l'obligation du signalement par le professionnel de santé peut dans cette situation être également posée.

¹¹⁶ Article L3113-1 du code de la santé publique.

¹¹⁷ Article L111-2-III du code de santé publique.

¹¹⁸ Article 226-14 du code pénal.

¹¹⁹ Article L1110-4 alinéa 10 du code de la santé publique.

¹²⁰ Article L226-14 du code pénal.

¹²¹ Article L226-3 du code de l'action sociale.

¹²² Article 375 du code civil.

4.3.4. La position du Conseil national de l'ordre des médecins sur la NFP

Dès les années 1990, la problématique liée au conflit entre le droit des personnes infectées par le VIH à la confidentialité et le droit de leurs partenaires d'être avertis du risque auquel ils sont exposés directement a conduit le CNOM à prendre position sur la portée du secret professionnel.

Le CNOM, dans une publication de 1992¹²³, et la Commission de réflexion sur le secret professionnel appliqué aux acteurs du système de soins, dans un rapport en 1994¹²⁴, ont formulé les recommandations suivantes :

- dès lors qu'elle est faite à un proche ou à un tiers par la personne infectée, mise en face de ses responsabilités, la révélation ne pose pas de problème juridique en matière de secret ;
- lors de cette révélation au partenaire par celui qui est infecté, le médecin peut, selon la déontologie traditionnelle, assister à l'entretien à la demande des intéressés et leur donner les éclaircissements et conseils utiles en la circonstance ;
- la loi n'autorise pas le médecin à révéler au partenaire du patient infecté le risque que lui fait courir le comportement de ce dernier si celui-ci s'oppose obstinément à toute révélation ; il lui faudrait d'ailleurs une certaine naïveté pour prétendre connaître le ou les partenaires exposés.

Le CNS a interrogé le CNOM sur la compatibilité des différentes formes de notification au partenaire avec le cadre législatif et réglementaire applicable à la profession médicale. Il a également sollicité les observations du CNOM concernant l'intérêt de promouvoir les différentes modalités de notification au partenaire dans le cadre des politiques de santé et les obstacles à leur mise en œuvre dans le cadre et les conditions actuels d'organisation du système français d'offre de prévention, de soins et d'accompagnement.

La réponse adressée au CNS par le Président du CNOM figure en annexe 2, et les points suivants doivent être soulignés :

Le médecin *« peut proposer à son patient, qui a informé son partenaire de la situation, de les recevoir dans son cabinet dans le cadre d'une consultation médicale »*.

« Le Conseil national de l'Ordre des médecins a émis un avis négatif sur le procédé de notification qui consisterait en l'intervention du médecin auprès des partenaires du patient index quel que soit le procédé de notification envisagé (écrit, oral, anonyme ou non) ».

« Le Conseil national de l'Ordre des médecins réaffirme, par sa décision, le principe selon lequel, quel que soit le diagnostic établi, le médecin est tenu au secret médical ».

La position du CNOM confirme que le médecin d'un patient atteint d'une IST ne peut notifier directement cette infection au partenaire sexuel du patient. Le CNOM reconnaît cependant au médecin un « rôle majeur de persuasion à l'égard de son patient en l'encourageant à échanger sur sa maladie avec son ou ses partenaires ». L'orientation du patient vers un dispositif de notification formalisée peut représenter une des formes d'accompagnement du patient par le médecin dans la démarche de notification (*Cf. annexe 2*).

¹²³ Bulletin de l'Ordre, décembre 1992.

¹²⁴ René L. Rapport de la commission de réflexion sur le secret professionnel appliqué aux acteurs du système de soins. Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, 1994.

4.3.5. L'incidence de la NFP sur l'obligation de secret professionnel

Dans le cas d'une NFP réalisée par le patient-index lui-même, l'obligation de secret professionnel est préservée.

Dans le cas d'une NFP réalisée par l'intervenant du système de santé, cette obligation peut être mise en cause. Il n'est pas douteux qu'en cas de communication de l'identité du patient-index, la notification par un tiers constituerait une violation du secret professionnel. En outre, si les informations non nominatives communiquées par l'intervenant étaient de nature à permettre d'identifier le patient index ou à éveiller un doute sérieux sur son identité, l'obligation de secret professionnel serait également atteinte.

En revanche, en l'état actuel de la jurisprudence, il pourrait être admis que lorsque l'information concernant le patient-index ne peut être mise en relation avec l'identité de celui-ci, le secret médical demeurerait préservé. La NFP pourrait donc être effectuée par un intervenant du système de santé conformément à ses obligations légales et déontologiques, à la condition que le dispositif de notification et les conditions de sa mise en œuvre permettent de garantir le strict anonymat du patient. Cette exigence doit être interprétée rigoureusement : dès lors qu'il existe un risque, fût-il faible, d'identification du patient, il y a violation du secret médical.

En pratique, les conditions de garantie de l'anonymat peuvent apparaître difficiles à réunir. Aussi les intervenants du système de santé pourraient s'exposer à des sanctions pénales ou ordinaires et être ainsi dissuadés d'exercer eux-mêmes la NFP en raison des risques juridiques induits. En conséquence, une évolution législative et réglementaire permettant de concilier la NFP par un tiers et l'obligation de secret professionnel devrait pouvoir être envisagée.

5. ORGANISATION PROPOSÉE POUR UN ACCOMPAGNEMENT À LA NFP EN FRANCE

5.1. UNE PROPOSITION D'ACCOMPAGNEMENT À LA NFP SYSTEMATIQUEMENT INTEGRÉE AU PARCOURS DES PATIENTS DIAGNOSTIQUÉS POUR UNE IST

Formaliser la démarche de notification au partenaire consiste à ce que celle-ci soit proposée à toute personne nouvellement diagnostiquée pour une IST. La démarche doit pleinement s'intégrer à la prise en charge globale du patient pour la pathologie concernée. L'information sur l'intérêt de la démarche doit être assortie d'une offre de soutien et d'accompagnement à sa réalisation. L'information comme l'accompagnement n'incombent pas nécessairement au seul médecin qui pose le diagnostic et/ou assure le traitement et le suivi du patient. Ces tâches peuvent utilement associer d'autres intervenants dans le système de santé participant à la prise en charge globale du patient.

L'annonce d'un diagnostic d'IST, ou le cas échéant d'un résultat positif à un TROD, peut intervenir dans des contextes d'offre de dépistage et de soins variés et être réalisée par différentes catégories de personnels intervenant dans le système de santé. En outre, l'annonce n'entraîne pas le même retentissement psychologique ni les mêmes conséquences en termes de prise en charge médicale, de traitement et d'éventuel accompagnement psychosocial selon les IST concernées. L'annonce d'un diagnostic d'infection par le VIH ou également par le VHB représente ainsi un contexte très différent de celui d'un diagnostic pour une autre IST.

Ainsi, s'il est globalement souhaitable que la démarche de notification soit proposée rapidement après le diagnostic, il appartient au professionnel qui réalise l'annonce de déterminer avec discernement le moment et le cadre opportun pour aborder la question, et le cas échéant d'orienter le patient vers d'autres intervenants.

En cas notamment de dépistage positif au VIH ou au VHB, il paraît préférable que l'information sur la notification et l'offre d'accompagnement à cette démarche soient découplées de l'annonce, compte tenu de l'impact psychologique que représentent ces diagnostics. Ces pathologies impliquent une prise en charge globale au long cours, qui permet d'aborder la question de la notification dans un second temps, notamment dans le cadre de l'accompagnement psycho-social.

5.1.1. Un entretien préalable pour proposer au patient de notifier ses partenaires et lui donner les moyens d'une décision libre et éclairée

De façon générale, la notification au partenaire doit, en raison à la fois de son importance en santé et des difficultés qu'elle peut poser, être discutée à l'occasion d'un entretien préalable avec un intervenant dans le système de santé formé, qui peut être selon les contextes le médecin, un autre professionnel de santé ou un intervenant associatif.

Cet entretien doit permettre de présenter au patient la démarche de notification, de lui en expliquer les objectifs et notamment l'intérêt pour la santé du(des) partenaire(s) qu'il est susceptible de notifier. Il s'agira également d'envisager l'identification du(des) partenaire(s) à notifier selon l'ancienneté de la relation sexuelle en fonction de l'infection qui vient d'être dépistée. Les différents moyens de réaliser la notification seront présentés, et notamment les possibilités éventuelles de réaliser des notifications de manière anonyme, si cela est pertinent concernant certains partenaires.

Le patient doit être informé du caractère volontaire de la démarche qui lui est proposée et du strict respect de son consentement. L'entretien doit servir à répondre à toutes les interrogations qu'il peut exprimer, concernant notamment les questions de confidentialité et les possibles difficultés que la notification pourrait entraîner pour lui-même et/ou son ou certains de ses partenaires. Le patient doit également être informé de l'aide qui peut lui être apportée dans la réalisation de la notification.

Au regard de ces différents objectifs, il est essentiel que l'intervenant en charge de conduire cet entretien prenne le temps de l'écoute et du dialogue avec le patient, qu'il adopte une posture de non-jugement et d'empathie, qu'il favorise l'établissement d'un climat de confiance et recherche l'adhésion du patient à la démarche proposée et sa coopération. L'objectif de l'entretien doit être de donner au patient les moyens de prendre une décision libre et éclairée quant à son engagement dans une démarche de notification d'un ou de plusieurs partenaires, ainsi que sur les moyens les plus adaptés pour réaliser chacune des notifications envisagées.

5.1.2. Un accompagnement du patient dans le choix et la mise en œuvre de modalités de notification adaptées

L'accompagnement du patient comprend en premier lieu, particulièrement en cas de partenaires multiples, une aide à l'identification des partenaires à notifier. Cette démarche implique de préciser la période de temps à considérer et à explorer avec le patient l'historique de ces relations. Diverses techniques de remémoration des partenaires peuvent

être mises en œuvre.¹²⁵ Il s'agit ensuite, pour chacun des partenaires identifiés, de considérer les moyens de contacts disponibles et d'accompagner la réflexion du patient sur les modalités de notification les mieux adaptées.

5.1.2.1. Les modalités de notification

Les modalités de notification sont multiples. Certaines font appel à des outils actuellement non disponibles en France, mais dont le développement devrait être promu afin d'offrir une palette de solutions adaptées à la diversité des situations. Les principales modalités de notification sont :

- Notification directe par le patient, en face à face ou par téléphone, par courrier, par SMS, par e-mail ou via les réseaux sociaux. Certains de ces outils ou supports de notification peuvent permettre au patient de conserver l'anonymat s'il le souhaite. La pertinence d'opter pour une notification nominative ou anonyme devra être envisagée en fonction des partenaires et des situations. La nécessité de préserver la confidentialité du partenaire à l'occasion de la notification sera discutée. Une carte pourra être fournie au patient, à remettre à son partenaire, ou un modèle de message ou de lettre à lui adresser, précisant la nature de l'infection à laquelle il a été exposé et comment organiser le dépistage.
- Sur le modèle d'expériences développées dans d'autres pays (*Cf. supra*, partie 2.3), un site internet ou une application mobile offrant des services de notification automatisée au(x) partenaire(s) peut représenter une modalité mise à disposition des patients, notamment comme outils permettant de notifier de manière anonyme. Les dispositifs de ce type devront être conçus de sorte que leur utilisation présente toutes les garanties de secret médical, de préservation de la confidentialité des données personnelles, tant des patients (y compris leur adresse IP) que de leurs partenaires, et de respect des règles de conservation des données et d'information sur le traitement des données.
- Notification réalisée par un intervenant dans le système de santé, à la demande du patient index. Malgré son intérêt, cette modalité comporte actuellement en France des incertitudes juridiques (*Cf. supra*, partie 4). Néanmoins, dans l'hypothèse où elle serait mise en œuvre dans des cas d'espèce par un intervenant dans le système de santé, il lui reviendrait de prévenir au mieux le risque de rupture du secret professionnel en s'assurant non seulement que le nom du patient ne soit pas révélé au partenaire, mais également que l'identité du patient ne puisse pas être déduite par le partenaire à l'issue de la démarche. Cette seconde condition apparaît difficile à garantir en pratique, aussi :
 - Cette modalité de notification n'est notamment pas appropriée pour un partenaire engagé dans une relation réputée exclusive avec le patient index, et ne devrait pas être mise en œuvre, même à la demande de celui-ci.
 - Cette modalité pourrait en revanche être envisagée si le patient diagnostiqué et la personne notifiée sont engagés tous deux dans des relations simultanées avec un nombre élevé de partenaires. Dans ce cas, l'intervenant pourrait estimer que les conditions garantissant l'anonymat du patient index sont effectivement réunies et accéder à la demande de notification. Il pourra alors recourir aux mêmes outils de communication que ceux proposés au patient.

La rencontre de partenaires sexuels est aujourd'hui favorisée par le développement d'applications et de plateformes de rencontres et de messageries, particulièrement prisées

¹²⁵ The SSHA Manual for Sexual Health Advisers, Society of Sexual Health Advisers, 2004. <http://ssha.info/resources/manual-for-sexual-health-advisers/>

parmi les jeunes et les HSH. Notifier des personnes dont le patient source ne possède comme seul moyen de communication qu'un pseudonyme sur de telles applications peut s'avérer plus difficile bien que très utile. Le plus simple demeure bien entendu que le patient source avertisse lui-même ses contacts. Toutefois, s'il souhaite le faire anonymement, cela suppose de la part des acteurs susceptibles de l'aider dans cette démarche d'utiliser ces canaux de communication pour le faire. Cette tâche peut être rendue difficile en raison des stratégies commerciales des hébergeurs de ces plateformes. Des outils sont cependant en développement dans ce domaine où les technologies et leurs usages évoluent très rapidement, impliquant une attention et une adaptation permanente aux innovations de la part des acteurs de la prévention.

Dans le cas de personnes multipartenaires aux réseaux sexuels étendus, la volonté de notification aux partenaires peut en outre être limitée par le fait qu'au-delà du cadre précité des applications numériques, les rencontres en groupe peuvent avoir lieu dans des établissements de rencontre, particulièrement dans la communauté gay. Ce contexte fait obstacle à la notification personnelle, malgré l'intérêt qu'elle présente au regard du risque de dissémination d'une infection. A partir d'études sur les réseaux sexuels, certains chercheurs suggèrent ainsi d'utiliser le recueil de notification de lieux pour mener des interventions ciblées allant de la simple annonce à l'organisation de dépistage hors les murs dans les lieux visés pour interrompre les chaînes de transmission.¹²⁶ Ce type d'intervention suppose d'être conduit par des spécialistes de ces communautés connaissant le cadre local et ne peut se mener qu'avec tact et respect de la confidentialité des données personnelles. Les recommandations en vigueur au Pays-Bas incluent cette modalité de notification de lieux.¹²⁷

5.1.2.2. La sélection d'une stratégie de notification

La multiplicité des outils disponibles pour accompagner le patient dans la démarche de notification permet d'adapter la stratégie aux conditions très diverses dans lesquelles la notification est envisagée, en fonction notamment :

- du type de relations sexuelles entretenues par le patient infecté avec son partenaire à notifier : relation stable exclusive, relation stable avec plusieurs partenaires, partenaires multiples sans relation stable, fréquence et simultanéité de la relation en partenariat multiple.
- des éléments connus concernant la situation de chaque partenaire à notifier et susceptibles de guider le mode de communication choisi : situation sociale, relationnelle et/ou familiale, conditions de logement. Une attention particulière doit être portée aux inégalités sociales de genre dans l'appréciation de la situation des partenaires.
- de la préférence du patient pour une notification directe ou assurée par un intervenant dans le système de santé. Si nécessaire, une notification par un intervenant dans le système de santé peut être envisagée secondairement en cas d'échec de la notification par le patient, ou conjointement avec le patient. La notification par un intervenant dans le système de santé est rapportée comme la plus efficace dans les études récentes.

¹²⁶ Stoner B (Department of Medicine, Division of Infectious Diseases, Washington University, St. Louis, Missouri), communication personnelle.

¹²⁷ Götz H, Spijker R, Bos H. Draaiboek Partnermanagement bij soa/hiv : waarschuwen, testen en behandelen van seksuele partners. *Op. cit.*

- de la préférence du patient pour une notification directe nominative ou anonyme, lorsque cette option existe. Dans des enquêtes réalisées auprès des partenaires, la notification nominative conduit plus souvent au dépistage que la notification anonyme.
- de la préférence du patient en ce qui concerne l'outil de notification, et la probabilité de joindre le partenaire selon l'outil choisi.

5.2. LES CADRES D'EXERCICE DE LA NFP

L'importance de la notification au partenaire comme outil favorisant un dépistage ultra-ciblé, à la fois pour la santé individuelle et en santé publique, la technicité requise et le temps nécessaire pour l'accompagnement de cette démarche, justifient que les structures de soins ou d'accompagnement souvent confrontées aux IST individualisent cette activité, et que la HAS ou les sociétés savantes produisent des référentiels répondant à cette activité. Quatre cadres d'exercice peuvent être principalement distingués :

- les CeGIDD, les CPEF et les centres de protection maternelle et infantile (PMI) ainsi que les services de maladies infectieuses devraient pouvoir proposer une offre de NFP.
- les médecins libéraux (généralistes, gynécologues et dermatologues en particulier) sont souvent confrontés au diagnostic d'IST. En l'absence de structure dédiée à la notification au partenaire dans leur environnement professionnel immédiat, ils pourraient accompagner directement leurs patients dans cette démarche en s'appuyant, au-delà des référentiels, sur des supports téléchargeables mis à leur disposition. A défaut, ils pourraient adresser leurs patients à une unité de notification au partenaire opérant dans un centre de santé à proximité.
- les structures associatives, habilitées à pratiquer les tests rapides d'orientation diagnostique ou à intervenir dans le cadre de l'éducation thérapeutique devraient être soutenues (formations, développement de projets, d'outils documentaires) dans la pratique d'une démarche formalisée de notification au partenaire des personnes dépistées.
- les établissements publics habilités à réaliser des TROD en milieu médico-social.

5.3. LES PROFESSIONNELS ET AUTRES INTERVENANTS CONCOURANT À L'ACTIVITÉ DE NFP

Les intervenants dans le système de santé susceptibles d'assurer l'information du patient et l'accompagnement à la démarche de notification peuvent être des professionnels de santé dont les missions sont définies dans le code de la santé publique¹²⁸ ou du personnel qui intervient, à titre salarié ou bénévole, dans la prévention en milieu associatif ou médico-social, en particulier dans le cadre de structures habilitées à réaliser des TROD.

Les intervenants non professionnels de santé doivent relever d'associations habilitées à cette activité et avoir suivi une formation validée. Les conditions de formation des intervenants et d'habilitation des structures devront être précisées au même titre que celles qui prévalent pour la pratique des TROD en milieu associatif.

Dans la mesure où une activité de notification sera également assurée en dehors des centres de dépistage et des établissements de soins par des professionnels de santé exerçant dans le cadre libéral, principalement des médecins généralistes et certains spécialistes, les

¹²⁸ Articles L4001-1 et suivants du code de la santé publique.

formations initiale et continue de ces deux catégories de personnel de santé devront leur permettre d'assurer cette activité avec efficacité et dans le respect des contraintes.

5.4. UNE ACTIVITÉ EXERCÉE DANS UN CADRE RÉGLEMENTAIRE

L'activité d'accompagnement à la notification aux partenaires n'est actuellement pas prévue dans l'organisation du système de santé et ne bénéficie pas d'un financement spécifique.

Le cadre de l'éducation thérapeutique du patient (ETP), tel que prévu par code de la santé publique¹²⁹, pourrait être mis profit pour développer cet accompagnement individualisé concernant les patients diagnostiqués pour une infection par le VIH ou par le VHB. Il conviendrait à cet effet que les porteurs de programme d'ETP intègrent ce volet aux projets de programmes qu'ils soumettent pour autorisation aux Agences régionales de santé (ARS).¹³⁰ Ces programmes permettent notamment d'associer à l'intervention des professionnels de santé proprement dits celle d'autres professionnels ainsi que de membres d'associations agréées et des organismes œuvrant dans le champ de la promotion de la santé, la prévention ou l'éducation pour la santé.

Ce cadre, réservé aux maladies relevant de traitements de longue durée, n'est cependant pas mobilisable au bénéfice des patients diagnostiqués pour une ou plusieurs autres IST. L'intégration de la NFP dans les politiques publiques de prévention et de dépistage du VIH, des hépatites et des IST requiert par conséquent de l'administration de la santé l'élaboration des dispositions réglementaires nécessaires à encadrer et financer les activités d'accompagnement à la notification aux partenaires au sein du système de santé.

5.5. UNE ACTIVITÉ DONT LE COÛT PEUT ÊTRE ANTICIPÉ

L'accompagnement des patients à la notification aux partenaires devra être offerts dans des structures situées au plus près des besoins et notamment les établissements publics participant au dépistage du VIH et des IST.

Une estimation des besoins en personnel pour la mise en œuvre de l'activité de NFP dans les établissements publics a pu être établie, au regard notamment du nombre de diagnostics que ceux-ci réalisent pour les différentes IST (Cf. annexe 3). Le volume horaire global serait de 21 000 à 50 000 heures sur l'ensemble du territoire.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

La nécessité de développer les pratiques de dépistage en direction des personnes exposées au risque d'IST est aujourd'hui avérée. Certains pays ont mis en place un service d'accompagnement du patient, ou NFP, dont l'objectif est d'inciter un patient atteint d'IST à en informer son ou ses partenaires sexuels, afin qu'ils se fassent dépister. Un tel service, qui fournit à la fois un outil diagnostique utile à la santé des patients, et un outil de prévention, efficace et probablement coût-efficace en santé publique, devrait être envisagé en France.

Le CNS recommande de formaliser l'aide qui peut être apportée aux patients atteints d'une IST pour mieux les inciter à en informer leur(s) partenaire(s) et les accompagner dans cette démarche. Il propose que des services d'accompagnement à la notification soient organisés et systématiquement proposés. L'accompagnement des patients comprendra une information sur la démarche de notification et son intérêt, sur les outils et stratégies de notification

¹²⁹ Articles L1161-1 à L1161-5 du code de la santé publique.

¹³⁰ Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation.

disponibles, sur la nature de l'aide que le professionnel de santé ou les autres personnels intervenant dans le système de santé peuvent leur apporter à cet effet. Ces services devront être offerts dans des structures situées au plus près des besoins, en particulier en CeGIDD, dans un cadre réglementaire adapté, et seront fournis par des intervenants en santé formés.

L'accompagnement à la NFP devra tenir compte de la multiplicité des situations individuelles et des modalités et outils à mettre en œuvre. Ils conduiront à développer des stratégies diversifiées pour rendre la NFP à la fois acceptable pour le patient et son ou ses partenaires et respectueuse de leur vie privée, compatible avec le respect du secret professionnel et avec la confidentialité des informations, et efficace du point de vue de la santé publique.

Considérant le cadre légal, réglementaire et déontologique existant et dans l'attente de son éventuelle évolution, le CNS ne recommande pas la pratique de la notification par les intervenants en santé eux-mêmes, en raison des risques encourus en cas de rupture du secret professionnel. Une telle intervention ne devrait être envisagée par les intervenants en santé que, à la demande du patient et en préservant son anonymat, dans des circonstances conjuguant absence de risque effectif de rupture de l'anonymat et intérêt majeur de santé publique ; de telles conditions pourraient être réunies lorsque le patient et son partenaire sont tous deux engagés dans des relations avec un nombre élevé de partenaires simultanés.

En conséquence, le CNS émet les recommandations suivantes, concernant la mise en œuvre, la formation, la communication et l'évaluation de la NFP :

À la ministre des solidarités et de la santé,

R1. mettre en œuvre la notification formalisée au(x) partenaire(s) (NFP) inscrite dans la Stratégie nationale de santé sexuelle afin de proposer systématiquement aux patients un accompagnement à cette démarche lors de la découverte d'une IST.

À la ministre des solidarités et de la santé,

À la Haute autorité de santé avec l'appui des sociétés savantes et en concertation avec les professionnels de santé et les associations concernées,

R2. préciser les objectifs et les conditions de réalisation de l'accompagnement à la NFP :

- définir les objectifs et conditions de réalisation de l'accompagnement à la notification en tenant compte des impératifs d'efficacité en santé individuelle et en santé publique, de protection de la confidentialité des informations relatives à la santé et de protection de la vie privée de la personne notifiée ;
- établir la liste des infections relevant de la NFP, indiquer l'ancienneté des relations sexuelles à prendre en compte selon les infections, préciser les modalités et stratégies de notification, décrire la conduite des entretiens d'accompagnement à la démarche de notification ;
- réaliser un référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques.

À la ministre des solidarités et de la santé,

Aux exécutifs des conseils départementaux,

Aux directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) et aux porteurs de programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) concernés,

R3. favoriser le déploiement de la NFP en tenant compte des cadres existants d'exercice du dépistage et de la prise en charge des IST :

- dans le cadre des structures associatives habilitées à pratiquer les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), susciter, grâce à des appels d'offre, le développement de projets associatifs consacrés à la mise en œuvre et à l'évaluation de démarches de NFP ;
- dans le cadre des établissements ou structures participant à l'offre publique de dépistage, de diagnostic et/ou de soins des IST :
 - inscrire la NFP dans les missions des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) et des centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) et veiller au financement de cette activité ;
 - inscrire une offre de NFP dans les programmes d'ETP destinés aux patients suivis pour une infection par le VIH ou le VHB ;
 - garantir l'accès à l'offre de NFP dans le cadre de l'ETP à tout nouveau patient diagnostiqué pour ces infections ;
 - créer les conditions règlementaires et financières permettant de déployer une offre de NFP en dehors des CeGIDD et des CPEF pour les IST dont la prise en charge n'ouvre pas au bénéfice de programmes d'ETP ;
 - déployer une offre de NFP adaptée aux besoins constatés à l'échelle du territoire de santé, et le cas échéant mutualisée entre opérateurs, avec l'appui des comités de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le VIH (COREVIH) ;
 - favoriser les partenariats entre les établissements publics et les structures associatives afin de permettre aux personnels de structures associatives habilitées à effectuer des TROD de contribuer à la NFP.

Aux médecins libéraux et à leurs représentants, à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et à la Haute autorité de santé (HAS),

R4. faciliter l'accompagnement des patients dans la démarche de notification dans le contexte de la médecine libérale :

- offrir aux patients une information relative à la démarche de NFP et leur proposer soit un entretien préalable à la notification, soit une orientation vers des services assurant une offre de NFP ;
- mettre à disposition des médecins une Fiche Memo développée par la HAS à leur intention ainsi que des supports et outils spécifiques susceptibles d'être remis aux patients (documents d'information, coordonnées de services de notification en ligne ou de structure de dépistage et de soins assurant ces services) ;
- utiliser pour cette activité le dispositif de consultations dites « très complexes », tel que prévu dans le cadre de la convention nationale entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, concernant les patients diagnostiqués pour le VIH et envisager les dispositifs à mettre en œuvre pour valoriser cette activité concernant les patients diagnostiqués pour une autre IST.

À la ministre des solidarités et de la santé,

Au directeur général de Santé publique France avec l'appui des sociétés savantes,

R5. développer des outils adaptés à la démarche de NFP en direction du public :

- élaborer et promouvoir une documentation destinée à informer les patients des enjeux, modalités et stratégies de notification ainsi que des messages types de notification ;
- favoriser la création de sites internet ou d'applications mobiles offrant aux patients des services de notification automatisée au(x) partenaire(s) et présentant les garanties de respect de la confidentialité des données personnelles, tant des patients que de leurs partenaires. De tels sites pourraient être produits par Santé publique France ou par des acteurs communautaires, avec la participation des sociétés savantes concernées.

À la ministre des solidarités et de la santé, à la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche,

Aux directeurs généraux des ARS avec l'appui des pôles régionaux de compétence,

R6. former à la NFP les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des IST, ainsi que les autres personnels intervenant dans le système de santé, en particulier en milieu associatif :

- intégrer dans les modules d'enseignement des IST dispensés dans le cadre de la formation initiale et continue des professionnels de santé (médecins et infirmières) une formation à la NFP précisant son intérêt, les modalités et outils utilisables, les contraintes de la démarche, les stratégies individuelles de mise en œuvre et le rôle du personnel de santé (limité à l'information et à l'accompagnement ou directement impliqué dans la notification) ;
- insérer la NFP dans la formation des intervenants, en particulier associatifs, qui les habilite à pratiquer les TROD.

À la ministre des solidarités et de la santé,

R7. consolider le cadre légal et réglementaire d'exercice de la NFP :

- engager une réflexion sur les conditions de réalisation de l'accompagnement à la NFP dans le cas où le patient-index et/ou la personne notifiée est mineure ;
- créer les conditions légales et réglementaires permettant au professionnel de santé et aux autres personnels intervenant dans le système de santé de procéder eux-mêmes à la notification du ou des partenaires, à la demande du patient, sans être exposé à des risques de nature pénale, civile ou ordinale. La notification devra respecter la protection des données relatives à la santé et à la vie sexuelle ainsi que la vie privée de la personne notifiée.

Au directeur général de Santé publique France,

R8. promouvoir la démarche de NFP auprès du grand public par une campagne nationale d'information mettant en avant la confidentialité, la bienveillance, ses modalités pratiques et son intérêt pour les partenaires, ainsi que son rôle en santé publique.

À la ministre des solidarités et de la santé,

R9. mettre en œuvre une évaluation du déploiement et des résultats de la NFP :

- mettre en place des outils de suivi qualitatif et quantitatif afin de mesurer le niveau de déploiement, les freins observés à la mise en œuvre, l'acceptabilité et l'impact de la NFP ;
- diligenter une mission d'évaluation dans les cinq ans qui suivent sa mise en place.

ANNEXE 1 : RÉPONSE DE LA CNIL



La Présidente

Monsieur Patrick YENI
Président
Conseil national du sida et des hépatites virales
CNS
39-43 quai André Citroën
75902 – PARIS CEDEX 15

Paris, le **20 SEP. 2017**

N/Réf. : IFP/NBA/SA171147

Saisine n° 17013480

(À rappeler dans toute correspondance)

Monsieur le Président,

Vous avez saisi la Commission nationale de l'informatique et des libertés d'une demande de conseil relative aux conditions dans lesquelles pourrait être envisagée une démarche formalisée de notification aux partenaires des infections sexuellement transmissibles (IST) diagnostiquées. Il s'agit d'aider les personnes nouvellement diagnostiquées à prévenir leurs partenaires sexuels qu'ils ont été exposés à une IST afin de les inciter à réaliser un dépistage.

La notification aux partenaires est un sujet complexe qui soulève de nombreuses questions aussi bien juridiques, éthiques que médicales ou sociales. Un de ses enjeux porte sur la conciliation entre, d'une part, les intérêts de santé publique et, d'autre part, le respect des droits des personnes concernées, en particulier en matière de protection des données à caractère personnel.

Vous envisagez plusieurs modalités de notification :

- une notification par le patient dit « index » : le patient procède lui-même à la notification à son/ses partenaire(s) ;
- une notification par le professionnel de santé ou de l'accompagnement : le professionnel procède à la notification du/des partenaire(s) que lui a indiqué(s) le patient ;
- une notification conjointe : le professionnel de santé ou de l'accompagnement et le patient index informent ensemble le(s) partenaire(s) concernés.

Au regard de la protection des données, deux cas de figure doivent être distingués.

En premier lieu, lorsque le patient procède lui-même (modalité 1), ou conjointement avec le professionnel de santé ou de l'accompagnement (modalité 3), à la notification de son (ses) partenaire(s) par ses propres moyens, la loi « informatique et libertés » n'a pas vocation à s'appliquer ; aucun fichier n'est, en effet, constitué à cette fin. Dans ces hypothèses, la constitution par le professionnel - dont le seul rôle est d'aider et d'accompagner le patient index - d'une liste de personnes à notifier ne me paraît, en première analyse, pas légitime.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 - 01 53 73 22 22 - www.cnil.fr

Les données à caractère personnel nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL définies par la loi sont conservées dans des fichiers réservés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits d'accès, de rectification et d'opposition en s'adressant au correspondant Informatique et Libertés (CIL) de la CNIL via le formulaire prévu à cet effet sur cnil.fr ou par courrier postal.

Dans le cas où un outil informatique est proposé au patient « index » (envoi de courriers électroniques, de SMS, etc.), ce dernier constituerait un traitement de données à caractère personnel, soumis aux dispositions de la loi, notamment à celles relatives aux données dites « sensibles » au sens de l'article 8 (données relatives à la santé et données relatives à la vie sexuelle). Si le traitement est, d'une part, nécessaire aux fins de la médecine préventive, des diagnostics médicaux, de l'administration de soins ou de traitements, ou de la gestion de services de santé et, d'autre part, mis en œuvre par un membre d'une profession de santé ou une personne soumise au secret professionnel, il devra faire l'objet d'une déclaration normale auprès de la Commission par l'autorité qui le proposera.

A défaut, ce traitement devra faire l'objet d'une autorisation spécifique de la Commission, sur le fondement de l'intérêt public, conformément à l'article 8-IV et 25-I-1° de la loi.

Dans ces deux cas de figure, une attention particulière doit être accordée, d'une part, à la durée de conservation des données qui devra être limitée au temps nécessaire à la notification du (des) partenaire(s) et, d'autre part, à la mise en place de mesures de sécurité adaptées à la nature et aux risques présentés par le traitement afin de préserver l'intégrité et la confidentialité des données collectées.

Sur ce dernier point, des précautions particulières doivent être prises afin de préserver la confidentialité des informations transmises ; à ce titre, il conviendra de s'assurer, d'une part, que le destinataire sera sans aucun doute la personne concernée et, d'autre part, que celui-ci sera le seul et unique destinataire du message. Ainsi, une notification par courrier électronique à une adresse susceptible d'être utilisée par une personne autre que le partenaire (ex : familledupont@gmail.fr) devra être exclue. A cet égard, le professionnel de santé ou de l'accompagnement devra jouer un rôle essentiel en ce qui concerne l'accompagnement du patient quant aux moyens utilisés pour adresser la notification à un partenaire.

La loi fait obligation d'informer la personne contactée des mentions prévues à son article 32. Le message adressé devra l'informer d'une façon concise, transparente et compréhensible du traitement de données réalisé. Il conviendra également de préciser que ses données n'ont été utilisées qu'une seule fois, pour lui adresser la notification, et ne seront pas conservées à son issue.

En second lieu, vous envisagez l'hypothèse d'une notification directement par un professionnel de santé ou de l'accompagnement (modalité 2) ; vous relevez que cette modalité de notification ne peut être mise en œuvre en l'état actuel de la législation relative au secret médical.

Dans l'hypothèse d'une évolution législative en la matière, il convient d'assurer la conformité de ce dispositif avec les principes relatifs à la protection des données. Je relève que le professionnel recueille, auprès du patient « index », toute « *information utile au bon déroulement de la notification ainsi que les données de contact disponibles* » du (des) partenaire(s). Il en ressort que le professionnel est amené à traiter des données « sensibles » relatives à des tiers (données concernant la santé, données relatives à la vie sexuelle).

Comme évoqué précédemment, un tel traitement de données à caractère personnel devra faire l'objet de formalités préalables prévues par la loi auprès de notre Commission.

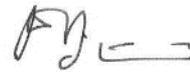
Lorsque les données à caractère personnel n'ont pas été initialement recueillies auprès de la personne concernée, le responsable de traitement doit procéder à l'information des personnes quant au traitement de ses données dès leur enregistrement. Cette disposition doit conduire le professionnel à contacter le (les) partenaires (s) dès que les données auront été collectées.

A cette occasion, la durée de conservation doit leur être communiquée ; celle-ci devra rester extrêmement courte, voire se limiter au seul appel. Ainsi, les données à caractère personnel ne doivent pas, en principe, être conservées à l'issue de l'opération de notification du (des) partenaire(s).

Une attention toute particulière devra également être apportée concernant la sécurité des informations collectées dans ce cadre.

Mes services (M. Thomas DAUTIEU, directeur adjoint de la direction de la conformité, tdautieu@cnil.fr et Mme Nacera BEKHAT, juriste au service de la santé, nbekhat@cnil.fr) se tiennent à votre disposition pour toute information complémentaire.

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



Isabelle FALQUE-PIERROTIN

ANNEXE 2 : RÉPONSE DU CNOM



ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

Docteur Patrick BOUET

Président

Monsieur le Professeur Patrick YENI
CN Sida
Conseil National du Sida et des hépatites virales
39 - 43 quai André Citroën
75902 Paris Cedex 15

Paris, le 19 Décembre 2017

CBG/CM/SP R.
Contact : Madame Cécile BISSONNIER-GILLOT - ☎ 01 53 89 32 58
E-mail : bissonnier.cecile@cn.medecin.fr

Objet : Notification aux partenaires

Monsieur le Président et Cher Confrère,

Le Conseil national de l'Ordre des médecins, réuni en Session le vendredi 15 décembre, a pris connaissance du dossier sur la notification aux partenaires pour lequel vous avez souhaité recueillir son avis.

Notre Institution a bien compris que la situation épidémiologique en France demeure préoccupante et que les stratégies actuelles de prévention et de dépistage montrent des limites ; d'où le souhait du CNSida de promouvoir et de formaliser la notification au (x) partenaire (s) en France afin de leur permettre de bénéficier d'un dépistage, de conseils et d'une prise en charge médicale appropriée.

Les Sections Ethique et Déontologie et Santé publique et Démographie médicale qui ont présenté le dossier en Session ont réaffirmé la nécessité de renforcer la prévention et d'éviter la propagation des infections diagnostiquées.

Le médecin doit jouer un rôle majeur de persuasion à l'égard de son patient en l'encourageant à échanger sur sa maladie avec son ou ses partenaires.

Il peut proposer à son patient, qui a informé son partenaire de la situation, de les recevoir dans son cabinet dans le cadre d'une consultation médicale.

En revanche, après un vote en Session plénière, le Conseil national de l'Ordre des médecins a émis un avis négatif sur le procédé de notification qui consisterait en l'intervention du médecin auprès des partenaires du patient index quel que soit le procédé de notification envisagé (écrit, oral, anonyme ou non).

Le Conseil national de l'Ordre des médecins réaffirme, par sa décision, le principe selon lequel, quel que soit le diagnostic établi, le médecin est tenu au secret médical.

Je vous prie de croire, Monsieur le Président et Cher Confrère, à l'assurance de mes salutations les meilleures.

Docteur Patrick BOUET

180, boulevard Haussmann - 75389 Paris CEDEX 08
Tél. 01.53.89.32.00 - Fax : 01.53.89.32.01
<http://www.conseil-national.medecin.fr>

ANNEXE 3 : ESTIMATION DES BESOINS EN PERSONNEL POUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'ACTIVITÉ DE NFP DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Les estimations d'incidence des IST prises en charge dans le secteur public sont dérivées de la proportion des tests positifs d'IST provenant des laboratoires publics. Le nombre de nouveaux cas d'herpès génital pris en charge dans le secteur public n'a pu être apprécié.

1. Estimations d'incidences des IST bactériennes Chlamydia et gonocoque

- Estimation 2012 :

(La Ruche G, Le Strat Y, Fromage M, Berçot B, Goubard A, de Barbeyrac B, et al. Incidence of gonococcal and chlamydial infections and coverage of two laboratory surveillance networks, France, 2012. Euro Surveill. 2015 ;20(32) : 6-15) Chlamydia : 20 848 cas en laboratoires publics.

Gonocoque : 4 058 cas en laboratoires publics.

- Mise à jour 2015 :

Chlamydia : +10%, soit 22 933

Gonocoque : +60%, soit 6 493

2. Estimation des Syphilis récentes

Nombre de cas similaires au nombre des gonococcies dans le réseau ResIST, donc par projection 6493

(Ndeikoundam N, Viriot D, Fournet N, De Barbeyrac B, Goubard A, Dupin N, et al. Les infections sexuellement transmissibles bactériennes. En France : situation en 2015 et évolutions récentes. Bull Epidémiol Hebd. 2016 ; (41-42) : 738-44.

http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/41-42/2016_41-42_1.html)

3. Estimations VIH 2015

Environ 6 000 découvertes de séropositivité.

(On considère que tous les cas font l'objet d'une consultation en milieu hospitalier)

Co-infections avec IST bactériennes (qui donneront lieu à une notification commune) : 14,6% : 876

(Lot F, Cazein F, Pillonel J, Ndeikoundam N. Co-infections par les IST lors de la découverte de la séropositivité VIH, France, 2012- 2016. Bull Epidémiol Hebd. 2017 ; (29-30) : 596-600.

http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/29-30/2017_29-30_1.htm)

4. Estimations Hépatite B

- Hépatite B symptomatique : nombre faible

291 cas estimés en 2013, valeur non prise en compte.

- Découverte d'Antigène HBs : 15 000 cas dans les laboratoires publics en 2013 (non actualisé ; on considère que tous les cas font l'objet d'une consultation en milieu hospitalier)

(Brouard C, Pioche C, Léon L, Lot F, Pillonel J, Larsen C. Incidence et modes de transmission de l'hépatite B aiguë diagnostiquée en France, 2012-2014. Bull Epidémiol Hebd. 2016 ; (13-14) :237-43. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/13-14/2016_13-14_3.html)

(Pioche C, Léon L, Larsen C, Lot F, Pillonel J, Brouard C. Dépistage des hépatites B et C en France en 2013, enquête LaboHep. Bull Epidemiol Hebd. 2015 ; (26-27) :478-84. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/26-27/2015_26-27_1.html)

5. Au total, dans le secteur public

Chlamydia : 22 900

Gonocoque : 6 493

Syphilis récente : 6 493

VIH : 5 124

Hépatite B (AgHBs) : 15 000

Total : 56 000 démarches de notifications à prévoir dans les établissements publics

6. Estimation des besoins en personnel pour la mise en œuvre de l'activité de NFP dans les établissements publics

Si on estime à 75-90 % le pourcentage des propositions de notification qui seront acceptées par les patients, environ 42 000 à 50 000 accompagnements par an sont à prévoir. Si l'on considère un temps d'accompagnement par diagnostic de 30 à 60 minutes, le volume horaire global serait de 21 000 à 50 000 heures. L'estimation ne tient pas compte des besoins en formation des personnels ni des besoins spécifiques en phase d'amorçage du dispositif. Néanmoins, le volume horaire global, même majoré pour répondre à ces besoins, apparaît modeste en regard du volume global d'activité des structures de dépistage et de prise en charge des IST.

ANNEXE 4 : REMERCIEMENTS ET LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

Le Conseil national du sida et des hépatites virales remercie vivement les personnes qui ont bien voulu apporter leur contribution à sa réflexion dans le cadre de ses auditions :

18/03/2016

- Catherine TOURETTE-TURGIS, professeur des universités en sciences de l'éducation, Université Pierre et Marie Curie, Paris.
- Jérôme ANDRE, président de l'association HF Prévention.
- Laurent MANDELBROT, médecin gynécologue-obstétricien, professeur des universités-praticien hospitalier, chef de pôle, chef de service, Hôpital Louis-Mourier, Colombes.

31/03/2016

- Chantal VERNAY-VAISSE, médecin dermatologue, service prévention santé en faveur des jeunes et des adultes, direction de la PMI et de la santé publique du conseil départemental des Bouches-du-Rhône, Marseille.
- Nelly REYDELLET, chef de service, Le Checkpoint / association Le Kiosque Infos Sida & Toxicomanie, Paris.
- Stéphane MOREL, chargé de mission santé sexuelle, association Aides, Pantin.
- Christian LE GALLIC, association Aides, Pantin.
- Fabrice BOUSCARAT, médecin dermatologue, praticien hospitalier, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris.
- Michel OHAYON, médecin sexologue, directeur médical, centre de santé Le 190, Paris.

12/04/2016

- Jacques SCHUURMAN, directeur par intérim, CAARUD YOZ, association SOS Hépatites Champagne-Ardenne, Charleville-Mézières.

13/04/2016

- Robert MATRA, médecin, centre départemental de prévention santé (CDPS), Saint-Denis ; centre d'accueil, de soins et d'orientation (CASO), association Médecins du Monde, La Plaine-Saint-Denis.
- Sarah DUROCHER, conseillère conjugale, CPEF Planning Familial 45, Orléans ; membre du bureau national, Mouvement français pour le planning familial, Paris.

Le Conseil tient également à remercier la Commission nationale de l'informatique et des libertés ainsi que le Conseil national de l'Ordre des médecins, pour l'éclairage précieux qu'ont apporté leurs réponses au document de consultation que leur a soumis le CNS le 16 juin 2017.

AMÉLIORER LA RIPOSTE CONTRE LA PANDÉMIE DE VIH DANS LE CADRE DYNAMIQUE DE LA SANTÉ MONDIALE - NOTE VALANT AVIS #1

La présente *Note valant Avis* a été adoptée par le Conseil national du sida et des hépatites virales, réuni en séance plénière le 18 avril 2019, à l'unanimité des membres présents ou représentés.

MEMBRES DE LA COMMISSION « FONDS MONDIAL »

- Gilles RAGUIN, *président de la commission*
- Christiane COUDRIER
- Hugues FISCHER
- Alexandre LINDEN
- Georgia ROEHRICH
- Christine ROUZIOUX
- Marie SUZAN-MONTI
- Liliane VANA
- Patrick YENI

RAPPORTEUR

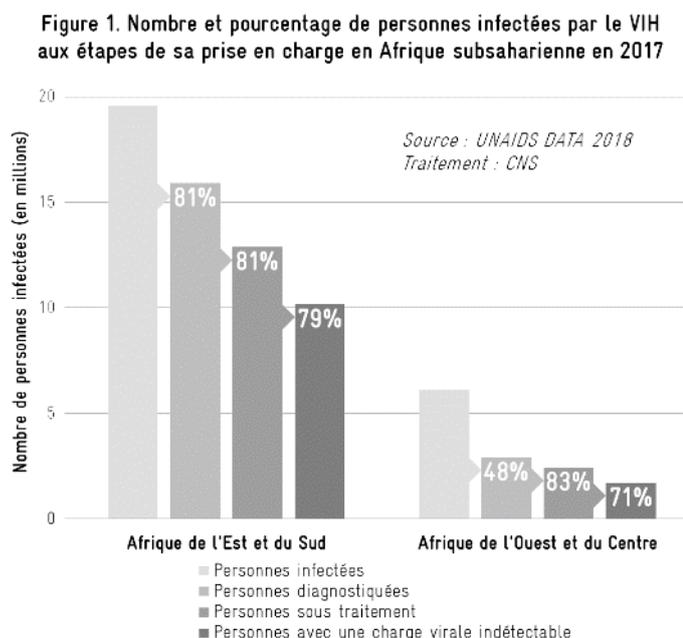
- Laurent GEFFROY

La France accueillera la 6^e Conférence de reconstitution du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme à Lyon, le 10 octobre 2019. À cette occasion, le Conseil national du sida et des hépatites virales se saisit des enjeux de la riposte mondiale contre le VIH/sida. Alors que ses progrès marquent le pas, la mobilisation internationale en faveur de la santé mondiale se précise. Les initiatives prises pour l'atteinte des objectifs de développement durable peuvent constituer des opportunités pour améliorer la riposte contre la pandémie de VIH. Un premier Avis du Conseil dresse un état des lieux contrasté de la lutte contre le VIH/sida et de son financement et suggère de renforcer le positionnement français dans ce domaine et celui de la santé mondiale.

POINTS FORTS

- Le Fonds mondial, avec d'autres organisations, a contribué à la mobilisation de ressources d'une ampleur inégalée et a obtenu des résultats significatifs. L'accroissement des financements de sources internationales et nationales depuis 2002 a permis la hausse consécutive de l'**accès aux traitements** antirétroviraux, la **baisse de l'incidence** de l'infection par le VIH et la **baisse des décès** liés au sida.

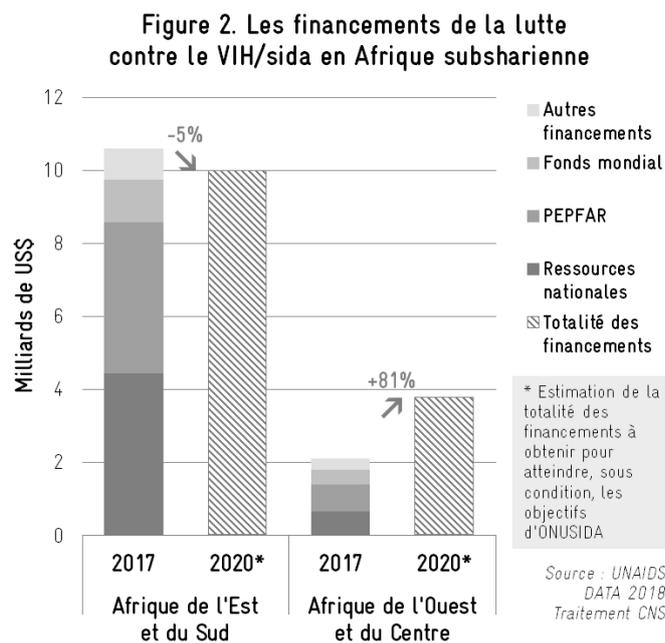
- Malgré ces progrès, **l'accès à une offre de prévention, de dépistage et de prise en charge de qualité est restreint**. La faiblesse des systèmes de santé et les atteintes aux droits humains majorent les difficultés. Les objectifs de l'ONUSIDA pour 2020 – 90 % des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) connaissant leur statut sérologique, 90 % de celles-ci sous traitement, 90 % des personnes traitées avec une charge virale indétectable – ne seront pas atteints. En Afrique de l'Ouest et du Centre, qui comptait en 2017 un cinquième des nouvelles infections par le VIH, 48 % seulement des PVVIH connaissaient leur statut sérologique (Cf. Figure 1).



- La mobilisation de ressources financières reste déterminante** pour accélérer la riposte contre le VIH/sida et répondre à l'accroissement de besoins inflationnistes, en l'absence de guérison du VIH. Dans son argumentaire d'investissement, le Fonds mondial demande la mobilisation d'un minimum de 14 milliards US\$ pour mettre en œuvre ses programmes entre 2021 et 2023. Pour autant, si ce montant est atteint et si les financements nationaux continuent de progresser à un rythme soutenu, l'ensemble des besoins ne sera pas couvert.
- Le recours à des gains d'efficacité est indispensable**. Les actions de lutte contre le VIH/sida doivent, en particulier, davantage s'inscrire dans le cadre de la santé mondiale et privilégier une approche (i) transversale qui œuvre au **renforcement des systèmes de santé** et à la **couverture santé universelle**, (ii) **intégrée avec d'autres initiatives** de lutte contre des maladies transmissibles et non transmissibles, (iii) **coordonnée avec les autres initiatives** poursuivies par les organisations internationales et régionales de santé.
- En regard de ces enjeux, le Conseil national du sida et des hépatites virales adresse **quatre recommandations aux pouvoirs publics**. La France doit **accroître sa contribution triennale** au Fonds mondial, en cohérence avec l'augmentation de son aide publique au développement et susciter la participation de nouveaux bailleurs. En contrepartie, la France doit obtenir du Fonds mondial **des précisions sur son argumentaire d'investissement** et **des engagements d'évolution** s'agissant de la mise en œuvre de ses programmes, de l'élaboration de sa prochaine stratégie, du périmètre de sa mission. Plus largement, en concertation avec ses partenaires notamment européens, la France doit **davantage affirmer ses priorités** dans le cadre de l'agenda de la santé mondiale 2019 – G7, G20 et groupe d'Oslo notamment. (Voir le détail des recommandations en pages 8 et 9).

LA CONTRIBUTION DÉTERMINANTE DES FINANCEMENTS INTERNATIONAUX À LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

Les financements internationaux alloués à la lutte contre le VIH/sida ont contribué à développer une riposte d'ampleur que ni les pays frappés par l'épidémie, ni les organisations internationales n'auraient pu bâtir seuls. L'exceptionnalisme de la riposte a reposé sur trois piliers (i) des financements internationaux verticaux (*i.e.* dédiés à la lutte contre des pathologies), alloués par les États et les organisations philanthropiques pour couvrir des interventions dans les pays à revenu faible et intermédiaire, (ii) des services de prévention, de dépistage et de dispensation, (iii) une gouvernance exercée par un programme *ad hoc*, patronné par dix instances du système des Nations Unies, ONUSIDA, en charge de la coordination mondiale de la lutte contre le VIH/sida.



Les instruments financiers internationaux créés au début des années 2000 ont prouvé leur efficacité. Le programme américain *President's Emergency Plan for AIDS Relief* (PEPFAR), celui de la Banque mondiale (*Multi Country AIDS Program*), l'initiative Unitaid et le Fonds mondial sont parvenus à mobiliser des ressources d'un niveau significatif pour financer la lutte contre les pandémies. Depuis leur création, le Fonds mondial a consacré plus de 40 milliards US\$ au financement de programmes menés dans 120 pays tandis que le PEPFAR a consenti plus de 80 milliards US\$, soit au titre de l'aide bilatérale qui représente environ les 4/5 des financements décaissés, soit au titre

d'une contribution au Fonds mondial. L'Afrique de l'Est et du Sud (AES) a été particulièrement soutenue par le PEPFAR qui contribuait, via son canal bilatéral, à 39 % des financements disponibles pour la région en 2017 (*Cf.* Figure 2). Au total, près de la moitié des financements internationaux dans le champ de la santé mondiale ont été alloués à la lutte contre les trois pandémies.

Ces instruments financiers ont contribué à l'accroissement des ressources, dans un contexte marqué par l'attrition des contributions versées par les États aux organisations spécialisées des Nations Unies comme l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Alors que plusieurs États donateurs avaient mis en place une politique de croissance nulle de leurs contributions – en volume dans les années 1980 et en valeur nominale dans la décennie suivante – les instruments financiers ont permis d'accroître et de pérenniser l'aide publique au développement (APD) dans le champ de la lutte contre le VIH/sida et les autres pandémies. Le montant des financements des États donateurs et de l'Union européenne (UE) alloués à la lutte contre le VIH/sida a été multiplié par plus de six entre 2002 et 2008. Si celui-ci a stagné depuis – il atteignait 8,1 milliards US\$ en 2017, soit 38 % du financement total disponible – les instruments financiers suscitent toujours l'adhésion et la confiance des bailleurs.

La mobilisation internationale a aussi permis de dégager des ressources financières nouvelles.

D'une part, elle a suscité la mise en place de financements privés qui, à l'instar de la Fondation *Bill and Melinda Gates* ou de la *Red Campaign*, sont des contributeurs fidèles des instruments verticaux. Le Fonds mondial a perçu entre 2002 et 2018 un total de 2,7 milliards USD de la part de ses partenaires privés. D'autre part, elle a exercé un effet levier sur les financements nationaux alloués par les pays récipiendaires à leurs politiques de santé. Si la part relative des budgets consentis à des missions santé dans le budget général des pays d'Afrique n'a pas atteint la part de 15 % prévue par la résolution des Nations Unies d'Abuja de 2001, celle-ci a connu une tendance haussière quasiment ininterrompue depuis 2002. Entre 2000 et 2016, les dépenses de santé ont augmenté de 6 % dans les pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure dans un contexte de croissance économique inférieure à 5 %.

Les résultats obtenus grâce à l'ensemble des sources de financement sont significatifs. En matière de lutte contre le VIH/sida, la hausse conséquente de l'accès aux ARV, la baisse de l'incidence de l'infection et la baisse des décès liés au sida - de moitié depuis 2006 - témoignent des progrès accomplis. Entre 2010 et 2017, le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) qui ont bénéficié d'un traitement ARV a augmenté d'environ huit millions, les nouvelles infections par le VIH ont diminué d'environ 16 % chez les adultes et de 35 % chez les enfants et les décès liés au sida ont été réduits d'environ un tiers. Les progrès ont été particulièrement significatifs en AES, qui compte 53 % des 37 millions de PVVIH dans le monde. Dans cette région, une baisse de 30 % des nouvelles infections par le VIH et une réduction de 42 % des décès liés au sida ont été obtenus. Plus globalement, le nombre de nouvelles infections est en diminution dans toutes les régions du monde depuis 2010, excepté en Europe de l'Est et en Asie centrale.

DES OBSTACLES À LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA QUI PEINENT À ÊTRE LEVÉS

En dépit des progrès obtenus, la lutte contre le VIH/sida présente des faiblesses, aux différents stades de sa prise en charge. L'ONUSIDA a promu les objectifs « 90-90-90 » à atteindre en 2020 : 90 % des PVVIH connaissant leur statut ; 90 % de ces dernières sous ARV ; 90 % des personnes traitées présentant une charge virale indétectable. En 2017, 75 % des PVVIH connaissaient leur statut, 79 % de ces dernières bénéficiaient d'un traitement ARV et 81 % des personnes sous traitement présentaient une charge virale indétectable.

Les progrès enregistrés en matière de dépistage et de prévention sont contrastés. Entre 2015 et 2017, le nombre de PVVIH qui ignoraient leur statut sérologique est passé du tiers au quart. Toutefois, de fortes disparités subsistent entre régions et pays du monde. En Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC), région qui comptait en 2017 un cinquième des nouvelles infections, seulement 48 % des personnes infectées connaissaient leur statut sérologique (*Cf. Figure 1*)¹³¹. Cette proportion tombait à 38 % au Nigeria, 33 % en Mauritanie et 32 % au Congo. Dans ces pays, les actions de dépistage sont insuffisamment promues et adaptées au contexte local, alors que des modalités diversifiées devraient être mises en place, au sein des établissements, par des pairs, dans le cadre d'une offre mobile, etc. De même, l'offre de prévention touche insuffisamment les personnes concernées, notamment les programmes d'éducation à la santé et de prévention primaire. Les actions de prévention

¹³¹ Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap Vert, Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée-Equatoriale, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, République Centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Sierra Leone, Tchad et Togo.

ciblée qui associent une combinaison d'options éprouvées – préservatifs, circoncision masculine médicale volontaire, prophylaxie pré-exposition et thérapie antirétrovirale pour l'ensemble des PVVIH – sont réservées soit à des villes à revenu élevé, soit à des territoires, en particulier en AES, qui ont servi d'incubateurs d'innovation pour les chercheurs, ou de programmes pilotes pour les bailleurs.

La qualité de la prise en charge des PVVIH demeure en deçà des exigences requises. Si le prix des traitements a significativement diminué dans le cadre d'accords de licence – le coût d'un traitement par dolutégravir est inférieur à 75 US\$ par patient et par an, dans des pays qui rassemblent 94 % des adultes vivant avec le VIH des pays à revenu limité – induisant une extension de leur accès, une large majorité de PVVIH demeure privée de traitement dans plusieurs pays. En outre, l'accès aux molécules plus récentes et mieux tolérées ainsi qu'à la mesure de la charge virale pour le suivi thérapeutique des personnes sous ARV apparaissent insuffisants alors que ces accès devraient être favorisés, en particulier dans le contexte d'accroissement des résistances aux ARV de première ligne, pris en compte par l'OMS dans son Plan d'action mondial en 2016. En effet, dans six pays parmi un panel de onze pays, 10 % des PVVIH présentaient plusieurs formes de résistance aux traitements recommandés par l'OMS. Enfin, l'accès à la prise en charge des pathologies opportunistes demeure largement insuffisant. La diminution de la mortalité liée au sida est faible alors que la mortalité devrait être divisée par deux d'ici 2020, soit 500 000 décès évités.

Plus globalement, les actions de lutte contre le VIH/sida pâtissent d'un environnement dégradé. La fragilité des infrastructures de santé et de leurs équipements, la faiblesse des ressources humaines, en particulier le déficit de compétences et leur inégale répartition sur les territoires, la lenteur des processus d'approvisionnement des médicaments, voire leur rupture, la pénétration de médicaments sous-standards (*i.e.* de qualité inférieure) ou de médicaments falsifiés, dégradent la qualité de la prise en charge. En outre, la stigmatisation et la discrimination subies par les PVVIH et les populations clés exposées au risque d'infection par le VIH¹³², et favorisées par des dispositions pénales¹³³, majorent les difficultés. Enfin, les obstacles rencontrés par les migrants, les réfugiés ou les demandeurs d'asile, les populations déplacées et, plus largement, les inégalités de revenu et de richesse – les pays qui présentent la plus forte prévalence du VIH sont parmi les pays les plus inégalitaires du monde – et les inégalités sociales et territoriales d'accès aux services, notamment de santé, renforcent les facteurs d'exposition aux risques.

Dans ce contexte, l'éradication de l'épidémie de VIH, promise à l'horizon 2030 au titre des objectifs de développement durable (ODD), est compromise. De nombreuses régions du monde ont accumulé un retard important, en regard de l'atteinte des cibles, que les plans de rattrapage ne parviendront pas à combler. Les difficultés de mise en œuvre des autres ODD, en particulier ODD n° 4 (« éducation de qualité »), n° 5 (« égalité entre les sexes »), n° 10 (« réduction des inégalités »), n° 16 (« sociétés inclusives ») limitent les marges de progression, quelle que soit l'intensité de la riposte. D'autres régions sont en mesure d'atteindre les cibles 90-90-90 dans le calendrier défini par ONUSIDA mais ces résultats ne

¹³² Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnels du sexe, les personnes transgenres, les usagers de drogues injectables et les personnes incarcérées et les autres détenus.

¹³³ Sont notamment concernées : (i) les dispositions pénales à l'encontre du travail du sexe et des relations de nature sexuelle et contractuelle entre personnes de même sexe, dont se sont dotées un grand nombre d'États africains, parfois récemment comme au Nigéria, (ii) les lois spécifiques ou de droit commun dont l'application entraîne des poursuites pénales à l'encontre de PVVIH, (iii) les dispositions sur le consentement parental et du conjoint, s'agissant de l'exposition des femmes et des filles, déjà fragilisées par l'accès limité des jeunes femmes aux préservatifs et des femmes non mariées aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR) dans de nombreuses régions du monde

constituent pas une garantie d'éradication de l'épidémie en 2030 comme le montrent plusieurs modélisations concernant par exemple le Botswana.

LA NÉCESSITÉ DE MOBILISER DES RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES POUR LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

En réponse, les instruments financiers internationaux ont favorisé des approches différenciées tenant compte de l'environnement dégradé des pays. Le Fonds mondial, en particulier, a contribué, ponctuellement et à la demande de pays, au financement de programmes de renforcement des systèmes de santé (RSS). Les programmes éthiopien d'extension des services de santé en zone rurale et rwandais de renforcement des ressources humaines de santé, en partenariat avec le PEPFAR, sont les deux principaux programmes soutenus dans la première décennie 2000. D'autres programmes, depuis, ont été financés dans un nombre limité de pays. En outre, le Fonds mondial a promu plusieurs dispositifs adaptés aux spécificités des pays : investissements catalytiques en faveur des populations-clés et vulnérables, politiques relatives aux environnements opérationnels complexes, politiques d'ajustement des financements, politiques de transition pour accompagner des pays à revenu intermédiaire. Enfin le Fonds mondial a conclu des accords de coopération et de financement avec d'autres organisations internationales afin répondre à des enjeux spécifiques, l'UNICEF et plus récemment, en 2017, le Haut-commissariat pour les réfugiés et l'OMS.

Les instruments financiers ont aussi contribué à pérenniser les financements. Des cycles budgétaires pluriannuels, d'autorisation des ressources pour le PEPFAR, de mobilisation de ressources pour le Fonds mondial, sont en place. Aux États-Unis, le Congrès a autorisé la continuation des programmes du PEPFAR dans le cadre d'un cycle quinquennal jusqu'en 2023 (*PEPFAR Extension Act of 2018*). Les financements du précédent cycle quinquennal avaient atteint 33 milliards US\$. S'agissant du Fonds mondial, il dispose de ressources – environ 4 milliards US\$ par an – pour financer ses programmes jusqu'en 2020, date de la prochaine collecte de fonds.

Pour autant, le maintien voire l'accroissement des financements internationaux n'est pas acquis. Depuis 2013, l'APD des trente États membres du comité d'aide au développement de l'organisation de coopération et de développement économiques stagne autour de 0,30 % du revenu national brut (RNB) des États et l'investissement direct étranger dans les pays en développement chute. En outre, les données liminaires de l'APD pour 2018 indiquent une baisse de 3% de l'APD bilatérale aux pays les moins avancés (PMA) et de 4% de l'APD à l'Afrique. La stagnation de la progression de l'enveloppe de l'APD pourrait entraîner une compétition accrue entre les instruments financiers internationaux dont le nombre s'accroît¹³⁴ et induire une baisse des dons alloués à plusieurs de ces organismes.

Et si les financements nationaux connaissent une croissance continue, leur niveau reste faible. Les dépenses de santé dans les pays à revenu faible avoisinaient 100 US\$ par personne, montant à comparer avec la dépense médiane dans l'ensemble des pays, qui atteignaient 2 000 US\$ en 2016. Par ailleurs, de réelles disparités subsistent entre les pays du point de vue de leurs ressources nationales allouées à la lutte contre le VIH/sida. En AOC, celles-ci ne dépassent pas 31 % des ressources totales contre 41 % en AES (*Cf. Figure 2*). En outre, si dans certains pays les dépenses de santé augmentent, la fragilité des États est telle que les pays ne sont pas en mesure d'absorber les financements internationaux.

¹³⁴ Par exemple *Global Alliance for Vaccines and Immunization, Global Financing Facility, Green Climate Fund, International Development Association, African Development Bank*

L'augmentation des ressources nationales reste insuffisante pour financer les programmes à la hauteur des besoins et couvrir les dépenses à la charge des PVVIH. L'ONUSIDA estime par exemple que la riposte contre le VIH/sida devrait bénéficier de ressources supplémentaires de 5 milliards US\$ afin d'atteindre une couverture universelle en termes de prévention et de traitement. Cet apport supplémentaire apparaît variable entre les régions. Ainsi, en 2020, si le niveau estimé des ressources à réunir pour l'AES devrait être équivalent à celui de 2017, celui estimé pour l'AOC devrait pratiquement doubler afin de permettre, sous réserve, au surplus, de réaliser des gains d'effectivité et d'efficacité, l'atteinte des objectifs fixés par l'ONUSIDA (Cf. Figure 2).

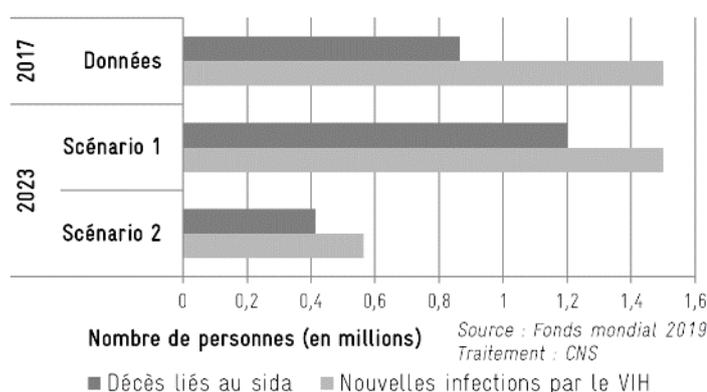
Au-delà, pour les années à venir, le besoin de financements nouveaux est patent. La croissance démographique dans les zones touchées par le VIH/sida – l'Afrique subsaharienne comptera une proportion de moins de 35 ans trois fois plus élevée dans vingt ans – souligne la nécessité d'un accroissement des ressources pour préserver les ratios de dépenses par personne. Par ailleurs, la pyramide des âges des PVVIH sous ARV à vie suggère un accroissement des besoins en traitement au moins jusqu'en 2030, en dépit de la baisse attendue du nombre de personnes nouvellement infectées.

UN ARGUMENTAIRE D'INVESTISSEMENT DU FONDS MONDIAL MOBILISATEUR MAIS QUI DEVRA ÊTRE PRÉCISÉ

Dans ce contexte, le Fonds mondial a présenté un argumentaire d'investissement qui précise une cible de ressources à atteindre.¹³⁵ Afin de financer ses actions au cours du triennal 2021-2023, l'organisation souhaite rassembler un minimum de 14 milliards US\$, dont 4 milliards pour le financement du RSS. Cette cible est en augmentation de 8 % par rapport à la précédente promesse, obtenue lors de la 5^e conférence de reconstitution des ressources à Montréal en 2016, et de 16 % par rapport au montant des ressources effectivement collectées à la suite de cette conférence. Les experts indépendants du réseau de promoteurs du Fonds mondial ont, pour leur part, estimé qu'un montant de 16,8 à 18 milliards US\$ était à la hauteur des besoins.

L'atteinte de la cible est cruciale pour le Fonds mondial. S'agissant de la lutte contre le VIH/sida qui mobilise 54 % de ses ressources, elle devrait produire des résultats tangibles, sous plusieurs conditions fixées par le Fonds mondial : (i) une augmentation des financements nationaux de 48 % au cours de la période de mise en œuvre des programmes, (ii) un maintien des autres financements internationaux et régionaux autour de 18 milliards US\$ pour le VIH, (iii) un accroissement de l'innovation, de la collaboration, sous l'égide de l'OMS, et une mise en œuvre plus rigoureuse. Sous ces conditions (Cf. Figure 3, scénario 2), le nombre de nouvelles infections par le VIH serait réduit de 61 % et le nombre de décès de 52 % entre 2017 et

Figure 3. Scénarii d'évolution de la pandémie de VIH selon les ressources allouées au Fonds mondial



¹³⁵ Fonds Mondial, *Accélérons le Mouvement. Argumentaire d'investissement pour la sixième reconstitution des ressources*, 2019. <https://www.theglobalfund.org/fr/stepupthefight/>

2023. *A contrario*, en cas de maintien des financements à leur niveau de 2017 (Cf. Figure 3, scénario 1), le nombre de nouvelles infections ne diminuerait pas et le nombre de décès augmenterait. Il faut noter, enfin, que l'atteinte de la cible ne sera pas de nature à couvrir l'ensemble des besoins au cours de la période 2021-2023, le Fonds mondial évaluant un besoin de 10 milliards US\$ supplémentaires pour la lutte contre le VIH/sida, si les conditions précisées au scénario 2 sont réunies.

Si le modèle prédit des résultats encourageants, il ne pose pas moins plusieurs questions, indépendamment des objections relatives à la méthodologie ou à la transparence des données utilisées. Ainsi, il (i) s'appuie sur une estimation de l'accroissement des ressources nationales très favorable, (ii) ne quantifie pas les gains induits par l'accroissement de l'innovation, de la collaboration et d'une mise en œuvre plus rigoureuse des programmes, (iii) ne précise pas *a contrario* les actions pour lesquelles le Fonds mondial ne peut obtenir de gain d'efficacité compte tenu de l'environnement (iv) ne présente pas de cibles régionales d'impact, alors que les spécificités régionales sont patentées et que le premier des quatre axes de sa stratégie 2017-2022 prévoit de mettre en œuvre une approche différenciée (v) ne précise pas les modalités du financement du RSS, deuxième axe de la stratégie, (vi) ne mentionne pas le montant alloué aux actions de promotion et de protection des droits humains et de l'égalité de genre, troisième axe de sa stratégie.

UNE STRATÉGIE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA QUI S'INSCRIT DANS LE CADRE DE LA SANTÉ MONDIALE

La stratégie de lutte contre le VIH/sida est aujourd'hui l'objet d'un réexamen afin de gagner en efficacité dans le contexte renouvelé de la santé mondiale. Le rapport du *Lancet* et de *l'International AIDS Society*¹³⁶ présenté en 2018 promeut, de façon convergente avec d'autres travaux, une approche plus transversale, intégrée et coordonnée de la lutte contre le VIH/sida dans le contexte dynamique de la santé mondiale.

Les financements verticaux, tout d'abord, sont insuffisants en l'absence de promotion de programmes transversaux, le RSS d'une part, la couverture santé universelle (CSU), d'autre part. Le RSS dans les pays à revenu limité nécessite plusieurs interventions concomitantes – offre de soin, ressources humaines en santé, systèmes d'information, etc. – afin d'améliorer la qualité, l'équité, l'efficacité et la résilience de l'offre. En parallèle, la CSU, qui constitue un ODD (cible 3.8), doit permettre de garantir un accès aux services de santé pour l'ensemble des usagers sans entraîner pour eux des dépenses impossibles à prendre en charge. Sa mise en place suppose une évolution des mécanismes de paiement des services de santé ainsi que la mise en œuvre de dispositifs de répartition des risques à l'échelle des pays, comme l'a confirmé récemment le Fonds monétaire international (FMI). Promu dès 2012 par l'Assemblée générale des Nations Unies à travers la résolution « Santé mondiale et politique étrangère », la CSU est à l'ordre du jour du sommet du G20 d'Osaka du 28 et 29 juin 2019 et de la réunion de haut niveau du 23 septembre 2019 de la 74^e Assemblée générale ordinaire des Nations Unies.

Ensuite, les services de prévention, de dépistage et de dispensation des traitements dédiés au VIH sont jugés insuffisamment intégrés. Les épidémies de VIH, de tuberculose, d'hépatites virales et de papillomavirus humain, qui présentent des caractéristiques similaires, en termes de modes de transmission, de difficultés de diagnostic et d'atteinte des populations exposées,

¹³⁶ *Advancing Global health and strengthening the HIV response in the era of the Sustainable Development Goals: the International AIDS Society-Lancet Commission*. The Lancet, Volume 392, Issue 10144, P312-358, July 28, 2018 <https://www.thelancet.com/commissions/global-health-HIV>

justifient des approches communes. Au-delà, l'intégration des services de VIH avec ceux de la SSR et le déploiement d'une offre mobile et intégrée du type de celle mise en place au Kenya et en Ouganda pour le VIH, l'hypertension et le diabète, sont à considérer en regard de leurs bénéfices pour la lutte contre le VIH/sida et la promotion de la santé.

Enfin, la gouvernance de la santé mondiale est perfectible. De fait, de nouveaux instruments de financement internationaux sont en cours de création à l'instar d'*Endhep2030* qui ambitionne de mettre en œuvre des fonds catalytiques financés par des fondations pour lutter contre les hépatites virales ou des outils financiers dédiés à la *Global Health Security*. Par ailleurs, des initiatives sont prises pour renforcer la coordination des acteurs. À l'instigation de l'Allemagne, du Ghana et de la Norvège, les onze principales organisations actives dans les domaines de la santé et du développement ont signé le Plan de santé mondiale afin de renforcer la collaboration et d'atteindre plus vite les ODD. Au-delà, la convocation d'une Assemblée générale extraordinaire des Nations Unies sur le modèle de celle qui s'est tenue en 2001¹³⁷, proposée par la commission du *Lancet* afin de rapprocher les acteurs de la gouvernance du VIH/sida des autres acteurs de la santé mondiale, permettrait d'ouvrir un nouveau cycle de mobilisation.

UN POSITIONNEMENT FRANÇAIS AMBITIEUX MAIS UNE CAPACITÉ D'INFLUENCE LIMITÉE

La France est un acteur majeur de la lutte contre la pandémie de VIH. Cofondateur et second contributeur historique du Fonds mondial, cofondateur de l'initiative Unitaid, la France a largement inspiré les stratégies les plus efficaces de lutte contre le VIH, notamment l'accès aux ARV. Elle a mobilisé à cette fin de nombreux partenaires, États, organisations internationales, organisations de la société civile. En cohérence avec cette contribution multilatérale, qui mobilisait en 2017 près de 95 % de ses financements alloués à la lutte contre le VIH/sida, la France a déployé une aide bilatérale au travers de plusieurs instruments, notamment l'Initiative 5 %, dans le cadre de sa contribution au Fonds mondial. Le ministère de l'Europe et des affaires étrangères a par ailleurs mis en place un programme « Riposte pandémie » pour accentuer l'appui technique aux pays à revenu faible.

Au-delà, la France est un contributeur actif des initiatives de santé mondiale au sein de plusieurs instances comme le groupe sur la santé mondiale et la politique étrangère issu de la Déclaration ministérielle d'Oslo (groupe d'Oslo), qu'elle préside en 2019, avec l'objectif de soutenir une résolution devant les Nations Unies en décembre prochain. Elle a ainsi contribué à bâtir un projet et un agenda international en faveur du RSS et de la CSU, et entend conforter cet engagement en 2019. Outre l'accueil de la conférence de reconstitution des ressources du Fonds mondial, elle présidera le sommet du G7 et organisera dans ce cadre une réunion de haut niveau sur la santé, les 16 et 17 mai 2019 à Paris.

Les initiatives françaises en matière de santé mondiale s'intègrent dans le cadre d'une politique de développement ambitieuse. La France a annoncé un relèvement graduel de son APD jusqu'en 2022, dans le cadre du Comité interministériel de la coopération internationale et du développement (CICID) le 13 février 2018, et a indiqué un renforcement, dès 2019, des financements des programmes de santé de l'Agence française de développement. Le projet de loi d'orientation et de programmation relative au développement solidaire et à la lutte

¹³⁷ Une session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations Unies a adopté du 25 au 27 juin 2001 une déclaration d'engagement sur le VIH/sida et a notamment appelé à la mise en place « en urgence » d'un « fonds mondial pour le VIH/sida et la santé. »

contre les inégalités mondiales, actuellement en cours de consultation, doit confirmer son ambition et affirmer des priorités d'actions propices, notamment, à favoriser le développement en matière de santé des pays les plus fragilisés.

Cependant, la France dispose d'une capacité d'influence limitée comparée à celle exercée par les États-Unis au sein des organisations internationales et auprès des parties prenantes dans les États récipiendaires. Il est vrai que la contribution américaine à la lutte contre le VIH/sida, par exemple, est 22 fois supérieure à celle de la France – trois fois supérieure à celle-ci, si elle est rapportée à la richesse nationale. En outre, compte tenu notamment de la prépondérance de son canal multilatéral, la France ne bénéficie pas d'une stratégie d'intervention bilatérale éprouvée et performante, à la différence de ses principaux voisins, en particulier le Royaume-Uni.

En regard, la politique européenne de développement constitue un cadre structurant et porteur.

L'UE et ses États membres sont les premiers contributeurs mondiaux au titre de l'APD et certains États, en particulier l'Allemagne, se signalent par un niveau particulièrement élevé de leur APD nette. En 2017, l'UE a signé avec les États membres un nouveau consensus européen pour le développement, qui constitue une compétence partagée entre l'UE et ses États membres. Il réaffirme les principes et valeurs européennes de l'APD, aligne l'action européenne sur la mise en œuvre des ODD et confirme la priorité que constitue le soutien aux PMA d'Afrique. S'agissant des relations avec l'Afrique subsaharienne, l'UE a mis en place des partenariats qui intègrent le développement dans plusieurs cadres : (i) les accords de Cotonou signés en 2000 avec les pays d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique qui couvrent 48 pays d'Afrique subsaharienne, (ii) la stratégie commune Afrique / UE mise en place en 2007, (iii) les stratégies régionales, en particulier au Sahel où est mis en œuvre un plan d'action régional pour la période 2015-2020.

Les initiatives françaises et européennes devront donc s'inscrire à l'agenda de la santé mondiale.

La conférence de reconstitution du Fonds mondial et les autres forums organisés en 2019 seront une opportunité pour la France, en cohérence avec ses partenaires européens, d'affirmer ses priorités et de décliner ses propositions.

QUATRE RECOMMANDATIONS DE COURT TERME POUR RENFORCER LE POSITIONNEMENT DE LA FRANCE

1. FAVORISER LA HAUSSE DES RESSOURCES DU FONDS MONDIAL EN ÉLEVANT LA CONTRIBUTION FRANÇAISE ET EN SUSCITANT DE NOUVEAUX FINANCEMENTS

La France doit répondre favorablement à la demande présentée dans l'argumentaire d'investissement, considérant, en particulier, son rôle de co-fondateur et de second contributeur au Fonds mondial depuis sa création. Le Luxembourg et l'Irlande, qui sont les deux premiers pays à avoir rendu public le montant de leur don, ont annoncé une augmentation de leur contribution respectivement de 11 % et 50 %.

Une augmentation de la contribution française par rapport à celle allouée lors de la période précédente serait cohérente avec la hausse annoncée de l'APD. Si le budget triennal de la France 2018-2020, inscrit en loi de programmation des finances publiques 2018-2022 a fixé une légère augmentation de la mission APD, le CICID du 13 février 2018 a déterminé une trajectoire de l'APD en pourcentage du RNB plus ascendante : 0,44 % en 2018, 0,47 % en 2020, 0,51 % en 2021, 0,55 % en 2022. Cette évolution doit permettre à la France de se rapprocher de l'objectif de consacrer 0,7 % du RNB à l'APD. Dans l'hypothèse d'une hausse du RNB de 1,9 % par an à partir de 2019, conforme aux prévisions du FMI, l'APD de la France devrait augmenter de près d'un tiers entre 2018 et 2022.

Pays hôte de la conférence, la France doit mobiliser davantage les États donateurs pressentis. La présidence française du sommet du G7 de Biarritz, organisé en août 2019, a placé la lutte contre les inégalités en tête d'agenda et doit s'assurer de l'engagement des États qui contribuent à hauteur de 80 % des ressources du Fonds mondial, en particulier lors de la réunion du G7 consacré à la santé. La coordination entre la présidence du G7 et la présidence japonaise du G20 d'Osaka doit en outre favoriser l'accroissement de la contribution des États émergents. Certains partenaires du Fonds mondial, qui consacrent un financement croissant à l'aide au développement, à l'instar de la Chine, pourraient jouer un rôle accru dans le financement du Fonds mondial sous forme de dons directs ou de conversion de dettes en programmes de santé comme le permet l'initiative innovante *Debt2Health*.

En outre, la France doit favoriser la contribution de sources privées. Le quatrième axe de la stratégie 2017-2022 du Fonds mondial précise l'objectif de mobiliser des ressources accrues issues de sources publiques et privées. Or, ces dernières n'atteignent que 5 % du total des ressources collectées alors que leur part devait être portée initialement à 30 %. Le Fonds mondial entend à présent collecter 1 milliard US\$ venant d'organisations privées, soit une augmentation de près de 18 % par rapport au montant promis lors du précédent cycle de reconstitution des ressources. Le renforcement du cadre éthique présenté par le Fonds mondial pour les dons privés et les initiatives de grands donateurs, à l'instar du *Giving Pledge*, créé par Bill Gates et Warren Buffet, sont des instruments susceptibles de favoriser la hausse de cette source de financement.

2. OBTENIR DU FONDS MONDIAL DES PRÉCISIONS SUR SON ARGUMENTAIRE D'INVESTISSEMENT EN CONTREPARTIE DE L'AUGMENTATION DE LA CONTRIBUTION FRANÇAISE

L'argumentaire d'investissement du Fonds mondial appelle des éclaircissements que la France, comme les autres bailleurs, doit pouvoir obtenir du Fonds mondial avant la tenue de la conférence. Une meilleure connaissance des gains attendus d'un accroissement de

l'innovation, d'une meilleure collaboration et d'une mise en œuvre plus rigoureuse des programmes envisagés par le Fonds mondial pourrait ainsi permettre d'apprécier les marges de manœuvre d'efficience de l'instrument financier.

Une approche du financement et de son impact plus fine – géographique, thématique et tenant compte des autres bailleurs – est aussi attendue. Elle devrait préciser les ressources allouées aux trois premiers axes de la stratégie du Fonds mondial, qui recouvrent l'approche différenciée (axe n°1), le RSS (n° 2), les droits humains (n° 3) afin de mieux appréhender l'action et l'impact du Fonds mondial. Une prise en compte accrue des environnements opérationnels complexes, d'une part, et de la situation en AOC – qui a donné lieu à une étude conduite par le bureau de l'Inspecteur général du Fonds mondial, instance d'audit interne indépendante – d'autre part, est indispensable.

3. OBTENIR DES ENGAGEMENTS D'ÉVOLUTION DU FONDS MONDIAL DANS TROIS DOMAINES : MISE EN ŒUVRE DES PROGRAMMES, ÉLABORATION DE LA PROCHAINE STRATÉGIE ET PÉRIMÈTRE

La France doit exercer une veille exigeante des progrès accomplis par la stratégie 2017-2022 du Fonds mondial. Elle appréciera notamment la mise en œuvre des trois axes de la stratégie du Fonds mondial. Concernant l'axe n°1, la France devra s'assurer que les approches différenciées ont été correctement mises en œuvre dans le cadre des instruments dédiés – investissements catalytiques, environnements opérationnels complexes, politique d'ajustement des financements, etc. Le prochain conseil d'administration du Fonds mondial les 15 et 16 mai 2019 constitue une occasion de dresser un bilan à mi-parcours de la mise en œuvre de la stratégie.

La France doit aussi obtenir des engagements d'évolution dans le cadre de la révision de la stratégie. Cette révision sera menée à partir de l'année 2020 et un forum de partenariat devrait être organisé pour consulter les partenaires, à la fin de l'année 2020 ou au début de l'année 2021. Sans attendre cette consultation, et considérant sa capacité d'initiative, la France doit discuter avec le Fonds mondial des orientations à mettre en place pour mieux prendre en compte les trois premiers axes de la stratégie actuelle, en cohérence avec la mise en œuvre des ODD, et favoriser une approche plus transversale, intégrée et coordonnée.

Au-delà, la France doit contribuer à la réflexion sur le périmètre du Fonds mondial, qui englobe aujourd'hui la lutte contre les trois pathologies – VIH/sida, tuberculose, paludisme. Des scénarii d'évolution des missions du Fonds mondial pourraient être envisagés afin d'engager un élargissement souple et modulable de son périmètre, de manière à accroître le financement de programmes transversaux – éventuellement la CSU – et intégrés.

4. AFFIRMER DAVANTAGE LES PRIORITÉS FRANÇAISES ET EUROPÉENNES EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA DANS LE CADRE DE L'AGENDA DE LA SANTÉ MONDIALE 2019

Dépositaire d'une légitimité forte, la France doit davantage affirmer ses priorités lors des prochaines initiatives qu'elle accueille, préside ou auxquelles elle participe, en particulier le sommet du G7, celui du G20, les réunions du groupe d'Oslo. Elle doit en particulier montrer que la réussite de la lutte contre le VIH/sida et les autres pandémies nécessite de conforter les approches transversales, intégrées et coordonnées. Elle doit porter ces approches dans le cadre d'une action politique, diplomatique et technique accrue et régulière dans le temps.

L'engagement français est appelé à s'inscrire dans le cadre européen. Le nouveau consensus européen pour le développement signé en 2017 doit permettre de renforcer la concertation

entre la France et ses partenaires - États membres et institutions européennes - afin de favoriser les dimensions transversales promues par le consensus, en particulier les droits humains, l'égalité femmes-hommes, les migrations et la bonne gouvernance. Par ailleurs, la France doit veiller à favoriser la santé mondiale dans le cadre des prochaines échéances : la négociation du cadre financier pluriannuel de l'UE pour 2021-2027 afin de renforcer l'APD des institutions européennes pour l'atteinte de l'objectif de 0,7 % du RNB ; les travaux sur les nouvelles relations entre l'UE et l'Afrique - l'accord de Cotonou expirera en février 2020 - afin de favoriser l'investissement dans la santé mondiale dans les PMA d'Afrique. Enfin, une concertation plus resserrée avec l'Allemagne doit être recherchée. Le dialogue annuel de haut niveau entre la France et l'Allemagne en matière de politique internationale de développement, que le récent traité de coopération franco-allemand d'Aix-la-Chapelle signé en 2019 a institué, devra intégrer la santé mondiale en tête d'agenda.

Les autorités publiques devront, au-delà, engager une réflexion sur l'évolution de la stratégie d'action extérieure de lutte contre le VIH/sida, en concertation avec leurs partenaires européens, les autres parties prenantes de l'aide au développement dont les instruments financiers internationaux et les organisations de la société civile. Cette réflexion pourra notamment se dérouler dans le cadre de la discussion au Parlement du projet de loi d'orientation et de programmation relative au développement solidaire et à la lutte contre les inégalités mondiales.

Le Conseil national du sida et des hépatites virales rendra publique une seconde Note valant Avis au cours de l'année 2019 afin de préciser ses recommandations de moyen terme, complémentaires de ces quatre recommandations de court terme. Le CNS abordera notamment les évolutions susceptibles d'améliorer la riposte contre la pandémie de VIH, s'agissant du Fonds mondial comme de l'action extérieure française.

INDEX DES SIGLES ET ACRONYMES

AES : Afrique de l'Est et du Sud

AOC : Afrique de l'Ouest et du Centre

APD : Aide publique au développement

ARV : Antirétroviraux

CICID : Comité interministériel de la coopération internationale et du développement

CSU : Couverture santé universelle

FMI : Fonds monétaire international

ODD : Objectifs de développement durable

OMS : Organisation mondiale de la santé

PEPFAR : President's Emergency Plan for AIDS Relief

PMA : Pays les moins avancés

PVVIH : Personnes vivant avec le VIH

RNB : Revenu national brut

RSS : Renforcement des systèmes de santé

SSR : Santé sexuelle et reproductive

UE : Union européenne

REMERCIEMENTS

Le Conseil national du sida et des hépatites virales remercie vivement les personnes entendues :

- **Sylvie Chantereau**, directrice, Les Amis du Fonds mondial
- **Bruno Spire**, directeur de recherche, Inserm
- **Philippe Duneton**, directeur délégué, Unitaïd
- **Daouda Diouf**, directeur exécutif, Enda
- **Christelle Boulanger**, coordinatrice, Initiative 5 %
- **Hélène Roger**, directrice des programmes "Internationaux", Sidaction
- **Khalil Elouardighi**, responsable du plaidoyer, Coalition Plus
- **Stéphanie Tchiombiano** et **Frédéric Goyet**, respectivement coordinatrice et membre de Santé mondiale 2030
- **Françoise Vanni**, **Dianne Stewart** et **Sophia Cordero**, respectivement directrice et membres de la direction des relations extérieures, Fonds mondial
- **Michel Kazatchkine**, personnalité qualifiée
- **Stéphanie Seydoux**, ambassadrice en charge de la santé mondiale, Ministère de l'Europe et des affaires étrangères
- **Jean-Paul Moatti**, président-directeur général, Institut de recherche sur le développement

AVIS SUIVI DE RECOMMANDATIONS SUR LA PRÉVENTION, LE DÉPISTAGE ET LE TRAITEMENT DE L'HÉPATITE C CHEZ LES PERSONNES DÉTENUES

Le présent *Avis* a été adopté par le Conseil national du sida et des hépatites virales, réuni en séance plénière le 26 septembre 2019, à l'unanimité des membres présents ou représentés.

MEMBRES DE LA COMMISSION « PRISONS »

- Cécile GOUJARD, *présidente de la commission*
- Philippe ARTIÈRES
- Hugues FISCHER
- Alexandre LINDEN
- Sandrine MUSSO
- Marie PRÉAU
- Christine ROUZIOUX
- Christine SILVAIN
- Marie SUZAN-MONTI
- Liliane VANA
- Patrick YENI

RAPPORTEURS

- Michel CELSE
- Leïla AYACHI

LETTRE DE MISSION



LIBERTÉ • ÉGALITÉ • FRATERNITÉ

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Direction de l'administration pénitentiaire

Direction générale de la Santé

Direction générale de l'offre de soins

Pégase n° D-18-022566

Paris, le 13 NOV. 2018

Le directeur général de la santé
Le directeur de l'administration pénitentiaire
La directrice de l'offre de soins

à

Monsieur le Président du Conseil National du Sida
et des Hépatites Virales
39-43 quai André Citroën
75902 Paris cedex 15

Objet : Saisine relative aux modalités de prise en charge de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) pour les personnes détenues

Les pratiques de dépistage et de soins de l'infection par le VHC en milieu pénitentiaire qui sont en œuvre depuis la mise à disposition des antiviraux à action directe (AAD) ne sont pas documentées. Or, il existe une forte prévalence de l'hépatite C en milieu carcéral que l'enquête Prévacar de 2010 estimait à 4,8% : cette prévalence justifie une approche spécifique à tous les stades du parcours de soins. Le parcours de prise en charge des patients détenus infectés par le VHC nécessite la mise en œuvre d'une stratégie efficace de santé publique en matière de dépistage, de prévention et de traitement au sein de chaque unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP), en lien avec les équipes de l'administration pénitentiaire et les partenaires extérieurs.

C'est dans cette perspective que nous vous demandons de réaliser une mission en milieu pénitentiaire afin de :

- réaliser un état des lieux de la prise en charge par AAD des patients infectés par le virus de l'hépatite C en milieu pénitentiaire au regard de leur parcours de santé (dépistage,

évaluation, suivi thérapeutique et post-thérapeutique, y compris dans le cadre de la continuité à la sortie de détention, prévention secondaire) ;

- proposer des pistes d'amélioration du dépistage (du VHC, mais aussi du VIH et du VHB) et du traitement de l'infection par le VHC afin de contribuer à la stratégie d'élimination de l'épidémie VHC en 2025 inscrite dans les mesures phares du Plan national de santé publique (PNSP « priorité prévention »). Ces propositions devront être formulées au regard de l'existence de nouveaux traitements (AAD) et des procédures innovantes portant sur les technologies médicales et l'organisation des soins.

Vos conclusions définitives devront être remises avant la fin du premier trimestre 2019.

Le directeur général de la
santé,



Jérôme SALOMON

Le directeur de l'administration
pénitentiaire,



Stéphane BREDIN

La directrice générale de
l'offre de soins,



Cécile COURREGES

PRÉAMBULE

Par courrier du 13 novembre 2018, le directeur de l'administration pénitentiaire, le directeur général de la santé et la directrice générale de l'offre de soins ont conjointement chargé le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) de conduire une mission relative aux modalités de prise en charge de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) chez les personnes détenues.

Dans le cadre cette saisine, il est demandé au Conseil de :

- réaliser un état des lieux de la prise en charge des personnes détenues infectées par le VHC, au regard en particulier du contexte thérapeutique profondément renouvelé par la mise à disposition des traitements antiviraux d'action directe (ADD) ;
- proposer des pistes d'amélioration du dépistage du VHC, ainsi que du VIH et du virus de l'hépatite B (VHB), et du traitement de l'infection par le VHC, afin de contribuer à la stratégie d'élimination de l'épidémie de VHC à l'horizon 2025, inscrite dans les mesures phares du Plan national de santé publique (PNSP) définies par le Gouvernement.

À cette fin, le CNS a constitué une commission chargée de procéder à une analyse de la littérature, à l'exploitation des données nationales disponibles, à l'audition des principaux acteurs nationaux ainsi qu'à des auditions et des missions d'observation auprès des pilotes et des acteurs de terrain dans trois régions métropolitaines (Grand-Est, Sud, Île-de-France). Dans ce cadre, 11 établissements pénitentiaires ont été visités. À partir de ces travaux, la commission a établi un *Rapport*¹³⁸ détaillant ses constats et analyses.

Les éléments produits dans le présent *Avis* et les *recommandations* formulées en conséquence se rapportent au seul champ spécifique et restreint du dépistage, de la prise en charge et de la prévention en milieu pénitentiaire de l'infection par le VHC – ainsi que, par extension, du VIH et du VHB pour ce qui concerne les deux premiers aspects.

Ce faisant, le CNS est conscient que les questions dont il traite s'inscrivent dans un ensemble de problématiques d'ordre politique, social et sanitaire posées par le système pénitentiaire qui dépassent largement l'objet de la mission qui lui a été confiée, et qui contraignent les préconisations que le Conseil est en mesure de formuler.

Les recommandations émises ont pour ambition, non d'embrasser l'ensemble des problèmes identifiés, mais d'agir sur les leviers que le CNS estime susceptibles d'augmenter significativement, dans un délai raisonnable, l'accès des personnes détenues infectées par le VHC aux traitements qui pourront les guérir. L'amélioration du dépistage et du traitement des personnes infectées n'a cependant de sens qu'à la condition d'être articulée à une action résolue pour éviter tant les nouvelles contaminations que les recontaminations des personnes guéries. En conséquence, le CNS formule également, de manière indissociable, un certain nombre de recommandations visant à créer les conditions d'une prévention efficace des risques infectieux dans le contexte pénitentiaire.

L'inscription du présent *Avis* et de ses recommandations dans le cadre de l'action n°11 de la *feuille de route Santé des personnes placées sous main de justice 2019-2022*, publiée récemment par le gouvernement, représente un acte de programmation significatif.

¹³⁸ *Rapport sur la prévention, le dépistage et le traitement de l'hépatite C chez les personnes détenues*, CNS, 2020 : <https://cns.sante.fr/rapports-et-avis/avis-prisons-2019>

Au regard des difficultés récurrentes constatées dans le dialogue entre le ministère en charge de la santé et le ministère de la justice, le CNS se doit cependant de souligner que la mise en œuvre de ses préconisations exige d'être portées par une volonté politique ferme.

Il s'agit en effet de sortir de l'immobilisme afin, à l'ère des traitements efficaces contre l'infection par le VHC, de parvenir à déployer en milieu pénitentiaire une stratégie cohérente et intégrée d'accès du plus grand nombre à la prévention, au dépistage et aux soins. Cela représente autant une exigence première sur le plan éthique qu'une condition nécessaire pour atteindre l'objectif d'élimination de l'épidémie à l'horizon 2025.

CONSTATS

Le Conseil national du sida et des hépatites virales a constaté et pris en compte les éléments suivants

1. L'ARRIVÉE DES TRAITEMENTS ANTIVIRAUX D'ACTION DIRECTE A RADICALEMENT TRANSFORMÉ LE PARADIGME DE LA LUTTE CONTRE LE VHC

Une nouvelle génération d'agents antiviraux d'action directe (AAD) est mise à disposition depuis 2014 dans le traitement des infections à VHC. Ces traitements sont plus efficaces et mieux tolérés que les traitements de la génération précédente et ils permettent désormais l'éradication virale dans la très grande majorité des cas au terme d'un traitement de huit ou douze semaines, selon la spécialité employée, le sous-type viral et le degré d'atteinte hépatique. Leur mise en œuvre est indiquée chez tous les porteurs du virus, quelle que soit leur atteinte hépatique.

Ces innovations thérapeutiques transforment le paradigme de la lutte contre l'épidémie de VHC. Sur le plan de la santé individuelle, il est dorénavant possible de guérir les personnes infectées par le VHC au moyen de traitements courts et bien tolérés. Sur celui de la santé publique, il est désormais possible, à travers une stratégie de dépistage précoce et de traitement immédiat de type « Test and treat », de viser l'élimination de l'épidémie de VHC. Telle est l'ambition du Gouvernement, qui a fait de cet objectif une priorité de sa politique de santé, et s'est fixé de l'atteindre à l'horizon 2025.

Atteindre cet objectif exige de déployer une stratégie de santé publique offensive selon trois axes : dépister à large échelle les personnes qui ignorent leur infection ; traiter toutes les personnes porteuses d'une infection active pour les guérir et par là interrompre les chaînes de transmission ; en parallèle poursuivre et renforcer la prévention et la réduction des risques, pour éviter les nouvelles contaminations et les recontaminations.

2. LA PRISE EN COMPTE DE LA POPULATION-CLÉ DES PERSONNES DETENUES DANS LA STRATÉGIE D'ÉLIMINATION DE L'ÉPIDÉMIE DE VHC À L'HORIZON 2025 EST UN ENJEU DÉTERMINANT POUR SON SUCCÈS

→ *Recommandation n° 1*

Les personnes détenues représentent une population fortement exposée au risque d'acquisition du VHC et dont le rôle est majeur dans la dynamique de l'épidémie. Le déploiement auprès de cette population des trois axes stratégiques indiqués précédemment représente pour cette raison une priorité pour atteindre l'objectif d'élimination de l'épidémie de VHC.

2.1. Les personnes détenues représentent une population particulièrement exposée au risque d'infection par le VHC

Le milieu pénitentiaire concentre une population particulièrement concernée par l'usage de drogues par voie intraveineuse ou par inhalation, ainsi que par d'autres facteurs de vulnérabilité associés à un risque majoré d'acquisition du VHC, ainsi que du VIH et du VHB, tels qu'une forte précarité sociale et économique, l'isolement social, familial et/ou affectif, la fréquence de troubles psychiatriques peu ou pas pris en charge, et l'éloignement du système de soins en milieu ouvert. En outre, le milieu pénitentiaire est un environnement dans lequel les risques de transmission du VIH, du VHB et du VHC sont majorés, en particulier en cas de poursuite des pratiques d'injection au cours de la détention.

La prévalence du VHC parmi les personnes détenues est plus élevée qu'en population générale, conduisant à considérer, d'un point de vue épidémiologique, qu'elle constitue un « réservoir » pour cette infection. Cet aspect est renforcé par le fait que la population détenue est caractérisée par un renouvellement important, et qu'une part significative des personnes détenues, notamment parmi celles usagères de drogues, effectue des allers-retours fréquents entre le milieu fermé et le milieu ouvert.

2.2. Le manque de données épidémiologiques concernant cette population constitue un frein majeur à l'élaboration d'une réponse sanitaire adaptée

Paradoxalement, la population des personnes détenues demeure très insuffisamment étudiée, alors qu'une connaissance fine et actualisée de la situation de cette population clé vis-à-vis des risques infectieux serait nécessaire pour élaborer une réponse précisément ajustée aux besoins, tant en termes de prise en charge médicale que de prévention.

Le CNS s'est heurté, pour conduire la présente mission, à l'absence de données d'épidémiologie descriptive et analytique concernant le VHC dans la population détenue, ainsi qu'au caractère lacunaire et à l'absence d'exploitation des données issues des activités de prise en charge médicale des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) lorsque celles-ci sont recueillies.

Ainsi, on ne dispose pas aujourd'hui d'une estimation robuste et actualisée de la prévalence du virus dans la population des personnes détenues, en particulier chez les personnes usagères de drogues. Il n'existe en effet aucun dispositif de surveillance épidémiologique permettant de recueillir en routine et d'exploiter les résultats des tests de dépistage réalisés en détention. En conséquence, ni le nombre de tests, ni la proportion de personnes détenues dépistées positives ne sont connus, non plus que le nombre ou la proportion de personnes chez lesquelles un diagnostic d'infection active a été confirmé.

Dans ce contexte, les seules estimations de la prévalence disponibles sont issues d'enquêtes, de méthodologie et d'ampleur variables. L'étude la plus robuste est ancienne et fournit une estimation de la séroprévalence du VHC au sein de la population détenue en 2010 de 4,8 %, soit un niveau six fois plus élevé qu'en population générale à la même époque. Des données plus récentes, issues d'études moins exhaustives ou conduites à l'échelle d'un établissement pénitentiaire, suggèrent cependant que la prévalence a baissé. Elle demeurerait toutefois, dans une proportion variable selon les sources, toujours très supérieure à celle observée en population générale.

Les données nécessaires à évaluer la prise en charge des personnes détenues aux différentes étapes du parcours de soins pour l'infection par le VHC sont également manquantes. On ne dispose pas d'estimations globales concernant le nombre et la proportion de personnes détenues effectivement dépistées en détention. Les seules données faisant l'objet d'un recueil

standardisé et centralisées auprès des USMP se limitent au nombre de tests de dépistage du VHC – et par ailleurs du VHB et du VIH – effectués au cours de l’année. Ces données s’avèrent en outre inégalement renseignées et aucune exploitation n’en est produite par les services du ministère en charge de la santé. Il n’est pas davantage possible de connaître le nombre de personnes ayant bénéficié d’un traitement par les AAD dans le cadre pénitentiaire, ni le nombre de personnes guéries de leur infection au terme du traitement.

En l’absence des éléments nécessaires pour apprécier l’efficacité de la prise en charge du VHC au travers d’une représentation « en cascade » de l’accès aux différentes étapes du parcours, le CNS a été contraint de tenter, quand cela s’est avéré possible, d’estimer certains de ces paramètres par ses propres moyens. Un ordre de grandeur du nombre et de la proportion de personnes détenues dépistées a ainsi pu être produit, quoiqu’à l’aide d’indicateurs très imparfaits. Une enquête conduite dans les trois régions visitées a par ailleurs permis d’estimer le nombre de personnes détenues ayant bénéficié d’un traitement par les AAD, et d’approcher la prévalence des infections actives.

De telles lacunes ne sont pas compatibles avec les ambitions affichées par le gouvernement. Le CNS soutient à cet égard les objectifs de l’action n°2 de la feuille de route Santé des personnes sous main de justice 2019-2022, relative au déploiement des outils de suivi de l’état de santé global des personnes détenues. Les outils développés devront permettre de produire des données précises concernant le VHC, le VIH et le VHB. Il est pour cela nécessaire à la fois de consolider les systèmes de recueil existants, en s’assurant de l’exhaustivité et de la qualité des données remontées, de compléter ces systèmes en organisant le recueil des données manquantes, et d’assurer et coordonner l’analyse et le suivi de l’ensemble des données recueillies, afin de mesurer à terme l’impact des traitements sur l’évolution de l’épidémie.

2.3. Le passage en détention représente une opportunité d’accès au dépistage et au traitement pour des personnes souvent éloignées du soin en milieu ouvert

Les établissements pénitentiaires sont des lieux permettant l’accès aux soins. Pour des personnes en situation de très grande précarité et éloignées du système de soins en milieu ouvert, le passage en détention constitue une opportunité d’établir ou de rétablir un lien avec le système de soins, de bénéficier d’une évaluation de leur état de santé, incluant les dépistages des virus des hépatites virales et du VIH, et le cas échéant d’accéder à une prise en charge médicale adaptée.

Désormais, la brièveté et l’efficacité des traitements par les AAD permettent de traiter et d’obtenir la guérison des personnes détenues infectées par le VHC dans le temps de leur détention, pour une majorité d’entre elles. Cela suppose une organisation optimisée de l’ensemble du parcours de soins.

Les patients porteurs d’une infection par le VHC active relèvent en effet majoritairement d’un parcours dit « simplifié » qui peut être organisé, toutes les étapes comprises, de manière à aboutir à la guérison dans un délai de moins de quatre mois à compter de l’entrée en détention.

En cas de durée de détention inférieure, ou pour les cas complexes exigeant un parcours de soins rallongé de quelques semaines, le traitement peut et devrait avoir été initié au cours de la détention, et sa poursuite et son achèvement organisés en milieu ouvert si besoin.

3. LE RENFORCEMENT DU DÉPISTAGE DU VHC, ET CONJOINTEMENT DU VHB ET DU VIH, À L'ENTRÉE ET AU COURS DE LA DÉTENTION, REPRÉSENTE LE PRINCIPAL DÉFI À RELEVER

→ *Recommandations n° 2 à 5*

Actuellement, seulement une personne sur deux entrant en détention est effectivement dépistée pour le VHC, comme d'ailleurs pour le VIH et le VHB, toutes causes confondues de non-réalisation des dépistages, et avec de fortes disparités entre les établissements. En conséquence, une partie des personnes infectées par le VHC n'accède pas au traitement par les AAD.

3.1. L'insuffisance du dépistage est le maillon faible du parcours

Les faibles taux de réalisation des dépistages constatés sont doublement délétères : tout d'abord pour les personnes infectées elles-mêmes, en termes de pertes de chance thérapeutique, avec en l'absence de traitement, un risque de progression de l'hépatite C vers la chronicité et des complications multiples et sévères de la maladie hépatique ; en termes collectifs, ensuite, dans la mesure où les personnes infectées qui ignorent leur infection continuent de transmettre le VHC, entretenant la circulation du virus au sein des établissements pénitentiaires et à l'extérieur.

L'offre de dépistage en milieu pénitentiaire, organisée de manière disparate selon les établissements, apparaît peu efficace, et notamment dans le cadre de la visite médicale obligatoire à l'arrivée en détention, et à son décours dans les premières semaines d'incarcération.

La plupart des USMP fonctionnent en fort sous-effectif médical, notamment du fait de la faible attractivité des carrières et des conditions d'exercice difficiles en milieu pénitentiaire. La gestion à flux tendu du tout venant des demandes de soins et des urgences pèse sur la capacité des équipes à assurer en routine leurs missions de prévention et de dépistage.

Si la proposition de dépistage est généralement faite, au moins formellement, lors de la visite d'entrée, sa réalisation pratique est reportée à une convocation ultérieure de la personne détenue à l'unité sanitaire pour procéder au prélèvement – dans des délais qui, selon les établissements, peuvent aller de quelques jours à, généralement, plusieurs semaines et parfois même plusieurs mois. Dans ces conditions, différentes contingences font que de nombreux dépistages ne sont jamais réalisés. Se rajoute à cela l'absence quasi-généralisée de nouvelles propositions de dépistage au cours de la détention.

En outre, le rendu des résultats de dépistage négatifs n'est que rarement assuré, ce qui constitue une opportunité manquée de prévention.

Par ailleurs, afin de renforcer l'acceptation du dépistage par les personnes détenues, il est essentiel de les informer de l'intérêt du dépistage et de l'accès aux nouveaux traitements du VHC permettant la guérison.

3.2. Les USMP peuvent simplifier et accélérer leurs circuits de dépistage, notamment en intégrant les TROD

Cette situation et ces résultats très insatisfaisants, appelant une réorganisation des circuits de dépistage, ne suscitent sauf exception que très peu d'interrogations au sein des équipes soignantes – même si le passage de la mission du CNS a pu, dans certains établissements visités, favoriser l'amorce d'une réflexion.

Le CNS est notamment frappé par l'absence quasi-généralisée de recours aux tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans les USMP, par la méconnaissance et par les réticences souvent avancées par les équipes à leur usage, alors que ces outils présenteraient de nombreux avantages : simplicité et rapidité de réalisation dès la proposition de dépistage ; rendu des résultats immédiats, y compris des résultats négatifs ; possibilité de déléguer entièrement la mise en œuvre à des personnels infirmiers. L'information et la formation à l'usage des TROD des professionnels de santé en milieu pénitentiaire est une condition prioritaire de leur déploiement.

3.3. Le développement de partenariats avec d'autres acteurs concourant à l'activité de dépistage peut compléter l'offre des USMP et diversifier les modalités de son accès

Si l'offre de dépistage au sein des établissements pénitentiaires doit être assurée principalement par les USMP, d'autres services ou structures partenaires peuvent y concourir. Ces partenariats présentent un intérêt certain s'ils contribuent à diversifier qualitativement l'offre en proposant un cadre de dépistage différent de celui de l'USMP, susceptible d'être plus attractif pour certaines personnes détenues, ou de renforcer les opportunités de réitération du dépistage en cours de détention.

Des partenariats existent notamment dans certains établissements avec des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD). Ces partenariats s'avèrent trop souvent un moyen pour les USMP de se décharger de tout ou partie de leurs missions de dépistage sur les CeGIDD, dont les capacités d'interventions au sein des établissements pénitentiaires sont pourtant très limitées. Le rôle des CeGIDD est alors réduit à une prestation technique de dépistage, quand la valeur ajoutée d'un partenariat serait, au regard des missions et des compétences des CeGIDD, de proposer du dépistage dans le cadre d'une offre globale de prévention et de santé sexuelle qui fait par ailleurs défaut en milieu pénitentiaire.

La prise en charge des addictions offre également des opportunités actuellement insuffisamment exploitées de proposer et réaliser des dépistages, notamment par TROD. La mobilisation des services et structures internes ou externes intervenant dans ce champ – personnels de soins psychiatriques au sein des USMP, services hospitaliers d'addictologie, services médico-psychiatriques régionaux (SMPR), centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) – apparaît inégale et pourrait être renforcée.

L'intervention d'associations œuvrant plus largement dans les domaines de l'éducation pour la santé, la prévention, l'accompagnement des publics les plus vulnérables peut contribuer à améliorer l'information sur l'intérêt du dépistage, à renforcer son accès et, pour les structures habilitées à la réalisation de TROD, à proposer des dépistages dans un contexte démedicalisé.

4. LES DÉLAIS AUX DIFFÉRENTES ÉTAPES JUSQU'À L'INITIATION DU TRAITEMENT PEUVENT ÊTRE OPTIMISÉS

→ *Recommandations n° 6 et 7*

Pour les personnes détenues qui ont bénéficié d'un dépistage du VHC, quand celui-ci est positif, le CNS relève que la prise en charge est assurée dans des conditions globalement correctes. Il n'observe notamment pas d'obstacle majeur à l'accès aux traitements par les AAD, une fois le diagnostic d'infection active confirmé.

Néanmoins, les délais de réalisation des bilans de confirmation du diagnostic, d'exploration de la fibrose hépatique et d'instauration du traitement par les AAD pour les patients relevant d'un parcours dit simplifié, selon les critères définis par la Haute Autorité de santé (HAS), demeurent très variables et apparaissent insuffisamment optimisés dans de nombreux établissements. Dans des cas extrêmes, ces délais peuvent atteindre plus de quatre mois. De plus, le suivi biologique de l'efficacité des traitements et de la guérison n'est pas réalisé de façon constante dans l'ensemble des services. De fait, le nombre de patients traités efficacement n'est pas colligé de façon systématique. Enfin, un suivi biologique pour identifier une éventuelle recontamination est rarement proposé.

Certaines USMP ont néanmoins formalisé des circuits courts de réalisation des bilans et, pour les patients relevant du parcours simplifié, de prescription rapide du traitement par AAD. L'identification au sein de l'USMP d'un médecin référent pour le VHC et/ou les pathologies infectieuses assurant une fonction de correspondant direct avec le service spécialisé de l'établissement hospitalier de rattachement, semble notamment représenter un moyen simple et efficace d'accélérer les parcours. Ce mode d'organisation apparaît également bénéfique pour améliorer la prise en charge des cas complexes relevant d'un passage en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

Dans le cadre d'un parcours simplifié, dont relève la majorité des patients détenus, le CNS estime que l'instauration du traitement dans un délai de deux semaines à compter de la découverte d'une sérologie VHC positive est un objectif atteignable.

La possibilité désormais ouverte à tous les médecins de prescrire les principaux traitements AAD pangénotypiques devrait constituer un levier supplémentaire pour y parvenir, à condition que les médecins des USMP s'emparent de cette option et puissent se former à la prescription de ces traitements et à leur suivi.

5. IL EST PAR AILLEURS INDISPENSABLE DE RENFORCER LA PRÉVENTION ET NOTAMMENT DE METTRE FIN À L'INCOHÉRENCE DES LIMITATIONS D'ACCÈS AUX OUTILS DE RÉDUCTION DES RISQUES EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

→ *Recommandations n° 8 à 12*

La faiblesse globale en milieu pénitentiaire des actions d'information et de prévention concernant les risques infectieux, et tout particulièrement l'absence d'accès à des outils essentiels de réduction des risques (RdR) de transmission par voie sanguine et/ou sexuelle du VIH et des virus des hépatites, fait obstacle aux stratégies de santé déployées contre ces épidémies.

Pour ce qui concerne spécifiquement l'objectif d'élimination de l'épidémie de VHC, il convient de rappeler que si le traitement par les AAD permet de guérir une personne infectée, il ne confère aucune protection contre le risque qu'a cette personne de se réinfecter en cas de nouvelle exposition au virus.

Il s'avère ainsi incohérent, quand s'engage un effort conséquent pour dépister, traiter et guérir le maximum de personnes infectées, de laisser perdurer des conditions favorisant de manière générale la poursuite des transmissions, et en particulier la réinfection de personnes précédemment traitées et guéries.

5.1. L'offre de réduction des risques et des dommages liés à l'usage de drogues demeure incomplète et inégalement déployée

La disponibilité en milieu pénitentiaire de produits psychoactifs, en conséquence de trafics, et leur consommation, sont des phénomènes reconnus par l'ensemble des acteurs

pénitentiaires et sanitaires. Ces pratiques prohibées sont mal documentées et leur ampleur difficilement mesurable.

Si l'accès aux traitements de substitution aux opiacés (TSO) apparaît globalement assuré dans les établissements pénitentiaires, malgré des modalités locales de prescription et de distribution parfois complexes, cet outil ne répond pas à l'ensemble des besoins.

Certaines personnes usagères de drogues maintiennent en effet des pratiques d'injection et/ou d'inhalation durant leur détention. Le risque de transmission du VHC, du VHB et du VIH occasionné par ces pratiques est particulièrement élevé en l'absence d'accès à du matériel d'injection stérile ou du matériel d'inhalation à moindre risque.

L'eau de Javel est actuellement le seul dispositif de réduction des risques liés à l'injection prévu en détention et sa mise à disposition, qui incombe à l'administration pénitentiaire, s'avère de surcroît peu effective dans les établissements. Cette situation est anachronique. Il est en effet démontré depuis plus de vingt ans que l'usage de l'eau de Javel à des fins de réduction des risques et des dommages (RdRD) est une méthode peu efficace par rapport la mise à disposition de matériel d'injection stérile usage unique, qui constitue l'intervention de référence recommandée par l'Organisation mondiale de la Santé depuis 2007. De nombreux pays comparables à la France ont depuis lors mis en place des programmes d'accès à des kits d'injection en milieu pénitentiaire qui ont amplement fait la preuve de leur faisabilité, de leur sécurité et de leur efficacité.

Concernant l'usage de drogues par inhalation, aucun dispositif n'est prévu. Dans de rares cas, l'intervention d'un CAARUD peut permettre la diffusion de dispositifs de type « Roule ta paille », plus rarement encore de kits de consommation de crack. Ces initiatives relèvent d'une tolérance locale et demeurent de ce fait très fragiles.

Alors que les dispositions de l'article 41 de la loi du 26 janvier 2016 ont conforté le cadre légal permettant un déploiement en milieu pénitentiaire d'une offre de RdRD équivalente à celle qui existe en milieu ouvert, le CNS ne peut que déplorer l'absence de textes d'application de ces nouvelles dispositions plus de trois ans après l'adoption de la loi, prolongeant un immobilisme qu'il dénonçait déjà dans un Avis émis en 2009, comme d'autres instances expertes à l'époque et depuis lors.

Sur ces enjeux, le CNS entend souligner qu'il souscrit pleinement à l'analyse et aux recommandations formulées par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) dans le rapport qu'elle a consacré en décembre 2017 à l'accès aux outils de réduction des risques et des dommages. Le CNS, qui a pu avoir accès à ce rapport dans le cadre de la présente mission, regrette de ne pouvoir faire état des conclusions et des préconisations de ce document en raison de son caractère confidentiel, et estime qu'il devrait être rendu public.

Le CNS déplore en outre que la feuille de route Santé des personnes sous main de justice 2019-2022 ne comporte aucune action concernant le déploiement d'une offre de RdRD en détention.

5.2. *Le développement d'une véritable offre de RdRD implique de renforcer les partenariats avec des acteurs extérieurs compétents et de sensibiliser et former les personnels pénitentiaires et sanitaires à cette approche*

Au-delà des questions d'accès aux outils, le déploiement de l'approche de RdRD implique à la fois de disposer de professionnels compétents pour la promouvoir et la mettre en œuvre, et de créer des conditions favorables à ce que la démarche soit comprise et acceptée par l'ensemble des acteurs du milieu pénitentiaire, dans le respect des missions et des métiers respectifs de chacun.

Les USMP sont actuellement faiblement mobilisées sur les enjeux de prévention en général et de RdRD en particulier, faute de temps et de moyens humains à y consacrer, mais également de personnels formés. Les CSAPA référents exercent des missions axées sur le soin. La plupart ne déploient pas, ou marginalement, des compétences d'accompagnement à la RdRD ; certaines structures défendent même une conception du soin qui exclut cette approche. Si des personnels soignants peuvent manifester un intérêt personnel à se former dans ce domaine, la plupart n'ont pas de motivation particulière ou se montrent réticents à développer ce type de compétences.

Un renforcement du rôle des CAARUD, souvent opérés par des structures associatives, peut contribuer à pallier ces faiblesses. L'intervention de CAARUD directement en détention est aujourd'hui très rare, mais les exemples sont probants, tant en ce qui concerne la mise à disposition d'informations sous des formes adaptées aux publics concernés, et parfois coproduites avec eux, qu'en matière d'accompagnement individualisé. Généraliser davantage ces partenariats, voire instituer le principe de conventionner un CAARUD référent pour chaque établissement pénitentiaire, à l'instar du dispositif existant pour les CSAPA, contribuerait à assurer la présence au sein des établissements des compétences qui font aujourd'hui largement défaut. Il s'agirait, d'une part de déployer directement une offre d'accompagnement à la RdRD auprès des personnes détenues, et d'autre part, de développer le cas échéant une offre de formation en direction des professionnels de santé des USMP. Concernant ce dernier aspect, la désignation par l'Agence régionale de santé (ARS) d'un CAARUD comme pôle de référence au plan régional peut également constituer une piste.

Améliorer la coopération des personnels de l'administration pénitentiaire est par ailleurs indispensable. Or l'approche de RdRD demeure largement méconnue et souvent mal comprise de ces personnels, suscitant fréquemment un rejet de principe. Ces réactions spontanées résultent d'un profond déficit d'informations et de connaissances de bases tant sur les risques infectieux et les modes de transmission que sur les comportements addictifs et leur prise en charge. Concernant l'infection par le VHC, la possibilité de guérison n'est aujourd'hui pas connue de ces personnels.

Le défaut de formation initiale et continue des personnels pénitentiaires sur ces questions, et l'absence d'actions de sensibilisation au sein des établissements, laissent ainsi libre cours à des appréciations erronées des risques, à des croyances en des sécurités illusoires et à des préjugés stigmatisant les usagers de drogues. Cet ensemble de représentations inadéquates constituent un frein majeur à l'adoption de comportements professionnels adaptés tant à la bonne prise en charge des personnes détenues usagères de drogues qu'à la sécurité des personnels eux-mêmes.

5.3. L'accès à l'information et aux outils de réduction des risques sexuels, notamment aux préservatifs, est insuffisant

Les risques de transmission par voie sexuelle ne concernent que marginalement le VHC mais leur prévention demeure essentielle en ce qui concerne les risques de transmission du VIH et du VHB et s'inscrit ainsi dans une démarche globale de lutte contre ces trois pathologies.

Ni autorisée, ni interdite, la sexualité est à la fois une réalité reconnue de tous les acteurs en milieu pénitentiaire et cependant peu discutée, tant en ce qui concerne les pratiques sexuelles lors de parloirs que les pratiques entre personnes détenues, y compris les dimensions de contrainte et de violence que ces dernières peuvent dans certains cas revêtir. Les tabous entourant la sexualité sont exacerbés en détention, où les valeurs virilistes et les attitudes machistes et homophobes prévalent.

Dans ce contexte, où simplement se procurer des préservatifs n'est pas un geste anodin pour les personnes détenues, il est incontestablement complexe pour les professionnels de santé d'aborder les questions de sexualité et de prévention des risques sexuels, a fortiori sans avoir bénéficié d'une formation spécifique. La plupart des soignants s'abstiennent d'en prendre l'initiative, considérant que leur rôle se limite à répondre aux demandes exprimées le cas échéant par les personnes.

En dépit d'un contexte majorant les risques, la prévention des risques sexuels s'avère ainsi faiblement portée. Au-delà du préservatif, des outils aujourd'hui essentiels dans la stratégie de prévention diversifiée du VIH ne sont peu ou pas promus, comme l'information sur l'effet du traitement antirétroviral sur les transmissions secondaires, dit TasP (Treatment as Prevention), et/ou demeurent très difficilement accessibles en pratique, comme les prophylaxies pré-exposition (PrEP – Pre-exposure prophylaxis) ou post-exposition (TPE – traitement post-exposition).

Au niveau des USMP, la mise à disposition de supports d'information concernant la prévention des risques sexuels se révèle très inégale. Leur approvisionnement apparaît aléatoire et les supports d'information proposés sont souvent peu adaptés au public détenu, et parfois obsolètes.

Concernant les préservatifs, leur mise à disposition est organisée selon des modalités disparates selon les établissements et inégalement favorables en termes de discrétion de l'accès, notamment par rapport aux personnels surveillants ou aux autres personnes détenues. Il s'agit exclusivement, sauf très rare exception, de préservatifs masculins, et ceux-ci ne sont pas toujours accompagnés de gel lubrifiant. Certains établissements connaissent des ruptures durables d'approvisionnement. La fourniture des préservatifs incombe théoriquement à l'administration pénitentiaire, mais le CNS a pu constater dans de nombreux établissements une incapacité tant de l'administration pénitentiaire que des personnels soignants à identifier un circuit d'approvisionnement en préservatifs organisé et pérenne. Ainsi la disponibilité des préservatifs repose souvent sur le bon vouloir et la capacité d'un ou de quelques personnels de santé à rechercher des solutions d'approvisionnement, parfois créatives, notamment auprès d'associations.

La mise à disposition de supports d'information comme celle des préservatifs, prévue par différents textes légaux et réglementaires, demeure en outre cantonnée aux USMP, ce qui en limite l'accès aux personnes détenues ayant un motif de consultation médicale. Cette absence d'accès dans d'autres lieux de détention est contraire aux recommandations en vigueur. Dans certains établissements, il est ainsi particulièrement choquant de constater l'absence de mise à disposition de préservatifs, masculins mais aussi féminins, dans les locaux dédiés aux parloirs familiaux ou dans les unités de vie familiale (UVF), que cette absence résulte d'une négligence ou, dans un certain nombre de cas, d'une décision assumée de la direction de l'établissement.

6. LA MISE EN PLACE D'UNE STRATÉGIE EFFICACE DE LUTTE CONTRE LE VHC EN MILIEU PÉNITENTIAIRE REQUIERT UN PILOTAGE MULTINIVEAUX RENFORCÉ ET UN EFFORT CONSÉQUENT DE COORDINATION ET D'ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS SUR LE TERRAIN

→ *Recommandations n° 13 et 14*

Reconnaissant la pertinence de certaines initiatives locales, le CNS estime cependant que l'objectif d'élimination de l'épidémie de VHC, l'urgence de reconsidérer la place du dépistage tout comme la nécessité de reconstruire le discours sur l'infection par le VHC autour de la

guérison n'ont jusqu'ici pas suscité au sein de la plupart des établissements pénitentiaires une mobilisation à la hauteur des enjeux et des possibilités ouvertes par l'arrivée des AAD. Ainsi, la portée du changement de paradigme n'a pas été suffisamment perçue ni assimilée sur le terrain, ce qui suggère un défaut d'information, d'animation et de pilotage à différents niveaux.

6.1. Au niveau national, le pilotage interministériel et ministériel demeure jusqu'ici faible pour des raisons politiques et structurelles

L'objectif gouvernemental d'élimination de l'épidémie de VHC à l'horizon 2025 n'a pas fait l'objet jusqu'à une date très récente d'un portage particulier concernant sa déclinaison en milieu pénitentiaire, que ce soit au sein des instances de coordination Santé-Justice au niveau interministériel et interdirectionnel, ou de la part du ministère en charge de la santé en direction des ARS.

Le CNS se félicite par conséquent de l'inflexion que marque l'intégration de cet objectif dans la feuille de route Santé des personnes placées sous main de justice publiée en juillet 2019, à travers l'action n°11 qui y est consacrée. Les recommandations issues du présent Avis doivent contribuer à définir le contenu opérationnel de cette priorité d'action à conduire au cours de la période 2019-2022.

Dans cette perspective, toutefois, plusieurs difficultés ne peuvent être éludées sur le plan de la gouvernance et du pilotage ministériel et interministériel.

L'instance décisionnelle formée par le comité interministériel Santé-Justice se réunit à un rythme annuel. Au regard du cadre de référence constitué par la Stratégie santé des personnes placées sous main de justice, deux instances de suivi et de coordination de la mise en œuvre sont prévues. D'une part, un comité de suivi associant les directions concernées des deux ministères et des représentants des parties prenantes au plan national et régional se réunit deux fois par an, à des fins d'information et de concertation des parties. D'autre part, une équipe projet interministérielle, à compétence uniquement technique, est chargée d'élaborer la déclinaison opérationnelle de la stratégie. Cette équipe, coordonnée par un chef de projet positionné auprès de la DGS, réunit des représentants des différentes directions et services concernés des deux ministères.

Dans cette configuration très verticale qui implique des processus de décision politique particulièrement longs, le dialogue et l'action interministérielle Santé-Justice apparaissent peu fluides. Le défaut d'arbitrage de certaines questions conduit au gel de toute action dans les domaines concernés. Le dissensus concernant la mise en œuvre de la RdRD, après avoir constitué un point de blocage majeur, semble être devenu un sujet d'évitement. Le processus interministériel concernant l'élaboration du décret d'application de l'article 41 de la loi du 26 janvier 2016, bien engagé dans une première phase, s'est interrompu depuis plus de deux ans. L'avancée voulue par le législateur ne semble plus bénéficier depuis lors d'un portage ministériel conséquent, qu'il s'agisse pour la ministre en charge de la santé de faire prévaloir l'intérêt de la mesure pour la santé publique, ou pour la ministre en charge de la justice, d'assumer, dans le cadre du dialogue social avec les personnels de l'administration pénitentiaire, les dispositions nécessaires à la mise en œuvre de la loi. Le CNS déplore ainsi l'absence de clarification politique au plus haut niveau de ces enjeux qui engagent la cohérence stratégique de l'action publique en matière de lutte contre les risques infectieux et en particulier de lutte contre le VHC.

En ce qui concerne le pilotage au sein du secteur santé, les leviers dont dispose l'administration centrale pour favoriser une déclinaison effective par les ARS des actions désormais inscrites dans la feuille de route sont structurellement limités par l'autonomie

des agences. De surcroît, deux années ont été nécessaires au plan interministériel et interdirectionnel pour définir une déclinaison opérationnelle de la Stratégie nationale santé des personnes sous main de justice adoptée en avril 2017. La Feuille de route santé des personnes sous main de justice 2019-2022 intervient ainsi trop tardivement par rapport au cycle quinquennal de programmation des politiques régionales de santé, de sorte que les actions qu'elle priorise n'ont pu être prises en compte par les ARS dans le cadre des Projets régionaux de santé (PRS) 2018-2023.

L'administration centrale de la santé dispose néanmoins d'une capacité d'animation auprès des référents santé des personnes placées sous main de justice (PPSMJ) des ARS, qu'elle réunit annuellement. Elle dispose également d'une certaine capacité d'impulsion d'actions spécifiques via l'allocation de crédits exceptionnels, sans toutefois disposer des moyens de s'assurer de leur utilisation effective aux fins prévues. Ainsi, des crédits non pérennes ont été attribués par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) aux ARS en 2017 et 2018, pour un montant total de 8,2 M€, afin de renforcer les moyens d'action, humains et matériels, des USMP des maisons d'arrêt dans le domaine de la RdRD, incluant les aspects de prise en charge des addictions, d'information des personnes détenues sur les risques infectieux et la RdRD, de dépistage du VIH et des virus des hépatites, de coordination entre équipes somatique, psychiatrique et en addictologie, ou encore de formation des personnels à la RdRD.

Le pilotage en direction des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire relève en revanche d'un lien hiérarchique direct entre l'administration centrale et les directions interrégionales des services pénitentiaires (DISP).

L'organisation conjointement par la direction de l'Administration pénitentiaire (DAP) et les directions concernées de l'administration centrale de la santé de réunions annuelles communes des référents santé des DISP et des référents santé des PPSMJ des ARS constitue un cadre qui devrait être mis à profit pour mobiliser ces agents concernant l'action n°11 de la feuille de route et favoriser l'échange d'expériences entre pilotes régionaux.

6.2. À l'échelon régional ou interrégional, la collaboration entre les DISP et les ARS est inégale, notamment du fait de l'intérêt faible ou inconstant de certaines ARS

Les commissions régionales santé-justice ont été instaurées dans l'objectif de doter l'échelon des régions ou interrégions pénitentiaires d'une instance de gouvernance chargée de la déclinaison régionale des politiques de santé en direction des personnes sous main de justice et d'assurer la coordination de l'ensemble des acteurs qui y concourent. Cette ambition peine toutefois à se concrétiser. Dans un nombre conséquent de régions, la commission n'est jamais réunie, ou l'est à une fréquence irrégulière et inférieure à celle prévue d'au moins une réunion par an. Dans des régions où une commission fonctionne, son rôle est jugé par certains participants comme essentiellement formel et dénué de portée opérationnelle.

Les échanges et les efforts de coordination du pilotage à l'échelon régional et interrégional entre les administrations pénitentiaire et de la santé apparaissent plus effectifs au travers des contacts réguliers, et parfois intenses, qui existent entre les référents santé des DISP et les référents santé des PPSMJ des ARS. Les dynamiques d'action régionale apparaissent fortement dépendantes de l'investissement personnel de ces agents et la qualité des relations interpersonnelles, ce qui constitue un facteur de fragilité évident. Surtout, les référents santé des DISP exercent généralement cette fonction à temps plein tandis que les ARS n'allouent souvent qu'une fraction d'équivalent temps plein, parfois extrêmement faible,

à la fonction de référents santé des PPSMJ. Ces référents expriment parfois le sentiment d'exercer leur fonction non pas avec le soutien de leur direction, mais malgré elle. Ces écarts peuvent parfois déséquilibrer le dialogue entre les référents et être source d'incompréhensions entre les deux administrations. Certaines DISP ont pu être confrontées à l'absence de tout interlocuteur au sein de l'ARS, la direction de celle-ci assumant de ne pas pourvoir de poste de référent santé des PPSMJ pendant des périodes pouvant atteindre parfois plusieurs années. Tout est alors à reconstruire.

Cette faiblesse des moyens accordés par la plupart des ARS au pilotage de la santé en milieu pénitentiaire reflète plus globalement la place marginale que de nombreuses agences accordent à cet enjeu dans le cadre de leur politique régionale de santé. Les PRS, ou dans ce cadre les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS), ne définissent que rarement des objectifs ambitieux et une programmation structurée et lisible concernant la santé des PPSMJ. Le suivi des actions programmées est également défaillant en raison de la capacité limitée, voire inexistante des ARS à s'assurer que les établissements hospitaliers de rattachement des USMP ou des SMPR utilisent aux fins prévues les crédits alloués.

Ce portage inégal, souvent insuffisant et parfois défaillant des questions de santé en milieu pénitentiaire au sein des ARS produit des effets délétères sur la mobilisation comme sur la coordination des acteurs du champ sanitaire et médico-sanitaire concourant à l'offre de santé en milieu pénitentiaire, et en premier lieu les USMP. De nombreux professionnels de ces structures s'estiment insuffisamment écoutés et soutenus par les agences, y compris pour faire valoir leurs besoins auprès de leurs directions hospitalières, et expriment fréquemment un sentiment d'isolement voire d'abandon.

Dans ce contexte, la mise en œuvre de l'action n°11 de la feuille de route exige des ARS un renforcement et une meilleure structuration de leurs actions tant sur le plan de la programmation que du pilotage et du suivi, incluant un soutien accru aux professionnels impliqués. Ce soutien comprend notamment le développement d'une offre de formation et d'accompagnement au changement des pratiques professionnelles ainsi que de l'organisation du parcours de soins que requièrent l'amélioration du dépistage et l'optimisation des délais de prise en charge des personnes détenues infectées par le VHC. Les ARS pourraient utilement s'appuyer sur les centres experts hépatites et/ou sur les COREVIH pour réaliser un diagnostic territorial des besoins et coordonner les acteurs à mobiliser.

RECOMMANDATIONS

En conséquence, le conseil national du sida et des hépatites virales adresse les recommandations suivantes

Afin de connaître et suivre la santé des personnes détenues infectées par le VHC :

1. à la ministre en charge de la santé, à la directrice générale de l'offre de soins, à la directrice générale de Santé publique France et au directeur général de la CNAMTS

Organiser le recueil, la mise à disposition, l'analyse et le suivi de données d'épidémiologie descriptive et thérapeutique de l'infection par le VHC, le VHB et le VIH au sein de la population pénitentiaire.

Afin de renforcer le dépistage du VHC, et conjointement ceux du VIH et du VHB :

2. à l'ensemble des personnels soignants intervenant en milieu pénitentiaire

Identifier systématiquement à l'entrée et au cours de la détention les opportunités d'informer les personnes détenues de l'intérêt du dépistage et du traitement du VHC, et notamment du fait que les nouveaux traitements antiviraux sont bien tolérés et permettent une guérison en 8 à 12 semaines.

3. aux directeurs généraux des ARS, aux directeurs des établissements hospitaliers de rattachement des USMP, aux médecins coordonnateurs et cadres de santé des USMP

Déployer les TROD comme outil prioritaire des dépistages du VHC, du VHB et du VIH en milieu pénitentiaire afin d'assurer une réalisation immédiate dès que la proposition de dépistage est acceptée, et à cette fin :

- assurer l'information et la formation des professionnels de santé concernant les TROD ;
- déléguer la réalisation du dépistage par TROD aux personnels infirmiers.

4. aux médecins coordonnateurs et cadres de santé des USMP et des services de prise en charge des addictions

Assurer la proposition et la réalisation effective des dépistages combinés du VHC, du VHB et du VIH ainsi que le rendu des résultats pendant le séjour de la personne détenue en quartier arrivant y compris les résultats négatifs.

5. aux directeurs généraux des ARS, aux directeurs interrégionaux des services pénitentiaires, aux chefs d'établissement pénitentiaire, aux médecins coordonnateurs et cadres de santé des USMP et des SMPR, aux opérateurs externes concernés

Organiser le renouvellement de la proposition de dépistage au cours de la détention, et notamment diversifier les modalités d'offre en renforçant le rôle des partenaires internes et externes (CSAPA, CAARUD, CeGIDD, associations) dans le cadre d'interventions plus larges (éducation à la santé, prévention, RdR) :

- soutenir le développement d'interventions en milieu pénitentiaire par les partenaires externes ;
- assurer la coordination et la complémentarité des interventions entre l'unité sanitaire et les partenaires.

Afin de réduire les délais d'instauration du traitement par AAD :

6. aux médecins coordonnateurs des USMP, avec le concours des centres experts hépatites

Formaliser dans chaque établissement, en partenariat avec un référent VHC :

- un circuit court visant à obtenir le bilan et, pour les patients relevant d'un parcours simplifié, l'instauration du traitement dans les deux semaines suivant la découverte d'une sérologie positive ;
- un circuit optimisé pour les cas complexes relevant d'un avis de RCP.

7. aux directeurs des établissements hospitaliers de rattachement des USMP, aux médecins coordonnateurs des USMP, avec le concours des centres experts hépatites

Favoriser la formation des médecins des USMP :

- à la mise en œuvre du parcours adapté à la situation du patient, tel que défini par la HAS ;
- à la prescription du traitement et son suivi dans le cadre du parcours simplifié.

Afin de mettre en cohérence et porter à hauteur des besoins l'offre de prévention et de réduction des risques infectieux :

8. au Premier Ministre, à la ministre de la justice et la ministre en charge de la santé, avec l'appui technique de la DAP, de la DGOS et de la DGS

Permettre l'application des dispositions de la loi du 26 janvier 2016, et en conséquence :

- prendre le décret d'application prescrit par l'article L. 3411-10 du code la santé publique ;
- développer auprès des personnels soignants et pénitentiaires l'information sur la démarche et les outils de RdRD ;
- mettre à disposition les outils reconnus de RdRD en milieu pénitentiaire (kits d'injection, d'inhalation, pipes à crack...), le cas échéant par étapes ;
- développer l'intervention des CAARUD en détention afin de consolider l'offre de RdRD.

9. aux directeurs généraux des ARS, aux directeurs interrégionaux des services pénitentiaires, aux chefs d'établissement pénitentiaire, aux médecins coordonnateurs et cadres de santé des USMP

Assurer une mise à disposition effective des préservatifs dans le kit arrivant, dans les USMP ainsi que dans les autres locaux de détention (unité de vie familiale, lieux de circulation et/ou d'activités...).

10. aux chefs d'établissement pénitentiaire, aux médecins coordonnateurs et cadres de santé des USMP, avec l'appui des DISP et des ARS

Organiser la diffusion auprès des personnes détenues et de leurs proches de supports d'information adaptés sur la prévention des risques infectieux dans les champs des addictions et de la santé sexuelle et sur l'intérêt du dépistage du VHC au regard des bénéfices apportés par les nouveaux traitements.

11. à la directrice générale de Santé publique France, au directeur général de l'administration pénitentiaire, aux directeurs généraux des ARS, aux directeurs interrégionaux des services pénitentiaires, aux chefs d'établissement pénitentiaire, aux médecins coordonnateurs et cadres de santé des USMP

Concevoir et organiser la diffusion de supports d'information adaptés sur la prévention des risques infectieux dans le champ des addictions et de la santé sexuelle :

- pour le personnel pénitentiaire ;
- pour le personnel sanitaire.

12. à la DAP et la DGS, aux directeurs généraux des ARS, aux directeurs interrégionaux des services pénitentiaires, aux chefs d'établissement pénitentiaire, médecins coordonnateurs et cadres de santé des USMP

Dans le cadre de la formation initiale et continue des personnels sanitaires et pénitentiaires, organiser des sessions d'information et de sensibilisation sur les risques infectieux ainsi que sur les stratégies et outils de réduction des risques et des dommages liés à l'usage de drogues et de réduction des risques sexuels.

Afin d'améliorer la gouvernance et le pilotage régionaux :

13. aux directeurs généraux des ARS

Mettre en place les moyens internes, financiers et humains, nécessaires à un pilotage régional soutenu et pérenne de la santé des personnes détenues.

14. aux directeurs interrégionaux des services pénitentiaires et aux directeurs généraux des ARS, à travers les référents santé des DISP et les référents santé des PPSMJ des ARS

Animer et coordonner des espaces d'échange avec les structures intervenant en milieu pénitentiaire dans les domaines de l'éducation à la santé, de la prévention et du dépistage.

Le Conseil national du sida et des hépatites virales remercie vivement les personnes entendues lors de ses auditions et travaux, dont la liste est consultable dans le *Rapport*¹³⁹ qui accompagne la publication du présent *Avis*.

¹³⁹ *Rapport sur la prévention, le dépistage et le traitement de l'hépatite C chez les personnes détenues*, CNS, 2020 : <https://cns.sante.fr/rapports-et-avis/avis-prisons-2019>

INDEX DES SIGLES ET ACRONYMES

ADD : antiviraux d'action directe

ARS : Agence régionale de santé

CAARUD : centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues

CeGIDD : centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic

CNAMTS : caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

CNS : Conseil national du sida et des hépatites virales

COREVIH : coordination régionale de lutte contre le VIH

CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

DAP : direction de l'Administration pénitentiaire

DGOS : *direction générale de l'Offre de soins*

DGS : *direction générale de la Santé*

DISP : direction interrégionale des services pénitentiaires

HAS : Haute Autorité de santé

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

PNSP : plan national de santé publique

PPSMJ : personne placée sous main de justice

PRAPS : programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies

PrEP : prophylaxie pré-exposition

PRS : projet régional de santé

RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire

RdR : réduction des risques

RdRD : réduction des risques et des dommages

SMPR : service médico-psychiatrique régional

TasP : Treatment as Prevention

TPE : traitement post-exposition

TROD : test rapide d'orientation diagnostique

TSO : traitement de substitution aux opiacés

USMP : unités sanitaires en milieu pénitentiaire

UVF : unité de vie familiale

VHB : virus de l'hépatite B

VHC : virus de l'hépatite C

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

NOTE VALANT AVIS SUR LES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE DE DÉPISTAGE DU VIH EN FRANCE

La présente *Note valant Avis* a été adoptée par le Conseil national du sida et des hépatites virales, réuni en séance plénière le 21 novembre 2019, à l'unanimité des membres présents ou représentés.

MEMBRES DE LA COMMISSION « DÉPISTAGE »

- Carine FAVIER, *présidente de la commission*
- Christiane COUDRIER
- Philippe ARTIÈRES
- Hugues FISCHER
- Christine ROUZIOUX
- Christine SILVAIN
- Gilles RAGUIN
- Patrick YENI

RAPPORTEUR

- Michel CELSE

INTRODUCTION

Au cours de ces dernières années, les stratégies de lutte contre l'épidémie de VIH/sida se sont profondément transformées, en particulier sous l'effet de plusieurs innovations dans le domaine de la prévention, tant en ce qui concerne la prévention des transmissions secondaires, grâce au traitement des personnes séropositives (TasP), que la prévention primaire, avec le déploiement en direction des personnes séronégatives d'une offre de prophylaxie pré-exposition (PrEP). La prévention du VIH a en outre été repensée dans le cadre d'une approche positive de la santé sexuelle. Ces transformations ont reconfiguré l'articulation entre le dépistage, les traitements, et la prévention du VIH. La place du dépistage a été réévaluée et le dispositif d'offres sensiblement étoffé et diversifié, avec notamment le développement d'une offre de dépistages communautaires par test rapide d'orientation diagnostique (TROD), la mise à disposition des autotests de dépistage et une amélioration qualitative de l'offre publique au travers de la mise en place des Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD).

En dépit de ces efforts récents, les indicateurs épidémiologiques disponibles restent globalement stables au cours des dernières années, sans montrer une réduction de l'épidémie en France, alors que des baisses significatives d'incidence et de prévalence sont décrites depuis plusieurs années à l'étranger, dans des villes et des pays aux contextes similaires à ceux de la France. Même si certaines données publiées récemment en France peuvent suggérer l'amorce d'une inflexion qui devra être confirmée avec davantage de recul, ces résultats marquent un échec. Les objectifs dits «3 x 95»¹⁴⁰ que la France s'était fixés d'ici à 2020 ne seront pas atteints.

L'analyse des données épidémiologiques montre, d'une part, que l'épidémie se poursuit en France au sein de populations exposées telles que les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), les femmes et les hommes nés à l'étranger, en particulier en Afrique sub-saharienne, qui pour beaucoup se contaminent en France. Ainsi, les primo-infections¹⁴¹ concernent pour 70 % des HSH, et 42 % ont eu lieu en région parisienne.¹⁴² Concernant les découvertes de séropositivité¹⁴³, le nombre reste stable : autour de 6 400 par an depuis 2010 jusqu'en 2017. Ces infections touchent les hétérosexuels nés à l'étranger (42 %) et les HSH (41 %).¹⁴⁴

De plus, d'autres données mettent en évidence le fait que l'accès au dépistage demeure un enjeu majeur pour infléchir l'épidémie. Ainsi, parmi les personnes nouvellement diagnostiquées, 52 % n'avaient jamais fait de tests auparavant et 30 % présentaient un stade avancé de la maladie. Les estimations du nombre de ces infections non diagnostiquées¹⁴⁵

¹⁴⁰ 95 % de personnes diagnostiquées parmi les personnes infectées ; 95 % de personnes sous traitement antirétroviral parmi les personnes diagnostiquées ; 95 % de personnes en succès thérapeutique (charge virale indétectable : <50 copies/ml)

¹⁴¹ Infections à VIH diagnostiquées moins de 3 mois après la contamination. Ces nouvelles infections représentent les cas incidents

¹⁴² Données portant sur la période 2014 à 2016. Visseaux et al, J Antimicrob Chemother. 2019 Oct 22. pii: dkz404. doi: 10.1093/jac/dkz404. [Epub ahead of print]

¹⁴³ Les découvertes de séropositivité incluent tous les patients nouvellement diagnostiqués, quel que soit le stade de leur infection (qu'elle soit récente ou ancienne)

¹⁴⁴ Dépistage et découvertes de séropositivité à Paris (10/09/2019) Santé Publique France

¹⁴⁵ Les personnes infectées non diagnostiquées donc non traitées représentent un très fort risque de transmission sexuelle

fournissent un indicateur particulièrement informatif puisqu'il révèle la cible à atteindre : en 2016, environ 24 000 personnes infectées ignoraient leur infection en France, dont 50 % étaient nées à l'étranger. Sur ce total, les HSH représentaient plus de 9 000 personnes, soit 38 % des personnes non diagnostiquées. Il était ainsi estimé qu'au sein de la population HSH vivant en France, environ 3 % étaient infectés et ignoraient leur infection, ce taux atteignant environ 5 % parmi les HSH nés à l'étranger.¹⁴⁶

Enfin, la grande disparité du niveau de l'épidémie de VIH selon les territoires est un élément essentiel à prendre en compte pour adapter les actions à mettre en place. En métropole, la région de loin la plus touchée est l'Île-de France, qui à elle seule concentre notamment plus de 40 % de l'ensemble des personnes non diagnostiquées. Elle est suivie, à un degré moindre, par les régions PACA et Rhône-Alpes. Dans les départements et régions d'Outre-mer (DROM), la situation est extrêmement préoccupante et nécessite sans aucun doute une réponse spécifique adaptée, comme un *Avis* du CNS l'a récemment montré¹⁴⁷.

La lutte contre l'épidémie en France est ainsi à un moment critique. La situation actuelle est inacceptable alors que tous les outils permettant d'enrayer l'épidémie sont disponibles, allant du dépistage du VIH (sérologies conventionnelles, TROD, autotests) aux traitements antirétroviraux : TasP (*Treatment as Prevention*), PrEP (Prophylaxie pré-exposition) et TPE (traitement post-exposition).

Alors que la lutte contre le VIH fait l'objet d'une mobilisation internationale importante, notamment de la part de la France, une remobilisation forte s'impose sur le plan national pour dépasser les obstacles qui perdurent en matière d'accès au dépistage et aux outils innovants de prévention.

Le Conseil national du sida et des hépatites virales a engagé au cours des derniers mois une réflexion sur ces enjeux et relevé plusieurs faiblesses de la réponse actuelle. La présente *Note valant avis* vise à synthétiser son analyse plus particulièrement en ce qui concerne la politique de dépistage du VIH, et proposer des orientations pour renforcer son efficacité.

1. AMÉLIORER LA PRODUCTION DE DONNEES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ACTUALISÉES ET TERRITORIALISÉES POUR ADAPTER LES POLITIQUES DE DÉPISTAGE AUX BESOINS

La politique de dépistage, pour être efficace, doit être en capacité d'identifier finement les territoires et les publics parmi lesquels l'épidémie est la plus active et pouvoir s'adapter rapidement à son évolution, afin de déployer en direction des personnes exposées une offre de dépistage ajustée à leurs besoins.

Il est donc essentiel de se doter le plus rapidement des moyens indispensables à la collecte des données et de développer les collaborations nécessaires pour mesurer l'impact des mesures prises dans les différentes populations exposées.

En effet, la production actuelle de données épidémiologiques n'est pas satisfaisante, pour des raisons qui concernent à la fois l'organisation d'ensemble de la surveillance épidémiologique en France, et plus spécifiquement les conditions de recueil et d'exploitation de certaines données et indicateurs.

¹⁴⁶ Virginie Supervie, communication orale au CNS, 20 juin 2019

¹⁴⁷ CNS, *Avis et recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST en Guyane et dans les Antilles françaises*, adopté le 18 janvier 2018

1.1. LES DONNÉES ACTUELLEMENT PRODUITES PRÉSENTENT PLUSIEURS TYPES DE LIMITES

La production régulière au plan national de données épidémiologiques concernant le VIH repose principalement sur deux types de sources de données dont le recueil et l'exploitation dépendent d'organismes différents. Il s'agit d'une part de Santé publique France, pour les données issues du dispositif de déclaration obligatoire (DO) des infections par le VIH ainsi que pour les données d'activité de dépistage, et d'autre part de l'Inserm, pour les données de prise en charge médicale des patients suivis pour le VIH dans le système hospitalier (base de données DOMEVIH). En outre, la production de certains indicateurs requiert le recours à des données du Système national des données de santé (SNDS) et en particulier celles provenant de la base de l'Assurance maladie (SNIIRAM), dont la gestion relève de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Le déficit d'exhaustivité des données issues du dispositif de déclaration obligatoire (DO) du VIH est un frein à un pilotage réactif et ajusté au plus près des besoins des personnes et des territoires

Le dispositif de déclaration obligatoire (DO) aux autorités sanitaires des infections par le VIH est au cœur de la production de données annuelles de surveillance épidémiologique. Dans ce cadre, les cliniciens, d'une part, et les biologistes, d'autre part, qu'ils exercent dans le secteur public ou privé, ont l'obligation de renseigner et de transmettre des données individuelles concernant chaque cas d'infection qu'ils diagnostiquent.

Les procédures de déclaration et de remontées des données, jusqu'à récemment réalisées sur des supports papier, ont historiquement été source de délais considérables dans la production des données (11 mois et plus pour les données consolidées). La dématérialisation des procédures (e-DO), engagée à compter de 2015, a rencontré de nombreuses difficultés et n'a à ce jour pas permis de résoudre plusieurs défauts du dispositif. Le désengagement d'une partie des professionnels de santé s'est aggravé, conduisant à une dégradation de l'exhaustivité des déclarations, qui n'atteint plus que 40 % pour les cliniciens et 68 % pour les biologistes. Une partie des déclarations effectuées sont en outre incomplètes.

Cette exhaustivité insuffisante fragilise les résultats et n'autorise pas une adaptation éclairée des politiques publiques à l'évolution de l'épidémie VIH. La perte de puissance statistique et les risques de biais ne permettent notamment pas de décrire les évolutions par catégories socio-épidémiologiques à l'échelon départemental ou le cas échéant infra-départemental, alors que ce niveau d'analyse serait nécessaire pour ajuster l'action publique au plus près des besoins des populations et en évaluer l'impact.

Le nombre de nouvelles découvertes de séropositivité n'est pas un indicateur suffisant pour piloter l'action publique et une actualisation plus rapide et plus fréquente des estimations d'incidence est nécessaire

Le nombre de découvertes de séropositivité est l'indicateur le plus utilisé de l'épidémie VIH, alors qu'il n'est pas à lui seul suffisant. Il comprend à la fois des nouvelles infections (cas incidents) et des infections plus anciennes ; de plus, le nombre total de dépistages réalisés pouvant varier selon les années, son évolution est complexe à interpréter. Le nombre de découvertes de séropositivité ne permet pas non plus d'estimer la prévalence de l'infection (nombre total de personnes infectées) par groupe de personnes exposées et par régions.

Seules quelques enquêtes réalisées par des associations ou par Santé publique France ont permis d'estimer à plus de 14 % la prévalence chez les HSH parisiens.¹⁴⁸

Plus complexe à produire, l'incidence des infections VIH est disponible avec retard et n'est pas régulièrement mise à jour au niveau régional et des publics cibles, alors qu'il s'agit de l'indicateur le plus précis de l'évolution de l'épidémie. En 2019, on dispose ainsi de données pour l'année 2016. En outre, d'autres indicateurs épidémiologiques pertinents devraient également être disponibles à l'échelon régional et infrarégional, notamment le nombre et le taux des infections non diagnostiquées par population et par département, ainsi qu'une cartographie par ville ou canton des assurés sociaux admis au dispositif des affections de longue durée pour le VIH (ALD 7). Il est donc nécessaire de créer les conditions d'une production de ces données, qui devrait être rapide, renouvelée sur une base annuelle, et détaillée sur les plans géographique et populationnel.

1.2. UN RENFORCEMENT AUX NIVEAUX NATIONAL ET RÉGIONAL DES ÉCHANGES ET DE LA COLLABORATION ENTRE LES DIFFÉRENTS PRODUCTEURS DE DONNÉES EST NÉCESSAIRE

Au niveau national, la production de données épidémiologiques concernant l'épidémie VIH est historiquement répartie entre Santé publique France et l'INSERM. L'efficacité de cette gestion bi-parties devrait imposer une mise à disposition et un partage des données complémentaires et donner lieu à une publication conjointe et/ou simultanée des analyses produites hors du contexte de la recherche, dans le cadre d'un état des lieux annuel.

De plus, au niveau régional, des données complémentaires, aussi bien en ce qui concerne la DO qu'en ce qui concerne le DOMEVIH, doivent être recueillies par les COREVIH, qui doivent veiller à leur exhaustivité dans le cadre de leurs missions essentielles et sous le contrôle des Agences régionales de Santé (ARS). D'autre part, l'analyse épidémiologique territorialisée devrait être portée par un pilotage conjoint ARS/CIRE/COREVIH. Comme au niveau national, cette analyse devrait être enrichie de données complémentaires, produites localement.

Enfin, le CNS souligne l'importance de mettre en place, en lien avec le Centre national de référence du VIH (CNR VIH), une surveillance épidémiologique moléculaire annuelle des virus de primo-infections et ainsi que celle de découvertes de séropositivité de façon à décrire l'épidémie par l'analyse de la circulation des différents types de VIH (et celle de virus résistants aux antirétroviraux). De telles études moléculaires peuvent permettre de détecter rapidement l'émergence de « clusters de virus »¹⁴⁹ révélant des groupes de nouvelles infections. L'analyse de tels groupes de contamination peut conduire à des actions locales de dépistage, de prise en charge thérapeutique et de prévention.

2. ALLER PLUS LOIN DANS LA DIVERSIFICATION DU DÉPISTAGE ET DE SES ACTEURS EN PARTANT DES BESOINS DES PERSONNES

L'intérêt majeur de diagnostiquer le maximum de personnes infectées pour permettre leur traitement par les antirétroviraux a posé l'objectif de renforcer l'accès au dépistage, et ce en particulier de manière ciblée en direction des publics les plus exposés. De nouveaux outils de dépistage et des modalités d'offres plus diversifiées ont été progressivement développées pour mieux atteindre ces publics.

¹⁴⁸ Santé publique France, enquête Prevagay : Sommen C et al, *Epidemiol Infect.* 2018 May;146(7):913-919

¹⁴⁹ Groupes de virus suffisamment proches au niveau génétique, attestant de liens entre les sujets contaminés.

La persistance d'une proportion importante de personnes infectées qui ignorent leur infection montre cependant que l'offre actuelle peine à s'inscrire dans les modes de vie d'une partie des publics ciblés, et demeure insuffisamment attractive, peu accessible voire inadaptée aux besoins des personnes. La diversification du dispositif de dépistage doit par conséquent être poursuivie, d'autant plus que le dépistage s'est entre temps entre temps également affirmé comme un outil d'accès à des moyens de prévention innovants pour les personnes dépistées séronégatives.

2.1 LES OBJECTIFS ET LA PLACE DU DÉPISTAGE DANS LA RÉPONSE À L'ÉPIDÉMIE ONT ÉVOLUÉ

Le renforcement du dépistage du VIH a été priorisé depuis une dizaine d'années principalement dans l'objectif de permettre le diagnostic des personnes infectées à un stade précoce de leur infection, dans la logique d'une réponse à l'épidémie visant à mettre en œuvre une stratégie dite « *Test and Treat* », laquelle implique le traitement systématique de toute personne séropositive, quel que soit le stade de l'infection.

En effet, à compter de la seconde moitié des années 2000, l'intérêt d'initier un traitement antirétroviral le plus tôt possible chez les personnes séropositives a bien été démontré, à la fois pour un bénéfice thérapeutique direct pour la personne et pour un bénéfice collectif en évitant les transmissions secondaires, permettant ainsi d'infléchir l'épidémie. Cela a mis au premier plan l'enjeu du dépistage des personnes porteuses du VIH mais ignorant leur infection, compte tenu de leur rôle majeur dans la transmission du virus et donc dans la dynamique de l'épidémie.

Cette attention portée aux infections non diagnostiquées, et en particulier aux personnes qui parviennent au dépistage à un stade avancé de leur infection (30 % des diagnostics), a mis en évidence que l'offre de dépistage existante, échouait à atteindre une partie des personnes infectées. La nécessité de favoriser un accès plus facile de ces personnes au dépistage a conduit les pouvoirs publics à engager de premières étapes de diversification de l'offre, en particulier au travers du développement de l'usage des TROD, notamment dans le cadre d'une offre de dépistage communautaire « hors les murs », portée par des acteurs non médicaux et permettant d'aller au-devant de publics ciblés.

Au-delà d'un outil de diagnostic, le dépistage est devenu un outil de promotion de la santé sexuelle et d'accès à la prévention autant pour les personnes testées séronégatives que testées séropositives

L'arrivée de la PrEP, qui offre aux personnes dépistées séronégatives une nouvelle option pour se protéger du VIH, a modifié à nouveau l'articulation entre le dépistage et la prévention. Dans ce contexte, un ensemble convergent de réflexions s'est développé sur la diversité des freins au dépistage et aux moyens de prévention selon les publics, et sur l'intérêt de repenser l'accès à la prévention au travers d'une approche positive et intégrée de la santé sexuelle, plutôt que par les risques de pathologies. Ces évolutions marquent une étape supplémentaire dans la reconfiguration des enjeux du dépistage. Au-delà de l'objectif de diagnostiquer les personnes infectées, le dépistage apparaît désormais comme un outil de prévention et de promotion de la santé sexuelle, qui ouvre l'accès à une variété de moyens de prévention adaptés aux besoins de chacun, selon son statut sérologique, et devant prendre en compte ses pratiques, ses désirs et ses contraintes, ses capacités d'autonomie.

Au regard de ces transformations, la création des CeGIDD aux missions élargies à la promotion de la santé sexuelle, d'une part, et l'autorisation de la vente libre des autotests

de dépistage du VIH ainsi que leur mise à disposition gratuite par certaines associations représentent des étapes importantes de rénovation de l'offre de dépistage.

Pour autant, l'appropriation d'une nouvelle culture positive du dépistage du VIH par l'ensemble des acteurs représente un processus long et encore largement inabouti, ne serait-ce que dans sa perception comme un outil de santé et non plus d'annonce d'une maladie stigmatisante voire mortelle. Le déploiement des différents dispositifs innovants demeure inégal et le passage à l'échelle reste insuffisant. Des stratégies prometteuses de renforcement de l'accès au dépistage telles que le développement d'une offre d'accompagnement à la notification des partenaires, restent en attente de mise en œuvre. L'adaptation globale de l'action publique aux nouveaux enjeux, en termes d'organisation de l'offre et de communication en direction de la population, demeure inachevée.

2.2 LA DIVERSIFICATION DES OFFRES DOIT ÊTRE RENFORCÉE POUR MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS ET AUX ATTENTES DES PERSONNES

La diversification peut et doit être poussée plus loin. Plusieurs pistes peuvent être envisagées pour faciliter l'accès et ajuster l'offre au plus près des besoins des individus, en proposant des modalités encore davantage différenciées et adaptées aux contraintes et aux attentes de chacun.

Adapter l'offre à des besoins très différenciés en matière d'accompagnement

Le spectre des besoins des personnes en matière d'accompagnement à la démarche de dépistage est extrêmement large selon les contextes et les situations individuelles. Il est nécessaire que les modalités de l'accompagnement proposé ne se limitent pas à suivre un protocole rigide, mais au contraire procèdent de ces besoins, s'y adaptent de manière souple et soient dirigées vers les populations clés exposées à l'infection. Les besoins ne sont pas les mêmes pour les jeunes, les HSH, nés en France ou à l'étranger, les femmes et les hommes originaires d'Afrique sub-saharienne. Les situations de précarité et d'isolement induisent un manque d'informations et majorent à l'évidence l'exposition au risque d'infection par le VIH. Les barrières de langue, les difficultés d'accès aux droits, à l'emploi et au logement sont autant de facteurs qui éloignent les personnes du soin et de la prévention.

Ainsi, accompagner vers un primo-dépistage ou le renouvellement d'un dépistage ancien des personnes très éloignées de cette démarche exige une approche d'aller-vers qui justifie de maintenir voire d'amplifier un accompagnement fort et adapté à chaque groupe de personnes exposées. Selon le niveau d'information de la personne en matière de risques sexuels, la perception qu'elle a ou non des risques d'exposition, les différentes barrières d'ordre social, culturel ou matériel qui freinent son accès aux structures proposant du dépistage, il est nécessaire d'offrir un accompagnement soutenu en terme de counseling, intégrant une approche de type médiation sociale en santé, visant à donner à la personne le temps et les moyens d'adhérer à la démarche et progressivement de gagner en autonomie.

Inversement, l'accompagnement doit aussi être adapté à des publics très autonomes tels que les HSH qui s'inscrivent dans une démarche de réitération fréquente du dépistage, comme outil de prévention. Pour ces profils, l'approche traditionnelle de dépistage prévoyant un counseling pré- et/ou post test est non seulement inutile, mais contreproductive, alors qu'il faut faciliter la possibilité de réaliser des dépistages régulièrement, de manière pratique et rapide, en termes d'accès aux tests, comme de réception des résultats.

Démédicaliser l'offre dans tous les contextes où la compétence médicale n'est pas spécifiquement requise

Hormis dans le cadre de l'offre communautaire de TROD, lesquels peuvent être réalisés par des personnes formées qui ne sont ni médecins, ni professionnels de santé, l'offre de dépistage demeure, notamment pour des raisons légales et règlementaires, excessivement médicalisée, en ce qui concerne la prescription des tests comme le rendu des résultats.

Si le recours aux compétences d'un médecin de ville doit être possible à tous les stades, et apparaît souhaitable quand cela répond à un besoin de la personne, cela ne devrait plus être une condition quand les circonstances ne l'exigent pas. En particulier pour les personnes les plus autonomes, recourant fréquemment au dépistage, l'accès à une sérologie gratuite, sans prescription préalable par un médecin, représenterait un allègement du processus, tant pour l'utilisateur que pour le système de soins.

Les conditions de rendu des résultats gagneraient de même à être assouplies. Le rendu des résultats négatifs en routine pourrait être davantage délégué à des personnels non médecins, formés aux questions de prévention et notamment en mesure d'orienter le cas échéant vers la PrEP. Des moyens dématérialisés de rendu des résultats négatifs par téléphone, SMS ou via des applications de téléconsultation doivent également pouvoir être mis en place.

Élargir les acteurs généralistes susceptibles de concourir à l'accès au dépistage

Les structures spécialisées d'offres de prévention et de dépistage telles que les CeGIDD ou les associations opératrices d'actions de prévention et de dépistage communautaire ont fait la preuve de leur intérêt, en particulier pour atteindre des publics particulièrement exposés tel que les HSH, ou encore les communautés de personnes originaires d'Afrique subsaharienne ou de la région caribéenne. Les discriminations, la stigmatisation et les situations de précarité sociale et administrative sont des éléments qui éloignent les populations fragilisées du soin et de la prévention. Les associations qui vont vers elles représentent une offre importante. Toutes ces offres présentent cependant des limites.

D'une part, même si leur développement doit être poursuivi, notamment pour répondre à l'ampleur de la demande dans les grands centres urbains, leur implantation demeure inégale sur le territoire. Il apparaît difficile d'envisager en zones peu denses un maillage assurant partout la même proximité pour l'utilisateur.

D'autre part, en raison même de leur caractère spécialisé, ces offres ne sont pas à même de toucher une partie des personnes formant leurs publics cibles, soit que certaines ne s'estiment pas du tout concernées par les risques sexuels, soit que d'autres, bien que se sentant concernées, préfèrent se tenir éloignées des structures trop identifiées par crainte des risques de stigmatisation que leur fréquentation pourrait entraîner si elle venait à être connue de leur environnement social ou communautaire.

Pour ces raisons, il est nécessaire, en parallèle des offres spécialisées et communautaires, d'associer désormais le rôle des acteurs généralistes dans l'accès au dépistage. Les laboratoires de biologie médicale constituent un réseau existant à mobiliser davantage, et sont favorables à participer à de telles actions de santé publique. D'autres acteurs de santé de proximité pourraient concourir au dépistage par TROD, tels que des centres de santé, des médecins généralistes, des sages-femmes, ou encore, formant un réseau dense et très facilement accessibles, les pharmaciens. Ces différentes innovations, dont certaines font l'objet de réflexions avancées au sein des organisations professionnelles concernées, nécessiteront à des degrés divers des adaptations du cadre légal et/ou règlementaire.

Enfin, de nombreux acteurs généralistes des secteurs social, médico-social et associatif, qui n'ont pas vocation à développer eux-mêmes une activité de prévention ni de dépistage par TROD, mais sont au contact d'une large variété de publics, doivent être sensibilisés à ces enjeux et insérés dans les réseaux spécialisés en tant que relais pour une orientation vers les structures de prévention et de dépistage.

Mettre en place une offre d'accompagnement à la notification des partenaires

La notification aux partenaires désigne la démarche, pour une personne qui vient d'être diagnostiquée pour une infection par le VIH ou une autre IST, visant à informer son ou ses partenaires actuels ou passés du fait qu'ils ont été exposés à un risque de transmission, pour les inciter à se faire dépister. Favoriser l'information des partenaires renforce ainsi de manière ultra-ciblée l'accès au dépistage.

En France, à la différence de certains autres pays, aucun accompagnement formalisé à cette démarche n'est proposé, alors qu'il s'agit pour la personne d'une décision souvent angoissante et qui peut être complexe à mettre en œuvre. Dans un *Avis* récent,¹⁵⁰ le CNS a par conséquent préconisé de mettre en place la possibilité, pour toutes les personnes récemment diagnostiquées pour le VIH ou une autre IST, de bénéficier d'un soutien individualisé à la démarche d'information de leurs partenaires, afin de la rendre plus simple et plus efficace. Ce service, qui doit s'inscrire dans l'accompagnement global de la personne, reste à construire, qu'il s'agisse de la formation des professionnels de santé ou des intervenants associatifs qui l'assureront, de l'adaptation de certaines dispositions légales et réglementaires, ou encore de la mise à disposition des personnes d'outils adaptés, notamment numériques, facilitant la réalisation des notifications.

3. FACILITER L'ACCÈS AUX DIFFÉRENTS OUTILS DE DÉPISTAGE

Les outils de dépistage sont diversifiés, mais différentes pistes pour simplifier, faciliter et démultiplier les modalités d'accès aux dispositifs correspondants peuvent et doivent être davantage développées.

Simplifier et accélérer l'accès aux sérologies classiques

Le réseau des laboratoires de biologie de ville représente une offre de proximité pour la réalisation des sérologies très dense dont l'accès doit être facilité.

Le CNS note avec beaucoup d'intérêt l'expérience « Labo sans ordo », donnant l'accès aux tests VIH sans frais, sans ordonnance et sans rendez-vous dans les laboratoires de biologie médicale, qui a été engagée depuis le 1^{er} juillet 2019 à Paris et dans les Alpes-Maritimes, dans le cadre des initiatives de type « villes ou territoires sans sida ». Ces dispositifs reposent sur une convention passée avec l'Assurance maladie dans les territoires concernés, qui permet à tous les assurés sociaux, ainsi qu'aux titulaires de l'AME, de bénéficier d'une prise en charge à 100 % du test sans avance de frais. Cette possibilité nouvelle facilite considérablement l'accès au dépistage pour les usagers, en leur épargnant l'étape d'une consultation chez un médecin uniquement pour obtenir la prescription jusque-là nécessaire pour obtenir un remboursement. Cet accès rapide et souple apparaît notamment intéressant pour des personnes ayant vocation à réitérer fréquemment leur dépistage et déjà largement autonomes dans leur pratique de surveillance de leur statut sérologique. Il offre à ce profil d'usagers une alternative au recours au dépistage gratuit en CeGIDD, et peut contribuer à

¹⁵⁰ CNS, *Avis suivi de recommandations sur la notification formalisée aux partenaires*, adopté le 15 février 2018

désengorger ces structures dans les zones où celles-ci sont saturées. S'il est trop tôt pour disposer d'éléments d'évaluation de ces expérimentations, il conviendra, si celles-ci sont concluantes, d'envisager sans délai la généralisation du dispositif.

Le développement de la téléconsultation constitue une autre piste pouvant offrir une alternative pour faciliter l'accès à une sérologie VIH ou au dépistage plus large des IST. Avec une application smartphone de téléconsultation, les personnes pourraient avoir accès à un échange vidéo sécurisé avec une plateforme médicale et des médecins formés. Ce type de dispositif existe déjà à l'étranger. Il représente une option supplémentaire d'accès au dépistage, susceptible d'intéresser notamment les personnes qui ont recours fréquemment au dépistage, ou les personnes résidant en territoire médicalement sous-dense. Le dispositif pourrait également être utilisé pour le suivi PrEP, ou encore permettre de proposer un accompagnement à la démarche de notification aux partenaires. Si le cadre de fonctionnement reste à aménager sur le plan légal et réglementaire en France, la mise en œuvre de ce dispositif dématérialisé, qui a déjà montré son intérêt dans d'autres champs de la santé, apparaît répondre à des besoins, en particulier parmi les plus jeunes pour lesquels une demande à leur médecin généraliste peut être difficile et constituer un frein.

Élargir l'offre de TROD à de nouveaux acteurs

L'offre de TROD demeure faible en volume et doit être enrichie.

L'offre associative existante doit continuer d'être soutenue et développée, notamment en intégrant une plus grande diversité d'opérateurs. Les associations agréées pour la réalisation de TROD sont encore peu nombreuses. Elles ont démontré leur potentiel de développement de l'accès au dépistage et participent de plus au renforcement du counseling et aux orientations vers la PrEP. Elles peuvent aussi informer et faciliter l'accès au TPE, lequel devrait, être beaucoup plus accessible pour des groupes exposés. Une réflexion sur la possibilité pour ces structures de proposer et initier le TPE devrait être engagée.

Au-delà de l'offre associative, il serait pertinent de prendre les dispositions réglementaires et de mettre en place les cadres de prise en charge financière nécessaires au développement d'une offre de dépistage gratuite par TROD dans les pharmacies (sous réserve qu'elles disposent d'un espace de confidentialité), ainsi que par les médecins généralistes, quand ils estiment opportun de proposer un dépistage au cours d'une consultation.

Renforcer la diffusion des autotests et lever les obstacles financiers

Les autotests de dépistage du VIH sont disponibles à la vente libre en pharmacie, mais ces outils ont été jusqu'ici insuffisamment promus auprès du public et sont donc encore trop peu connus. En outre, la réglementation n'autorise pas le pharmacien à disposer les autotests en libre accès, impliquant que le client en fasse la demande au comptoir, ce qui peut constituer un frein. Enfin, le prix de vente, bien qu'il ait sensiblement baissé (de plus de 25 € à environ 10 €) constitue un réel obstacle au dépistage.

Les structures associatives habilitées à réaliser des TROD peuvent par ailleurs bénéficier d'une dotation en autotests, financée par la CNAMTS, pour les distribuer gratuitement dans le cadre de leurs actions de prévention et de dépistage communautaire.

Afin d'élargir l'accès à l'autotest, il apparaît nécessaire, d'une part, de renforcer l'information du public sur l'existence et l'intérêt de l'autotest, ainsi que d'autoriser sa présentation en libre accès dans les officines. La question de son admission au remboursement doit être envisagée.

D'autre part, le dispositif de dotation des associations en autotests mériterait d'être étendu au-delà des seules associations habilitées à la réalisation de TROD. En effet, certaines associations, sans pour autant être opératrices de TROD, déploient des actions de prévention communautaires dans lesquelles la mise à disposition d'autotests gratuits aurait toute sa place, compte tenu des publics auxquels elles s'adressent.

Mettre en place une offre dématérialisée de dépistage du VIH et des autres IST

Des expérimentations d'offre en ligne de prévention et de dépistage par auto-prélèvement ont été conduites en France au cours des dernières années. Elles ont concerné d'une part le dépistage de l'infection à Chlamydia¹⁵¹, d'autre part les dépistages combinés du VIH et des hépatites virales B et C¹⁵². En dépit de résultats favorables, démontrant clairement que ce type d'offre dématérialisée répondait à des besoins réels (confidentialité, éloignement géographique, entrée par la culture numérique de certains publics, notamment jeunes), aucune offre en ligne d'auto-prélèvement n'a pour l'instant été mise en place, à la différence de ce qui existe dans d'autres pays.

Une nouvelle expérimentation, à destination des HSH, évalue actuellement un programme d'incitation au dépistage trimestriel à réaliser soit auprès des structures conventionnelles, soit au moyen d'un kit d'auto-prélèvement pour le dépistage du VIH, de la syphilis, des hépatites virales B et C et des infections à Chlamydia et à gonocoque.¹⁵³

Au regard du retard pris, il est souhaitable que les pouvoirs publics engagent beaucoup plus rapidement la mise en œuvre de ces dispositifs innovants dès lors que les phases expérimentales en ont démontré l'intérêt.

4. TERRITORIALISER LES POLITIQUES DE DÉPISTAGE

La définition et le pilotage des déclinaisons locales des stratégies nationales de santé publique relèvent des ARS dans le cadre de leurs Plans régionaux de Santé (PRS). Diversifier l'offre de dépistage pour répondre aux besoins des personnes les plus exposées implique de concevoir et de piloter l'action au plus près des réalités de terrain, et pour cela de réaliser préalablement une cartographie fine des besoins et des moyens à l'échelon des différents territoires infrarégionaux.

Au regard des PRS en cours, comme des retours d'expérience des acteurs régionaux et locaux impliqués, les ARS apparaissent rarement en capacité d'assurer un tel pilotage territorialisé de leurs actions, à la fois en raison d'une mobilisation inégale et souvent faible autour des objectifs de dépistage, et faute de s'appuyer suffisamment sur le réseau des acteurs des acteurs régionaux et locaux impliqués.

Les « villes ou territoires sans sida », une approche innovante pour penser et agir au plus près des besoins des populations

Les approches nouvelles expérimentées dans le cadre des initiatives de type « ville ou territoire sans sida », engagées tant à l'étranger (San Francisco, Londres, Berlin...) que par certaines collectivités territoriales (Paris, Montpellier, Alpes-Maritimes...), apparaissent prometteuses en matière de territorialisation de la programmation et du pilotage des politiques de lutte contre le VIH et les IST. Des résultats remarquables ont été obtenus notamment à San Francisco ou à Londres en matière de réduction de l'incidence du VIH chez

¹⁵¹ Etude Chlamyweb, Santé publique France

¹⁵² BaroTest 2016, Santé publique France

¹⁵³ Etude MémoDépistage, Santé publique France, ANRS

les HSH. S'il est trop tôt pour évaluer pleinement l'impact des initiatives menées en France, de premiers résultats encourageants semblent valider la pertinence et l'efficacité de ces méthodologies d'action innovantes.

Au-delà de la diversité de ces différentes initiatives, celles-ci ont en commun de viser à réunir et mobiliser l'ensemble des parties prenantes d'un territoire, incluant non seulement les acteurs sanitaires et associatifs spécialisés, mais plus largement les acteurs du champ social et médico-social concernés, les réseaux de professionnels de santé et les élus des collectivités locales. La démarche consiste à établir une analyse locale de la situation épidémiologique et de son contexte, à évaluer les besoins couverts et non couverts des populations concernées en matière d'offre de prévention, de dépistage, de soins et d'accompagnement, pour, enfin, définir autour d'objectifs partagés un programme d'actions ciblées et priorisées en fonction des difficultés relevées dans le territoire.

Les pouvoirs publics, et en particulier les ARS, doivent non seulement favoriser et soutenir pleinement ce type d'initiatives locales là où elles se mettent en place, mais plus généralement gagneraient à s'inspirer de la démarche pour assurer un ciblage et une animation territoriale plus efficace des politiques régionales de prévention du VIH et des IST. Les ARS peuvent pour cela s'appuyer en particulier sur les COREVIH, en leur donnant délégation pour assurer une coordination large des acteurs régionaux.

Le Conseil national du sida et des hépatites virales remercie vivement les personnes entendues lors de ses auditions et travaux.

INDEX DES SIGLES ET ACRONYME

ARS : Agence régionale de Santé

CEGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles

CIRE : Cellule d'intervention en région

CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

CNR VIH : Centre national de référence du VIH

COREVIH : Coordination régionale de la lutte contre le VIH

DO : Déclaration obligatoire

DROM : Départements et régions d'Outre-mer

HSH : Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes

PREP : Prophylaxie pré-exposition

PRS : Plan régional de Santé

SNDS : Système national des données de santé

TASP : Treatment as Prevention

TPE : Traitement post-exposition

TROD : Test rapide d'orientation diagnostique

ARS : Agence régionale de Santé

CEGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles

CIRE : Cellule d'intervention en région

CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

CNR VIH : Centre national de référence du VIH

COREVIH : Coordination régionale de la lutte contre le VIH

DO : Déclaration obligatoire

DROM : Départements et régions d'Outre-mer

HSH : Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes

PREP : Prophylaxie pré-exposition

PRS : Plan régional de Santé

SNDS : Système national des données de santé

TASP : Treatment as Prevention

TPE : Traitement post-exposition

TROD : Test rapide d'orientation diagnostique

COMMUNIQUÉS DE PRESSE

PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES IST EN GUYANE ET DANS LES ANTILLES FRANÇAISES : NOUVEL AVIS DU CNS

Communiqué du 8 mars 2018

Le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) a adopté un Avis sur la prévention et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) en Guyane et dans les Antilles françaises, dans le cadre d'une saisine du Directeur général de la santé et du Directeur général des Outre-mer. Cet Avis doit en particulier contribuer à la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé sexuelle (SNSS) dans ces territoires.

Le CNS a constaté que les épidémies d'IST, dont le VIH, y demeurent à un niveau d'activité plus élevé qu'en métropole et que les populations sont particulièrement exposées au risque de transmission, compte tenu de la précarité économique et sociale, de la fréquence de contextes de sexualité peu propices à la prévention et des difficultés d'accès au système de santé tenant à l'insuffisance de l'offre. En réponse à cette situation préoccupante, les services de l'État, les professionnels de santé ainsi que les associations ont contribué à des actions de prévention, de dépistage et de prise en charge des IST parfois déterminantes. Mais les efforts consentis par les pouvoirs publics sont insuffisants et des évolutions doivent intervenir.

- Tout d'abord, les actions de prévention et de dépistage, traditionnellement peu favorisées, doivent être significativement déployées et diversifiées pour mieux répondre aux besoins. La mise en place d'une offre mobile de santé globale et intégrée, l'appui de porteurs de projets associatifs, le développement de la médiation en santé au profit des communautés sont des instruments adaptés qui pourraient être mis en œuvre rapidement.
- Ensuite, les populations exposées au risque de transmission doivent bénéficier d'un meilleur accès à la prévention et au système de santé grâce à la mobilisation de l'ensemble des acteurs concernés. Les populations jeunes sont trop peu sensibilisées à l'éducation à la sexualité tandis que les ressortissants étrangers, notamment en situation irrégulière, rencontrent de nombreuses difficultés d'accès aux droits et donc aux soins.
- Enfin, les actions de lutte contre les IST doivent être soutenues par une ambition et une vision stratégique. L'intégration des territoires au sein de leur environnement régional et de l'espace européen offrirait de nouveaux leviers de coopération. Le renforcement de la coordination des acteurs publics à l'échelle nationale et régionale apparaît pertinent, au même titre que le développement des connaissances épidémiologiques et sociales, afin de renforcer l'efficacité de l'action publique.

Ces améliorations apparaissent aujourd'hui indispensables pour enrayer la dynamique des épidémies et garantir à chacun un accès à la santé adapté à la diversité des territoires et des populations de Guyane et des Antilles françaises.

NOTIFICATION FORMALISÉE AUX PARTENAIRES : UNE STRATÉGIE POUR AMÉLIORER LE DÉPISTAGE DES IST

Communiqué du 23 mars 2018

Le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) a adopté un Avis suivi de recommandations sur la notification formalisée aux partenaires (NFP).

Les infections sexuellement transmissibles (IST) sont extrêmement fréquentes et parfois graves lorsqu'elles favorisent la survenue de cancers, provoquent des troubles de la fertilité voire menacent la vie des patients qui en sont atteints. Parce qu'elles passent souvent inaperçues avant la survenue de complications, elles nécessitent une optimisation des stratégies mises en œuvre pour rendre leur dépistage plus efficace.

Dans plusieurs pays, des services ont été mis en place pour encourager et aider les patients nouvellement diagnostiqués pour une IST à en informer leurs partenaires sexuels, afin d'inviter ceux-ci à se faire dépister à leur tour. Cette démarche de notification est bénéfique pour la santé des partenaires notifiés, en favorisant le dépistage plus précoce des IST qu'ils ont éventuellement contractés. Elle représente également un outil de prévention, efficace et probablement coût-efficace en santé publique, en contribuant notamment à interrompre les chaînes de transmission.

Le CNS recommande de mettre en place en France ce type de service d'accompagnement afin qu'il soit systématiquement proposé aux patients diagnostiqués pour une IST.

- Ces services devront être organisés au plus près des besoins, en particulier dans les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), et être fournis par des intervenants en santé formés.
- La pluralité des modalités et des outils susceptibles d'être mis en œuvre pour notifier des partenaires devra permettre de développer des stratégies diversifiées, adaptées aux situations individuelles. L'accompagnement à la notification proposé devra être acceptable pour le patient comme pour son ou ses partenaires, respectueux de leur vie privée, compatible avec le respect du secret professionnel et avec la confidentialité des informations les concernant.
- En l'état actuel du droit, le CNS ne recommande pas la pratique de la notification par les intervenants en santé eux-mêmes, en raison des risques encourus en cas de rupture du secret professionnel. Leur intervention ne devrait être envisagée qu'à la demande du patient et en préservant son anonymat, dans des circonstances conjuguant absence de risque effectif de rupture de l'anonymat et bénéfice majeur de santé publique.
- Compte tenu de l'intérêt de l'intervention des intervenants en santé, le CNS appelle à créer les conditions légales et réglementaires leur permettant, si telle est la demande du patient, de procéder eux-mêmes à la notification du ou des partenaires sans être exposés à des risques de nature pénale, civile ou ordinaire.

La proposition systématique de la démarche de notification aux patients diagnostiqués pour une IST, réalisée dans des conditions respectant les droits tant du patient que de ses partenaires, représente une stratégie efficace de dépistage ciblé en direction de personnes qui ignorent souvent avoir été exposées à un risque d'IST.

CONFÉRENCE AIDS 2018 D'AMSTERDAM : UN NOUVEAU SOUFFLE POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

Communiqué du 22 juillet 2018

Alors que la 22^e conférence internationale consacrée à la lutte contre le VIH/sida débute aujourd'hui à Amsterdam, plusieurs signaux d'alarme viennent d'être émis qui font douter de la capacité de parvenir, malgré les progrès accomplis, à l'objectif fixé d'une maîtrise générale de l'épidémie en 2030. Ainsi, le rapport d'ONUSIDA sur les données disponibles en 2017¹⁵⁴ alerte sur l'efficacité insuffisante des stratégies de lutte contre le VIH/sida, à de multiples niveaux incluant la lutte contre les discriminations et les violences de genre, ainsi que l'accès à la prévention et au dépistage. En France, l'épidémie de VIH ne diminue pas et le nombre de nouveaux diagnostics progresse moins vite que celui des nouvelles infections. Une augmentation importante du nombre des diagnostics d'infections à chlamydia et à gonocoque a récemment été rapportée par Santé Publique France, en particulier chez les jeunes.¹⁵⁵ Ces données confirment l'insuffisance des actions de prévention et de dépistage.¹⁵⁶

Au titre des stratégies actuelles, il est urgent d'amplifier le déploiement et de poursuivre la diversification des actions de prévention et de dépistage du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles (IST). L'offre de tests « rapides », d'autotests¹⁵⁷ ou encore de PrEP doit être renforcée au plus près des personnes les plus exposées au risque.

En complément de ces efforts, des stratégies innovantes de réponse à l'épidémie VIH doivent être envisagées. Ainsi, favoriser le dépistage des partenaires sexuels des personnes atteintes d'IST par la mise en place de services d'accompagnement à l'information des partenaires contribuerait à rompre les chaînes de transmission.¹⁵⁸ En outre, dans le contexte des outre-mer, où l'épidémie est particulièrement active, développer une offre globale et mobile de prévention et de dépistage¹⁵⁹ permettrait d'atteindre une partie importante des communautés qui demeure éloignée du système de soins ; soutenue par des relais communautaires, cette approche doit permettre le dépistage simultané de l'ensemble des IST, voire d'autres pathologies non-transmissibles (hypertension artérielle, diabète...). Dans ses conclusions rendues à la veille de la conférence, une commission internationale composée d'experts et d'intervenants de la lutte contre le VIH/sida a également exprimé l'intérêt d'une telle approche décloisonnée.¹⁶⁰

¹⁵⁴ UNAIDS, Miles to go – closing gaps, breaking barriers, righting injustices (juillet 2018)

¹⁵⁵ Santé Publique France, Estimations nationales et régionales du nombre de diagnostics d'infections à Chlamydia et à gonocoque en France en 2016 (juillet 2018)

¹⁵⁶ CNS, Avis suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes (février 2017)

¹⁵⁷ CNS, Avis suivi d'un rapport sur les autotests de dépistage de l'infection à VIH (mars 2013)

¹⁵⁸ CNS, Avis suivi de recommandations sur la notification formalisée aux partenaires (février 2018)

¹⁵⁹ CNS, Avis et recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST en Guyane et dans les Antilles françaises (janvier 2018)

¹⁶⁰ The International AIDS Society – Lancet Commission, Advancing global health and strengthening the HIV response in the era of the Sustainable Development Goals (juillet 2018)

Ce n'est qu'au prix de ces efforts et innovations, impliquant l'ensemble des intervenants (soignants, acteurs communautaires, pouvoirs publics et bailleurs) que les objectifs ambitieux fixé à la lutte contre le VIH/sida redeviendront crédibles, y compris en France.

EN 2018, L'INFECTION PAR LE VIH RESTE INSUFFISAMMENT DÉPISTÉE

Communiqué du 27 novembre 2018

La journée mondiale de lutte contre le sida 2018 rappelle que la connaissance par chacun de son statut sérologique constitue un objectif majeur pour accéder au traitement et enrayer l'épidémie. En 2017, seulement trois personnes sur quatre vivant avec le VIH dans le monde connaissaient leur statut, loin de l'objectif de 90 % fixé par l'ONUSIDA pour 2020. La mobilisation doit concerner particulièrement les populations les plus exposées et les régions du monde les plus éloignées de l'objectif. En Afrique de l'Ouest et centrale, moins d'une personne sur deux vivant avec le VIH connaissait son statut en 2017 et, dans plusieurs de ces pays, cette proportion ne dépassait pas un tiers. Aussi, les programmes de dépistage doivent être significativement amplifiés, diversifiés et mieux adaptés aux contextes locaux (dépistage communautaire, autotests) et des avancées très notables doivent être obtenues en termes de lutte contre la discrimination et la stigmatisation, obstacles au dépistage.

En France, la proportion des personnes vivant avec le VIH qui connaissaient leur statut sérologique en 2016 est estimée à 86 %. En outre, des disparités importantes existent, avec un taux beaucoup plus faible dans certains groupes de population ou dans certains territoires, notamment ultramarins. Ce taux ne progresse pas significativement depuis plusieurs années et le délai moyen entre l'infection et le diagnostic ne se réduit pas. La proportion des personnes diagnostiquées à un stade avancé de l'infection ne diminue également plus depuis 2014. Alors que notre pays s'est fixé l'objectif ambitieux de porter le taux de personnes infectées par le VIH connaissant leur statut à 95 % d'ici 2020, la trajectoire que dessinent ces données indique que cet objectif ne sera probablement pas atteint.

Si l'offre de dépistage s'est considérablement diversifiée depuis le début de la décennie, la mise en œuvre des nouvelles modalités de dépistage demeure nettement insuffisante. L'offre publique de dépistage a été restructurée avec la création des Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le VIH, des hépatites et des IST (CeGIDD), mais les capacités d'accueil de ces structures sont saturées dans certains territoires. Le déploiement du dépistage communautaire par test rapide d'orientation diagnostique (TROD) est limité par les moyens humains et financiers dont disposent les acteurs associatifs et l'offre reste en-deçà des besoins identifiés. Le recours aux autotests, en vente libre dans les pharmacies d'officine et en ligne depuis 2015, apparaît insuffisamment promu et demeure marginal. La distribution gratuite d'autotests par les acteurs communautaires doit être renforcée. Enfin, alors que la mise en place d'une offre de prophylaxie pré-exposition du VIH (PrEP) constitue indirectement un levier important pour favoriser le dépistage régulier de personnes à très haut risque d'exposition, le recours à ce nouvel outil de prévention ne se développe pas au rythme escompté.

Améliorer le dépistage impose une promotion beaucoup plus volontariste de ces différents outils et stratégies, une mise à niveau de leur financement et un déploiement à plus grande échelle, y compris en favorisant leur pratique répétée plusieurs fois par an chez les personnes les plus exposées au risque. Des stratégies additionnelles devront également être mises en place, comme des services d'accompagnement des personnes récemment diagnostiquées pour le VIH ou d'autres IST dans leur démarche d'information et d'invitation au dépistage de leurs partenaires.

CONFÉRENCE DE RECONSTITUTION DU FONDS MONDIAL : AMÉLIORER LA RIPOSTE CONTRE LA PANDÉMIE DE VIH DANS LE CADRE DE LA SANTÉ MONDIALE

Communiqué du 7 mai 2019

La France développe cette année un engagement fort dans le domaine de la santé mondiale. Elle accueillera à Lyon, le 10 octobre prochain, la sixième conférence de reconstitution des ressources du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme qui vise à récolter un minimum de 14 milliards US\$ pour le financement de ses programmes entre 2021 et 2023. Elle préside par ailleurs le G7, qui tiendra un G7 santé en mai 2019, ainsi que le groupe diplomatie et santé.

Cette mobilisation intervient alors que s'expriment des doutes sur l'atteinte des objectifs de développement durable, d'une part, et sur l'éradication de l'épidémie de VIH, promise à l'horizon 2030, d'autre part. D'ores et déjà, les objectifs définis par l'ONUSIDA pour 2020, ne seront pas atteints, en particulier en Afrique de l'Ouest et du Centre. En dépit des progrès obtenus, l'accès à une offre de prévention, de dépistage et de prise en charge de qualité demeure insuffisant tandis que la faiblesse des systèmes de santé et les atteintes aux droits humains majorent les difficultés.

Dans ce contexte, le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) a souhaité se saisir des enjeux de la riposte mondiale contre le VIH/sida et, plus spécifiquement, des objectifs de la France. Dans une première Note valant Avis, le CNS adresse quatre recommandations aux pouvoirs publics afin de renforcer l'engagement de la France à la veille du G7 santé et à l'occasion de la préparation de la conférence de Lyon.

La France doit accroître sa contribution triennale au Fonds mondial, en cohérence avec l'augmentation de son aide publique au développement et susciter la participation de nouveaux bailleurs. En contrepartie, la France doit obtenir du Fonds mondial des précisions sur son argumentaire d'investissement et des engagements d'évolution afin de favoriser une approche plus transversale, plus intégrée et plus coordonnée au plan mondial. Plus largement, en concertation avec ses partenaires, notamment européens, la France doit davantage affirmer ses priorités et son influence dans l'agenda de la santé mondiale.

LE CNS ALERTE SUR LE DANGER DE RESTREINDRE L'ACCÈS AUX SOINS DES DEMANDEURS D'ASILE ET DES ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE

Communiqué du 13 novembre 2019

Le Gouvernement vient de rendre publiques vingt mesures concernant la politique d'immigration, d'asile et d'intégration. L'une d'entre elles, visant à « lutter contre les dévoiements et les abus », restreint les conditions d'accès aux prestations de l'aide médicale d'État (AME) et les conditions d'accès des demandeurs d'asile à la protection universelle maladie (PUMa).

Le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) tient à souligner les risques pour la santé qui pourraient résulter de la mise en œuvre de ces dispositions.

En ce qui concerne les demandeurs d'asile, il est envisagé d'introduire, par voie de décret, un délai de carence de trois mois avant que ceux-ci puissent obtenir la PUMa. Pendant ce délai de carence, ils ne pourront être pris en charge que dans le cadre du dispositif des « soins urgents », c'est-à-dire exclusivement à l'hôpital et dans des situations d'urgence auxquelles une circulaire de 2005 avait ajouté la prise en charge des maladies transmissibles.

Ces modalités restrictives de prise en charge sont dangereuses car elles auront pour conséquence d'entraver l'accès aux soins des demandeurs d'asile pendant une période pourtant cruciale, au terme de leur parcours migratoire : chez les plus vulnérables, celui-ci est marqué par une exposition majorée à de multiples risques pour leur santé y compris aux risques d'infection par le VIH et les virus des hépatites. Elles risquent donc de favoriser l'aggravation des maladies et, en excluant toute prise en charge en dehors de l'hôpital, de contribuer à surcharger le fonctionnement hospitalier.

Sur un plan juridique, les dispositions relatives à la prise en charge des maladies transmissibles (VIH et virus des hépatites inclus) au titre du dispositif des « soins urgents » apparaissent fragiles car la circulaire de 2005 sur laquelle elles reposent est aujourd'hui réputée abrogée.

En ce qui concerne l'AME, deux dispositions tendent à entraver l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière.

D'une part, il est prévu que l'éligibilité à l'AME soit désormais conditionnée à un délai d'au moins trois mois de résidence en situation irrégulière sur le territoire alors que, jusqu'à présent, le temps passé en situation régulière était pris en compte dans ce délai. Cette condition restrictive aura notamment pour effet de différer l'accès à l'AME pour certaines catégories d'étrangers, entraînant là encore un risque d'aggravation des maladies et une surcharge du dispositif des « soins urgents ».

D'autre part, les dépôts de demande d'AME ne pourront se faire que dans les caisses d'assurance maladie en présence du demandeur, ou par l'intermédiaire d'un service hospitalier. Jusqu'ici, les demandes pouvaient être également déposées auprès ou par l'intermédiaire de différents services sociaux ainsi que de structures associatives agréées. Ces acteurs jouent pourtant un rôle essentiel d'accompagnement et de suivi des demandeurs.

Le CNS attire enfin l'attention des pouvoirs publics sur le fait que les mesures tendant à restreindre l'accès aux soins des étrangers vivant sur le territoire français entrent en

contradiction avec les objectifs ambitieux poursuivis par le Gouvernement en matière de réduction de l'épidémie de VIH/sida et d'élimination à l'horizon 2025 du virus de l'hépatite C dans notre pays. La réalisation de ces objectifs de santé publique requiert l'élaboration et la mise en œuvre de politiques publiques cohérentes.

Plus largement, l'accès inconditionnel et universel aux soins de l'ensemble des personnes résidant sur le territoire national, indépendant de leur situation administrative, doit demeurer un principe intangible de la lutte contre le VIH/sida et les hépatites.

MIEUX ADAPTER LE DÉPISTAGE DU VIH AUX BESOINS DES PERSONNES LES PLUS EXPOSÉES

Communiqué du 27 novembre 2019

À l'approche de la Journée mondiale de lutte contre le sida, le CNS publie une Note valant avis sur les orientations de la politique de dépistage du VIH en France.

Sous l'effet d'innovations majeures, l'articulation entre dépistage, traitement et prévention du VIH a été reconfigurée au cours des dernières années, impliquant des transformations profondes des stratégies de réponse à l'épidémie. L'amélioration de la politique de dépistage représente plus que jamais une condition de réussite des politiques mises en œuvre pour enrayer l'épidémie.

En dépit des efforts engagés, les indicateurs ne montrent pas de réduction de l'épidémie en France d'un niveau aussi important qu'à l'étranger, dans des villes et des pays comparables aux nôtres. Certaines données récentes suggèrent l'amorce d'une inflexion qui reste à confirmer, et dont la portée demeure pour l'instant limitée, aucune évolution favorable n'étant observée dans certains groupes de populations clés comme dans certains territoires prioritaires.

**En tout état de cause, les objectifs dits « 3 x 95 »¹⁶¹
que la France s'était fixés d'ici à 2020 ne seront pas atteints**

Ces résultats sont d'autant moins acceptables que tous les outils permettant d'enrayer l'épidémie sont disponibles en France, qu'il s'agisse du dépistage (sérologies classiques, TROD, autotests) ou des traitements dans leurs différents usages en prévention (TasP, PrEP, TPE).

Face à ces constats, le CNS a engagé une réflexion visant à identifier les principales faiblesses de l'action publique en matière de dépistage du VIH. Dans une Note valant avis publiée à l'approche de la journée mondiale de lutte contre le sida, le Conseil propose plusieurs orientations dont l'objectif est de mieux adapter les politiques de dépistage aux besoins des personnes les plus exposées.

Cela requiert en particulier de :

- disposer de données épidémiologiques davantage territorialisées et actualisées ;
- poursuivre la diversification du dépistage et de ses acteurs, en développant des offres ajustées à des besoins individuels très différents en matière d'accompagnement, en associant des acteurs plus généralistes et en démedicalisant les offres lorsque c'est possible et justifié ;
- faciliter davantage l'accès aux différents outils de dépistage, en simplifiant l'accès aux sérologies classiques, en élargissant l'offre de TROD, en renforçant la diffusion des autotests, et en organisant une offre de dépistage par auto-prélèvement ;

¹⁶¹ 95% de personnes diagnostiquées parmi les personnes infectées ; 95% de personnes sous traitement antirétroviral parmi les personnes diagnostiquées ; 95% de personnes en succès thérapeutique (charge virale indétectable : <50 copies/ml)

- territorialiser le pilotage de l'action publique, en construisant la réponse à partir des contextes locaux et en mobilisant davantage le réseau des acteurs de terrain, à l'image des initiatives de type « villes ou territoires sans sida ».

Alors que la lutte contre le VIH fait l'objet d'un effort international important, notamment de la part de la France, une remobilisation s'impose également sur le plan national, afin de dépasser les obstacles qui perdurent en matière d'accès au dépistage et aux outils innovants de prévention.

SÉANCES PLÉNIÈRES

- 18 janvier 2018
- 15 février 2018
- 23 mars 2018
- 12 avril 2018
- 17 mai 2018
- 14 juin 2018
- 13 septembre 2018
- 18 octobre 2018
- 15 novembre 2018
- 20 décembre 2018
- 24 janvier 2019
- 21 février 2019
- 21 mars 2019
- 18 avril 2019
- 16 mai 2019
- 20 juin 2019
- 11 juillet 2019
- 26 septembre 2019
- 21 novembre 2019
- 19 décembre 2019

CONFÉRENCE DE L'AFRAVIH 2018

Le Conseil national du sida et des hépatites virales était présent à la 9^e conférence internationale francophone VIH/Hépatites, qui avait lieu du 4 au 7 avril 2018 au Palais des Congrès de Bordeaux.

Le samedi 7 avril, Philippe Morlat a présenté les dernières recommandations du groupe d'experts pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Retrouvez l'intégralité des chapitres sur le site du CNS.

CONFÉRENCE INTERNATIONALE AIDS 2018 À AMSTERDAM

Le CNS était présent à la conférence AIDS 2018 d'Amsterdam, du 21 au 27 juillet 2018, sur le Stand France, ainsi qu'à l'occasion d'une table ronde consacrée aux enjeux du dépistage :

"Quelles stratégies vers l'atteinte du premier 90 ?" Vendredi 27 juillet de 10h30-11h30
Michel Celse, Conseiller-expert auprès du CNS : "La notification aux partenaires : une stratégie additionnelle pour mieux dépister ?"

Mardi 24 juillet à 11h, inauguration du Stand France, en présence de la Ministre des Solidarités et de la Santé :



De gauche à droite : Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé - Françoise Barré-Sinoussi, Présidente de Sidaction - Stéphanie Seydoux, Ambassadrice pour la Santé mondiale - François Dabis, Directeur de l'ANRS - Aurélien Beaucamp, Président de AIDES - Patrick Yeni, Président du CNS - Philippe Morlat, Président du groupe d'experts pour la prise en charge des PVIH.

COLLOQUE « NOTIFICATION FORMALISÉE AUX PARTENAIRES »

Dépistage du VIH et des IST : quelle place pour la notification formalisée des partenaires ?

C'est une question qui se pose au quotidien, à la suite d'un résultat de dépistage positif : comment accompagner au mieux la personne dépistée, y compris dans la démarche d'information de ses partenaires sexuels ? La notification formalisée aux partenaires (NFP) a récemment fait l'objet d'un Avis du Conseil national du sida et des hépatites virales. Stratégie efficace, car elle permet de proposer une prise en charge précoce et interrompt la chaîne de transmission, son implémentation en France soulève des questions d'ordre éthique, juridique et organisationnel.

Le vendredi 14 septembre 2018, en aval de son Avis, le CNS a souhaité réunir les acteurs du dépistage et de la prise en charge en salle Laroque, au ministère des Solidarités et de la Santé, afin d'explorer et débattre les modalités du déploiement d'une offre de NFP en France. Retrouvez le diaporama projeté pendant le colloque, ainsi que la captation vidéo de l'évènement sur le site du CNS.



OUVERTURE

Jérôme Salomon (Directeur général de la Santé)

INTRODUCTION : Objectifs et efficacité

Patrick Yeni (CNS)

PRÉSENTATION : Outils et modalités

Marie Suzan-Monti (CNS)

TABLE RONDE 1 – Les pratiques d'information des partenaires en cours dans le contexte légal et réglementaire actuel

- Les pratiques sur le terrain
- Le respect de la vie privée
- Le secret professionnel
- La protection des données à caractère personnel

Franck Barbier (AIDES), Nacera Bekhat (CNIL), Jean-Marcel Mourgues (CNOM), Bruno Py (Faculté de Droit de Nancy), Nathalie Spenatto (CHU Toulouse)

Modérateur : Alexandre Linden (CNS)

TABLE RONDE 2 – Déploiement de la NFP : quelles perspectives ?

- Dans les établissements publics
- En médecine libérale
- Dans le milieu associatif

Iris Bichard (Le Kiosque), Jean-Christophe Comboroure (DGS), Frédéric Goyet (ARS Île-de-France), Gérard Israël (Médecin généraliste), Catherine Rumeau-Pichon (HAS), Véronique Tirard-Fleury (COREVIH PACA Ouest et Corse)

Modératrice : Cécile Goujard (CNS)

CONCLUSIONS

Hugues Fischer (CNS)

PRÉSENTATIONS DU CNS AU XIX^E CONGRÈS DE LA SFLS

Le CNS et le groupe d'experts pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH étaient présents au XIX^e Congrès national de la Société française de lutte contre le sida, du 11 au 12 octobre 2018, au Centre des congrès de Reims.

- Jeudi 11 octobre, de 15h à 16H30 (salles 1/2), Michel Celse, Conseiller-expert auprès du CNS, a co-animé la session *“Le TASP, en parler pour alléger la vie”*
- Jeudi 11 octobre, lors de la session parallèle *“Migrants et épidémie en OM, peut-on parler allègement ?”*, de 15h à 16H30 (salle 5), Marie Suzan-Monti, membre du CNS, a présenté *“Protection de la santé des ressortissants étrangers résidant en Guyane et dans les Antilles françaises – avis et recommandations du CNS”*
- Vendredi 12 octobre, lors de la session plénière de 8h30 à 10h (Amphithéâtre Royale), Anne Simon, membre du groupe d'experts, a présenté *“Organisation des soins et comorbidités, « allègement » dans le rapport d'Experts”*
- Vendredi 12 octobre, lors de la session parallèle *“L'allègement du poids psychologique de la maladie dans sa vie et sa sexualité”*, de 11h45 à 13H15 (Amphithéâtre Royale), Michel Celse, Conseiller-expert auprès du CNS, a présenté *“Difficultés à notifier les partenaires : les enjeux de l'accompagnement”*

AUDITION PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE

Le Pr Patrick Yeni, Président du CNS, et le Pr François Dabis, Directeur de l'ANRS, ont été auditionnés par la Commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale le mercredi 19 décembre 2018.

Retrouvez l'audition en vidéo sur le site du CNS : cns.sante.fr



INTERVENTIONS EXTÉRIEURES

TABLEAU 1 : PARTICIPATION A DES COMITÉS ET GROUPES DE TRAVAIL AU TITRE DU CNS¹⁶²

Structure	Nom du groupe	Participants du CNS	Dates ¹⁶³
Direction générale de la Santé (DGS)	Comité de pilotage (COPIL) Stratégie nationale de Santé sexuelle (SNSS)	Michel Celse	01/2018 11/2018 04/2019 09/2019
	COPIL SNSS Groupe de travail (GT) « Prophylaxie pré-exposition » (PrEP)	Michel Celse	06/2019 07/2019 09/2019 11/2019 12/2019
	COPIL SNSS Pass Prévention	Michel Celse	10/2018 01/2019 03/2019
	Comité de suivi Don de sang	Patrick Yeni Michel Celse <i>Suppléance</i> Laurent Geffroy	11/2018 02/2019 10/2019 12/2019
Santé publique France (SPF)	Comité d'interface Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)	Michel Celse	06/2019
Direction générale de la mondialisation, de la culture, de l'enseignement et du développement international (DGM) ¹⁶⁴	GT élargi Préparation de la conférence du Fonds mondial (FM) à Lyon	Gilles Raguin	01/2019 04/2019 09/2019 11/2019
Conférence nationale de Santé (CNS)	Assemblée plénière	Laurent Geffroy Michel Celse <i>Suppléance</i> Leïla Ayachi	02/2018 06/2018 11/2018 01/2019

¹⁶² La participation aux travaux d'instances extérieures ne comprend pas les interventions ponctuelles des membres et permanents à des réunions, colloques et auditions

¹⁶³ La colonne mentionne l'ensemble des dates des réunions des groupes. À l'exception des réunions de la CNS, les membres et permanents ont participé à toutes les réunions

¹⁶⁴ Les groupes sont présidés par l'ambassadeur VIH et maladies transmissibles (2015) puis par l'ambassadrice santé mondiale (2018-2020) et/ou les conseillers santé et développement du Président de la République

Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS)	COPIL NotiVIH	Michel Celse Patrick Yeni Marie Suzan-Monti	<i>Copil informel</i> 01/2018 <i>Copil formalisé</i> 05/2018 10/2018 ¹⁶⁵ 04/2019
Sidaction	Comité associatif (CAs)	Julien Bressy	09/2018 04/2019 11/2019

TABLEAU 2 : INTERVENTIONS PONCTUELLES AUPRÈS D'INSTANCES EXTÉRIEURES AU TITRE DU CNS¹⁶⁶

Structure	Nom de l'entité de la structure et/ou de l'évènement	Intervenants au titre du CNS	Nature de l'intervention	Date de la réunion
-----------	--	------------------------------	--------------------------	--------------------

1. Institutions politiques et administratives

Sénat	Commission des lois Mission d'information consacrée à la thanatopraxie	Patrick Yeni Laurent Geffroy	Audition du CNS	04/2019
Assemblée nationale	Commission des affaires sociales Réunion plénière	Patrick Yeni	Audition conjointe du président du CNS et du directeur de l'ANRS	12/2018
Cour des comptes	Mission sur la politique de prévention et de prise en charge du VIH	Patrick Yeni Michel Celse Laurent Geffroy	Audition du CNS complétée par l'envoi de deux questionnaires	05/2018
	Sixième chambre Mission sur la politique de prévention et de prise en charge du VIH	Patrick Yeni Laurent Geffroy	Audition conjointe du président du CNS et du président du groupe d'expert	04/2019

¹⁶⁵ CNS représenté lors de cette réunion par Alexandre Linden, sollicité sur des questions juridiques

¹⁶⁶ Les interventions ponctuelles peuvent revêtir des formes diverses : présentation lors d'un colloque, audition, consultation, réponse à un questionnaire, contribution à une publication ou à un cours, etc

Ministère des solidarités et de la santé	Inspection générale des affaires sociales (IGAS) : Mission IGAS / Inspection générale de l'administration (IGA) / Inspection générale de la Justice (IGJ) d'évaluation de la loi visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées	Laurent Geffroy	Audition du CNS	06/2019
---	---	-----------------	-----------------	---------

2. Etablissements publics de santé

Coordinations régionales de lutte contre le VIH (COREVIH)	COREVIH Nouvelle Aquitaine Journée régionale (Angoulême)	Michel Celse	Présentation de l'Avis du CNS « Notification aux partenaires »	02/2019
	COREVIH Île-de-France Ouest Journée des actrices et des acteurs du COREVIH	Cécile Goujard Alexandre Linden	Présentation de l'Avis du CNS « Notification aux partenaires »	11/2018
	COREVIH Île-de-France Centre Réunion plénière	Michel Celse	Présentation de l'Avis du CNS « Notification aux partenaires »	06/2018
	COREVIH Île-de-France Nord	Michel Celse	Editorial du site web sur la Notification aux partenaires	06/2018
	COREVIH Île-de-France Nord Réunion plénière	Patrick Yeni	Présentation de l'Avis du CNS « Notification aux partenaires »	06/2018
Centre hospitalier et universitaire (CHU)	CHU Bichat-Claude Bernard Diplôme universitaire « MST et VIH en France »	Michel Celse	Cours « Infection à VIH : Aspects éthiques »	04/2019

3. Sociétés savantes et revues scientifiques

	20 ^e Congrès (2019 - La Rochelle) Session parallèle « Innovations et qualité de vie »	Marie Suzan-Monti	Modérateur	10/2019
Société française de lutte contre le sida (SFLS)	19 ^e Congrès (2018 - Reims) Session parallèle « Migrants et épidémie en Outremer, peut-on parler allègement ? »	Marie Suzan-Monti	Présentation de l'Avis du CNS « Guyane / Antilles »	10/2018 x 3
	19 ^e Congrès (2018 - Reims) Session parallèle « L'allègement du poids psychologique de la maladie dans sa vie et sa sexualité »	Michel Celse	Présentation sur les enjeux de l'accompagnement en matière de notification formalisée aux partenaires	
	19 ^e Congrès (2018 - Reims) Session parallèle « Le TASP, en parler pour alléger la vie »	Michel Celse	Modération	
International AIDS Society (IAS)	Conférence AIDS 2018 (Amsterdam) Stand « France » de la conférence	Michel Celse	Présentation sur la notification formalisée du partenaire	07/2018
AIDS and Behavior	Article de revue : Assesment of Awareness of, Concerns and Attitudes Towards HIV-Related Court-Case Sentences in France in a Representative Sample of People Living with HIV (ANRS VESPA2 Survey) Marie Suzan-Monti, Michel Celse, Antoine Vilotitch, Baptiste Demoulin, Rosemary Dray-Spira, Patrick Yeni, France Lert, Bruno Spire, ANRS VESPA2 study group AIDS and Behavior. Volume 22, pages3264-3272(2018)	Michel Celse Patrick Yeni	Co-auteurs ¹⁶⁷	03/2018

¹⁶⁷ Marie Suzan-Monti, premier auteur de l'article, créditée au titre de son affiliation professionnelle à un laboratoire de recherche, est également membre du CNS

4. Associations de lutte contre le VIH et les hépatites

AIDES	Assemblée plénière AIDES Guyane	Michel Celse	Présentation (visio-conférence) de l'Avis du CNS « Guyane / Antilles »	05/2018
SIDACTION	Convention nationale de Sidaction (Paris) Plénière d'information	Carine Favier	Présentation générale sur les enjeux actuels de la lutte contre le VIH/sida en France	09/2019
	Journées de mutualisation « Outre-mer»	Michel Celse	Présentation sur les leviers d'action des acteurs locaux à partir des recommandations de l'Avis du CNS « Guyane / Antilles »	09/2019
Comité des Familles	Emission « Vivre avec le VIH » (radio Fréquence Paris Plurielle et radios locales partenaires)	Michel Celse	Entretien sur les enjeux de la prévention du VIH et des IST aux Antilles et en Guyane	03/2018
Act up-Paris	Réunion publique d'information (RePI)	Michel Celse	Le risque pénal lié à la transmission sexuelle du VIH	12/2018
Bleu-Blanc-Rose e.V. (Berlin)	Soirée-débat 'Positiv Zusammenleben' sur les stratégies de lutte contre les discriminations des PVIH en Allemagne et en France	Michel Celse	Participation à une table ronde suivie d'un débat avec le public	12/2018

5. Médias

France O	Emission d'information à l'occasion de la journée du 1 ^{er} décembre	Carine Favier	Présentation de l'Avis « Guyane / Antilles »	12/2018
				12/2019

6. Entreprises pharmaceutiques

GILEAD	Premières rencontres du dépistage	Marie Suzan-Monti	Présentation de l'Avis sur la Notification aux partenaires	11/2019
---------------	-----------------------------------	-------------------	--	---------

INDEX THÉMATIQUE

(TOMES I à XIII : années 1989 à 2019)

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

Tome XIII

Avis suivi de recommandations sur la notification formalisée aux partenaires (15 février 2018)	33
Note valant avis sur les orientations de la politique de dépistage du VIH en France (21 novembre 2019)	111

PRÉVENTION

Tome I

Avis au sujet d'une demande de saisine émanant de l'APS, concernant un projet d'enquête sur la sexualité adolescente (11 avril 1991)	125
Note de travail sur la bande dessinée Jo (9 avril 1992)	136
Toxicomanie et sida : rapport et avis relatifs à l'infection par le VIH parmi les usagers de drogues (8 juillet 1993)	185

Tome III

Les oubliés de la prévention : rapport, suivi de recommandations sur les handicaps mentaux, sexualité et VIH (18 décembre 1997)	29
---	----

Tome V

Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique, propositions pour une reformulation du cadre législatif (21 juin 2001)	21
Note valant avis sur la situation de la prévention de l'infection par le VIH/sida en France (18 juin 2002)	241

Tome VI

Note valant avis sur le dépistage obligatoire des professionnels de santé, comme moyen de prévention des risques de transmission virale de soignant à soigné (9 décembre 2004)	37
Rapport sur la politique publique de prévention de l'infection à VIH en France métropolitaine, suivi de recommandations pour une meilleure application de cette politique (17 novembre 2005)	75

Tome VII

- Avis sur la pénalisation de la transmission sexuelle du VIH (27 avril 2006) 25
- Note valant avis sur les conséquences en santé publique des restrictions en matière d'immigration (27 avril 2006) 19

Tome VIII

- Note valant avis sur l'application des règles de contrôle de la publicité aux campagnes de prévention et d'éducation pour la santé (24 avril 2008) 67
- Avis suivi de recommandations sur la lutte contre l'épidémie d'infection à VIH aux Antilles (26 juin 2008) 73
- Note valant avis sur l'expérimentation des programmes d'échange de seringues dans les établissements pénitentiaires (10 septembre 2009) 153

Tome IX

- VIH et commerce du sexe, garantir l'accès universel à la prévention et aux soins (16 septembre 2010) 37
- Avis sur l'intérêt potentiel du concept de prophylaxie 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

Tome XIII

- Améliorer la riposte contre la pandémie de VIH dans le cadre dynamique de la santé mondiale - Note valant Avis #1 (18 avril 2019) 77

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
- 124

Note valant avis sur les études séro-épidémiologiques anonymes non corrélées (12 février 1991)	
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

Tome XII

Avis sur le projet de stratégie nationale de santé sexuelle (version du 17 février 2017) (27 février 2017) 115

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

Tome XII

Avis suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes (19 janvier 2017) 17

Tome XIII

Avis et recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST en Guyane et dans les Antilles françaises (18 janvier 2018) 17

Avis suivi de recommandations sur la prévention, le dépistage et le traitement de l'hépatite C chez les personnes détenues (26 septembre 2019) 91

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 (1er 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
	211

L'impact des politiques relatives aux drogues illicites sur la réduction des risques infectieux (6 avril 2011)	
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
Tome XII	
Communiqué relatif à la loi contre le système prostitutionnel (15 avril 2016)	127
Créer les conditions d'un accès universel aux nouveaux traitements contre le virus de l'hépatite C (20 mai 2016)	128
Étrangers vivant en France : préserver l'accès à la prise en charge des soins pour contrôler l'épidémie de VIH/sida et les IST (28 novembre 2016)	130
Prévention et prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes : nouvel Avis du CNS (7 février 2017)	131
Opérations funéraires : le VIH et les hépatites virales retirés de la liste des pathologies faisant l'objet d'une interdiction de soins de conservation (20 juillet 2017)	133
Pour Françoise Héritier (16 novembre 2017)	134
L'urgence d'une réponse à la mesure de l'épidémie dans les territoires de Guyane et des Antilles françaises (28 novembre 2017)	135
Tome XIII	
Prévention et prise en charge des IST en Guyane et dans les Antilles françaises : nouvel Avis du CNS (8 mars 2018)	127
Notification formalisée aux partenaires : une stratégie pour améliorer le dépistage des IST (23 mars 2018)	128

Conférence AIDS 2018 d'Amsterdam : un nouveau souffle pour atteindre les objectifs de la lutte contre le VIH/sida (22 juillet 2018)	129
En 2018, l'infection par le VIH reste insuffisamment dépistée (27 novembre 2018)	131
Conférence de reconstitution du Fonds mondial : améliorer la riposte contre la pandémie de VIH dans le cadre de la santé mondiale (7 mai 2019)	132
Le CNS alerte sur le danger de restreindre l'accès aux soins des demandeurs d'asile et des étrangers en situation irrégulière (13 novembre 2019)	133
Mieux adapter le dépistage du VIH aux besoins des personnes les plus exposées (27 novembre 2019)	135

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	5
AVANT-PROPOS	7
PRÉAMBULE	11
RAPPORTS, AVIS ET RECOMMANDATIONS	15
SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS ISSUES DE L'AVIS SUR LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES IST EN GUYANE ET DANS LES ANTILLES FRANÇAISES	17
LETTRE DE SAISINE	18
PRÉAMBULE	19
MÉTHODOLOGIE	21
SYNTHÈSE	21
AVIS SUIVI DE RECOMMANDATIONS SUR LA NOTIFICATION FORMALISÉE AUX PARTENAIRES	32
PRÉAMBULE	34
1. LE DÉPISTAGE DES PARTENAIRES SEXUELS DES PATIENTS ATTEINTS D'UNE IST : ÉLÉMENTS DE CONTEXTE	34
1.1. FRÉQUENCE ET CARACTÉRISTIQUES DES PRINCIPALES IST	34
1.2. LE DÉPISTAGE DES IST, UN OUTIL IMPARFAITEMENT DÉPLOYÉ ET INSUFFISAMMENT DIVERSIFIÉ	37
1.2.1. UN DÉPISTAGE IMPARFAITEMENT DÉPLOYÉ	37
1.2.1.1. <i>Les indicateurs d'efficacité en santé publique du dépistage de l'infection par le VIH</i>	37
1.2.1.2. <i>Peu de données précises sont disponibles en ce qui concerne le dépistage des autres IST</i>	38
1.2.2. DES TECHNIQUES DE DÉPISTAGE INSUFFISAMMENT DIVERSIFIÉES	38
1.3. L'ÉVOLUTION HISTORIQUE ET JURIDIQUE DE LA DÉCLARATION OBLIGATOIRE DU PATIENT ET DE LA RECHERCHE DES PARTENAIRES	39
2. LA PLACE DE LA NFP DANS LA LUTTE CONTRE LES IST	41
2.1. UN OUTIL DIAGNOSTIQUE UTILE À LA SANTÉ DES PATIENTS	41
2.2. UN OUTIL DE PRÉVENTION UTILE ET EFFICACE EN SANTÉ PUBLIQUE	41
2.3. MODALITÉS ET ORGANISATION DE LA NFP	42
2.4. ANALYSE DE L'ACCEPTABILITÉ DE LA NFP	43
2.4.1. <i>Par les patients</i>	43
2.4.2. <i>Par les partenaires</i>	44
2.4.3. <i>Par les professionnels de santé et les autres intervenants dans le système de santé</i>	44
2.5. ANALYSE DE L'EFFICACITÉ ET DU RAPPORT COÛT-EFFICACITÉ DE LA NFP	45
2.5.1. <i>Analyse de l'efficacité</i>	45
2.5.2. <i>Analyse du rapport coût-efficacité</i>	46
3. RECOMMANDATIONS ET MISE EN ŒUVRE DE DISPOSITIFS DE NFP DANS DIFFÉRENTS PAYS	46
3.1. LES RECOMMANDATIONS DES ORGANISATIONS EUROPÉENNES ET INTERNATIONALES	46
3.2. SITUATION DANS LES PAYS BÉNÉFICIAIRES D'UN SYSTÈME DE SANTÉ COMPARABLE À CELUI DE LA FRANCE	48

3.2.1	<i>Des États qui ont encadré juridiquement le recours à la notification au partenaire</i>	48
3.2.2	<i>Des États qui recommandent la notification au partenaire sur la base des guides de bonnes pratiques ou autres recommandations</i>	48
3.2.3	<i>Des États sans dispositif de notification au partenaire systématisé</i>	49
3.3.	SITUATION EN FRANCE.....	50
4.	LA MISE EN ŒUVRE D'UNE NFP DANS LE CADRE JURIDIQUE FRANÇAIS ET EUROPÉEN	50
4.1.	LE DROIT DES PERSONNES À L'INFORMATION ET AU CONSENTEMENT.....	51
4.1.1.	<i>Le principe</i>	51
4.1.2.	<i>L'incidence de la NFP sur le droit des personnes à l'information et au consentement</i>	51
4.2.	LE DROIT DES PERSONNES AU RESPECT DE LA VIE PRIVÉE.....	51
4.2.1.	<i>Le respect de la vie privée et du secret des informations relatives à la santé</i>	51
4.2.1.1.	<i>Le principe et sa portée</i>	51
4.2.1.2.	<i>L'incidence de la NFP sur le respect de la vie privée et du secret des informations relatives à la santé</i>	52
4.2.2.	<i>La protection des données à caractère personnel</i>	52
4.2.2.1.	<i>Le régime de protection des données relatives à la santé et à la vie sexuelle</i>	52
4.2.2.2.	<i>L'incidence de la NFP sur la protection des données à caractère personnel</i>	53
4.3.	L'OBLIGATION DE SECRET PROFESSIONNEL.....	54
4.3.1.	<i>L'obligation légale et déontologique de secret professionnel</i>	54
4.3.2.	<i>Le caractère général et absolu du secret professionnel</i>	55
4.3.3.	<i>L'Étendue de l'obligation de secret professionnel</i>	56
4.3.4.	<i>La position du Conseil national de l'ordre des médecins sur la NFP</i>	58
4.3.5.	<i>L'incidence de la NFP sur l'obligation de secret professionnel</i>	59
5.	ORGANISATION PROPOSÉE POUR UN ACCOMPAGNEMENT À LA NFP EN FRANCE	59
5.1.	UNE PROPOSITION D'ACCOMPAGNEMENT À LA NFP SYSTEMATIQUÉMENT INTEGRÉE AU PARCOURS DES PATIENTS DIAGNOSTIQUÉS POUR UNE IST.....	59
5.1.1.	<i>Un entretien préalable pour proposer au patient de notifier ses partenaires et lui donner les moyens d'une décision libre et éclairée</i>	60
5.1.2.	<i>Un accompagnement du patient dans le choix et la mise en œuvre de modalités de notification adaptées</i>	60
5.1.2.1.	<i>Les modalités de notification</i>	61
5.1.2.2.	<i>La sélection d'une stratégie de notification</i>	62
5.2.	LES CADRES D'EXERCICE DE LA NFP.....	63
5.3.	LES PROFESSIONNELS ET AUTRES INTERVENANTS CONCOURANT À L'ACTIVITÉ DE NFP.....	63
5.4.	UNE ACTIVITÉ EXERCÉE DANS UN CADRE RÉGLEMENTAIRE.....	64
5.5.	UNE ACTIVITÉ DONT LE COÛT PEUT ÊTRE ANTICIPÉ.....	64
	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	64
	ANNEXE 1 : RÉPONSE DE LA CNIL	69
	ANNEXE 2 : RÉPONSE DU CNOM	72
	ANNEXE 3 : ESTIMATION DES BESOINS EN PERSONNEL POUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'ACTIVITÉ DE NFP DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS	73
	ANNEXE 4 : REMERCIEMENTS ET LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	75

AMÉLIORER LA RIPOSTE CONTRE LA PANDÉMIE DE VIH DANS LE CADRE DYNAMIQUE DE LA SANTÉ MONDIALE - NOTE VALANT AVIS #1.....	77
POINTS FORTS.....	78
LA CONTRIBUTION DÉTERMINANTE DES FINANCEMENTS INTERNATIONAUX À LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA	79
DES OBSTACLES À LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA QUI PEINENT À ÊTRE LEVÉS.....	80
LA NÉCESSITÉ DE MOBILISER DES RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES POUR LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA..	82
UN ARGUMENTAIRE D'INVESTISSEMENT DU FONDS MONDIAL MOBILISATEUR MAIS QUI DEVRA ÊTRE PRÉCISÉ	83
.....	83
UNE STRATÉGIE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA QUI S'INSCRIT DANS LE CADRE DE LA SANTÉ MONDIALE.....	84
UN POSITIONNEMENT FRANÇAIS AMBITIEUX MAIS UNE CAPACITÉ D'INFLUENCE LIMITÉE	85
QUATRE RECOMMANDATIONS DE COURT TERME POUR RENFORCER LE POSITIONNEMENT DE LA FRANCE.....	87
1. FAVORISER LA HAUSSE DES RESSOURCES DU FONDS MONDIAL EN ÉLEVANT LA CONTRIBUTION FRANÇAISE ET EN SUSCITANT DE NOUVEAUX FINANCEMENTS	87
2. OBTENIR DU FONDS MONDIAL DES PRÉCISIONS SUR SON ARGUMENTAIRE D'INVESTISSEMENT EN CONTREPARTIE DE L'AUGMENTATION DE LA CONTRIBUTION FRANÇAISE.....	87
3. OBTENIR DES ENGAGEMENTS D'ÉVOLUTION DU FONDS MONDIAL DANS TROIS DOMAINES : MISE EN ŒUVRE DES PROGRAMMES, ÉLABORATION DE LA PROCHAINE STRATÉGIE ET PÉRIMÈTRE.....	88
4. AFFIRMER DAVANTAGE LES PRIORITÉS FRANÇAISES ET EUROPÉENNES EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA DANS LE CADRE DE L'AGENDA DE LA SANTÉ MONDIALE 2019	88
INDEX DES SIGLES ET ACRONYMES.....	90
REMERCIEMENTS.....	90

AVIS SUIVI DE RECOMMANDATIONS SUR LA PRÉVENTION, LE DÉPISTAGE ET LE TRAITEMENT DE L'HÉPATITE C CHEZ LES PERSONNES DÉTENUES	91
PRÉAMBULE.....	94
CONSTATS.....	95
1. L'ARRIVÉE DES TRAITEMENTS ANTIVIRAUX D'ACTION DIRECTE A RADICALEMENT TRANSFORMÉ LE PARADIGME DE LA LUTTE CONTRE LE VHC	95
2. LA PRISE EN COMPTE DE LA POPULATION-CLÉ DES PERSONNES DÉTENUES DANS LA STRATÉGIE D'ÉLIMINATION DE L'ÉPIDÉMIE DE VHC À L'HORIZON 2025 EST UN ENJEU DÉTERMINANT POUR SON SUCCÈS.....	95
2.1. <i>Les personnes détenues représentent une population particulièrement exposée au risque d'infection par le VHC.....</i>	96
2.2. <i>Le manque de données épidémiologiques concernant cette population constitue un frein majeur à l'élaboration d'une réponse sanitaire adaptée</i>	96
2.3. <i>Le passage en détention représente une opportunité d'accès au dépistage et au traitement pour des personnes souvent éloignées du soin en milieu ouvert.....</i>	97
3. LE RENFORCEMENT DU DÉPISTAGE DU VHC, ET CONJOINTEMENT DU VHB ET DU VIH, À L'ENTRÉE ET AU COURS DE LA DÉTENTION, REPRÉSENTE LE PRINCIPAL DÉFI À RELEVER	98
3.1. <i>L'insuffisance du dépistage est le maillon faible du parcours.....</i>	98
3.2. <i>Les USMP peuvent simplifier et accélérer leurs circuits de dépistage, notamment en intégrant les TROD.....</i>	98
3.3. <i>Le développement de partenariats avec d'autres acteurs concourant à l'activité de dépistage peut compléter l'offre des USMP et diversifier les modalités de son accès</i>	99
4. LES DÉLAIS AUX DIFFÉRENTES ÉTAPES JUSQU'À L'INITIATION DU TRAITEMENT PEUVENT ÊTRE OPTIMISÉS	99

5. IL EST PAR AILLEURS INDISPENSABLE DE RENFORCER LA PRÉVENTION ET NOTAMMENT DE METTRE FIN À L'INCOHÉRENCE DES LIMITATIONS D'ACCÈS AUX OUTILS DE RÉDUCTION DES RISQUES EN MILIEU PÉNITENTIAIRE.....	100
5.1. <i>L'offre de réduction des risques et des dommages liés à l'usage de drogues demeure incomplète et inégalement déployée.....</i>	100
5.2. <i>Le développement d'une véritable offre de RdRD implique de renforcer les partenariats avec des acteurs extérieurs compétents et de sensibiliser et former les personnels pénitentiaires et sanitaires à cette approche.....</i>	101
5.3. <i>L'accès à l'information et aux outils de réduction des risques sexuels, notamment aux préservatifs, est insuffisant.....</i>	102
6. LA MISE EN PLACE D'UNE STRATÉGIE EFFICACE DE LUTTE CONTRE LE VHC EN MILIEU PÉNITENTIAIRE REQUIERT UN PILOTAGE MULTINIVEAUX RENFORCÉ ET UN EFFORT CONSÉQUENT DE COORDINATION ET D'ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS SUR LE TERRAIN.....	103
6.1. <i>Au niveau national, le pilotage interministériel et ministériel demeure jusqu'ici faible pour des raisons politiques et structurelles.....</i>	104
6.2. <i>À l'échelon régional ou interrégional, la collaboration entre les DISP et les ARS est inégale, notamment du fait de l'intérêt faible ou inconstant de certaines ARS.....</i>	105
RECOMMANDATIONS.....	106
INDEX DES SIGLES ET ACRONYMES.....	110
NOTE VALANT AVIS SUR LES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE DE DÉPISTAGE DU VIH EN FRANCE.....	111
INTRODUCTION.....	112
1. AMÉLIORER LA PRODUCTION DE DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ACTUALISÉES ET TERRITORIALISÉES POUR ADAPTER LES POLITIQUES DE DÉPISTAGE AUX BESOINS.....	113
1.1. LES DONNÉES ACTUELLEMENT PRODUITES PRÉSENTENT PLUSIEURS TYPES DE LIMITES.....	114
<i>Le déficit d'exhaustivité des données issues du dispositif de déclaration obligatoire (DO) du VIH est un frein à un pilotage réactif et ajusté au plus près des besoins des personnes et des territoires.....</i>	114
<i>Le nombre de nouvelles découvertes de séropositivité n'est pas un indicateur suffisant pour piloter l'action publique et une actualisation plus rapide et plus fréquente des estimations d'incidence est nécessaire.....</i>	114
1.2. UN RENFORCEMENT AUX NIVEAUX NATIONAL ET RÉGIONAL DES ÉCHANGES ET DE LA COLLABORATION ENTRE LES DIFFÉRENTS PRODUCTEURS DE DONNÉES EST NÉCESSAIRE.....	115
2. ALLER PLUS LOIN DANS LA DIVERSIFICATION DU DÉPISTAGE ET DE SES ACTEURS EN PARTANT DES BESOINS DES PERSONNES.....	115
2.1 LES OBJECTIFS ET LA PLACE DU DÉPISTAGE DANS LA RÉPONSE À L'ÉPIDÉMIE ONT ÉVOLUÉ.....	116
<i>Au-delà d'un outil de diagnostic, le dépistage est devenu un outil de promotion de la santé sexuelle et d'accès à la prévention autant pour les personnes testées séronégatives que testées séropositives.....</i>	116
2.2 LA DIVERSIFICATION DES OFFRES DOIT ÊTRE RENFORCÉE POUR MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS ET AUX ATTENTES DES PERSONNES.....	117
<i>Adapter l'offre à des besoins très différenciés en matière d'accompagnement.....</i>	117
<i>Démédicaliser l'offre dans tous les contextes où la compétence médicale n'est pas spécifiquement requise.....</i>	118
<i>Élargir les acteurs généralistes susceptibles de concourir à l'accès au dépistage.....</i>	118
<i>Mettre en place une offre d'accompagnement à la notification des partenaires.....</i>	119
3. FACILITER L'ACCÈS AUX DIFFÉRENTS OUTILS DE DÉPISTAGE.....	119

<i>Simplifier et accélérer l'accès aux sérologies classiques.....</i>	<i>119</i>
<i>Élargir l'offre de TROD à de nouveaux acteurs.....</i>	<i>120</i>
<i>Renforcer la diffusion des autotests et lever les obstacles financiers.....</i>	<i>120</i>
<i>Mettre en place une offre dématérialisée de dépistage du VIH et des autres IST.....</i>	<i>121</i>
4. TERRITORIALISER LES POLITIQUES DE DÉPISTAGE.....	121
<i>Les « villes ou territoires sans sida », une approche innovante pour penser et agir au plus près des besoins des populations.....</i>	<i>121</i>
INDEX DES SIGLES ET ACRONYME.....	123
COMMUNIQUÉS DE PRESSE.....	125
PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES IST EN GUYANE ET DANS LES ANTILLES FRANÇAISES : NOUVEL AVIS DU CNS.....	127
NOTIFICATION FORMALISÉE AUX PARTENAIRES : UNE STRATÉGIE POUR AMÉLIORER LE DÉPISTAGE DES IST.....	128
CONFÉRENCE AIDS 2018 D'AMSTERDAM : UN NOUVEAU SOUFFLE POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA.....	129
EN 2018, L'INFECTION PAR LE VIH RESTE INSUFFISAMMENT DÉPISTÉE.....	131
CONFÉRENCE DE RECONSTITUTION DU FONDS MONDIAL : AMÉLIORER LA RIPOSTE CONTRE LA PANDÉMIE DE VIH DANS LE CADRE DE LA SANTÉ MONDIALE.....	132
LE CNS ALERTE SUR LE DANGER DE RESTREINDRE L'ACCÈS AUX SOINS DES DEMANDEURS D'ASILE ET DES ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE.....	133
MIEUX ADAPTER LE DÉPISTAGE DU VIH AUX BESOINS DES PERSONNES LES PLUS EXPOSÉES.....	135
AGENDA.....	137
SÉANCES PLÉNIÈRES.....	137
CONFÉRENCE DE L'AFRAVIH 2018.....	138
CONFÉRENCE INTERNATIONALE AIDS 2018 À AMSTERDAM.....	138
COLLOQUE « NOTIFICATION FORMALISÉE AUX PARTENAIRES ».....	139
PRÉSENTATIONS DU CNS AU XIX^E CONGRÈS DE LA SFLS.....	140
AUDITION PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE.....	140
INTERVENTIONS EXTÉRIEURES.....	141
TABLEAU 1 : PARTICIPATION A DES COMITÉS ET GROUPES DE TRAVAIL AU TITRE DU CNS.....	141
TABLEAU 2 : INTERVENTIONS PONCTUELLES AUPRÈS D'INSTANCES EXTÉRIEURES AU TITRE DU CNS.....	142
INDEX THÉMATIQUE.....	147
RAPPORTS, AVIS ET RECOMMANDATIONS.....	147
DÉPISTAGE.....	147
PRÉVENTION.....	148

POLITIQUE INTERNATIONALE.....	149
POLITIQUE PUBLIQUE.....	150
PRISE EN CHARGE GLOBALE.....	154
COMMUNIQUÉS DE PRESSE.....	155
TABLE DES MATIÈRES	163

Mise en page : CNS
Impression : juin 2022, Promoprint, Paris

La production du CNS pendant les deux dernières années a reflété son engagement privilégié dans deux directions : l'amélioration de la prévention et du dépistage, devenue le levier majeur de la lutte contre les IST aujourd'hui, et l'attention aux populations fragiles et exposées aux IST que ce soit en France métropolitaine, en Outremer ou à l'étranger.

Dans ses travaux, le CNS a pleinement intégré l'élargissement de son champ de compétences aux hépatites virales chroniques et aux IST et s'interroge à présent sur une extension supplémentaire du champ de ses missions.

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

