

Évaluation
du **Plan national de lutte**
contre le **VIH-sida**
et les **IST**
2010-2014

Collection
Évaluation

Évaluation du Plan national de lutte contre le VIH-sida et les IST 2010-2014

Depuis trente ans, les politiques publiques de lutte contre le VIH-sida ont donné lieu au déploiement d'orientations et d'outils stratégiques. Le Plan national de lutte contre le VIH-sida et les infections sexuellement transmises (IST) 2010-2014 est ainsi le cinquième plan d'une politique publique nationale de lutte contre le VIH-sida et le principal outil de programmation dans la lutte contre les IST.

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été chargé de son évaluation par une saisine de la Direction générale de la santé (DGS) d'octobre 2014. Ce rapport tient compte des deux évaluations menées à mi-parcours : celle portant sur le plan national de lutte contre le VIH-sida et les IST en direction des populations d'outre-mer, commandée en 2012 par la Direction générale des outre-mer (DGOM) et celle du plan national en France métropolitaine conduite en 2013 par le Conseil national du sida (CNS).

Au terme de cette évaluation, le HCSP considère comme essentiel de spécifier que des outils de prévention comportementale et biomédicale, dépistage et traitement, spécifiques au VIH, doivent être mobilisés au sein d'une stratégie nationale globale de santé sexuelle regroupant tous les éléments de la lutte contre toutes les IST (prévention et prise en charge). Il recommande aussi le maintien et le renforcement d'une politique de réduction des autres IST les plus importantes (syphilis, gonococcie, infections à Chlamydia, hépatites virales).

Au total, le rapport formule trente-huit recommandations, dont vingt-neuf portent sur la prévention, le dépistage, la prise en charge médicale, la prise en charge sociale et la lutte contre les discriminations, la surveillance et l'observation.

**Évaluation du Plan national de lutte
contre le VIH-sida et les IST
2010-2014**

Rapport

Février 2016

Ce rapport a été adopté par la Commission spécialisée Evaluation, stratégie, prospective le 14 janvier 2016 et par la Commission spécialisée Maladies transmissibles le 29 janvier 2016.

Evaluation du Plan national de lutte contre le VIH-sida et les IST 2010-2014

Depuis trente ans, les politiques publiques de lutte contre le VIH-sida ont donné lieu au déploiement d'orientations et d'outils stratégiques. Le Plan national de lutte contre le VIH-sida et les IST 2010-2014, publié en novembre 2010, est ainsi le cinquième plan d'une politique publique nationale de lutte contre le VIH-sida initiée dans les années 1980 et le principal outil de programmation dans la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST).

Ce rapport rend compte de l'évaluation du plan réalisée par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) en réponse à la saisine de la Direction générale de la santé (DGS) d'octobre 2014. Cette évaluation tient compte des deux évaluations à mi-parcours que sont celle portant sur le plan national de lutte contre le VIH-sida et les IST en direction des populations d'outre-mer, commandée en 2012 par la Direction générale des outre-mer (DGOM) et celle du plan national en France métropolitaine conduite en 2013 par le Conseil national du sida (CNS).

Cette évaluation s'appuie sur une étude réalisée auprès des agences régionales de santé (ARS) et des Comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH) de cinq régions et portant sur leur stratégie vis-à-vis du VIH et des IST : Alsace, Aquitaine, Guadeloupe, Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

SOMMAIRE

Introduction.....	5
Présentation de la saisine	5
Constitution du Comité d'évaluation.....	8
Objectifs de l'évaluation	9
Contexte de l'évaluation	10
Le plan national de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010-2014.....	10
Identification des enseignements et recommandations des évaluations récentes	10
1 - Evolution des principaux problèmes auxquels les plans cherchaient à répondre pendant le déroulement du Plan VIH-IST et OM.....	12
1.1 Les objectifs généraux du Plan	12
1.2 Axe 1 - Prévention, information, éducation à la santé	16
1.3 Axe 2 - Dépistage	21
1.4 Axe 3 - Prise en charge médicale	27
1.5 Axe 4 - Prise en charge sociale et lutte contre les discriminations	31
1.6 Axe 5 - Recherche et observation.....	38
2 - Rôle joué par le plan dans ces évolutions et dans la mobilisation des acteurs, compte tenu notamment des modifications du contexte institutionnel	43
2.1 Le Plan a montré sa pertinence en tant que document d'orientation de l'action publique	43
2.2 Le pilotage du Plan n'a pas permis les ajustements qui auraient été nécessaires ..	43
2.3 Un Plan national qui ne se traduit pas nécessairement dans les Plans régionaux de santé	45
2.4 Pertinence et efficacité d'un plan spécifique outre-mer	46
Annexe	49
Liste des personnes auditionnées	49

Introduction

➤ Présentation de la saisine

Par sa saisine du 20 octobre 2014, le Directeur général de la santé a demandé au HCSP de procéder à l'évaluation du cinquième Plan national de lutte contre le VIH-sida et les infections sexuellement transmissibles (PNLS IST) ainsi que du Plan spécifique outre-mer et d'envisager « les perspectives à venir relatives à ce champ d'intervention et aux modalités de lutte contre ces infections ».

La saisine portait plus particulièrement sur :

- l'appréciation par le HCSP de l'état d'évolution et de la situation actuelle des principaux problèmes auxquels ces plans cherchaient à répondre ;
- le rôle joué par les plans dans cette évolution, en particulier vis-à-vis des publics les plus exposés ;
- le rôle joué par le plan dans la mobilisation des différents acteurs ;
- l'application des plans aux niveaux régional, local et national, compte tenu des évolutions du contexte institutionnel.

Il était en outre demandé au HCSP de :

- préciser les mesures encore nécessaires et la forme qu'elles devraient prendre,
- et de
- proposer des perspectives d'évolution « en termes de périmètre, d'outils ou de programmation afin de continuer à lutter contre le VIH/sida et les IST ».

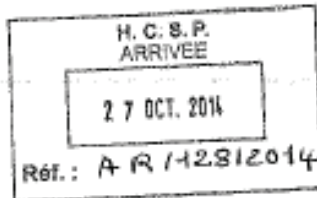


Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

Direction générale de la Santé
Sous-direction prévention des risques infectieux
Bureau des Infections par le VIH, IST et hépatites
Dossier suivi par : Bernard Falin

20 OCT 2014

n° 322



Le Directeur général de la santé
A
Monsieur le Président du
Haut Conseil de la Santé Publique
18, place des cinq Martyrs du lycée Buffon

Objet : Saisine du Haut conseil de la santé publique pour l'évaluation de la mise en œuvre du plan national de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010-2014, et des perspectives à venir relatives à ce champ d'intervention et aux modalités de lutte contre ces infections.

La lutte contre le VIH/Sida est une priorité de la politique de santé publique, dont l'action se poursuit sans discontinuer depuis plus de 30 ans. Les plans de lutte contre le VIH/Sida se sont succédé depuis 1989¹ et le cinquième plan, qui est entré en vigueur en novembre 2010, doit arriver à échéance fin 2014². Les populations d'outre-mer sont particulièrement concernées par cette priorité, et pour la première fois un plan complémentaire leur a été destiné³.

Le cinquième plan national de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010-2014 était justifié par la nécessité de prendre en compte la situation épidémiologique préoccupante, les nouvelles recommandations et les différents outils à disposition, afin de contrôler au mieux l'épidémie et de faire évoluer sa dynamique. Il s'agissait aussi, conformément aux recommandations de la cour des comptes de 2010, d'évoluer d'un programme thématique vers une approche populationnelle afin de donner plus de visibilité pour chaque groupe de population (migrants, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, usagers de drogues, personnes qui se prostituent).

La mise en œuvre de ce plan a coïncidé avec d'importantes évolutions. Sur le plan institutionnel, les agences régionales de santé (ARS) se sont mises en place en 2010 et ont dû élaborer les nouveaux projets régionaux de santé. Sur le plan technique, des progrès sont intervenus tant sur le plan thérapeutique que diagnostique avec l'arrivée des tests rapides d'orientation diagnostique du VIH.

¹ Le 4^{ème} programme 2005-2008 de lutte contre le VIH et les IST, a intégré pour la première fois les infections sexuellement transmissibles (IST)

² http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf

³ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_IST_2010-2014_DOM.pdf

La gouvernance et le suivi du plan ont reposé sur un Comité national de suivi interministériel présidé par le directeur général de la santé. Un rapport sur l'état d'avancement de cette mise en œuvre a été présenté à ce comité en décembre 2013, sur lequel le Conseil national du Sida a émis un avis⁴. En parallèle, une évaluation à mi-parcours du plan en direction des populations d'outre-mer a été réalisée par un prestataire extérieur et encadré par la Direction générale des outre-mer⁵ et par la DGS.

Il était prévu que l'évaluation finale soit assurée par le HCSP⁶ et dans ce contexte, je demande au HCSP :

D'une part :

- de réaliser l'évaluation à termes du plan national de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010-2014 et du plan complémentaire en direction des populations d'outre-mer, notamment au regard des objectifs inscrits dans le plan national⁷ et dans le plan outre-mer⁸;
- d'apprécier l'état d'évolution et la situation⁹ actuelle des principaux problèmes auxquels ces plans cherchaient à répondre, et de déterminer en quoi les plans ont concouru à cette évolution, en particulier vis-à-vis des publics les plus exposés ;
- de déterminer si et comment le plan a concouru à la mobilisation des différents acteurs ;
- d'évaluer l'application des plans au niveau régional, local et le cas échéant national, compte tenu des évolutions du contexte institutionnel survenues au cours de sa mise en œuvre ;

D'autre part :

- à partir des constats de son évaluation, de l'analyse de la situation actuelle et des évolutions prévisibles, de préciser quelles mesures sont encore nécessaires, sous quelle forme, et de proposer des perspectives d'évolution en termes de périmètre, d'outils ou de programmation afin de continuer à lutter contre le VIH/Sida et les IST.

Mes services se tiennent à votre disposition pour toute information complémentaire et pour présenter cette saisine lors de son inscription à l'ordre du jour de la commission concernée si vous le jugez nécessaire.

Je vous remercie de bien vouloir conduire cette évaluation avant le 1^{er} novembre 2015, afin de pouvoir présenter les conclusions pour la journée mondiale du Sida du 1^{er} décembre 2015.

Le Directeur Général de la Santé,



Professeur Benoît VALLET

⁴ Avis suivi de recommandations sur le bilan à mi-parcours du plan national de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010-2014. 16/01/2014.

⁵ Délégation Générale à l'Outre-mer / Direction Générale de la Santé : Evaluation du Plan national de lutte contre le VIH-SIDA et les IST auprès des populations outre-mer / EQR Conseil social et santé Octobre 2013

⁶ Outils de pilotage et d'évaluation : page 17

⁷ Au niveau « Objectifs et structuration du plan » page 13

⁸ Au niveau des « objectifs généraux » page 9 du plan outre-mer

➤ Comité d'évaluation

Composition

L'évaluation a été confiée à un Comité d'évaluation (Codev), composé de personnalités qualifiées, membres ou non du HCSP, et de représentants du Secrétariat général du HCSP :

François BOUE, HCSP-CSMC

Céline CAZORLA, HCSP-CSMT

François DABIS, HCSP-CSMT, co-pilote du groupe de travail

Annabel DESGREES du LOU, IRD

Thierry LAVIGNE, HCSP-CSESP

Corinne LE GOASTER, SG-HCSP

Régine LEFAIT-ROBIN, SG-HCSP

Sophie LECOEUR, Ined

France LERT, Inserm

Philippe QUENEL, EHESP

Caroline WEILL, HCSP-CSESP, co-pilote du groupe de travail

Déclarations publiques d'intérêt

Les membres du groupe de travail ont remis une déclaration publique d'intérêt.

Le Codev a été accompagné par une assistance à maîtrise d'ouvrage (AMO) assurée par le cabinet EQR-Conseil, retenu à la suite d'une procédure d'appel d'offres. L'AMO a visé à apporter un appui technique, méthodologique et logistique.

Le CODEV s'est réuni huit fois¹ et s'est appuyé pour ses travaux sur :

- la réalisation de 21 auditions (liste des personnes auditionnées en annexe) ;
- une enquête auprès des agences régionales de santé (ARS) et des Comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH) de cinq régions contrastées du point de vue de l'épidémiologie de l'infection et portant sur leur stratégie vis-à-vis du VIH et des IST : Alsace, Aquitaine, Guadeloupe, Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Il a pour cela mandaté le cabinet EQR-Conseil.

Pour son évaluation, le HCSP a pu également prendre en compte :

- le rapport sur l'état d'avancement de la mise en œuvre du plan à mi-parcours présenté par la Direction générale de la santé (DGS) en décembre 2013 ;
- l'avis et les recommandations du Conseil national du sida (CNS), suite à ce bilan à mi-parcours, du 16 janvier 2014.

¹ Les 21/04/2015 ; 26/04/2015 ; 16/06/2015 ; 03/07/2015 ; 10/09/2015 ; 09/10/2015 ; 10/11/2015 et 24/11/2015.

➤ Objectifs de l'évaluation

La DGS a fourni un bilan à mi-parcours qui était disponible. Le Conseil national du sida et des hépatites virales a émis un avis, disponible, sur ce bilan à mi-parcours. Tout en tenant compte du fait qu'il est toujours difficile, sinon impossible, d'établir un lien de causalité direct entre l'évolution d'une question de santé publique et la mise en œuvre d'une politique publique, l'évaluation des plans et de leur mise en œuvre s'est effectuée au regard de quatre critères :

- **Pertinence** : les objectifs poursuivis étaient-ils adaptés à la nature du (des) problème(s) posés ?
- **Cohérence** : les objectifs poursuivis et les mesures adoptées pour les atteindre étaient-ils de nature à résoudre les problèmes traités ?
- **Efficacité** : les effets attendus ont-ils été obtenus ? Les objectifs ont-ils été atteints ?
- **Impact** : quelles sont les conséquences globales, directes et indirectes, de la politique poursuivie dans le cadre du plan pour la société ?

Le présent rapport vise à présenter les réponses du HCSP aux questions qui lui ont été posées dans le cadre de la saisine :

- Que peut-on dire de l'évolution et de la situation actuelle des principaux problèmes auxquels les plans VIH, IST et outre-mer cherchaient à répondre (1) ;
- Que peut-on dire du rôle joué par les plans dans ces évolutions et dans la mobilisation des acteurs, compte tenu notamment des modifications du contexte institutionnel (2) ?

Contexte de l'évaluation

➤ Le plan national de lutte contre le VIH-sida et les IST 2010-2014

Depuis trente ans, les politiques publiques de lutte contre le VIH-sida ont donné lieu au **déploiement d'orientations et d'outils stratégiques**, parmi lesquels figurent notamment :

- la mise en place d'une organisation de lutte contre le VIH-sida et les IST dans les années 1980 ;
- le programme de lutte contre le VIH-sida 1995-1999 ;
- le programme unique VIH-sida et IST de 2005 ;
- les recommandations du Conseil national du sida (CNS) de 2006 ;
- les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) de 2009 ;
- le plan national de lutte contre le VIH-sida et les IST 2010-2014.

Le Plan national de lutte contre le VIH-sida et les IST 2010-2014, publié en novembre 2010, est ainsi le cinquième plan d'une politique publique nationale de lutte contre le VIH-sida initiée dans les années 1980 et le principal outil de programmation dans la lutte contre les IST. Il couvre une période de cinq ans, de 2010 à 2014.

Le plan intègre quatre approches populationnelles HSH-LBT (Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, lesbiennes, bi et transsexuel(le)s) migrants, personnes en situation de prostitution (PSP) et usagers de drogues, tandis que la population d'outre-mer fait l'objet d'un plan à part entière qui décline pour la première fois des mesures spécifiques pour les départements français d'Amérique (DFA), étendues à Saint-Martin et Saint-Barthélemy, et pour les deux régions de l'Océan Indien, La Réunion et Mayotte.

Dans son introduction, le plan énumère huit objectifs de santé adaptés des propositions du HCSP et qui doivent permettre de juger de son efficacité. Les objectifs de santé du plan doivent être atteints via un ensemble de mesures et d'actions qui s'articulent autour de cinq axes stratégiques généraux, la prévention, l'information et l'éducation pour la santé (Axe 1), le dépistage (Axe 2), la prise en charge médicale (Axe 3), la prise en charge sociale, la défense des droits et la lutte contre les discriminations (Axe 4) et les observations et la recherche (Axe 5). Le Plan outre-mer ajoute un 6^e axe, celui de la coopération.

Le plan définit au total 111 actions (DOM inclus) qui impliquent de très nombreux pilotes, copilotes et partenaires. Certaines de ces actions visaient spécifiquement les migrants (15), les personnes des deux sexes qui se prostituent (PSP) (8), les utilisateurs de drogues (5), les HSH-LBT (21) et les DOM (15). Ce ciblage suit l'épidémiologie, pour mémoire les HSH et les migrants concentraient 80 % des nouvelles séropositivités en 2012.

Cette structuration avait comme objectif d'inscrire les actions des pilotes et des partenaires dans la durée. Chacune des actions est accompagnée d'indicateurs de suivi et évaluation.

➤ Identification des enseignements et recommandations des évaluations récentes

Le HCSP dispose de deux évaluations à mi-parcours :

- la première (de manière chronologique) porte sur le Plan national de lutte contre le VIH-sida et les IST en direction des populations d'outre-mer et a été commandée en 2012 par la DGOM ;
- la seconde porte sur le plan national en France métropolitaine et inclut les volets populationnels ; elle a été conduite en 2013 par le Conseil national du sida (CNS).

Les deux évaluations récentes menées saluent les ambitions du plan national et de premiers résultats à mi-parcours encourageants mais variables selon les axes.

La DGS a présenté le 18 décembre 2013 l'avancement général du plan en métropole. En présentant chacun des axes et des programmes populationnels, elle a considéré que son bilan à mi-parcours n'était pas achevé. Globalement, la DGS estime que 21 actions ont été réalisées, 66 actions sont en cours de réalisation et 9 actions n'ont pas débuté (sur les 96 actions du Plan national hors DOM).

Son analyse révèle que les **axes dépistage et prévention** et les programmes populationnels HSH et migrants sont ceux qui ont été les plus mis en œuvre sur le territoire. La DGS a appelé toutefois à considérer ces données avec prudence en raison du caractère subjectif de l'appréciation qui peut être portée sur l'état d'avancement d'une action par son pilote.

L'axe prévention est également un axe comportant de nombreuses réalisations dans les DOM à conforter dans une approche globale de santé sexuelle.

Dans son rapport, le CNS met en avant certaines limites liées à la structuration du plan. D'après le CNS : la compilation de résultats action par action pose des difficultés au regard, d'une part, de leur nombre élevé, et d'autre part de l'absence de hiérarchisation entre des actions, dont la nature, les enjeux et la portée apparaissent extrêmement hétérogènes. Nous ajouterons que dans le cas particulier du plan DOM, un grand nombre d'actions renvoie au plan national et font perdre en lisibilité. A ce titre, l'approche macroscopique ne renseigne pas :

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

Ce plan illustre le choix des régions en termes de pilotage et de mise en œuvre du plan en fonction des priorités définies au niveau régional, comme cela a été souligné dans le rapport du CNS et confirmé à travers l'exemple des DOM. Ainsi, les évaluations notent :

- une réforme de l'organisation régionale qui a conduit à des stratégies régionales favorisant une approche plus large que le fléchage VIH-sida et IST induit par le plan ;
- un plan qui représente pour les ARS et les acteurs locaux un cadrage réglementaire des innovations et/ou des éléments structurants de la politique de lutte contre le VIH-sida, davantage qu'un outil de planification stratégique régional ;
- un plan qui assure également la priorisation de certains financements nationaux, notamment en matière de dépistage (exemple du test rapide d'orientation diagnostique (TROD)), de communication et d'observation.

Cette dimension régionale paraît donc très importante en matière de méthode d'évaluation.

1. Evolution des principaux problèmes auxquels les plans cherchaient à répondre pendant le déroulement du Plan VIH, IST et OM

1.1 - Les objectifs généraux du plan

1.1.1 - Rappel des objectifs généraux

Les objectifs de santé assignés au plan et les indicateurs de suivi étaient les suivants :

1. Réduire de 50 % l'incidence de l'infection par le VIH.
2. Réduire de 50 % en cinq ans l'incidence du sida.
3. Réduire de 50 % la proportion de personnes découvrant leur séropositivité VIH au stade sida.
4. Réduire de 20 % la mortalité liée au sida.
5. Réduire l'incidence des gonococcies.
6. Réduire l'incidence de la syphilis.
7. Réduire la prévalence des chlamydioses et des infections à *Herpès Simplex Virus*.
8. Réduire l'incidence et la prévalence de contamination par papillomavirus.

L'Institut de veille sanitaire (InVS) a publié le 24 novembre 2015, à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida, des données actualisées sur l'infection à VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST) en France². Cette publication actualise en partie le dernier Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) publié en mars 2015 sur les données 2013³.

1.1.2 - Constats

➤ Réduire de 50 % l'incidence de l'infection par le VIH

L'épidémie de VIH est principalement surveillée en France à partir de l'analyse des données de nouveaux diagnostics d'infection issues de la déclaration obligatoire. En raison du délai long et variable entre l'infection et le diagnostic, la surveillance épidémiologique des nouveaux diagnostics de VIH ne permet pas d'apprécier directement la dynamique des transmissions dans les différents groupes de population puis l'incidence (nombre de nouvelles infections par unité de temps). D'où la nécessité de passer par une modélisation pour estimer le délai entre l'infection et le diagnostic. Concernant ces estimations d'incidence, celles-ci sont produites par trois équipes françaises s'appuyant sur trois méthodes différentes avant d'être comparées.

Les premiers résultats concernant l'incidence globale ont permis de conclure que peu de discordances ont été observées entre les méthodes, et que les estimations 2007-2012 ne montraient pas d'évolutions majeures. Après avoir diminué jusqu'en 2010, l'incidence du VIH s'est stabilisée sur la période 2010-2012. En 2012, les trois modèles aboutissent à des évaluations proches : environ 7 000 contaminations annuelles. Les estimations d'incidence réalisées par groupe diffèrent selon les méthodes, même si les tendances sont proches. Sur la période 2010-2012, l'incidence est stable chez les hétérosexuels quels que soient leur lieu de naissance

² Disponible sur <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-SIDA-et-les-IST.-Point-epidemiologique-du-23-novembre-2015>).

³ Cazein F, *et al.* Découvertes de séropositivité VIH et de sida, France, 2003-2013. BEH 2015 ; 9-10. Disponible sur http://www.invs.sante.fr/beh/2015/9-10/2015_9-10_1.html (consulté le 6/01/2016).

et leur sexe, et chez les usagers de drogues injectables (UDI), tandis qu'elle a tendance à augmenter chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH).

➤ **Réduire de 50 % en cinq ans l'incidence du sida**

En 2013, environ 1 200 (IC à 95% [1092-1333]) cas de sida ont été diagnostiqués dont 85 % chez des personnes n'ayant pas bénéficié auparavant d'un traitement antirétroviral. Le nombre annuel de nouveaux diagnostics de sida a diminué de 25 % entre 2010 et 2013 (le pourcentage de diminution est également de 25 % entre 2010 et 2014).

Trois quarts (73 %) des personnes ayant développé un sida en 2013 étaient des hommes, 30 % étaient âgés de 50 ans et plus et 4 % avaient moins de 25 ans. Parmi les personnes ayant développé le sida et dont le mode de contamination est connu, 57 % ont été contaminées par rapports hétérosexuels, 33 % par rapports homosexuels et 8 % par usage de drogues injectables.

Rapporté à la population française, le nombre de diagnostics de sida en 2013 était de 18 cas par million d'habitants. Ce taux variait de 35 dans les DOM, 34 en Ile-de-France (IdF), à 13 en métropole hors IdF.

➤ **Réduire de 50 % la proportion de personnes découvrant leur séropositivité VIH au stade sida**

De 2011 à 2013, le nombre de diagnostics précoces avait augmenté et le nombre de diagnostics tardifs avait diminué (dès 2010), sauf chez les HSH où il était resté stable. En 2014, la tendance à une plus grande précocité des diagnostics sur les années 2011-2013 ne s'est pas poursuivie. En effet, en 2014, ce sont 39 % des séropositivités VIH qui ont été découvertes à un stade précoce (primo-infection ou $CD4 > 500/mm^3$), pourcentage équivalent à celui de 2013. La proportion de découvertes à un stade avancé (sida ou $CD4 < 200/mm^3$) en 2014 est de 26 % (*versus* 31 % en 2010).

Cette stabilisation de la précocité des diagnostics est observée chez les HSH (49 % de diagnostics précoces en 2013 et 2014) et chez les femmes hétérosexuelles (respectivement 42 % et 29 % chez celles nées en France et à l'étranger). Par contre, chez les hommes hétérosexuels, quel que soit leur pays de naissance, la proportion de diagnostics précoces augmente régulièrement entre 2010 et 2014 (de 27 % à 37 % chez ceux nés en France, et de 20 % à 25 % chez ceux nés à l'étranger).

➤ **Réduire de 20 % la mortalité liée au sida**

Les données actualisées de mortalité liées au sida ne sont pas disponibles. La dernière estimation remonte à 2010 avec 1 700 décès par an. Néanmoins, à partir des informations en provenance de la base de données hospitalières FHDH, il est probable que la mortalité ait poursuivi sa diminution (Fig. 1).

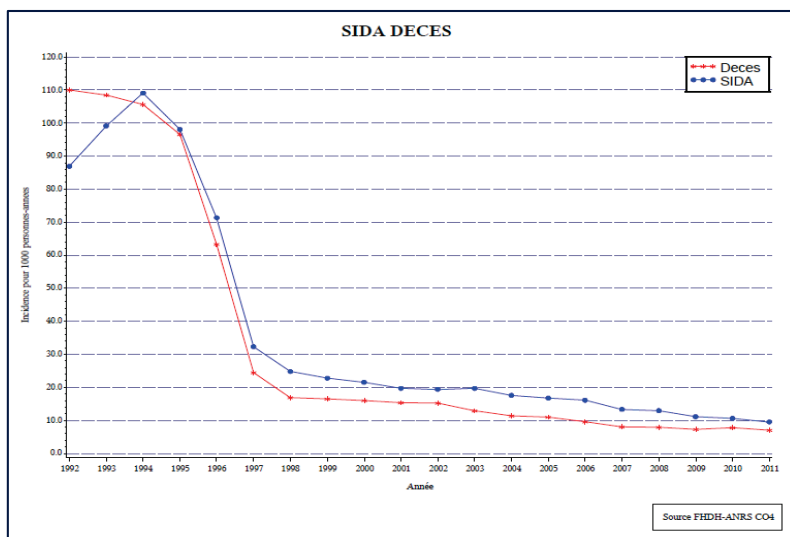


Fig. 1 - Source : FHDH-ANRS CO4 http://www.ccde.fr/main.php?main_file=fl-1309272043-794.html

➤ Réduire l'incidence des gonococcies / Réduire l'incidence de la syphilis

Au cours de la période 2010-2014 couverte par le plan, le nombre de cas de syphilis récente et le nombre de gonococcies enregistrés par le réseau Résist ont connu une augmentation très marquée chez les HSH (Fig. 2).

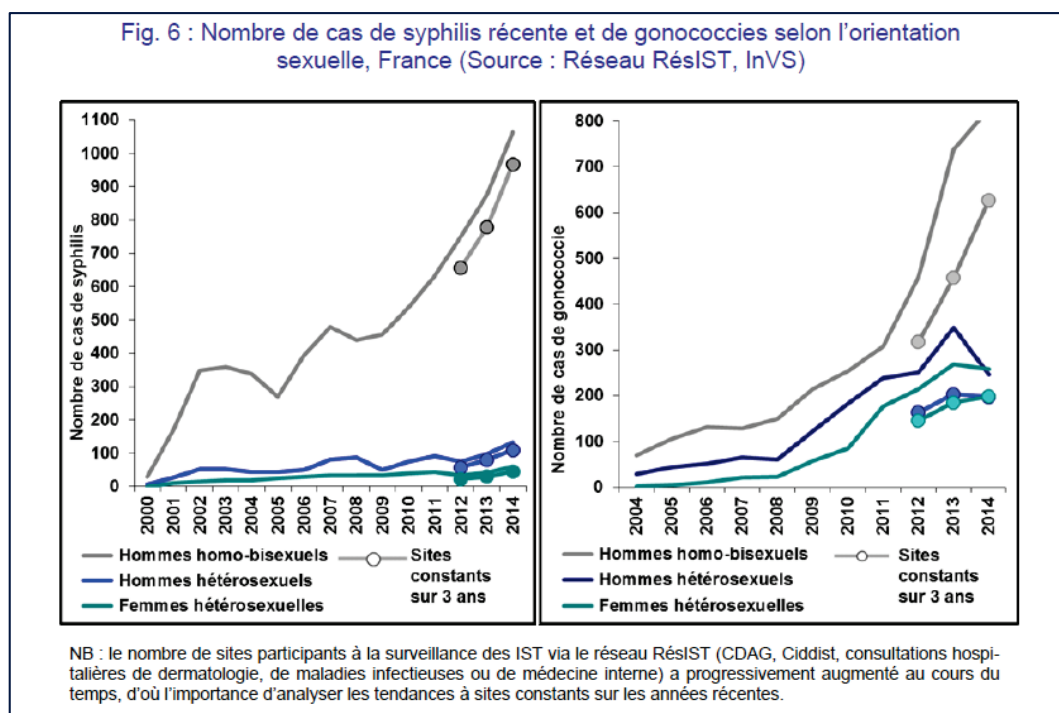


Fig. 2 - Nombre de cas de syphilis récente et de gonococcies selon l'orientation sexuelle, France (Source : InVS - Point épidémiologique - Infection par le VIH/sida et les IST - 23/11/2015)

➤ **Réduire la prévalence des chlamydioses et des infections à *Herpès Simplex Virus***

En 2012, pour la première fois, l'InVS a pu faire une estimation d'incidence du diagnostic des IST via une étude de contrôle qualité réalisée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) soit 77 000 nouvelles infections à *Chlamydia* diagnostiquées dans l'année. Cependant, aucun dispositif de surveillance ne permet actuellement de juger de l'évolution de la prévalence ni de l'incidence des chlamydioses et des infections à *Herpès Simplex Virus*.

➤ **Réduire l'incidence et la prévalence de contamination par papillomavirus**

Aucun dispositif de surveillance ne permet actuellement de juger de l'évolution de l'incidence des contaminations par papillomavirus.

1.1.3 - Conclusions sur les objectifs généraux

Les objectifs quantifiés du plan ont été définis pour être mobilisateurs. Ambitieux, ils avaient été définis indépendamment de toute modélisation ou prospective sur l'évolution de l'épidémie. Ainsi, leur pertinence est discutable.

Les dernières données d'incidence du VIH datent de 2012 et ne permettent pas d'évaluer l'impact du plan sur la dynamique de l'épidémie au cours de la période 2010-2014 ; sachant qu'en tout état de cause, cinq années constituent une durée relativement modeste pour en estimer et imputer les effets sur l'épidémiologie du VIH-sida. Par ailleurs, concernant le dépistage, le fait que les objectifs aient été définis en pourcentage de réduction plutôt qu'en diminution absolue ne permet pas de juger de la performance réelle.

Quoiqu'il en soit, malgré une politique volontariste, la baisse des contaminations n'a pas eu lieu. C'est essentiellement le cas chez les HSH. Dans d'autres sous-groupes, une baisse peut être observée. Ces premiers résultats épidémiologiques, même incomplets, ne doivent pas forcément être vus comme des échecs du plan. Ainsi, il faut savoir que les observations sur les HSH sont les mêmes dans tous les pays, à niveau de vie/système de santé comparable, indépendamment de l'existence ou non d'un plan national et de sa déclinaison sur le terrain.

Recommandation concernant les objectifs généraux

1. A l'avenir, si des objectifs quantifiés devaient être retenus, le choix de ces indicateurs devrait être réalisé sur la base d'une modélisation prospective fondée sur des hypothèses explicites. En cas de trop forte incertitude, l'alternative serait de se donner des objectifs non quantifiés basés sur la mesure des tendances.

1.2 - Axe 1 - Prévention, information, éducation à la santé

L'axe 1 du PNLS IST visait à « **Permettre à la population générale et aux populations les plus exposées d'adopter des comportements favorables pour lutter contre la transmission du VIH et des IST** ».

L'axe comportait quatre mesures :

- **Mesure 1 - Mettre en place des actions de prévention adaptées aux différents publics.**
- **Mesure 2 - Mettre en place des environnements favorables à l'adoption de comportements en fonction des lieux et des publics spécifiques.**
- **Mesure 3 - Mettre en place des actions de prévention combinée ciblée en direction des populations ayant des comportements à risque : migrants, HSH et LBT, PSP, usagers de drogue.**
- **Mesure 4 - Former les professionnels de santé et associatifs aux différentes approches de prévention en population générale, spécifique et ciblée**

1.2.1 - Constats

➤ **Les objectifs généraux de l'axe 1**

Le nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH fourni par l'InVS, montre une légère augmentation entre 2010 (6 240 cas) et 2014 (6 600 cas). Parmi ces nouveaux cas, la proportion et le nombre absolu d'HSH enregistre une croissance passant de 2 412 à presque 2 800 cas durant cette même période. Depuis 2003, on constate une augmentation des découvertes chez les jeunes HSH âgés de 15-24 ans dont le nombre a plus que doublé. Cette croissance est plus importante que dans la catégorie des plus de 25 ans (données InVS).

Concernant les IST, gonococcies, syphilis et chlamydioses, la surveillance et la déclaration de ces maladies ne sont pas obligatoires, néanmoins les données à notre disposition, issues de réseaux divers (RENAGO, RENACHLA et ResIST), sans être exhaustives, permettent d'analyser les tendances au cours du temps de ces trois IST essentielles. On constate une croissance nette des diagnostics pour ces trois maladies. On notera également la forte proportion des HSH dans ces dispositifs de surveillance, environ 60 % des nouvelles gonococcies et 80 % des nouveaux cas de syphilis en 2014 (InVS).

Ainsi, les objectifs généraux de l'axe 1 en termes de prévention ne sont pas atteints.

➤ **Mesure 1 - Mettre en place des actions de prévention adaptées aux différents publics.**

Au niveau national et en direction de la population générale, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a organisé chaque année des campagnes grand public essentiellement autour de la journée du 1^{er} décembre. Elle intervient aussi au moyen de brochures d'information distribuées chez les médecins généralistes, les centres de CDAG/Ciddist, les centres de planning familial et les associations communautaires. L'INPES continue depuis 2002 à distribuer gratuitement des préservatifs aux structures sanitaires et sociales, aux instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) et aux autres associations. Le montant des subventions destinées aux publics prioritaires de l'INPES n'a pas diminué durant la période de déroulement du plan.

Les acteurs ont développé des outils qui s'intègrent dans les modes contemporains de communication via internet et les réseaux sociaux. On peut citer particulièrement les sites internet déjà existants de l'INPES (ex : « Prend -moi.fr » (pour les HSH), « Et la santé on dit quoi ? » en direction des migrants, « On s'exprime.fr » à l'intention des adolescents), ceux de l'Equipe nationale d'intervention en prévention

et santé pour les entreprises (ENIPSE), des centres régionaux d'information et de prévention du sida (Crips) et de nombreuses associations avec un onglet sur la prévention du VIH et des IST. Plus récent est le développement d'applications pour smartphone (ex : « Tony » du Crips Ile-de-France adressé aux jeunes gays, applications mobiles de AIDES) ou l'intégration de messages de prévention par l'intermédiaire de réseaux sociaux (ex : travail de l'ENIPSE avec Facebook). En revanche, introduire ou adapter des messages de prévention dans des sites ou applications spécialisées déjà existants paraît plus complexe : caractère privé des relations sur le net, coût prohibitif de la publicité, réticence des propriétaires pour la plupart étrangers.

Parmi les indicateurs de prévention générale, la vente des préservatifs en grande surface reste stable entre 2010 et 2013 (INPES). Quant au spot de campagne TV « grand public », nous ne disposons que de l'indicateur en 2010 : 51 % de la population générale avait reconnu au moins un spot (source INPES).

Concernant la prévention en direction des jeunes scolarisés, la coopération indispensable entre le ministère de la Santé et le ministère de l'Education nationale reste notoirement difficile, tant au niveau national que sur le terrain où elle s'organise, dans les collèges, les lycées et les centres de formation des apprentis, en fonction du volontariat des chefs d'établissements et des enseignants, en lien avec des associations de prévention aujourd'hui fragilisées. L'éducation à la sexualité reste en termes de réalisation en dessous des référentiels définis par l'Education nationale, incomplète et non systématique. De même, alors que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) promeut une approche de la prévention basée sur le développement des compétences psychosociales, approches également promues par l'INPES, beaucoup d'actions ne sont pas fondées sur des bases théoriques et scientifiques reconnues.

Le niveau de connaissance des jeunes sur le VIH est mal renseigné et fait l'objet d'appréciations divergentes. Depuis 1994, les connaissances et les pratiques des jeunes n'ont pas fait l'objet de nouvelles enquêtes nationales en raison des difficultés d'organisation en milieu scolaire. Les indicateurs proviennent soit du Baromètre santé (INPES) soit de l'étude générationnelle dans les enquêtes au sein de la population adulte (KABP et CSF, mais ces études ont été réalisées avant la période du plan) [2]⁴. Ces données permettent de suivre l'âge d'entrée dans la sexualité, l'utilisation du préservatif, etc. Certains acteurs de terrain relèvent, chez les jeunes d'âge scolaire, une relative banalisation de la maladie.

Les actions de prévention se poursuivent dans l'enseignement supérieur au travers de la médecine universitaire (brochures) et de la distribution gratuite de préservatifs (INPES, CRIPS) mais de façon limitée eu égard aux enjeux de la santé sexuelle dans une population de jeunes adultes. Notamment peu d'actions s'intéressent aux problèmes spécifiques rencontrés par les jeunes gays et lesbiennes.

Dans les régions, le bilan de la DGS à mi-parcours montre, à partir du retour de 17 ARS sur 20, que les actions de prévention sont des axes prioritairement déployés. La prévention du VIH et des IST s'intègre au sein des régions dans un plan régional de prévention au même titre que d'autres items prioritaires dans le vaste champ de la santé. Dans un contexte de réduction budgétaire et de réorientation des stratégies, les soutiens financiers aux associations et aux COREVIH ont baissé depuis 2011 entraînant des changements dans les partenariats et donc dans les actions, sans qu'un relais ait eu lieu dans un cadre santé sexuelle plus large.

Concernant les jeunes sous protection judiciaire, quelques actions ont été évoquées dans certaines régions.

Concernant les personnes en situation de handicap, le Codev n'a pas été en mesure de réunir les informations nécessaires à une évaluation du déploiement de la prévention. La question du VIH et des IST chez les personnes handicapées était

⁴ AIDS. 2013 Mar 27;27(6):1011-9. Enquête KABP chez les jeunes adultes.

peu évoquée dans les régions enquêtées et à tous les niveaux (national, régional), la collaboration entre acteurs de la santé et du médico-social a paru insuffisante.

Déployer des actions de prévention auprès des publics migrants est indispensable : en effet, 30 à 50 % des migrants africains infectés l'ont été en France. Cette question est développée dans l'axe 4. De même, il est indispensable de faire porter l'accent sur les publics HSH, pour lesquels on observe une augmentation des contaminations. Le plan a traité ces questions au titre des deux mesures suivantes.

➤ **Mesure 2 - Mettre en place des environnements favorables à l'adoption de comportements en fonction des lieux et des publics spécifiques.**

Les actions de sensibilisation auprès des populations ciblées s'effectuent en collaboration étroite avec de nombreuses associations sur le terrain et la continuité de leurs actions a souffert d'une part de l'évolution du contexte durant les années de mise en œuvre des plans : restriction budgétaire, durcissement de la politique vis-à-vis de l'immigration..., d'autre part parfois de difficultés dans la coordination entre intervenants multiples. Les actions comportent des messages d'information et des distributions de préservatifs. A titre d'exemple :

- auprès des PSP dont une proportion non négligeable de « trans ». Les actions s'effectuent vers les personnes (bus, distributions de préservatifs, information de prévention) et s'intègrent dans un souci plus général d'accès aux soins ;
- auprès des migrants dans les centres d'hébergement mais aussi dans les lieux de convivialité (salle des fêtes, lieux de culte pour Afrique avenir).
- auprès des toxicomanes dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). L'étude EARLI (ANRS) visant l'accompagnement à l'injection par des séances d'éducation à l'injection, où ont participé des associations comme AIDES et Médecins du Monde, a montré une diminution de plus de 40 % des risques de contamination par le VIH et le VHC en six mois et devrait conforter le projet de création des salles de consommation ;
- auprès des HSH : les associations mènent des actions de terrain dans les lieux de convivialité gay notamment dans le cadre des établissements qui acceptent un ensemble de dispositions favorisant la prévention (formation des salariés, disponibilité de préservatifs et de gel, brochures, présence associative), avec des interventions régulières de dépistage par test rapide par des associations habilitées. De nouvelles habilitations sont actuellement demandées.

Les professionnels de santé et les associations témoignent d'évolutions défavorables dans la population HSH : augmentation des prises de substances psychoactives, apparition de pratiques en groupe combinant substances multiples (certaines étant injectables) et relations sexuelles non protégées qui contribuent à une prise de risque augmentée. Cette situation est documentée par l'étude Slam menée par AIDES et Sidaction. La dernière grande étude comportementale date de 2011 et le renouvellement de l'étude Prevagay mesurant la prévalence du VIH et des hépatites par prélèvement de sang avec appariement à un questionnaire comportemental permettra de mesurer et de caractériser les évolutions depuis la première édition en 2009 pour le groupe le plus exposé.

➤ **Mesure 3 - Mettre en place des actions de prévention combinée ciblée en direction des populations ayant des comportements à risque : migrants, HSH et LBT, PSP, usagers de drogue**

Lors de l'élaboration du plan VIH-IST, la prévention combinée était définie selon trois volets : comportement préventif, dépistage et traitements antirétroviraux.

Concernant le volet comportemental, les actions sur les populations ciblées ont été décrites ci-dessus. Le volet dépistage s'intègre dans l'axe 2. Les occasions de dépistage s'accompagnent en principe d'un conseil préventif. Quant au volet

traitement antirétroviral, si le potentiel préventif du traitement était déjà reconnu, le traitement restait initié en principe quand les CD4 baissaient en dessous de 500 CD4 et de façon optionnelle au-dessus pour des raisons préventives. Ce n'est qu'en 2013 que le traitement universel a été finalement recommandé. La couverture préventive par le traitement de toutes les personnes dépistées positives est donc encore récente. Ce volet concerne l'axe 3. Les données épidémiologiques de 2014 montrent que la prévention combinée n'a pas encore eu les bénéfices attendus.

En octobre 2015, le Groupe d'experts a appelé à prescrire le Truvada® pour les personnes non infectées par le VIH, mais présentant des comportements « à haut risque », en particulier les HSH, les transgenres, les personnes associant des comportements addictifs à des pratiques sexuelles à risque, les PSP ayant des rapports non protégés. En effet, plusieurs essais cliniques ont établi l'efficacité de la prophylaxie pré-exposition (PrEp) pour prévenir la contamination par le VIH dans des situations de fortes expositions. Ainsi, l'essai clinique ANRS Ipergay mené en France sur 414 hommes, a montré que le Truvada® réduisait de 86 % les risques de contamination.

Depuis l'autorisation de la PrEp par Truvada® aux Etats-Unis en 2012, l'association AIDES a demandé à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) une Recommandation temporaire d'utilisation (RTU) pour cet antirétroviral dans l'indication préventive alors que la firme n'avait pas déposé à la date de remise sur rapport, de demande d'extension de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans cette indication auprès de l'« European Medicine Agency » (EMA). Cette RTU a été adoptée fin octobre 2015. Saisi également, le groupe d'experts indiquait dans son avis que la PrEP s'adressait principalement aux situations à risque élevé d'exposition décrites par un certain nombre de critères relativement larges, « la base de la protection vis-à-vis du VIH repose sur l'utilisation du préservatif et du traitement antirétroviral du partenaire infecté » le cas échéant.

Dans sa déclaration du lundi 23 novembre 2015, la ministre chargée de la Santé a annoncé qu'elle était favorable à la publication d'une recommandation temporaire d'utilisation du Truvada®, à titre préventif, pris en charge à 100 % « au début de l'année 2016 ». Il s'agit d'une prescription encadrée qui s'accompagne de messages de prévention et d'un suivi clinico-biologique (VIH et IST), selon la recommandation du Groupe d'experts.

➤ **Mesure 4 - Former les professionnels de santé et associatifs aux différentes approches de prévention en population générale, spécifique et ciblée**

Il existe de nombreuses structures de santé et associatives assurant des formations auprès des professionnels de santé, des acteurs sanitaires et sociaux et associatifs avec, selon les cas, une coordination par les COREVIH.

En revanche, la question de la formation des médecins généralistes, en particulier dans leur cursus universitaire (audition MGF) mais aussi en post-universitaire, n'est pas encore résolue. Cela est en lien notamment avec l'absence de consensus au sein de la profession comme parmi les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sur la place et le rôle du médecin traitant dans la gestion de la maladie au long cours, mais surtout parce que pour la plupart des médecins, l'activité VIH en termes de nombre de personnes séropositives suivies est très faible.

1.2.2 - Conclusions pour l'Axe 1

Dans une conjoncture difficile, il apparaît que le PLNS a contribué au maintien des actions de prévention générale et a conforté les actions de prévention au sein des populations ciblées. Il a représenté aussi durant les quatre années de sa mise en œuvre un cadre de référence utile pour les acteurs de la prévention. Néanmoins, si l'on se réfère aux chiffres de nouvelles contaminations, l'impact des mesures de prévention apparaît limité. L'échec est patent auprès des HSH pour lesquels les acteurs se trouvent aujourd'hui confrontés à l'augmentation des contaminations et à des évolutions des comportements marquées par

l'importance de l'association entre substances psychoactives et pratiques sexuelles à risque ou la moindre utilisation des préservatifs. Toutefois, ces évolutions étaient peut-être difficiles à anticiper au moment de l'élaboration du plan.

En tout état de cause, l'évaluation des actions de prévention reste difficile et imparfaite : elle repose essentiellement sur des données d'activité : nombre de préservatifs vendus ou distribués, nombre de connexions informatiques, de brochures distribuées.

Des études comportementales (comportements sexuels et connaissance des maladies) dans les populations ciblées, réalisées régulièrement, sont indispensables pour faire évoluer les messages ou les stratégies de prévention notamment chez les HSH et chez les jeunes. Elles doivent cependant être renouvelées avec une périodicité plus courte pour identifier les tendances émergentes et y répondre. La mise à disposition de la PrEp dans les prochains mois constitue un élément novateur dont l'impact doit être mesuré de façon continue.

Recommandations sur la prévention

2. Poursuivre et amplifier l'approche par population : adolescents, étudiants, migrants de pays de forte endémie, HSH, populations des DOM, populations trans, PSP, populations incarcérées.
3. Améliorer la coordination des actions de prévention en direction des adolescents et des jeunes et les intégrer dans une approche plus large de promotion de la santé sexuelle ; à cet effet, améliorer les connaissances sur la santé sexuelle des jeunes en milieu scolaire ; définir des indicateurs de suivi de la réalisation des actions et de leur impact.
4. Renforcer la prévention combinée et l'accès au traitement auprès des populations les plus exposées (HSH et migrants principalement) par la coordination des actions de prévention, de dépistage et de prise en charge.
5. Favoriser le développement de messages de prévention sur les applications, messageries de rencontre et réseaux sociaux (comme le préconise déjà l'ECDC à l'échelon européen).
6. Améliorer la sensibilisation au danger des substances psychoactives à visée de performance sexuelle, sur le risque de transmission du VIH et des hépatites, en particulier chez les HSH.
7. Lier les financements accordés aux associations à la mise en œuvre des stratégies de prévention recommandées.
8. Concevoir une stratégie de prévention des IST par population associée à un système de surveillance permettant de suivre et d'évaluer cette stratégie populationnelle en particulier pour la syphilis, la gonococcie, les infections à Chlamydia et les coinfections.

1.3 - Axe 2 - Dépistage

L'objectif général poursuivi par l'axe 2 était d'« **Améliorer la détection précoce du VIH et des IST et réduire le retard à leur prise en charge** ».

L'atteinte de cet objectif s'appuyait sur cinq mesures :

- **Mesure 1 - Proposer dans le système de soin par les professionnels de santé de premier recours à la population générale un dépistage du VIH hors notion de risque d'exposition ou de contamination par le VIH.**
- **Mesure 2 - Offrir un dépistage ciblé et régulier du VIH pour certaines populations et/ou dans certaines circonstances.**
- **Mesure 3 - Réorganiser le dispositif actuel des CDAG/Ciddist et créer un réseau de centres de santé sexuelle.**
- **Mesure 4 - Mettre en œuvre un dépistage en milieu communautaire.**
- **Mesure 5 - Améliorer le dépistage des IST.**
- **Mesure 6 - Renforcer les compétences des professionnels en matière de dépistage du VIH et des IST.**
- **Mesure 7 - Améliorer le lien entre dépistage et prise en charge : dispositif d'accueil rapide et coordonné dans les services dans un contexte de « post-annonce » afin de rapprocher dépistage et soins.**

1.3.1 - Constats

- **Objectif général - Améliorer la détection précoce du VIH et des IST et réduire le retard à leur prise en charge**

Les données de surveillance établies par l'InVS indiquent des évolutions diverses du nombre de tests réalisés entre 2010 et 2013 : + 8 % en Ile-de-France, + 9 % en Alsace, + 10 % en Aquitaine, mais 8 % en Provence-Alpes-Côte d'Azur (données InVS). Dans les DOM, l'augmentation du dépistage est particulièrement importante, notamment en Guadeloupe et en Guyane. On observe en revanche au niveau national une baisse du nombre de tests réalisés en CDAG qui passe de 394 000 à 344 000, soit une baisse de 13 % (Tableau des indicateurs). Le dispositif de dépistage par tests rapides hors les murs a conduit à réaliser 56 000 tests en 2013 (Tableau des indicateurs).

Entre 2011 et 2013, la proportion de diagnostic précoce (>500 CD4 ou primo-infection) a légèrement augmenté, mais la variation n'est significative que parmi les HSH [1]⁵. Dans tous les groupes, la proportion de diagnostics tardifs baisse.

- **Mesure 1 - Proposer dans le système de soin par les professionnels de santé de premier recours à la population générale un dépistage du VIH hors notion de risque d'exposition ou de contamination par le VIH**

Entre 2010 et 2013, on observe une augmentation modeste du nombre de tests réalisés dans quatre des cinq régions étudiées et une baisse dans la région PACA. Ces nombres comprennent tous les tests réalisés quel que soit le cadre, à l'exception des tests rapides comptabilisés à part. Ces augmentations apparaissent modestes eu égard à la recommandation de dépistage généralisé émise par la HAS en 2009 et reprise par le plan. Cependant, cette augmentation peut être considérée comme non négligeable si on considère que les tests supplémentaires devraient en

⁵ Cazein F, *et al.* Découvertes de séropositivité VIH et de sida, France, 2003-2013. BEH 2015 ; 9-10. Disponible sur http://www.invs.sante.fr/beh/2015/9-10/2015_9-10_1.html (consulté le 6/01/2016).

réalité être rapportés à la part, non évaluée, des tests qui correspondent à un contexte de vrai dépistage (un test réalisé chez une personne sans symptôme). Enfin, il faut rappeler que 75 % des tests sont réalisés en laboratoire de ville et donc hors hôpital ou structures dédiées (bien que parfois les prescriptions sont hospitalières). Quant aux médecins généralistes, ils découvrent environ un tiers des cas diagnostiqués.

Au niveau national, la recommandation de la HAS a été relayée par l'envoi d'une information à tous les médecins par l'INPES (document de la série « Repères pour votre pratique »). Certaines organisations de généralistes, notamment le Collège des enseignants de médecine générale, ont fait part de leur réticence à appliquer la recommandation de dépistage généralisé telle que formulée, réticence qui n'a pas donné lieu à un réel dialogue entre les autorités sanitaires et les institutions représentant la médecine générale.

Dans les cinq régions étudiées, les ARS et les COREVIH se sont attachés à favoriser la mise en œuvre du dépistage généralisé en impliquant les généralistes ou des services hospitaliers par des actions variées : recherche de stratégies pour faciliter la proposition du test (banalisation), actions de formation notamment à l'utilisation du test rapide, expérimentation de dépistage systématique [3]⁶, dépistage systématique en bilan préopératoire, intégration du dépistage à des structures telles les centres de lutte antituberculeuse (Clat), les centres de planning familial, promotion du dépistage à travers la mise en place de la semaine du dépistage en 2013 et 2014, etc.

Depuis la publication du PNLIS IST, divers résultats ont apporté des éléments en défaveur d'une mesure aussi large [4,5]⁷. A l'inverse, il apparaît que les ARS et les COREVIH se sont bien saisis de l'enjeu : les médecins de ville réalisent une part importante des tests, ils sont prêts à étendre cette pratique et à prendre l'initiative de la proposition de dépistage, il existe une marge d'amélioration pour cibler cette proposition sur des facteurs d'exposition (IST, IVG) ou sur des symptômes évocateurs d'infection VIH (résultats de l'étude européenne HIDES⁸). En tout état de cause, la promotion de la démarche de dépistage qui sera finalement retenue auprès des généralistes et des services de soins primaires doit être conçue en fonction des pratiques médicales et des données épidémiologiques fines aux échelons national, régional et local.

Les indicateurs disponibles ne permettent pas de cerner de façon suffisamment fine la façon dont la recommandation de dépistage généralisé a été mise en œuvre et son impact éventuel. La HAS mènera cette évaluation de façon approfondie.

➤ **Mesure 2 - Offrir un dépistage ciblé et régulier du VIH pour certaines populations et/ou dans certaines circonstances**

Les ARS rapportent des actions de dépistage auprès de diverses populations : personnes incarcérées, PSP, migrants, usagers de drogue. Dans les départements d'outre-mer, et notamment en Guyane, la répétition annuelle du test est recommandée, mais n'est pas encore effective et demanderait un maillage plus soutenu du dispositif associant les modalités complémentaires de dépistage⁹. Le soutien au dépistage mobile favorise la répétition du test auprès des HSH.

⁶ Fagard C, *et al.* Dépistage conjoint du VIH, du VHB et du VHC par les médecins généralistes : étude de faisabilité en Gironde et dans le Nord en 2012. BEH 2014; 21-22: 395-400. Disponible sur <http://www.invs.sante.fr/beh/2014/21-22> (consulté le 6/01/2016).

⁷ d'Almeida KW, *et al.* Emergency Department HIV-Screening Group. Modest public health impact of nontargeted human immunodeficiency virus screening in 29 emergency departments. Arch Intern Med. 2012; 172(1): 12-20.

Casalino E, *et al.* Twelve months of routine HIV screening in 6 emergency departments in the Parisarea: results from the ANRS URDEP study. PLoS One. 2012; 7(10): e46437

⁸ http://hiveurope.eu/Portals/0/Conference%202014/Oral%20presentations/PS2_01.pdf

⁹ Rapport outre-mer.

Toutefois, on ne dispose pas d'indicateurs en dehors du dépistage mobile avec des données par population notamment de la part de AIDES¹⁰ pour suivre la façon dont cet objectif est atteint.

Certaines ARS ont développé des actions d'information auprès de divers publics.

➤ **Mesure 3 - Réorganiser le dispositif actuel des CDAG/Ciddist et créer un réseau de centres de santé sexuelle**

La réorganisation annoncée a été préparée au cours de la période du plan avec des phases de concertation, notamment avec les régions. Les nouvelles dispositions ont été publiées en juin 2015 pour une mise en application au 1^{er} janvier 2016 sur la base de l'acceptation par les ARS des dossiers soumis par les services hospitaliers, les villes ou départements ou les associations.

L'expérimentation des centres de santé sexuelle est restée à l'état embryonnaire, en partie en raison du retard pris par la réorganisation du dispositif CDAG/Ciddist. De plus, le seul centre de santé sexuelle orienté vers la population HSH (le 190, Paris) a rencontré d'énormes obstacles pour sa reconnaissance et son financement de la part des institutions.

La notion de santé sexuelle est abordée aussi dans les actions en région, de façon très diverse en particulier en termes de publics et de contenus. Cependant, il existe des désaccords sur la notion elle-même, pourtant bien définie par l'OMS¹¹. Des initiatives ont été prises dans certaines régions pour mettre en place les bases d'une approche de santé sexuelle (intervention brève, rapprochement avec les centres de planning familial par exemple).

➤ **Mesure 4 - Mettre en œuvre un dépistage en milieu communautaire**

Le dépistage en milieu communautaire a fait l'objet d'une évaluation demandée conjointement par la DGS et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CnamTS)¹². A partir de 2011, la politique de mise en œuvre du dépistage en milieu communautaire a reposé essentiellement sur le développement de l'offre de dépistage par tests rapides d'orientation diagnostic (TROD). La proposition de TROD auprès de publics cibles se fait par des salariés ou des bénévoles, non professionnels de santé, qui interviennent dans des structures de prévention ou associatives habilitées par les agences régionales de santé, après une formation spécifique. Au total, 63 projets portés par des associations ont été menés dans 24 régions y compris les régions outre-mer.

La montée en puissance des TROD a été marquée par une augmentation importante des tests effectués dans ce cadre, passant de 31 700 en 2012 à 56 500 en 2013 et 61 600 en 2014¹³. Si les TROD ne représentent qu'une part réduite de l'activité globale de dépistage, le taux de positivité ainsi généré y est 3 à 4 fois plus élevé que celui du dépistage en laboratoire. Il est également 2 à 3 fois plus élevé que celui du dépistage en CDAG. Parmi l'ensemble des personnes dépistées positives en CDAG ou par TROD en 2013, 40 % ont été dépistées dans le cadre des TROD qui ne représentent pourtant que 16 % des dépistages effectués. Le nombre important de personnes séropositives dépistées grâce à ce dispositif témoigne ainsi de l'efficacité de cette politique de dépistage en milieu

¹⁰ Le dépistage communautaire. C dans AIDES. AIDES, 2015.

¹¹ OMS. Santé sexuelle. « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. »
Disponible sur http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/ (consulté le 6/01/2016).

¹² Evaluation de l'expérimentation de soutien aux activités de dépistage communautaire du VIH par tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), rapport non diffusé.

¹³ Infection par le VIH/sida et les IST. Point épidémiologique. InVS, 23 novembre 2015.

communautaire. En 2013, les pourcentages de séropositivité les plus élevés sont observés auprès des PSP (2,5 %) et des HSH (1,8 %). C'est d'ailleurs le public HSH qui est le plus ciblé par l'activité TROD, représentant 30 % de l'activité de dépistage (41 % en 2012), suivi du public « migrant » qui représente 28 % de l'activité (31 % en 2012). Le dépistage hors les murs a également été utilisé pour atteindre les populations non ou mal desservies par l'offre de soins notamment en Guyane.

Ce dispositif s'est donc révélé particulièrement pertinent dans les populations HSH, les populations migrantes et les PSP, bien que la participation des associations communautaires de migrants et de PSP soit plus réduite. En revanche, la pertinence du dispositif auprès des usagers de drogue intraveineuse (UDI) est moindre en l'absence d'une offre de TROD VHC.

Néanmoins, il apparaît un manque de coordination des activités de TROD entre les différentes associations, même si certaines d'entre elles ont pu mutualiser leur dispositif TROD. Il n'existe pas non plus de données de suivi permettant de s'assurer de la bonne articulation entre le dépistage positif par TROD et la prise en charge.

Les associations ont ainsi prouvé leur capacité à intégrer cette nouvelle approche du dépistage communautaire. Celle-ci a été l'occasion de renforcer la formation des acteurs associatifs et de redynamiser les activités des COREVIH et de certaines associations. Néanmoins, les formations représentent un coût important pour les associations, au regard duquel le prix forfaitaire unitaire des TROD (25 €) paraît insuffisant.

➤ **Mesure 5 - Améliorer le dépistage des IST**

Il n'existe pas d'indicateurs pour suivre cette activité. Les réseaux de surveillance de l'InVS (ResIST, RENAGO, RENACHLA) donnent les tendances des principales IST et donnent des informations sur l'activité de dépistage dans les laboratoires participants¹⁴. La préoccupation des acteurs a plutôt été du côté des dépistages des hépatites B et C que vers la syphilis, la gonococcie et les infections à Chlamydia.

L'INPES a mené auprès des jeunes hommes et femmes une recherche sur l'intérêt et la faisabilité du dépistage des chlamydiae ciblé sur la base des réponses à un auto-questionnaire en ligne avec envoi d'un kit d'auto-prélèvement. Cette recherche a montré l'efficacité de ce dispositif et ces résultats ont fait l'objet d'une large diffusion au niveau institutionnel. Cependant, la mise en œuvre effective de ce programme n'a pas été poursuivie, sans que la qualité de l'étude et du dispositif ait été remise en cause.

➤ **Mesure 6 - Renforcer les compétences des professionnels en matière de dépistage du VIH et des IST**

Les activités de formation se sont plutôt déployées autour des TROD afin de répondre aux exigences de l'accréditation. En 2013, la démarche de dépistage généralisé n'était connue à Paris que de la moitié des généralistes ce qui indique que la formation n'est pas, sur ce thème, la méthode de promotion la plus adaptée¹⁵.

➤ **Mesure 7 - Améliorer le lien entre dépistage et prise en charge : dispositif d'accueil rapide et coordonné dans les services dans un contexte de "post-annonce" afin de rapprocher dépistage et soins**

La qualité du dépistage s'évalue également sur la prise en charge après le résultat positif. Au cours du temps, les recommandations en faveur d'un traitement initié toujours plus tôt dans le cours de la maladie ont encore accru l'importance de la liaison avec le soin. Il n'existe pas en France d'étude mesurant le délai à la prise en

¹⁴ Infections sexuellement transmissibles. Tendances récentes. InVS, 23 novembre 2014.

¹⁵ Rocchetti V et Viard JP. Family practitioners screening for HIV infection. Médecine et maladies infectieuses. 2015, 45, 157-64.

charge, mais des données partielles (AIDES) et les études internationales indiquent une proportion non négligeable de perdus de vue notamment aux urgences et dans le cadre du dépistage communautaire (autour de 30 %) malgré les efforts de mise en relation avec les services de soins. Cet enjeu est cependant bien compris par tous les intervenants du dépistage qui veillent à l'accompagnement des personnes auxquelles est annoncé un diagnostic d'infection VIH, aussi bien dans le contexte du dépistage communautaire que dans les services de santé. De plus, les associations ont mis en place des actions d'accompagnement, utilisent la médiation sanitaire et projettent d'améliorer l'information sur l'accessibilité des services (cartographie dans certaines régions). De leur côté, les services ont souvent mis en œuvre un dispositif de consultation immédiate ou à très court terme (1 à 5 jours) pour recevoir les personnes nouvellement diagnostiquées.

1.3.2 - Conclusions Axe 2

➤ Contribution du plan à l'atteinte des objectifs

Le dépistage a été un axe particulièrement développé par tous les acteurs du VIH, aussi bien au niveau des ARS, des COREVIH, des acteurs associatifs que des services de santé. Les données sur l'intérêt d'un diagnostic plus précoce, la disponibilité de tests de plus en plus faciles à utiliser, les exemples étrangers d'utilisation de tests rapides, et la mobilisation associative ont favorisé cet engagement. Malgré l'absence d'indicateurs montrant des changements de comportement en population générale faute d'études réalisées sur la période, l'augmentation et le meilleur ciblage du dépistage sont bien réels. Pourtant, sur la période, les effets sur la précocité du diagnostic parmi les nouveaux cas dépistés apparaissent encore limités. Les efforts faits vers les populations particulièrement exposées ou minoritaires et marginalisées existent mais sont restés insuffisants. Une évaluation détaillée sera réalisée par la HAS dans les prochains mois.

Le travail d'élaboration et de concertation sur la transformation du dispositif CDAG/Ciddist a été plus long que prévu et la réforme n'est pas entrée en vigueur dans la période du plan suscitant sans doute un certain attentisme.

Le plan a bien constitué un cadre de référence pour les acteurs du VIH. En revanche, la mise en œuvre du volet IST est restée dans l'ensemble négligée.

➤ Pertinence des mesures et mise en œuvre

Les mesures du plan sont issues des recommandations de la HAS construites en 2008/2009, ce qui est ancien eu égard aux progrès médicaux et scientifiques rapides sur la période. De nombreuses données issues de la surveillance épidémiologique, des études et des progrès de la compréhension et du traitement de la maladie auraient pu justifier une inflexion plus rapide et plus sensible de la stratégie de dépistage au fil du temps.

La mesure la plus importante dans le plan mais la moins bien appliquée est certainement le dépistage généralisé de toute la population. Aujourd'hui, il ne correspond en fait ni à l'épidémiologie de la maladie en France ni aux pratiques médicales en médecine générale. Il reste cependant que la mobilisation des médecins généralistes est réelle et peut être mise au service d'une stratégie mieux ciblée (populations vulnérables et indications de dépistage et de diagnostics aujourd'hui bien connues).

Le dépistage mobile a été mis en œuvre et a montré son efficacité pour atteindre les personnes peu ou non testées, promouvoir le dépistage, atteindre les populations les plus exposées. Il souffre d'un déficit majeur de reconnaissance, de financement et de coordination au niveau territorial.

Le dépistage répété dans les populations les plus exposées n'a pas été évalué. Les légers progrès de la précocité du diagnostic ne peuvent pas être attribués faute de données à la mise en œuvre de cette recommandation.

Recommandations sur le dépistage

9. Il appartient à la HAS de réviser les recommandations pour une stratégie combinant les différents modes de dépistage, tirant parti des données accumulées au cours des cinq dernières années. Il serait souhaitable que cette démarche de la HAS intervienne rapidement, pour prendre en compte les évolutions scientifiques récentes sur les modalités de dépistage, de traitement et de prévention combinée.
10. L'offre et la pratique de dépistage VIH mais aussi des principales IST (syphilis, gonococcie, infections à Chlamydia et hépatites) doivent être substantiellement augmentées dans les populations exposées grâce à une politique redéfinie et adaptée aux contextes régionaux (populations, offre de services de prévention, de dépistage et de soins). Ce sera le cas également pour les DOM avec une déclinaison par département en raison de leur grande hétérogénéité épidémiologique.
11. Le dépistage communautaire doit être renforcé, soutenu et financé à hauteur de son rapport coût/efficacité. Ses objectifs quant aux populations à atteindre doivent être précisés eu égard aux contextes locaux.
12. La réforme retardée des Cegidd doit être mise en place dès 2016 avec une réelle ambition de santé publique et les moyens correspondants.
13. Il convient de concevoir et de déployer effectivement une stratégie globale sur les IST (syphilis, gonococcie, infections à Chlamydia et hépatites), actuellement inexistante.
14. Un système de suivi national et régional du dépistage du VIH et des IST par des indicateurs simples et robustes doit être proposé par l'Agence nationale de santé.

1.4 - Axe 3 - Prise en charge médicale

L'axe 3 visait à « **Améliorer la qualité et la globalité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH dans un but d'amélioration de la santé individuelle et collective (traitement comme outil de prévention)** ».

L'atteinte de cet objectif reposait sur trois mesures :

- **Mesure 1 - Étudier la possibilité et l'encadrement nécessaire à la proposition d'un traitement précoce.**
- **Mesure 2 - Maintenir et développer les structures de coordination et de prise en charge sur les territoires, en ville et à l'hôpital.**
- **Mesure 3 - Améliorer la qualité des soins en renforçant les approches pluridisciplinaires, les programmes d'éducation thérapeutique et certaines opérations spécifiques pour des populations plus touchées et/ou plus en difficulté avec le recours aux soins.**

1.4.1 - Constats

- **Mesure 1 - Étudier la possibilité et l'encadrement nécessaire à la proposition d'un traitement précoce.**

Au moment de l'élaboration et du démarrage du plan, les recommandations sur la prise en charge étaient en train d'évoluer vers un « traitement universel » sous l'égide du rapport d'experts, régulièrement actualisé. Ainsi, le plan préparait cette mise en œuvre de traitement généralisé sans qu'on puisse la planifier et souhaitait une évolution des moyens mis en œuvre (action T27). Cependant, les recommandations spécifiques du Groupe d'experts sur ce point n'ont été finalisées qu'en juillet 2015, c'est-à-dire après la fin de ce plan.

Il n'y a donc pas lieu d'évaluer le plan à cet égard.

- **Mesure 2 - Maintenir et développer les structures de coordination et de prise en charge sur les territoires, en ville et à l'hôpital.**

Il est souhaité dans le plan une implication plus importante des médecins traitants et de la médecine de ville dans la prise en charge des patients traités, en particulier en ce qui concerne les comorbidités : différentes expérimentations rapportées ont été un échec, les freins évoqués existent tant du côté des PVVIH, pour qui le référent de leur maladie reste majoritairement le médecin hospitalier, que de celui des médecins traitants, qui font valoir la complexité d'une prise en charge de qualité, exigeant d'eux du temps dans la durée et une formation spécifique.

A cet égard, il faut remarquer que cette difficulté avait été prise en compte par le plan, qui prévoyait que soit fixée une « juste rémunération des services pour ces suivis ambulatoires de qualité ». Or, cette action n'a pas été mise en œuvre. De ce point de vue, le plan n'a donc pas favorisé l'évolution tarifaire vers la ville attendue par les professionnels.

Le plan prévoyait également de soutenir et de développer les structures de coordination entre la ville et l'hôpital. Cet objectif n'a pas été poursuivi et le peu de structures concernées ont, pour certaines, disparues et ne semblent pas, pour les autres, avoir été incluses dans les projets de coordination d'appui au premier recours. Cette évolution s'inscrit dans une logique plus globale de restriction du soutien public aux réseaux thématiques (par pathologie) auxquels on tend à substituer des réseaux plus larges axés sur la fluidification du parcours de soin. Rien ne permet de dire si, dans ce nouveau contexte, l'accès au soin des PVVIH est de moins bonne qualité ni si ceux-ci sont aujourd'hui moins bien accompagnés.

L'implication des COREVIH dans l'amélioration de la prise en charge des PVVIH est notable bien qu'inégale mais le constat d'échec de l'articulation ville-hôpital est

partagé malgré les expérimentations. Il s'agit là d'une difficulté qui dépasse la question spécifique de la prise en charge du VIH et concerne, en réalité, la problématique plus large du suivi partagé des patients atteints de maladies chroniques. Ceux-ci, en effet, ne représentent qu'une trop faible partie de la patientèle des médecins généralistes pour qu'ils puissent s'y investir, bien que leur nombre soit appelé à augmenter en lien en particulier avec le vieillissement de la population. De ce point de vue, il serait justifié d'inclure la question spécifique du suivi des PVVIH dans un plan concernant les maladies chroniques.

Par contre, il persiste un très faible nombre de médecins généralistes dont la patientèle est composée de manière significative par des personnes infectées. Ceux-ci sont connus des services spécialisés. Ils interviennent à titre individuel ou dans le cadre d'un réseau informel de médecins plus ouverts à la problématique LGBT et notamment de l'homophobie et des discriminations (l'Association des médecins Gay Friendly, par exemple, qui associe à l'activité médicale tournée vers les patients une activité de formation et d'information à destination de leurs confrères et des étudiants en médecine).

Ainsi, la prise en charge des PVVIH reste très hospitalo-centrée sans que le plan ait pu faire évoluer cet aspect.

➤ **Mesure 3 - Améliorer la qualité des soins en renforçant les approches pluridisciplinaires, les programmes d'éducation thérapeutique et certaines opérations spécifiques pour des populations plus touchées et/ou plus en difficulté avec le recours aux soins.**

La prise en charge médicale est globalement satisfaisante. On estime à 74 % les personnes dépistées mises sous traitement parmi lesquelles 87 % ont atteint l'objectif d'une charge virale indétectable. Toutefois, ces données datent de 2011 et ne permettent pas de connaître l'évolution durant la durée du plan. Ces chiffres sont bons au regard des autres pays industrialisés. Cependant, le niveau atteint de 50 % de patients infectés (87 % des 74 %) qui sont virologiquement « contrôlés » est insuffisant pour maîtriser l'épidémie.

Il faut remarquer qu'au-delà de la proportion de personnes sous traitement, les délais entre la contamination et le contrôle virologique sont estimés de 5 à 9 ans selon les groupes à risque ce qui est encore trop long pour un réel contrôle de l'épidémie¹⁶. Concernant l'outre-mer, les chiffres sont similaires à ceux de la métropole pour la Réunion (87,7 % de personnes dépistées mises sous traitement) et pour la Martinique (85 %) et moins satisfaisants en Guyane (69,9 %)¹⁷.

Que ce soit en métropole ou en outre-mer, on note que parmi les patients en échec thérapeutique, on trouve significativement plus de personnes ayant des difficultés financières et de logement. Un effort reste donc à faire à l'égard des populations précaires.

De fait, l'axe 3 appelait à juste titre à la mise en œuvre d'une approche pluridisciplinaire de la prise en charge, combinant la prise en charge médicale, psychologique, sociale et médico-sociale.

Le plan souhaitait ainsi promouvoir l'interprétariat professionnel et la médiation en matière de prévention et de prise en charge des patients. S'agissant du recours à l'interprétariat, il a progressé notamment en raison de l'apparition de personnes parlant des langues inusitées par le personnel (tamoul, russe) mais, selon l'Institut nationale de la santé et de la recherche médicale (Inserm), il reste encore trop peu utilisé à l'hôpital. Concernant l'intervention des médiateurs en santé, l'efficacité de leur intervention au sein de l'hôpital est limitée par la faiblesse de la formation des

¹⁶ D. Costagliola- Supervie.

¹⁷ d'Almeida KW, *et al.* Infection à VIH dans les DOM : facteurs associés à la réponse virologique au traitement dans l'enquête ANRSS-Vespa2, 2011. BEH 2015 ; 40-41 : 759-68. Disponible sur http://www.invs.sante.fr/beh/2015/40-41/pdf/2015_40-41_3.pdf (consulté le 6/01/2016).

médiateurs, notamment en matière de communication et de coordination, ainsi que par la précarité de leur statut et la faiblesse de leurs rémunérations. Leur statut devrait être consolidé par la Loi de santé à venir.

Les obstacles rencontrés par les populations migrantes pour la mise sous traitement ne semblent pas avoir diminué : la longueur des délais nécessaires pour obtenir un permis de séjour pour soins (pourtant indispensable pour améliorer l'accès aux soins) ainsi que diverses tracasseries administratives pratiquées dans certaines régions sont non seulement vexatoires mais aussi contreproductives d'un point de vue de santé publique. Cet aspect est discuté de façon détaillée dans le cadre de l'axe 5.

Les programmes d'éducation thérapeutique orientés vers le soutien à la vie sexuelle, affective et psychique des PVVIH font partie des axes de travail de la plupart des ARS. Dans les COREVIH existent souvent des commissions « Soins ou prise en charge », parfois « Parcours de soins ».

Enfin, les actions prévues concernant la prise en charge psychiatrique et psychologique, les soins de suite et l'organisation des filières d'aval n'ont pas été réalisées, en lien avec le contexte de restriction financière qui a été celui du plan. Même si les appartements de coordination thérapeutique ont vu leur nombre augmenter, les acteurs soulignent que leur nombre reste insuffisant pour répondre aux besoins. Il persiste par ailleurs une criante insuffisance d'hébergement spécialisé pour les personnes ayant une perte d'autonomie importante (encéphalopathie chronique) qui touchent des adultes trop jeunes pour avoir accès aux structures de type SSR. Le nombre de places en Maison d'accueil spécialisé (MAS) reste très insuffisant. Ces questions sont traitées de manière détaillée sous l'axe 4.

1.4.2 - Conclusions de l'Axe 3

Dans une maladie infectieuse pour laquelle les données scientifiques sont très évolutives, un plan quinquennal qui n'est pas susceptible d'évoluer au cours de son déploiement montre ses limites. De plus, le PNL VIH-IST s'intègre dans un environnement très spécifique où la communauté médicale dispose de recommandations régulièrement mises à jour depuis 1990, sous la forme d'un « Rapport d'experts ». Les recommandations issues de ce groupe d'experts sont très diffusées et suivies par la communauté médicale et associative et le plan y fait par ailleurs explicitement référence. Les auditions ont confirmé que ce rapport d'experts qui aborde tous les sujets (y compris la prévention et le dépistage) est l'outil le plus utilisé et suivi par les acteurs du soin pour lesquels le plan est peu connu.

Alors que le plan s'appuyait au départ sur des recommandations émises en 2010 (rapport « Yeni »), il n'a pas pu intégrer les recommandations produites en 2013 dans le cadre du rapport « Morlat ». Ce dernier n'était pas membre du comité de pilotage du plan et aucune instance institutionnelle n'a été prévue associant les membres du groupe d'experts et le noyau opérationnel du plan à la DGS ou dans les ARS.

Ainsi, si le Plan et les rapports d'experts régulièrement publiés ne sont pas antinomiques, ils ne sont pas articulés ensemble. On regrette que des représentants du groupe d'experts ne participent pas au pilotage du plan ce qui semblerait logique vu l'effet moteur de ces recommandations sur la collectivité soignante. La question de la clarification du positionnement de ce groupe d'experts à l'égard du ministère qui lui donne mission doit donc être posée.

In fine, plusieurs recommandations du groupe d'experts sont intégrées dans le projet de loi de santé et devraient donc produire leurs effets, avec quelque retard ; par ailleurs, en se fondant sur le rapport du Groupe d'experts sur la PrEp qui lui a été remis officiellement le 8 octobre, madame la ministre a annoncé le 23 novembre 2015 qu'elle était favorable à l'instauration d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) pour Truvada® en tant que PrEp (prophylaxie pré-exposition) au VIH, avec une prescription restreinte à des

praticiens spécialisés à l'hôpital et des centres de dépistage, les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (Cegidd).

Recommandations sur la prise en charge médicale

15. Maintenir la production régulière des rapports du groupe d'experts en raison de la réactivité et de la qualité de ces rapports et de leur reconnaissance importante par les professionnels.
16. Reconnaître une place importante à ce groupe dans le pilotage de l'action publique pour cette infection grâce une meilleure articulation avec les services du ministère de la santé.
17. Le traitement universel des personnes infectées dans les délais les plus courts nécessite que les formalités administratives d'accès à la couverture maladie et aux permis de séjour pour soins soient facilement accessibles et simplifiées pour en limiter les délais au minimum pour les populations les plus vulnérables.
18. Des efforts importants en matière de dépistage (cf. Axe 2) sont essentiels pour que le traitement universel le plus précoce possible devienne une réalité en France, maintenant que le rapport d'experts en a fait une priorité absolue.
19. L'augmentation avec le temps des comorbidités chez les patients VIH ainsi que leur vieillissement ne peuvent que donner dans l'avenir davantage d'importance au suivi des PVVIH par les médecins généralistes (hors VIH qui restera de la compétence du spécialiste hospitalier). Cette question devrait donc être reprise et des solutions satisfaisantes doivent être définies en accord avec les professionnels généralistes et spécialistes du VIH.

1.5 - Axe 4 - Prise en charge sociale et lutte contre les discriminations

L'objectif global de l'axe 4 était d'« **Améliorer les conditions de vie, la prise en charge sociale globale des PVVIH et lutter contre les discriminations dans le but d'optimiser l'adhésion au traitement et de réduire les prises de risques.** »

Les objectifs spécifiques correspondant étaient déclinés en cinq mesures :

- **Mesure 1 - Favoriser une prise en charge précoce et continue en améliorant les conditions d'hébergement et de logement.**
- **Mesure 2 - Faciliter l'accès, le maintien et le retour dans l'emploi et l'insertion professionnelle des personnes vivant avec le VIH-sida.**
- **Mesure 3 - Améliorer les réponses aux possibles situations de handicap ou de perte d'autonomie liées au VIH-sida.**
- **Mesure 4 - Réduire les inégalités d'accès aux soins et assurer à tous la qualité de la prise en charge globale permettant une inscription continue dans le soin.**
- **Mesure 5 - Permettre une prise en charge administrative de qualité pour les étrangers concernés par le VIH-sida-IST.**
- **Mesure 6 : éviter les ruptures dans les moments de vulnérabilité du parcours de vie.**

1.5.1 - Constats

➤ **Mesure 1 - Favoriser une prise en charge précoce et continue en améliorant les conditions d'hébergement et de logement**

Cette mesure a été abordée principalement à travers l'hébergement en appartement de coordination thérapeutique (ACT).

Le dispositif ACT associant hébergement et prise en charge médicale et sociale initialement dédié au VIH-sida a été élargi à toutes les pathologies. Il constitue une structure de transition vers un logement pérenne avec une santé stabilisée. Il a continué à croître pendant la période du plan (environ 2 100 places en 2014, dont 20 créées pour les sortants de prison). La DGS a mis sur pied un système de veille sur la base des rapports d'activité standardisés qui produira des résultats dans les années à venir.

Le dispositif ACT est toutefois embolisé par les difficultés de sortie liées au marché du logement. Concernant le logement pérenne, il n'est pas mentionné d'action marquante en plus du dispositif existant au cours de la période. Notons toutefois que le dispositif PILS (Plateforme inter-associative d'accès au logement) permet la transition vers le logement. Des solutions innovantes ont été mises en œuvre dans certains DOM. Certains acteurs soulignent la nécessité d'un dispositif intermédiaire (soit en termes de logement soit en termes d'accompagnement médical) répondant à des besoins sociaux chez des PVVIH fragiles qui ne relèvent pas du dispositif Handicap.

Les populations signalées dans le plan comme devant être particulièrement suivies sur cet aspect ont été l'objet d'un certain nombre d'actions, notamment les personnes transgenres, les PSP avec un recoupement entre ces deux catégories qui comportent une forte proportion d'étrangers/ères sans statut de séjour. La sensibilisation aux enjeux de santé auprès des ministères régaliens (Intérieur et Justice) a été entreprise mais n'est pas aboutie. Certaines mesures du plan, notamment pour les PSP victimes de violence liées à la traite, n'ont pas été mises en œuvre (notamment les commissions départementales et la reconnaissance du statut de victime aux personnes victimes de violence et la facilitation de leur régularisation).

➤ **Mesure 2 -Faciliter l'accès, le maintien et le retour dans l'emploi et l'insertion professionnelle et sociale des personnes PVVIH.**

Il est notable que cette mesure n'a donné lieu à aucune programmation dans les plans des cinq ARS étudiées dans le cadre de cette évaluation. De plus, elle ne figure pas dans les activités mentionnées par les associations. Le faible intérêt des acteurs pour la problématique de l'emploi, à l'exception notable de l'association Sidaction (qui avait mis en place une mission supprimée en 2014-15), la faible utilisation des dispositifs dédiés au handicap dans le champ du VIH, par méconnaissance ou par méfiance (RQTH, médecine du travail)¹⁸ et le contexte de crise de l'emploi sont sans doute sous-jacents à cette non mise en œuvre du plan alors même que les chiffres montrent l'augmentation du chômage chez les PVVIH (croisement VESPA et enquête emploi) et leur déficit d'insertion professionnelle.

➤ **Mesure 3 - Améliorer les réponses aux situations de handicap ou de perte d'autonomie liées au VIH-SIDA**

Cette question s'est révélée peu ou pas présente dans les programmes régionaux et les auditions des acteurs associatifs. Les données demandées auprès des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) (nombre de premières demandes et de renouvellement, délais de traitement des demandes) n'ont pas été obtenues dans les régions étudiées, où elles n'étaient pas disponibles et ne pouvaient être construites dans le temps imparti pour l'évaluation. Ce point a peu été abordé au cours des auditions. La survenue d'un handicap lié à la maladie VIH est moins fréquente étant donné l'amélioration des traitements et de leur efficacité mais des personnes ayant des comorbidités ou des séquelles d'affections liées au VIH continuent à relever des dispositifs Handicap. Il existe aujourd'hui une préoccupation autour du vieillissement des PVVIH/sida, liée au cumul des facteurs de risque, des séquelles ou effets de la maladie et de l'isolement social.

➤ **Mesure 4 - Réduire les inégalités d'accès aux soins et assurer une qualité de la prise en charge globale permettant une inscription continue dans le soin**

La réduction des inégalités sociales et territoriales et les besoins des populations marginalisées ou précaires sont au cœur des plans régionaux étudiés. Selon les options prises par les ARS, le VIH est l'objet d'un plan spécifique ou est inclus dans des plans plus larges (maladies chroniques, développement de l'éducation thérapeutique, conduites à risque chez les jeunes, réduction des inégalités sociales et territoriales, promotion du recours efficient aux soins ou autre). Le thème VIH peut aussi être décliné dans des plans populationnels concernant la population générale, les enfants, les adolescents jeunes et les personnes atteintes de maladies chroniques et dans le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps).

Dans les DOM, même si le VIH est parfois intégré à des approches plus larges (par exemple maladies chroniques), les thèmes de l'axe 4 sont considérés comme prioritaires (discrimination, étrangers, vieillissement, éducation thérapeutique). D'autres régions ont abordé la priorité VIH dans plusieurs chapitres de leur plan régional avec pour la prise en charge sociale, les ACT et dans le Praps (sur le volet dépistage). Cette structuration des plans et actions au niveau régional ne permet pas d'appréhender comment les objectifs du plan concernant les PVVIH sont concrètement mis en œuvre, ni avec quels résultats. Ceci n'exclut pas que ces mesures soient efficaces mais il n'y a pas de la visibilité des mesures concernant le VIH et il n'est pas possible d'en mesurer les effets.

¹⁸ Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts (sous la direction de Morlat P.). La Documentation française, 2013 ; chapitre 16 : 431-52. Disponible sur http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Morlat_2013_Mise_en_ligne.pdf (consulté le 6/01/2016).

La problématique du « droit commun », consistant à sortir les dispositifs verticaux VIH pour les inclure dans les services transversaux classiques, notamment sociaux, se heurte sans doute à un écart de « qualité » des prestations, de compréhension des enjeux que les formations des professionnels concernés étaient censés réduire. De telles formations ont été réalisées notamment par le Comité médical pour les exilés (Comede) pour des personnels sociaux et de santé dans certaines régions de métropole et d'outre-mer ; ailleurs, une formation juridique a été proposée aux travailleurs sociaux en charge des malades étrangers, et sous l'égide de la DGS, pour des personnels d'Etat relevant d'autres administrations.

➤ **Mesure 5 - Permettre une meilleure prise en charge administrative de qualité des étrangers concernés par le VIH-sida-IST**

Cette mesure est celle qui a occupé le plus toutes les structures interrogées, DGS, COREVIH, ARS, associations et équipes hospitalières en raison des atteintes au droit au séjour pour soins des étrangers malades. Le droit au séjour pour soins, institué dans le contexte du sida, est souvent remis en question par les acteurs politiques et son application soulève de nombreuses difficultés : dossiers de plus en plus complexes et coûteux à produire, conditions requises par les préfectures excessives eu égard aux droits, voire constitutives d'abus, mise en cause du principe du séjour en France en fonction de la disponibilité des traitements dans les pays d'origine. L'application de la réglementation est variable selon les régions générant des inégalités dénoncées par les acteurs associatifs. Cette problématique est particulièrement accentuée en Guyane, en Guadeloupe et à Saint-Martin avec des résultats préoccupants. Ces procédures placent de nombreuses personnes malades étrangères dans une situation d'incertitude et de précarité administrative et sociale (impossibilité par exemple d'obtenir des emplois en CDI). *In fine*, la très grande majorité des PVVIH étrangères (contre 100 % dans le passé) obtient ce droit au séjour, mais cette application des textes les laisse trop longtemps dans la précarité ; les cliniciens et les acteurs associatifs constatent les effets délétères de ces pratiques administratives sur la santé psychique des individus fragilisés par leur parcours migratoire et constatent aussi des interruptions de soins. Enfin, les procédures occupent un travail considérable des travailleurs sociaux des services hospitaliers et des associations au détriment d'autres missions avec un retentissement probable pour la collectivité et la santé publique. De plus, alors que la procédure d'instruction relève jusqu'à présent des médecins des ARS, permettant des interventions de la DGS dans certains dossiers, un projet de loi prévoit de transférer cette instruction à l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii). Cet enjeu inquiète les acteurs associatifs et médicaux, qui constatent l'incapacité d'une politique de santé à inclure le ministère de l'Intérieur et ses services dans l'application du plan national sur le VIH et redoutent une réelle mise en cause du droit au séjour pour soins. Les associations ont mis en place un observatoire qui recense les écarts à la loi.

Parallèlement à l'attention portée à la question des droits, de l'interprétariat et de la médiation, apparaissent les deux mesures phares de la DGS pour favoriser la prise en charge des étrangers. La disponibilité de l'Interprétariat au cours des visites VIH existe de longue date et a été poursuivie ou mise en œuvre dans les régions où elle n'existait pas. C'est une mesure utilisée principalement dans les services médicaux. Elle est relayée en région avec l'identification et le financement de services d'interprétariat.

La médiation sanitaire, forme d'accompagnement dans le parcours de santé et des aspects administratifs et sociaux qui lui sont associés, a été un programme promu par la DGS dans le passé (formation) puis laissé en déshérence. Ce n'est pas une fonction propre au VIH. Cette fonction existe et est financée dans les associations mais avec un statut et un financement fragiles. La reconnaissance de la médiation sanitaire est inscrite dans la loi de santé en cours d'examen au Parlement et devrait

donc désormais être reconnue comme élément constitutif des programmes/services médicaux (services de soins, associations, programme de dépistage) et mieux financée.

Dans un contexte où les étrangers représentent une part importante des personnes atteintes, où la maladie reste encore une rupture des parcours de vie mettant en cause l'insertion sociale, le rôle des travailleurs sociaux au sein des services est très important. Les dotations en personnel sont fragilisées avec des personnels parfois plus polyvalents (plusieurs services), moins impliqués dans une approche globale de la situation de la personne séropositive. Les cas complexes tendent à être renvoyés vers les associations. Des discriminations dans l'accès au traitement VIH sont rarement directes ou délibérées mais elles résultent des procédures administratives (lenteurs et obstacles de l'accord de l'AME et réticences des hôpitaux à entamer les soins avant l'accord alors que celui-ci est rétrospectif). Des discriminations sont signalées dans des services non VIH.

Il reste que la longue durée de la précarité administrative (2 à 3 années dans l'enquête « Parcours avant le premier titre de séjour ») fait obstacle à l'objectif annoncé concernant les malades étrangers.

➤ **Mesure 6 - Éviter les ruptures dans les moments de vulnérabilité du parcours de vie**

Cette mesure n'est pas réellement mise en avant par les ARS rencontrées dans le cadre de l'évaluation. Le financement des associations de personnes atteintes qui remplissent une mission de soutien sous des formes diverses, d'auto-support et d'éducation par les pairs existe mais n'est pas explicitement présenté comme orienté vers cet objectif. Cette mission est cependant partiellement assurée par ces petites associations, qui sont aujourd'hui fragilisées par les baisses de financement notamment des organismes hors du champ du sida.

L'activité dans le champ psycho-social est diffuse, mal reconnue, peu mise en valeur et non traduite en indicateurs. Pourtant elle est indispensable dans les moments de vulnérabilité, et elle requiert une coordination entre les services et les institutions (hôpital, association, services municipaux) qui n'existe pas actuellement. Cette absence de coordination peut conduire à l'échec de l'accompagnement des personnes vulnérables psychologiquement, qui échappent au système, trop complexe pour eux.

1.5.2 - Conclusions de l'Axe 4

L'infection VIH traitée est une maladie chronique à vie. Les malades les plus anciens subissent les effets sur leur santé de la période où les traitements étaient commencés tard dans la maladie, avaient des effets secondaires importants tandis que leur insertion sociale et personnelle a été marquée par le fait d'avoir appris leur maladie à une époque où elle était mortelle. Les personnes infectées à l'ère des multithérapies vont bien dans leur majorité et peuvent mener une vie normale. Elles affrontent cependant des discriminations sur la base de leur séropositivité, de leur orientation sexuelle ou de leur nationalité étrangère. Les étrangers se heurtent aux difficultés d'accès au droit au séjour et aux difficultés d'installation en France (étude Parcours¹⁹). Les études ont montré le handicap persistant des PVVIH à accéder ou à se maintenir sur le marché de l'emploi (Dray-Spira 2008, 2012 et Annequin, 2015²⁰) et la surreprésentation des personnes pauvres parmi elles par rapport à la population générale.

¹⁹ Desgrées du Loû A, *et al.* Is hardship during migration a determinant of HIV infection? Results from the ANRS PARCOURS study of sub-Saharan African migrants in France, AIDS, 2015.

Desgrées du Loû A, *et al.* Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013, Eurosurveillance, novembre 2015.

²⁰ Dray-Spira R, *et al.* Disease severity, self-reported experience of workplace discrimination and employment loss during the course of chronic HIV disease: differences according to gender and education. *Occup Environ Med.* 2008; 65(2): 112-19.

Depuis le début de l'épidémie, les associations de personnes atteintes ont interpellé les autorités et la société plus largement sur ces phénomènes et mené des combats contre les formes institutionnelles ou légales de discrimination. Les campagnes nationales ont régulièrement porté sur cette dimension.

Le PNLS a, à juste titre, reconnu un caractère prioritaire, porté par l'axe 5, à la lutte contre ces discriminations.

Ces constats anciens ont donné lieu depuis 2010 à l'adjonction d'un chapitre « conditions de vie pour le succès thérapeutique » dans les recommandations nationales de prise en charge (rapport Yéni 2010, rapport Morlat 2013). Ce chapitre porte sur un champ très large des problématiques à traiter et des dispositifs à mobiliser et à améliorer pour que les personnes atteintes vivent au mieux avec une infection chronique stabilisée par le traitement ARV. Des éléments précis proposent des voies pour améliorer l'insertion sociale en s'appuyant sur les associations, des services dédiés et des dispositifs de droit commun.

L'évaluation a fait ressortir dans le champ du social deux éléments majeurs :

- la question des étrangers malades et les difficultés accrues pour la délivrance des autorisations de séjour pour soins ;
- l'affaiblissement du tissu associatif résultant d'une baisse des financements.

➤ **Contribution du plan à l'atteinte des objectifs**

La dimension sociale du plan apparaît à la fois dispersée et segmentée dans sa mise en œuvre. Elle peut être présente de façon diffuse car elle relève aussi souvent de services de droit commun. Cela ne signifie pas qu'il n'y a pas d'activité, d'actions ou de réflexion sur les questions de la prise en charge sociale et de la lutte contre la discrimination des PVVIH, mais ce qui était un axe et donc une priorité du plan n'est pas toujours porté comme tel dans les politiques régionales et manque ainsi, sinon de réalisations, du moins de visibilité. Les associations, selon leur objet et les projets qu'elles développent, ont pour beaucoup des activités dans ce domaine, dépendant du contexte général ou de services extérieurs aux services de santé, nombreux et dispersés.

Le défenseur des droits, qui est l'autorité en charge de la lutte contre les discriminations, inclut la discrimination pour raison de santé mais sans focus sur une maladie particulière. Les recours liés au VIH ne sont pas répertoriés en tant que tels (pour cause évidente de confidentialité) mais ils sont, dans les faits, connus et très peu fréquents. La lutte contre les discriminations n'est pas portée au niveau régional ou local.

Tous les acteurs rencontrés sont fortement préoccupés par l'application du droit au séjour pour soins pour les étrangers, aujourd'hui fragilisé par les pratiques des services du ministère de l'Intérieur et le peu de poids des stratégies de santé auprès de ses services. De plus, la coupure imposée entre le national et le régional dans l'organisation de la santé publique en France, alors que la procédure est instruite par les médecins des ARS, n'a pas facilité le traitement de cette question sensible. Le transfert de l'instruction des dossiers à l'Ofii suscite une forte inquiétude même si elle pourrait donner lieu à moins de disparité dans le traitement des dossiers et, relevant du service médical, resterait soumise aux règles déontologiques de la profession médicale.

De façon générale, on ne dispose pas d'une vision complète des engagements de l'Etat (budget santé et budget social), de ceux des collectivités territoriales et des fonds privés collectés directement par les associations ou redistribués par Sidaction

Dray-Spira R, *et al.* Socioeconomic differences in the impact of HIV infection on workforce participation in France in the era of highly active antiretroviral therapy. *Am J Public Health.* 2007; 97(3): 552-58.

Annequin M, *et al.* Has the employment status of people living with HIV changed since the early 2000s? *AIDS.* 2015; 29(12): 1537-47.

notamment. Il n'est donc pas possible d'avoir une vision complète de la mise en œuvre des mesures de l'axe 4.

➤ ***Pertinence des mesures et de leur mise en œuvre***

La coordination entre Etat et région, entre ARS et COREVIH est loin d'être optimale et l'action sociale, qui appelle des collaborations extérieures toujours difficiles, en souffre particulièrement.

Toutefois, les mesures ont été partiellement mises en œuvre, surtout quand elles se sont appuyées sur un dispositif spécifique, décrit par le plan et relevant de la sphère du ministère de la Santé : organisation des services hospitaliers, financement d'associations de personnes atteintes fournissant des services sociaux ou organisant des actions de solidarité, appui à de l'éducation thérapeutique, dispositif ACT, etc.

La mise en œuvre est en revanche incomplète pour les autres mesures qui reposent ou appellent une collaboration avec d'autres secteurs (les services sociaux généralistes ou les autres ministères).

Le positionnement par les ARS des actions VIH dans des plans généralistes par population ou sur les maladies chroniques permet plus difficilement encore le suivi des actions bénéficiant aux personnes séropositives. L'information réunie au cours de l'évaluation n'a pas permis d'avoir accès aux priorités, aux dispositifs mis en place et aux éventuels résultats pour savoir si la dissolution d'une approche spécialisée VIH dans des approches généralistes a eu ou non des effets délétères ou positifs, au bénéfice ou au détriment de quelle cible. En tout état de cause, quelle que soit l'approche favorisée par l'ARS, les besoins des PVVIH (beaucoup d'étrangers, beaucoup de précarité et de pauvreté, un fort niveau de stigmatisation) imposent qu'ils soient pensés et construits en termes d'intervention efficace fût-elle généraliste.

➤ ***Le plan, cadre de référence pour les acteurs***

S'agissant de l'aspect social et de la lutte contre les discriminations, le plan apparaît plus comme une sorte de « carte » dans laquelle chaque structure s'appuie pour justifier ses décisions ou ses actions que comme un cadre d'analyse des situations régionales et dont les résultats justifient ou non la mise en œuvre des actions proposées par le plan.

Il est paradoxal que, s'agissant d'une maladie chronique à vie qui survient chez des adultes jeunes, les acteurs ne s'attachent pas davantage à s'assurer que les dispositifs sociaux fonctionnent correctement, que les mesures nouvelles identifiées au niveau national comme nécessaires soient effectivement mises en œuvre et que les points noirs identifiés par le plan soient traités.

Recommandations sur la prise en charge sociale et la lutte contre les discriminations

20. Poursuivre les efforts d'inclusion sociale des PVVIH : demander aux ARS d'envisager de façon systématique dans leurs plans régionaux les mesures assurant l'insertion sociale des personnes atteintes de l'infection VIH sur le plan de l'accès aux droits, de l'insertion professionnelle et des conditions de vie décentes.
21. Soutenir une forte composante sociale dans la prise en charge des PVVIH incluant 1) la présence de travailleurs sociaux au sein des équipes spécialisées, formées aux difficultés psychiques que peuvent rencontrer les patients du fait de leur maladie et/ou de leur parcours (traumatismes liés à la migration ou au rejet de l'orientation sexuelle) et 2) le soutien aux structures et associations qui accompagnent les PVVIH.
22. Sécuriser le permis de séjour pour soins des malades étrangers dans la législation française, son application complète et homogène sur le territoire, créer les conditions juridiques pour passer de ce statut précaire (autorisation de séjour d'un an) à un statut pérenne seul à même de répondre à l'objectif d'une insertion sociale des étrangers infectés par le VIH.
23. Promouvoir l'inclusion des populations LGBT à côté de la lutte contre les discriminations fondées sur le genre, l'orientation sexuelle ou la séropositivité.
24. Les recommandations ci-dessus sont de première importance dans tous les DOM où la précarité, la pauvreté et les discriminations sont particulièrement marquées, et pour la Guyane, la Guadeloupe, Saint-Martin et sans doute Mayotte pour ce qui a trait à l'accès aux soins et aux droits des étrangers.

1.6 - Axe 5 - Recherche et observation

L'axe 5 visait, pour la recherche, à « **Poursuivre l'important effort de recherche et de surveillance entrepris en France depuis le début de l'épidémie en l'adaptant aux nouvelles réalités de la maladie dans la société** » et, pour l'observation, à « **maintenir un haut niveau de surveillance épidémiologique, améliorer l'observation épidémiologique et socio-comportementale de la population générale et de populations vulnérable** ».

Les objectifs spécifiques étaient les suivants :

- **Mesure 1 - Poursuivre l'activité autonome de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS).**
- **Mesure 2 - Améliorer et renforcer les connaissances sur les comportements et la recherche épidémiologique en soutenant le travail des Agences et instituts de surveillance et de recherche concernés.**
- **Mesure 3 - Maintenir un haut niveau de surveillance épidémiologique sur VIH-sida -IST.**

1.6.1 - Constats

- **Mesure 1 - Poursuivre l'activité autonome de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS).**

L'ANRS est la seule agence, en France, qui joue à la fois le rôle d'opérateur, de coordinateur et de financeur (budget annuel de 40 M€) dans le champ de la recherche. Celle-ci définit ses propres priorités et ses champs d'intervention « en toute liberté ». Pour cela elle met en œuvre :

- 1) une approche dans laquelle elle s'entoure, via le dispositif des actions coordonnées²¹, d'experts de très haut niveau dans l'ensemble des champs du VIH, ce qui lui permet d'avoir connaissance des nouvelles réalités du VIH-sida dans la société ainsi qu'au plan international (priorités internationales et questions stratégiques OMS) et de faire émerger des projets adaptés à celles-ci ;
- 2) une approche « bottom-up », via deux appels à projets blancs par an permettant de favoriser une recherche innovante, notamment dans le champ fondamental. *In fine*, cette double approche permet à l'agence de construire une stratégie en adéquation avec les enjeux de santé publique et leur évolution.

Cette stratégie est déclinée par l'agence dans quatre principaux domaines de recherche relatifs à l'infection VIH et aux hépatites : la recherche fondamentale, la recherche vaccinale, la recherche clinique et la recherche dans les pays en développement. De fait, cette stratégie couvre les domaines pointés par le plan mais les travaux de recherche coordonnés par l'ANRS vont bien au-delà du plan.

- **Mesure 2 - Améliorer et renforcer les connaissances sur les comportements et la recherche épidémiologique en soutenant le travail des agences et instituts de surveillance et de recherche concernés.**

Les programmes de recherche en sciences humaines et sociales (SHS) sont, de longue date, une priorité affichée de l'ANRS. Ils représentent aujourd'hui 11 % de son budget total. Une cinquantaine de projets SHS ont ainsi été financés sur la

²¹ L'ANRS s'appuie sur des groupes d'experts réunis au sein d'actions coordonnées (AC) mises en place sur des questions de recherche jugées prioritaires qui ont pour fonction de programmer, d'animer et de piloter la recherche qui relève de leur domaine. Des groupes de travail thématiques viennent compléter ce dispositif.

période 2008-2015. Certains de ces projets récents ont porté sur des populations spécifiquement visées par le plan :

- l'essai ANRS Ipergay (Intervention préventive de l'exposition aux risques avec et pour les Gays) ;
- l'enquête ANRS VESPA2 (VIH : enquête sur les personnes atteintes, notamment dans les DOM, chez les femmes et chez les migrants d'Afrique sub-saharienne) ;
- l'étude ANRS PARCOURS (« Parcours de vie, VIH et hépatite B chez les migrants africains vivant en Ile-de-France ») ;
- ou l'étude ANRS AERLI (Accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection).

En matière de diffusion des savoirs et de médiation scientifique, la politique de l'ANRS repose sur la valorisation de la production scientifique des équipes de recherches soutenues par l'agence. Les principaux publics cibles sont la communauté nationale et internationale de recherche sur le VIH-sida et les hépatites virales, les associations de patients et les médias. L'objectif général est de faire valoir l'excellence de la recherche française dans ce domaine et de mettre en avant les possibles applications et retombées pour la santé publique. Dans une situation internationale de relative démobilité dans le champ du VIH-sida, l'objectif est également de contribuer à maintenir la mobilisation des pouvoirs publics sur l'importance de la recherche nécessaire aux avancées sur la prévention et sur la prise en charge et *in fine* au contrôle de l'épidémie.

Concernant les liens entre recherche et décision, l'articulation avec le niveau décisionnel du ministère chargé de la Santé se fait via la DGS qui siège au conseil d'orientation de l'ANRS, en tant qu'observateur au comité d'appel d'offre et participe à plusieurs Actions concertées dans lesquelles siègent également les agences en charge de la surveillance et de l'observation (InVS, INPES). L'ANRS est par ailleurs membre du comité de pilotage du plan. Les outils sont donc en place pour favoriser un transfert réactif et approprié des connaissances vers la décision (« Evidence-based »), mais il existe de réelles marges de progrès quant à l'effectivité de cette transmission.

➤ **Mesure 3 - Maintenir un haut niveau de surveillance épidémiologique sur le VIH/sida -IST.**

Le plan préconisait de poursuivre l'important effort de surveillance entrepris en France depuis le début de l'épidémie en l'adaptant aux nouvelles réalités de la maladie dans la société.

En matière de surveillance, même si globalement, le plan a peu influencé les dispositifs animés de longue date de manière pérenne par l'InVS (déclaration obligatoire du VIH/sida et réseaux de surveillance des IST), il a certainement participé à éviter un désengagement de l'InVS et de l'INPES sur la problématique VIH-sida (notamment les études sur les comportements et les prises de risque) et permis le maintien des outils de mesure d'impact. L'InVS et l'INPES ont ainsi maintenu leur engagement dans ce domaine et ont conduit des études dans des populations les plus concernées par l'épidémie (hommes et femmes homosexuels, migrants d'Afrique sub-saharienne, PSP, usagers de drogues), certaines populations restant encore insuffisamment étudiées (migrants originaires d'autres zones que l'Afrique sub-saharienne, hétérosexuels multipartenaires...). Cependant, la question reste posée de la périodicité de la réalisation de ces études au vu de l'évolution rapide et probablement importante de l'épidémie dans certains groupes à risque et de la dynamique des évolutions comportementales (enquêtes plus réactives, plus fréquentes, plus « légères »).

Pour autant, si les données de surveillance relatives au dépistage de l'infection par le VIH ont été actualisées pour 2014, le 23 novembre 2015, celles relatives à

l'incidence du VIH ne le sont, à ce jour, que jusqu'à 2012. En effet, la déclaration obligatoire (DO) VIH nécessite un important travail de redressement des données pour tenir compte de la sous-déclaration, des délais de déclaration et des données manquantes, d'autant plus difficile à réaliser que la taille des populations est petite (niveau régional ou DOM) ou que les délais de transmission sont irréguliers. Pour y pallier, l'InVS a élaboré un projet de télé-déclaration DO VIH-sida avec comme objectifs de simplifier le circuit de la déclaration, de renforcer l'adhésion des professionnels de santé, de réduire les délais de transmission des déclarations, de réduire la charge de travail lié au traitement manuel des fiches papiers, de disposer d'une traçabilité et de maintenir la sécurité des données. Le dépôt du dossier Cnil a été réalisé en décembre 2014, mais l'avis favorable de la Cnil n'a été rendu qu'en octobre 2015. Le déploiement de ce nouveau dispositif est en cours fin 2015 dans deux sites pilote (Guyane et un COREVIH en IDF), suivi d'une généralisation en 2016.

Un important travail a été réalisé sur les données d'incidence, notamment dans le cadre de l'action coordonnée ANRS-AC23 « *Dynamique des épidémies VIH, VHC, VHB* » au sein de laquelle trois groupes de travail ont mis au point des modèles d'estimation de la situation épidémiologique permettant de mieux suivre les politiques publiques relatives à l'infection VIH²². L'InVS devrait être en mesure de produire des estimations plus régulières à partir de la fin 2017. Au-delà du suivi des politiques, un travail de modélisation prospective serait à mener pour proposer des scénarii permettant aux pouvoirs publics de retenir à l'avenir des objectifs quantifiés réalistes et appropriés.

Concernant les données hospitalières (base de données FHDH), le système est fragile car encore insuffisamment structuré (problème d'interopérabilité des systèmes d'information hospitaliers), reposant sur la bonne volonté des acteurs (pas d'obligation de transmission) et le financement des COREVIH (via les postes de techniciens d'études cliniques).

Enfin, des données actualisées de mortalité font également défaut pour en estimer l'évolution au cours de la période couverte par le plan (la dernière estimation disponible remonte à 2010). Cependant, les données issues de la FHDH indiquent que la tendance à la baisse observée depuis le début des années 2000 se poursuit.

Concernant la diffusion des résultats issus des données d'observation et de surveillance, ceux-ci sont régulièrement relayés auprès des associations, des professionnels (COREVIH) et des autorités régionales de santé (ARS). Cependant, la mise en perspective décisionnelle de ces données et leur traduction opérationnelle dans les politiques publiques restent insuffisantes, et ce malgré les relations étroites qui existent entre la DGS, l'InVS, l'INPES et l'ANRS (cf. plus haut).

Dans les DOM, le plan préconisait d'améliorer le recueil des données épidémiologiques (en termes d'exhaustivité, de qualité et de délai de la déclaration) afin de disposer à terme d'une estimation d'incidence du VIH dans les DOM. Depuis 2010, le plan a permis le lancement des études et des enquêtes quantitatives et qualitatives prévues : KAPB, baromètre santé de l'INPES étendu aux DOM, actualisation des données sur les conditions de vie (VESPA), recherches-action sur la prostitution en Guadeloupe, Guyane, Mayotte et la Réunion, projet INTERREG IV. En Guyane, l'ANRS a mis en place un groupe de recherche spécifique pour mieux documenter la situation épidémiologique et être en mesure de disposer de données pour décrire la cascade spécifique de la prise en charge. L'épidémie en

²² L'AC23 initie des recherches associant des biologistes, des épidémiologistes et des biostatisticiens pour mettre au point de nouvelles méthodologies d'estimation de la situation épidémiologique. L'objectif est de déterminer les conditions réalistes du contrôle des épidémies de VIH et hépatites au Nord et au Sud, et réfléchir aux meilleurs indicateurs de suivi des politiques publiques relatives à l'infection à VIH.

Guyane pose en effet de nombreuses questions quant à sa dynamique (forte proportion de personnes étrangères parmi les personnes infectées, nombreux perdus de vue, nombreux diagnostics tardifs, traitements mal contrôlés...) et nécessite de mettre en place des programmes de recherche interventionnelle. Cependant, le manque de masse critique en chercheurs (malgré l'existence d'un Centre d'investigation clinique et la nomination de PU-PH en Guyane et aux Antilles et la nomination de praticiens hospitalo-universitaires) et le turn-over des autorités sanitaires régionales constituent des facteurs limitants majeurs. L'enjeu de ces études consistera surtout à accompagner les acteurs de la prévention à s'en emparer pour cibler et adapter les actions préventives, à l'instar de l'étude CAP en Guyane (« Etude prostitution ») qui a été utilisée comme un outil d'aide à la stratégie en matière de ciblage des populations. On peut néanmoins regretter le manque de données portant sur les autres IST incluant les hépatites.

1.6.2 - Conclusions de l'Axe 5

➤ Concernant la recherche

Le plan gouvernemental et les plans précédents ont permis de maintenir au cours du temps la problématique VIH comme un enjeu majeur de recherche et de légitimer les équipes de recherche travaillant sur le VIH-sida. En ce sens, le plan a été véritablement politique et efficace. Concernant les mesures de l'axe recherche, celles-ci étaient pertinentes et cohérentes avec la stratégie scientifique portée par l'ANRS et réciproquement.

➤ Concernant la surveillance et l'observation

Même si globalement, le plan a peu influencé les activités pérennes de surveillance épidémiologique, il a contribué à leur indispensable maintien ainsi qu'au renforcement des dispositifs d'observation et des outils de mesure d'impact. En ce sens, le plan peut être qualifié de pertinent, cohérent et efficace. Cependant, les données sont encore incomplètes et produites avec un délai qui pourrait être réduit.

➤ Dans les DOM

Le plan a rempli son rôle quant au renforcement des connaissances sur la situation épidémiologique et l'évolution des comportements sexuels dans les DFA et à leur élargissement à l'Océan indien.

➤ Concernant la diffusion des connaissances et leur traduction dans les politiques publiques

L'ANRS, l'InVS et l'INPES entretiennent des relations étroites via : i) des dispositifs institutionnels d'articulation; ii) le mécanisme des Actions coordonnées de l'ANRS ; iii) des groupes de travail *ad hoc* ; iv) ou des projets cofinancés. Cette proximité entre institutions, chercheurs et associations (très présentes au sein de l'ANRS) permet de générer des projets de recherche, des programmes de surveillance et des études qui « collent » aux réalités et aux enjeux de santé publique du VIH-sida. Cependant, malgré la participation de la DGS à la plupart des dispositifs, une meilleure prise en compte de ces résultats et surtout une plus grande réactivité dans l'adaptation des politiques publiques est nécessaire ; le comité de suivi du plan n'ayant pas joué ce rôle. En ce sens, l'impact du plan sur l'évolution et l'adaptation des politiques publiques aux nouvelles connaissances et réalités issues de la recherche/surveillance/observation du VIH-sida peut être qualifié d'insuffisant ou pour le moins d'insuffisamment réactif.

Recommandations sur la surveillance et l'observation

25. Maintenir l'activité autonome de l'Agence nationale de recherches (ANRS) sur le sida et les hépatites virales.
26. Développer des travaux de modélisation prospective afin d'être en mesure de proposer des objectifs stratégiques quantifiés fondés sur des hypothèses réalistes et explicites, et d'estimer le potentiel des diverses stratégies envisageables.
27. La nouvelle agence nationale de santé publique (Santé publique France) devra poursuivre le renforcement de la surveillance épidémiologique du VIH-sida ainsi que celui de l'observation socio-comportementale de la population générale (hétérosexuelle) et des populations vulnérables (migrants, HSH). Dans le contexte du dépistage élargi (Axe 2), du traitement universel précoce (Axe 3) et de la prévention combinée incluant la PrEP (Axe 1), elle devra veiller également à ce que les acteurs disposent de données plus régulières, à échéance plus courte et, le cas échéant, de nature à orienter les actions.
28. Concevoir et mettre en place un système de surveillance des IST apte à suivre les évolutions épidémiologiques, à éclairer au mieux et à évaluer les stratégies de prévention et de prise en charge de la population générale et des populations cibles.
29. Poursuivre et renforcer l'effort de recherche, de surveillance et d'observation dans les DOM.
30. Intégrer de manière réactive les nouvelles connaissances dans les politiques publiques pour mieux contrôler l'épidémie.

2 - Rôle joué par les plans dans ces évolutions et dans la mobilisation des acteurs, compte tenu notamment des modifications du contexte institutionnel

2.1 - Le plan a montré sa pertinence en tant que document d'orientation de l'action publique

Le PNLIS, rédigé sur la base d'une vaste concertation avec les acteurs, a permis d'aboutir à un document globalement consensuel, affichant des priorités nationales assorties d'un accompagnement financier. Il a pris en compte, dans sa conception, l'état des connaissances issues de la recherche, de la surveillance, de l'observation et de l'expertise comme des expériences de terrain²³. A l'issue du plan, tous les acteurs rencontrés témoignent de la permanence de ce consensus sur le document. Cette permanence confère au PNLIS une légitimité certaine.

Cependant :

- plan du ministère de la Santé, le PNLIS ne s'imposait pas aux autres départements ministériels qui sont restés en arrière de la main bien qu'ayant été associés aux travaux préparatoires du plan et participant au Comité de pilotage restreint comme au CNS ;
- plan national, il ne s'imposait pas aux ARS qui sont maîtresses de leurs orientations stratégiques ;
- plan VIH-IST, il paraît n'avoir joué son rôle d'orientation de l'action publique que dans le domaine du VIH, la question des IST étant restée non traitée alors même qu'une recrudescence des infections était signalée.

Lors de cette évaluation, le HCSP a pu constater l'appréciation positive accordée très généralement au plan par l'ensemble des acteurs du VIH, du fait de son caractère très complet, de la clarté de ses orientations ainsi que de la précision de son organisation par axe et par population cible, comportant systématiquement la désignation du ou des pilotes, un échancier et des indicateurs de résultat.

Le plan a ainsi représenté, tout au long de son exécution, un cadrage transparent de la programmation du ministère chargé de la Santé. Pour les décideurs locaux (ARS, collectivités locales), le plan a pu constituer aussi, selon les contextes, un cadre de référence pour définir leurs orientations stratégiques ou opérationnelles ; pour les associations locales ou œuvrant au niveau local, il a pu fournir des arguments de négociation voire un levier lors de la recherche de reconnaissance et /ou de subventions.

Le plan a permis également, selon les acteurs entendus, de clarifier et de préciser la répartition des rôles entre acteurs, évitant ainsi sur le terrain d'éventuels conflits ou chevauchements de compétences.

Si l'inscription dans le plan n'a pas impliqué une certitude de financement pour les acteurs, elle a donné en tout état de cause aux acteurs une garantie que l'action à mener soit prise en considération.

2.2 Le pilotage du plan n'a pas permis les ajustements qui auraient été nécessaires

S'il a exprimé clairement une ligne directrice, le plan a constitué aussi un document « figé ». Rédigé une fois pour toutes, il n'a pas été capable d'intégrer ensuite les évolutions de la connaissance ou de la pratique intervenues durant les quatre années de son déroulement.

Le pilotage du plan s'est appuyé sur le Comité de suivi national (CSN), une instance gouvernée par la DGS associant, avec les représentants des autres directions de

²³ Les recommandations de la HAS sur les stratégies de dépistage, le rapport de la mission Lert-Pialoux sur les nouvelles méthodes de prévention, le rapport 2010 du groupe d'experts dirigé par le Pr P. Yeni, le rapport de la Cour des comptes sur la politique nationale de lutte contre le sida ainsi que les différents avis du Conseil national du sida.

l'administration centrale de la santé et les autres départements ministériels concernés (formant entre eux le Comité de pilotage restreint), les associations et les professionnels, désignés par le DGS ; le Comité de suivi national réunissait deux fois par an au total 26 membres de droit, soit plus de soixante personnes dont une quarantaine étaient présentes lors de chaque réunion.

Conçu comme un « *espace de concertation et de facilitation de la mise en œuvre du Plan* », il appartenait au CSN, sur la base de l'analyse de l'état d'avancement rendu possible par le tableau de bord de suivi des actions présenté par la DGS, de « *proposer des ajustements* » du plan en cours d'exécution.

A cet égard, si l'assiduité de très nombreux membres du Comité de suivi national peut être considérée comme témoignant de la pertinence de cette instance, au moins du point de vue des rencontres d'acteurs et de la circulation de l'information, on ne peut que constater, à la suite du Conseil national du sida, que le Comité de suivi national n'a pas permis que soient réalisés en cours de plan les ajustements qui auraient été nécessaires.

En effet :

Le fait que les membres du CSN aient été désignés par le DGS parmi ses partenaires les plus assidus, qui sont aussi ceux qui ont été associés étroitement à la rédaction du plan, pose la question de la représentativité d'une instance à la fois prescriptrice, évaluatrice et bénéficiaire du plan et de sa capacité à intégrer des orientations nouvelles. Certains acteurs auditionnés ont ainsi déploré un manque de transparence, voire l'existence de « filières d'accès » au détriment d'acteurs nouveaux et/ou moins influents que les autres dans un domaine où les références historiques sont importantes.

Instance nombreuse malgré des exclus de poids (tels les membres du Comité d'experts), le Comité de suivi national a aussi été décrit par certains acteurs auditionnés comme « *pléthorique* », une « *arène* », « *énorme, gigantesque* » ; une « *chambre de doléance* », avec un « *fonctionnement administratif* », traitant au cours de réunions marathons un très grand nombre de sujets, laissant peu de place au débat...

Par ailleurs, les directions de l'administration de la santé autres que la DGOS et la DGS ont, malgré leur participation au CSN, insuffisamment coopéré et moins encore les autres départements ministériels (Education nationale, Justice, Intérieur) dont le rôle est pourtant clé pour les publics cibles.

Si les travaux du Comité de suivi national pouvaient s'appuyer sur les données du tableau de bord mis à jour par la DGS pour chaque réunion, celui-ci se heurtait cependant à de sérieuses limites : faible pertinence et robustesse de certains indicateurs, opacité du financement et de la réalisation budgétaire des actions, difficultés de la remontée de certaines informations. Ces écueils ont été largement documentés dans l'avis du CNS. Cependant, ces critiques n'ont pas conduit à la remise en question du tableau de bord (en lien, peut-on penser avec la proximité entre la date de la publication de l'avis du CNS et l'échéance du plan).

En particulier l'absence de système d'information opérationnel entre les ARS et l'administration centrale et l'absence de remontée systématique des informations collectées des COREVIH ont limité la visibilité pour le CSN des actions menées dans les régions ; ainsi, aujourd'hui, l'Etat a la possibilité de suivre l'évolution des financements publics mais n'est pas en mesure de connaître précisément les actions développées sur le terrain.

Enfin, aucun dispositif permettant en cours de plan d'intégrer les recommandations des experts ou les résultats de la recherche n'avait été prévu. Si l'ANRS est membre du CSN (de même que la DGS est membre du CA de l'ANRS), elle n'y a pas de poids particulier ; le Groupe d'experts (Pr Morlat) dont les recommandations sont particulièrement significatives pour les acteurs du soin mais également pour les associations, n'était pas membre du CSN et ses membres, en outre, n'ont participé à aucun groupe de travail institutionnel.

Le format des réunions n'a ainsi permis ni redéfinition de priorités, ni prise de position commune qui aurait permis, le cas échéant, à la DGS de réorienter certaines orientations ou actions comme la mise en place du dépistage ciblé ; de la prévention combinée, ou l'extension de l'expérimentation Chlamyweb.

Au niveau national, la gouvernance du plan a relevé de la DGS. Celle-ci était, au sein du ministère de la Santé, à la fois coordinateur de l'ensemble des acteurs et pilote de la très grande majorité des actions, en lien pour l'axe 3 avec la DGOS.

Alors même que les acteurs auditionnés ont décrit, tout en soulignant son intérêt par ailleurs, la relative inefficacité du CSN du point de vue stratégique et opérationnel, ils ont mis en avant l'efficacité du travail avec les équipes dédiées de la DGS : groupes techniques thématiques ou populationnels, échanges bilatéraux réguliers ou ponctuels facilitant la mise en œuvre des actions dont la DGS est pilote. Tout en regrettant l'absence d'un « point focal » interministériel unique VIH-IST, les auditionnés soulignent l'accessibilité des référents thématiques de la DGS et leur motivation, la « *qualité du réseau institutionnel et sa stabilité dans le temps* » permettant dans la durée un travail à la fois informel et formel.

Cependant, le HCSP a eu à plusieurs reprises l'occasion de relever la faiblesse des moyens humains dont dispose la DGS pour traiter des grandes questions de santé publique, le contexte récurrent de réorganisation propre à désorganiser l'action publique, la réduction des moyens des opérateurs et particulièrement de l'INPES, chargé de la prévention et de la communication (cependant, durant la période de déroulement du plan, le montant des subventions des actions nationales ou visant des populations prioritaires en soutien aux acteurs de la prévention est resté stable).

2.3 - Un plan national qui ne se traduit pas nécessairement dans les plans régionaux de santé

L'évolution du contexte entre 2010 et 2014 impactant la réalisation du Plan VIH-IST a comporté notamment :

- l'accroissement des contraintes financières pesant sur les budgets publics, en lien avec la politique de réduction des déficits publics ;
- le durcissement des politiques de l'immigration ;
- l'apparition, aux côtés du VIH, d'autres priorités de santé publique : obésité, diabète, cancer... ;
- l'accroissement des inégalités sociales de santé ;
- la territorialisation de l'action publique de santé et la mise en place des ARS.

La mise en place des ARS s'est traduite par la rupture du lien hiérarchique entre la DGS et l'administration déconcentrée. Elle a eu pour la mise en œuvre du plan, des conséquences importantes. En effet, chaque ARS est en situation, dans le cadre du Plan régional de santé (PRS), de définir ses propres priorités de santé publique et ses partenariats, en fonction tant de l'épidémiologie régionale que des autres éléments de contexte spécifiques à la région. A la recherche d'une cohérence nationale, la DGS a procédé deux fois par an à la réunion des référents VIH des ARS. Il ne s'agissait cependant que de réunions d'information et d'échange alors que l'importance du *turn over* des référents dans les régions permet difficilement la construction d'une doctrine commune. Au niveau régional, ce *turn over* élevé des référents VIH, chargés de ce dossier parmi d'autres, ne favorise pas non plus la visibilité de l'action publique.

Ainsi, les priorités du PNL, comme celles des autres plans de santé publique, ne se reflètent pas nécessairement dans les plans des ARS. Le plan national a pu en revanche éclairer les décideurs régionaux sur les orientations de la programmation nationale, validées par l'ampleur de la concertation qui y précédé. On peut considérer que c'est désormais son rôle dans les régions.

L'étude auprès de cinq régions (IDF, Aquitaine, Alsace, PACA, DOM) à laquelle il a été procédé dans le cadre de cette étude a montré :

- l'hétérogénéité du traitement de la thématique du VIH selon la région (au titre de la santé sexuelle ou en tant que maladie chronique, en tant qu'élément de la stratégie de prévention envers les jeunes ou les publics vulnérables...) ;
- des différences dans la définition des priorités (autres pathologies : obésité, diabète, cancer..., autres cibles : personnes âgées, handicapés...) et dans l'organisation des partenariats, notamment le rôle de coordination du COREVIH ;
- le rôle important des contextes régionaux et du facteur humain ;
- ainsi que le poids sur les décisions de la diminution des moyens de l'action publique.

Cette diversité n'a pas remis en cause l'intérêt d'un document national de référence, décrivant de grandes orientations et proposant un cadre aux approches de terrain dont les ARS doivent s'emparer. Si la légitimité de l'adaptation par les ARS de leur schéma de prévention aux problématiques régionales n'est pas en question, cela pose la question de l'efficacité d'un plan national entrant dans le détail des actions et de leur réalisation, alors même qu'il n'en maîtrise pas la mise en œuvre.

2.4 - Pertinence et efficacité d'un plan spécifique outre-mer

L'évaluation du PNL VIH-IST d'octobre 2012 en direction des populations d'outre-mer a apporté les conclusions suivantes :

- *« Un plan pertinent constituant un cadre structurant qui s'intègre dans des stratégies régionales ayant majoritairement retenu une approche plus large (maladies chroniques, santé sexuelle) ;*
- *Une gouvernance bien assise en Guyane, en Martinique et à la Réunion, des difficultés ponctuelles dans certaines régions ;*
- *Un pilotage et un suivi à renforcer pour le Plan DOM, en concertation avec les acteurs locaux ;*
- *Intérêt d'un axe de coopération régionale permettant de faire émerger des particularités des DOM en les situant dans leurs espaces géopolitiques qui les singularise des autres régions métropolitaines. »*

L'étude de terrain à laquelle il a été procédé en 2015 dans le cadre de l'évaluation du HCSP a montré que d'importantes évolutions avaient pu se produire, notamment en Guadeloupe, permettant une gouvernance plus claire et une coopération plus opérationnelle entre acteurs sur le terrain.

Pour le HCSP, dans le cadre d'une stratégie globale de la santé outremer, le maintien d'une stratégie spécifique concernant le VIH et les IST reste pertinent et indispensable pour les raisons suivantes :

- importance de l'épidémie régionale ;
- enjeux sanitaires d'une maladie infectieuse liés à la complexité géopolitique régionale et aux déplacements de population rendant nécessaires des coopérations transfrontalières ;
- particularisme de la lutte contre le VIH, pour laquelle prévention et traitement sont désormais indissociables ;
- pauvreté et précarité conduisant à des retards de diagnostic (malgré un taux de dépistage très élevé) et des interruptions de traitement ;
- spécificité des comportements et précocité des rapports sexuels (15 ans, valeur médiane ; importance des grossesses précoces) ;
- particulière fragilité de la population HSH, dans un contexte de forte homophobie ;
- importance de l'immigration pauvre, notamment haïtienne (dans les DFA).

Il convient cependant dans la planification de tenir compte des singularités de chacun des DOM qui relèvent chacun d'une problématique différente.

Cette approche spécifique devrait utilement intégrer les résultats de la recherche développée par l'ANRS, qui a fait de la question du VIH dans les DOM une de ses priorités.

Recommandations sur le rôle des Plans VIH, IST et OM et sur le cadre institutionnel

31. Même s'il est nécessaire d'intégrer la prévention du VIH dans une perspective plus large de santé sexuelle, il n'en demeure pas moins aujourd'hui une spécificité VIH. Pour cette infection en effet, et pour elle seulement, l'approche biomédicale est désormais au moins aussi importante que l'approche comportementale puisque le traitement lui-même est devenu moyen de prévention extrêmement efficace et *a priori* acceptable et faisable. Le HCSP considère donc comme essentiel de spécifier, au sein d'une stratégie nationale globale de santé sexuelle englobant la lutte contre toutes les infections sexuellement transmissibles, que des outils de dépistage et de traitement, spécifiques au VIH, doivent être mobilisés, afin d'optimiser les outils généraux de la prévention des maladies sexuellement transmissibles. A cet égard, il sera nécessaire, au moins pour les cinq ans à venir et probablement pour les cinq années suivantes, d'adopter pour la prévention du VIH, dans le cadre d'une politique globale axée sur les différents groupes de population concernés, une méthodologie spécifique de prévention associant les approches comportementale et biomédicale. Il recommande aussi le maintien et le renforcement d'une politique de réduction des autres IST les plus importantes (syphilis, gonococcie, infections à Chlamydia, hépatites virales).
32. A cet égard, il convient en particulier de prendre en compte et de tout faire pour atteindre l'objectif de traitement 90-90-90 de l'ONUSIDA, soit de faire en sorte que 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut VIH, que 90 % des personnes qui connaissent leur séropositivité au VIH reçoivent un traitement et que 90 % des personnes sous traitement aient une charge virale supprimée.
33. Compte tenu de l'autonomie reconnue aux ARS dans la définition de leur stratégie de santé, la stratégie nationale de santé sexuelle, comportant des mesures spécifiques aux populations plus particulièrement à risque d'infection par le VIH, et la politique de prise en charge des maladies chroniques, dont fait partie l'infection par le VIH, doivent proposer une politique à moyen terme conforme à l'état des connaissances, décrivant les grandes orientations à suivre et être évolutive. Ces politiques ont vocation à être adaptées par les ARS aux contextes locaux définis par le poids de l'épidémie VIH, l'existence de populations cibles pour cette infection, les spécificités de l'offre de santé, etc.
34. Afin de permettre l'adaptation régulière des mesures spécifiques à adopter vis-à-vis des populations plus à risque d'infection par le VIH dans ces politiques, il est préconisé d'organiser le pilotage de ces mesures dans le cadre d'un comité restreint autour de la DGS, chargé de suivre la politique nationale de santé sexuelle. Ce comité pourrait être conduit à consulter des personnalités et organismes particulièrement concernés et compétents sur les évolutions scientifiques en rapport avec l'infection par le VIH. Il appartiendrait au comité de pilotage de la stratégie nationale de santé sexuelle de veiller à l'intégration des données de surveillance et d'observation et des données issues de la recherche dans le pilotage des mesures spécifiques aux populations plus particulièrement à risque d'infection par le VIH et de gérer les relations indispensables avec les partenaires extérieurs.

35. L'administration centrale du ministère de la Santé reste, quelles que soient les responsabilités dévolues aux ARS, responsable de la santé publique en France. Il est donc essentiel qu'elle maintienne un lien direct et régulier avec les acteurs clés publics et associatifs. Ce lien pourrait par exemple prendre la forme d'un forum annuel d'acteurs, largement ouvert, capable de faire remonter et de mettre en débat les questions d'actualité émanant du terrain.
36. Il est indispensable que soit maintenu un tableau de bord décrivant les mesures, les pilotes et les financements associés mais sur la base d'indicateurs moins nombreux, plus robustes et plus réalistes et, pour ce faire, de mettre en place un système d'information à partir des ARS, au sein d'un tableau de bord global relatif à la politique de santé sexuelle.
37. Outre-mer, le VIH doit être inclus comme un axe spécifique d'une stratégie de santé sexuelle au sein de la stratégie de santé pour l'outre-mer (en cours de définition), à décliner dans chacun des départements, collectivités et territoires, au regard de leurs spécificités.

ANNEXE - Liste des personnes auditionnées (septembre-octobre 2015)

Mme/M/Pr	Nom	Prénom	Fonction	Structure
Professeur	BOUCHAUD	Olivier	Chef de service maladies infectieuses	Hôpital Avicenne, Bobigny
Madame	OFFERLE	Cécile	Directrice	Crips PACA
Monsieur	REVAULT	Pascal	Directeur opérationnel	Comede
Madame	LYDIE	Nathalie	Directrice adjointe des affaires scientifiques	INPES
Madame	BLUZAT	Lucile	Responsable du programme "santé sexuelle"	
Madame	CANDAS	Sylvie	Bureau Infections par le VIH, les IST et les hépatites	DGS
Monsieur	BOURELLY	Michel	Directeur	Crips Ile-de-France
Monsieur	MBIRIBINDI	Romain	Directeur	Afrique Avenir
Madame	PLENEL	Eve	Directrice	Arcat
Madame	SIMON	Anne	Présidente	Société française de lutte contre le sida
Monsieur	DIXNEUF	Marc	Directeur général délégué	AIDES
Madame	GIGANON	Stéphane	Directrice qualité et évaluation	
Madame	BRIFFAULT	Muriel	Directrice de l'animation réseau	
Madame	COSTAGLIOLA	Dominique	Directrice de l'Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de santé publique, UMR S 1136, Inserm et Sorbonne Universités	
Professeur	DELFRAISSY	Jean-François	Directeur	ANRS
Dr	LECOQ	Gilles	Délégué de la MILDECA	Mildeca
Madame	PFLETSCHINGER	Elisabeth	Chargée de mission au Pôle Santé	
Madame	LOT	Florence	Responsable Unité VIH, hépatites C et B, IST, tuberculose	InVS
Monsieur	ALEXANDRE	Antonio	Directeur national	ENIPSE

Mme/M/Pr	Nom	Prénom	Fonction	Structure
Madame	PIDERI	Vanessa	Chargée de mission - Service promotion de l'égalité et de l'accès aux droits – Unité « Accès aux droits et discrimination »	Défenseur des Droits
Monsieur	LANDI	Bruno	Médecin et coordinateur médical au sein du Pôle Santé	
Madame	DE RUGY	Hélène	Déléguée générale	Amicale du Nid
Professeur	MORLAT	Philippe		Groupes d'experts
Madame	MARTIN	Dominique	Adjointe à la cheffe du bureau des prises en charge post-aiguës, pathologies chroniques et santé mentale (R4) - Sous-direction de la régulation de l'offre de soins	DGOS
Monsieur	LHOMME	Jean-Pierre	Associatif	Médecins du Monde
Monsieur	LAGREE	Philippe	Président	Association de médecine gay-friendly

GLOSSAIRE

ACT	Appartement de coordination thérapeutique
ANRS	Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ARS	Agence régionale de santé
BEH	Bulletin épidémiologique hebdomadaire
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
Cegidd	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic
Ciddist	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
COREVIH	Coordination régionale de lutte contre le VIH
CSESP	Commission spécialisée Evaluation, stratégie, prospective du HCSP
CSMC	Commission spécialisée maladies chroniques du HCSP
CSMT	Commission spécialisée Maladies transmissibles du HCSP
CSN	Conseil national du sida
DFA	Départements français d'Amérique
DGS	Direction générale de la santé
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DO	Déclaration obligatoire de l'infection à VIH
DOM	Département d'outre-mer
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
HAS	Haute Autorité de santé
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Ined	Institut national d'études démographiques
IRD	Institut de recherche pour le développement
InVS	Institut de veille sanitaire
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IST	Infection sexuellement transmissible
Ofii	Office français de l'immigration et de l'intégration
PNLS	Plan national de lutte contre le sida
PrEp	Prophylaxie pré-exposition
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
SG-HCSP	Secrétariat général du Haut Conseil de la santé publique
TROD	Test rapide d'orientation diagnostique
UDI	Usager de drogues injectable
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine