



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

ADOPTÉ PAR LE CONSEIL NATIONAL DU SIDA LE 16 JANVIER 2014



CONSEIL NATIONAL DU SIDA
11, Place des 5 martyrs du lycée Buffon
75696 PARIS CEDEX 14
T. 33 [0]1 40 56 68 50
F. 33 [0]1 40 56 68 90
www.cns.sante.fr

16/01/2014
AVIS
POLITIQUE
PUBLIQUE
FR

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

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

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

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

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

MEMBRES DE LA COMMISSION « PNLIS »

PATRICK YENI, PRÉSIDENT DE LA COMMISSION

FRANCOIS BOURDILLON

YOLANDE BRIAND

ANDRÉ GUIMET

NICOLE HESNAULT-PRUNIAUX

CATHERINE KAPUSTA-PALMER

PIERRE MATHIOT

MARC DE MONTALEMBERT

SANDRINE MUSSO

RAPPORTEURS

LAURENT GEFFROY

MICHEL CELSE

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
Mission.....	5
Cadrage.....	5
Méthodologie.....	5
Plan de l'Avis.....	5
I. LA RÉALISATION DU PLAN	6
I.1. LE PLAN NATIONAL : UN PROGRAMME AMBITIEUX, DES RÉSULTATS INÉGAUX, UN ENVIRONNEMENT CONTRAIT	6
I.1.1. Un programme ambitieux.....	6
I.1.2. Des résultats inégaux ou méconnus.....	6
I.1.3. Un environnement contraint.....	7
I.2. LA STRATÉGIE DE SANTÉ PUBLIQUE EST INÉGALEMENT MISE EN ŒUVRE	8
I.2.1. Une stratégie ciblée diversement mise en œuvre selon les axes et les populations.....	8
I.2.2. Une stratégie en population générale inégalement priorisée.....	10
I.3. UNE ÉVOLUTION TROP LENTE DES DISPOSITIFS DE PRÉVENTION, DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE	12
I.3.1. Une réforme des dispositifs de prévention et de prise en charge du VIH/sida qui peine à s'organiser.....	12
I.3.2. Des dispositifs de droit commun complexes à adapter.....	12
II. LA GOUVERNANCE DU PLAN	14
II.1. UNE VISIBILITÉ PARTIELLE DES INSTRUMENTS DE PILOTAGE ET DE SUIVI	14
II.1.1. Des instruments insuffisamment performants pour mesurer la réalisation et l'impact du plan.....	14
II.1.2. Des données non communiquées ou non disponibles.....	15
II.2. LE PILOTAGE PUBLIC DU PLAN EST INSUFFISANT	17
II.2.1. A l'échelon national : un leadership insuffisant.....	17
II.2.2. A l'échelon régional : une mobilisation inégale.....	18
II.2.3. Des échanges insuffisants entre échelons et entre régions.....	19
II.3. LE PORTAGE POLITIQUE : UN IMPACT LIMITÉ	19
II.3.1. Un engagement appuyé des ministres en charge de la santé.....	20
II.3.2. Une action bloquée par les contradictions d'objectifs entre les ministères.....	20
III. RECOMMANDATIONS	22
Pour améliorer la réalisation du plan.....	23
Pour améliorer la gouvernance du plan.....	25
INDEX DES SIGLES	27
BIBLIOGRAPHIE	29

INTRODUCTION

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

MISSION

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

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

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

CADRAGE

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

MÉTHODOLOGIE

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

PLAN DE L'AVIS

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

I. LA RÉALISATION DU PLAN

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

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

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

I.1.1. UN PROGRAMME AMBITIEUX

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

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

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

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

I.1.2. DES RÉSULTATS INÉGAUX OU MÉCONNUS

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

IMPACT DU PLAN

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

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

progression des autres IST chez les HSH au cours des années récentes ainsi que l'augmentation des comportements sexuels à risque signalent une très forte dynamique épidémique dans cette population.

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

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

RÉALISATION DES ACTIONS

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

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

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

Globalement, la DGS estime que 21 actions ont été réalisées, 66 actions sont en cours de réalisation et 9 actions n'ont pas débuté. Son analyse révèle que les axes dépistage et prévention et les programmes populationnels HSH et migrants sont ceux qui ont été les plus 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.

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

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

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

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

I.1.3. UN ENVIRONNEMENT CONTRAINT

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

RÉFORME DE L'ORGANISATION RÉGIONALE

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

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

BAISSE DES FINANCEMENTS

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

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

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

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

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

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

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

I.2.1. UNE STRATÉGIE CIBLÉE DIVERSEMENT MISE EN ŒUVRE SELON LES AXES ET LES POPULATIONS

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

LES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES

Les HSH représentent en France le groupe le plus exposé à la transmission de l'épidémie. Le plan précise que « la population des HSH correspond à une urgence en termes de santé publique » en raison de son taux d'incidence estimé à 1 006 contaminations par an pour 100 000 HSH, soit un taux d'incidence de 1%, 200 fois supérieur au taux

d'incidence dans la population hétérosexuelle exclusive française. Le plan, qui intègre un programme en direction de la population HSH et LBT, poursuit l'objectif de renforcer la prévention et le dépistage auprès des HSH, d'améliorer la qualité de vie sexuelle, plus particulièrement des personnes séropositives et de leurs partenaires, et de lutter contre les discriminations qui affectent ces populations.

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

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

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

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

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

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

LES PERSONNES IMMIGRÉES

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

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

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

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

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

Sur ce dernier point, l'action M3 prévoit le « renforcement de l'appropriation par les femmes migrantes des stratégies de prévention » et préconise des interventions en leur direction : développement des programmes animés par et pour des femmes migrantes (ateliers de santé sexuelle), soutien des actions de formation (médiateurs de santé et interprètes). Une association, Uraca, a bénéficié d'une subvention par appel à projet national au titre de cette action. En outre, 13 ARS sur 19 ont indiqué qu'elles priorisaient cette action. Toutefois, le déploiement de ces actions n'est connu que pour deux d'entre elles : l'ARS de Champagne-Ardenne a inscrit l'action M3 dans le cadre d'un appel à projet « femmes, sexualité et culture » et l'ARS Pays de la Loire dans le cadre d'un groupe « santé des femmes – santé des migrants » porté par le réseau régional de santé sexuelle.

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

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

1.2.2. UNE STRATÉGIE EN POPULATION GÉNÉRALE INÉGALEMENT PRIORISÉE

PRÉVENTION ET DÉPISTAGE EN POPULATION GÉNÉRALE

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

A mi-parcours, l'INPES, pilote de l'action T1, souligne avoir été en mesure, au cours de l'exercice du plan et pour une période pluriannuelle de 3 ans, de poursuivre des campagnes nationales en population générale, en faveur de l'incitation au dépistage du VIH. Par ailleurs, une campagne nationale sur le recours au préservatif a été mise en œuvre à partir de décembre 2013. Les campagnes d'information et de prévention demeurent, en outre, largement

relayées à l'occasion du 1^{er} décembre, à la faveur notamment de la mobilisation des associations et des collectivités territoriales.

En dépit de la baisse des financements, les actions de prévention en population générale demeurent maintenues et encouragées. Il est toutefois signalé que la stratégie de communication qui repose à la fois sur des actions en population générale et sur des actions ciblées ne pourra être maintenue si les financements alloués à la prévention du VIH/sida et des IST poursuivent leur baisse.

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

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

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

ACTIONS AUPRÈS DES JEUNES

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

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

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

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

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

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

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

I.3. UNE ÉVOLUTION TROP LENTE DES DISPOSITIFS DE PRÉVENTION, DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE

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

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

I.3.1. UNE RÉFORME DES DISPOSITIFS DE PRÉVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DU VIH/SIDA QUI PEINE À S'ORGANISER

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

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

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

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

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

I.3.2. DES DISPOSITIFS DE DROIT COMMUN COMPLEXES À ADAPTER

Plusieurs actions de prévention auprès des populations cibles et de prise en charge sociale et médicale des PVVIH relèvent du droit commun. En matière de prévention, une action nécessite une évolution du cadre général de la médiation sociale. En matière de prise en charge sociale, l'hébergement hors appartements de coordination

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

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

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

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

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

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

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

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

II. LA GOUVERNANCE DU PLAN

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

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

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

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

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

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

II.1.1. DES INSTRUMENTS INSUFFISAMMENT PERFORMANTS POUR MESURER LA RÉALISATION ET L'IMPACT DU PLAN

INSTRUMENTS DE SUIVI ET DE RÉALISATION

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

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

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

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

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

INSTRUMENTS DE SUIVI DES OBJECTIFS DE SANTÉ

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

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

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

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

A cet égard, on peut regretter :

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

II.1.2. DES DONNÉES NON COMMUNIQUÉES OU NON DISPONIBLES

DES INDICATEURS DE SUIVI ET DE RÉALISATION CONFINÉS

En dépit de son rôle de pilote principal, en charge de coordonner le recueil des données et de compléter les tableaux de bord de suivi de l'exécution opérationnelle des actions, la DGS ne dispose que de moyens limités pour obtenir les remontées d'information nécessaires auprès des différents pilotes, nationaux comme régionaux. La transmission d'une partie des informations requises se heurte à la fois à l'incapacité de certains pilotes à les

produire, faute d'avoir mis en place les instruments nécessaires, mais également au fait que certaines administrations ne communiquent pas les données dont elles disposent.

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

- au sein même de l'administration centrale de la santé et des affaires sociales, entre des directions qui ne communiquent pas ou insuffisamment entre elles. On relève ainsi des échanges d'information limités entre la DGS et plusieurs directions d'administrations centrales concernant les actions relatives à la prévention ou à la prise en charge sociale. Ces actions concernent notamment des interventions en faveur des PVVIH relatives à l'hébergement, à l'insertion dans l'emploi et aux personnes en situation de handicap ainsi que des actions de formation d'intervenants et de soutien aux acteurs, en particulier communautaires, en faveur de la prévention et de la prise en charge des populations les plus vulnérables ;
- entre l'administration centrale de la santé et certaines administrations centrales relevant d'autres ministères pilotes, copilotes ou partenaires de la mise en œuvre de certaines actions. Ainsi, les actions de prévention dont la mise en œuvre relève du ministère de l'éducation nationale sont réputées avoir été évaluées, mais certains résultats de cette évaluation demeurent confinés au sein de ce ministère. S'agissant des actions concernant les droits relatifs à la santé et au séjour des migrants, les divergences d'objectifs qui paralysent durablement la concertation entre les ministères en charge de la santé et de l'intérieur se traduisent par des difficultés à produire des données qui supposent des échanges étroits entre les administrations, au niveau central comme au niveau déconcentré ;
- entre les administrations centrales et les services déconcentrés. En vertu du principe d'autonomie des ARS, l'administration centrale de la santé n'est pas en mesure de solliciter des remontées systématiques d'information sur la mise en œuvre du plan en région. Dans d'autres secteurs, tels que le social ou le travail, des difficultés analogues sont observées, les administrations centrales peinant à documenter la réalisation des actions du plan auprès de leurs directions régionales.

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

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

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

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

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

Pour cet ensemble de raisons, la DGS n'est pas en mesure de rendre compte du financement effectif du plan ni en termes de montant total des crédits alloués ou consommés, ni en termes de répartition, que ce soit par axes, programmes ou mesures, par publics bénéficiaires, par opérateurs ou encore par territoires. Cette absence de transparence du financement de l'action publique prive les instances en charge du pilotage d'éléments d'appréciation importants du suivi de l'exécution du plan.

II.2. LE PILOTAGE PUBLIC DU PLAN EST INSUFFISANT

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

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

II.2.1. A L'ÉCHELON NATIONAL : UN LEADERSHIP INSUFFISANT

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

LE SUIVI OPÉRATIONNEL

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

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

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

LA CONCERTATION ÉLARGIE

La concertation élargie s'exerce dans le cadre du CSN qui associe au CPR l'ensemble des parties prenantes : les représentants de 14 associations et de 6 institutions ou sociétés savantes, 4 représentants des professionnels de santé et 7 personnalités qualifiées, soit au total 56 membres. Le CSN constitue, au titre du plan, un espace de concertation et de facilitation de sa mise en œuvre aux différents échelons territoriaux et doit contribuer à une analyse régulière de l'état d'avancement des mesures et actions du plan et proposer des ajustements.

Le CSN se réunit deux fois par an et bénéficie d'une excellente assiduité de ses membres. Une majorité des membres considère que ces réunions offrent un espace d'échange et d'information important. Une majorité (en

dehors des membres de droit) estime cependant que ces échanges et informations ne permettent pas au CSN de remplir ses missions. Deux obstacles peuvent être identifiés :

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

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

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

II.2.2. A L'ÉCHELON RÉGIONAL : UNE MOBILISATION INÉGALE

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

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

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

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

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

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

L'étude COREVIH ne mentionne pas directement plusieurs freins qui ont été rapportés, en particulier les relations avec les hôpitaux sièges, d'une part, et les ARS d'autre part. Sur ce second point, et en l'absence de cadre général, aucune information globale n'est disponible sur les relations des COREVIH avec les ARS, et plus particulièrement avec leurs référents techniques chargés du VIH, ni sur leurs liens avec plusieurs instances des ARS, les conférences régionales de santé et d'autonomie (CRSA) et les commissions de coordination des politiques publiques. En outre, la

participation éventuelle des COREVIH au PRS n'est pas connue. Enfin, les liens entre les ARS qui disposent de plusieurs COREVIH sur leur territoire de santé, et les difficultés que cette spécificité peut induire, ne sont pas documentés.

II.2.3. DES ÉCHANGES INSUFFISANTS ENTRE ÉCHELONS ET ENTRE RÉGIONS

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

ENTRE L'ÉCHELON NATIONAL ET LES ÉCHELONS RÉGIONAUX

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

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

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

ENTRE LES ÉCHELONS RÉGIONAUX

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

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

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

II.3. LE PORTAGE POLITIQUE : UN IMPACT LIMITÉ

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

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

II.3.1. UN ENGAGEMENT APPUYÉ DES MINISTRES EN CHARGE DE LA SANTÉ

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

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

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

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

II.3.2. UNE ACTION BLOQUÉE PAR LES CONTRADICTIONS D'OBJECTIFS ENTRE LES MINISTÈRES

PROGRAMME POPULATIONNEL MIGRANTS

L'action M13 prévoit de « réduire les obstacles administratifs à la continuité des soins pour les étrangers vivant avec le VIH » et préconise de garantir une « veille sur les obstacles administratifs et sur les leviers concernant la prise en charge des personnes séropositives étrangères ». L'action prévoit la remise d'un rapport annuel d'une instance de veille, des circulaires, notes ou lettres de recommandation de bonnes pratiques et la diminution des saisines concernant les difficultés rencontrées par des étrangers séropositifs vivant en France.

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

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

Cette situation reflète les tensions qui résultent de l'introduction, dans des dispositifs en faveur de l'accès au soins et à la protection sociale des étrangers vivant en France, de dispositions restrictives visant à contribuer aux

objectifs des politiques de réduction des flux d'immigration. L'évolution de la législation intervenue en 2011 a contribué à renforcer les divergences d'objectifs entre les ministères en charge respectivement de la santé et de l'intérieur, ainsi qu'entre leurs administrations. Le blocage paraît durable en l'absence d'arbitrage gouvernemental permettant de clarifier les prérogatives du ministère de la santé, sur un dispositif dont la finalité première relève des politiques de santé.

PROGRAMME POPULATIONNEL PERSONNES QUI SE PROSTITUENT

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

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

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

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

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

III. RECOMMANDATIONS

Les recommandations du Conseil national du sida ont pour objectif de proposer aux pouvoirs publics des mesures correctives du plan, à la lumière de son état d'avancement à mi-parcours et des évolutions scientifiques, médicales, juridiques ou sociétales constatées.

Considérant la régionalisation croissante des politiques de santé, le Conseil a choisi de distinguer ses recommandations nationales de recommandations spécifiquement adressées aux parties prenantes en région. Celles-ci ne se limitent pas aux régions confrontées à une forte prévalence du VIH. Par ailleurs, au regard de la diversité des acteurs et de la spécificité de leur rôle, le Conseil a souhaité adresser ses recommandations, outre aux pouvoirs publics, également aux associations, professionnels de santé et COREVIH.

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

LE CONSEIL NATIONAL DU SIDA RECOMMANDE

■ POUR AMÉLIORER LA RÉALISATION DU PLAN

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

■ POUR AMÉLIORER LA GOUVERNANCE DU PLAN

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

POUR AMÉLIORER LA RÉALISATION DU PLAN

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

Dès à présent,

au niveau national,

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

au niveau régional,

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

A plus longue échéance,

au niveau national,

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

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

Dès à présent,

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

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

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

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

A plus longue échéance,

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

- la promotion de la santé intégrée définie par la SNS ;

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

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

Dès à présent,

- Amorcer un ajustement de la politique de dépistage à partir des données relatives aux politiques de dépistage et des recommandations nationales, et les traduire en actions opérationnelles.

Un GTN « Dépistage » pourrait notamment avoir comme objectifs :

- de rendre opérationnelle la recommandation du groupe d'experts concernant le réajustement de la proposition de dépistage en population générale ;
- de promouvoir plus fortement le dépistage volontaire, incluant les TROD, en particulier des populations les plus exposées au risque de transmission ;
- d'améliorer les stratégies de dépistage ciblé et régulier, en anticipant notamment l'arrivée des autotests et des tests combinés (VIH, IST, hépatites).

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

Dès à présent,

au niveau national,

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

au niveau régional (ARS),

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

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

Dès à présent, dans le cadre du CSN,

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

A plus longue échéance,

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

POUR AMÉLIORER LA GOUVERNANCE DU PLAN

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

Dès à présent,

au niveau national,

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

A plus longue échéance,

au niveau régional,

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

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

Dès à présent,

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

A plus longue échéance,

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

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

Dès à présent,

au niveau national,

- recruter un chef de projet, comme c'est le cas pour d'autres plans de santé ;
- définir les missions du chef de projet national, en tenant compte de plusieurs impératifs :
 - renforcer l'animation des parties prenantes pour améliorer la concertation au sein du CSN et des GTN ;
 - renforcer la coordination des pilotes et des partenaires lorsque la mise en œuvre de l'action le requiert ;
 - promouvoir les échanges d'expériences, en particulier entre les services de l'État ;
 - offrir un appui méthodologique aux membres du CSN ;

- assurer un suivi des données nécessaires à l'avancement du plan.
- définir le statut du chef de projet et prévoir les moyens nécessaires au bon fonctionnement de sa mission, avec l'appui des services du secrétariat général des ministères sociaux.

au niveau régional,

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

La mission stratégique requiert un travail :

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

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

Dès à présent,

au niveau régional,

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

A plus longue échéance,

au niveau national,

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

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

Dès à présent,

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

A plus longue échéance,

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

INDEX DES SIGLES

ACT	Appartement de coordination thérapeutique
ANSM	Agence nationale du médicament et des produits de santé
ARS	Agence régionale de santé
ASS	Afrique subsaharienne
CDAG	Consultation de dépistage anonyme et gratuite
CIDDIST	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNP-ARS	Comité national de pilotage des agences régionales de santé
COREVIH	Comité de coordination régionale de la lutte contre l'infection par le VIH
CPEF	Centre de planification et d'éducation familiale
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPR	Comité de pilotage restreint du PLNS 2010-2014
CRIPS	Centre régional d'information et de prévention du sida et des comportements à risques chez les jeunes
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CSN	Comité de suivi national du PNLN 2010-2014
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'organisation des soins
DGS	Direction générale de la santé
DRDF	Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité
EPGL	Enquêtes presse gay et lesbienne
FNH-VIH	Fédération nationale d'hébergements VIH et autres pathologies
FSF	Femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes
GRSP	Groupement régional de santé publique

GTN	Groupe de travail national
HAS	Haute autorité de santé
HCSP	Haut conseil de la santé publique
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
HSH-LBT	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, lesbiennes, bi et transsexuel(le)s
IGA	Inspection générale de l'administration
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
InVS	Institut national de veille sanitaire
IREPS	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
IST	Infections sexuellement transmissibles
NTIC	Nouvelles technologies de l'information et de la communication
ODSE	Observatoire du droit à la santé des étrangers
PNLS	Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST
PRAPS	Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis
PRS	Projet régional de santé
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
SGCIV	Secrétariat général du comité interministériel des villes
SNS	Stratégie nationale de santé
SSR	Soins de suite et de réadaptation
TROD	Test rapide d'orientation diagnostique
VHB, VHC	Virus de l'hépatite B, virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

BIBLIOGRAPHIE

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