

Rapport d'activité

2020
2021

VIH, politique et société



Conseil national du sida
et des hépatites virales

VIH, politique et société

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

2020-2021



Le présent *Rapport* est dédié à la mémoire de Sandrine Musso, anthropologue de la santé, membre du CNS de 2009 jusqu'à son décès le 7 août 2021.

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	9
PRÉAMBULE	13
RAPPORTS, AVIS ET RECOMMANDATIONS	19
RENFORCER L'INFLUENCE ET L'ACTION DE LA FRANCE POUR AMÉLIORER LA RIPOSTE CONTRE LA PANDÉMIE DE VIH DANS LE CADRE PLUS LARGE DE LA SANTÉ MONDIALE - NOTE VALANT AVIS #2... 21	
AVIS SUR LA PLACE DE LA PREP DANS LA PRÉVENTION DU VIH EN FRANCE : CHANGER DE PARADIGME, CHANGER D'ÉCHELLE	53
LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA : UNE DÉMARCHE, DES SAVOIRS ET DES PRATIQUES POUR SERVIR AUX ENJEUX DU PRÉSENT	99
COMMUNIQUÉS DE PRESSE	121
LUTTE CONTRE LE VIH, LES HÉPATITES VIRALES ET LES IST : L'URGENCE DE RELANCER LA PRÉVENTION ET LE DÉPISTAGE	123
PRÉVENTION, DÉPISTAGE ET TRAITEMENT DE L'HÉPATITE C EN PRISON : AVIS ET RAPPORT DU CNS... 124	
JOURNÉE MONDIALE : SOUTENIR LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DU VIH EN TEMPS DE CRISE SANITAIRE.....	126
LA PLACE DE LA PREP DANS LA PRÉVENTION DU VIH EN FRANCE : CHANGER DE PARADIGME, CHANGER D'ÉCHELLE.....	128
DROITS ET ÉPIDÉMIES : NOUVEL AVIS DU CNS SUR LES ACQUIS DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA.. 129	
POUR SANDRINE MUSSO	130
JOURNÉE MONDIALE : ACCÉLÉRER LA RÉPONSE AU VIH ET L'ADAPTER AU CONTEXTE DE CRISE SANITAIRE DE LONGUE DURÉE.....	131
AGENDA	133
SÉANCES PLÉNIÈRES.....	133
CONFÉRENCE INTERNATIONALE AIDS 2020	134
COLLOQUE « VHC EN PRISON ».....	134
JOURNÉES FRANCOPHONES DE SEXOLOGIE ET DE SANTÉ SEXUELLE 2021	135
COLLOQUE DE L'ATHS 2021.....	136
JOURNÉE MONDIALE : RENCONTRE DU CNS AVEC LE VICE-PRÉSIDENT DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE.....	136
COLLOQUE « SIDA, COVID-19 & DÉMOCRATIE SANITAIRE : QUELLE ÉTHIQUE METTRE EN AVANT ? ».. 137	
DEMI-JOURNÉE D'ÉTUDE « PERSONNES TRANS ET VIH ».....	138
INTERVENTIONS EXTÉRIEURES	141
INDEX THÉMATIQUE	145
RAPPORTS, AVIS ET RECOMMANDATIONS.....	145
COMMUNIQUÉS DE PRESSE.....	154
TABLE DES MATIÈRES	163

AVANT-PROPOS

Le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) a été créé par un décret du 24 février 2015¹, en remplacement du Conseil national du sida. Le CNS est une commission consultative indépendante composée de 26 membres. Les mandats du président et des membres sont d'une durée de cinq ans.

Le CNS est compétent pour donner un avis et des recommandations sur les questions de société posées par le VIH/sida et les hépatites virales chroniques, ainsi que par les infections sexuellement transmissibles dans la mesure où elles présentent des similitudes, en termes de mode de contamination, de publics concernés et de dispositifs de prévention et de lutte. Il est consulté sur les programmes et plans de santé établis par les pouvoirs publics.

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

Par décret du président de la République, M. François Hollande, du 10 septembre 2015², M. Patrick Yeni, professeur de médecine, a été nommé président du CNS.

Afin d'assurer la continuité du Conseil en période de crise sanitaire, les mandats des membres qui le composaient en 2020 ont été prorogés jusqu'au 31 décembre 2021.

Le Conseil national du sida a été créé en 1989 par décret du président de la République³. Sa création s'inscrivait dans le cadre de la mise en place d'un dispositif de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), tel que suggéré par le professeur Claude Go⁴.

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

¹ Décret n° 2015-210 du 24 février 2015 portant création du Conseil national du syndrome immunodéficitaire acquis (sida) et des hépatites virales chroniques.

² Décret du 10 septembre 2015 portant nomination du président du Conseil national du syndrome immunodéficitaire acquis (sida) et des hépatites virales chroniques.

³ Décret n° 89-83 du 8 février 1989 portant création d'un Conseil national du syndrome immunodéficitaire acquis (articles D. 3121-1 à D. 3121-15 du Code de la santé publique).

⁴ *Rapport sur le sida*, Paris, Flammarion, 1989.

De janvier 2020 à décembre 2021, la composition du Conseil national du sida et des hépatites virales a été la suivante :

- M. Bruno Cazin, prêtre, vicaire général du diocèse de Lille, docteur en médecine, spécialisé en hématologie clinique, ancien praticien hospitalier au CHRU de Lille, ancien président-recteur délégué de l'université catholique de Lille ; Mme Christiane Coudrier, ancienne directrice générale du CHU de Nantes ; M. Samir Hamamah, professeur des universités, praticien hospitalier, président de la sous-section 54-05 du Conseil national des universités médecine et biologie du développement et de la reproduction/gynécologie médicale, coordinateur du département de biologie de la reproduction et du DPI, directeur de l'unité Inserm U1203/développement embryonnaire précoce et pluripotente, hôpital Arnaud de Villeneuve, faculté de médecine, Montpellier ; Mme Georgia Roehrich, théologienne, pasteur et aumônier du CHU de Tours ; Mme Liliane Vana, docteur en sciences des religions, talmudiste et philologue (*personnalités représentant les principales familles philosophiques et spirituelles, désignées par le président de la République*) ;
- M. Jean-Louis Touraine, député du Rhône (3^e circonscription), membre du groupe La République en marche, membre de la commission des affaires sociales (*personnalité désignée par le président de l'Assemblée nationale*) ;
- Mme Christine Bonfanti-Dossat, sénatrice de Lot-et-Garonne (Nouvelle Aquitaine), membre du groupe Les Républicains, membre de la commission des affaires sociales (*personnalité désignée par le président du Sénat*) ;
- M. Philippe Artières, historien, directeur de recherche au Centre national de la recherche scientifique (CNRS) au sein de l'Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux à l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS), Paris ; M. Pierre-Yves Geoffard, économiste, directeur de recherche au CNRS, directeur d'études à l'EHESS, directeur de PSE (Paris School of Economics - École d'économie de Paris), président de la commission Services publics du Conseil national de l'information scientifique (CNIS) ; Mme Sandrine Musso, politologue, anthropologue, maîtresse de conférence en anthropologie (Aix-Marseille Université), chercheuse au centre Norbert Elias, Marseille (*jusqu'au 7 août 2021*) ; Mme Marie Préau, professeure de psychologie sociale de la santé à l'université Lumière Lyon 2, directrice du laboratoire Groupe de recherche en psychologie sociale (GRePS), membre du Comité d'évaluation éthique de l'Inserm (CEEI) et présidente de la Commission 14 de l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS) (*personnalités qualifiées désignées par décret du Premier ministre sur proposition du ministre chargé de la Santé, choisies en raison de leurs aptitudes à appréhender les conséquences sociales des maladies concernées*) ;
- M. Jean-Pierre Couteron, psychologue clinicien, administrateur de la Fédération addiction, membre du bureau de la Société française de santé publique (SFSP) ; M. Hugues Fischer, Act Up-Paris, TRT-5 CHV (Paris) ; M. Pascal Melin, hépatologue, président de SOS Hépatites ; Mme Marie Suzan-Monti, chercheuse en sciences sociales, volontaire de l'association AIDES (*personnalités qualifiées désignées par décret du Premier ministre sur proposition du ministre chargé de la santé, choisies en raison de leur expérience associative dans le domaine de la lutte contre les maladies concernées*) ;
- Mme Cécile Goujard, professeure de médecine, cheffe du service de médecine interne et immunologie clinique du CHU Bicêtre, AP-HP ; M. Gilles Raguin, médecin infectiologue, directeur du département santé mondiale d'IMEA Fondation ; Mme Christine Rouzioux, cheffe du service de virologie du CHU Necker, professeure émérite de virologie,

faculté de médecine de Necker, Université Paris Descartes ; Mme Christine Silvain, professeure de médecine, cheffe du service d'hépatogastroentérologie du CHU de Poitiers, présidente de la Fédération nationale des pôles de référence et réseau hépatites, membre du collège d'experts de transplantation hépatique à l'Agence de biomédecine, membre du collège national universitaire d'hépatogastroentérologie et secrétaire adjointe à la recherche de la Société nationale française de gastroentérologie (SNFGE) *(personnalités qualifiées choisies en raison de leur compétence dans le champ des soins, de l'épidémiologie et de la recherche sur les maladies concernées)* ;

- M. Michel Chassang, médecin généraliste, membre du Conseil économique, social et environnemental (CESE), président d'honneur de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), président d'honneur de l'Union nationale des professions libérales (UNAPL) *(personnalité désignée par le Président du CESE)* ;
- Mme Mounira Amor-Guéret, directrice de recherche au CNRS, coordonnatrice du centre de recherche de l'Institut Curie sur le site d'Orsay, responsable de l'équipe « Instabilité génétique et cancérogenèse » à l'Institut Curie *(personnalité désignée par le Président du Comité consultatif national d'éthique)* ;
- M. Thierry Foulquier-Gazagnes, membre de la commission d'agrément et d'arbitrage de l'Union nationale des associations familiales (UNAF), président d'une association familiale chargée des litiges du droit de la consommation, administrateur d'un mouvement familial national, vice-président et membre du bureau de l'Union départementale des associations familiales de l'Hérault, membre du Conseil de famille du Département de l'Hérault pour les pupilles de l'État *(personnalité désignée par le Président de l'UNAF)* ;
- Mme Carine Favier, médecin infectiologue, CHU de Montpellier, co-présidente du Mouvement français pour le Planning familial (MFPF) *(personnalité désignée par le Défenseur des Droits)* ;
- M. Alexandre Linden, membre de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), conseiller honoraire à la Cour de cassation, président de la Commission supérieure de la carte d'identité des journalistes professionnels *(personnalité désignée par la Présidente de la CNIL)*.

Le secrétariat général du CNS était composé, durant la période 2020-2021, des personnes suivantes :

- un chargé de communication : M. Julien Bressy ;
- deux conseillers-experts : M. Michel Celse, M. Laurent Geffroy ;
- trois apprenties conseillères-expertes : Mme Leïla Ayachi (jusqu'au 13 janvier 2021), Mme Marine Scandella (du 15 octobre 2020 au 14 octobre 2021) et Mme Élodie Solvar (à partir du 1^{er} octobre 2021) ;
- une responsable administrative : Mme Alexandra Moussou ;
- un secrétaire, adjoint à la responsable administrative : M. Nolsadate Sebiane.

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

Rapport d'activité. Ce Rapport complète les treize précédents volumes consacrés à l'activité du Conseil.⁵

⁵ Cf. *Éthique, sida et société. Rapport d'activité du Conseil national du sida, tome I (1989-1994)*, La Documentation française, Paris, 1996 ; *Éthique, sida et société. Rapport d'activité du Conseil national du sida, tome II (1994-1996)*, La Documentation française, Paris, 1997 ; *Éthique, sida et société. Rapport d'activité du Conseil national du sida, tome III (1997-1998)*, La Documentation française, Paris, 2000 ; *Éthique, sida et société. Rapport d'activité du Conseil national du sida, tome IV (1999-2000)*, La Documentation française, Paris, 2002 ; *Éthique, sida et société. Rapport d'activité du Conseil national du sida, tome V (2001-2003)*, La Documentation française, Paris, 2004 ; *Éthique, sida et société. Rapport d'activité du Conseil national du sida, tome VI (2004-2005)*, La Documentation française, Paris, 2006 ; *VIH, politique et société. Rapport d'activité du Conseil national du sida, tome VII (2006-2007)*, La Documentation française, Paris, 2008 ; *VIH, politique et société. Rapport d'activité du Conseil national du sida, tome VIII (2008-2009)*, La Documentation française, Paris, 2010 ; *VIH, politique et société. Rapport d'activité du Conseil national du sida, tome IX (2010-2011)*, Editions Dicom, Paris, 2012 ; *VIH, politique et société. Rapport d'activité du Conseil national du sida, tome X (2012-2013)*, Editions Dicom, Paris, 2014 ; *VIH, politique et société. Rapport d'activité du Conseil national du sida, tome XI (2014-2015)*, Editions Dicom, Paris, 2016 ; *VIH, politique et société. Rapport d'activité du Conseil national du sida, tome XII (2016-2017)*, Edition par le CNS, Paris, 2018 ; *VIH, politique et société. Rapport d'activité du Conseil national du sida, tome XIII (2018-2019)*, Edition par le CNS, Paris, 2020.

En 2020 et 2021, la prévention et le dépistage ont continué de s'imposer comme les deux actions de la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST) susceptibles d'avoir l'impact le plus important sur ces épidémies. Les travaux du CNS rendent compte de ces priorités, aussi bien en France que dans les pays à ressources limitées, tant en population générale que chez les personnes les plus vulnérables. Toutefois, au moment même où ces priorités étaient réaffirmées, la crise sanitaire provoquée par la Covid-19 a remis en question l'efficacité des politiques de prévention et de dépistage du VIH et des IST, nous mettant dans l'obligation d'adapter et d'intensifier nos efforts. Plus largement, en cette fin de mandature de ses membres, le CNS s'est interrogé sur les acquis de la lutte contre le VIH/sida et les enseignements à en tirer contre la pandémie de Covid-19 et les épidémies à venir.

Prévention et dépistage : les travaux du CNS en réaction à des données inquiétantes

Dès 2020, le CNS a été particulièrement attentif à l'impact de la crise sanitaire de la Covid-19 sur l'activité de dépistage et de prévention du VIH et des IST. Les données ont en effet montré une diminution importante des dépistages en 2020. Le nombre de nouvelles découvertes de séropositivité au VIH a reculé de 22 %, et jusqu'à 30 % dans certaines populations particulièrement exposées. La reprise de l'activité de dépistage amorcée à compter de l'été 2020 n'avait pas toujours permis, mi-2021, d'en retrouver le niveau attendu, et les premières données disponibles confirmaient les craintes d'une augmentation des retards au diagnostic. Dans le champ de la prévention, le développement de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH, qui progressait fortement depuis 2018, a également été brutalement et durablement freiné, avec un déficit par rapport au niveau escompté estimé à 17 % en un an pour les initiations et 28 % pour les renouvellements.

Le Conseil a fait part dans plusieurs communiqués de presse de cette situation d'autant plus préoccupante qu'elle intervenait dans un contexte épidémiologique déjà peu satisfaisant avant la crise sanitaire, caractérisé par une baisse de l'incidence du VIH modeste et inégale selon les populations concernées, et en tout état de cause sensiblement inférieure à ce que d'autres pays comparables à la France étaient parvenus à obtenir. Les enjeux déjà mis en avant précédemment par le CNS et ses préconisations de renforcement, de diversification et d'innovation en matière d'offre de prévention et de dépistage du VIH et des IST ont ainsi acquis une acuité supplémentaire en ce qui concerne l'impérieuse nécessité d'adapter les stratégies et les dispositifs au contexte transformé par la crise sanitaire.

Le CNS a en ce sens contribué en 2020, dans la série des *Réponses rapides* émises par la Haute autorité de santé (HAS) dans le cadre de la Covid-19, à l'élaboration de celles consacrées à la continuité du suivi des personnes vivant avec le VIH et de l'offre de soins en santé sexuelle. Les préconisations élaborées dans ce cadre montrent qu'en dépit de ses effets délétères, la crise sanitaire a du moins favorisé et accéléré le développement de certaines solutions d'offre dématérialisées, ainsi que des actions innovantes d'aller-vers en direction des publics les plus exposés et les plus précaires, portées en particulier par le secteur associatif. Ces quelques avancées doivent désormais être pérennisées au-delà de leur caractère exceptionnel lié à l'urgence sanitaire, et leur développement poursuivi et amplifié dans le cadre d'une remobilisation de l'ensemble des acteurs et d'un soutien volontariste des pouvoirs publics, indispensables pour restaurer une réponse efficace aux épidémies de VIH et d'IST.

Dans cet objectif, et prolongeant la réflexion entamée dans sa *Note valant avis sur les orientations de la politique de dépistage en France* publiée fin 2019, le Conseil a produit en mars 2021 un *Avis suivi de recommandations sur la place de la PrEP dans la prévention du VIH en France*. Le choix d'un focus sur cet outil répondait à plusieurs constats. La PrEP constitue un moyen de protection individuelle très efficace. Son déploiement a largement contribué aux meilleurs résultats obtenus en la matière dans certains pays. Or, bien que disponible en France et prise en charge par l'assurance maladie depuis janvier 2016, son développement demeure sous-optimal. L'*Avis* s'attache à identifier et analyser les nombreux freins à un usage plus large. Afin de les lever, le CNS estime indispensable de changer à la fois de paradigme et d'échelle. Proposée jusqu'ici presque uniquement à des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) déclarant des pratiques à très haut risque, la PrEP doit désormais être conçue et promue, en lien avec le dépistage, comme un outil de prévention du VIH qui, comme le préservatif, peut bénéficier à toute personne, à différents moments de la vie. Cela implique notamment de changer l'image de la PrEP, de la promouvoir auprès de l'ensemble de la population, d'en faciliter et simplifier l'accès en élargissant et diversifiant les lieux et les acteurs de l'offre, afin d'aller au-devant des différents publics. Ce renouvellement de l'approche doit ainsi contribuer à la fois à remettre la réponse à l'épidémie de VIH en France sur une trajectoire conforme aux objectifs de réduction de l'incidence, et à donner accès à la PrEP à toutes les personnes pour qui elle peut offrir une option pour améliorer leur prévention du VIH et la qualité de leur vie sexuelle.

Sur la base de ses préconisations, le CNS a contribué au printemps 2021 à la révision des recommandations d'usage de la PrEP opérée dans le cadre des *Réponses rapides* émises par la HAS. Le CNS se félicite également de l'aboutissement en juin 2021 de la mesure de la feuille de route de la stratégie nationale de santé sexuelle (SN2S) visant à élargir à l'ensemble des médecins, notamment généralistes, la capacité de prescription initiale de la PrEP, qui demeurait jusque-là réservée aux médecins exerçant dans un cadre hospitalier ou en CeGIDD (Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic).

Deux populations particulièrement vulnérables ciblées dans les travaux du CNS

Le CNS a, en outre, poursuivi ses travaux en direction des populations vulnérables. En complément de son *Avis suivi de recommandations sur la prévention, le dépistage et le traitement de l'hépatite C chez les personnes détenues* adopté en septembre 2019, le CNS a rendu public en 2020 un *Rapport éponyme*, visant à rendre compte de manière détaillée, au regard de leur apport original, des travaux préalablement conduits par le Conseil à l'appui de l'*Avis*. Souhaitant prolonger la réflexion en aval de ces publications, le CNS a également organisé un colloque réunissant les acteurs de la prise en charge du VHC en prison. Prévu initialement en 2020 mais reporté à plusieurs reprises en raison de la situation sanitaire, cet événement s'est finalement tenu sous forme virtuelle en mars 2021 et a réuni plus de 200 participants.

À l'approche du terme de sa mandature et dans la perspective de poser des jalons pour de futurs travaux, le CNS a souhaité engager une réflexion sur les enjeux posés par la prévention du VIH et des IST en direction des personnes trans, en les replaçant dans une approche large de santé sexuelle. À cet effet, le Conseil a organisé en décembre 2021 une demi-journée d'étude ouverte au public intéressé (« Personnes trans et VIH : vers une prévention adaptée à la diversité des trajectoires »). Cette manifestation a été conçue pour faire une large place à des intervenants eux-mêmes concernés, choisis au titre de leurs travaux de recherche, leur action associative, leur expérience dans l'offre de prévention et de santé sexuelle ou leur rôle institutionnel. L'objectif de la demi-journée était d'explorer certaines

dimensions de la vulnérabilité des personnes trans vis-à-vis du VIH et des IST jusqu'ici insuffisamment prises en compte dans la réponse, en particulier au regard de la diversité des identités, des parcours de transition et des sexualités des personnes trans. Il s'agissait également de rendre compte d'exemples d'actions innovantes en matière d'offre de santé sexuelle en direction de ces publics. La demi-journée s'est tenue dans les locaux du ministère des Solidarités et de la Santé et a réuni plus de 150 personnes.

La riposte à la pandémie VIH à l'international : l'influence et l'action de la France à renforcer

Le CNS a également souhaité poursuivre sa contribution à la lutte contre le VIH à l'international. En 2020, le CNS a conclu ses travaux consacrés à la contribution française à la lutte mondiale contre le VIH/sida. Dans la continuité d'une première *Note valant avis* adressée aux pouvoirs publics en 2019, en amont de la conférence de reconstitution des ressources du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme organisée à Lyon, le Conseil a adopté une seconde *Note* sur le rôle de la France. Intitulée « *Renforcer l'influence et l'action de la France pour améliorer la riposte contre la pandémie de VIH dans le cadre plus large de la santé mondiale* », cette *Note valant avis* a été émise dans le contexte de la préparation du nouveau cadre stratégique du Fonds mondial 2023-2028.

Le CNS a reconnu l'engagement significatif de la France dans la riposte mondiale contre le VIH/sida, via ses canaux bilatéraux et multilatéraux. Cependant, il a également noté certaines insuffisances, en particulier la faiblesse du pilotage français du Fonds mondial dans certains secteurs clés alors que cet acteur majeur rencontre des difficultés pour améliorer l'efficacité des subventions dans plusieurs régions du monde, notamment dans les États fragiles d'Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC). Le Conseil a aussi relevé le manque d'impact de l'action bilatérale de la France dans le domaine du VIH, ainsi que le défaut de coordination entre ses canaux d'intervention bilatéraux, européens et internationaux, et l'absence de stratégie moyen-long terme permettant d'inscrire la lutte contre le VIH dans une stratégie de renforcement des systèmes de santé (RSS) et de couverture santé universelle ; il a enfin regretté le déficit de ressources, notamment humaines, permettant le pilotage ambitieux de la stratégie française.

Les difficultés rencontrées par les États fragiles d'AOC, en Haïti et à Madagascar, pays prioritaires de l'aide publique au développement (APD) française, dans la lutte contre le VIH justifient d'améliorer la riposte. Le Conseil a rappelé la faible diminution de l'incidence de l'infection VIH dans ces pays, les pratiques de prévention insuffisamment mises en œuvre, la prise en charge des personnes vivant avec le VIH limitée à chacune des étapes clés ainsi que la protection inégale des droits des femmes et des minorités. Aussi, le CNS a adressé cinq recommandations pour renforcer l'influence et l'action de la France. Il a appelé à inscrire la lutte contre le VIH dans le cadre d'une stratégie de santé mondiale de moyen et long terme, à consolider le pilotage du Fonds mondial et à doter un futur opérateur unique de l'APD d'une capacité opérationnelle pour mettre en œuvre les priorités françaises, notamment le RSS. Au titre des relations extérieures, le Conseil a invité les pouvoirs publics à intensifier le dialogue avec les pays récipiendaires, leurs représentants et les organisations de la société civile et à renforcer la coopération en Europe dans le cadre de l'Union européenne et entre gouvernements.

Représenté dans le groupe de suivi du Fonds mondial mis en place par le ministère de l'Europe et des Affaires Étrangères (MEAE) et largement consacré à la définition et à la construction de la nouvelle stratégie du Fonds mondial pour les années 2022-2025, le CNS a pu y faire valoir et expliquer les recommandations émises dans ses deux Notes sur la politique de la France en matière de lutte contre le VIH. Il a ainsi pu contribuer de façon

significative aux réflexions portant sur la définition et la construction de la nouvelle stratégie du Fonds mondial pour les années à venir. Le CNS était également représenté dans le groupe de contact santé mondiale mis en place par le MEAE : ceci lui a permis d'observer et de prendre note des activités, évènements et enjeux de santé mondiale, à l'agenda du MEAE et plus généralement de la France, tant dans le domaine du VIH que des hépatites, des IST, du renforcement des systèmes de santé (RSS) et de la couverture santé universelle. Cette activité de veille sur la scène internationale a pu, à plusieurs occasions, éclairer les débats internes au Conseil consacrés à la scène française, dans le cadre d'analyses comparées et de réflexions croisées.

La contribution du CNS au pilotage et au suivi des politiques de santé

Au-delà des activités et productions décrites ci-dessus, et dans le prolongement de la période précédente, le CNS a poursuivi sa participation active aux travaux des deux instances de pilotage et de suivi des politiques publiques de santé mises en place par la direction générale de la santé (DGS) dans lesquelles il siège, respectivement le Comité de suivi de l'arrêté relatif aux critères de sélection des donneurs de sang, et le Comité de pilotage de la SN2S.

Le processus entamé en 2016 visant faire évoluer les conditions du don du sang par les HSH s'est poursuivi et accéléré, en particulier en conséquence de la loi du 2 août 2021 relative à la bioéthique, qui dispose que « nul ne peut être exclu du don de sang en raison de son orientation sexuelle » et que les critères de sélection des donneurs « ne peuvent être fondés sur aucune différence de traitement, notamment en ce qui concerne le sexe des partenaires avec lesquels les donneurs auraient entretenu des relations sexuelles, non justifiée par la nécessité de protéger le donneur ou le receveur ». Au regard des données et des éléments d'analyse de risque disponibles, tendant à montrer que la levée des derniers critères restrictifs applicables aux donneurs HSH ne serait pas susceptible de dégrader la sécurité transfusionnelle par rapport à son niveau de référence calculé en 2017, le Comité de suivi s'est exprimé en faveur de cette mesure. Celle-ci a trouvé sa traduction réglementaire dans l'arrêté du 11 janvier 2022 fixant les critères de sélection des donneurs de sang, entré en vigueur le 16 mars 2022, marquant ainsi la conclusion du processus de réintégration des HSH dans le don du sang.

En 2020, le Comité de pilotage de la SN2S s'est attaché à poursuivre le suivi et à engager le bilan de la première feuille de route de la stratégie, qui avait défini un ensemble de 26 actions prioritaires à mettre en œuvre dans la période 2018-2020. Il est apparu au terme de ce cycle triennal que la quasi-totalité des mesures a été engagée, certaines d'entre elles ayant été conduites avec succès à leur terme, les autres présentant un état d'avancement beaucoup plus inégal, souvent en conséquence de la crise sanitaire qui a fortement ralenti ou stoppé leur mise en œuvre, parfois en raison d'obstacles plus structurels, nécessitant de reprendre la réflexion. Après renouvellement d'une partie de ses membres, le Comité de pilotage s'est engagé, à compter du printemps 2021, dans l'élaboration d'une nouvelle feuille de route. Le CNS s'est impliqué dans trois des cinq groupes de travail thématiques formés à cet effet, aux travaux desquels son expertise en matière de lutte contre le VIH et les IST pouvait plus spécifiquement contribuer. La feuille de route 2021-2024, comprenant 37 actions, a été publiée le 1^{er} décembre 2021.

**Au terme de sept années de mandat, les enseignements
tirés de la lutte contre le sida pour agir face aux épidémies émergentes**

Au terme de sa mandature, le Conseil a rendu en juin 2021 un *Avis* sur les acquis de la lutte contre le VIH/sida et leur utilité éventuelle pour la crise sanitaire induite par la Covid-19 et pour les épidémies à venir, intitulé « *La lutte contre le VIH/sida : une démarche, des savoirs et des pratiques pour servir aux enjeux du présent* ».

En dépit des singularités de l'épidémie d'infection par le VIH et du contexte politique, social, sociétal, scientifique de son émergence, le Conseil a considéré que l'expérience de la lutte contre le VIH/sida pouvait être mobilisée pour de nouvelles épidémies, comme elle l'a été pour la lutte contre les hépatites virales dans les domaines de la recherche, de la prise en charge et de la réponse internationale.

Le CNS a ainsi observé que les défis communs soulevés par les épidémies pouvaient appeler des réponses éprouvées dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida. La contrainte de l'urgence nécessite le recours rapide et efficace à la prévention et à la recherche, en l'absence de traitement et de vaccin. Le contexte d'incertitude exige le déploiement de stratégies transparentes d'information, de communication et de prévention, gages de confiance. Les attitudes de discrimination et de stigmatisation possiblement renforcées en contexte épidémique appellent des réponses fondées sur les droits des personnes. Les inégalités d'exposition au virus, y compris socio-économiques, ainsi que les inégalités territoriales justifient le recours à des approches croisées : socio-économique, médico-sociale, culturelle, psychologique et de qualité de vie. Enfin, la dynamique mondiale épidémique, induite par la mondialisation des échanges et des circulations, confirme l'intérêt de la solidarité internationale en faveur des populations des pays à ressources limitées.

Les limites de la réponse française à la crise sanitaire relevées par le CNS l'ont conduit à rappeler l'impératif de la démarche éthique de la réponse aux épidémies en émettant trois préconisations : le renforcement des droits des personnes, en particulier les plus vulnérables et les personnes en établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, la mise en place d'une approche globale fondée sur une stratégie de santé publique dans les domaines de l'information, de la prévention et de l'éducation à la santé, le soutien des mobilisations collectives pour promouvoir la démocratie en santé, défendre la recherche et amplifier la réponse internationale.

En conclusion, le CNS s'est attaché en 2020 et 2021, dans des circonstances sanitaires difficiles, à mettre en lumière la nécessité d'une politique volontaire de prévention et de dépistage du VIH, des hépatites virales et des IST. Dans la lutte contre ces épidémies et celles à venir et au-delà des actions de santé en France et à l'étranger, il a également insisté sur l'importance de promouvoir à la fois le renforcement du droit des personnes en particulier les plus vulnérables, une approche globale reposant sur une stratégie ambitieuse de santé publique, et la démocratie en santé fondée sur la mobilisation de la société civile. Ces éléments ont irrigué la réflexion que le CNS a menée pendant ces deux années pour une évolution prévue de ses missions vers la santé sexuelle⁶, dont la traduction législative est espérée en 2022. Dans ce cadre, le CNS maintiendra une vigilance particulière concernant les épidémies de VIH, d'hépatites virales et d'IST, qui sont au cœur de son identité. Pendant

⁶ Cf. Introduction de la Feuille de route 2021-2024 de la SN2S, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_sante_sexuelle_16122021.pdf

ces deux années, le CNS, avec l'ANRS I MIE et la HAS, a également contribué à mettre au point l'organisation du futur Rapport d'experts sur la prise en charge de l'infection par le VIH, des hépatites virales et des IST, dont les premiers chapitres seront publiés en 2022.

Le CNS dédie ce *Rapport d'activité* à Sandrine Musso, anthropologue, membre du Conseil. Personnalité à la fois très engagée dans ses convictions sociales, et témoignant d'une grande honnêteté scientifique, elle s'y est constamment impliquée pendant les douze années de sa mandature, et ses contributions y ont été déterminantes. Son décès en 2021 a bouleversé l'ensemble du Conseil.

Pr Patrick Yeni

Président du Conseil national du sida et des hépatites virales

RAPPORTS, AVIS ET RECOMMANDATIONS

RENFORCER L'INFLUENCE ET L'ACTION DE LA FRANCE POUR AMÉLIORER LA RIPOSTE CONTRE LA PANDÉMIE DE VIH DANS LE CADRE PLUS LARGE DE LA SANTÉ MONDIALE - NOTE VALANT AVIS #2

La présente *Note valant Avis* a été adoptée par le Conseil national du sida et des hépatites virales, réuni en séance plénière le 19 mars 2020, à l'unanimité des membres présents ou représentés.

MEMBRES DE LA COMMISSION « FONDS MONDIAL »

- Gilles RAGUIN, *président*
- Hugues FISCHER
- Georgia ROEHRICH
- Christine ROUZIOUX
- Marie SUZAN-MONTI
- Liliane VANA
- Patrick YENI

RAPPORTEURS

- Laurent GEFFROY
- Leïla AYACHI

L'analyse des liens d'intérêts déclarés n'a pas permis d'identifier de conflits d'intérêts.

INTRODUCTION

La sixième Conférence de reconstitution des ressources du Fonds Mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose organisée en octobre 2019 à Lyon a permis de réunir 14 Md\$ pour lutter contre les trois pandémies dans les trois prochaines années. Dans la continuité d'une première note rendue publique en amont de la Conférence, cette seconde note du CNS appelle la France à renforcer son influence et son action aussi bien dans le cadre multilatéral du Fonds mondial que dans le cadre bilatéral, afin d'améliorer la qualité et l'efficacité de la riposte mondiale contre le VIH, en particulier en Afrique de l'Ouest et du Centre. Elle propose, par ailleurs, des évolutions significatives de la nouvelle stratégie du Fonds mondial 2023-2028, afin que les parties prenantes concourent plus efficacement à l'atteinte des objectifs de développement durable.

POINTS FORTS

- La France a récemment réaffirmé **son rôle de leader dans la riposte mondiale contre le VIH** à l'occasion de la conférence de reconstitution des ressources du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme pour le cycle triennal 2020-2022. En complément de sa contribution financière en hausse, la France a augmenté son aide bilatérale pour le VIH et le renforcement des systèmes de santé des pays prioritaires de son aide publique au développement (APD).
- Le Fonds mondial a engagé **des évolutions dans la mise en œuvre de ses subventions** entérinées dans sa stratégie 2017-2022 mais celles-ci restent insuffisantes. Il a ainsi favorisé une approche différenciée en fonction des contextes difficiles et un appui aux organisations de la société civile, il a accordé la priorité aux systèmes résilients et pérennes pour la santé, il a promu des initiatives pour lever les obstacles liés aux droits humains. Toutefois, le Fonds mondial a rencontré **des difficultés pour améliorer l'efficacité de ses subventions** aux États fragiles, en particulier en Afrique de l'Ouest et du Centre, au bénéfice notamment des populations clés exposées à l'infection par le VIH. Certaines dispositions mises en place ces dernières années sont insuffisamment adaptées aux besoins, déployées trop limitativement et trop tardivement, peu évaluées et peu coordonnées.
- **La France n'est pas parvenue à corriger certaines difficultés** rencontrées par le Fonds mondial. Ses stratégies 2017-2021, l'une en santé mondiale, l'autre pour l'aide multilatérale, ont défini des priorités en cohérence avec les évolutions du Fonds mondial – lutte contre les pandémies, renforcement des systèmes de santé, couverture santé universelle. Mais la faiblesse du pilotage français du Fonds mondial, le bilan contrasté de l'Initiative 5 %, contribution indirecte française pour soutenir des pays éligibles aux subventions du Fonds mondial et l'absence, plus généralement, de stratégie bilatérale, ont limité l'influence française et sa capacité d'action.
- **Les pays prioritaires de l'APD française**, en particulier en Afrique de l'Ouest et du Centre, devraient bénéficier d'une réponse mieux adaptée à leur situation. Dans plusieurs de ces pays, **les populations clés de l'épidémie sont particulièrement exposées**, l'incidence de l'infection diminue peu ou pas, les pratiques de prévention sont insuffisamment mises en œuvre, la prise en charge présente des limites à chacune de ses étapes, les droits humains sont inégalement protégés. Une action adaptée devrait reposer sur une approche plus différenciée, transversale, pour renforcer les systèmes de santé, intégrée aux autres programmes non VIH,

coordonnée avec les autres bailleurs, alignée sur les plans nationaux et co-construite avec les organisations de la société civile.

- Dans ce cadre, la France doit mieux mobiliser ses canaux d'intervention et renforcer leur spécificité et complémentarité afin de **promouvoir davantage ses priorités et d'exercer un effet levier sur les pays prioritaires de son APD**. La France doit, en particulier, promouvoir des améliorations tangibles pour la mise en œuvre des subventions du Fonds mondial et défendre un haut niveau d'ambition pour la révision de la stratégie. Elle doit aussi renforcer la lisibilité et la cohérence de ses interventions bilatérales et favoriser le rapprochement de ses opérateurs. Elle doit enfin anticiper les évolutions des instruments de l'APD de l'Union européenne et renforcer sa coopération intergouvernementale notamment avec l'Allemagne.
- Aussi, le Conseil national du sida et des hépatites virales adresse **cinq recommandations pour renforcer l'influence et l'action de la France**. La France doit ainsi :
 - inscrire la lutte contre le VIH dans le cadre d'une stratégie en santé mondiale de moyen et de long terme et définir les modalités de son suivi-évaluation ;
 - renforcer sa représentation et son influence au sein du Fonds mondial dans la perspective du prochain cycle triennal et de la prochaine révision stratégique pour favoriser des évolutions ;
 - doter son futur opérateur unique de l'APD d'une réelle capacité opérationnelle pour la lutte contre le VIH et le renforcement des systèmes de santé et, dans l'attente, favoriser des synergies stratégiques, opérationnelles, géographiques, procédurales entre opérateurs ;
 - renforcer le dialogue avec les pays, leurs représentants et les organisations de la société civile et développer en co-construction avec ces organisations des partenariats pérennes ;
 - renforcer la coopération en Europe dans le cadre de l'Union européenne (UE) ou entre gouvernements, au plan stratégique et opérationnel, à l'échelle globale et à celle des pays éligibles aux subventions du Fonds mondial.

LA FRANCE A RÉCEMMENT RÉAFFIRMÉ SON RÔLE DE LEADER DANS LA RIPOSTE MONDIALE CONTRE LE VIH

Le succès de la conférence de reconstitution des ressources du Fonds mondial a traduit l'engagement de la France dans la riposte multilatérale contre le VIH/sida. La tenue de la conférence à Lyon au mois d'octobre 2019 a permis d'atteindre le montant de 14,02 Md\$ de dons pour le financement des programmes du cycle triennal 2020-2022. La France a affirmé à cette occasion son rôle de leader et ses priorités. Le Président de la République a annoncé une augmentation de 20 % de la contribution française au Fonds mondial. Cette hausse est cohérente avec celle de la contribution française à Unitaid, instrument financier de promotion des produits de santé innovants et accessibles aux pays à faibles ressources, dans le champ de la lutte contre les trois pandémies. Il a par ailleurs indiqué que la France entend mieux contribuer à l'efficacité de l'aide contre les pandémies dans la région du Sahel et dans plusieurs autres pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC), en renforçant les capacités des acteurs locaux et les systèmes de santé et en améliorant l'accès aux soins des personnes les plus vulnérables. Il a aussi souligné la priorité que représentent les droits humains des populations clés⁷ exposées au VIH et l'égalité entre les femmes et les hommes.

Pour mettre en œuvre cette ambition, la France a également souhaité augmenter son action bilatérale en direction des pays soutenus par le Fonds mondial et prioritaires pour la France. L'action bilatérale de la France de lutte contre le VIH/sida a été jusqu'à présent peu développée compte tenu de son haut niveau d'engagement au sein du Fonds mondial et d'Unitaid. La principale action bilatérale a été menée par l'opérateur Expertise France dans le cadre de l'Initiative 5 %. Une contribution indirecte de la France au Fonds mondial, équivalente à 5 % de sa contribution directe à l'organisation internationale, puis à 7 % entre 2017 et 2019⁸, a été réservée afin de soutenir les pays éligibles aux subventions du Fonds mondial. L'Initiative 5 % fournit ainsi une expertise technique (canal 1 de l'Initiative) ou des financements répondant à des besoins programmatiques, structurels ou de la recherche opérationnelle (canal 2). Aussi, la France a prévu d'augmenter la part de sa contribution au Fonds mondial allouée à l'Initiative 5 % en la portant à 9 % pour le triennal 2020-2022. En outre, ses programmes seront recentrés sur une quarantaine de pays, contre 54 aujourd'hui et mieux ciblés sur des actions à effet catalyseur.

En complément de l'Initiative 5 %, la France a décidé de doter son principal opérateur de développement de crédits dédiés au renforcement des systèmes de santé (RSS). En 2019, un milliard d'euros supplémentaire a été alloué au groupe Agence française de développement (AFD) pour financer, sous forme de dons, des actions sectorielles, dont la santé. Le groupe, qui était jusqu'à présent absent de l'action contre le VIH en dehors de financements ponctuels de soutien à certaines organisations de la société civile, dispose désormais de crédits dédiés au RSS susceptibles de renforcer la mise en œuvre des programmes VIH. Dans ce contexte, le groupe a signé une convention de partenariat avec le Fonds mondial dans trois pays cibles - Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo (RDC) et Niger - et déploie son

⁷ Pour l'ONUSIDA, les quatre principaux groupes de populations clés sont les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs du sexe, les personnes transgenres et les usagers de drogues injectables. Les prisonniers et les autres personnes incarcérées sont aussi reconnues comme particulièrement vulnérables au VIH et leur accès aux services est souvent jugé inadéquat. Les pays devraient définir les populations clés au regard de leur épidémie et leur riposte en fonction du contexte épidémiologique et social, ONUSIDA, *Guide de terminologie*, 2019.

⁸ 5 % en 2017, 7 % en 2018 et 9 % en 2019.

premier programme en Côte d'Ivoire avec le concours d'Expertise France⁹. Un rapprochement entre les deux opérateurs Expertise France et l'AFD est prévu à l'horizon 2021 avec l'objectif d'adossement du premier au second, sans pour autant, à ce stade, que les modalités soient définies.

Ces annonces s'inscrivent dans un contexte d'accroissement de l'aide publique au développement et de renforcement de son ciblage pour la période 2018-2022. Après 17 années de stabilité, la France a défendu en 2018 une augmentation graduelle de sa contribution à l'APD¹⁰ et un renforcement budgétaire de la composante bilatérale de l'APD¹¹, que traduit l'accroissement des moyens accordés au groupe AFD, dans le cadre d'un effort soutenu sur le quinquennat. Elle a aussi prescrit un ciblage plus marqué de l'APD vers les pays les plus vulnérables, et notamment les 19 pays prioritaires – 18 pays en Afrique (*Cf.* Tableau 1) et Haïti –, une concentration de l'aide bilatérale dans les domaines où la France dispose d'un avantage comparatif, le doublement de l'aide aux organisations de la société civile et un soutien plus appuyé aux acteurs de la coopération décentralisée et du volontariat.

⁹ Les programmes consistent notamment dans la mise en place d'une pharmacie de santé publique dans la ville de Bouaké et dans des actions de prévention du VIH et de santé sexuelle auprès des adolescentes et jeunes femmes.

¹⁰ Le Comité interministériel de la coopération internationale et du développement (CICID) du 8 février 2018 a déterminé une trajectoire de l'APD en pourcentage du Revenu national brut (RNB) ascendante : 0,44 % en 2018, 0,47 % en 2020, 0,51 % en 2021, 0,55 % en 2022.

¹¹ Le CICID a acté que les deux tiers de la hausse moyenne cumulée des autorisations d'engagement de la mission APD d'ici à 2022 contribueront à la composante bilatérale de l'APD, afin d'opérer un rééquilibrage avec les engagements multilatéraux.

LE FONDS MONDIAL A ENGAGÉ UNE ÉVOLUTION POUR MIEUX RENFORCER LES CAPACITÉS DES PAYS MAIS CELLE-CI RESTE INSUFFISANTE

L'ÉVOLUTION RÉCENTE DU CADRE D'INTERVENTION DU FONDS MONDIAL

En complémentarité des financements nationaux, les financements internationaux, fondés sur un modèle d'impact, ont obtenu des résultats significatifs dans la lutte contre le VIH/sida. Ces financements, qui représentaient, en 2018, 44 % des ressources disponibles pour le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, reposent principalement sur deux dispositifs : le Fonds mondial et le programme américain *President's Emergency Plan for AIDS Relief* (PEPFAR). Créés au début des années 2000, les deux instruments ont alloué des financements croissants à des programmes verticaux de lutte contre le VIH/sida et ont contribué, en 2018, à hauteur de 88 % des financements internationaux pour le VIH, avec un apport de 67 % du PEPFAR, présent dans 34 pays, et de 21 % du Fonds mondial, présent pour le VIH dans 76 pays¹². Les financements nationaux et internationaux et le modèle d'impact mis en œuvre ont permis d'obtenir des résultats significatifs en termes d'accès au dépistage et surtout aux médicaments antirétroviraux (ARV)¹³, de baisse de l'incidence du VIH et de baisse des décès liés au sida, en particulier en Afrique de l'Est et du Sud (AES) qui compte 53 % des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Toutefois, dans de nombreux pays à revenu limité, les objectifs fixés relatifs à la baisse de l'incidence ou à l'amélioration de l'accès au dépistage et aux ARV n'ont pas été atteints.

Des évolutions des programmes du Fonds mondial sont depuis intervenues pour favoriser une approche différenciée selon les pays. Si le Fonds mondial a renforcé son modèle d'impact dans la lutte contre les pandémies en se dotant d'un nouveau modèle de financement pour le cycle 2014-2016, il a également promu des projets de RSS et de protection des droits humains adaptés aux difficultés nationales. La stratégie du Fonds mondial 2017-2022 a entériné cette évolution au travers de plusieurs axes : (i) la poursuite d'approches différenciées selon les pays en fonction des contextes afin de renforcer l'efficacité et la pérennité des programmes, (ii) la priorité à la mise en place de systèmes résilients et pérennes pour la santé (SRPS)¹⁴ dans le cadre de la lutte contre les trois pandémies, (iii) l'attention aux obstacles liés aux droits humains, au rejet social, à la discrimination et aux inégalités de genre, considérant leurs conséquences délétères pour la lutte contre les épidémies.

En cohérence avec ces axes stratégiques, le Fonds mondial a porté des programmes novateurs dans le cadre de son cycle triennal d'allocation des subventions 2017-2019. L'approche différenciée suppose, en particulier, la prise en compte des contextes d'intervention difficile.

¹² Kates Jen, Adam Wexler, Eric Lief and Unaid. "Donor Government Funding for HIV in Low- and Middle-Income Countries in 2018, 2019."

¹³ S'agissant du Fonds mondial, 72 % des crédits pour le VIH ont été alloués à sa prise en charge depuis 2015 et 20 % à la prévention.

¹⁴ Les actions pour les SRPS reposent sur sept axes : (i) renforcer les actions et les systèmes communautaires, (ii) soutenir les programmes de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente, (iii) renforcer les systèmes de gestion des achats et des stocks à l'échelle nationale et mondiale, (iv) favoriser des investissements essentiels dans les ressources humaines pour la santé, (v) renforcer les systèmes de données sanitaires et la capacité des pays à analyser et exploiter ces données, (vi) renforcer et harmoniser les stratégies nationales de santé et les plans stratégiques nationaux de lutte contre chaque maladie, (vii) renforcer la gestion et la surveillance financières.

Le Fonds mondial a ainsi mis en œuvre, à partir de 2017, des dispositifs d'allocation des subventions adaptés aux environnements opérationnels complexes (EOC), marqués soit par une instabilité chronique à l'échelle du pays comme en République centrafricaine (RCA), soit par des urgences liées aux mouvements transfrontaliers de population comme au Burundi. Complétés par un fonds d'urgence, ces programmes doivent améliorer la mise en œuvre opérationnelle des subventions, renforcer les partenariats et alléger les règles de gestion. Dans la mesure où la moitié des contextes d'intervention difficile sont situés en AOC, le Fonds mondial a renforcé les ressources humaines dédiées au suivi des pays dans cette zone¹⁵.

Le soutien aux organisations communautaires de la société civile, encore marginal, a contribué à favoriser l'approche différenciée. Un tel soutien apparaît déterminant, y compris en regard du modèle de mise en œuvre des subventions du Fonds mondial. Conformément aux principes de partenariat et d'appropriation, ce sont les pays qui adressent les demandes de subvention au Fonds mondial et s'assurent de la mise en œuvre des programmes, confiés à des récipiendaires, au travers de leur instance de coordination nationale (ICN), qui réunit, notamment, les représentants de la société civile¹⁶. Un premier programme d'assistance technique aux Communautés, droits et genre, doté d'un budget de 15 M\$ pour le triennal 2017-2019, a financé une centaine de demandes d'assistance afin de renforcer les organisations de la société civile¹⁷. Un second programme, le projet pilote Evolution développé dans 18 pays, dont 6 en AOC, et financé à hauteur de près de 4 M\$, a contribué au renforcement des compétences des ICN, selon une approche différenciée, dans quatre domaines : le fonctionnement, la coordination avec les autres institutions, la participation de la société civile et le suivi stratégique des subventions¹⁸.

S'agissant des systèmes de santé, le Fonds mondial a annoncé avoir porté ses subventions annuelles à hauteur de 1 Md\$ par an, soit un quart de ses ressources environ. L'organisation a contribué au renforcement des capacités des pays, notamment des systèmes de gestion des achats et des stocks ainsi que des systèmes de données sanitaires avec la mise à disposition de plateformes *open source* largement utilisées par les pays. Le renforcement des ressources humaines en santé (RHS), qui mobilise la moitié des subventions pour les SRPS, repose notamment sur le financement d'actions de formation initiale et continue au bénéfice d'agents de santé communautaire (ASC), comme en Ethiopie, ou d'infirmiers communautaires, comme en Sierra Leone. Le Fonds mondial contribue aussi au salaire de personnels locaux – 150 superviseurs des ASC au Mali ou une cinquantaine de pharmaciens et logisticiens au Bénin – et aux capacités des systèmes de ressources humaines. Au Mali,

¹⁵ Ainsi cinq ETP pour 100 M\$ sur le budget 2017/2019 a été investi dans la région, contre deux ETP pour la même somme dans le reste de l'Afrique.

¹⁶ Les ICN, qui regroupent secteurs public, partenaires multilatéraux et bilatéraux et société civile, doivent comporter un minimum de 40 % de représentants de la société civile, *i.e.* les ONG, les organisations à base communautaire, les personnes vivant avec la maladie, les populations-clés, le secteur privé et les institutions académiques.

¹⁷ Trois domaines sont concernés : (i) l'assistance technique à court terme dans le cadre du cycle des subventions, le renforcement des capacités de long terme, (iii) la constitution de plateformes régionales de coordination pour les communautés et la société civile.

¹⁸ Global Fund. "Evolving CCMs to Deliver on the Global Fund Strategy", *42nd Board Meeting*, November 2019.

Le déploiement d'un système bancaire mobile pour améliorer la fiabilité du versement des salaires des ASC est financé par le Fonds mondial¹⁹.

En matière de droits humains, le Fonds mondial a promu des initiatives limitées à certains États cibles. Le Fonds mondial met en œuvre deux programmes thématiques pour réduire les obstacles aux services liés aux droits humains. Dotés d'un budget de près de 47 M\$²⁰ pour le triennal 2017-2019, les programmes « Adolescentes, filles et jeunes femmes » et « Lever les obstacles » sont limités respectivement à 13 pays d'Afrique sub-saharienne, dont 12 en AES, et 20 pays dont 12 en Afrique subsaharienne²¹. Si les enveloppes financières de ces programmes sont modestes en regard des enjeux, elles sont toutefois complétées par des fonds de contreparties versés par les États²². Ainsi, le triennal 2017-2019 s'est caractérisé par une augmentation des financements en faveur de la promotion des droits humains²³, pour les pays admissibles au fonds de contrepartie dont les financements ont été multipliés par plus de sept par rapport au précédent triennal. Au total, 90 % des pays inclus dans le programme ont consacré des financements à la suppression des obstacles liés aux droits humains, contre 29 % pour les autres pays du Fonds mondial.

La mise en œuvre des programmes du Fonds mondial s'est accompagnée de la mise en place de partenariats, en particulier avec les autres bailleurs internationaux. Les deux principaux instruments financiers – le PEPFAR et le Fonds mondial – ont tardivement développé des méthodes et instruments de coordination. Tandis que les personnels locaux du PEPFAR participent aux ICN, les personnels du Fonds mondial sont invités à contribuer au processus annuel de planification opérationnelle par pays du PEPFAR. Le rapport 2019 du PEPFAR au Congrès fait état de progrès en matière d'alignement de la planification et d'élaboration de méthodes communes permettant de renforcer la complémentarité du PEPFAR et du Fonds mondial²⁴. Outre le PEPFAR, des organisations internationales comme la Banque mondiale et des instruments financiers comme l'Alliance Globale pour les Vaccins et l'Immunisation (GAVI) ont été mobilisées avec le Fonds mondial afin d'harmoniser les instruments d'intervention sur les systèmes de santé, ébauche d'une coordination entre bailleurs de santé mondiale.

Des évolutions supplémentaires ont été adoptées pour le triennal 2020-2022 afin d'offrir davantage de flexibilité aux pays. D'une part, des ajustements ont été introduits dans la méthodologie d'allocation des crédits du Fonds mondial afin de mieux prendre en compte (i) la performance des subventions, (ii) les besoins requis pour construire des SRPS et accélérer les progrès vers la couverture santé universelle (CSU) grâce à des services VIH

¹⁹ Pour l'ensemble du paragraphe : Fonds mondial, *Note d'information technique : Appui stratégique pour les ressources humaines pour la santé*, 2019.

²⁰ Les fonds catalytiques dédiés au projet « Lever les obstacles » sont composés de 45M\$ de fonds de contrepartie et 1,74M\$ issue d'une initiative stratégique.

²¹ Les douze pays d'AOC inclus dans le programme « Lever les obstacles » sont le Bénin, le Botswana, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, la RDC, le Ghana, le Kenya, le Mozambique, le Sénégal, la Sierra Leone, l'Afrique du Sud et l'Ouganda.

²² Les fonds de contrepartie sont des investissements catalytiques destinés à financer des projets dans le cadre des priorités stratégiques du Fonds mondial. En retour, les pays bénéficiaires doivent s'engager à affecter un montant de fonds propres au moins égal aux fonds de contrepartie leur étant attribué. Les 20 pays du programme « Lever les obstacles » étaient éligibles aux fonds de contrepartie.

²³ On estime à 123 M\$ les investissements effectués par le Fonds mondial pour supprimer les obstacles liés aux droits humains.

²⁴ The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief 2019 Annual Report to Congress, 2019.

intégrés. D'autre part, le Fonds mondial doit désormais accorder des flexibilités aux pays pour réviser la répartition des crédits entre leurs dotations, celles des programmes verticaux et celle des programmes pour les SRPS. Pour dégager des crédits supplémentaires, le Fonds mondial a indiqué vouloir moduler son aide en considérant l'action des autres bailleurs du Plan de santé mondial de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)²⁵.

La discussion sur la nouvelle stratégie du Fonds mondial, qui doit débiter en 2020, est une opportunité pour corriger et améliorer l'efficacité et les résultats de l'organisation. La stratégie devrait préciser les objectifs du Fonds mondial pour l'atteinte des objectifs de développement durable (ODD), anticiper les nouvelles tendances et innovations, mieux s'adapter aux contextes géopolitiques et à l'évolution du paysage du développement. Issu de multiples consultations dans le cadre de forums, le projet stratégique sera soumis au Conseil d'administration du Fonds mondial pour approbation au second trimestre 2021.

UNE ÉVOLUTION QUI RESTE INSUFFISANTE POUR CORRIGER LES DIFFICULTÉS

En dépit des efforts accomplis, le Fonds mondial rencontre des difficultés pour améliorer l'efficacité des subventions allouées aux populations clés et aux États fragiles. Le Secrétariat de l'organisation a reconnu à la fin de l'année 2019 que le Fonds mondial a progressé plus lentement sur les déterminants politiques et socio-économiques de l'épidémie de VIH que sur les facteurs susceptibles d'interventions biomédicales. Ainsi, l'organisation fait face à des difficultés structurelles qui entravent le déploiement d'une offre optimale en direction (i) des populations clés de l'infection par le VIH, (ii) des populations issues des États fragiles²⁶ et des États qui présentent un système de santé faible, dont un grand nombre se situe en AOC.

L'approche différenciée adoptée par le Fonds mondial n'a pas permis de répondre aux difficultés rencontrées dans plusieurs régions, et tout particulièrement en AOC selon un rapport d'ensemble pour la région²⁷. Ainsi, l'impact sur l'épidémie d'infection par le VIH apparaît insuffisant en regard des objectifs 90-90-90 fixés par ONUSIDA²⁸, notamment en raison d'un cadre d'action inadapté. Ainsi, la méthodologie d'allocation des subventions jusqu'ici mise en œuvre par le Fonds mondial a reposé en grande partie sur la charge de morbidité des trois maladies, sans tenir suffisamment compte de facteurs tels que la maturité des systèmes de santé (*Cf.*

²⁵ Le Fonds mondial établira quatre portefeuilles de pays qui recevront a) un ensemble complet de soutien, b) un soutien à plus long terme plus léger, c) un soutien au cofinancement, d) un engagement à un niveau plus stratégique.

²⁶ Un indice des États fragiles, établi par l'ONG américaine Fonds pour la paix depuis 2005 mesure l'état d'un pays à un moment spécifique et est obtenu par la moyenne de douze indicateurs de risques de conflit. La France considère que la fragilité recouvre les pays en situation d'extrême vulnérabilité (économique, sociale, institutionnelle), faisant face à des crises imminentes (sécuritaires, économiques, humanitaires, climatiques), confrontés à des conflits armés, en phase de reconstruction, en sortie de crise, ou susceptibles de basculer dans l'une de ces situations. La fragilité ne se limite pas à l'appareil étatique et inclut les sociétés, qui peuvent également être fragiles en raison notamment d'une rupture du contrat social : Direction générale de la mondialisation, de la culture, de l'enseignement et du développement international et Direction générale du Trésor, *Pour une aide au développement performante, au service des plus vulnérables. Stratégie française pour l'aide multilatérale 2017-2021*, 2017.

²⁷ Bureau de l'Inspecteur général du Fonds mondial, *Mise en œuvre des subventions en Afrique occidentale et centrale*, 2019.

²⁸ A l'horizon 2020, 90 % PVVIH connaissent leur statut sérologique, 90 % de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement ARV durable, 90 % des personnes recevant un traitement ARV ont une charge virale durablement supprimée.

Tableau 1) ou les obstacles aux droits humains impactant l'accès aux services de santé²⁹. Par ailleurs, le pilotage des subventions n'a pas été généralisé à l'ensemble des pays de la région AOC. Seuls 30 % des pays de la région présentent des plans nationaux de mise en œuvre des subventions. Dans ce contexte, l'absorption des subventions par les pays de la région, en dépit de progrès, demeure insuffisante. La Mauritanie et la Guinée ont ainsi des taux d'absorption financière extrêmement faibles (28 % et 33 %, respectivement). La Sierra Leone, le Niger, le Tchad et le Mali enregistrent également des taux d'absorption sous-optimaux, compris entre 50 % et 69 %. La mauvaise absorption entraîne des retards de décaissement et des reports d'activité pouvant couvrir un tiers de la période de mise en œuvre du programme.

La mauvaise absorption des subventions suggère que les initiatives du Fonds mondial pour adapter leurs programmes aux environnements complexes sont insuffisantes. Tout d'abord, le recours aux programmes EOC reste faible – 40 % seulement des subventions des EOC ont tiré parti de ces souplesses en région AOC³⁰ – et leur appropriation par les acteurs locaux reste inégale. Ensuite, les modalités d'accès aux subventions et de mise en œuvre demeurent complexes. Les pays classés en EOC restent soumis à des procédures strictement identiques aux autres pays et ne disposent pas des capacités pour renseigner les rapports demandés³¹. Enfin, les mesures de sauvegarde mises en place par le Fonds mondial en raison de risques financiers avérés, notamment une politique zéro trésorerie, et l'appui par des agents financiers, constituent des obstacles au renforcement des capacités³².

La mise en place des ICN ne constitue pas une garantie suffisante à la participation des organisations communautaires de la société civile. Ces dernières peinent à s'inscrire dans le cadre d'action du Fonds mondial compte tenu de la faiblesse de leur mobilisation ou de l'insuffisance de la reconnaissance qui leur est accordée. Ainsi, au sein des ICN, les échanges restent dominés, dans beaucoup de pays, par les représentants du gouvernement et/ou de la coopération internationale. Cette faible participation des organisations de la société civile peut s'expliquer par (i) la complexité des procédures du Fonds mondial, induite par les exigences d'éligibilité, de redevabilité et de contrepartie, et leur évolution constante, (ii) le positionnement de représentants de la société civile peu enclins à s'opposer trop directement aux acteurs publics parfois très présents dans les ICN comme au Cameroun³³ ou, pour d'autres raisons, au PEPFAR et/ou au Fonds mondial, qui sont les bailleurs de leurs organisations non gouvernementales (ONG), (iii) les difficultés intrinsèques rencontrées par les ICN les privant d'une partie de leurs prérogatives, du fait de lacunes opérationnelles

²⁹ La gestion des subventions du Fonds mondial en AOC est répartie selon quatre groupes gestionnaires. G1 : Bénin, Cameroun, Cap-Vert, Congo, Gabon, RCA, Sao-Tomé-et-Principe, Tchad. G2 : Burkina Faso, RDC, Côte d'Ivoire, Ghana, Mali. G3 : Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Libéria, Niger, Sénégal, Sierra-Leone, Togo. G4 : Mauritanie.

³⁰ Bureau de l'Inspecteur général du Fonds mondial, *Mise en œuvre des subventions en Afrique occidentale et centrale, op.cit.*

³¹ Par exemple, le rapport sur les résultats actuels se compose de douze feuilles de travail contenant plus de 400 entrées à renseigner avec les données collectées afférentes. Le rapport financier annuel est composé de 224 éléments.

³² Bureau de l'Inspecteur général du Fonds mondial, *Gestion des subventions du Fonds mondial dans les environnements à risque élevé, 2017 ; Mise en œuvre des subventions en Afrique occidentale et centrale, op.cit.*

³³ Voir l'exemple de l'ICN du Cameroun : Muriel Same Ekobo et Abdoukadi, « Les partenaires internationaux dans l'instance de coordination du Fonds Mondial au Cameroun : des reconfigurations à l'aune d'une gouvernance instrumentalisée », Face à face [Online], 15 | 2019.

multiples³⁴, de l'investissement insuffisant dans le temps des parties prenantes publiques, ou du rôle joué par le PEPFAR, qui peut négocier en dehors de l'ICN, voire instrumentaliser l'instance pour avaliser sa stratégie dans ses pays d'intervention, comme en Côte d'Ivoire³⁵.

Aussi, l'appui des organisations de la société civile, indispensable à l'approche différenciée, apparaît insuffisant. Si le Fonds mondial ne peut lever tous les obstacles à leur participation, compte tenu du rôle joué par les États ou le PEPFAR, il doit néanmoins offrir un appui à la hauteur des besoins. Or, les programmes d'appui, jusqu'à présent mis en œuvre, ne paraissent pas avoir atteints leurs cibles. Ainsi, l'évaluation intermédiaire du projet Evolution a montré des progrès très encourageants des ICN dans trois des quatre domaines évalués³⁶. Toutefois, les résultats présentés à l'occasion de la réunion du conseil d'administration de novembre 2019 ne permettent pas d'apprécier avec finesse l'impact du programme à l'échelle des pays. De même, le programme d'assistance technique aux Communautés, droits et genre a été reconduit sans évaluation des besoins ni, par ailleurs, augmentation notable des crédits.

L'organisation du Fonds mondial ne paraît pas adaptée pour concevoir, mettre en œuvre, coordonner et évaluer les programmes transversaux. Deux évaluations internes récentes³⁷ et un audit interne indépendant³⁸ ont établi un bilan contrasté des programmes pour les SRPS, qui ont produit un impact limité et sont surtout peu mesurables. Plusieurs difficultés ont été identifiées. Tout d'abord, les programmes verticaux demeurent insuffisamment intégrés entre eux et dans les plans nationaux de RSS, compte tenu du modèle d'intervention par pathologie du Fonds mondial et d'une organisation en silo – par équipe pays – qui peine à évoluer. Ensuite, les programmes demeurent conçus pour une durée triennale, qui ne favorise pas l'inscription dans la durée, nécessaire au travail systémique de RSS. Par ailleurs, les enjeux de gestion, de gouvernance et de transparence des systèmes de santé et l'absorption des crédits pour ces systèmes³⁹ ne sont pas suffisamment pris en compte. Enfin, les procédures de suivi et d'évaluation des actions du Fonds mondial sont centrées sur les processus, en particulier en matière de systèmes d'information, plus que sur les résultats et l'impact. Ainsi, malgré un déploiement optimal du système d'information pour la gestion de la santé des

³⁴ Les lacunes ont été identifiées dans un échantillon de 50 ICN par le Bureau de l'Inspecteur général du Fonds mondial, *L'instance de coordination nationale du Fonds mondial*, 2016.

³⁵ Anne Bekelynck, « La Côte d'Ivoire, un cas d'école des rapports de force PEPFAR – Fonds mondial », Face à face [Online], 15 | 2019.

³⁶ Chaque domaine est évalué selon une échelle comprenant quatre niveaux de maturité.

³⁷ Global Fund, *36th Technical Evaluation Reference Group Meeting Outcome Report*, September 2018 ; Technical Review Panel, *Report on Resilient and Sustainable Systems for Health investments in the 2017-2019 funding cycle*, 2018.

³⁸ Global Fund Office of the Inspector General, *Managing investments in Resilient and Sustainable Systems for Health*, 2019.

³⁹ Le taux d'absorption est de 56 % pour les programmes SRPS autonomes, de 67 % pour les programmes SRPS intégrés dans un programme vertical et de 75 % pour les programmes verticaux.

districts (DHIS2)⁴⁰ au Togo⁴¹, les données de prise en charge du VIH se sont avérées lacunaires sinon erronées dans 42 % des cas, faute de ressources humaines suffisantes⁴².

Au-delà, des tensions sont apparues entre l'approche verticale, qui a nécessité par exemple l'amélioration de la chaîne d'approvisionnement, et l'approche transversale. Ainsi des instruments mis en place par le Fonds mondial pour favoriser l'accès aux traitements dans l'objectif d'éradication des trois pandémies, à l'instar de la plateforme d'achat en ligne Wambo⁴³ ouverte à de multiples opérateurs⁴⁴, ont constitué un obstacle au RSS. La capacité des pays à superviser et assurer la chaîne d'approvisionnement à ses différents niveaux, d'une part, et l'autonomie des systèmes d'approvisionnement nationaux, d'autre part, ont été hypothéquées par le développement de Wambo⁴⁵ et ont pâti du manque de ressources humaines et financières, conjugué à une mauvaise gestion des données de santé dans les pays. En outre, la plateforme Wambo peut présenter des garanties moindres que les systèmes d'approvisionnement nationaux. Ainsi au Togo, la traçabilité des médicaments livrés par la plateforme du Fonds mondial Wambo s'est révélée moins satisfaisante, à l'échelle des districts, que celle mise en place par le système national d'approvisionnement, la Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques et des consommables médicaux (CAMEG).

L'impact des projets initiés dans les champs de la promotion et la protection des droits humains et l'égalité des genres est difficile à évaluer. Certains pays à fort impact supportant une charge du VIH élevée et confrontés à d'importants défis en termes de respect des droits humains, tels que le Burkina Faso, le Mali ou l'Éthiopie, n'ont pas été inclus dans le programme « Lever les obstacles ». À titre d'exemple, l'Éthiopie ne consacre que 0,3 % de sa subvention pour la lutte contre le VIH à la réduction des obstacles liés aux droits humains. En outre, les difficultés à distinguer et caractériser les notions de « suppression des obstacles liés aux droits humains » et de « promotion de la santé en tant que droit de l'homme » peuvent induire un manque de priorisation et de ciblage des ressources. Ainsi, les ressources allouées au projet « Lever les obstacles » se sont avérées insuffisantes et, de surcroît, la portée du programme a été revue à la baisse⁴⁶. En outre, le suivi-évaluation des programmes demeure

⁴⁰ Le système d'information DHIS2 est un logiciel de gestion de l'information personnalisée, en ligne et *open source*, développé par l'université d'Oslo. Le déploiement de ce logiciel mobilise une part importante du poste budgétaire « Systèmes d'information sur la gestion de la santé - Suivi et évaluation ».

⁴¹ Tous les districts déclarent désormais leurs résultats dans le DHIS2 et 57 % des établissements de santé sont équipés de tablettes numériques qui leur permettent d'enregistrer directement les données dans le DHIS2.

⁴² Bureau de l'Inspecteur général du Fonds mondial, *Rapport d'audit des subventions du Fonds mondial à la République togolaise*, 2019.

⁴³ La plateforme d'achat en ligne wambo.org est conçue pour réduire les problèmes d'approvisionnement en mettant en relation des acheteurs et des fournisseurs de produits nécessaires aux programmes de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme.

⁴⁴ Le Fonds mondial a progressivement élargi l'accès à la plateforme d'achat Wambo aux fonds propres des pays puis aux organisations œuvrant dans la lutte contre les trois pandémies.

⁴⁵ Bureau de l'Inspecteur général du Fonds mondial, *Processus de la chaîne d'approvisionnement du Fonds mondial dans les pays*, 2017.

⁴⁶ Le soutien aux vingt pays a été réparti entre un soutien « proactif » et un soutien « réactif ». Douze pays seulement recevront un soutien « proactif » en termes de mise en œuvre des subventions, de mobilisation des parties prenantes, d'élaboration d'un plan stratégique, de suivi, d'assistance technique, d'évaluation à mi-parcours et d'évaluation de fin de projet.

insuffisant : près de 45 % des investissements en faveur des droits humains seraient ainsi alloués à d'autres modules.⁴⁷

Enfin, le faible niveau de coordination entre les différents acteurs entrave la bonne mise en œuvre des subventions. Bien que des partenariats aient pu être conclus en Côte d'Ivoire entre le Fonds mondial, d'une part, et le PEPFAR et d'autres partenaires bilatéraux, d'autre part, les exemples de collaboration avec les partenaires régionaux demeurent peu nombreux. Ainsi en 2017, le Fonds mondial n'a pas rejoint l'initiative Alliance-Sahel portée par la France, l'Allemagne et l'UE et soutenue par la Banque mondiale, l'Organisation des Nations unies (ONU) et l'OMS, en dépit de ses investissements – à hauteur de 440 M\$ sur les deux précédent triennaux – dans la région. Concernant les subventions multi-pays, en l'absence d'un cadre normatif pour la coordination entre les programmes multi-pays d'une région ou entre les programmes multi-pays et les programmes nationaux, l'efficacité opérationnelle des subventions a été limitée⁴⁸. En outre, le faible niveau de gouvernance des subventions multi-pays opérées par les organisations régionales⁴⁹ ne permet pas une coordination efficace avec les parties prenantes pertinentes. Concernant les subventions pays, le manque de communication entre les équipes pays du Fonds mondial entraîne un cloisonnement des subventions, ne favorisant pas le partage de bonnes pratiques d'un pays à l'autre. Enfin, le dialogue entre le Fonds mondial et les maîtres d'œuvre dans les pays est extrêmement hétérogène. Ainsi, le nombre de visites des équipes pays liées à la gestion des subventions en AOC s'élève à 187 pour le Sénégal contre 6 pour le Burkina Faso entre 2015 et 2018.

De façon générale, les réponses aux difficultés identifiées tardent à être déployées. A la suite des rapports d'évaluation et d'audit critiques à l'égard des actions en EOC, différents plans d'action ont été présentés par le Secrétariat pour favoriser des évolutions basées sur une approche différenciée. Ainsi, dans la région AOC, des revues pays par pays sont menées afin de prendre en compte la plupart des recommandations du rapport d'évaluation de 2019 et d'établir des plans d'action pays qui définiront précisément les responsabilités du Fonds Mondial, des acteurs pays et des partenaires. La mise en place de revues pays constitue effectivement un préalable utile au changement mais le processus, entamé pour six pays à ce jour⁵⁰, apparaît relativement long et fastidieux à mettre en œuvre.

⁴⁷ Pour l'ensemble du paragraphe : Bureau de l'Inspecteur général du Fonds mondial, *Supprimer les obstacles liés aux droits humains : Mise en œuvre des composantes relatives aux droits humains de l'Objectif stratégique n° 3*, 2019.

⁴⁸ 71 % des subventions multi-pays/régionales visées par l'examen du Bureau de l'Inspecteur général ont obtenu des résultats inférieurs aux attentes.

⁴⁹ Les subventions multi-pays peuvent être régies par une instance de coordination régionale (ICR) ou une organisation régionale (OR). Les ICR sont des partenariats public-privé multi-pays tandis que les OR s'appuient sur des acteurs locaux possédant une expertise au regard des questions traitées. Les exigences du FM envers les OR sont moindres.

⁵⁰ Sénégal, Guinée-Conakry, Cameroun, Libéria, Sierra Leone et Gambie.

L'ACTION EXTÉRIEURE FRANÇAISE N'EST PAS PARVENUE, JUSQU'À PRÉSENT, À RÉPONDRE AUX DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LE FONDS MONDIAL

Dans le domaine de la lutte contre le VIH/sida, l'action extérieure française s'intègre dans le cadre de deux stratégies ambitieuses. D'une part, la stratégie de la France en santé mondiale éditée en 2017 et pilotée par le ministère de l'Europe et des Affaires étrangères (MEAE) promeut, au travers de son premier axe⁵¹, une approche intégrée de la lutte contre le VIH/sida à la promotion de systèmes de santé accessibles, pérennes, résilients et de qualité pour atteindre la CSU. À cette fin, la France doit soutenir les actions pour les SRPS dans le cadre des stratégies du Fonds mondial et de GAVI, et mettre en œuvre des actions d'appui (i) de l'offre de soins centrée sur les usagers, (ii) des systèmes de financement nationaux en aidant l'allocation des ressources vers la CSU. D'autre part, la stratégie française pour l'aide multilatérale 2017-2021, pilotée par le MEAE et le ministère de l'économie et des finances (MEF), précise la doctrine en matière de participation au système multilatéral⁵². La France doit ainsi encourager les organisations internationales, dont le Fonds mondial, à la définition d'orientations différenciées pour les pays les moins avancés (PMA) et les pays fragiles et favoriser leur alignement sur les ODD. Elle doit, par ailleurs, contribuer à l'amélioration du suivi de leur performance, à la mise en place de coordinations multi-acteurs décentralisées et au renforcement de l'articulation entre instruments bilatéraux et multilatéraux.

Toutefois, la France n'a pas mobilisé des ressources suffisantes pour répondre à ses objectifs ambitieux au sein de son administration centrale et au travers du réseau diplomatique. Ainsi, la Direction générale de la mondialisation, de la culture, de l'enseignement et du développement international (DGM) du MEAE ne dispose pas, en particulier, des ressources humaines suffisantes et pérennes pour piloter efficacement le Fonds mondial, compte tenu de l'accroissement du volume d'activité de l'organisation et de la complexité de sa gouvernance et de son fonctionnement. Les effectifs alloués au suivi de l'activité du Fonds mondial ont stagné ces dernières années, tandis que les plafonds d'emploi autorisés pour la direction comme pour l'ensemble du MEAE ont baissé depuis 2019, conformément aux objectifs de réduction des effectifs mis en œuvre dans le cadre de l'exercice Action publique 2022. Par ailleurs, la proportion significative de personnels non titulaires recrutés pour des missions limitées dans le temps au sein de la DGM⁵³ et leur taux élevé de rotation annuelle – qui atteint 37 % pour les agents contractuels de droit français sur le périmètre du MEAE⁵⁴ – ne favorise pas, en particulier, la montée en compétence des services en charge du pilotage des organisations internationales.

⁵¹ La stratégie définit quatre axes pour le cycle quinquennal 2017-2021 : (i) le RSS et la lutte contre les maladies, (ii) la sécurité sanitaire, (iii) la santé des populations, (iv) l'expertise, la formation, la recherche et l'innovation.

⁵² Direction générale de la mondialisation, de la culture, de l'enseignement et du développement international et Direction générale du Trésor, *Pour une aide au développement performante, au service des plus vulnérables. Stratégie française pour l'aide multilatérale 2017-2021, op. cit.*

⁵³ Les 2/5^e des agents de catégorie A en administration centrale ne sont pas des agents titulaires du MEAE : *Projet annuel de performance annexé au Projet de loi de finances pour 2020, mission interministérielle Aide publique au développement, 2019.*

⁵⁴ *Projet annuel de performance annexé au PLF pour 2020, mission ministérielle Action extérieure de l'État, 2019.*

La perte d'influence de la France, constatée au Fonds mondial, est apparue préjudiciable. Ainsi, le MEAE n'a notamment pas été en mesure de construire des coalitions de représentants au conseil d'administration, rassemblant des pays donateurs et des représentants des pays prioritaires de son APD pour construire et porter ses positions, en particulier sur la mise en œuvre des subventions dans les pays, ni de mobiliser à la hauteur des enjeux les acteurs publics de l'« Equipe France⁵⁵ », dont les opérateurs et leurs partenaires, ainsi que les acteurs privés, pour renforcer le pilotage du Fonds mondial, en particulier la préparation des conseils d'administration et le suivi de l'activité. La faiblesse de ce pilotage, qui contraste avec le haut niveau d'investissement financier de la France, a fragilisé sa capacité d'influence alors que, dans le même temps, d'autres représentants au conseil d'administration ont intensifié leur engagement. En outre, ses contributions au Fonds mondial et aux autres instruments financiers multilatéraux – outre le Fonds mondial, Unitaïd, GAVI, Fonds français Muskoka – ont semblé peu coordonnées entre elles.

S'agissant de l'action bilatérale, la France s'est appuyée sur l'initiative 5 % qui apparaît pertinente au regard des besoins dans les pays prioritaires de l'APD. Selon des données convergentes⁵⁶, l'Initiative 5 % s'est révélée complémentaire des interventions du Fonds mondial aux différents stades d'une subvention et ses effets ont été jugés encourageants. Ainsi en 2018, les ICM de pays tels que l'Éthiopie, les Comores, la Mauritanie ou le Sénégal ont bénéficié de l'assistance technique (canal 1) de l'initiative 5 % pour préparer les demandes de subventions à adresser au Fonds mondial. Parallèlement, le canal 2 de l'initiative offre la possibilité de mettre en œuvre des programmes innovants répondant à des problématiques transversales et spécifiques à des sous-groupes de population plus vulnérables. Par exemple, en Côte-d'Ivoire, un budget de près de 2M€ a été accordé en 2017 à un projet de consolidation d'une offre de soins de santé adaptés, intégrés et accessibles en direction des usagères et usagers de drogues précaires et exposés aux trois pandémies⁵⁷.

Toutefois la France n'a pas tiré tous les enseignements du bilan contrasté de l'Initiative 5 %. Le mécanisme ne dispose ni de cadre stratégique pluriannuel opérationnel ni de système de suivi et d'évaluation des projets des canaux 1 et 2. La faiblesse du pilotage favorise, en particulier, la dispersion des subventions pour les pays prioritaires de l'APD française. À titre d'exemple, en 2018, 20 pays se partageaient 5,1 % des crédits alloués aux 31 États de l'APD française qui présentent le système de santé le plus faible⁵⁸, à travers le canal 1 de l'initiative 5 % (Cf. Figure 1), parmi lesquels figuraient des pays tels que le Mali, dont les résultats en matière de lutte contre le VIH sont encore éloignés des objectifs ONUSIDA (Cf. Tableau 1). La faiblesse du pilotage prive ainsi l'Initiative 5 % d'une visibilité sur les progrès restant à accomplir pour améliorer la réalisation des actions et renforcer l'impact sur la lutte contre le VIH/sida et, au-delà, les SRPS.

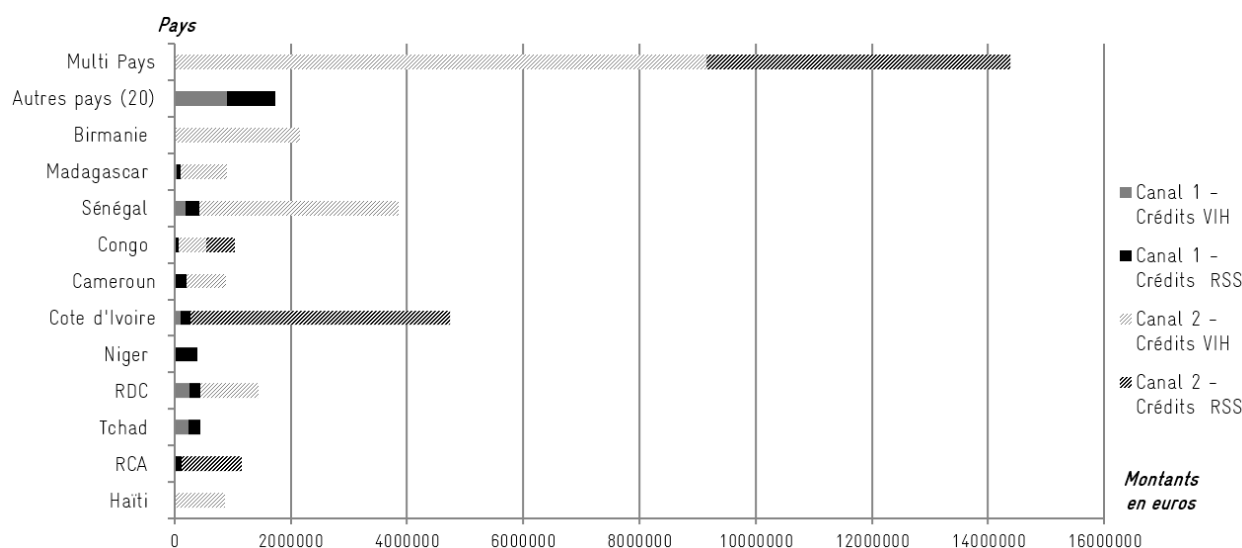
⁵⁵ L'Equipe France est une terminologie utilisée par le MEAE pour souligner que la mobilisation française pour la santé mondiale rassemble de façon inclusive, outre les acteurs publics institutionnels et leurs réseaux à l'étranger, les agences de l'Etat, le monde universitaire et de la recherche scientifique et médicale, les organisations de la société civile et/ou à but non lucratif, le monde professionnel et le secteur privé.

⁵⁶ Auditions du CNS et Technopolis France & CREDES pour le MEAE, *Évaluation stratégique de l'Initiative 5 % (2011-2016)*, volume 1, 2018.

⁵⁷ Initiative 5 %, Rapport d'activité 2018, 2019.

⁵⁸ La faiblesse des systèmes de santé est appréciée pour cette note en regard de l'index IQAS défini au Tableau 1.

Figure 1 : Distribution des crédits de l'Initiative 5 % en 2018 dans 31 pays de l'APD française présentant les systèmes de santé faibles



La liste des 31 pays correspond aux pays de l'APD française dont les systèmes de santé sont les plus faibles en regard de l'indice IQAS défini au Tableau 1. L'item « multi-pays » correspond aux financements accordés à des projets impliquant plusieurs pays. L'entrée « Autres Pays » regroupe les pays recevant moins de 1 % des crédits attribués à l'ensemble des 31 pays étudiés, au titre de projets VIH ou RSS. Les montants indiqués sont issus du Rapport d'activité 2018 de l'initiative 5 %.

La version originelle en couleur de cette figure est consultable en ligne (p.10 de la *Note valant avis*) : cns.sante.fr/rapports-et-avis/nva2-international-2020

Plus largement, la France la France n'a pas contribué à l'émergence d'une politique bilatérale de développement en santé coordonnée. En l'absence de stratégie unifiée et ambitieuses de ses opérateurs, la France ne dispose pas de leviers propres susceptibles de répondre aux enjeux de long terme que représentent le RSS, et notamment les ressources humaines, la CSU et l'appui aux organisations de la société civile dans certains des pays prioritaires de son APD. Depuis les années 2000 et la réforme de sa politique de coopération, la France a ainsi réduit considérablement son appui technique bilatéral dans le domaine du développement en santé⁵⁹, et a, depuis, limité ses interventions à des programmes de faible ampleur confiés à Expertise France, et dans une moindre mesure, à l'AFD. Dans le même temps, des États comme l'Allemagne ou le Royaume-Uni ont renforcé leur politique bilatérale de développement en santé pour engager des partenariats structurés et pérennes avec les pays prioritaires de leur APD.

Au-delà, la France n'a pas suffisamment favorisé l'articulation entre ses différents canaux d'intervention bilatéraux, européens et internationaux. Ainsi, l'articulation entre la contribution française aux instruments européens dont le Fonds européen de développement (FED) – principal instrument de l'action extérieure européenne auprès des pays d'Afrique, Caraïbes et Pacifique (ACP) qui représente un quart de la mission de l'APD française – et ses autres instruments demeure incomplète. D'une part, les opérateurs nationaux, dont l'AFD, sont peu sollicités pour la gestion des programmes de l'APD par la Commission européenne qui préfère recourir aux organisations internationales. D'autre part, les opérations nationales bilatérales

⁵⁹ Alors qu'au début des années 1990 plus de 400 assistants techniques sont financés par le ministère de la Coopération français en appui au secteur de la santé en Afrique, ces derniers ne sont que 221 en 2001, moins d'une centaine en 2006 et une cinquantaine en 2010 : Dominique Kerouedan *et al.*, « Santé et développement : cinquante ans de coopération française en Afrique, *Mondes*, n°7, 2011.

ne sont pas suffisamment encadrées, en regard de la programmation européenne, et leur complémentarité avec l'APD européenne n'a pas été, jusqu'à présent, évaluée.⁶⁰

De façon préoccupante, la France tarde à préciser les axes structurants de sa stratégie de lutte contre le VIH/sida, dans la perspective de l'atteinte des objectifs 90-90-90 et des ODD, dans le contexte de renforcement de son APD. Si la France est apparue pleinement engagée dans le processus de reconstitution des ressources du Fonds mondial, les pouvoirs publics n'ont pas, pour autant, actualisé leur stratégie en santé mondiale 2017-2021. Ils n'ont ni décliné les objectifs de la stratégie en regard de l'accroissement, du rééquilibrage et du ciblage de l'APD dans le domaine de la lutte contre le VIH/sida, ni indiqué dans quelle mesure la lutte contre le VIH/sida pourrait s'inscrire dans l'agenda évolutif de la santé mondiale, du RSS et de la CSU.

Ainsi, en dépit de ses investissements, la France n'a pu exercer une influence suffisante pour améliorer la mise en œuvre des subventions dans les pays prioritaires de son APD. Ni son action multilatérale insuffisamment pilotée, ni son action bilatérale, de faible ampleur, n'ont permis de répondre aux difficultés rencontrées par les populations vulnérables dans des pays clés de son APD.

⁶⁰ Cour des comptes, *La contribution de la France au Fonds européen de développement (FED) - exercices 2008 à 2016*, 2018.

LA SITUATION DES PAYS DONT L'ÉPIDÉMIE D'INFECTION PAR LE VIH EST CONCENTRÉE APPELLE UNE REPONSE PLUS DIFFÉRENCIÉE, TRANSVERSALE, INTÉGRÉE ET COORDONNÉE

DES PAYS FRAGILES QUI PRÉSENTENT UNE ÉPIDÉMIE RELATIVEMENT CONCENTRÉE

Si la prévalence du VIH en AOC est inférieure à celle de l'AES⁶¹, le VIH demeure un enjeu de santé publique majeur dans la région. Le nombre annuel de nouvelles infections à VIH n'a diminué que de 13 % depuis 2010, passant d'environ 320 000 à 280 000⁶². Dans une région où l'épidémie concerne majoritairement trois pays – Nigéria, Côte d'Ivoire et Cameroun⁶³ – des pays diversement touchés accusent un retard significatif dans leurs efforts de prévention, avec une augmentation des nouvelles infections par le VIH supérieure à 10 % entre 2010 et 2018, comme en Guinée équatoriale, Gambie, Mali et le Niger. La situation au regard du VIH est particulièrement préoccupante en ce qui concerne les populations clés et leurs partenaires⁶⁴, qui représentaient 64 % des nouvelles infections en AOC, contre 25 % en AES, en 2018. La prévalence du VIH parmi les travailleurs du sexe dépassait 10 % dans neuf des 17 pays ayant communiqué leurs données à ONUSIDA en 2018. Parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), la prévalence médiane du VIH était de 13,7 % cette même année dans les 16 pays déclarants. En matière de prévention, peu de données sont disponibles sur l'usage du préservatif⁶⁵ et le recours aux services de prévention combinés pour les populations clés. S'agissant de la prévention de la transmission entre la mère et l'enfant, la couverture par des ARV pour les femmes enceintes a diminué depuis 2016 pour atteindre 59 % en 2018.

La région AOC continue de présenter des résultats insuffisants à chaque étape de la prise en charge du VIH. En dépit de nettes améliorations dans certains pays, les résultats demeurent éloignés des objectifs de l'ONUSIDA⁶⁶, voire particulièrement mauvais, par exemple en Mauritanie (Cf. Tableau 1). Le recours au dépistage est encore trop faible, notamment chez les hommes⁶⁷ et un nombre important de personnes initie un traitement ARV à un stade avancé de la maladie⁶⁸. Concernant la couverture en antirétroviraux, les résultats sont également faibles et hétérogènes selon les pays et les sous-groupes populationnels, par

⁶¹ La prévalence du VIH chez les adultes de 15 à 49 ans en 2017 est estimée à 1,9 % en AOC contre 6,8 % en AES.

⁶² ONUSIDA, *Les communautés concernées la réponse au VIH en Afrique occidentale et centrale*, 2019.

⁶³ Le Nigéria, la Côte d'Ivoire et le Cameroun représentent chaque année près de 60 % des nouvelles infections à VIH et 54 % des décès liés au sida.

⁶⁴ Les partenaires des populations clés sont principalement les clients des travailleurs du sexe.

⁶⁵ Seuls six des douze pays disposant de données ont indiqué que plus de la moitié des jeunes hommes (âgés de 15 à 24 ans) avaient déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel à haut risque.

⁶⁶ En 2018, 64 % PVVIH connaissent leur statut sérologique, 51 % de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement ARV durable, 39 % des personnes recevant un traitement ARV ont une charge virale durablement supprimée.

⁶⁷ Selon l'OMS, au Tchad, en République démocratique du Congo, en Gambie, au Ghana, au Liberia, au Nigeria, au Sénégal et en Sierra Leone, plus de 70 % des hommes n'ont jamais effectué le test de dépistage du VIH.

⁶⁸ Dans quatre pays (Bénin, Mali, Sénégal, Togo) au moins 70 % des personnes ayant initié un traitement antirétroviral en 2015 étaient atteintes d'une infection par le VIH à un stade avancé.

exemple en Côte-d'Ivoire où la couverture ARV atteint 46 % pour la population totale, 24 % chez les travailleurs du sexe, 11 % chez les HSH, 96 % chez les personnes détenues et est inconnue chez les personnes transgenres et les usagers de drogues injectables (UDI). Enfin, les constats entourant la troisième cible des objectifs 90-90-90 sont alarmants, en raison du caractère lacunaire des données et de la faiblesse des résultats observés lorsque les données sont disponibles (Cf. Tableau 1).

Les difficultés rencontrées en situation d'épidémie concentrée sont majorées par les fragilités structurelles des pays. Ainsi, la plupart des pays de la zone AOC et Haïti présentent un niveau de développement particulièrement faible. En AOC, le produit intérieur brut (PIB) moyen par habitant est 33 % inférieur à celui du reste de l'Afrique, 13 des 23 pays sont classés dans les pays à revenu faible, avec un PIB par habitant inférieur à 1 000 \$ (Cf. Tableau 1) et 15 pays sont reconnus comme PMA⁶⁹. Ces pays pâtissent d'une qualité et d'un accès aux systèmes de santé primaire dégradés, en regard des restes à charge élevés par patient⁷⁰ ou de la faible densité de professionnels de santé, en particulier dans les zones rurales qui regroupent, dans plusieurs pays, la majorité de la population. La densité de médecins et d'infirmiers en AOC est respectivement trois fois et quatre fois inférieure à celle dans le reste de l'Afrique. L'indicateur composite « Accès et qualité du système de santé » (IQAS)⁷¹ confirme la grande faiblesse des systèmes de santé de plusieurs pays sahéliens, de la RCA, de la Guinée, de la Guinée Bissau et de la RDC (Cf. Tableau 1). Dans ces pays, les ressources financières affectées à la santé, et plus spécifiquement à la lutte contre le VIH/sida, sont réduites. Ainsi, en 2018, la part des financements nationaux de lutte contre le VIH/sida atteignait en AOC 38 % du total des financements – et 27 % dans la région caribéenne – alors que cette part des financements nationaux était de 56 % pour l'ensemble des pays à revenu faible et intermédiaire⁷².

En outre, l'absence ou la faiblesse de garanties en faveur des droits des femmes, des PVVIH et des populations clés fragilise l'accès aux soins et renforce l'épidémie. Les violences à l'égard des femmes demeurent extrêmement élevées, en particulier dans plusieurs pays d'AOC. Ainsi, près de quatre femmes sur dix au Congo et en RDC et trois femmes sur dix au Burundi, au Mali et en Sierra Leone ont été exposées à des violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur partenaire au cours des 12 derniers mois. Les attitudes discriminatoires à l'égard des PVVIH sont approuvées par les deux tiers de la population de plusieurs pays, (Bénin, Ghana, Guinée, Mauritanie et Sierra Leone) et, en dehors de la région AOC, en Haïti. Concernant les populations clés, qui représentent, avec leurs partenaires, plus des deux tiers des nouvelles infections en AOC, celles-ci subissent violences et rejet de la part des populations et des États. Plus de la moitié des États africains ont conservé des lois contre l'homosexualité et cinq États de la région AOC ont même récemment introduit ou renforcé des dispositions pénalisant – jusqu'à 14 ans de prison – les relations entre personnes de

⁶⁹ Le Comité des politiques de développement des Nations Unies a utilisé les critères suivants lors de son dernier examen de la liste des pays les moins avancés, qui compte au total 33 pays : a) le niveau de revenu, mesuré par le revenu national brut (RNB) par habitant ; (b) le stock de capital humain mesuré par un indice du capital humain (ICH) ; et (c) la vulnérabilité structurelle, mesurée par un indice de vulnérabilité économique (IVE).

⁷⁰ En moyenne, entre 2010 et 2015, 45 % des frais de santé restaient à la charge des patients en AOC, contre 33,7 % dans le reste de l'Afrique.

⁷¹ GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators, "Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016", *The Lancet*, Vol. 391, p. 2236-2271, June 02, 2018.

⁷² UNAIDS, *Global AIDS update 2019 - Communities at the centre*, 2019.

même sexe : le Togo en 2015, le Cameroun et la Guinée en 2016, le Tchad et le Burundi en 2017. Or, il est établi que les violences, la discrimination, la stigmatisation et la pénalisation limitent l'accès aux services de santé pour les populations concernées, entravent les actions de prévention et augmentent la vulnérabilité à l'infection par le VIH⁷³.

UN ENVIRONNEMENT QUI JUSTIFIE DE CHANGER PLUS RÉSOLUMENT D'APPROCHE

L'environnement adverse nécessite d'accentuer plus significativement les évolutions initiées par le Fonds mondial afin de mieux répondre aux besoins des populations clés et tenir compte des contraintes des pays. La lutte contre le VIH devrait reposer sur une approche (i) différenciée, pleinement adaptée à l'échelle des territoires, (ii) transversale, pour renforcer les systèmes de santé et lever les obstacles liés aux droits humains et aux inégalités de genre, (iii) intégrée aux autres programmes verticaux du Fonds mondial - paludisme, tuberculose - et aux programmes nationaux de santé, (iv) mieux coordonnée, en particulier avec les autres bailleurs et les plans nationaux.

Le Fonds mondial devrait œuvrer dès à présent à des ajustements significatifs pour renforcer son approche différenciée. Les spécificités des pays doivent être davantage prises en compte dans le cadre (i) des investissements catalytiques, à amplifier, (ii) des ajustements à la méthodologie d'allocation, (iii) les interventions dans des contextes d'intervention difficiles. Les programmes devraient par ailleurs être davantage déclinés à des échelles multiples, celle du sous-continent, car l'approche multi-pays conserve sa pertinence, du pays et de ses sous-régions. Pour favoriser l'approche différenciée, l'appui aux organisations communautaires de la société civile devrait être nettement renforcé pour leur permettre d'être des acteurs à part des ICN, en tenant compte de la diversité des organisations, des contraintes exercées par les autorités publiques des pays en matière de droits humains, comme au Cameroun, et des disparités de fonctionnement des ICN. Conformément à leur vocation originelle, les ICN devraient être des instances ouvertes et inclusives qui favorisent l'information des organisations de la société civile et leur capacité à influencer sur les décisions de l'instance.

L'approche transversale suppose par ailleurs de renforcer l'impact des programmes pour les SRPS et les droits humains. Pour les SRPS, les investissements en matière de formation initiale et continue, en particulier au bénéfice des communautés, et les investissements dans les systèmes d'information, notamment le DHIS2, doivent être amplifiés, pérennisés et leur évaluation doit mieux prendre en compte les résultats et l'impact sur les environnements locaux. Les programmes liés aux droits humains et à la lutte contre les inégalités de genre devraient être davantage développés dans les pays de la région AOC. Ainsi, le programme « Adolescentes, filles et jeunes femmes » déployé en AES et au Cameroun devrait être décliné dans d'autres pays, en particulier en région AOC ou à Haïti. Les programmes relatifs aux droits humains tels que l'initiative « Lever les obstacles », qui concernent sept États de la région AOC⁷⁴, pourraient être étendus à d'autres États, considérant leurs résultats positifs. Les programmes visant par exemple à sensibiliser les législateurs et les agents en charge de l'application des lois ou encore la mise à disposition de services juridiques liés au VIH ont permis des évolutions favorables du cadre législatif répressif, en matière de

⁷³ *Ibid.*

⁷⁴ Bénin, Cameroun, RDC (au niveau de provinces), Côte d'Ivoire, Ghana, Sénégal, Sierra Leone.

pénalisation et de discrimination des PVVIH et des populations clés⁷⁵ reconnues par les partenaires techniques tels que l'ONUSIDA.

S'agissant de l'approche intégrée, les programmes verticaux devraient être structurellement intégrés entre eux et au sein des systèmes de santé publique nationaux. Le Rwanda constitue un modèle d'intégration des programmes du Fonds mondial au renforcement de son système de santé. Tout d'abord, les services VIH ont été intégrés aux soins de santé primaire qui ont rencontré un regain d'activité grâce à la mobilisation d'un réseau d'ASC itinérants – aujourd'hui 58 000 agents pour une population de 12 millions d'habitants. Ensuite, les subventions du Fonds mondial ont permis de financer les cotisations d'assurance maladie et les restes à charge des deux millions de personnes les plus pauvres et de mettre à l'échelle un système de mutuelle de santé communautaire qui couvre aujourd'hui 91 % de la population. Enfin, les mécanismes de coordination dédiés à la mise en œuvre des subventions du Fonds mondial ont été intégrés avec ceux d'autres programmes au sein d'une unité unique d'exécution placée sous la direction du ministère de la santé, sans entraîner d'éviction des dépenses publiques nationales allouées à la santé. Si les résultats très favorables obtenus dans le domaine de la lutte contre le VIH et des SRPS peuvent être en grande partie imputés à ce modèle d'intégration, ceux-ci sont également liés à des facteurs endogènes propres au Rwanda⁷⁶.

S'agissant, enfin, de l'approche coordonnée, la mise en œuvre des subventions appelle une collaboration multiniveaux entre les différents acteurs. Les programmes multi-pays permettent, à travers une approche intégrée de la lutte contre les trois maladies, d'adresser de façon coordonnée et à l'échelle régionale des problématiques complexes telles que l'accès des populations mobiles aux services de santé ou la suppression des obstacles liés aux droits humains et aux questions de genre pour l'accès aux services de prise en charge. Ces projets ont également permis d'amorcer des échanges entre les différentes parties prenantes dans les régions, et un suivi global des épidémies et des subventions, notamment à travers la création de plateformes multilatérales favorables au partage des connaissances et de l'information⁷⁷. Au niveau national, l'ajustement des modalités de mise en œuvre des subventions aux capacités des pays s'est révélé être un élément déterminant pour favoriser la coordination entre les acteurs ainsi que l'absorption des subventions et la pérennité des résultats obtenus, même dans les États fragiles dont les systèmes de santé sont peu développés. Au Sénégal, par exemple, le ministère de la Santé a créé des postes conjoints chargés de superviser à la fois les programmes nationaux de lutte contre les maladies et la Direction de la santé. En RDC, une unité de gestion de programme a été établie au sein du ministère de la Santé, regroupant les fonctions d'achat, de comptabilité et de gestion de programme pour les trois programmes nationaux.⁷⁸

Tableau 1 : Situation au regard du VIH dans 31 pays de l'APD française présentant des systèmes de santé faibles

⁷⁵ Fonds mondial, *Note d'information technique VIH, droits humains et égalité de genre*, 2019.

⁷⁶ Notamment : superficie réduite du pays et population parlant la même langue, décentralisation du système de santé, leadership politique, budget national alloué à la santé supérieur à 15 %.

⁷⁷ Bureau de l'Inspecteur du Fonds mondial, *Subventions multi-pays du Fonds mondial*, 2019.

⁷⁸ Bureau de l'Inspecteur général du Fonds mondial, *Rapport sur la mise en œuvre des subventions en AOC*, *op.cit.*

Le tableau présente des données concernant des pays de l'APD française et plus précisément : i) des données démographiques et économiques ; ii) l'indice composite IQAS (Index de qualité et d'accès aux systèmes de santé), compris entre 0 et 100 qui reflète les conditions de prise en charge ayant un effet majeur sur la mortalité pour 33 maladies ; iii) des données épidémiologiques et de prise en charge du VIH. Seuls les 31 pays de l'APD française qui présentent un IQAS inférieur à 60 figurent dans ce tableau.

Régions (Classifications ONUSIDA)	Pays	Nombre d'habitants ¹ (en millions)	RNB par habitant ¹ (\$US)	IQAS ²	Evolution de l'incidence entre 2010 et 2018 ³	Cascade PVIH 2018 ³		
						Connaissant leur statut sérologique	Recevant un traitement ARV durable	Charge virale durablement supprimée
Caraïbes	Haiti *	11,1	\$ 600	38	-17%	67%	58%	ND
Afrique du Nord Moyen Orient	Djibouti *	1	\$ 3 190	45	24%	ND	30%	ND
Afrique de l'Ouest et du Centre	Bénin *	11,5	\$ 870	43	-15%	ND	61%	48%
	Burkina Faso *	19,8	\$ 670	43	-49%	70%	62%	ND
	Burundi *	11,2	\$ 280	40	-55%	ND	80%	ND
	Cameroun	25,2	\$ 1 440	44	-34%	74%	52%	ND
	Congo	5,2	\$ 1 640	44	-9%	39%	35%	ND
	Cote d'Ivoire	25,1	\$ 1 600	42	-33%	63%	55%	41%
	Gambie	2,3	\$ 710	50	20%	36%	29%	ND
	Ghana	29,8	\$ 2 130	50	-8%	57%	34%	ND
	Guinée *	12,4	\$ 850	39	-19%	ND	40%	ND
	Guinée équatoriale	1,3	\$ 6 840	48	30%	49%	34%	ND
	Guinée-Bissau	1,9	\$ 750	36	-24%	ND	33%	ND
	Libéria *	4,9	\$ 610	45	-31%	68%	35%	ND
	Mali *	19,1	\$ 840	46	51%	33%	31%	ND
	Mauritanie *	4,4	\$ 1 160	52	-47%	62%	54%	ND
	Niger *	22,4	\$ 390	41	11%	72%	54%	45%
	RCA *	4,7	\$ 490	29	-40%	55%	36%	ND
	RDC *	84,1	\$ 490	40	-39%	62%	57%	ND
	Sao Tomé	0,2	\$ 1 890	50	ND	ND	ND	ND
	Sénégal *	15,9	\$ 1 410	44	-39%	65%	63%	ND
	Tchad *	15,5	\$ 670	38	-11%	ND	51%	ND
Togo *	7,9	\$ 660	44	-31%	73%	60%	ND	
Afrique de l'Est et du Sud	Comores *	0,8	\$ 1 380	48	-67%	86%	79%	68%
	Ethiopie *	109,2	\$ 790	44	-23%	79%	65%	ND
	Madagascar *	26,3	\$ 510	44	193%	11%	9%	ND
	Mozambique	29,5	\$ 460	43	-7%	72%	56%	ND
	Rwanda	12,3	\$ 780	48	-61%	94%	87%	74%
Asie et Pacifique	Birmanie	53,7	\$ 1 310	48	-31%	ND	70%	65%
	Laos	7,1	\$ 2 450	45	-43%	85%	54%	47%
	Vanuatu	0,3	\$ 3 130	43	ND	ND	ND	ND

IQAS	29 / 33	34 / 38	39 / 43	44 / 48	49 / 52
Evolution de l'incidence	-100% / -50%	-49% / 0%	1% / 50%	51% / 100%	>100%
Cascade PVIH	0% / 20%	21% / 40%	41% / 60%	61% / 80%	81% / 100%

Sources :

- (1) banquemonnaie.org
(2) thelanceet.com
(3) unaids.org

* Pays appartenant à la liste des pays prioritaires de l'APD française (CICID 2018)

 Etats membres des nations unies classés sous la dénomination "pays les moins avancés" (PMA) en 2018

 ND Donnée non disponible

La version originelle en couleur de ce tableau est consultable en ligne (p.13 de la *Note valant avis*) : cns.sante.fr/rapports-et-avis/nva2-international-2020

LA FRANCE DOIT MOBILISER SES CANAUX MULTILATÉRAUX ET BILATÉRAUX POUR FAVORISER CETTE APPROCHE RENOUVELÉE

L'ACTION DE LA FRANCE POUR FAVORISER LES ÉVOLUTIONS INDISPENSABLES AU FONDS MONDIAL

La France doit regagner une influence perdue au sein du Fonds mondial afin de contribuer à l'orientation de ses évolutions. La France entend jouer un rôle déterminant dans les priorités du Fonds mondial pour améliorer la mise en œuvre des subventions pour le triennal 2020-2022. Le MEAE qui souhaite ainsi mobiliser l'ensemble de son réseau pour regagner en influence et en efficacité a ainsi envoyé des instructions à ses postes diplomatiques afin que ses chefs de poste présents dans les pays récipiendaires participent aux ICN. Ainsi, sur la base des évaluations de la mise en œuvre des programmes des trois premiers piliers de la stratégie du Fonds mondial dans le cadre du cycle triennal 2017-2019, la France devrait promouvoir des améliorations tangibles pour le prochain triennal. La France a par ailleurs déployé l'Initiative présidentielle pour la santé en Afrique (IPSA) afin de répondre au retard constaté dans la mise en œuvre des subventions du Fonds mondial dans plusieurs pays d'Afrique francophone de la région AOC. L'Initiative, qui doit être mise en œuvre par Expertise France, recouvre (i) le déploiement d'experts de haut niveau pour aider les pays à améliorer la gestion financière et programmatique des subventions du Fonds mondial et contribuer au renforcement des systèmes de santé, (ii) la mobilisation politique pour encourager les gouvernements à augmenter la part de l'état dans le budget santé.

La France devra également affirmer un haut niveau d'ambition afin que la révision de la stratégie soit de grande ampleur. À cette fin, le MEAE a mobilisé ses partenaires issus des associations et des secteurs de la santé et de la recherche pour participer aux différents canaux de consultation du Fonds mondial. Par ailleurs, la France doit être représentée au sein du groupe de travail du comité de la stratégie placé auprès du Conseil d'administration⁷⁹. Dans ces instances, la France entend défendre ses priorités : l'importance des droits humains et l'égalité des genres ; les interactions avec les autres ODD ; la transition, la soutenabilité et la gestion des risques ; l'intégration des enjeux transversaux au sein des approches par pandémie ; le renforcement du cadre de redevabilité ; l'équité et l'approche globale.

La France devrait promouvoir des réformes pour améliorer le fonctionnement du Fonds mondial et renforcer son pilotage. La nouvelle stratégie du Fonds mondial devrait, tout d'abord, être développée dans un cadre pluriannuel plus souple et selon une périodicité plus longue. Alors que jusqu'à présent le Fonds mondial a développé ses programmes dans un cadre structurant triennal, la programmation de subventions triennales pour les SRPS ou les droits humains et les inégalités de genre apparaît trop courte et en décalage avec les programmes quadriennaux ou quinquennaux menés par d'autres opérateurs. Par ailleurs, l'organisation devrait pouvoir planifier des programmes structurels sur une durée plus longue que celle de six ans de sa stratégie par exemple une durée de huit à dix ans. En complément le Fonds mondial pourrait inscrire la révision de sa stratégie de façon glissante. Par ailleurs, concernant la gouvernance, le conseil d'administration ainsi que ses trois comités devraient regagner une réelle capacité de pilotage et de suivi dans des domaines techniques ou programmatiques.

⁷⁹ Le comité de la stratégie constitue l'un des trois groupes techniques émanant du Conseil d'administration du Fonds mondial. Celui-ci dispose de prérogatives spécifiques pour contribuer à l'élaboration de la future stratégie du Fonds mondial.

Au-delà, la question du périmètre du Fonds mondial devrait être posée par la France. Si le Fonds mondial a consenti des investissements croissants dans les co-infections et les comorbidités, pour la prévention et le traitement du virus du papillome humain (HPV) et du cancer du col de l'utérus, en conformité avec son mandat, la question d'un élargissement du périmètre tel qu'envisagé par Unitaid pourrait être posée en regard des évolutions du paysage de la santé mondiale et en tenant compte des spécificités du Fonds mondial. Unitaid développe ainsi des programmes consacrés au virus de l'hépatite C (VHC) dans des États à revenu intermédiaire comme l'Égypte, le Pakistan et la Chine ainsi que des programmes sur les fièvres non palustres des enfants. Plus généralement, le Fonds mondial doit être appelé à renforcer son alignement sur les ODD, notamment au RSS et à la CSU.

Plus largement, la France devrait améliorer l'articulation entre ses actions de lutte contre le VIH/sida et ses autres interventions multilatérales dans le domaine de la santé mondiale, en particulier les droits à la santé sexuelle et reproductive (SSR). Ainsi, la France organisera le Forum Génération Égalité conjointement avec le Mexique et sous l'égide d'ONU Femmes à l'été 2020 à Paris. Le Forum doit commémorer le 25^e anniversaire de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing en faveur de l'égalité femmes / hommes et les droits des femmes. Dans ce cadre, la France co-présidera une coalition d'action sur les droits et la SSR. Par ailleurs, la France doit commémorer le dixième anniversaire du Fonds français Muskoka (FFM), mis en place à la suite du G8 de Muskoka, et qui avait pour objectif de réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile, à travers le RSS de dix pays francophones d'AOC. Ces forums, au même titre que le G20 de Ryad en avril 2020, l'Assemblée mondiale de la santé en mai, le *World Health Summit* de Berlin en octobre et le Sommet de la Francophonie de Tunis en décembre, qui a intégré la santé, devront constituer des opportunités pour défendre les priorités françaises, en lien avec ses investissements dans le Fonds mondial, UNITAID et GAVI.

L'ACTION DE LA FRANCE POUR RENFORCER SON CANAL BILATÉRAL

Le projet d'accroître les ressources allouées au canal bilatéral, en complémentarité avec le canal multilatéral, apparaît aujourd'hui acquis à travers le renforcement de l'Initiative 5 %. La stratégie de la France pour l'Initiative 5 %, désormais financée à hauteur de 9 % de la contribution française au Fonds mondial, doit permettre d'accorder une attention particulière aux épidémies concentrées et aux populations vulnérables dans la région AOC en particulier et l'Afrique francophone. Les quatre axes de la stratégie de l'Initiative 5 % pour le cycle 2020-2022 devraient porter sur (i) la mobilisation des compétences des acteurs institutionnels, des organisations de la société civile et du monde de la recherche, (ii) le soutien des projets catalytiques pour le RSS, l'accès aux services et la recherche opérationnelle, (iii) la production et le partage de connaissances issues des activités soutenues ou mises en œuvre par l'Initiative 5 %, (iv) l'appui des acteurs français ou francophones en favorisant le retour d'expérience et d'information auprès du Fonds mondial. Ces différents axes doivent renforcer l'appropriation des dispositifs du Fonds mondial par les acteurs locaux, favoriser la reconnaissance de leur expertise et *in fine* améliorer l'efficacité des subventions du Fonds mondial et contribuer au RSS et à la CSU.

Le pilotage des autres acteurs du canal bilatéral doit à présent gagner en lisibilité et en cohérence. Tout d'abord, la stratégie de l'Initiative 5 % pour le cycle triennal 2020-2022 devrait préciser ses leviers de mise en œuvre en regard des difficultés identifiées par le rapport d'audit indépendant établi pour la région AOC du Fonds mondial. Ensuite, la stratégie de l'AFD devrait s'inscrire plus résolument dans un cadre d'action ambitieux et commun aux opérateurs multilatéraux et bilatéraux afin d'exercer un réel effet levier dans les pays soutenus. À ce jour, les actions issues de la première convention de partenariat entre l'AFD

et le Fonds mondial, portant sur trois pays de la région AOC, sont déclinées en Côte d'Ivoire et sont à l'étude en RDC et au Niger⁸⁰. La hausse de l'APD française en 2020, soutenue par la hausse des décaissements de dons projets bilatéraux, devrait permettre la signature de nouvelles conventions. Enfin, la création du nouveau dispositif de l'IPSA, opéré par Expertise France, devrait être davantage justifiée, afin de renforcer la lisibilité du canal d'intervention bilatéral.

Les incertitudes sur le déploiement d'une réponse plus coordonnée de la part du groupe AFD et d'Expertise France devraient être levées. L'éclatement des services compétents en charge de l'APD entre des directions et des opérateurs placés sous la double tutelle du MEAE et du MEF et l'absence de préfiguration de rapprochement entre Expertise France et le groupe AFD ne favorisent pas la mobilisation d'une réponse bilatérale lisible et efficace du point de vue des programmes verticaux pour le VIH et des programmes transversaux pour le RSS et le soutien des organisations de la société civile. La montée en charge programmée du canal bilatéral, combinée à une hausse des contributions financières allouées via le canal multilatéral au Fonds mondial et à Unitaïd, justifient d'améliorer la complémentarité entre les canaux et de renforcer leur pilotage et leur suivi-évaluation afin de favoriser un effet levier des financements bilatéraux sur les financements multilatéraux.

En parallèle, la France doit anticiper l'évolution des instruments de l'APD européenne. La politique européenne en matière de développement, fixée dans le cadre du consensus européen pour le développement, a pour objectif de contribuer à la mise en œuvre des ODD à l'horizon 2030. La future période de programmation budgétaire 2021-2027 de l'UE propose de simplifier le paysage des instruments européens et d'intégrer le FED, placé jusqu'à présent en dehors du cadre budgétaire de l'Union, dans un instrument unique de voisinage, de développement et de coopération internationale (NDICI). Doté d'un budget prévisionnel de près de 90 Md€, dont 32 Md€ pour l'Afrique subsaharienne, le nouvel instrument doit notamment contribuer à la mise en œuvre des ODD et renforcer la réponse européenne en matière de protection des droits humains et de soutien aux organisations de la société civile. Dans ce cadre, la France devra veiller à la prise en compte par ce nouvel instrument des priorités stratégiques, opérationnelles et géographiques de son APD.

Le cadre européen doit également permettre de renforcer la coopération intergouvernementale, en particulier entre la France et l'Allemagne. L'Allemagne a choisi de mettre en œuvre une politique de développement ambitieuse soutenue par un engagement budgétaire significatif. Son APD nette est ainsi stabilisée autour de 25 Md\$, soit plus du double de l'APD française⁸¹. Au plan stratégique, l'Allemagne a promu une réforme de la gouvernance de la santé mondiale au travers de l'initiation du Plan de santé mondiale de l'OMS qui s'élargit au-delà des 12 parties prenantes multilatérales, aux acteurs bilatéraux. Au plan opérationnel, l'Allemagne s'appuie sur l'expertise et le savoir-faire de la GIZ – Agence allemande de coopération internationale pour le développement – pour mettre en œuvre des actions pour le RSS. La coopération franco-allemande dans le domaine de la santé mondiale s'est jusqu'à présent exercée dans le cadre des organisations multilatérales, en particulier au sein de GAVI où l'Allemagne et la France partagent la même circonscription avec la Commission européenne. Une telle coopération devrait pouvoir s'inscrire dans un cadre stratégique

⁸⁰ En RDC, l'AFD devrait allouer 10 à 15 M€ au renforcement des systèmes de santé maternelle et infantile dans des districts d'intervention du Fonds mondial lors des trois prochaines années. Au Niger, des pistes de collaborations sont encore en cours d'exploration.

⁸¹ En 2017, l'APD nette de l'Allemagne était de 25 Md\$ et celle de la France de 11,3 Md\$. OCDE (2020), APD nette (indicateur).

commun et être étendue aux autres instances multilatérales dont le Fonds mondial et UNITAID. Par ailleurs, des accords bilatéraux dans les pays devraient permettre de systématiser des coordinations déjà existantes – entre Expertise France et la GIZ – et renforcer ainsi l'effet levier dans les pays prioritaires de l'APD.

CINQ RECOMMANDATIONS POUR RENFORCER L'INFLUENCE ET L'ACTION DE LA FRANCE

1. INSCRIRE LA LUTTE CONTRE LE VIH DANS LE CADRE D'UNE STRATÉGIE EXIGEANTE ET EFFICACE EN SANTÉ MONDIALE

La France doit préciser ses objectifs, en cohérence avec l'évolution de son APD, pour l'atteinte des ODD. Dès à présent, le MEAE doit redéfinir, en lien avec ses partenaires et dans le contexte de renforcement de l'APD, la stratégie française en matière de lutte contre le VIH/sida dans les pays à revenu limité. Considérant la perspective exigeante de l'atteinte des objectifs 90-90-90 et des ODD, la stratégie doit préciser en particulier l'articulation des objectifs de lutte contre le VIH avec les volets transversaux ciblés sur les systèmes résilients et pérennes pour la santé, l'accès à la CSU et la promotion des droits humains, dans une perspective de long terme, jusqu'à huit à dix ans.

La France doit mettre en œuvre un suivi-évaluation exigeant de son APD pour améliorer l'efficacité de ses contributions et la coordination de ses interventions. Le MEAE doit ainsi encourager les organisations du système multilatéral à améliorer leurs efforts en matière de redevabilité et établir, pour ses opérateurs bilatéraux, de nouvelles méthodes et procédures de suivi-évaluation. Le MEAE doit aussi améliorer la coordination entre ses instruments internationaux, européens et bilatéraux, en procédant à l'évaluation de leur complémentarité en regard des enjeux soulevés par les programmes verticaux et transversaux et en recourant à de nouveaux accords-cadres ciblés sur les priorités stratégiques, opérationnelles et géographiques de l'APD française.

2. RENFORCER LA REPRÉSENTATION ET L'INFLUENCE DE LA FRANCE AU SEIN DU FONDS MONDIAL ET FAVORISER SON ÉVOLUTION

La France est très attendue pour mieux faire valoir ses valeurs et ses priorités dans la lutte contre le VIH au sein des instances du Fonds mondial. Le MEAE doit ainsi améliorer le pilotage du Fonds mondial, en particulier la gestion des subventions, leur mise en œuvre et la stratégie de l'organisation, et renforcer, à cette fin, les ressources de l'administration française. Il doit, en particulier, favoriser l'affectation d'experts seniors qualifiés à des missions de moyen et long terme et veiller à restreindre le recours à des agents recrutés pour des missions limitées dans le temps. Le MEAE devrait ainsi pouvoir améliorer l'analyse critique des productions du Fonds mondial, faciliter la mise à disposition d'informations clés pour les parties prenantes françaises et ses partenaires du Conseil d'administration, favoriser la mobilisation de ses leviers d'influence au sein du Fonds mondial. De même, le représentant de la France au Conseil d'administration, avec l'appui de la DGM, devrait davantage associer les opérateurs et les différents acteurs de la société civile réunis au sein de l'Equipe France au pilotage du Fonds mondial. En parallèle, le pilotage des autres instruments multilatéraux (UNITAID, GAVI, Fonds français Muskoka) doit être renforcé et leur articulation avec le Fonds mondial doit être davantage précisée.

Dans le cadre de la mise en œuvre des subventions du cycle triennal 2020-2022, la France doit promouvoir et défendre des évolutions du Fonds mondial pour améliorer l'efficacité des subventions. Avec l'appui de partenaires au Conseil d'administration, la France doit soutenir une approche résolument différenciée, transversale, intégrée et coordonnée pour la mise en œuvre des programmes. À cette fin, elle doit demander des mesures opérationnelles immédiates pour les pays fragiles : (i) la simplification des procédures du Fonds mondial dans les environnements complexes ; (ii) la mise à disposition de ressources humaines pour des missions de long terme de suivi des subventions et de coordination des bailleurs ; (iii)

l'accélération du processus de revues pays en AOC ; (iv) l'allocation des financements de contrepartie au financement des effectifs de santé et au soutien de la gratuité des soins dans les établissements de santé ; (v) le renforcement des indicateurs de suivi et d'évaluation des programmes relatifs à la protection et à la promotion des droits humains et l'égalité des genres puis l'extension des programmes « Lever les obstacles » et « Adolescentes, filles et jeunes femmes » aux pays d'AOC ; (vi) l'amélioration du suivi-évaluation des programmes pour les ICN – en particulier Evolution – et leur élargissement à l'ensemble des pays d'AOC.

Dans la perspective de l'élaboration de la stratégie 2023-2028 du Fonds mondial, la France doit préciser dès à présent son positionnement. À cette fin, le MEAE doit préparer une feuille de route indiquant les leviers utiles pour promouvoir une approche plus différenciée, transversale, intégrée et coordonnée du Fonds mondial. La feuille de route doit proposer des pistes de réforme : (i) du périmètre de l'organisation et donc de son mandat, afin de permettre au Fonds mondial d'allouer davantage de ressources à des programmes pour les SRPS en appui aux programmes verticaux ; (ii) du cycle triennal de reconstitution des ressources afin de favoriser l'engagement des donateurs au-delà de trois ans ; (iii) du cycle de révision stratégique organisé tous les six ans afin de privilégier, d'une part, une révision glissante de la stratégie, d'autre part, des perspectives stratégiques de plus long terme, au-delà de six ans ; (iv) du Secrétariat, afin de mettre en œuvre une approche plus différenciée en direction des États fragiles et des populations clés.

3. Doter le futur opérateur unique de l'aide au développement d'une réelle capacité opérationnelle pour la lutte contre le VIH et le RSS

La France doit étendre les partenariats stratégiques bilatéraux conclus par ses opérateurs avec les pays fragiles, en cohérence avec la hausse de l'APD, et en lien avec les partenaires pourvoyeurs ou bailleurs d'assistance, dont le Fonds mondial. Le groupe AFD doit ainsi augmenter ses dons projets bilatéraux dans le cadre d'accords stratégiques en partenariat avec les pays et le Fonds mondial. L'Initiative 5 % doit présenter les ajustements effectués pour améliorer la mise en œuvre des subventions du cycle triennal 2020-2022. Enfin, Expertise France doit préciser à brève échéance les priorités et les actions proposées par l'IPSA pour renforcer l'appui technique. Les différentes initiatives bilatérales doivent contribuer à améliorer l'efficacité des subventions, leur impact et leur évaluation.

La France doit favoriser les synergies entre ses opérateurs, dans l'attente de l'adossement d'Expertise France à l'AFD. Le MEAE, en lien avec le MEF, doit ainsi promouvoir une coopération systémique entre Expertise France et le groupe AFD pour l'ensemble des subventions pertinentes pour le VIH et le RSS. Les opérateurs devraient en particulier : (i) définir une stratégie opérationnelle commune à partir d'une évaluation d'impact ; (ii) décliner un plan d'action ciblé précisant les synergies entre programmes VIH et RSS ; (iii) harmoniser les cadres, procédures et référentiels d'intervention et de suivi-évaluation ; (iv) affecter des ressources humaines à la hauteur des besoins, compte tenu de l'accroissement du volume d'activité des opérateurs et de l'enjeu de renforcement du suivi-évaluation.

La France doit renforcer l'articulation entre ses canaux d'intervention bilatéraux et les organisations multilatérales. Le MEAE doit, en particulier, veiller à intégrer davantage les opérateurs au sein des équipes françaises chargées du pilotage des instruments financiers multilatéraux dont le Fonds mondial.

4. Renforcer le dialogue et les partenariats stratégiques avec les pays prioritaires de l'APD 2019

La France doit améliorer significativement le dialogue entretenu avec les représentants des pays prioritaires de son APD, au travers son action bilatérale et dans le cadre du pilotage du Fonds mondial et des autres instruments multilatéraux. La France doit ainsi renforcer sa collaboration avec les représentants des gouvernements, les organisations de la société civile, en particulier les organisations communautaires et les autres acteurs de la lutte contre les pandémies, de la santé mondiale et de la promotion des droits. Pour favoriser ce dialogue, le MEAE doit mobiliser ses chefs de poste diplomatique dans les pays prioritaires de son APD. Ces derniers doivent participer activement aux ICN et renforcer leur rôle en matière de suivi et/ou d'exécution des crédits alloués pour le soutien des organisations de la société civile dans le cadre des canaux bilatéraux, européens et internationaux. Par ailleurs, dans le contexte de redimensionnement de ses services de coopération et d'action culturelle, le MEAE doit maintenir son réseau diplomatique dans les pays prioritaires de son APD, en particulier les Conseillers régionaux de coopération en santé mondiale (CRSM).

Dans le cadre de ses interventions dans les pays prioritaires, la France doit mettre en œuvre des partenariats stratégiques pérennes en co-construction avec les représentants des pays et en concertation avec l'ensemble des organisations bilatérales, comme la GIZ, et multilatérales (ONUSIDA, OMS, etc.). À cette fin, les représentants de la France dans les pays doivent contribuer à désigner un organisme référent chargé de coordonner l'appui technique conjoint indispensable à la lutte contre les pandémies, la santé mondiale et la promotion des droits.

5. RENFORCER LA COOPÉRATION EUROPÉENNE ET LA COORDINATION INTERNATIONALE DANS LE CADRE DU FONDS MONDIAL ET DE L'AIDE AU DÉVELOPPEMENT LIÉ A LA SANTÉ

La France doit pleinement mobiliser les leviers de l'UE pour renforcer ses priorités en matière de lutte contre le VIH, de RSS et de droits humains. La France devra, en particulier, veiller à préserver sa capacité d'influence dans l'orientation du nouvel instrument unique de voisinage, de développement et de coopération internationale ainsi que son suivi. Le MEAE devra ainsi s'assurer de la pertinence des programmes européens, de leurs complémentarités géographiques et opérationnelles avec ses interventions notamment bilatérales. En lien avec ses postes diplomatiques, il devra veiller à leur bonne mise en œuvre dans les pays prioritaires de son APD. Par ailleurs, le Secrétariat général des Affaires européennes (SGAE) devra pleinement contribuer au retour d'informations des positions européennes auprès du MEAE et des postes diplomatiques.

La France doit également inscrire son engagement européen dans le cadre d'un renforcement de la coopération intergouvernementale. Cette coopération peut notamment reposer sur des initiatives franco-allemandes, prévues par le récent traité franco-allemand d'Aix-la-Chapelle, possiblement élargies à d'autres États clés européens. À cette fin, le MEAE pourrait proposer, en partenariat avec son partenaire allemand, un cadre stratégique dans le domaine de la santé mondiale. Ce cadre partagé pourrait : (i) rappeler l'ambition commune dans les domaines de la lutte contre les pandémies, le RSS et la CSU et dans le contexte du Plan de santé mondiale ; (ii) préciser des priorités communes pour le pilotage des instruments multilatéraux, dont le Fonds mondial ; (iii) établir des perspectives de coopération bilatérale dans des pays prioritaires de l'APD, en priorité entre l'AFD et la GIZ.

INDEX DES SIGLES ET ACRONYMES

ACP : Afrique, Caraïbes et Pacifique

AES : Afrique de l'Est et du Sud

AFD : Agence française de développement

AOC : Afrique de l'Ouest et du Centre

APD : Aide publique au développement

ARV : Antirétroviraux

ASC : Agent de santé communautaire

CAMEG : Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques et des consommables médicaux

CICID : Comité interministériel de la coopération internationale et du développement

CSU : Couverture santé universelle

CRSM : Conseiller régional de coopération en santé mondiale

DGM : Direction générale de la mondialisation de la culture, de l'enseignement et du développement international

DHIS2 : Système d'information pour la gestion de la santé des districts

EOC : Environnements opérationnels complexes

FED : Fonds européen de développement

FFM : Fonds français Muskoka

FMI : Fonds monétaire international

GAVI : Alliance Globale pour les Vaccins et l'Immunisation

GIZ : Agence allemande de coopération internationale pour le développement

HPV : Virus du papillome humain

HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

ICN : Instance de coordination nationale

IPSA : Initiative présidentielle pour la santé en Afrique

IQAS : Indice de qualité et d'accès aux systèmes de santé

MEAE : Ministère de l'Europe et des affaires étrangères

MEF : Ministère de l'économie et des finances

NDICI : Instrument de voisinage, de développement et de coopération

ODD : Objectifs de développement durable

OMS : Organisation mondiale de la Santé

ONG : Organisation non gouvernementale

ONU : Organisation des Nations unies

PEPFAR : President's Emergency Plan for AIDS Relief

PIB : Produit intérieur brut
PMA : Pays les moins avancés
PVVIH : Personne vivant avec le VIH
RCA : République centrafricaine
RDC : République démocratique du Congo
RHS : Ressources humaines en santé
RNB : Revenu national brut
RSS : Renforcement des systèmes de santé
SGAE : Secrétariat général des Affaires européennes
SRPS : Systèmes résilients et pérennes pour la santé
SSR : Santé sexuelle et reproductive
UDI : Usagers de drogues injectables
UE : Union européenne
VHC : Virus de l'hépatite C
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

MÉTHODOLOGIE

La présente *Note valant Avis* est issue des travaux de la commission « Fonds mondial » du Conseil national du sida et des hépatites virales. Les auditions de la commission se sont tenues du 21 juin au 17 décembre 2019. Une version préliminaire de cette note a été soumise au Conseil, pour discussion, lors de sa séance plénière du 13 février 2020.

REMERCIEMENTS

- **Hakima HIMMICH**, Présidente, **Estelle TIPHONNET DIAWARA**, Directrice Partenariats et Capitalisation, **Khalil ELOUARDIGHI**, Directeur Plaidoyer, Coalition Plus.
- **Éric FLEUTELOT**, Directeur technique, Pôle grandes pandémies / Initiative 5 %, Expertise France.
- **Christelle BOULANGER**, Rédactrice en Chef, AIDSPAN.
- **Philippe WALFARD**, Responsable adjoint de la division santé et protection sociale, **Perrine BONVALET**, Chargée de mission pour la division santé et protection sociale, Agence Française pour le Développement.
- **Fred EBOKO**, Directeur de recherche, Institut de recherche pour le Développement.
- **Saran BRANCHI**, ancienne Conseillère régionale en Santé mondiale.
- **Pascal Antoine NIAMBA**, Professeur de médecine, membre titulaire représentant la circonscription d'Afrique de l'Ouest et du Centre, Conseil d'administration du Fonds mondial.
- **Dianne STEWART**, Responsable du Département des relations avec les bailleurs – Division des relations extérieures, **Julien GUILLEMARD**, Spécialiste associé – Département des relations avec les bailleurs Division des relations extérieures, **Nelly COMON**, Responsable – Département des relations avec les bailleurs – Division des relations extérieures, **Hannah GRANT**, Conseiller senior stratégie – Centre stratégie et politique, **Francesco MOSCHETTA**, Conseiller senior pour les Environnements Opérationnels Complexes – Division de la gestion des subventions, **Sonia FLORISSE**, Responsable senior du portefeuille fonds pour le département haut Impact Afrique 1, **Ade FAKOYA**, Coordinateur senior – Département conseils techniques et partenariats, **Benjamin LOEVINSON**, Coordinateur senior Santé maternelle, néonatale et infantile et renforcement des systèmes de santé – Département conseils techniques et partenariats, **Heather DOYLE**, Coordinateur technique senior – Département communautés droits et genre, **Mathieu COURTOIS**, Responsable des données, des analyses, des processus et des outils pour le *sourcing* et la chaîne d'approvisionnement – Département communautés droits et genre, Secrétariat du Fonds mondial.
- **Daouda DIOUF**, Fondateur de l'Institut de la société civile pour la santé en AOC, Directeur d'Enda santé.
- **Joan VALADOU**, Sous-directeur du développement humain, **Lionnel VIGNAQ**, Chef du pôle partenariats mondiaux en santé, Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères.

AVIS SUR LA PLACE DE LA PREP DANS LA PRÉVENTION DU VIH EN FRANCE : CHANGER DE PARADIGME, CHANGER D'ÉCHELLE

Le présent *Avis* a été adopté par le Conseil national du sida et des hépatites virales, réuni en séance plénière le 15 avril 2021, à l'unanimité des membres présents ou représentés.

MEMBRES DE LA COMMISSION « PREP »

- Carine FAVIER, *présidente*
- Philippe ARTIÈRES
- Hugues FISCHER
- Gilles RAGUIN
- Christine ROUZIOUX
- Christine SILVAIN
- Marie SUZAN-MONTI
- Patrick YENI

RAPPORTEURS

- Michel CELSE
- Leïla AYACHI
- Marine SCANDELLA

L'analyse des liens d'intérêts déclarés n'a pas permis d'identifier de conflits d'intérêts.

INTRODUCTION

Parmi les différentes innovations qui ont contribué au cours de la décennie écoulée à reconfigurer la stratégie de prévention de l'infection par le VIH, l'introduction de la prophylaxie pré-exposition (PrEP), autorisée en France et intégralement prise en charge par l'assurance maladie depuis janvier 2016, représente à la fois la mise à disposition du public d'un nouvel outil de protection individuelle hautement efficace contre le risque d'acquisition du virus, et un levier supplémentaire essentiel sur le plan de la santé publique pour réduire l'incidence du VIH.

S'agissant de cet objectif global, les progrès obtenus en France au cours des dernières années demeurent insuffisants, notamment par rapport à ceux, plus précoces et plus marqués, qu'ont enregistrés d'autres pays européens comparables. L'amélioration observée en 2018 pour certains indicateurs épidémiologiques était à la fois d'ampleur modeste et demeurait partielle ; aucune évolution favorable n'était en effet constatée dans certains groupes de populations clés comme dans certains territoires prioritaires. Depuis plus d'un an, la crise sanitaire engendrée par l'épidémie de COVID-19 perturbe profondément le fonctionnement et les conditions d'accès aux services de prévention, de dépistage et de soins. Son impact sur le dépistage du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles (IST) tout comme sur le recours à la PrEP est alarmant et pourrait compromettre les fragiles progrès obtenus dans la réponse globale à l'épidémie.

D'autre part, l'introduction d'un nouvel outil de prévention pose plusieurs défis en termes d'appropriation par ses usagers potentiels, a fortiori s'agissant d'un outil qui repose sur la prise d'un traitement médicamenteux par des personnes bien portantes. La PrEP, tout d'abord, ne se réduit pas à la prescription et la prise d'un médicament. Elle est un moyen qui s'inscrit dans une démarche beaucoup plus globale de prévention et s'articule en particulier à une pratique régulière de dépistage du VIH et des autres IST. À la différence d'une innovation thérapeutique, qui répond aux besoins de soins d'une personne confrontée à une maladie, un outil de prévention ne répond à aucun besoin préexistant tant que la personne n'a pas identifié à la fois son exposition à un risque de santé, et l'intérêt que l'outil peut présenter pour elle de réduire ce risque. Du point de vue de l'action publique, il ne suffit donc pas de permettre l'accès à l'outil et d'organiser l'offre ; il est nécessaire de le promouvoir activement auprès du public. Il s'agit non seulement de s'assurer que l'ensemble des personnes auxquelles il pourrait bénéficier aient connaissance de son existence, mais que leur soient donnés les moyens d'opérer un choix éclairé d'y recourir ou non.

Enfin, l'unique médicament jusqu'à présent proposé en PrEP ne représente que les prémices du développement de ce concept de prévention. De nouvelles molécules à longue durée d'action, sous forme injectable, de patch ou d'implant, ouvrent la perspective de nouvelles PrEP assurant une protection hautement efficace pendant un, deux voire six mois entre deux injections ou renouvellements du dispositif. L'arrivée de ces innovations est imminente pour certaines d'entre elles, impliquant de penser de nouveaux usages, de nouveaux publics et de nouvelles modalités d'offre.

Au regard de ces enjeux, le Conseil national du sida et des hépatites virales a souhaité engager une réflexion sur la place prise par la PrEP dans la stratégie de prévention du VIH en France cinq ans après son introduction. A cet effet, une commission de travail formée de huit membres du Conseil et appuyée par les conseillers-experts placés auprès de l'instance a procédé à une analyse de la littérature et des différentes données et résultats d'études disponibles permettant d'appréhender le développement de l'utilisation de la PrEP en France et le profil de ses usagers. Cette commission a également conduit un ensemble d'auditions

d'acteurs choisis en fonction de leur expérience de terrain spécifique ou d'une expertise significative des enjeux du recours à la PrEP au sein de différentes populations clés, tels que des chercheurs, des professionnels de santé et de la prévention, des représentants d'associations ou d'organisations communautaires, des professionnels de la communication, des représentants de l'administration de la santé au plan national et régional.

Au travers du présent *Avis* et des onze recommandations qui lui font suite, le Conseil entend (1.) proposer un état des lieux synthétique du déploiement actuel de la PrEP et, constatant d'importantes limites, (2.) préconiser plusieurs orientations novatrices qu'il estime indispensables de mettre en œuvre pour développer le recours à cet outil à la hauteur de son potentiel. L'enjeu est autant d'optimiser la réponse à l'épidémie de VIH en France, que de permettre à toutes les personnes auxquelles la PrEP peut offrir une option pour améliorer leur prévention et la qualité de vie sexuelle, d'en bénéficier.

1. L'USAGE DE LA PREP SE DÉVELOPPE EN FRANCE MAIS RESTE SOUS-OPTIMAL PAR RAPPORT AU POTENTIEL DE CET OUTIL DANS LA STRATÉGIE DE LUTTE CONTRE LE VIH

Le cadre dans lequel la PrEP est mise à disposition depuis 2016 (1.1) a permis un déploiement de ce nouvel outil qui demeure cependant insuffisant au sein de la population principalement ciblée des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HSH). En revanche, il est quasiment inexistant auprès d'autres publics qui pourraient en bénéficier au regard de leur exposition à des risques majorés de contracter le VIH (1.2). Les freins observés à un recours plus large à la PrEP par les différents publics résultent notamment des critères médicaux d'éligibilité à son utilisation. Ceux-ci n'ont pas évolué et en définissent l'accès de manière limitative, lui conférant parmi les moyens de prévention du VIH le statut d'un outil subsidiaire, d'usage exceptionnel et réservé à un public restreint (1.3). Les actions de promotion de la PrEP reflètent cette conception. La communication institutionnelle demeure jusqu'ici ciblée presque exclusivement en direction des HSH, pendant que sa promotion auprès de publics plus diversifiés reste très limitée, à l'initiative d'associations (1.4). L'organisation de l'offre de PrEP, cantonnée aux services hospitaliers spécialisés et aux CeGIDD, apparaît entretemps inadaptée à répondre quantitativement et qualitativement aux enjeux d'une diffusion plus large (1.5). L'action publique en faveur du développement de la PrEP, au terme d'une phase centrée sur l'organisation de l'offre, manque globalement d'une réflexion stratégique actualisée. Son pilotage apparaît en outre inégalement porté au niveau régional (1.6).

1.1. LES CONDITIONS D'ACCÈS À LA PREP MISES EN PLACE EN 2016 ONT PEU ÉVOLUÉ

La dispensation de la combinaison antirétrovirale FTC/TDF (Truvada® et ses génériques)⁸² en PrEP est autorisée en France depuis le 1^{er} janvier 2016, d'abord dans le cadre d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU), puis d'une extension de son autorisation de mise sur le marché (AMM) à la nouvelle indication en prophylaxie. La spécialité FTC/TDF demeure la seule approuvée à ce jour en Europe pour l'usage en PrEP.

Les assurés sociaux bénéficient d'une prise en charge intégrale du coût du traitement par l'assurance maladie. Les personnes étrangères en situation irrégulière au regard du séjour peuvent également accéder sans frais à la PrEP si elles bénéficient de l'aide médicale d'État (AME).

Selon les recommandations de la Haute Autorité de santé⁸³, qui n'ont pas connu d'évolution substantielle depuis 2016, la PrEP s'adresse aux adultes et adolescents à partir de 15 ans exposés à un haut risque de contracter le VIH. Les populations définies comme concernées sont principalement les HSH et les personnes trans, sous réserve de répondre à certains critères précis d'exposition au risque⁸⁴. En dehors de ces deux groupes, l'utilisation de la PrEP n'est à envisager qu'au cas par cas, pour les usagers de drogues intraveineuses avec

⁸² Combinaison associant l'emtricitabine (FTC) et le fumarate de ténofovir disoproxil (TDF). Truvada® est la dénomination commerciale de la spécialité princeps. Des génériques de FTC/TDF sont disponibles en France depuis juillet 2017. La dénomination commune FTC/TDF est utilisée dans la suite de cet Avis pour désigner la spécialité indifféremment dans sa forme princeps ou générique

⁸³ Haute Autorité de santé, Fiche de bon usage du médicament : La prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH par ténofovir disoproxil/emtricitabine (TRUVADA® et ses génériques), avril 2019. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2750213/fr/la-prophylaxie-pre-exposition-prep-au-vih-par-truvada

⁸⁴ A savoir au moins l'un des quatre critères suivants : (i) rapports sexuels anaux sans préservatif avec au moins 2 partenaires sexuels différents dans les 6 derniers mois, (ii) épisodes d'IST dans les 12 derniers mois, (iii) au moins un recours à un traitement post-exposition au VIH dans les 12 derniers mois, (iv) usage de drogues lors des rapports sexuels (chemsex)

partage de seringues, les personnes en situation de prostitution exposées à des rapports sexuels non protégés et les personnes en situation de vulnérabilité exposées à des rapports sexuels non protégés à haut risque de transmission du VIH.

Pour les personnes éligibles à la PrEP, deux schémas de prise de la PrEP, pouvant répondre à des besoins différents, peuvent être proposés : la prise en continu, ou la prise dite « à la demande ».⁸⁵ Ce dernier schéma ne concerne que les hommes.

La prescription initiale d'une PrEP ne peut jusqu'à présent être effectuée que par un médecin expérimenté dans la prise en charge du VIH exerçant à l'hôpital ou en CeGIDD. Cette consultation spécialisée doit permettre une évaluation par le médecin du niveau de risque de la personne de contracter le VIH, ainsi que des éventuelles contre-indications à la prescription du FTC/TDF. L'initiation d'une PrEP doit s'inscrire dans une démarche de santé sexuelle globale et s'accompagner de conseils et de soutien. Le renouvellement de la prescription peut en revanche être effectué par tout médecin, dans la limite d'un an.

1.2. LE NOMBRE D'USAGERS DE LA PREP AUGMENTE, MAIS LEUR PROFIL DEMEURE PEU DIVERSIFIÉ

1.2.1. Une progression constante du nombre d'usagers depuis 2016, que le contexte de pandémie de COVID-19 a toutefois brutalement freinée en 2020

Selon les données disponibles,⁸⁶ plus de 32 000 personnes au total ont initié une PrEP en France depuis sa mise à disposition en 2016. Le nombre d'initiations a augmenté constamment au cours de la période, à un rythme qui s'est accéléré à compter de mi-2018, mais a été brutalement freiné en 2020 dans le contexte de crise sanitaire lié à l'épidémie de COVID-19. La proportion des initiateurs qui renouvellent leur prescription est élevée, de sorte que le nombre total d'utilisateurs a progressé tout au long de la période pour atteindre plus de 21 000 personnes au premier semestre 2020. Ce chiffre est toutefois moindre qu'attendu, en raison du ralentissement des initiations et également d'une baisse du taux de renouvellement durant la période de confinement. Le redressement observé dans la période post-confinement n'a pas permis de retrouver le niveau de croissance escompté, suggérant un impact négatif durable de l'épidémie de COVID-19 sur la dynamique de développement de la PrEP.⁸⁷

L'utilisation de la PrEP sur le territoire demeure inégale. Elle est à plus de 70 % le fait de personnes résidant dans des unités urbaines de plus de 200 000 habitants. Paris concentre plus du quart des usagers de PrEP en France, et l'ensemble de la région Île-de-France plus de 40 %. Le développement de la PrEP a été plus lent sur le reste du territoire et y demeure contrasté selon les régions. En métropole, les différences observées sont cependant cohérentes dans l'ensemble avec l'épidémiologie, au sens où les régions où l'usage de la PrEP est plus développé correspondent globalement à celles où les taux de dépistages du VIH positifs sont les plus élevés. Au premier semestre 2020, la région Île-de-France comptait 7,5 utilisateurs de PrEP pour 10 000 habitants, suivie par les régions Sud (3,5), Auvergne-

⁸⁵ Haute Autorité de santé, Fiche de bon usage du médicament : La prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH par ténofovir disoproxil/emtricitabine (TRUVADA® et ses génériques), *Op. Cit.* Pour une présentation de la PrEP et notamment des deux schémas de prise dans la perspective des usagers, voir par ex. le guide *La PrEP – Mode d'emploi* publié par l'association AIDES. https://www.aides.org/sites/default/files/Aides/bloc_telechargement/AIDES_GUIDE_PREP_2018_FR.pdf

⁸⁶ *Suivi de l'utilisation de Truvada® ou génériques pour une prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS), EPI-PHARE, 1^{er} décembre 2020*, <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/prep-vih-2020>

⁸⁷ Cf. Annexe 1 – Impact de l'épidémie de COVID-19 sur le développement de la PrEP

Rhône-Alpes (2,8), Occitanie (2,7) et Centre-Val-de-Loire (2,6)⁸⁸. Une très forte disparité existe en revanche entre la métropole et les départements et collectivités d'outremer, alors que certains de ces territoires sont très fortement touchés par l'épidémie. Le taux d'utilisateurs est ainsi près de cinq fois moindre en Guyane (1,6) qu'en Île-de-France, alors que le taux de découverte de séropositivité y est plus du double.

1.2.2. L'usage de la PrEP concerne presque exclusivement des HSH, mais demeure insuffisant y compris dans cette population cible

Au plan national, la quasi-totalité des usagers de PrEP – près de 97 % – sont des hommes, dont la très grande majorité a des relations sexuelles avec des hommes. On estime ainsi en Île-de-France que les HSH représentent 93 % de l'ensemble des usagers.⁸⁹ L'âge moyen à l'initiation de la PrEP est d'environ 37 ans. La part des moins de 25 ans fluctue, sans tendance claire, entre 16 % et 19 % au cours des deux dernières années.

Les HSH représentent l'un des deux groupes de population dans lesquels se concentre l'épidémie de VIH en France et celui dans lequel les taux de prévalence et d'incidence sont les plus élevés. En 2018, plus de quatre nouveaux diagnostics d'infection par le VIH sur dix ont concerné des HSH. Les estimations de l'incidence, qui reflètent la dynamique réelle de l'épidémie, montrent cependant une orientation globale à la baisse entre 2013 et 2018. Dans le même temps, le nombre de nouveaux diagnostics est resté stable à un niveau élevé avant de diminuer en 2018 (-7 % par rapport à 2013). Ces deux tendances sont sensiblement plus marquées à Paris.⁹⁰ Ces évolutions globalement favorables sont cependant à nuancer concernant deux sous-groupes dans la population HSH : d'une part les HSH nés à l'étranger, chez lesquels les indicateurs, bien que d'interprétation complexe, suggèrent une dynamique de l'épidémie préoccupante, et qui concentreraient selon les estimations d'incidence 30 % de l'ensemble des nouvelles infections au sein de la population HSH⁹¹ ; d'autre part les HSH de moins de 25 ans, chez lesquels le nombre de nouveaux diagnostics ne baisse pas en 2018.⁹²

En regard de ce contexte épidémiologique, des données d'enquêtes conduites auprès de la population HSH, sans être représentatives de l'ensemble de cette population, permettent de cerner plusieurs caractéristiques des HSH usagers de PrEP.⁹³

Selon l'enquête ERAS, en 2019, l'usage de la PrEP au dernier rapport sexuel concerne 9,1 % des HSH non séropositifs ayant répondu à l'enquête, en nette progression par rapport à 2017 (3,6 %). Cet usage est beaucoup plus fréquent s'agissant de protéger une relation avec un partenaire occasionnel qu'avec le partenaire stable. Par rapport à l'ensemble des répondants non séropositifs, les usagers de PrEP se distinguent par un âge médian et un niveau

⁸⁸ Taux d'utilisateurs de PrEP pour 10 000 habitants calculés à partir du nombre d'utilisateurs par région au 1^{er} semestre 2020 (données EPI-PHARE) et des estimations de la population par région au 1^{er} janvier 2020 (INSEE, Estimation de population par région, sexe et grande classe d'âge - Années 1975 à 2021. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>).

⁸⁹ *Épidémiologie de l'infection VIH en France - 2013-2018. Tendances et contribution de la prévention combinée (dépistage, traitement antirétroviral des PVVIH, prévention par le préservatif et la PrEP)*, ANRS, Action coordonnée «dynamique et contrôle des épidémies VIH et hépatites», juillet 2020, <http://www.anrs.fr/sites/default/files/2020-07/epidemiologie-infection-vih-france-2013-2018.pdf>

⁹⁰ *Ibid.*

⁹¹ *Ibid.*

⁹² Découvertes de séropositivité VIH et diagnostics de sida - France 2018, Santé publique France, Bulletin de santé publique, 9 octobre 2019, <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-sida-novembre-2019>

⁹³ Santé publique France. Enquêtes Rapport au sexe (ERAS) 2017 et 2019, données communiquées au CNS dans le cadre de ses auditions ; The EMIS Network. EMIS-2017 - The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Key findings from 50 countries. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2019. Stockholm, August 2019

d'éducation plus élevés ainsi que par une situation financière plus fréquemment jugée confortable. Ils résident plus fréquemment dans de grandes villes et sont proportionnellement plus nombreux à s'auto-définir comme homosexuels. Sur le plan des indicateurs de comportement sexuels, la quasi-totalité utilise des sites ou applications de rencontre, leur nombre de partenaires sexuels au cours des six derniers mois est très sensiblement plus élevé, l'usage du préservatif moindre, des antécédents récents d'IST plus fréquents et la pratique du chemsex plus répandue. Ces données suggèrent que les HSH qui utilisent actuellement la PrEP correspondent bien au cœur de cible de l'outil au regard de leur exposition à des risques élevés de contracter le VIH.

Pour autant, l'usage de la PrEP parmi les HSH demeure très insuffisant. Selon la même enquête, au regard des critères d'exposition au risque définis par les recommandations actuelles (*Cf. 1.1 supra*), près du tiers des HSH non séropositifs répondants à l'enquête sont potentiellement éligibles à la PrEP. Or parmi ces HSH éligibles, seulement un sur cinq utilise la PrEP.

En miroir du profil particulier des usagers actuels, les HSH qui pourraient bénéficier de la PrEP mais qui n'y recourent pas sont tendanciellement plus jeunes, moins éduqués ou encore en cours d'études, moins urbains, et connaissent plus fréquemment des difficultés financières. Ils sont également moins nombreux à se définir comme homosexuels, à fréquenter les lieux de convivialité et les sites et applications de rencontres spécialisés. Les indicateurs de comportements sexuels et de prévention montrent des situations d'exposition un peu moins fréquentes que chez les utilisateurs de PrEP, mais qui, précisément en l'absence de protection par la PrEP, demeurent constitutives de niveaux de risque d'acquisition du VIH très élevés.

L'insuffisance du recours à la PrEP au sein de la population HSH est également démontrée par une étude sur les opportunités manquées de prescription et/ou de prise d'une PrEP chez les personnes présentant une infection récente par le VIH.⁹⁴ Ainsi, parmi les personnes diagnostiquées avec une infection datant de moins de six mois, dont 80 % étaient des HSH, neuf sur dix étaient éligibles à la PrEP selon les recommandations actuelles. Parmi ces personnes éligibles, la plupart avaient été en contact avec le système de soins au cours de l'année, d'une part à l'occasion de dépistages – qu'ils réalisaient fréquemment et en grande majorité dans des laboratoires de ville – et d'autre part, pour neuf sur dix d'entre elles, d'au moins une consultation médicale. Des questions de prévention du VIH et des IST ont été abordées avec le praticien dans deux tiers des cas, mais moins d'une personne sur quatre a reçu à cette occasion une information concernant la PrEP et moins d'une sur cinq se l'est vue proposer.

Les facteurs qui limitent le recours à la PrEP chez les HSH, y compris parmi ceux les plus exposés au risque, sont de nature hétérogène. Trois ordres peuvent être distingués :

- *Le manque d'information sur l'outil* : au moins un quart à un tiers des HSH, selon les sources, ignorent l'existence de la PrEP ou ne savent pas ce dont il s'agit. Cette proportion est susceptible d'être sensiblement plus élevée chez les HSH non identitaires, les plus en marge des canaux d'information communautaire. Parmi les personnes informées de l'existence de l'outil, le niveau de connaissance et de compréhension de son intérêt, de son mode d'action et/ou de ses modalités d'utilisation demeure très inégal.

⁹⁴ Essai ANRS 95041- OMaPrEP, Enquête nationale sur les opportunités manquées d'un traitement pré-exposition en prévention de l'infection par le VIH, <https://sesstim.univ-amu.fr/projet/omaprep>. Résultats préliminaires communiqués au CNS par l'équipe de recherche

- *Le manque d'opportunités et/ou les difficultés d'accès rencontrées* : parmi les personnes potentiellement intéressées par la PrEP, certaines indiquent ne pas y recourir parce qu'elles ignorent comment y accéder, parce qu'on ne le leur a jamais proposé, ou encore parce que leur demande a été refusée. L'accès et le suivi en milieu hospitalier, les difficultés et les délais pour obtenir un rendez-vous en consultation PrEP sont également rapportés comme des motifs de renoncement à s'engager dans un parcours de PrEP.
- *Les freins d'acceptabilité*, de nature multiple : la sous-estimation par une partie des HSH de leur exposition aux risques les conduit à ne pas se sentir concernés par la PrEP, et ce d'autant moins que la PrEP conserve l'image d'un outil pour les personnes « très à risque » et qui « ne se protègent pas », profil dans lequel ils ne se reconnaissent pas. Inversement, pour des personnes qui identifient leurs risques, la dimension de réprobation sociale et morale qui s'attache à ces représentations de l'outil et de ses usagers peut être un motif de renoncement, par crainte de la stigmatisation. Enfin, un ensemble de réticences liées à la nature médicamenteuse de l'outil sont fréquemment invoquées comme motif de non-recours : fiabilité jugée insuffisante, craintes d'effets secondaires importants et potentiellement inconnus à long terme, craintes d'interactions avec d'autres médicaments et/ou des consommations de drogues, suivi perçu comme contraignant et chronophage, refus de principe d'une médicalisation de la prévention, défiance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique.

1.2.3. D'autres publics, dont notamment des femmes, demeurent à l'écart de l'outil alors qu'ils sont également exposés à des situations à risque élevé de contracter le VIH

L'utilisation de la PrEP par des personnes autres que des HSH apparaît extrêmement marginale, et en particulier par des femmes, dont la proportion parmi les usagers a très peu progressé depuis 2016 et ne dépasse guère 3 %. Or d'autres groupes de population sont exposés à des risques élevés de contracter le VIH et concentrent une part importante des transmissions.

Les trois quarts des nouveaux diagnostics en population hétérosexuelle concernent des personnes nées à l'étranger, dont huit sur dix dans un pays d'Afrique subsaharienne. Les hommes et les femmes hétérosexuels originaires d'Afrique subsaharienne représentent ainsi près du tiers de l'ensemble des nouveaux diagnostics observés en France en 2018, avec un *sex ratio* de deux femmes pour un homme. En termes de dynamique de l'épidémie, la situation s'améliore globalement pour les hommes au cours de la période 2013-2018. Elle apparaît en revanche préoccupante pour les femmes, avec un nombre de nouveaux diagnostics qui n'a pas baissé et une incidence estimée qui augmente jusqu'en 2017 avant de se stabiliser en 2018.⁹⁵

L'exposition des populations subsahariennes et en particulier des femmes à un risque majoré d'acquérir le VIH reflète à la fois la prévalence élevée du VIH dans les pays d'origine, leur vulnérabilité au cours du parcours migratoire puis en France, en particulier dans les phases d'installation, souvent marquées par la précarité et l'instabilité en matière de logement, de situation administrative et d'accès à des revenus.⁹⁶

⁹⁵ *Épidémiologie de l'infection VIH en France - 2013-2018. Tendances et contribution de la prévention combinée (dépistage, traitement antirétroviral des PVVIH, prévention par le préservatif et la PrEP)*, ANRS, *op. cit.*

⁹⁶ Pannetier J, Ravalihasy A, Desgrées du Loû A & Lert F (2020). Les violences sexuelles envers les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne après la migration en France. *Population & Sociétés*, 577(5), 1-4. <https://doi-org.bibelec.univ-lyon2.fr/10.3917/popsoc.577.0001>

Les personnes trans et les travailleurs et travailleuses du sexe, notamment étrangers, confrontés à des conditions de vie très précaires et une forte stigmatisation, constituent deux autres groupes de population numériquement faibles, mais disproportionnellement concernés par l'épidémie de VIH en raison du cumul de facteurs qui majore leur exposition au risque.

Enfin, la question des publics clés se pose en des termes spécifiques dans les départements et collectivités territoriales d'outremer présentant une structure et une dynamique épidémique très différentes de celles la métropole, à l'image de la Guyane, caractérisée par une prévalence globale du VIH beaucoup plus élevée et une épidémie très majoritairement hétérosexuelle et fortement féminisée. L'utilisation de la PrEP y demeure très faiblement développée, mais à Cayenne, à rebours des données métropolitaines, elle concerne à plus de 80 % des femmes, pour la plupart migrantes et travailleuses du sexe.⁹⁷

De manière beaucoup plus marquée que chez les HSH, la méconnaissance de l'existence de la PrEP est un obstacle majeur au recours de ces différents publics à l'outil. De surcroît, quand il est connu, il est souvent perçu comme un outil pour les seuls HSH, en direction desquels il est promu jusqu'ici de manière quasi-exclusive, induisant l'idée auprès des autres publics qu'ils ne sont pas concernés. Les freins à l'accès sont également nombreux. S'agissant des personnes migrantes, la barrière de la langue, l'absence d'opportunité d'offre dans les lieux de soins de premiers recours, la difficulté à accéder aux services d'offre spécialisés sans un accompagnement par des médiateurs en santé ou encore une gratuité d'accès qui n'est pas toujours assurée par les PASS ou en CeGIDD pour les personnes sans couverture sociale, forment autant d'obstacles. En outre, les situations de précarité et/ou de forte marginalisation sociale peuvent conduire les personnes à percevoir de manière très relative le risque VIH par rapport aux difficultés immédiates qu'elles ont à affronter. Les femmes, en cas de symptômes d'IST, s'orientent principalement vers les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), qui ne sont pas associés à l'offre de PrEP, ou vers les médecins généralistes ou les gynécologues, globalement peu ou pas informés, ni formés, en matière de PrEP. Enfin, les différents freins d'acceptabilité précédemment évoqués se retrouvent également.

1.3. LA PLACE DE LA PREP PARMIS LES MOYENS DE PRÉVENTION DU VIH DEMEURE DÉFINIE DE MANIÈRE LIMITATIVE ET NÉGATIVE

La PrEP est un outil récent dont la conception et les conditions de validation par des recherches cliniques ont initialement conduit les experts et les autorités sanitaires à préconiser un usage strictement encadré et réservé à des personnes répondant à des critères attestant d'une exposition à des risques très élevés de contracter le VIH. Cet accès fortement conditionné, répondant à des considérations de prudence à l'origine justifiées mais qui apparaissent aujourd'hui obsolètes, ont contribué et contribuent encore à constituer la PrEP en outil de prévention subsidiaire, d'usage exceptionnel.

Les recommandations actuelles définissent ainsi la PrEP comme un outil s'adressant à un public restreint, répondant à des conditions d'éligibilité précises qu'il revient au médecin de vérifier avant d'accorder ou non la PrEP à une personne qui en fait la demande. Ainsi :

- La PrEP est définie comme un outil s'adressant principalement à des HSH et des personnes trans. Au sein de cette population, elle est uniquement indiquée pour les personnes qui

⁹⁷ Lucarelli A et col., La PREP au Centre Hospitalier de Cayenne (CHC): une file active singulière [Poster]. Journées thématiques IST-PrEP-Santé sexuelle, SFLS-SPILF-Santé publique France, 30-31 mars 2021

présentent au moins un des trois antécédents de prises de risque suivants : (i) rapports sexuels anaux sans préservatif avec au moins 2 partenaires sexuels différents dans les 6 derniers mois, (ii) épisodes d'IST dans les 12 derniers mois, (iii) au moins un recours à un traitement post-exposition au VIH dans les 12 derniers mois

- En dehors de la population HSH et trans, l'utilisation de la PrEP n'est à envisager qu'au cas par cas en ce qui concerne (i) les usagers de drogues intraveineuses avec partage de seringues, (ii) les personnes en situation de prostitution exposées à des rapports sexuels non protégés, (iii) les personnes en situation de vulnérabilité exposées à des rapports sexuels non protégés à haut risque de transmission du VIH.

Ces critères d'accès à l'outil font l'objet de critiques de la part de différents acteurs, qui en soulignent plusieurs effets négatifs.

Il est ainsi souligné que le processus d'accès à la PrEP repose sur des déterminants négatifs : elle est un outil de prévention auquel ne recourir qu'en seconde intention, en cas de défaillance avérée de la personne à se protéger par la méthode standard qui demeure l'usage du préservatif. Cette conception façonne, tant auprès du public que des professionnels de santé, une perception de la PrEP non comme un nouveau moyen de prévention à part entière, mais comme un palliatif à l'absence ou l'insuffisance de protection.

En outre, l'appréciation de l'éligibilité à la PrEP sur la base des prises de risque antérieures de la personne « candidate » induit un véritable paradoxe dans la démarche de prévention : il est en quelque sorte demandé aux personnes de commencer par s'exposer à des risques majeurs de contracter le VIH, et d'en faire état auprès du médecin, pour ensuite pouvoir accéder au moyen de s'en prémunir. Prises à la lettre, les recommandations actuelles ne permettent pas au médecin de répondre favorablement à une personne qui souhaite débiter la PrEP par anticipation de pratiques futures qui l'exposeraient au risque. Si une partie des médecins n'hésite pas à s'affranchir des critères de prises de risques passées, des refus de prescriptions pour ce motif sont régulièrement rapportés, et des conseils circulent via les réseaux communautaires suggérant aux HSH intéressés par la PrEP de déclarer d'emblée au médecin des pratiques à risques qui les rendent éligibles, pour éviter toute difficulté.⁹⁸ Par ailleurs, la nécessité pour les personnes d'aborder en détail leurs pratiques à risque avec le médecin peut être un frein pour une partie d'entre elles à exprimer une demande de PrEP, de même que pour le médecin à proposer de manière proactive la PrEP à l'occasion de consultations pour un autre motif.

1.4. CE POSITIONNEMENT DE L'OUTIL LIMITE SA PROMOTION

1.4.1. La promotion institutionnelle de la PrEP a jusqu'ici été ciblée quasi exclusivement en direction des HSH

À compter de sa mise à disposition au début de l'année 2016, la PrEP a été intégrée dans la stratégie de communication conduite par Santé publique France en matière de prévention du VIH. En ligne avec les recommandations en vigueur, l'agence a fait le choix de prioriser ses actions de promotion de la PrEP en direction des HSH, dans le cadre du dispositif multi-support *Sexosafe* dédié à ce public.⁹⁹

⁹⁸ Auditions CNS

⁹⁹ Le dispositif *Sexosafe* comprend un site Internet, une page Facebook, différentes modalités d'intervention sur les réseaux sociaux, des campagnes de publicité, des actions événementielles. <https://sexosafe.fr> ; <https://www.facebook.com/sexosafe.fr>

La stratégie de communication adoptée consiste en outre à aborder et valoriser la PrEP systématiquement dans le cadre de la prévention diversifiée, c'est-à-dire au travers de la promotion conjointe de l'ensemble des outils de prévention disponibles (préservatif, dépistages, PrEP, TasP, TPE). Trois campagnes publicitaires construites sur ce principe, et articulées à l'ensemble du dispositif *Sexosafe*, ont été conduites respectivement en 2016,¹⁰⁰ 2018 et 2020.

Le choix de promouvoir la PrEP conjointement avec les autres outils et non de manière singularisée est critiqué par certains acteurs¹⁰¹, qui estiment que le nouvel outil est ainsi insuffisamment mis en avant, alors qu'une partie significative des publics HSH, notamment les moins communautaires, continuent d'en ignorer l'existence, ou n'en ont qu'une connaissance approximative et souvent erronée.

Santé publique France fait valoir l'objectif d'installer le concept de prévention diversifiée auprès des publics HSH. La non-hiérarchisation des différentes composantes de la prévention diversifiée permet de valoriser l'existence d'une pluralité d'outils susceptibles d'être mobilisés différemment par chacun et dans le temps, pour répondre à la pluralité des situations d'exposition de soi ou d'autrui au risque de transmission. La mise en avant de la diversité des outils concourant à la prévention invite ainsi les personnes à s'informer sur chacun d'eux, via les ressources détaillées offertes par le dispositif *Sexosafe*, afin d'améliorer leur capacité à maîtriser, ajuster et optimiser leur choix de prévention selon les circonstances.

Le ciblage de la communication institutionnelle sur la PrEP en direction des seuls publics HSH fait également l'objet de critiques croissantes de la part d'acteurs engagés auprès d'autres publics concernés.¹⁰² À défaut d'actions de communication directe, l'agence conduit en direction de certaines populations clés des actions de communication déléguées à des opérateurs associatifs communautaires, sous forme de financement et/ou d'appui technique à ces opérateurs pour la réalisation de supports de promotion de la PrEP adaptés à leurs publics.

Si l'utilité de ces déclinaisons spécifiques est soulignée, leur portée est cependant jugée limitée tant qu'elles ne s'inscrivent pas en relais d'une promotion inclusive de l'outil en population générale, susceptible de le faire connaître du grand public, d'en banaliser l'image et de rompre avec les représentations d'un outil « pour les gays » ou associé à des comportements sexuels jugés socialement ou moralement excessifs et irresponsables. Au-delà de la question de la promotion du seul outil PrEP, ces critiques pointent plus fondamentalement les limites actuelles de la promotion de la prévention diversifiée. Alors que cette approche est effectivement promue en direction des HSH, elle ne l'est pas auprès de la population générale, en direction de laquelle seuls l'usage des préservatifs et le dépistage font l'objet de campagnes régulières.

1.4.2 L'amorce d'une communication sur la PrEP en direction d'autres publics est portée par les associations

Les associations de lutte contre le VIH ainsi que certaines associations communautaires, notamment celles qui déploient une activité de dépistage par tests rapides d'orientation

¹⁰⁰ Lydié N, Machel V, Bessarion C, Arwidson P, Bluzat L. Campagne sur la prévention diversifiée auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, réalisée en France métropolitaine en 2016 : description d'une démarche innovante et éléments de bilan. Bull Epidemiol Hebd. 2017;(29-30):617-22. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/29-30/2017_29-30_4.html

¹⁰¹ Auditions CNS

¹⁰² Auditions CNS

diagnostique (TROD), ont intégré à des degrés divers la promotion de la PrEP dans leurs stratégies d'action, soit qu'elles se fassent le relais de la communication institutionnelle, soit qu'elles proposent leur propre message. Plusieurs d'entre elles, au regard des besoins qu'elles identifient au sein des publics qu'elles accueillent, militent pour un accès plus large à la PrEP que ne le prévoient les recommandations actuelles et développent en ce sens une communication adaptée à des publics plus diversifiés, voire au grand public.

À Paris et en Seine-Saint-Denis, l'association Vers Paris sans sida (VPSS) développe par elle-même et/ou en partenariat étroit avec des associations communautaires plusieurs dispositifs de promotion de la prévention diversifiée incluant la PrEP en direction de publics variés. Elaborées avec et pour les publics concernés, ces actions de communication privilégient des messages positifs, tenant compte des contextes de réception propres aux personnes concernées et visant à favoriser leur adhésion, dans une perspective d'*empowerment*. La démarche ne se focalise pas principalement sur les risques infectieux liés à la sexualité. Il s'agit au contraire de partir des préoccupations concrètes et des besoins plus globaux des personnes dans les différentes dimensions de leur vie sexuelle pour aborder les questions de prévention et proposer des solutions adaptées. Des dispositifs spécifiques ont ainsi été développés en direction des HSH et plus particulièrement des plus jeunes¹⁰³, ainsi qu'en direction des diasporas africaines.¹⁰⁴

Outre l'adaptation des messages aux différents publics, la démarche communautaire permet de mobiliser les canaux de communication efficaces pour atteindre ces publics. A titre d'exemple, en direction des populations d'origine africaine et caribéenne en Île-de-France et dans les Hauts-de-France, l'association Afrique Avenir privilégie ainsi particulièrement l'interaction directe avec les personnes dans le cadre de ses actions de prévention et/ou de dépistage par TROD. Des affiches et des dépliants d'information sur la PrEP, déclinés pour les hommes et pour les femmes, sont ainsi diffusés lors des interventions de proximité et d'aller-vers communautaires conduites par des médiateurs de l'association dans les quartiers et lieux stratégiques où se concentre une forte population d'origine africaine ou caribéenne, tels que les gares, les marchés, des centres de santé, des lieux festifs, des salons de beauté ou de coiffure, des boutiques, des restaurants. La diffusion des supports a avant tout une fonction d'accroche ; le rôle des médiateurs est essentiel pour saisir les occasions d'échanger avec les personnes sur les questions de sexualité et de prévention à partir des interrogations qu'elles expriment, et dans ce contexte, leur faire connaître la PrEP et diffuser des informations pratiques sur son usage et les moyens d'y accéder. L'association développe également une communication active sur la PrEP via les réseaux sociaux les plus populaires au sein des communautés, notamment autour de la mini-série « les bonnes nouvelles d'Alimata » produite en partenariat avec VPSS.¹⁰⁵

Si certaines associations assurent ainsi une promotion ciblée de la PrEP auprès de différents publics clés, elles estiment cependant que l'impact de leur action est limité à deux niveaux. Le premier est celui de l'échelle à laquelle elles sont en mesure de la déployer : faute d'implantation associative partout où des besoins sont identifiés, faute de moyen financiers comme humains, l'action communautaire ne touche qu'une fraction, parfois très modeste, des publics auxquels elle s'adresse. Le second niveau est celui de la portée des actions de

¹⁰³ Dispositif « Dr Naked », <https://www.facebook.com/DrNaked>

¹⁰⁴ Dispositif « Les bonnes nouvelles d'Alimata », <https://lesbonnesnouvelles.org>

¹⁰⁵ Cf. note précédente

promotion ciblée sur la PrEP, tant qu'elles ne s'inscrivent pas en relais d'une promotion inclusive de l'outil en population générale.

Cet enjeu a conduit l'association AIDES à lancer en 2018 une campagne nationale sur la PrEP, diffusée notamment par de l'affichage urbain de grande dimension, visant à informer le grand public tout en ciblant les populations clés.¹⁰⁶ Les visuels choisis mettaient ainsi en scène, outre un couple homosexuel, deux couples hétérosexuels, intégrant notamment des personnes issues des communautés africaines et caribéennes.

L'association VPSS estime également indispensable d'élargir la promotion de la PrEP à tous les publics afin d'inscrire l'outil dans la normalité de la prévention du VIH. Outre la faire connaître, l'enjeu est de déconstruire les représentations négatives de la PrEP, variables selon les publics. La banalisation de l'outil dans l'imaginaire de la prévention doit permettre d'en discuter et de le proposer plus facilement aux personnes, ou, pour les personnes, de le demander. L'association projette le lancement en 2021 d'une campagne grand public sur la PrEP à Paris et en Seine-Saint-Denis, diffusée dans l'espace public et sur les réseaux sociaux.

1.5. LE CANTONNEMENT DE L'OFFRE DE PREP AUX STRUCTURES MÉDICALES SPÉCIALISÉES EST UN FREIN SUPPLEMENTAIRE À SON ACCÈS PLUS LARGE

1.5.1. L'offre actuelle en CeGIDD et dans des services hospitaliers spécialisés n'est pas adaptée à certains publics et apparaît par ailleurs fréquemment saturée

La prescription initiale d'une PrEP devant jusqu'à présent n'être effectuée que par un médecin expérimenté dans la prise en charge de l'infection par le VIH, exerçant à l'hôpital ou dans un CeGIDD, c'est autour de ces deux types de structures que l'offre de PrEP a été construite. Actuellement, environ 280 services hospitaliers et/ou CeGIDD proposent des consultations PrEP, dont au moins une par département. Dans la limite d'une année, le renouvellement de la prescription peut en revanche être effectué par tout médecin, notamment les médecins généralistes.

L'initiation et le renouvellement de la PrEP restent très majoritairement effectués à l'hôpital. Même s'il est admis que la part des initiations et des renouvellements réalisées dans les CeGIDD a progressé, les données disponibles ne permettent pas de l'établir clairement. La part des renouvellements réalisés par médecins libéraux en cabinet de ville a également progressé, mais demeure en tout état de cause modeste.

De nombreux acteurs rencontrés par le CNS relèvent que la limitation de l'offre PrEP au seul cadre des services hospitaliers spécialisés et des CeGIDD entraîne des obstacles à l'accès de différente nature :

- D'une part, le maillage territorial est inégal. Dans les grandes métropoles, bien que ces deux types de structures s'y concentrent, les consultations PrEP sont fréquemment saturées. Les délais pour obtenir un premier rendez-vous atteignent souvent plusieurs semaines, voire plusieurs mois, ce qui peut décourager la démarche pour une partie des personnes intéressées, voire entraîner un accès trop tardif, au regard des cas de personnes dont la consultation révèle une primo-infection ou une infection récente. En outre, des déséquilibres importants d'accès aux structures existent au sein même des zones très densément peuplées entre les métropoles et leur périphérie, comparativement faiblement dotée. C'est particulièrement le cas en Île-de-France, entre Paris et les

¹⁰⁶ Campagne PrEP4Love, <https://www.aides.org/communiqu/aides-lance-prep-4-love-la-premiere-campagne-nationale-dinformation-et-de-promotion-de>

départements de la petite et de la grande couronne, mais également, dans une moindre mesure, entre certaines métropoles régionales et leurs communes périphériques. Sur le reste du territoire, le maillage territorial en services hospitaliers spécialisés et en CeGIDD est par définition beaucoup plus faible dans les zones peu denses, de sorte que les publics vivant dans des territoires ruraux ou de petites villes ne disposent d'aucune offre en proximité.

- D'autre part, en raison même de leur caractère spécialisé dans la prévention et la prise en charge des IST, les services hospitaliers et les CeGIDD ne sont pas des lieux qui permettent de toucher l'ensemble des publics, y compris les plus exposés. Certaines personnes, parce qu'elles sous-estiment les risques sexuels auxquels elles s'exposent ou sont exposées, ne fréquentent pas ces structures spécialisées. D'autres, à l'inverse, bien que se sentant concernées, préfèrent éviter ces structures trop identifiées par crainte des risques de stigmatisation auxquels leur fréquentation pourrait les exposer. D'autres freins peuvent en outre jouer spécifiquement pour certains publics. Des personnes étrangères en situation irrégulière de séjour et peu au fait de leurs droits appréhendent de recourir aux services de soins, sauf nécessité impérieuse, craignant d'être repérées par l'administration ou la police. Des personnes usagères de drogue, des travailleurs ou travailleuses du sexe ou encore des personnes trans sont réticentes à se rendre à l'hôpital ou dans un CeGIDD par crainte d'être mal accueillies et stigmatisées.
- Enfin, s'agissant en particulier de l'offre hospitalière, il existe un certain paradoxe à ce que l'accès à un outil de prévention impose de passer par une structure dédiée au soin curatif et un parcours qui s'apparente à une prise en charge médicale. En d'autres termes, devoir fréquenter un hôpital, et en l'espèce un service spécialisé dans la prise en charge du VIH/sida, n'est pas particulièrement attractif et ne va pas de soi pour des personnes en bonne santé.

1.5.2. L'ouverture de la primo-prescription de la PrEP à tous les médecins représente un enjeu majeur pour élargir l'offre

Les limites du cadre actuel de l'offre de PrEP sont identifiées depuis plusieurs années et l'intérêt de diversifier les prescripteurs et d'en augmenter le nombre pour faciliter l'accès à la PrEP a été pris en compte par les pouvoirs publics. Le comité de pilotage de la stratégie nationale de santé sexuelle (SN2S) a ainsi proposé au cours de l'année 2019, sous la forme d'une mesure additionnelle à la Feuille de route 2017-2020 de la SN2S, d'élargir la capacité de primo-prescription de la PrEP à l'ensemble des médecins. A cet effet, la mesure a prévu pour l'essentiel de procéder aux modifications du cadre réglementaire nécessaires pour lever les restrictions de prescription jusqu'ici en vigueur, et d'autre part, afin d'accompagner cette ouverture, de développer une offre de formation, sous forme d'e-learning, à destination des médecins intéressés.

Très attendue de l'ensemble des acteurs, la mise en œuvre de cette mesure s'est jusqu'ici heurtée à des obstacles d'ordre réglementaire. De nouvelles voies sont actuellement explorées pour surmonter ces difficultés. Des mesures transitoires autorisant tout médecin à prescrire la PrEP sont attendues de façon imminente¹⁰⁷ afin d'en faciliter l'accès dans le contexte de crise sanitaire lié à l'épidémie de COVID-19, qui perturbe le fonctionnement des

¹⁰⁷ Cf. Annexe 2 - Mise en œuvre de la mesure d'ouverture de la primo-prescription de PrEP à tous les médecins : point d'étape au 15 avril 2021

services hospitaliers et des CeGIDD, et dont l'impact sur le recours à la PrEP est très préoccupant.

La formation par e-learning par ailleurs prévue à destination des médecins et plus largement des professionnels de santé et de la prévention intéressés, a pour sa part été élaborée sous l'égide de la SFLS avec le concours de différents acteurs. Elle est désormais opérationnelle.¹⁰⁸

1.5.3. En dehors des structures spécialisées, les professionnels de santé sont peu sensibilisés et formés aux questions de santé sexuelle et de prévention des risques liés à la sexualité

Si l'ouverture de la primo-prescription de la PrEP, en particulier en médecine de ville, est une condition nécessaire pour en élargir l'accès, elle n'apparaît en soi pas suffisante pour assurer que les nouveaux prescripteurs potentiels s'emparent de cette capacité. Dans un contexte où le système de soins français demeure culturellement et structurellement centré sur la prise en charge thérapeutique des pathologies, au détriment des approches de promotion globale de la santé et de prévention, l'offre de santé sexuelle et de prévention des différents risques liés à la sexualité apparaît particulièrement fragmentée et cloisonnée au sein du système de santé.¹⁰⁹ En dehors des structures spécialisées, l'information et la formation des professionnels de santé sur ces questions, et plus fondamentalement l'attention que la plupart y accordent dans leur pratique, demeure faible.

Divers travaux montrent une grande hétérogénéité dans les représentations que les médecins généralistes se font de la santé sexuelle comme de leur rôle dans sa prise en charge. Il en résulte des postures et des pratiques professionnelles très contrastées, allant d'une prise en charge seulement si le patient présente une pathologie, à une approche holistique, attentive à l'expérience globale de bien-être et d'épanouissement des patients dans leur vie sexuelle.¹¹⁰ L'absence totale d'abord des questions touchant à la santé sexuelle par une partie des médecins, qui évitent le sujet pour des raisons de gêne ou d'incompétence, a également été mise en évidence.¹¹¹ Les enquêtes conduites auprès des patients à propos des mêmes questions montrent un décalage : ceux-ci considèrent, quasi unanimement, que la santé sexuelle est du ressort des médecins généralistes et attendent de ces derniers qu'ils abordent le sujet.¹¹²

Le manque de formation de nombreux professionnels de santé à l'abord proactif des questions de santé sexuelle avec leurs patients est patent, de même que le manque d'informations actualisées sur la prévention du VIH et des IST. S'agissant de la PrEP, l'outil reste largement méconnu ou l'objet de connaissances approximatives voire erronées quant à son intérêt, son mode d'action, ses modalités d'utilisation, le dispositif actuel d'accès. Peu de médecins sont ainsi en capacité de saisir les opportunités – y compris les plus évidentes telles que le rendu d'un résultat négatif de dépistage du VIH, ou encore face à un diagnostic

¹⁰⁸ Cf. Annexe 3 – Le module de formation FormaPrEP

¹⁰⁹ Haut Conseil de la Santé Publique, *Santé sexuelle et reproductive : Rapport*, Paris, 2016. <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=550>

¹¹⁰ Fleury A. Les représentations de la Santé sexuelle chez Les médecins généralistes : un frein à une approche globale et positive de la santé sexuelle. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. ffumas-0240498f

¹¹¹ *Ibid.*

¹¹² Dusz L. L'abord de la sexualité en médecine générale (Thèse). UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine. 2017. http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt/DB=2_1//SRCH?IKT=12&TRM=219818487

d'IST – d'informer les patients sur l'existence de la PrEP, et de les orienter le cas échéant vers une consultation hospitalière ou en CeGIDD.¹¹³

Ce déficit global à la fois de compétences et de mobilisation en matière de prise en charge de la santé sexuelle et d'offre de prévention dans le cadre de l'offre de santé de premier recours constitue un obstacle structurel majeur à la mise en œuvre large auprès de la population de la stratégie de prévention diversifiée du VIH et des IST.

Cet enjeu est identifié dans le cadre de la SN2S 2017-2030, et un premier ensemble d'actions visant à renforcer l'information et la formation en santé sexuelle des professionnels de santé dans différents secteurs d'exercice a été inscrit dans la Feuille de route 2017-2021 de la stratégie. L'évaluation de la mise en œuvre de ces mesures est actuellement en cours. De premiers éléments de bilan montrent que la plupart des actions prévues ont été engagées et que les premières phases essentiellement de conception de programmes, outils ou dispositifs (élaboration de référentiels de pratique, définition de contenus de formation, création de supports...) ont généralement été menées à bien. Des inquiétudes s'expriment en revanche sur l'avancement des phases de mise en œuvre opérationnelle proprement dite, telles que la diffusion des référentiels ou des guides auprès des professionnels concernés, ou le démarrage effectif des formations. Des interrogations existent également sur l'échelle à laquelle certaines actions sont conduites, pouvant laisser craindre un impact anecdotique. En conséquence, peu d'actions apparaissent à ce stade susceptibles d'avoir produit des effets tangibles sur le terrain en termes de renforcement de l'information et des capacités d'intervention en santé sexuelle d'un nombre significatif de professionnels de santé.

1.6. L'ACTION PUBLIQUE EN MATIÈRE DE PREP DEMEURE INÉGALEMENT PORTÉE AUX DIFFÉRENTS NIVEAUX ET S'EST JUSQU'ICI ESSENTIELLEMENT FOCALISÉE SUR LES DISPOSITIFS D'OFFRE

La décision ministérielle, en fin d'année 2015, de mettre à disposition la PrEP dès avant l'extension à cette indication de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) du Truvada®, et de prévoir sa prise en charge par l'assurance maladie, a constitué un acte stratégique fort en faveur de son accès et précurseur par rapport à la plupart des autres pays européens.

L'action de l'administration centrale s'est concentrée au cours des années suivantes essentiellement sur la mise en place du dispositif d'offre, et en particulier au sein du réseau des CeGIDD. A cet effet, des crédits spécifiques, reconductibles, fléchés sur le financement des nouvelles missions des CeGIDD en matière de dispensation de PrEP, de TPE et de distribution d'autotests, ont été alloués aux agences régionales de santé (ARS) dans le cadre du fonds d'intervention régional (FIR) à partir de 2017. L'administration centrale ne semble toutefois pas en mesure de suivre l'utilisation effective par les ARS de ces crédits aux fins prévues. Santé publique France a été sollicitée pour assurer la promotion de la PrEP, au travers des campagnes et dispositifs décrits plus haut.

La réflexion stratégique sur la poursuite du déploiement de l'outil a été essentiellement confiée au comité de pilotage de la SN2S, au sein duquel un groupe de travail spécifique a été formé, débouchant notamment sur l'adoption d'une mesure additionnelle à la feuille de route 2017-2021, visant à élargir la capacité de primo-prescription de la PrEP à l'ensemble des médecins, notamment généralistes. Les difficultés de mise en œuvre de cette mesure ont été mentionnées précédemment. L'analyse au sein de l'administration centrale sur les limites du développement actuel de la PrEP et la réflexion prospective sur la nécessité et

¹¹³ Essai ANRS 95041- 0MaPrEP, Cf. section 1.2.2 *supra*.

Les moyens d'élargir son usage à de nouveaux publics apparaît embryonnaire. Toutefois, une volonté de l'engager dans le cadre de l'élaboration de la feuille de route 2022-2025 est exprimée.

Au plan régional, la mise en œuvre des orientations impulsées au plan national apparaît très inégale selon les ARS, ce dont l'administration centrale est consciente. Dans les délais impartis aux présents travaux, le CNS n'a cependant pas été en mesure de procéder à une véritable évaluation des politiques régionales en matière de PrEP, et n'a rencontré que deux ARS.

Au sein de ces deux agences, le CNS a pu constater l'expression d'un certain volontarisme et une perception des enjeux d'élargissement, de diversification et d'adaptation de l'offre en direction des différents publics. La réflexion conduite demeure cependant plus prospective que concrètement mise en œuvre. Les freins identifiés au plan national (recommandations en vigueur, attente de l'ouverture de la primo-prescription à tous les médecins) sont invoqués comme facteurs limitant la marge de manœuvre des agences. D'autres faiblesses relèvent cependant du niveau régional, dont en particulier, l'absence de dispositifs efficaces de production, de recueil et d'exploitation tant de données épidémiologiques locales, nécessaires à une analyse fine des besoins territoriaux, que de données de suivi actualisées de l'activité de PrEP. Faute de disposer de ces indicateurs, le pilotage demeure empirique dans les choix de priorisation des actions à engager, peu réactif dans le suivi de leur mise en œuvre et difficilement capable d'en évaluer l'impact.

Les agences consacrent essentiellement leur action sur la politique d'offre en CeGIDD, sur laquelle elles ont le plus directement la main. Dans les deux régions, les crédits spécifiques PrEP-TPE-Autotests ont été très majoritairement affectés à l'activité PrEP des CeGIDD. Ceux-ci ont pour consigne de favoriser au maximum la prise en charge de droit commun, en particulier du coût du traitement, pour les personnes couvertes par l'assurance maladie, et ce afin de réserver les moyens propres des CeGIDD pour garantir l'accès gratuit des personnes sans couverture sociale. D'autre part, les deux agences ont fait le choix, au-delà de l'obligation de mettre en place au moins une consultation PrEP par département, d'imposer à tous les CeGIDD de développer une offre de PrEP. Ces efforts ne suffisent toutefois pas à combler les disparités d'offre au sein des territoires, en raison d'un maillage en CeGIDD lui-même inégal et insuffisant dans certains territoires défavorisés, et de capacités ou d'un dynamisme variables selon les CeGIDD dans la mise en place d'une offre de PrEP.

Au-delà de ces deux exemples régionaux, en l'absence d'investigations directes, le CNS relève que différentes sources, dont les COREVIH qui ont été interrogés au travers d'une enquête sommaire, suggèrent l'existence de profondes disparités dans l'attention portée par les différentes ARS aux enjeux de prévention et de dépistage du VIH et des IST en général, et au développement de la PrEP en particulier, et ce sans que le niveau de priorisation de l'action dans ce domaine ne reflète nécessairement les différences des situations épidémiologiques régionales.

2. FAVORISER UN RECOURS PLUS LARGE À LA PREP POUR UNE PRÉVENTION DIVERSIFIÉE ACCESSIBLE À TOUS

Le CNS a pu constater tout au long de ses travaux qu'un consensus global existe parmi les différents acteurs de la recherche, de la prévention et du soin impliqués dans l'offre PrEP pour considérer que le recours à la PrEP demeure trop confidentiel et doit désormais être développé à une autre échelle, auprès d'un public beaucoup plus large.

Au regard des freins observés, atteindre cet objectif nécessite au préalable de redéfinir la place même de la PrEP dans la stratégie de prévention diversifiée du VIH et des IST. La PrEP doit désormais constituer une option de prévention contre le VIH ouverte à toute personne (2.1). La communication sur la PrEP doit être repensée en conséquence, notamment en direction du grand public (2.2). Il est également indispensable d'étendre l'offre au-delà des structures spécialisées actuelles et pour cela de mettre un ensemble diversifié d'acteurs de l'offre généraliste de santé en capacité de proposer la combinaison dépistage/PrEP, dans le cadre de l'approche globale de santé sexuelle (2.3). Enfin, pour faciliter le recours à la PrEP de publics très différents, il est nécessaire de développer activement les démarches d'aller-vers et de proposer des modalités d'accès à l'outil et de suivi adaptées à la diversité des conditions de vie, des contraintes et des attentes des personnes (2.4).

2.1. LE POSITIONNEMENT STRATÉGIQUE DE LA PREP DANS LE CADRE DE LA PRÉVENTION DIVERSIFIÉE DOIT ÊTRE RECONSIDÉRÉ

2.1.1. Le recul sur la mise en œuvre de la PrEP est aujourd'hui suffisant pour envisager d'en assouplir l'accès et l'ouvrir beaucoup plus largement

L'expérience désormais acquise dans l'utilisation en vie réelle de la PrEP tant en France que dans d'autres pays comparables a permis de lever l'essentiel des incertitudes et craintes qui justifiaient initialement une grande prudence lors son introduction dans l'offre de prévention et un encadrement strict de sa prescription et de son suivi.

Les nombreuses données entre temps accumulées¹¹⁴ confortent l'excellente efficacité de la PrEP à prévenir le risque d'acquisition du VIH – équivalente ou supérieure à celle de l'usage du préservatif. Des résultats tout à fait rassurants ont été rapportés concernant, d'une part, les risques d'apparition de résistances induites par un mésusage ou un défaut de suivi, et d'autre part la tolérance du FTC/TDF, notamment sur le plan rénal. Sur ce dernier aspect, de nouveaux progrès sont en outre attendus avec l'arrivée de nouvelles molécules mieux tolérées¹¹⁵ (Cf. 2.1.2).

S'agissant des craintes relatives aux effets de désinhibition des comportements et compensation du risque, il est indéniable que le développement de la PrEP s'inscrit dans un contexte de baisse de l'usage systématique du préservatif, d'augmentation des IST et d'accroissement de certains comportements à risques, notamment liées aux pratiques de

¹¹⁴ Pour une vision globale et actualisée des connaissances à la fois sur les aspects d'efficacité, de sécurité et de tolérance de la PrEP, sur les enjeux d'impact de son usage et sur les stratégies d'implémentation dans différents contextes populationnels et géographiques, voir Celum C, Baeten J, PrEP for HIV Prevention: Evidence, Global Scale-up, and Emerging Options, Cell Host & Microbe, Volume 27, Issue 4, 2020, p. 502-506, <https://doi.org/10.1016/j.chom.2020.03.020>. Dans le contexte français, pour un point actualisé sur les résultats de l'étude ANRS-Prévenir, voir le communiqué de presse de l'ANRS du 9 mars 2021, <https://www.anrs.fr/fr/presse/communiqués-de-presse/799/efficacite-de-la-prep-la-demande-confirmee-apres-3-ans-de-suivi>

¹¹⁵ La combinaison antirétrovirale FTC/TDF (Truvada®) est contre-indiquée chez les personnes atteintes d'insuffisance rénale modérée à sévère en raison de la néphrotoxicité de l'un de ses composants, le ténofovir sous sa forme TDF. Descovy® (FTC/TAF) est une combinaison analogue, mais utilisant une formulation du ténofovir (le fumarate de ténofovir alafenamide (TAF)) mieux tolérée sur le plan rénal. Cette spécialité est approuvée pour l'usage en PrEP aux Etats-Unis depuis octobre 2019, mais pas encore en Europe.

chemsex. Cependant, les données n'étaient pas que la PrEP contribue de manière causale à ces évolutions¹¹⁶, qui sont également observées chez les non-usagers de PrEP (Cf. les données des études ERAS et OMaPrEP exposées dans la section 1.2.2).¹¹⁷ Au demeurant, au regard de l'excellente efficacité de la PrEP, les rapports non-protégés par le préservatif ne constituent plus un comportement à risque vis-à-vis du VIH dès lors qu'ils sont protégés par la PrEP. L'inclusion dans un parcours de PrEP, qui reflète en soi une attention et une motivation des personnes à se protéger et implique un suivi rapproché, est associée à une amélioration de la qualité de vie et de la santé sexuelle.¹¹⁸ Concernant notamment les autres IST, contre lesquelles la PrEP ne protège pas, leur dépistage régulier dans le cadre du suivi favorise leur diagnostic plus précoce et leur traitement systématique.¹¹⁹ Des travaux de modélisation montrent qu'en raison de cet effet, un niveau élevé d'usage de la PrEP au sein d'une communauté peut induire à terme une baisse significative de l'incidence d'autres IST.¹²⁰

2.1.2. L'accès à de nouvelles modalités de PREP à longue durée d'action représente une évolution majeure qu'il faut préparer

Les résultats obtenus avec des molécules à longue durée d'action, pouvant s'administrer à raison d'une injection intramusculaire par mois, voire tous les deux mois, vont sans doute bouleverser l'usage et la perception de la PrEP. L'efficacité et la tolérance du Cabotégravir sont démontrées dans cette indication.¹²¹ D'autres approches sont à l'étude telles que celle de l'utilisation d'implants ou de patchs. Des durées de protection allant jusqu'à six mois ou un an sont déjà envisagées.¹²² Ces formes nouvelles à longue durée d'action libèrent de la contrainte liée à la prise journalière ou « à la demande » et apportent une solution aux problèmes d'observance. Une meilleure efficacité à long terme est attendue. La multiplication des choix possibles de PrEP peut convaincre des publics plus larges de l'importance de la prévention pour leur propre santé et de l'intérêt de l'outil. C'est donc une nouvelle ère de la

¹¹⁶ Fonner VA, Dalglish SL, Kennedy CE, et al. Effectiveness and safety of oral HIV pre-exposure prophylaxis for all populations. *AIDS*. 2016;30(12):1973-1983. doi: <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001145> ; Beymer MR, DeVost MA, Weiss RE, et al. Does HIV pre-exposure prophylaxis use lead to a higher incidence of sexually transmitted infections? A case-crossover study of men who have sex with men in Los Angeles, California. *Sexually Transmitted Infections* 2018;94:457-462. <http://dx.doi.org/10.1136/sextrans-2017-053377>

¹¹⁷ Pour une réflexion critique sur la notion de compensation du risque en lien avec la PrEP, voir : Rojas Castro D, Delabre RM, Molina JM. Give PrEP a chance: moving on from the "risk compensation" concept. *J Int AIDS Soc*. 2019;22 Suppl 6(Suppl Suppl 6):e25351. doi: <https://dx.doi.org/10.1002%2Fjia2.25351>

¹¹⁸ Koester K, Amico RK, Gilmore H, et al. Risk, safety and sex among male PrEP users: time for a new understanding. *Cult Health Sex*. 2017;19(12):1301-1313. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/13691058.2017.1310927> ; Stewart J, Baeten JM. Preventing Disease, Not Sex-Harm Reduction, HIV Preexposure Prophylaxis, and Sexually Transmitted Infections. *JAMA Netw Open*. 2020;3(12):e2031102. doi:<http://jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamanetworkopen.2020.31102>

¹¹⁹ Werner RN, Gaskins M, Nast A, Dressler C (2018) Incidence of sexually transmitted infections in men who have sex with men and who are at substantial risk of HIV infection – A meta-analysis of data from trials and observational studies of HIV pre-exposure prophylaxis. *PLoS ONE* 13(12): e0208107. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208107>

¹²⁰ Samuel M Jenness, Kevin M Weiss, Steven M Goodreau, Thomas Gift, Harrell Chesson, Karen W Hoover, Dawn K Smith, Albert Y Liu, Patrick S Sullivan, Eli S Rosenberg, Incidence of Gonorrhoea and Chlamydia Following Human Immunodeficiency Virus Preexposure Prophylaxis Among Men Who Have Sex With Men: A Modeling Study, *Clinical Infectious Diseases*, Volume 65, Issue 5, 1 September 2017, Pages 712–718, <https://doi.org/10.1093/cid/cix439>

¹²¹ Landovitz R J et al. HPTN 083 Final Results: Pre-exposure Prophylaxis containing long-acting injectable cabotegravir is safe and highly effective for cisgender men and transgender women who have sex with men. [Oral abstract] AIDS 2020 virtual conference, 6-10 July 2020. https://www.hptn.org/sites/default/files/inline-files/HPTN083_PrimaryAIDS2020_Landovitz-Final_web.pdf ; Delany-Morettlwe S et al. Long acting injectable cabotegravir is safe and effective in preventing HIV infection in cisgender women: results from HPTN 084. [Oral abstract]. HIV R4P virtual conference, 27 January 2021. <https://www.084life.org/wp-content/uploads/2021/02/210123-HPTN-084-HIV-R4P-final-final.pdf>

¹²² Pour une synthèse sur les nouvelles formes de PrEP en développement, voir : Bekker L G, Sustained Delivery and Long-Acting Agents for Prevention of HIV. [Plenary Session] CROI 2021, 9 March 2021. <http://www.croiwebcasts.org/console/player/48126?mediaType=slideVideo&> [webcast]; Gulick RM and Flexner C. 2019. Long Acting HIV drugs for treatment and prevention. *Annual Review of Medicine*. 70:137-50. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-041217-013717>

PrEP qui s'annonce de façon imminente et qui justifie de réfléchir aux meilleures conditions d'accès et de suivi à offrir pour chaque public.

2.1.3. Favoriser un recours plus large à la PrEP est justifié tant sur le plan collectif pour réduire l'incidence du VIH que sur le plan individuel pour renforcer les capacités des personnes à se protéger

Sur le plan de la santé publique, comme il a été relevé précédemment, la stratégie de prévention du VIH mise en œuvre au cours des dernières années montre des limites dans la mesure où l'amorce d'une réduction de l'incidence du VIH demeure récente, d'ampleur très modeste et ne concerne pas toutes les populations les plus exposées.

Des efforts certains ont été conduits depuis une dizaine d'années pour améliorer le dépistage et ont permis des progrès dans ce domaine. Ces progrès demeurent cependant insuffisants et le CNS a identifié dans une précédente *Note valant avis* plusieurs orientations à donner à la politique de dépistage pour améliorer encore son efficacité.¹²³

Néanmoins, cela ne suffit pas et l'objectif de vaincre l'épidémie de VIH en France exige de mobiliser l'ensemble des leviers disponibles. Développer à l'échelle la PrEP auprès de l'ensemble des personnes les plus exposées au risque en est un, qu'il apparaît stratégiquement d'autant plus pertinent et opportun d'activer que la marge de progression dans ce domaine est importante.

Sur le plan de la prévention individuelle, une partie des personnes pour qui la PrEP pourrait être une option pour se protéger contre le VIH mieux adaptée à leurs besoins, leurs contraintes ou leurs attentes, demeure maintenue à l'écart du bénéfice de l'outil faute d'information sur son existence, ou d'une information correcte et adaptée qui leur permette d'en comprendre l'intérêt et le cas échéant d'y recourir au terme d'un choix éclairé. Cette situation n'est pas seulement dommageable pour l'efficacité de la stratégie de prévention, elle constitue une iniquité d'accès aux moyens de prévention aujourd'hui disponibles qui n'est pas acceptable d'un point de vue éthique. Le CNS, comme il l'a déjà affirmé dans de précédents Avis relatifs à propos d'autres outils, rappelle l'importance, dans le cadre d'une société démocratique, de promouvoir le partage de l'information et du savoir sur les innovations en prévention auprès de l'ensemble des personnes concernées, sans restriction, considérant qu'elles seront capables d'en apprécier la portée et les limites.

2.1.4. La PrEP doit désormais être définie comme outil de prévention pouvant bénéficier à toute personne à différents moments de la vie pour se protéger du VIH

Au regard de ces éléments, le CNS considère que le positionnement actuel de la PrEP en tant qu'outil subsidiaire par rapport à la prévention par l'usage systématique du préservatif, qui est demeuré jusqu'ici l'outil de référence, doit être remis en cause.

Au terme d'une évaluation bénéfice/risque du médicament menée conjointement par le médecin et la personne qui consulte, permettant notamment de dégager d'éventuelles contre-indications médicales, la PrEP doit par conséquent pouvoir être proposée comme une option de prévention primaire du VIH. Elle peut représenter, à différents moments de la vie de toute personne, un choix aussi fiable et légitime que celui de l'usage du préservatif.

Cette évolution constitue un véritable changement de paradigme dans la mesure où jusqu'ici, en direction du grand public, la promotion de la démarche de prévention contre le VIH lors

¹²³ Conseil national du sida et des hépatites virales, *Note valant avis sur les orientations de la politique de dépistage du VIH en France*, adoptée le 21 novembre 2019. <https://cns.sante.fr/rapports-et-avis/nva-depistage-2019>

d'un rapport sexuel se confondait avec la promotion d'un outil unique, l'usage des préservatifs. L'introduction de la PrEP en tant que moyen de protection alternatif à l'usage du préservatif ne permet plus cette réduction de la démarche de prévention à la prescription univoque d'un outil. La pluralité des moyens de protection implique de mettre au centre de la démarche de prévention la capacité des personnes à faire les choix les mieux adaptés à leur situation.

Ces principes sont à la base de l'approche de prévention diversifiée du VIH et des IST, qu'il s'agit désormais de développer et promouvoir auprès de l'ensemble de la population. Ceci exige non seulement d'agir sur l'offre de prévention, en créant les conditions d'un accès facile et adapté à tous à l'ensemble des outils disponibles permettant de réduire le risque d'acquisition ou de transmission du VIH et des IST (dépistages, PrEP, préservatifs masculins et féminins, TPE et TasP), mais également de favoriser la demande en renforçant les capacités des personnes à exercer leur autonomie. Cela implique de donner aux personnes les moyens de connaître ces outils, d'en comprendre l'intérêt et les limites en rapport avec leurs besoins et leurs attentes, et de bénéficier de tout l'accompagnement nécessaire à faire des choix libres et éclairés, et à les mettre en œuvre.

2.2. LA COMMUNICATION DOIT INSTALLER L'IDÉE QUE LA PREP EST UN CHOIX DE PRÉVENTION OUVERT À TOUS FACE AU RISQUE DU VIH

2.2.1. Pour que la PrEP soit connue de tous, articuler campagnes grand public et promotion ciblée

Le changement de paradigme doit être intégré et porté par l'ensemble des acteurs qui concourent à la promotion de la santé sexuelle et de la prévention. Sur le plan de la communication institutionnelle, et au premier chef concernant l'action de Santé publique France, il est nécessaire de conduire des campagnes nationales régulières s'adressant désormais à l'ensemble de la population, dans sa diversité, pour installer l'approche de prévention diversifiée et faire largement connaître les différents outils et leurs usages.

En ce qui concerne plus particulièrement la PrEP, sa méconnaissance générale dans la population peut justifier des actions de communication spécifiques, visant à susciter la curiosité pour un outil inconnu et à diffuser le message que cet outil peut intéresser et être accessible à chacun. La démarche d'utiliser la PrEP pour se protéger du VIH doit être banalisée auprès de la population générale pour assurer sa diffusion et son acceptation par les différents publics. Il est important que cette promotion suggère la diversité des utilisateurs potentiels de la PrEP, en termes de sexe, d'âge, d'origine, d'orientation sexuelle, de mode de vie, et de contextes relationnels.

Au-delà des temps forts de communication dans les médias généralistes et dans l'espace public, les nouveaux messages de prévention, dont ceux concernant plus spécifiquement la PrEP, doivent être intégrés dans les divers documents et supports d'information et de promotion de la santé sexuelle et de la prévention produits et diffusés notamment par Santé publique France, mais aussi par l'ensemble des acteurs publics et privés, notamment associatifs, qui œuvrent dans ce champ.

S'agissant d'atteindre le grand public, il apparaît important que ce type de documents soit présent de manière pérenne et entretienne ainsi une communication de fond dans les lieux propices à la diffusion d'informations sur la santé et la prévention fréquentés par l'ensemble de la population, tels que les cabinets ou centres de santé de médecine générale, les laboratoires de biologie médicale, les pharmacies, les locaux d'accueil de certaines administrations et services publics (CPAM, CAF, PMI...). La mise à disposition de dépliants,

d'affiches ou de diffusion de spots de promotion dans ces différents lieux implique de mobiliser les réseaux et organismes professionnels respectifs de ces acteurs en charge de promouvoir leur implication dans la prévention et l'éducation pour la santé et de leur apporter l'appui technique et logistique nécessaire.

Par ailleurs, les actions mises en œuvre dans le cadre des campagnes dites « semaine du dépistage des IST », organisées annuellement par chaque région¹²⁴, représentent une excellente opportunité d'informer un large public sur la PrEP.

Il est par ailleurs essentiel que la promotion de la prévention diversifiée et notamment de la PrEP, accessible à partir de 15 ans¹²⁵, soit déclinée de manière spécifique et particulièrement volontariste auprès des jeunes. Les dispositifs de communication de Santé publique France dédiés aux adolescents et aux jeunes adultes doivent ainsi pleinement intégrer les nouveaux messages dans des formes adaptées aux différents âges, aux modes de communication et aux pratiques de rencontre de cette population. S'agissant du système éducatif, qui devrait jouer un rôle central en matière de promotion de la santé sexuelle et de la prévention auprès de la population jeune, il ne peut être éludé que son action présente de longue date des faiblesses multiples, tant quantitatives et qualitatives, aussi bien dans l'enseignement secondaire que supérieur. En dépit de ce contexte peu favorable, il est cependant indispensable que les actions conduites soient mises à jour en fonction de l'évolution du paradigme préventif. Les actions de formation et les ressources mises à disposition des personnels de santé et des personnels éducatifs de l'éducation nationale¹²⁶ ainsi que des acteurs extérieurs partenaires des actions d'éducation à la sexualité doivent ainsi également intégrer et promouvoir les nouveaux messages et outils de prévention du VIH et des IST, incluant la PrEP. Le même impératif d'actualisation prévaut pour l'information et les actions mises en œuvre par les services universitaires de santé préventive et les acteurs partenaires au sein du monde étudiant.

En parallèle de l'action volontariste de communication sur la prévention diversifiée auprès du grand public, il est indispensable de poursuivre ou d'initier des actions de promotion de la PrEP ciblées en direction des publics clés au regard de la dynamique de l'épidémie de VIH. Les actions déjà engagées en direction des HSH doivent ainsi être intensifiées et diversifiées pour atteindre notamment les HSH plus jeunes, non-identitaires et/ou d'origine étrangère. La communication ciblée doit être drastiquement développée en direction des publics tels que les personnes issues des communautés africaines et caribéennes, les personnes migrantes arrivées récemment sur le territoire – avec une attention spécifique aux femmes au sein de ces populations –, les personnes trans, les travailleurs et travailleuses du sexe. Les ressources du marketing social doivent être mobilisées pour élaborer des stratégies de communication ajustées à ces différents publics, au regard des freins spécifiques au recours à la PrEP observés en leur sein, ainsi qu'en termes de canaux de diffusion à privilégier pour les atteindre.

¹²⁴ Dispositif prévu par l'action n°4 de la feuille de route 2017-2020 de la SN2S

¹²⁵ Pour les personnes mineures ou majeures dont la prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie demeure rattachée à celle de leurs parents ou de toute autre personne dont elles sont ayant-droit, un accès gratuit et confidentiel à la PrEP peut être assuré par les CeGIDD

¹²⁶ Notamment via le dispositif Eduscol

2.2.2. Promouvoir la PrEP pour renforcer l'autonomie des personnes en matière de maîtrise de leur prévention

Le discours sur la PrEP est aujourd'hui centré sur l'exposition à des niveaux de risque très élevés d'infection par le VIH, suggérant que la PrEP s'adresse aux personnes dans l'incapacité de maîtriser leurs risques sexuels. Cette vision réductrice de l'outil ne laisse place qu'à des motivations négatives d'y recourir, de l'ordre de la peur de la contamination, ou de la culpabilisation vis-à-vis de ce défaut de maîtrise de soi. Elle contribue à stigmatiser les personnes qui l'utilisent.¹²⁷ Ces représentations doivent être renversées par une communication positive. La promotion de la PrEP, comme de tous les outils de la prévention diversifiée, doit s'inscrire dans une perspective d'amélioration de la santé et de la qualité de vie sexuelle des personnes, et pour cela valoriser les avantages intrinsèques de l'outil et les bénéfices que la démarche de l'utiliser peut apporter dans leur vie sexuelle.

En tant que moyen de protection contre le VIH aussi efficace que l'usage du préservatif, l'utilisation PrEP doit ainsi être fondamentalement promue pour ce qu'elle est : une démarche qui consiste à se protéger et prendre soin de sa santé, et en cela une démarche responsable envers soi comme envers la collectivité. Cela implique notamment de faire évoluer les représentations communes de ce qu'est un rapport sexuel protégé, jusqu'ici étroitement associées au port du préservatif. L'idée qu'une personne séronégative ne risque pas de se contaminer par le VIH lors d'un rapport sans préservatif dès lors qu'elle se protège avec une PrEP doit progressivement s'installer, tout comme d'ailleurs, symétriquement, celle qu'une personne séropositive dont la charge virale est indétectable grâce à son traitement ne risque pas de transmettre pas le VIH.

La dimension de choix éclairé et de maîtrise par les personnes des moyens de protection qu'elles mettent en œuvre doit être mise au premier plan. Face à des outils pluriels et qui présentent chacun des avantages et des limites propres, il s'agit de promouvoir la compétence de chacun à utiliser l'outil ou l'agencement d'outils qui lui convient le mieux dans les circonstances de sa vie sexuelle, et à faire évoluer ses choix quand ces circonstances varient, en fonction de son ou ses partenaires, de ses pratiques sexuelles, des contextes relationnels différents.

La promotion de la PrEP doit, enfin, mettre en avant, à côté de ses limites, ses avantages propres par rapport à l'usage du préservatif. À cet égard, l'intérêt majeur de la PrEP est que sa mise en œuvre, d'une part, intervient en amont et en aval de l'activité sexuelle, et non pendant. D'autre part et surtout, elle ne dépend pas du partenaire, mais uniquement de la personne qui souhaite se protéger. Elle constitue donc un moyen pour les personnes de renforcer leur autonomie et garder la maîtrise de leur prévention en toutes circonstances.

2.3. LES ACTEURS DE SANTÉ DOIVENT ÊTRE MIS EN CAPACITÉ DE FAIRE CONNAÎTRE ET DE PROPOSER LA PREP DANS LE CADRE DE L'APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ SEXUELLE

2.3.1. Une actualisation des recommandations d'indication et de suivi de la PrEP doit être envisagée

L'ensemble des acteurs rencontrés par le CNS au cours de ses travaux s'accordent à estimer que les recommandations actuelles encadrant la prescription et le suivi de la PrEP sont trop

¹²⁷ Calabrese, S.K. Understanding, Contextualizing, and Addressing PrEP Stigma to Enhance PrEP Implementation. *Curr HIV/AIDS Rep* 17, 579–588 (2020). <https://doi.org/10.1007/s11904-020-00533-y>

restrictives et qu'il serait désormais indispensable de procéder à leur actualisation pour favoriser un recours plus large de l'outil.

Les attentes concernent en particulier un assouplissement des critères de prescription, afin de rendre l'accès à la PrEP moins conditionnel :

- un large consensus existe pour considérer que les antécédents de prises de risque aujourd'hui requis pour attester d'un niveau d'exposition suffisamment élevé pour justifier d'une prescription de PrEP sont excessifs et inappropriés ;
- soit qu'il s'agisse pour le praticien d'accompagner une demande de PrEP exprimée de la personne, soit qu'il s'agisse pour lui de prendre l'initiative de lui proposer une PrEP, il est globalement attendu que l'indication d'une PrEP ne soit plus définie par défaut, après élimination des motifs d'inéligibilité, mais au contraire en fonction de qu'elle peut positivement apporter à la personne, en fonction de sa situation et de ses motifs ;
- l'approche individualisée doit par conséquent primer sur l'approche par ciblage populationnel ; celui-ci conserve son intérêt s'agissant d'attirer l'attention des praticiens sur des contextes majorant l'exposition au VIH, notamment dans la perspective de proposer la PrEP de manière proactive, mais ne doit en aucun cas constituer un critère sélectif d'accès à la PrEP ; ces éléments de ciblage doivent en outre être élargis à l'ensemble des groupes de populations et situations relationnelles susceptibles de former un contexte majorant l'exposition au risque.

2.3.2. Il est indispensable d'élargir la capacité de primo-prescription de la PrEP à l'ensemble des médecins et d'accompagner les nouveaux prescripteurs

L'intégration de la PrEP dans le socle des outils de prévention du VIH accessibles à toute personne et sa promotion auprès de l'ensemble de la population nécessitent pour être engagées que les conditions d'un accès à l'offre beaucoup plus large et diversifié aient été créées.

L'ouverture de la primo-prescription à tous les médecins constitue un préalable. Il est par conséquent indispensable que les pouvoirs publics recherchent et mettent rapidement en œuvre les moyens qui permettront de sortir de l'impasse actuelle.

Au regard des constats précédemment portés à la fois sur le faible espace qu'occupe la santé sexuelle dans la pratique de nombreux médecins et sur le manque d'information dont ceux-ci disposent actuellement à propos de la PrEP, il ne peut cependant être attendu que la levée du frein réglementaire actuel à la prescription suffise en soi à entraîner un élargissement massif et rapide de l'offre en médecine de ville.

Dans ce contexte, l'ouverture de la primo-prescription va dans un premier temps principalement permettre à des médecins déjà intéressés et motivés par les enjeux de l'approche globale de la santé sexuelle et de la prévention du VIH et des IST de devenir prescripteurs, dans le cadre d'un exercice libéral classique en cabinet de ville, mais également pour certains d'une activité qu'il exercent au sein de différentes structures médicales ou médico-sociales, notamment associatives.

L'objectif de l'ouverture de la primo-prescription, s'agissant de véritablement élargir et faciliter l'accès à la PrEP, ne doit pas se limiter à mettre en capacité de prescrire ce seul groupe pionnier. Le nombre de prescripteurs doit changer d'échelle et pour cela il est nécessaire de parvenir à intéresser et mobiliser également de nombreux médecins qui, sans être y particulièrement réfractaires, n'ont jusqu'ici pas développé d'intérêt spécifique pour

les questions de santé sexuelle et de prévention ni eu l'opportunité d'acquérir de compétences particulières dans le domaine.

Au regard de cet enjeu, plusieurs points doivent particulièrement guider l'action publique :

- Il est nécessaire de mobiliser les différents canaux de l'information professionnelle des médecins pour accroître leur connaissance de la PrEP. Cette communication doit permettre aux praticiens d'être informés d'une part sur la nature et les principales modalités d'utilisation de l'outil, d'autre part sur son intérêt tant pour la santé individuelle que pour la santé publique.
- Au-delà de cette information, il est nécessaire de donner aux médecins qui le souhaitent les moyens de se former à la proposition de la PrEP à leurs patients, à sa prescription et son suivi. L'objectif est d'encourager et faciliter l'intégration de cette activité à leur pratique. Les modalités de cette formation et l'investissement à consentir par les médecins doivent être réalistes par rapport à la part nécessairement très modeste que l'offre de PrEP est susceptible de représenter dans leur activité globale. En ce sens, et notamment au regard des solutions qui pourraient être proposées pour résoudre les difficultés juridiques que pose l'ouverture de la primo-prescription, l'instauration d'une formation obligatoire, dont la validation conditionnerait la capacité à prescrire serait contreproductive par rapport à l'objectif recherché. Il est essentiel que l'offre de formation demeure conçue comme une aide à la pratique, à la disposition des médecins qui souhaitent renforcer leurs compétences à prescrire la PrEP. Le module de formation par e-learning développé par la SFLS pourvoit à cet objectif¹²⁸ ; l'enjeu est cependant, une fois la primo-prescription ouverte, d'en assurer une large promotion auprès des médecins.
- Il est important que les nouveaux prescripteurs puissent disposer d'interlocuteurs susceptibles de les accompagner dans leur démarche, de les aider en cas de questionnement et au besoin de prendre le relais en cas de difficultés rencontrées dans leur pratique. À cette fin, il est souhaitable que les ARS, en s'appuyant sur les COREVIH, identifient dans chaque territoire une structure spécialisée référente – CeGIDD ou service hospitalier doté d'une consultation PrEP – qu'elle missionne pour apporter cet appui. Plus globalement, l'inscription des prescripteurs dans des réseaux locaux d'acteurs concourant à l'offre de santé sexuelle et de prévention doit être encouragée. Le dispositif des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) peut utilement être mobilisé pour structurer de tels réseaux et les doter de moyens de fonctionnement.
- Enfin, dans une logique de pilotage proactif du développement du recours à la PrEP en direction de nouveaux publics jusqu'ici insuffisamment utilisateurs, il est pertinent d'encourager l'émergence de nouveaux prescripteurs de manière ciblée. Il s'agirait, à partir d'une analyse fine des données épidémiologiques locales, d'identifier dans chaque territoire les acteurs ou réseaux d'acteurs de l'offre médicale et médico-sociale d'intérêt particulier au regard des publics qu'ils prennent en charge, afin de les mobiliser spécifiquement et soutenir activement le développement d'une offre de dépistage et de PrEP en leur sein.

2.3.3. Mobiliser l'ensemble des acteurs concourant au dépistage du VIH et des IST

Les efforts de renforcement du dépistage du VIH, ainsi que des autres IST, ont jusqu'ici été conduits essentiellement dans un objectif de stratégie de type *Test & Treat*, visant à

¹²⁸ Cf. Annexe 3 – Le module de formation FormaPrEP

diagnostiquer plus précocement les personnes infectées qui méconnaissent leur infection, et sont à l'origine de l'essentiel des nouvelles transmissions.

Le dépistage n'est cependant pas seulement un outil de diagnostic. Dans l'approche de prévention diversifiée, il peut et doit être un outil de promotion de la santé sexuelle et d'accès à la prévention également pour les personnes testées séronégatives au VIH. Or le rendu des résultats négatifs, qui représentent l'immense majorité des cas, n'est que très inégalement et trop rarement saisi, y compris même parfois quand une autre IST est diagnostiquée, comme une opportunité de permettre aux personnes séronégatives de faire le point sur leurs pratiques de prévention, leur satisfaction ou leurs difficultés éventuelles, et le cas échéant d'envisager quelles méthodes et outils pourraient mieux correspondre à leurs besoins et leurs attentes.

A cet égard, le rendu des résultats de dépistage négatifs représente une opportunité particulière pour informer les personnes de l'existence de la PrEP, et le cas échéant, selon que l'opérateur qui a réalisé le dépistage en a les capacités ou non, en proposer l'initiation ou orienter vers une structure ou un médecin participant à l'offre.

Cette démarche est en général assurée dans le cadre du dépistage communautaire par TROD réalisé par les associations, et dans de nombreux CeGIDD. Mais il est essentiel qu'elle s'étende à l'ensemble des acteurs concourant au dépistage, au premier rang desquels les médecins généralistes qui prescrivent l'essentiel des sérologies réalisées en France, et les laboratoires de biologie médicale qui les effectuent.

Il est donc nécessaire de formaliser la démarche et de l'inscrire dans le corpus des bonnes pratiques relatives au dépistage du VIH et des IST à destination des différentes catégories de professionnels impliqués, ainsi que d'assurer leur diffusion et au besoin les actions de formation nécessaires à leur mise en œuvre en mobilisant les réseaux et organismes professionnels correspondant aux différents cadres d'exercice et professions concernés.

2.3.4. Sensibiliser et former à l'abord des questions de santé sexuelle et à l'approche de prévention diversifiée l'ensemble des professionnels de santé susceptibles d'y concourir

Tous les secteurs du système de santé et les professionnels de santé qui y exercent n'ont pas vocation à déployer des compétences spécialisées en santé sexuelle, ni encore moins à tous être ou devenir des opérateurs directs de l'offre de PrEP. Beaucoup pourraient cependant potentiellement jouer un rôle important de repérage, d'information et d'orientation en matière de santé sexuelle et de prévention des risques liés à la sexualité, auprès des personnes ou patients qui les consultent principalement pour d'autres motifs.

Ce rôle de relais suppose de mieux sensibiliser l'ensemble des professionnels de santé aux enjeux de la santé sexuelle et d'actualiser leur connaissance des principaux fondamentaux de la prévention du VIH et des IST. La promotion de l'approche de prévention diversifiée auprès de l'ensemble de la population doit s'accompagner d'un effort important d'information des professionnels de santé pour qu'ils s'approprient également ce concept.

La SN2S constitue le cadre d'action approprié pour intégrer de manière transversale dans l'offre de santé les dimensions de la promotion de la santé sexuelle et de la prévention et à cet effet renforcer globalement les compétences des professionnels.

Différentes actions visant à améliorer l'information et la formation ainsi que la coordination des professionnels ont été engagées dans le cadre de la feuille de route 2017-2020 de la

stratégie. Leur mise en œuvre doit se poursuivre en intégrant désormais pleinement la place nouvelle conférée à la PrEP en tant que moyen de prévention accessible à tous.

La phase qui s'ouvre actuellement d'élaboration d'une nouvelle feuille de route pour la période 2021-2023 doit être mise à profit pour amplifier les efforts de renforcement des capacités des professionnels de santé en matière d'abord des questions de santé sexuelle et de prévention. Au regard des limites constatées à la mise en œuvre de certaines actions engagées dans le cadre de la précédente feuille de route, il paraît important de veiller à la bonne opérationnalité des futures actions et à leur capacité à produire des effets mesurables sur le terrain à court ou moyen terme. En ce sens, des actions plus ciblées sur certains secteurs et/ou professions de santé clés pourraient être privilégiées.

2.4. FACILITER LE RECOURS À LA PREP EXIGE DE DIVERSIFIER DAVANTAGE LES MODALITÉS D'OFFRE ET DE SUIVI POUR L'ADAPTER À DES PUBLICS TRÈS DIFFÉRENTS

2.4.1. Aller au-devant des publics

Au-delà des publics informés, qui fréquentent déjà les CeGIDD ou savent au besoin aisément s'orienter vers une consultation PrEP hospitalière, il est essentiel en direction des publics plus éloignés des structures spécialisées d'offre de santé sexuelle et de prévention de développer des actions d'aller-vers, portées par des acteurs diversifiés. L'opportunité pour ces publics de connaître la PrEP et d'y accéder implique qu'elle leur soit proposée dans les lieux qu'ils fréquentent, au travers de services auxquels ils recourent communément parce qu'ils répondent à leurs besoins et sont adaptés à leur situation et leur mode de vie.

Les CeGIDD et les services hospitaliers spécialisés doivent pouvoir conduire des actions hors les murs de promotion de la santé sexuelle, d'offre de dépistage du VIH et des IST et le cas échéant d'initiation de PrEP. Ces actions sont à déployer dans des lieux pertinents pour atteindre les publics de leur territoire éloignés d'un point de vue géographique et/ou social de ce type de services. À cet égard, une offre co-construite en partenariat avec un acteur sanitaire, médico-social ou social, généraliste ou communautaire, bien implanté localement auprès du public visé, peut être beaucoup plus pertinente et structurante qu'une offre frontale et ponctuelle du seul CeGIDD. Les CeGIDD et services hospitaliers doivent bénéficier des moyens leur permettant de développer ce type d'activité hors les murs ou délocalisée sans que cela se fasse au détriment de leur activité sur leur site propre.

Les acteurs communautaires sont essentiels pour atteindre certains publics ou personnes qui ne peuvent ou ne souhaitent pas fréquenter le système de santé, ou ne le fréquentent pas spontanément, en raison de difficultés d'accès, de l'inadaptation de ce cadre à leurs besoins ou plus simplement de son manque d'attractivité. Différents modes d'action, dont certains très innovants, concourent à développer au plus près des divers publics une offre de dépistage et d'accès à la PrEP pleinement incluse dans une offre large de santé sexuelle, pensée pour et avec les personnes auxquelles elle s'adresse, portée par des pairs, et déployée dans un cadre qui, s'il intègre au besoin des compétences médicales, demeure non médicalisé et centré sur l'accueil et l'accompagnement. La démarche permet ainsi de faire connaître et de proposer en opportunité la PrEP à des personnes qui ne sont pas initialement en demande et fréquentent la structure communautaire pour d'autres motifs.

Le cadre communautaire permet d'accompagner de manière adaptée et efficace l'initiation et le suivi en tenant compte du mode de vie des personnes, de leurs attentes et de leurs contraintes spécifiques :

- Des associations de lutte contre le VIH et les IST ont progressivement développé de véritables centres de santé sexuelle communautaires, inspirés de modèles anglo-saxons, qui proposent en un seul lieu des services complets intégrant la prévention et le dépistage du VIH et des IST, une prise en charge rapide, en lien avec un service hospitalier, des personnes diagnostiquées pour le VIH, le traitement sur place des IST, la délivrance de TPE, l'initiation et le suivi de PrEP, des consultations de psychologie, de sexologie, d'addictologie, de gynécologie, d'endocrinologie. Ces structures innovantes, à l'origine essentiellement développées en direction des publics HSH, ont fait la preuve de leur capacité à atteindre plus largement des publics LGBT+ marginalisés et généralement éloignés de l'offre, notamment des HSH d'origine étrangère, des personnes trans, travailleurs et travailleuses du sexe, et dans certain cas également, notamment par des actions hors les murs, des publics migrants et précaires, notamment des femmes. Concernant la PrEP, la part de ces publics dans la file active des structures s'est très sensiblement accrue. Depuis peu, quatre de ces structures s'inscrivent dans le cadre des projets d'expérimentation nationale de centres de santé sexuelle communautaire (CSSC), menés par le ministère des Solidarités et de la Santé et la Caisse nationale d'assurance maladie, au titre du dispositif d'innovation en santé issu de l'Article 51 de la loi sur le financement de la sécurité sociale pour 2018.¹²⁹ Au terme de la phase d'expérimentation et d'évaluation prévue, il est essentiel que les dispositifs probants d'approche communautaire bénéficient d'un fort soutien, non seulement pour pérenniser l'offre existante, mais pour la développer sur le territoire, où elle reste rare, voire anecdotique en regard des besoins.
- Des partenariats entre des associations d'auto-support communautaire et un CeGIDD ou un service hospitalier spécialisé permettent d'organiser au sein de la structure communautaire des consultations d'un médecin du CeGIDD ou du service hospitalier. Cette démarche est particulièrement pertinente en direction de publics tels que des personnes trans, des travailleurs et travailleuses du sexe, souvent étrangères, qui restent à l'écart du système de santé à la fois en raison des difficultés d'accès d'ordre administratif qu'elles rencontrent, mais également par crainte de la stigmatisation et de ne pas y trouver l'écoute et la compétence nécessaire à la prise en compte de leurs besoins spécifiques. S'agissant de proposer et initier la PrEP, des exemples probants montrent l'intérêt d'internaliser la consultation médicale au sein de la structure, permettant de construire des parcours rapides et accompagnés de bout en bout par des pairs médiateurs de santé, beaucoup plus efficaces qu'une orientation vers la structure spécialisée, qui demeure souvent sans suite.
- L'ouverture de la primo-prescription de PrEP à l'ensemble des médecins doit permettre d'élargir l'offre au sein des structures communautaires, qui pourront plus facilement intégrer à leurs services, notamment en relais d'une activité de dépistage par TROD déjà existante, des consultations médicales permettant d'engager l'initiation d'une PrEP et/ou en assurer le suivi.

Les acteurs de l'offre généraliste de santé ont également toute leur place dans la démarche d'aller-vers. En effet, si l'approche communautaire est un cadre facilitant, voire indispensable en direction d'une partie des publics, il ne convient pas à tous. D'une part, l'offre communautaire est loin d'être disponible partout. D'autre part, de nombreuses personnes, même si elles font partie des publics cibles des structures communautaires, ne les

¹²⁹ Arrêté du 27 novembre 2020 relatif à l'expérimentation de centres de santé sexuelle d'approche communautaire et fixant la liste des établissements expérimentateurs.

fréquentent pas, soit qu'elles ne se reconnaissent pas dans ce type d'offre, soit en raison des risques de stigmatisation que leur fréquentation pourrait leur faire courir. Il est par conséquent indispensable que ces personnes trouvent dans le cadre des structures de santé à caractère généraliste qu'elles fréquentent l'opportunité d'accéder à une offre de prévention, de dépistage et de PrEP.

Au-delà des médecins généralistes exerçant en cabinet de ville traditionnel, il est donc particulièrement important de promouvoir le développement de ce type d'offre dans le cadre de différentes structures médicales ou médico-sociales accueillant des publics clés, tels que les centres de santé, notamment municipaux ou départementaux, les CPEF, les services médicaux des associations humanitaires accueillant des publics en difficulté (migrants/réfugiés, personnes en grande précarité, travailleuses du sexe...), les structures de prise en charge des addictions (CSAPA, certains CAARUD avec ressource médicale).

Un effort similaire doit être conduit dans les structures de santé accueillant plus particulièrement les jeunes, et en particulier dans le cadre des services universitaires ou interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la Santé (SIUMPPS), au sein desquels devrait être systématiquement développée une offre globale de santé sexuelle et de prévention, incluant le dépistage du VIH et des IST et l'accès à la PrEP.

Pour l'ensemble de ces structures, celles qui ne disposent pas des ressources médicales nécessaires pour développer ce type d'offre en interne doivent, à défaut, être encouragées à développer des partenariats avec des opérateurs de dépistage et de prescription de PrEP.

2.4.2. Adapter et simplifier les parcours d'accès et de suivi

Au-delà des efforts pour atteindre les différents publics dans leur diversité, il est également nécessaire que les modalités pratiques proposées pour initier la PrEP et pour son suivi soient adaptées aux conditions de vie, aux contraintes et aux attentes des personnes. Pour être attractive et pouvoir être soutenue dans la durée, il faut que la prise d'une PrEP puisse s'insérer le plus aisément possible dans la vie des personnes qui décident de l'utiliser. Des modalités différenciées peuvent être proposées pour faciliter l'accès et le suivi, ajustées, notamment en termes de renforcement ou d'allègement de l'accompagnement, au degré d'autonomie initial ou progressivement acquis par les personnes.

Le CNS, parmi de nombreux exemples de dispositifs, existants ou encore expérimentaux, dont il a pris connaissance au cours de ses travaux, souhaite souligner plus particulièrement l'intérêt :

- De développer des dispositifs permettant l'initiation et le suivi de la PrEP par des moyens dématérialisés, intégrant notamment la téléconsultation, la réalisation des dépistages par l'envoi d'autotests ou de kits d'auto-prélèvement, la délivrance électronique des prescriptions nécessaires. Ces modalités sont susceptibles de lever des obstacles d'éloignement géographique des structures ou de forte mobilité des personnes, de faciliter une gestion souple et autonome par les personnes de leur suivi et de leur permettre un gain de temps important. Elles contribuent à démedicaliser le cadre dans lequel les personnes accèdent à l'outil et/ou gèrent son utilisation au long cours, et par là également à désengorger les consultations hospitalières ou en CeGIDD. Elles s'avèrent en outre particulièrement adaptées dans un contexte sanitaire contraint tel que celui engendré par l'épidémie de COVID-19.
- S'agissant de la téléconsultation médicale, il est important que certaines souplesses introduites à titre transitoire dans le contexte de crise sanitaire soient pérennisées, et que des obstacles persistants à son utilisation plus large soient levés. En particulier,

selon des dispositions relevant du cadre conventionnel, seule la téléconsultation réalisée auprès du médecin traitant est actuellement remboursée par l'assurance maladie. Il est nécessaire de faire évoluer ces dispositions afin que toute téléconsultation pour un dépistage, une prise en charge d'IST et/ou pour une initiation, un suivi ou renouvellement de PrEP soit admise au remboursement, quel que soit le médecin auprès duquel elle est réalisée.

- Concernant les solutions de dépistage dématérialisé, en dépit d'expérimentations concluantes, aucun dispositif n'a pour l'instant été mis en place en France. Le CNS a déjà eu l'occasion dans des travaux précédents de recommander la mise en œuvre rapide de ce type de service innovant.¹³⁰
- D'explorer et définir, notamment dans le cadre d'une actualisation par le groupe d'experts « Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH », l'ensemble des pistes qui pourraient permettre de simplifier ou d'assouplir les modalités du suivi, notamment pour les usagers de PrEP les plus expérimentés, s'agissant par exemple d'espacer les consultations, sur la base d'une gestion autonome par la personne des dépistages intermédiaires.
- De développer des dispositifs de parcours d'accès accéléré à la PrEP, de type *PrEP en un jour*, comme en proposent déjà certaines structures communautaires en France en partenariat avec un service hospitalier,¹³¹ ou selon diverses modalités expérimentées à l'étranger.¹³²
- De développer dans le cadre communautaire des services innovants d'offre et d'accompagnement renforcé,¹³³ proposant des parcours très précisément ajustés aux besoins et attentes spécifiques de publics tels que les personnes trans, les travailleuses et travailleurs du sexe, les usagers de drogues, qui accèdent difficilement aux services de prévention et de soins conventionnels et n'y trouvent pas un service adapté.

¹³⁰ Conseil national du sida et des hépatites virales, *Note valant avis sur les orientations de la politique de dépistage du VIH en France*, adoptée le 21 novembre 2019. <https://cns.sante.fr/rapports-et-avis/nva-depistage-2019>

¹³¹ Cf. Annexe 4 - L'expérience d'un parcours de « PrEP en un jour » pour les personnes trans : le partenariat de l'association Acceptess-T et du CeGIDD de l'Hôpital Bichat - Claude Bernard

¹³² Rowan S E et al. Same-day prescribing of daily oral pre-exposure prophylaxis for HIV prevention. *The Lancet HIV*, Volume 8, Issue 2, 2021, Pages e114-e120. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(20\)30256-3](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(20)30256-3)

¹³³ Cf. Annexe 4 - L'expérience d'un parcours de « PrEP en un jour » pour les personnes trans : le partenariat de l'association Acceptess-T et du CeGIDD de l'Hôpital Bichat - Claude Bernard

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Au terme de ses travaux, le Conseil national du sida et des hépatites virales constate que la PrEP, disponible en France depuis 2016, en dépit d'une montée en charge constante du nombre d'utilisateurs, n'a pas pris la place que la stagnation du nombre de nouveaux cas d'infection à VIH justifierait qu'elle prenne. Cinq ans après son introduction, l'usage de la PrEP demeure en effet insuffisant chez les HSH, et quasi anecdotique auprès des autres publics.

Les nombreux freins observés à un recours plus large à la PrEP doivent désormais être levés. À cette fin, le Conseil estime indispensable de changer de paradigme, en définissant désormais la PrEP comme un outil de prévention du VIH pouvant bénéficier à toute personne, et de changer d'échelle, d'une part en promouvant la combinaison dépistage/PrEP auprès de l'ensemble de la population, et d'autre part en élargissant et diversifiant les voies d'accès à l'outil pour aller au-devant des publics et proposer des modalités adaptées à la diversité des publics. Ces évolutions sont d'autant plus nécessaires que l'arrivée imminente de nouvelles formes de PrEP, qui devrait élargir encore l'intérêt de l'outil et le profil de ses usagers potentiels, doit être anticipée.

En conséquence, le CNS émet les recommandations suivantes :

Au ministre en charge de la santé

1. Dans l'approche défendue par la stratégie nationale de santé sexuelle (SN2S), visant à renforcer la capacité des individus à maîtriser leurs choix en matière de prévention et à exercer leur autonomie, **développer auprès de l'ensemble de la population la prévention diversifiée du VIH et des IST, en incluant désormais la PrEP comme un choix de prévention, accessible à toutes et tous.**

À cet effet :

- 1.1. Saisir le groupe d'experts « Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH » afin d'actualiser les recommandations médicales d'initiation et de suivi de la PrEP ;
- 1.2. Confier au comité de pilotage de la SN2S, dans le cadre de l'élaboration de sa deuxième feuille de route 2021-2023, la mission de proposer les actions prioritaires à mettre en œuvre ;
- 1.3. Renforcer le rôle des COREVIH en appui aux ARS dans l'élaboration, le pilotage territorial, le suivi et l'évaluation des politiques régionales en matière de promotion de l'approche globale de la santé sexuelle et de la prévention diversifiée ;
- 1.4. Pérenniser l'effort budgétaire consenti au travers de l'allocation aux ARS, dans le cadre du FIR, de crédits annuels additionnels fléchés vers l'amélioration de l'offre de PrEP, de TPE et d'autotests de dépistages, et solliciter de chaque ARS la transmission au Copil de la SN2S d'un bilan annuel de suivi et d'impact des actions financées par ces crédits.

2. Prendre les dispositions réglementaires nécessaires pour pérenniser les mesures, prises à titre transitoire dans le cadre de la réponse à l'épidémie de COVID-19, qui autorisent la prescription initiale d'une PrEP par tout médecin.

Aux ministres respectivement en charge de la santé, de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur, de l'enseignement professionnel, de l'enseignement agricole

À la directrice générale de Santé publique France

Aux présidents des instances ordinales et des syndicats professionnels concernés

3. Elargir la promotion de la PrEP, dans le cadre de la prévention diversifiée du VIH et des IST, en direction de l'ensemble de la population.

À cet effet :

- 3.1. conduire des campagnes nationales grand public visant à porter à la connaissance de l'ensemble de la population sexuellement active, l'ensemble des outils disponibles permettant de réduire le risque d'acquisition ou de transmission du VIH et des IST, incluant les dépistages, la PrEP, l'usage des préservatifs masculins et féminins, le TPE et le TasP ;
- 3.2. repenser la communication sur la prévention diversifiée en valorisant l'autonomie et la liberté de chaque individu dans le choix de sa prévention ;
- 3.3. dans ce cadre, promouvoir la PrEP, au même titre que le préservatif, en tant que moyen de prévention contre le VIH ;
- 3.4. déployer cette communication, notamment dans les lieux de santé fréquentés par l'ensemble de la population : cabinets ou centres de médecine générale, laboratoires de biologie médicale, pharmacies ;
- 3.5. décliner ces actions, en particulier en direction des jeunes, dans le cadre des dispositifs de communication de Santé publique France spécifiquement dédiés à cette population, ainsi que par le canal des services de santé et de leurs partenaires au sein des établissements d'enseignement du second degré, de l'enseignement professionnel et de l'enseignement supérieur.

Au ministre en charge de la santé

À la directrice générale de Santé publique France

4. Initier et/ou poursuivre et améliorer en parallèle des actions de promotion ciblées en direction des différentes populations clés : outre les publics HSH, les personnes trans, les personnes migrantes et en particulier les femmes, les travailleurs et travailleuses du sexe.

Aux directeurs généraux des ARS

Aux élus des collectivités territoriales

5. Au niveau régional et infra régional :

- 5.1. encourager et soutenir les initiatives des acteurs territoriaux visant à décliner selon des modalités adaptées aux publics et contextes locaux les actions de promotion de la prévention diversifiée, incluant la combinaison dépistage/PrEP ;
- 5.2. intégrer pleinement la promotion de la PrEP dans les actions mises en œuvre dans le cadre des campagnes dites « semaine du dépistage des IST », organisées annuellement par chaque région (dispositif de l'action n°4 de la feuille de route 2017-2020 de la SN2S).

*Au directeur général de la santé et aux pilotes de la SN2S concernés
 Au président et aux membres du comité de pilotage de la SN2S
 Aux directeurs généraux des ARS*

6. Dans le cadre du pilotage de la SN2S :
- 6.1. intégrer formellement la PrEP dans la mise en œuvre des actions de la feuille de route 2017-2020 visant à améliorer l'information et la formation ainsi que la coordination des professionnels de santé dans le domaine de la santé sexuelle et de la prévention ;
 - 6.2. poursuivre et amplifier les efforts de renforcement des capacités des professionnels de santé dans le cadre de la feuille de route 2021-2023, en veillant à prioriser leur opérationnalité et leur capacité à produire des effets mesurables à court et moyen terme sur le terrain.

Aux présidents ou directeurs des instances ordinales, société savantes et organismes concourant à l'information et la formation des professionnels concernés

7. En cohérence avec la promotion faite auprès du public, **mobiliser les différents canaux d'information professionnelle pour informer et sensibiliser les professionnels de santé et de la prévention** sur l'extension de la stratégie de prévention diversifiée et la promotion positive de la PrEP en tant que moyen de prévention accessible à tous.

*Aux directeurs généraux des ARS
 Aux présidents des COREVIH et des URPS*

8. Au regard de l'extension de la faculté de primo-prescription de la PrEP à tous les médecins, **définir et mettre en œuvre au plan régional les mesures d'accompagnement professionnel favorisant le concours notamment des médecins généralistes à l'élargissement et à la diversification de l'offre de PrEP et de dépistage.**

À cet effet, dans une approche territoriale fine, avec l'appui des COREVIH :

- 8.1. sensibiliser les professionnels de santé dans les territoires à l'intérêt de la combinaison dépistage/PrEP et aux opportunités de se former, en particulier en promouvant la formation à la primo-prescription de la PrEP proposée en e-learning par la SFLS ;
- 8.2. identifier les services hospitaliers dotés d'une consultation PrEP et/ou les CeGIDD susceptibles d'apporter un appui aux nouveaux prescripteurs dans leur territoire, et soutenir les structures identifiées pour cette activité de référent territorial ;
- 8.3. identifier dans les territoires les acteurs ou réseaux d'acteurs de l'offre médicale et médico-sociale d'intérêt particulier au regard des publics pris en charge et des données épidémiologiques territoriales, afin de les encourager à se mettre en capacité de proposer et d'initier le couple dépistage/PrEP, y compris aux personnes consultant pour d'autres motifs ; soutenir ces nouveaux acteurs pour cette activité.

Aux présidents ou directeurs des instances ordinales, sociétés savantes et organismes concourant à l'information et la formation des professionnels concernés

Aux présidents des COREVIH et des URPS

9. Dans le cadre du dépistage du VIH et des IST, en particulier en médecine générale et dans les laboratoires de biologie médicale, **mettre systématiquement à profit le rendu d'un résultat négatif de dépistage du VIH pour informer la personne sur la PrEP et, le cas échéant, en proposer l'initiation ou référer vers un professionnel adapté.**

À cet effet :

- 9.1. inscrire cette démarche dans le cadre des bonnes pratiques accompagnant le dépistage ;
- 9.2. par les moyens appropriés, selon le cadre d'exercice et les professionnels concernés, assurer la diffusion de ces bonnes pratiques et au besoin la formation nécessaire à leur mise en œuvre auprès de l'ensemble des professionnels de santé et autres professionnels ou bénévoles concourant au rendu des résultats de dépistage du VIH et des IST.

Aux directeurs généraux des ARS

Aux présidents des COREVIH

10. **Diversifier les stratégies d'approche des publics et faciliter leur accès au dépistage et à la PrEP en développant les actions d'aller-vers**, et notamment :

- 10.1. donner aux CeGIDD et aux services hospitaliers spécialisés les moyens de déployer des actions de promotion et d'offre de dépistage et de PrEP hors les murs, dans des lieux pertinents pour atteindre les publics de leur territoire identifiés comme éloignés de l'offre spécialisée, et notamment en partenariat avec les acteurs de santé généralistes ou communautaires les mieux implantés auprès de ces publics ;
- 10.2. soutenir le développement d'actions de promotion et d'offre de dépistage et de PrEP par des acteurs communautaires diversifiés, identifiés pour leur capacité à atteindre les différents publics concernés.

Au ministre en charge de la santé

Aux directeurs généraux des ARS

Au président du groupe d'experts « Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH »

Aux présidents ou directeurs de l'ANRS-MIE et autres organismes de recherche concernés

11. **Adapter les modalités de dépistage, d'initiation et de suivi de la PrEP aux besoins et attentes des personnes, en allégeant ou en renforçant l'accompagnement selon la familiarité des individus avec le dispositif.**

À cet effet :

- 11.1. prendre les dispositions réglementaires nécessaires et soutenir le développement de dispositifs permettant l'initiation et le suivi de la PrEP par des moyens dématérialisés, intégrant la téléconsultation, la réalisation des dépistages par l'envoi d'autotests ou de kits d'auto-prélèvement, la délivrance électronique des prescriptions nécessaires ;
- 11.2. aménager le cadre conventionnel afin d'admettre au remboursement par l'assurance maladie toute téléconsultation pour un dépistage, une prise en charge

d'IST et/ou pour une initiation, un suivi ou renouvellement de PrEP, y compris quand le médecin consulté n'est pas le médecin traitant ;

- 11.3. dans le cadre de l'actualisation des recommandations médicales d'initiation et de suivi de la PrEP, étudier et le cas échéant définir les conditions dans lesquelles les consultations de suivi pourraient être espacées pour les usagers de PrEP les plus expérimentés, notamment sur la base d'une gestion autonome des dépistages intermédiaires entre deux consultations
- 11.4. renforcer et pérenniser le soutien aux acteurs de santé, notamment communautaires, développant des dispositifs innovants d'accompagnement renforcé et de facilitation d'accès au dépistage et à la PrEP en direction des publics confrontés à des difficultés d'accès aux services de prévention et de soins ;
- 11.5. renforcer et pérenniser le soutien aux acteurs qui ont mis en place des parcours d'accès accéléré à la PrEP, de type *PrEP en un jour* ; encourager et soutenir le développement de ce type de parcours auprès de différents publics et dans différents contextes d'offre, le cas échéant dans le cadre d'expérimentations de dispositifs innovants.

REMERCIEMENTS

Le Conseil national du sida et des hépatites virales exprime ses vifs remerciements à l'ensemble des personnes entendues dans le cadre de ses auditions :

Le 9 septembre 2020

- **Dominique COSTAGLIOLA**, Epidémiologiste biostatisticienne, Directrice adjointe, Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique, Sorbonne Université, INSERM
- **Pascal PUGLIESE**, Médecin-Praticien hospitalier, président, Société française de lutte contre le sida, président, COREVIH PACA-Est
- **Annie VELTER**, Sociologue, Chargée de projet et d'expertise scientifique en santé publique, **Nicolas ETIEN**, Chargé de mission en marketing social, Santé publique France

Le 10 septembre 2020

- **Hannane MOUHIM**, Directrice adjointe, Le Kiosque Infos Sida Toxicomanie / Checkpoint Paris
- **Sarah LABLOTIERE**, Déléguée de AIDES à Marseille, AIDES / Le Spot Longchamp Marseille
- **Jade GHOSN**, Professeur de médecine, Praticien hospitalier, SMIT / CeGIDD, Hôpital Bichat-Claude Bernard
- **Guillaume CONORT**, Médecin généraliste enseignant, Collège de la médecine générale
- **Caroline REBHI**, Co-présidente, Coordinatrice du programme Genre et Santé Sexuelle, Mouvement français du planning familial
- **Jean-Pierre MARNAY**, Médecin, Responsable du Service de santé universitaire, Université de Poitiers
- **Romain MBIRIBINDI**, Directeur général, Afrique Avenir
- **Najat LAHMIDI**, Sage-femme, Coordinatrice Santé sexuelle et reproductive, Médecin du Monde

Le 11 septembre 2020

- **Antoine BAUDRY**, animateur de prévention, Chargé des actions de santé-VIH, Cabiria
- **Giovanna RINCON**, Directrice, Acceptess-T
- **Irène ABOUDARAM**, Responsable du Pôle Appui et Politiques Publiques, Direction des Opérations France, Médecins du Monde
- **Antonio ALEXANDRE**, Directeur national, ENIPSE
- **Christophe MARTET**, Journaliste, Rédacteur en chef, Directeur de publication, Komitid
- **France LERT**, Chercheuse en santé publique, Présidente, Vers Paris sans sida
- **Aude LUCARELLI**, Médecin, Hôpital de jour adultes - consultations spécialisée, Centre hospitalier de Cayenne

Le 8 octobre 2020

- **Marie AHOUANTO-CHASPOUL**, Médecin, Maison de Santé Pluridisciplinaire de la Goutte d'Or

Le 8 janvier 2021

- **Christophe BARRIERES**, responsable ETP et référent VIH, **Florence STROMBONI**, Responsable Département Prévention et promotion de la santé, **Chrystelle MENAGE**, Département Etudes, Direction de la Santé publique et environnementale, Agence régionale de santé PACA
- **Laure-Marie ISSANCHOU**, Adjointe à la sous-directrice, Sous-direction Santé des populations et préventions des maladies chroniques, **Adrien ESCLADE**, Adjoint chef de

bureau, **Philippe MURAT**, Bureau des infections par le VIH, les IST, les hépatites et la tuberculose (SP2), Direction générale de la santé, Ministère des solidarités et de la santé

Le 21 janvier 2021

- **Frédéric GOYET**, Médecin référent régional IST/VIH/hépatites, Direction de la santé publique, Agence régionale de santé Île-de-France

Le 12 février 2021

- **Sheena McCORMACK**, Professor of Clinical Epidemiology, University College London, Chelsea and Westminster Hospital

Le 15 février 2021

- **Bruno SPIRE**, Directeur de recherche, Responsable Equipe Santé et recherche Communautaire, UMR SESSTIM - INSEM / IRD / Aix Marseille Université.

INDEX DES SIGLES ET ACRONYMES

AME : Aide médicale d'État

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ANRS-MIE : Agence nationale de la recherche sur le sida et les maladies infectieuses émergentes

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

ARS : Agence régionale de santé

CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues

CAF : Caisse d'allocations familiales

CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic

CNS : Conseil national du sida et des hépatites virales

COREVIH : Comité de coordination de la lutte contre les IST et le VIH

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPD : Conditions de prescription et de délivrance

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

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

CSSC : Centre de santé sexuelle communautaire

ERAS : Enquête rapport au sexe

FIR : Fonds d'intervention régional

FOAD : Formation ouverte à distance

FTC : Emtricitabine

HSH : Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes

IST : Infection sexuellement transmissible

PMI : Protection maternelle et infantile

PrEP : Prophylaxie pré-exposition

PVVIH : Personne vivant avec le VIH

RTU : Recommandation temporaire d'utilisation

SFD : Société française de dermatologie

SFLS : Société française de lutte contre le sida

SIUMPPS : Service universitaire ou interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé

SMIT : Service de maladies infectieuses et tropicales

SN2S : Stratégie nationale de santé sexuelle

TasP : Treatment as Prevention

TDF : Fumarate de ténofovir disoproxil

TPE : Traitement post-exposition

TROD : Test rapide d'orientation diagnostique

URPS : Unions régionales des professionnels de santé

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VPSS : Vers Paris sans sida

ANNEXE 1 – IMPACT DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA PREP

Les données de l'enquête EPI-PHARE montrent une diminution marquée des initiations et des délivrances de PrEP lors du premier confinement, incomplètement rattrapée ensuite¹³⁴

Les données exploitées dans le cadre de cette enquête portent sur la période de janvier à septembre 2020. Durant le premier confinement (du 16 mars au 17 avril 2020), le nombre de délivrances de PrEP et nombre d'instaurations chutent respectivement de 36 % et 47 % par rapport au niveau attendu. La période post-confinement (échelonnée de mi-avril à début septembre 2020) montre une reprise rapide des instaurations (+14 %) mais qui reste en-deçà du niveau projeté (+32 %), et d'un redressement des délivrances, mais qui demeure de 19 % inférieur à la période pré-confinement.

Sur l'ensemble de la période mars-septembre 2020, on observe ainsi un tassement global à la fois des délivrances et des instaurations de PrEP, en nette rupture avec la dynamique attendue au regard des années antérieures et de la période janvier-mars 2020. La moindre accessibilité aux consultations (en particulier en CEGIDD et dans les services hospitaliers) durant le confinement a certainement contribué à la forte baisse des instaurations, pendant que les personnes déjà sous PrEP disposaient de davantage de possibilité de compenser la situation (validité étendue des ordonnances, organisations par certains services de modalités innovantes de suivi : plateforme téléphonique, information via les réseaux sociaux, téléconsultations, envoi d'autotests, envoi d'ordonnances).¹³⁵

Une édition spéciale COVID-19 de l'enquête ERAS indique cependant une baisse du niveau d'exposition des HSH au cours de la même période

Les résultats de l'enquête EPI-PHARE sont à relativiser dans la mesure où les restrictions liées au confinement se sont également traduites par un changement important des modes de vie. Une édition spéciale Covid-19 de l'Enquête Rapport au Sexe (ERAS) étudie l'impact perçu de la crise sanitaire liée à la Covid-19 sur les conditions de vie, les recours aux soins spécifiques, et les comportements sexuels des HSH durant la période de confinement¹³⁶. Sur un échantillon d'environ 8 000 HSH inclus dans l'analyse, 11,3 % étaient usagers de la PrEP, dont 51,6 % en continu, et 48,4 % à la demande. Durant le confinement, 59 % ont arrêté la PrEP parce qu'ils n'avaient plus de rapports sexuels, et seuls 5 % l'ont arrêtée parce qu'ils n'avaient plus de médicament, ou parce que leur consultation avait été reportée. Les répondants ayant des relations avec des partenaires occasionnels indiquent que ces rencontres se sont intégralement interrompues pour 60 % d'entre eux.

Différentes observations suggèrent que la durée de la crise sanitaire et sa routinisation mettent en danger les efforts déployés jusqu'ici

Malgré de bonnes capacités de résilience du système général de soin pour poursuivre l'offre de prévention et de dépistage, la fermeture des lieux associatifs et l'affaiblissement des actions d'aller-vers fragilisent l'offre hors les murs ainsi que la promotion de la PrEP auprès

¹³⁴ R.Dray-Spira, J. Drouin, F.Cuenot, D.Desplas, A. Weill, F. Lert, M. Zureik. Utilisation des ARV et de la PrEP et recours aux tests VIH en laboratoire en France durant l'épidémie de Covid-19, EPI-PHARE, Novembre 2020

¹³⁵ J. Valbousquet et col., Assurer une continuité de la prise en charge des PVVIH et PrEPeurs durant le confinement COVID-19 : l'exemple du travail partenarial mis en place à Nice et sur les Alpes-Maritimes de mars à juin 2020. [poster] Congrès SFLS 2020

¹³⁶ Velter A, Champenois K, Rojas Castro D, Lydié N. Impact perçu de l'épidémie de Covid-19 des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en France. Bull. Épidémiol. Hebd. 2020;(33-34):666-72. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/33-34/2020_33-34_3.html

des populations, en particulier celles dont l'accès aux structures de prévention et de soins est le plus précaire. Combinés à une installation de la crise sanitaire dans le temps qui déstabilise les vies de chaque individu, la progression de la PrEP risque d'être fortement ralentie. Une surveillance étroite des différents domaines de la lutte contre le VIH est nécessaire à mesure que la crise sanitaire se prolonge et entraîne des effets structurels durables.¹³⁷

¹³⁷ Résumé des constats présentés par France Lert à l'occasion des « Journées Thématiques IST-PrEP-Santé Sexuelle » des 30 et 31 mars organisées par la SFLS, La SPILF et Santé Publique France

ANNEXE 2 – MISE EN ŒUVRE DE LA MESURE D'OUVERTURE DE LA PRIMO-PRESCRIPTION DE PREP À TOUS LES MÉDECINS : POINT D'ÉTAPE AU 15 AVRIL 2021

Depuis sa mise à disposition en 2016, d'abord dans le cadre d'une RTU, puis dans celui de l'AMM du Truvada® une fois celle-ci étendue à son indication en prophylaxie, la primo-prescription d'une PrEP ne peut être effectuée que par un médecin expérimenté dans la prise en charge de l'infection par le VIH, exerçant à l'hôpital ou dans un CeGIDD.

Sur le plan juridique, la difficulté posée par l'extension de la primo-prescription de la PrEP à tout médecin réside dans le classement du Truvada® et de ses génériques, comme d'ailleurs l'ensemble des spécialités antirétrovirales utilisées dans le traitement de l'infection par le VIH, parmi les médicaments dits à prescription restreinte. En l'espèce, l'autorisation de mise sur le marché du Truvada®, délivrée au plan européen, dispose que le traitement doit être initié par un médecin expérimenté dans la prise en charge de l'infection par le VIH. Il revient aux Etats membres de l'Union de traduire cette condition au regard de leur propre réglementation nationale en matière d'exercice médical et/ou de conditions de dispensation des médicaments. Ainsi, en France, cette exigence est satisfaite au travers d'une catégorie de médicaments à prescription initiale hospitalière.¹³⁸ Des dispositions réglementaires supplémentaires ont cependant déjà été prises par voie d'arrêté, dès la période de dispensation en RTU, pour autoriser la primo-prescription du Truvada® en PrEP par les médecins exerçant dans le cadre des CeGIDD.¹³⁹

Elaboré dès l'automne 2019 par l'administration de la santé, un projet de décret en Conseil d'Etat visait à introduire dans la réglementation relative aux médicaments soumis à prescription restreinte une dérogation permettant leur prescription par tout médecin dans le cas d'une indication prophylactique et répondant à un intérêt de santé publique. Cette disposition présentait notamment l'avantage, au-delà de son application envisagée dans l'immédiat au Truvada® et ses génériques, de créer un cadre juridique pérenne permettant la primo-prescription par tout médecin d'autres spécialités dont l'indication en PrEP pourrait être validée à l'avenir. L'examen du projet de décret en Section sociale du Conseil d'Etat, après avoir été repoussé de plus d'une année en raison du contexte de crise sanitaire, est intervenu le 26 janvier 2021 et a abouti à son rejet.

Différents acteurs scientifiques, médicaux et associatifs ont exprimé leur vive déception vis-à-vis de cette décision et souligné l'urgence de rendre l'ouverture de la primo-prescription à tous les médecins effective. En effet, cette évolution de l'offre représente une condition essentielle pour le développement de la PrEP, tant sur le plan quantitatif, au regard de la saturation des capacités actuelles d'offre, que qualitatif, s'agissant de réduire les inégalités d'accès actuelles et de mettre la PrEP à disposition de publics plus diversifiés.

De nouvelles voies juridiques sont en cours de mise en œuvre pour résoudre cette difficulté. Au regard du contexte d'épidémie de COVID-19 et de son impact important sur l'accès à la PrEP dans les structures spécialisées, la DGS a saisi la HAS pour élaborer une « réponse rapide » définissant les bonnes pratiques de prescription de la PrEP, incluant la primo-prescription en médecine de ville. Cette réponse rapide a été adoptée par le collège de la HAS le 15 avril 2021. Sa publication devrait ainsi intervenir dans les jours suivant l'adoption

¹³⁸ Code de la santé publique, art. R5121-77

¹³⁹ Arrêté du 7 juin 2016 fixant la liste des traitements préventifs assurés par les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic

du présent Avis par le CNS. Pour que la primo-prescription par tout médecin devienne effective, il est toutefois nécessaire que l'ANSM, également saisie, procède à une modification des conditions de prescription et de délivrance (CPD) du Truvada® et ses génériques. Le processus de modification des CPD implique notamment une consultation des laboratoires pharmaceutiques titulaires des AMM, entraînant certains délais. Selon des hypothèses raisonnables, la mesure d'ouverture de la primo-prescription pourrait être opérationnelle dans le courant du mois de juin 2021. Cependant, la « réponse rapide » ne constitue pas un cadre pérenne autorisant la primo-prescription de la PrEP en médecine de ville, au-delà de la situation d'urgence sanitaire.

ANNEXE 3 – LE MODULE DE FORMATION *FORMAPREP*

*FormaPrEP*¹⁴⁰ est une formation en e-learning visant à accompagner les médecins de premier recours à la primo-prescription de PrEP. Elle est l'aboutissement d'un travail initié en septembre 2019, lors de la constitution d'un comité de développement et de pilotage réunissant sociétés savantes (Société française de lutte contre le sida (SFLS), Société française de dermatologie (SFD)), associations (AIDES, TRT-5, FormaVIH), et l'Université de Bordeaux, en charge de sa mise en œuvre (Equipe PEPITe Santé).

Cette formation ouverte à distance (FOAD) est soutenue par la DGS, dans le cadre de la mise en œuvre des actions de la feuille de route 2017-2020 de la SN2S. La SFLS assure sa coordination. Outre l'accompagnement des médecins à la primo-prescription de la PrEP, *FormaPrEP* est conçue plus largement comme une formation ouverte aux autres professionnels de soins primaires et acteurs de prévention. Au travers d'une approche pluridisciplinaire et populationnelle, son objectif est de proposer, au-delà des aspects techniques de la prescription de PrEP, une formation aux enjeux de la prévention diversifiée et à leur abord avec les patients dans une démarche globale de santé sexuelle. Cinq modules sont à réaliser, consacrés respectivement à l'épidémiologie (le VIH et les populations clés), la prévention diversifiée (les outils disponibles), les consultations (les étapes en pratique), la santé sexuelle (aborder la sexualité en médecine de ville), et les réseaux territoriaux de santé sexuelle. La formation est lancée et accueille les premières inscriptions depuis mars 2021.

Plusieurs évolutions sont envisagées à court et moyen terme : rendre la formation disponible en développement professionnel continu (DPC), en cohérence avec l'orientation nationale prioritaire du DPC sur la promotion de la santé sexuelle ; affiner les ressources concernant les territoires, en lien avec les COREVIH, pour que les professionnels de santé soient informés des réseaux de santé sexuelle de proximité ; élargir l'offre de FOAD à d'autres thématiques de santé sexuelle.¹⁴¹

¹⁴⁰ www.formaprep.org

¹⁴¹ Les informations présentées dans cette annexe proviennent du poster « *Projet d'accompagnement par une formation e-learning de la primo-prescription PrEP par les médecins de premier recours* » présenté lors des Journées thématiques IST - PrEP - Santé Sexuelle, organisées par la SFLS, la SPLIF et Santé Publique France (30-31 mars 2021). <http://sfls.fr/santesex>

ANNEXE 4 - L'EXPÉRIENCE D'UN PARCOURS DE « PREP EN UN JOUR » POUR LES PERSONNES TRANS : LE PARTENARIAT DE L'ASSOCIATION ACCEPTESS-T ET DU CEGIDD DE L'HÔPITAL BICHAT - CLAUDE BERNARD

Le partenariat développé entre l'association communautaire transgenre et féministe Acceptess-T et le service de maladies infectieuses et tropicales (SMIT) et le CeGIDD de l'Hôpital Bichat - Claude Bernard à Paris a particulièrement retenu l'attention du CNS lors de ses auditions,¹⁴² au regard du caractère très innovant du dispositif d'accompagnement et de parcours d'accès rapide à la PrEP mis en place.

Dès 2017, le CeGIDD ouvre des créneaux de consultations hebdomadaires dédiés aux personnes transgenres, sans rendez-vous, avec accompagnement par l'association Acceptess-T. Une convention est signée par la suite entre les deux organismes afin de formaliser et développer le partenariat engagé, dans l'objectif global d'améliorer la prise en charge de la santé sexuelle des personnes trans suivies par l'association, en majorité étrangères, travailleuses du sexe, en situation de grande précarité économique et administrative. La formation de médiateurs/médiatrices communautaires dédié.es, un accompagnement physique des personnes pour les consultations, et la mise à disposition de moyens de traduction font partie des stratégies mises en œuvre.¹⁴³

Depuis janvier 2020, une permanence du CeGIDD est organisée une demi-journée par semaine au sein des locaux d'Acceptess-T notamment dans l'objectif de faciliter l'accès à la PrEP. Ce dispositif de consultation délocalisée se montre très efficace, permettant une augmentation importante et rapide du nombre de personnes usagères de PrEP au sein de la file active de l'association. Ainsi, entre janvier et mars 2020, 70 nouvelles personnes accèdent par ce biais à la PrEP, contre un total de 50 au cours des trois années précédentes. En dépit des conditions particulièrement difficiles induites par la crise sanitaire pour les personnes trans suivies par l'association et de l'interruption de l'accueil dans les locaux de l'association durant le premier confinement, cette dynamique s'est poursuivie à la reprise des permanences en mai. Au total, une centaine d'initiations de PrEP ont été réalisées entre janvier et début septembre 2020.

L'originalité du dispositif est à la fois d'avoir rendu possible la prescription de la PrEP en un jour, et d'offrir un accompagnement complet dans la démarche grâce à des médiateurs communautaires, de l'entrée dans les locaux de l'association jusqu'au terme du parcours avec la prescription et un mois de traitement en main. Les personnes sont reçues le matin dans les locaux par un.e médiateur.ice communautaire (généralement hispanophone ou lusophone) qui réalise des TROD VIH et VHC, informe sur la PrEP et la propose ; une consultation sur place avec un médecin du CeGIDD (hispanophone également) permet d'établir la prescription. L'après-midi, les personnes sont accompagnées à nouveau par un médiateur au SMIT de l'hôpital Bichat pour réaliser les prélèvements du bilan initial, puis à la pharmacie à usage intérieur de l'hôpital pour retirer le traitement. Les personnes sont ensuite recontactées systématiquement, sous 24 à 48h, pour les autoriser à prendre le traitement si les résultats du bilan le permettent ou l'interrompre ou ne pas le débiter en cas diagnostic d'infection par le VIH ou de contre-indication médicale révélée par le bilan.

¹⁴² Auditions de Giovanna Rincon, directrice d'Acceptess-T, et de Jade Ghosn, professeur de médecine, SMIT / CeGIDD de l'Hôpital Bichat - Claude Bernard

¹⁴³ « Partenariat associatif pour la prise en charge des personnes transgenres », Dr Bao-Chau Phung, SMIT CeGIDD Bichat - Claude Bernard, Journée nationale des CeGIDD, 6 décembre 2018

Par la suite, un système de rappel proactif des rendez-vous réalisés par l'hôpital permet le suivi des patients. Le taux de rétention dans le soin grâce à ce dispositif est de 71 %.

Le CNS a souhaité mettre en avant ce partenariat dans la mesure où il représente un exemple probant d'action d'aller-vers innovante, visant à ajuster les modalités d'offre de la PrEP aux difficultés spécifiques rencontrées par les personnes trans et travailleuses du sexe pour accéder à la PrEP et plus généralement aux services de prévention et de soins. La rapidité d'accès, l'accompagnement individualisé aux différents moments de la démarche, ainsi que les moyens de rappel proactifs sont des outils qui font sens auprès des personnes concernées par des conditions de vie très précaires, une grande mobilité, et un accès difficile au système de soins en raison des barrières administrative et linguistiques, ainsi que des risques de stigmatisation. D'autres publics confrontés à des difficultés pour partie analogues pourraient bénéficier de dispositifs de même nature, précisément adaptés à leurs besoins propres.

LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA : UNE DÉMARCHE, DES SAVOIRS ET DES PRATIQUES POUR SERVIR AUX ENJEUX DU PRÉSENT

Le présent *Avis* a été adopté par le Conseil national du sida et des hépatites virales, réuni en séance plénière le 17 juin 2021, à l'unanimité des membres présents ou représentés.

MEMBRES DE LA COMMISSION « RISQUES, VIH ET NOUVELLES ÉPIDÉMIES »

- Philippe ARTIÈRES, *président*
- Carine FAVIER
- Hugues FISCHER
- Pierre-Yves GEOFFARD
- Cécile GOUJARD
- Sandrine MUSSO
- Marie PRÉAU
- Gilles RAGUIN
- Christine ROUZIOUX
- Marie SUZAN-MONTI
- Patrick YENI

RAPPORTEURS

- Laurent GEFFROY
- Marine SCANDELLA

L'analyse des liens d'intérêts déclarés n'a pas permis d'identifier de conflits d'intérêts.

PRÉAMBULE

Témoin et acteur de la lutte contre le VIH/sida depuis plus de 30 ans, parfaitement conscient des limites de la comparaison, il est apparu intéressant au Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS), pas seulement dans une pure démarche réflexive, de se demander ce que la lutte contre le VIH/sida pouvait apporter à celle contre la Covid-19 et les épidémies à venir. Créé en 1989, le Conseil national du sida fait partie des dispositifs préconisés par le Pr. Claude Got dans son rapport¹⁴⁴. Il est donc un des outils régulièrement mobilisé pour conseiller les politiques publiques. Alors que le VIH est maintenant considéré comme une maladie chronique grâce à des traitements efficaces et à une prévention adaptée, il a semblé opportun de dresser un inventaire critique et dynamique des savoirs pratiques et méthodologiques que chercheurs, membres de la société civile, personnes vivant avec le VIH et/ou militants ont inventé depuis le début des années 1980 pour répondre de façon adaptée et efficace à cette pandémie.

Cet inventaire n'est pas exhaustif ; il est établi à partir de notre situation actuelle, celle d'une crise sanitaire sans précédent. C'est donc une contribution collective, résultat des expériences individuelles des membres du conseil (virologistes, épidémiologistes, associatifs, soignants, chercheurs) et du collectif du CNS que l'on lira ici. Cette démarche n'est pas pour autant mémorielle ; elle résulte d'un travail qui a pris des formes différentes, s'appuyant sur des auditions extérieures, se basant sur la littérature disponible et sur un débat permanent ; si elle a d'abord pris comme point de départ de la réflexion la question de la réduction des risques, son travail s'est infléchi et la dimension éthique s'est imposée. Il ne se veut ni leçons ni guide pratique, mais peut-être le relais d'un certain nombre de repères et de valeurs, résultats de l'expérience de la lutte contre le VIH/sida. Il ne s'agit pas ici, pour le CNS, d'affirmer mais de considérer qu'en cette situation, « conseiller » c'est « faire-savoir » cette lutte exemplaire. Ce savoir peut servir d'« arme », pour reprendre les mots mêmes des activistes¹⁴⁵, pour aujourd'hui et pour demain.

INTRODUCTION

CONTEXTE DE L'AUTO-SAISINE DU CNS

Au terme de la mandature actuelle de ses membres (2015-2021) et après plus de 30 ans d'activité, le Conseil a souhaité engager une réflexion sur les acquis de la lutte contre le VIH/sida et leur utilité éventuelle pour la crise épidémique présente et pour les épidémies à venir ; il a constitué une commission à cet effet.

L'auto-saisine du CNS est née d'un triple constat établi pendant la crise sanitaire : (i) le faible recours à l'expérience de la lutte contre le VIH/sida pour répondre aux questions posées, (ii) le déficit de sollicitation par les pouvoirs publics de ses instances de conseil, en particulier la Conférence nationale de santé, (iii) l'inquiétude suscitée par certaines réponses données, du point de vue de la santé et des libertés publiques.

¹⁴⁴ Got C. (1989), *Rapport sur le sida*, Paris, Flammarion.

¹⁴⁵ "Knowledge is a weapon" Act Up-New York, 1988.

OBJECTIF DE LA MISSION

L'expérience de la lutte contre le VIH/sida, c'est-à-dire ses savoirs, ses débats et ses erreurs a permis de faire émerger, à plusieurs échelles, un ensemble de principes, de pratiques de terrain, de gestes et de procédures. Un inventaire critique et dynamique de cette expérience a été réalisé, sans rechercher l'exhaustivité, afin de réfléchir aux savoirs susceptibles, en temps de nouvelle épidémie, d'offrir des références, voire des réponses, aux parties prenantes et d'éclairer la décision publique.

La mobilisation de l'expérience de la lutte contre le VIH/sida ne va pas de soi, en raison des singularités de l'épidémie, dont témoignent ses modes de contamination et les populations touchées ainsi que le contexte de son émergence. L'apparition de nouvelles épidémies soulève aujourd'hui des questions qui n'étaient pas posées dans les années 1980, compte tenu d'évolutions politiques, sociales, sociétales, culturelles et technologiques, à commencer par la mondialisation des échanges et des circulations. Pour autant, l'expérience de la lutte contre le VIH/sida, en dépit de ses singularités, pourrait être utilement mobilisée pour de nouvelles épidémies, comme elle l'a été dans la lutte contre les hépatites virales.

APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

Le retour à l'expérience de la lutte contre le VIH/sida est assorti de précautions. Il ne doit pas éluder les contextes changeants qui ont caractérisé cette mobilisation et ses différentes temporalités. Par ailleurs, il doit être préservé de toute illusion rétrospective afin de ne pas attribuer à la lutte contre le VIH/sida un rôle qu'elle n'a pas eu – ou pas eu seule – dans un ensemble d'évolutions et de ne pas l'inscrire dans un temps linéaire marqué par les seuls progrès et succès.

Le retour à cette expérience a mobilisé des sources multiples. La commission s'est appuyée sur les productions du Conseil, en particulier ses Avis et Rapports publiés depuis 1989 et sur une revue de la littérature. Cet état des lieux a été enrichi par les expériences des membres actuels du Conseil, dont certains sont issus de la génération confrontée à l'apparition de l'épidémie et au développement de la lutte contre le VIH/sida. Quatre groupes thématiques consacrés aux questions de prévention, de droits, de mobilisation collective et de recherche ont été constitués au sein de la commission afin de structurer ses travaux. Pour penser l'expérience de la lutte contre le VIH/sida en lien avec d'autres enjeux et épidémies, la commission a aussi procédé à l'audition d'un nombre limité de personnalités dont le domaine d'expertise ne concerne pas – ou pas exclusivement – le VIH/sida.

PLAN DE L'AVIS

L'expérience de la lutte contre le VIH/sida ainsi identifiée s'inscrit dans un cadre éthique exigeant. Ses savoirs et ses pratiques peuvent faire école et possèdent une pertinence face aux épidémies émergentes. Aussi, le Conseil adresse aux pouvoirs publics des préconisations au terme de l'Avis.

1. L'EXPÉRIENCE DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA : TROIS LEÇONS D'UNE DÉMARCHE ÉTHIQUE

Tant en France qu'à l'échelle internationale, la lutte contre le VIH/sida a emprunté ou inauguré de multiples voies pour répondre à la pandémie qui, sous de nombreux aspects, présentaient un caractère inédit. En France, trois leçons peuvent être ici retenues, une démarche respectueuse des droits des personnes (1.1), une approche globale du sujet, doté d'un corps, d'une personnalité et d'un savoir (1.2), un engagement individuel et collectif coordonné qui n'élué pas le conflit (1.3).

Ces trois leçons ont pour point commun de s'inscrire dans le cadre d'une démarche éthique, qui était en cours de définition au début de la pandémie. Les engagements en faveur de l'éthique médicale et de l'encadrement des essais thérapeutiques exprimés par la déclaration internationale d'Helsinki de 1964¹⁴⁶ avaient été précisés par le rapport Belmont deux ans avant le début de l'épidémie de VIH/sida¹⁴⁷. Celui-ci affirme les principes de respect de la personne, de bienfaisance et de justice et précise leurs implications en matière de consentement éclairé, d'évaluation de la balance bénéfico-risque et de sélection équitable des sujets dans la recherche. Ces principes ont guidé la lutte contre le VIH/sida qui les a aussi enrichis lorsqu'elle a tenté de répondre aux défis de la pandémie tout au long des quarante années de mobilisation.

1.1. UNE DÉMARCHE RESPECTUEUSE DES DROITS DES PERSONNES

La démarche éthique de la lutte contre le VIH/sida s'est traduite, en particulier et de façon progressive, par l'affirmation pratique des droits humains, leur reconnaissance y compris dans le droit positif et leur mise en œuvre qui, toutefois, est restée insuffisante.

Dès les premières années de l'épidémie, la lutte contre le VIH/sida a affirmé un souci constant et prononcé pour les droits des personnes exposées au ou vivant avec le VIH ainsi qu'un choix pour les dispositifs de prévention fondés sur le consentement plutôt que sur la contrainte. Cette approche, qui consacre la responsabilité individuelle, a dérogé au modèle de la contrainte¹⁴⁸ fondé sur des contrôles, des obligations et des sanctions, mobilisés auparavant dans la lutte contre les épidémies, en même temps que d'anciens procédés de quadrillage strict afin de circonscrire des espaces sous contrôle. Elle s'est traduite, par exemple dans le domaine du dépistage de l'infection, par le recueil du consentement éclairé des personnes¹⁴⁹, l'insistance sur le respect de la confidentialité, le principe de volontariat et de la responsabilisation individuelle.

Cette approche libérale, qui a été définie comme exceptionnaliste¹⁵⁰, est apparue pertinente compte tenu, en particulier, des caractéristiques de l'épidémie. En effet, en dehors de la

¹⁴⁶ Déclaration d'Helsinki - principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains - adoptée par la 18^e Assemblée générale de l'association médicale mondiale en juin 1964.

¹⁴⁷ Commission nationale pour la protection des sujets humains dans le cadre de la recherche biomédicale et comportementale (1979), *Principes éthiques et Directives concernant la Protection des Sujets Humains dans le cadre de la recherche*, 18 avril.

¹⁴⁸ Sur le modèle de la « contrainte profane » voir Dozon J.-P. (2001), « Quatre modèles de prévention » in Dozon J.-P., Fassin D. (ed.), *Critique de la santé publique : une approche anthropologique*, Paris, Balland, p. 23-46.

¹⁴⁹ Le CNS a admis une seule dérogation dans le cas d'un accident d'exposition au sang avec impossibilité pour la personne de répondre à une proposition de test en raison de sa situation médicale et a assorti sa mise en œuvre de plusieurs conditions impératives. Voir CNS (2000), *Avis sur le dépistage en milieu hospitalier en situation d'accident avec exposition au sang (AES) et d'impossibilité pour le patient de répondre à une proposition de test*, 12 octobre ; (2009) *Note valant avis sur le consentement au dépistage en cas d'accident d'exposition au sang impliquant un patient majeur protégé*, 12 mars.

¹⁵⁰ Bayer R. (1991), "Public health policy and the AIDS epidemic. An end to HIV exceptionalism?" *N Engl J Med*, 324(21):1500-1504.

transfusion sanguine, les principaux comportements de transmission étaient soit assortis d'un stigmatisme social, s'agissant des pratiques homosexuelles et de la prostitution, soit interdits par la loi et le sont toujours, s'agissant de l'usage de drogues. Les populations clefs de l'épidémie, en particulier les personnes détenues, les personnes se prostituant et les migrants en situation de précarité administrative étaient, et sont toujours, exposées à des formes de contrôle de l'administration. Aussi, le modèle de la contrainte est inefficace pour toucher des personnes qui, compte tenu de leur situation, accordent une confiance limitée aux institutions publiques et adoptent des stratégies pour échapper à leur contrôle.

L'attention à l'égard des droits des personnes s'est aussi traduite par la mobilisation contre la discrimination et la stigmatisation subies par les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et les populations exposées au risque d'infection. Les restrictions dans l'accès aux soins, à l'emploi et à l'assurance ont été particulièrement combattues par les acteurs de la lutte contre le VIH, notamment les associations qui ont pu, à partir de 1991, exercer les droits reconnus à la partie civile pour les infractions commises en raison de l'état de santé¹⁵¹. L'inégalité de traitement en matière d'accès à l'assurance et à l'emprunt pour les PVVIH a suscité, en particulier, une longue mobilisation dans les années 1990. Le CNS s'est ainsi opposé aux prérogatives trop larges consenties aux professionnels de l'assurance dans le cadre d'une convention nationale en discussion, mettant en avant par ailleurs le droit à la confidentialité¹⁵², puis a proposé un nouveau cadre conventionnel¹⁵³, qui a inspiré l'élaboration de l'actuelle convention AERAS¹⁵⁴. Dans un autre domaine d'accès différencié aux droits au détriment des PVVIH, le Conseil a demandé la levée de l'interdiction des soins de conservation des personnes décédées infectées par le VIH¹⁵⁵, qui est effective depuis 2018. En dépit des avancées dans différents domaines, les enquêtes soulignent que les discriminations perdurent¹⁵⁶, au détriment en particulier de populations vulnérables, justifiant la poursuite de la mobilisation des acteurs de la lutte contre le VIH.

De façon générale, la lutte contre le VIH/sida a contribué, grâce à l'activisme des associations, à l'inscription de certains de ces principes dans le droit positif, notamment avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Ainsi sont affirmés le respect de la dignité de la personne soignée et de son intimité, l'autonomie de sa volonté y compris dans le refus de soin, le droit à l'information, son consentement libre et éclairé au cours d'un entretien individuel avec le médecin et sa participation à la décision. Rééquilibrant la relation entre patients et pouvoir médical, détenant jusqu'alors le monopole sur le savoir, la loi a consacré le patient comme partenaire actif participant aux décisions concernant sa santé.

Par ailleurs, un droit à réparation a été consacré dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida. La reconnaissance d'une responsabilité sans faute des centres de transfusion sanguine par la jurisprudence a abouti en 1991 à la création du fonds d'indemnisation des transfusés et hémophiles afin d'assurer aux personnes ainsi contaminées par le VIH une réparation complète et rapide des préjudices subis. Cette reconnaissance a contribué à l'amélioration

¹⁵¹ Loi du 12 juillet 1990 relative à la protection des personnes contre les discriminations en raison de leur état de santé ou de leur handicap.

¹⁵² CNS (1991), *Assurances. Avis à propos de la convention Sida*, 23 septembre.

¹⁵³ CNS (1999), *Assurances. Pour une assurabilité élargie des personnes et une confidentialité renforcée des données de santé. Rapport suivi d'un avis et de recommandations*, 20 septembre.

¹⁵⁴ S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé.

¹⁵⁵ CNS (2009), *Note valant avis sur les opérations funéraires pour les personnes décédées infectées par le VIH*, 12 mars.

¹⁵⁶ Aides (2017), *VIH/ Hépatites. La face cachée des discriminations* ; Les Séropotes (2020), *L'accès des personnes vivant avec le VIH à l'assurance et aux soins. Actes du Workshop du 20 janvier 2020*.

de l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, mise en place par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) créé par la loi du 4 mars 2002.

La reconnaissance des droits des malades a été progressivement et difficilement acquise, en particulier face au pouvoir médical. Dans les premières années de l'épidémie, les PVVIH ont rapporté avoir été confrontés à la distance de certains médecins ou à une attitude emprunte de paternalisme, voire de moralisme tandis que des médecins ont fait part d'un sentiment d'impuissance, de peur ou de malaise¹⁵⁷. Avec l'accès aux premiers traitements antirétroviraux, qui étaient à la fois peu actifs, mal tolérés et de prise complexe, les injonctions d'observance pour éviter l'émergence de résistances et l'échec thérapeutique caractérisaient souvent la relation médecin-patient. Puis, peu à peu, y compris par souci d'efficacité de la prise en charge, l'injonction et le jugement ont régressé au profit d'une amélioration de l'écoute et de la participation du patient aux décisions. L'accompagnement des malades par les professionnels de santé et les associations a reposé, dans le cadre d'une approche globale, sur un *counseling*¹⁵⁸ centré sur le vécu des effets indésirables des traitements. Celui-ci a été consacré dans le cadre de dispositifs d'éducation thérapeutique du patient (ETP) à partir de 2009.

La reconnaissance des droits des malades s'est ainsi traduite par l'individualisation de la relation de soin et, dans une autre mesure, par l'accès compassionnel aux molécules, obtenu par les associations de lutte contre le sida à titre dérogatoire¹⁵⁹. Ces approches témoignent de la nécessité de prendre en compte les vulnérabilités vitales des personnes afin de les secourir, sans recherche systématique d'équité à l'échelle de la société, conformément à une éthique du *care*. Conceptualisée dès les années 1980 dans le monde anglo-saxon¹⁶⁰, l'éthique du *care*, contemporaine de la lutte contre le VIH/sida, renvoie à la fois à un sentiment de sollicitude et à une activité de soin qui appelle une reconnaissance¹⁶¹.

Progressive dans le temps, la mise en œuvre des droits des malades a été aussi variable selon le lieu d'exercice des professionnels – dans des régions à forte ou faible incidence du VIH/sida –, la situation des malades, en particulier leurs ressources¹⁶² et leur vulnérabilité, et la nature des établissements concernés. Sur ce point, le CNS a affirmé un souci constant vis-à-vis des droits des personnes dans des institutions ou dispositifs spécifiques de prise en charge, en particulier (i) en établissement pénitentiaire, avant et après la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale qui a confié au service public hospitalier la prise en charge sanitaire des personnes détenues¹⁶³, (ii) en établissement

¹⁵⁷ Voir par exemple Méchin N. (1999), *Médecin, Malade, SIDA: une rencontre*, Paris, L'Harmattan ; Jaccomard, H. (2004), *Lire le sida: témoignages au féminin*, Bern, Peter Lang ; Langlois E. (2006), *L'épreuve du sida. Pour une sociologie du sujet fragile*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

¹⁵⁸ Le *counseling*, qui n'a pas de traduction en français, consiste dans la mobilisation des ressources et des capacités des personnes pour faire face à d'éventuelles difficultés grâce à l'établissement d'une relation de type thérapeutique.

¹⁵⁹ Barbot J. (1998), « Science, marché et compassion. L'intervention des associations de lutte contre le sida dans la circulation des nouvelles molécules », *Sciences sociales et santé*, vol. 16, n°3, p. 67-95.

¹⁶⁰ Gilligan C. (1982), *In A Different Voice*, Cambridge, Mass., Harvard University Press ; Gilligan C. (2008), *Une voix différente, Pour une éthique du care*, Traduction de Vanessa Nurock, Paris, Champs Flammarion.

¹⁶¹ Pour une synthèse voir par exemple : Worms F. (2021), *Le moment du soin. A quoi tenons-nous ?*, Paris, Presses universitaires de France.

¹⁶² Leur position sociale, leur proximité avec un réseau associatif, leurs connaissances médicales, leurs capacités à mobiliser des procédures, etc.

¹⁶³ CNS (1996), *Note valant avis à propos de la confidentialité en milieu pénitentiaire*, 8 juillet ; (2005) *Rapport sur la politique publique de prévention de l'infection à VIH en France métropolitaine*, 17 novembre ; (2009) *Note valant avis sur l'expérimentation des programmes d'échange de seringues dans les établissements pénitentiaires*, 11 septembre ; (2020) *Avis et rapport sur la prévention, le dépistage et le traitement de l'hépatite C chez les personnes détenues*, 10 juillet.

médico-social pour personnes en situation de handicap¹⁶⁴, (iii) en centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues¹⁶⁵, (iv) dans le cadre des dispositifs relatifs à l'accès au soin des personnes en situation irrégulière¹⁶⁶. Une attention doit aussi être portée à l'accès aux dispositifs de soutien à domicile et d'hébergement dédiés comme les appartements de coordination thérapeutique (ACT)¹⁶⁷ et, pour des populations en situation de dépendance, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

1.2. UNE APPROCHE GLOBALE DU SUJET DOTÉ D'UN CORPS, D'UNE PERSONNALITÉ ET D'UN SAVOIR

La lutte contre le VIH a rompu avec une approche de l'individu désincarné que les politiques publiques avaient jusqu'à présent mise en œuvre, entraînant des conséquences en particulier sur la place du malade et le rôle des pouvoirs publics.

Dans le domaine de la prévention, les politiques de santé se sont souvent adressées à des individus rationnels supposés maximiser leurs intérêts et minimiser leurs risques, contribuant ainsi à en faire des personnes responsables et « comptables de leur santé »¹⁶⁸. D'autres politiques ont considéré les individus comme étant moraux ou amoraux, c'est-à-dire soit prompts à se conformer aux recommandations du droit ou des professionnels de santé au moyen d'un contrôle de soi permanent, soit prêts à s'affranchir de ce cadre par esprit de transgression¹⁶⁹.

À rebours de ces approches centrées sur l'individu rationnel ou l'individu moral/amoral qui peuvent stigmatiser des populations « cibles », la lutte contre le VIH/sida a envisagé, par souci éthique et par efficacité, chaque individu comme un sujet doté d'un corps, d'une personnalité, d'un savoir. Elle a ainsi tenu compte des contextes socio-économiques, familiaux, conjugaux, biographiques et temporels des personnes et du rôle joué par les groupes et réseaux de sociabilité et d'action. Elle a aussi reconnu au sujet une capacité à participer aux réformes publiques et a fait émerger la parole du malade singulier pensé comme un réformateur social, c'est-à-dire comme un témoin des besoins, des urgences, médicales et sociales, alors que jusqu'à présent seule la parole du médecin avait été associée aux réformes sociales¹⁷⁰.

Cette approche a été portée par une diversité d'associations de lutte contre le sida – associations de personnes concernées, associations de professionnels réunissant médecins et PVVIH – créées dans les années 1980 et 1990 telles que Vaincre le sida, Aides, Arcat, Act Up-Paris, etc. Leur dynamique a permis de renforcer le soutien aux PVVIH, de produire

¹⁶⁴ CNS (2008), *Note valant avis sur le consentement au dépistage en cas d'accident d'exposition au sang impliquant un patient majeur protégé*, 12 mars.

¹⁶⁵ CNS (2001), *Note valant avis sur l'impact des politiques relatives aux drogues illicites sur la réduction des risques infectieux*, 20 janvier.

¹⁶⁶ Voir notamment CNS (2004), *Note valant avis sur le processus d'évaluation médicale des demandes de titres de séjour pour soins des étrangers*, 26 février ; (2014) *Avis sur la protection sociale des étrangers vivant avec le VIH en France et l'intérêt de son évolution vers le droit commun*, 18 avril.

¹⁶⁷ Créés dans les années 1980 par des associations pour permettre à des personnes malades isolées, parfois sans domicile, d'être hébergées, accompagnées et soutenues, les ACT ont été institués après une phase expérimentale débutée en 1994.

¹⁶⁸ Moulin A-M. (2004), « Ordre et désordre dans le champ de la santé », in Schweyer F.X. et coll., *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, Editions ENSP.

¹⁶⁹ Massé R. (2007), « Le risque en santé publique : pistes pour un élargissement de la théorie sociale », *Sociologie et sociétés*, 39 (1), p. 13-27.

¹⁷⁰ Defert D. (1989), « Le malade réformateur », *Journal du sida*, juin.

des savoirs et un apprentissage en commun et d'exercer une influence sur la décision publique en cohérence avec les principes de Denver qui appelaient, dès 1983, à la remise en cause du pouvoir médical et à la participation des personnes concernées aux décisions à tous les stades¹⁷¹. Les associations créées dans le cadre de réseaux d'entraide et de socialisation ont participé à ce mouvement : médecins gays pour améliorer la connaissance des enjeux de la santé gay des professionnels de santé à partir de 1980¹⁷², associations communautaires et syndicat national des entreprises gaies (SNEG) pour mettre en place des actions de prévention dans le milieu gay¹⁷³, groupes d'auto support d'usagers de drogues inspirés des expériences américaines et hollandaises pour promouvoir la réduction des risques¹⁷⁴.

La parole des PVVIH a été entendue et écoutée dans les hôpitaux et les autres établissements de santé, les comités de pilotage de l'action publique régionaux ou nationaux et les instances de recherche. La contribution des associations au développement de la recherche et comme acteurs de la recherche a été particulièrement active dans le cadre du groupe inter-associatif TRT-5 qui a réuni depuis 1992 des associations de lutte contre le sida. L'expérience des PVVIH s'est avérée pertinente pour éclairer le niveau d'acceptabilité d'un protocole, favoriser le bon recrutement des participants à un essai et les accompagner ou introduire la réflexion éthique, en particulier lors de la phase d'évaluation des projets de recherche. La médiation effectuée par les associations leur a permis de mettre à disposition de la communauté médicale et des patients des informations, en particulier via des revues spécialisées¹⁷⁵, sur les essais thérapeutiques et les études de cohorte ainsi que sur les droits des personnes participant à la recherche.

Les associations se sont appuyées sur les savoirs et compétences de réseaux de sociabilité pour développer et mettre en œuvre leurs actions de prévention. Les associations dites communautaires, en lien avec les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), les migrants, les personnes en situation de prostitution ainsi que les associations d'auto supports d'usagers de drogues et les associations de santé comme l'Arcat et Médecins du Monde en France ont ainsi mis en place des programmes auprès des populations vulnérables exposées au VIH. L'action des pairs et des médiateurs de santé, qui poursuivent des missions d'écoute, d'accompagnement, de prévention, de proposition de dépistage, etc. permet d'aller vers et d'atteindre des populations dans des contextes peu propices à l'intervention de dispositifs publics.

Des dispositifs inédits centrés sur la parole et l'écoute, ont aussi été promus, pour favoriser la prévention auprès de l'ensemble des personnes concernées. Ainsi le service d'écoute, d'information et d'orientation Sida Info Service (SIS), créé en 1990 en partenariat avec l'association Aides, est apparu comme un lieu d'écoute privilégié de la parole concernant la santé sexuelle, les prises de risque et les craintes de contamination des appelants et un précieux relais en temps réel, pour les chercheurs et les décideurs, de l'évolution des questionnements, des savoirs et des pratiques des personnes concernées.

¹⁷¹ Déclaration de Denver de 1983 : <https://lebras.qc.ca/wp-content/uploads/2010/04/principes-de-denver.pdf>

¹⁷² Voir Collet M. (2007), « L'Association des médecins gays. De la conquête de la parole aux difficultés de dire », *Le Journal du sida*, n°194, mars.

¹⁷³ Dès sa création en 1990, le SNEG a mis en place un département de lutte contre le sida qui est devenu, en 2013, une entité autonome, l'équipe nationale d'intervention en prévention et santé pour les entreprises (ENIPSE), partenaire de plusieurs institutions publiques dans le domaine de la prévention et de la recherche.

¹⁷⁴ Toufik A, Jauffret M. (1997), « Les groupes d'auto-support d'usagers de drogues », *Revue Toxibase*, n°4 - 4^e trim.

¹⁷⁵ Principalement *Journal du sida*, *Remaides*, *Protocoles* et *Info traitements*.

Cette prise en compte de la parole et de l'expérience du sujet a été inégale dans les campagnes d'information et de communication. Il était admis que les campagnes devaient éviter les messages stéréotypés et en décalage avec les expériences vécues par les destinataires et les messages adressés par les associations. Les stratégies qui ne s'adressaient qu'à des acteurs rationnels ou, au contraire, mobilisaient le registre de la peur, de l'injonction ou de la coercition en direction d'individus susceptibles d'être stigmatisés comme amoraux pouvaient manquer leurs cibles. De même, les messages peu ou pas explicites, insuffisamment ciblés vers les personnes les plus exposées et datés en regard des connaissances acquises pouvaient se révéler inefficaces. Si plusieurs campagnes menées par les structures publiques n'ont pas évité ces écueils, suscitant les critiques récurrentes des associations, d'autres campagnes ont été saluées lorsqu'elles ont associé les parties prenantes à la conception du projet et ont mobilisé leurs ressorts créatifs à l'instar de la campagne « 3 000 scénarios contre un virus » en 1994, qui visait à solliciter des jeunes sur leur vécu et leur représentation du VIH.

1.3. UNE DYNAMIQUE D'ENGAGEMENT ET UNE COORDINATION QUI N'ÉLUDE PAS LES CONFLITS

La lutte contre le VIH/sida a suscité un engagement individuel des parties prenantes qui s'est révélé particulièrement prononcé. De façon collective, cet engagement a été coordonné, notamment dans le domaine de la recherche, grâce à la mise en place de structures dédiées, à différentes échelles. Les stratégies mises en œuvre n'ont pas été exemptes de retards, d'erreurs ou de conflits dans leur conception et leur mise en œuvre.

Coordonnations nationales

Le développement de la recherche s'est particulièrement appuyé sur la collaboration entre équipes pluridisciplinaires. Au début des années 1980, l'isolement et l'identification du rétrovirus responsable de la maladie par une équipe de jeunes chercheurs sans soutien institutionnel, a progressivement suscité le développement de programmes novateurs dans différents domaines des sciences de la vie - virologie, immunologie, diagnostic. Cette mobilisation commune a notamment permis de renforcer l'épidémiologie, contribuant à identifier les groupes les plus atteints par le virus : HSH, usagers de drogues, hémophiles, enfants nés de mères séropositives. Les sciences humaines et sociales se sont mobilisées, à partir de 1985¹⁷⁶, puis coordonnées, au travers d'enquêtes sur les connaissances, attitudes, comportements et pratiques dans le domaine du VIH et de la sexualité pour adapter les stratégies de prévention et lutter contre les discriminations¹⁷⁷. Elles ont aussi contribué à l'étude de la qualité de vie des PVVIH sous traitement et à sa prise en compte ensuite dans leur prise en charge.

La décision de créer un établissement public en 1988, l'Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS), pour animer et financer la recherche contre le VIH/sida, en partie sur le modèle de l'ACTG américain¹⁷⁸ pour la partie recherche thérapeutique, a favorisé des coordinations multiples, et parfois inédites, associant recherches fondamentales, recherches

¹⁷⁶ Pollak M., Schiltz M.-A., Laurindo L. (1986), « Les homosexuels face à l'épidémie de sida », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 34, 143-153.

¹⁷⁷ Spira A., Bajos N. et coll. (1993), *Les comportements sexuels en France. Rapport au ministre de la recherche et de l'espace*, Paris, La Documentation française ; Saboni L., Beltzer N. (2012), « Vingt ans d'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France métropolitaine. Enquête KABP, ANRS-ORS-Inpes-IReSP-DGS », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 46-47, p. 525-9.

¹⁷⁸ *AIDS Clinical Trials Group* (ACTG), agence publique des Etats-Unis d'Amérique créée en 1987 et qui remplace l'unité de traitement et d'évaluation du sida créée l'année précédente par les *National Institutes of Health* (NIH).

cliniques et épidémiologiques, en santé publique et en sciences humaines et sociales. L'émergence d'une réponse multidisciplinaire s'est avérée constructive pour (i) l'évaluation de nouveaux médicaments, en optimisant la balance bénéfico-risque dans l'élaboration de protocoles d'évaluation ou le niveau d'acceptabilité des personnes, (ii) la prévention de la transmission du VIH, par exemple en combinant virologie et études socio-comportementales¹⁷⁹ (iii), l'observance des traitements et la qualité de vie, (iv) l'évaluation du prix des médicaments.

Par ailleurs, la coordination a intégré des associations leur permettant de contribuer à la qualité des essais thérapeutiques, qui ont été menés à partir de 1988¹⁸⁰, et de piloter des recherches communautaires dans de nombreux domaines comme le dépistage, la réduction des risques auprès des usagers de drogues, et plus tard la prophylaxie pré-exposition (PrEP). Cette coordination a été favorisée par des instances d'animation dédiées et pérennes au sein de l'ANRS qui ont pu concevoir et décliner une politique de recherche dans la durée et organiser des méthodes de travail avec l'industrie pharmaceutique et les autres partenaires. Progressivement s'est construite une communauté VIH multidisciplinaire, qui s'est régulièrement impliquée dans la production du rapport d'experts pour la prise en charge des personnes atteintes par le VIH, sous l'égide de l'ANRS et du CNS depuis 2013.

En outre, de façon également pionnière, la coordination à l'ANRS a étendu le périmètre de ses actions aux pays à revenus limités, en coordination avec des chercheurs et des médecins issus de ces pays pour des recherches thérapeutiques – tuberculose, prévention de la transmission mère-enfant et hépatites virales – en associant les sciences humaines et sociales dans les domaines des sexualités et des populations clés du VIH.

Ce souci de coordination s'est traduit, au niveau régional, par la mise en place en 2005 des comités de coordination régionaux de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH), en lieu et place des centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH). Les COREVIH, qui ont actualisé les missions des CISIH, coordonnent les acteurs de la recherche, du soin, de la santé publique, de l'action sociale, de la formation et intègrent des associations de malades ou d'usagers du système de santé. Ces structures régionales sont, dans leur composition et leur fonctionnement, un exemple de « démocratie technique »¹⁸¹ qui favorise dialogue et coordination entre chercheurs, professionnels de santé et représentants associatifs. Le CNS avait salué cette organisation tout en soulignant que leur mission de coordination devait être davantage renforcée et leurs compétences davantage sollicitées par les agences régionales de santé¹⁸². Un tel renforcement de compétence et de positionnement a depuis été réalisé dans plusieurs régions.

Coordinations internationales

Les coordinations ont également été dynamiques à l'échelle internationale, fruit d'actions conjointes des États, des organisations non gouvernementales (ONG), des organisations internationales ainsi que de certaines organisations privées comme les fondations.

¹⁷⁹ Par exemple, les études comportementales dans les cohortes à orientation d'études de la physiopathologie virale (ANRS-PRIMO, ANRS CO2 Hemoco-Seroco, ANRS CO15 ALT, etc.)

¹⁸⁰ En particulier ANRS Seroco Cohorte de patients infectés par le VIH-1 non traités par antiretroviraux à l'inclusion. Les inclusions de patients ont débuté en 1988.

¹⁸¹ Callon M., Lascoumes P. et Barthe Y. (2001), *Agir dans un monde incertain, essai sur la démocratie technique*, Paris, Seuil.

¹⁸² CNS (2014), *Avis suivi de recommandations sur le bilan à mi-parcours du plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014*, 16 janvier.

Les coordinations ont été mises en place à partir des années 1990 à la faveur (i) de la création, notamment à l'initiative de la France, d'instruments financiers et techniques spécifiques, comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et Unitaïd, (ii) de l'amorce d'une gouvernance sanitaire internationale pilotée, dans le cadre du système des Nations Unies, par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'ONUSIDA, (iii) de l'émergence d'un modèle de démocratie sanitaire internationale porté par les réseaux associatifs. Les coordinations se sont aussi inscrites dans un cadre bilatéral, à travers les partenariats hospitaliers et communautaires menés entre la France et des pays à revenus limités, sous l'égide du groupe d'intérêt public Esther créé en 2002, afin d'améliorer la prise en charge du VIH dans ces pays. Enfin, les coordinations ont beaucoup reposé sur des dynamiques de coopérations associatives, en particulier entre associations françaises telles que Solthis, Aides, Sidaction, mais aussi des organisations médicales internationales telles que MSF et Médecins du Monde, et des associations de pays à revenus limités afin de renforcer les actions de terrain et de favoriser la mutualisation entre ces dernières associations¹⁸³.

Dans le domaine de l'accès à l'innovation, cette coordination internationale a soutenu et promu la reconnaissance des traitements comme biens publics mondiaux¹⁸⁴ et la nécessité d'un plus large accès dans les pays à revenus limités. Non sans difficulté, compte tenu des spécificités de l'industrie pharmaceutique, fortement concentrée et soucieuse de protéger ses brevets, avec l'appui de certains États, des avancées ont été obtenues pour faire baisser drastiquement le prix des traitements dans un ensemble de pays. Les deux principales initiatives ont été (i) le Medicines Patent Pool (MPP) ou communauté de brevets, fondé par Unitaïd, qui a permis, avec l'accord des industriels, de mettre à disposition des brevets à des génériqueurs en mesure de produire des médicaments à bas coût, (ii) le droit reconnu lors de l'accord de Doha (2001) dans le cadre de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) des pays membres de recourir aux flexibilités prévues par l'accord sur les Aspects des droits de propriété intellectuelle liés au commerce (ADPIC), en particulier les licences obligatoires en situation d'urgence, même si ces dispositifs n'ont malheureusement pas confirmé leurs ambitions.

Retards, erreurs, conflits

Cet engagement collectif et coordonné a aussi été marqué par des retards, erreurs et conflits responsables de conséquences négatives ou d'effets plus positifs.

En France, si la lutte contre le VIH a bénéficié d'une réponse active de la part de professionnels de santé et d'associations dès 1982, les pouvoirs publics ont tardé à mettre en œuvre une action coordonnée. En effet, l'État n'a défini une politique évolutive de lutte contre le VIH qu'à partir de 1986, en tirant les conséquences des rapports Rapin (1986)¹⁸⁵, Got (1988)¹⁸⁶ et Montagnier (1993)¹⁸⁷. Auparavant, les interventions publiques avaient surtout

¹⁸³ Aides, par exemple, a développé à la fin des années 1980 le réseau Afrique 2000 en réponse aux demandes de partenariats d'associations de pays du continent africain. Le réseau s'est ensuite transformé avec la création de Coalition Plus pour favoriser les partenariats entre associations issues de pays à revenus limités.

¹⁸⁴ Les premiers travaux sur les biens publics mondiaux ont été développés dans le cadre du Programme des Nations Unies pour le développement : Kaul I., Grunberg I., Stern M. (1999), *Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century*, New York, Oxford University Press for UNDP.

¹⁸⁵ Rapin (1986), *Rapport du groupe de travail sur le sida*.

¹⁸⁶ Got C. (1988), *Rapport sur le sida, op.cit.*

¹⁸⁷ Montagnier L. (1993), *Le SIDA et la société française. Rapport au Premier ministre*.

soutenu les progrès à venir de la recherche¹⁸⁸ et pointé la sécurisation de la transfusion sanguine. Par ailleurs, en dépit de mesures ponctuelles, les pouvoirs publics n'ont pas mis en œuvre les interventions structurelles les plus adaptées, notamment dans le domaine de la prévention, pour lutter contre l'épidémie. Ainsi, les associations, les professionnels de santé et le CNS¹⁸⁹ ont alerté les pouvoirs publics sur la contamination des usagers de drogues par le VIH et par le virus de l'hépatite C (VHC) pendant plusieurs années avant d'obtenir la mise en œuvre, à partir de 1994, d'une politique de réduction des risques.

Outre les retards et erreurs, des conflits ont fait obstacle à la mise en œuvre d'une coordination efficace dans la lutte contre le VIH. Des conflits ont notamment opposé les associations aux pouvoirs publics. Si les associations se sont vu reconnaître, y compris dans le droit positif¹⁹⁰, un rôle dans la mise en œuvre de l'action publique sur le terrain, elles ont au préalable contribué à la politisation et la publicisation du VIH/sida, exerçant une pression sur les pouvoirs publics, par la négociation et la confrontation, suscitant parfois le recours à des actions spectaculaires¹⁹¹.

Les conflits ont aussi opposé, entre eux, les acteurs de la lutte contre le VIH les plus concernés par l'épidémie. Les discussions qui ont entouré la définition du risque vis-à-vis de l'infection à VIH en offrent une illustration. La critique de la notion de groupes à risque écartée au profit de celle de comportements à risque en raison de la crainte de stigmatisation et de l'incapacité à inclure toutes les personnes exposées, a été suivie d'une critique d'une approche ciblée sur les seuls comportements et/ou sur les seules situations comme ne tenant pas compte des populations¹⁹². En regard de ces difficultés, l'approche par populations clés promue par l'ONUSIDA a permis d'obtenir un compromis opérationnel mais celui-ci n'est pas accepté par toutes les parties prenantes.

Les débats entre les associations ont été particulièrement intenses en raison des divergences de points de vue, lesquels ont aussi favorisé la production d'un savoir commun. Les débats sur les stratégies de prévention du risque de transmission sexuelle qui ont concerné successivement la question du sérotriage¹⁹³, celle de la surcontamination au VIH d'une personne déjà infectée par un autre type ou sous-type de VIH et celle de la charge virale contaminante dans le contexte de la publication de l'Avis des experts suisses¹⁹⁴, ont ainsi contribué au partage et à la diffusion de connaissances sur les enjeux de la prévention du VIH puis sur l'intérêt et les modalités de mise en œuvre de la prévention biomédicale.

En définitive, le développement des connaissances scientifiques a dans certains cas permis de mettre un terme aux conflits. Les controverses liées à l'Avis des experts suisses, en particulier, ont été progressivement levées par l'accumulation des connaissances et l'arrivée de traitements puissants renforçant bien la notion de non-transmission du VIH quand la charge virale est indétectable.

¹⁸⁸ Pinell P. (2002), *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France (1981-1996)*, Paris, Presses universitaires de France.

¹⁸⁹ CNS (1993), *Toxicomanie et sida. Rapport et avis relatifs à l'infection par le VIH parmi les usagers de drogues*, 8 juillet.

¹⁹⁰ Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

¹⁹¹ Voir par exemple Pinell P. (2002), *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France (1981-1996)*, op.cit., Dodier N. (2003), *Leçons politiques de l'épidémie du sida*, Paris, Éditions de l'EHESS ; Broqua C. (2005), *Agir pour ne pas mourir ! Act Up, les homosexuels et le sida*, Paris, Presses de Sciences Po.

¹⁹² Calvez M. (2004), *La prévention du sida. Les sciences sociales et la définition des risques*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

¹⁹³ Le sérotriage consiste à faire intervenir dans le choix d'un partenaire sexuel à la fois le statut sérologique de ce dernier, et le sien propre.

¹⁹⁴ Vernazza P. et coll. (2008), « Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle », *Bulletin des médecins suisses* 89(5):165-169.

2. DISCUSSION SUR L'UTILITÉ DE L'EXPÉRIENCE DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA POUR D'AUTRES PANDÉMIES

La lutte contre le VIH/sida a promu un ensemble de principes et de pratiques éprouvés après quarante années de mobilisation. Les réponses mises en place ont été dictées par le contexte de l'épidémie, la nature des modes de transmission, dans les champs de la sexualité et de l'usage de drogues, la vulnérabilité des populations exposées et, aussi, le positionnement, initialement en retrait, des pouvoirs publics, qui a laissé aux associations un large champ d'intervention et d'innovation. En dépit de ces singularités, l'expérience de la lutte contre le VIH peut faire école, considérant les défis communs que soulèvent d'autres épidémies et comme l'a montré la mobilisation contre les hépatites (2.1). Aujourd'hui, le contexte de crise sanitaire souligne la pertinence de certaines des réponses de la lutte contre le VIH/sida face aux épidémies émergentes (2.2).

2.1. L'EXPÉRIENCE DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA, UN HÉRITAGE QUI PEUT FAIRE ÉCOLE

Face au VIH/sida, les pouvoirs publics, comme l'ensemble des parties prenantes, ont été confrontés à des contraintes, en particulier l'urgence, l'incertitude et l'émotion, à l'échelle nationale et internationale, qui ont trouvé des réponses pertinentes pour d'autres épidémies. Ainsi, l'expérience de la lutte contre le VIH a particulièrement bénéficié aux stratégies et actions menées contre les virus des hépatites B et C.

La contrainte de l'urgence, qui a marqué la lutte contre le VIH/sida, a exigé efficacité et rapidité pour répondre à une épidémie en mobilisant les leviers de la recherche et de la prévention et en privilégiant des coordinations inédites, en l'absence de traitements, dans les premiers temps, et de vaccin. Elle a supposé aussi d'allouer des ressources en regard des besoins, selon les territoires et les populations les plus exposées et de répondre à une pénurie pouvant nécessiter de concevoir, voire de mettre en œuvre, transitoirement, une forme de « tri » et de priorisation des patients dans l'accès au traitement.

La contrainte de l'incertitude, entendue comme absence ou insuffisance de connaissances scientifiques et absence de capacité de contrôle de l'épidémie, a requis une adaptation constante des parties prenantes et a pu peser sur la relation de confiance entre les pouvoirs publics et les citoyens et les personnes concernées. Les choix divergents effectués en matière d'information, de communication, de prévention, entre institutions et associations, les décisions de politique de soin et de recherche ont pu susciter, à certaines époques, incompréhension, méfiance, voire défiance. Un tel défi a nécessité de renforcer l'information, la consultation des parties prenantes et la participation des personnes aux décisions les concernant directement.

La contrainte de l'émotion, enfin, a été vive lorsqu'elle a concerné directement la mort, en particulier de personnes jeunes. Elle a aussi pu renforcer des attitudes de stigmatisation et de discrimination vis-à-vis des personnes concernées et des groupes associés au danger épidémique à qui est attribuée la responsabilité de la diffusion du virus. Elle a ainsi requis, grâce aux sciences sociales, une amélioration, de la connaissance, des croyances et des comportements des personnes, une adaptation constante des messages de prévention, une attention aux droits des personnes, en particulier le droit au consentement et à la confidentialité.

Ces contraintes ont justifié, au plan national, une action publique particulièrement ambitieuse dépassant le seul cadre des politiques de santé. La pandémie de VIH, comme d'autres

pandémies, est une syndémie, qui a appelé, d'une part, une réponse intersectorielle afin de mobiliser tous les secteurs concernés - finances, médico-social, police, justice, transports, etc. D'autre part, elle a nécessité une approche intersectionnelle, d'autre part, afin de cibler les services vers les personnes les plus exposées, qui se trouvent généralement à l'intersection de plusieurs rapports de domination ou de fragilité¹⁹⁵.

Enfin, la dynamique mondiale de l'épidémie et les difficultés rencontrées par les pays à revenus limités a appelé une réponse internationale coordonnée, éthique et solidaire. L'exigence d'accès aux services, aux traitements et en particulier à l'innovation pour les pays à revenus limités, affirmée par les ONG, obligeait moralement les entreprises pharmaceutiques et les décideurs publics à mobiliser des moyens hors du commun. Les outils développés à cette occasion - financiers, techniques et de gouvernance - sont exemplaires mais non spécifiques dans leurs principes et peuvent servir à d'autres combats sanitaires. Plus généralement, l'internationalisation de la lutte contre le VIH/sida portée par les réseaux associatifs reste un modèle inégalé de démocratie sanitaire pour l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des populations les plus vulnérables.

Les réponses apportées par la lutte contre le VIH/sida ont déjà bénéficié à la lutte contre le VHB et le VHC. Les recherches thérapeutiques, virologiques et en sciences sociales ont été organisées, dans le cadre de l'ANRS, sur un modèle identique de coordination des chercheurs, qui ont constitué dans un temps très court une communauté « hépatites virales » intégrant des associations de malades et d'usagers du système de santé. Un rapport d'experts sur la prise en charge des patients a constitué un socle de références pour l'ensemble des questions de prise en charge et de suivi des malades selon une approche globale. Par ailleurs, le CNS lui-même a construit sa réflexion sur la lutte contre les hépatites sur le modèle de celle conduite pour la lutte contre le VIH/sida. Enfin, à l'échelle internationale, la mobilisation en faveur de l'accès aux traitements à action directe contre le VHC dans les pays à revenus limités a suivi la voie des actions en faveur de l'accès aux traitements contre le VIH.

2.2. LES RÉPONSES DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA FACE AUX ÉPIDÉMIES ÉMERGENTES

Considérant cet héritage, l'expérience de la lutte contre le VIH/sida peut contribuer à éclairer l'élaboration de la réponse mise en place face à d'autres épidémies, en particulier la pandémie de SARS-CoV-2 et possiblement, demain, d'autres épidémies émergentes. Les difficultés rencontrées pour offrir une réponse réactive et adaptée à la mesure des défis soulevés par la crise sanitaire présente, dans les principaux domaines de l'action publique, justifient d'examiner les expériences passées, dont celle de la lutte contre le VIH/sida. Dans une certaine mesure, plusieurs approches caractéristiques de cette lutte - les droits, la santé publique, la recherche coordonnée, la mobilisation internationale, etc. - conservent une actualité et une pertinence pour éclairer le présent.

La crise sanitaire actuelle a significativement mis à l'épreuve l'ensemble du système de santé. L'activité de nombreux services hospitaliers de régulation (SAMU-centre 15) et de soins (urgences, médecine, réanimation, soins de suite, soins palliatifs, etc.) a été profondément affectée par la demande de soins de patients atteints de Covid-19 et des autres patients. En dépit de difficultés liées notamment aux rigidités administratives, aux insuffisances de ressources et au manque d'anticipation des pouvoirs publics, le système

¹⁹⁵ Sur la notion d'intersectionnalité, voir Singer M., Bullard N. (2012), « Interlocked infections: the health burdens of syndemics of neglected tropical diseases », *Annals of Anthropological Practice*, 36/2, p. 328-345.

hospitalier a permis, globalement, une prise en charge réactive et d'ampleur des malades. Toutefois, l'accès aux dispositifs de prévention, l'accès aux soins d'autres patients, la prise en charge de la santé mentale et celle du handicap ont rencontré des obstacles amplifiés pendant la crise sanitaire. En outre, un sentiment d'isolement extrême ressenti par les patients a été rapporté par les associations d'usagers. Le lien insuffisant entre les patients et les professionnels de santé, alors débordés, met en évidence l'importance d'un recours plus fréquent à la pratique de médiation à l'hôpital pour favoriser les temps d'échange et améliorer l'accompagnement des patients et de leurs proches. Cette fonction, promue dans le cadre de la lutte contre le VIH en direction de communautés, bénéficie d'un référentiel depuis 2016¹⁹⁶.

La crise sanitaire a aussi souligné les difficultés rencontrées dans les établissements médico-sociaux pour garantir pleinement les droits des personnes et lutter efficacement contre l'épidémie. Ainsi, un accroissement des atteintes aux droits et libertés des résidents en EHPAD a été constaté depuis le début de la crise sanitaire, s'agissant du droit au maintien des liens familiaux, de la liberté d'aller et venir et du respect du consentement préalable aux tests de dépistage¹⁹⁷. Les EHPAD ont particulièrement pâti des fragilités structurelles de fonctionnement exacerbées par la crise sanitaire, en particulier l'inadéquation entre les ressources en personnel de santé et les besoins sur de nombreux sites et une culture du risque insuffisante, un grand nombre d'établissements n'étant pas pourvus de plan de continuité d'activité¹⁹⁸. Dans ce contexte, la pratique de la médiation, qui nécessiterait la création d'instances non prévues dans le secteur médico-social, apparaît également justifiée.

Plus largement, la crise sanitaire a mis en avant les vulnérabilités de certaines populations, compte tenu, en particulier, des inégalités sociales d'exposition au virus, des inégalités territoriales d'accès à l'offre de soin et des déterminants sociaux des comorbidités qui exposent à des formes graves de la Covid-19. Ces vulnérabilités qui ont commencé à être mises en évidence¹⁹⁹ appellent un diagnostic régulier et des réponses adaptées aux besoins, à la fois en matière d'allocations de ressources et de recommandations de prise en charge selon une approche globale tenant compte des questions médico-sociales, culturelles, psychologiques, socio-économiques et de qualité de vie des personnes et de leur entourage. Dans le domaine de la lutte contre le VIH, la mise en place du rapport d'experts sur sa prise en charge, présenté plus haut, a permis, par exemple, de définir, au-delà des solutions thérapeutiques les plus adaptées, un cadre favorable à une prise en charge globale des personnes et à la préservation des droits des malades.

En matière de prévention, la crise sanitaire a rappelé la faiblesse structurelle, en dépit d'améliorations, des politiques de santé publique qui sont insuffisamment portées, financées et coordonnées entre les instances de conseil, d'expertise et de pilotage concernées²⁰⁰. Dans l'année 2020, ces politiques ont davantage consisté dans l'adoption de mesures obligatoires et contraignantes insuffisamment expliquées que dans la promotion d'interventions de proximité adaptées aux échelons locaux et régionaux. En outre, les actions de prévention,

¹⁹⁶ Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

¹⁹⁷ Défenseur des droits (2021), *Rapport sur les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD*.

¹⁹⁸ Sénat (2020), *Santé publique : pour un nouveau départ - Leçons de l'épidémie de covid-19. Rapport de Deroche C. (et coll.) fait au nom de la commission d'enquête Évaluation des politiques publiques face aux pandémies*, 8 décembre.

¹⁹⁹ Bajos N. et coll. (2020), « Les inégalités sociales au temps du Covid-19 », *Questions de santé publique*, numéro 40 ; Papon S. et coll. (2020), « Une hausse des décès deux fois plus fortes pour les personnes nées à l'étranger que pour celles nées en France en mars-avril 2020 », *INSEE FOCUS*, numéro 198.

²⁰⁰ Concernant la question de la coordination, voir Bergeron H., Borraz O., Castel P., Dedieu F. (2020), *Covid-19 : une crise organisationnelle*, Paris, Presses de Sciences Po.

souvent limitées à une communication descendante, peu ciblée, fondée sur la peur, l'injonction ou la coercition et conçues par des cabinets de conseil, ont été à l'encontre des principes d'un marketing social ouvert qui nécessite d'être promu, en matière d'information et de communication, tenant compte des contextes de vie, des niveaux de littératie en santé²⁰¹ et des usages du numérique. Dans ces domaines, le modèle de la prévention du VIH/sida, conçu et mis en œuvre avec les associations et les personnes concernées, fondé sur les principes d'éducation à la santé et de la responsabilisation citoyenne, est toujours d'actualité.

La crise actuelle a aussi souligné les limites de la démocratie en santé. À l'échelle nationale, si le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) a été précocement saisi par les pouvoirs publics sur les enjeux éthiques de la prise en charge des malades²⁰² et au sein des EHPAD²⁰³, l'instance de référence de la démocratie sanitaire, la Conférence nationale de santé (la CNS), a été tardivement saisie, en décembre 2020, conduisant l'instance à s'autosaisir²⁰⁴. Par ailleurs, les pouvoirs publics ont choisi de créer un Conseil scientifique *ad hoc* lequel ne comprend pas de représentant d'associations de malades et d'usagers du système de santé²⁰⁵. Au-delà des instances consultatives, les propositions de comité de liaison avec les citoyens, notamment portées par la CNS et le Conseil scientifique n'ont pas prospéré. À l'échelle infranationale, les instances de démocratie en santé régionale (les Conférences régionales de la santé et de l'autonomie) et locale (les Conseils territoriaux de santé) ont été peu ou pas concertées pendant la crise sanitaire, en particulier pendant la phase de mise en œuvre de la vaccination²⁰⁶. Plus généralement, « un affaiblissement des structures permettant l'expression des droits collectifs » a été constaté par les représentants des associations agréées d'usagers du service de santé regroupées au sein de France assos santé²⁰⁷. Ce constat rappelle la nécessité d'associer et de concerter les représentants des associations de malades et d'usagers du système de santé, comme ils le sont dans la lutte contre le VIH/sida, au niveau régional dans le cadre des COREVIH et, au niveau national, avec le comité de pilotage de la stratégie nationale de santé sexuelle.

Par ailleurs, la crise actuelle a montré, dans le domaine de la recherche, la nécessité de disposer, à l'échelle nationale et européenne, d'une capacité d'animation, de coordination et de financement à la hauteur des enjeux. En France, le consortium REACTING a mis en place en janvier 2020 un conseil scientifique pour définir les priorités de recherche, mettre en œuvre des essais et cohortes en milieu hospitalier et ambulatoire et renforcer les coordinations nationales et européennes. Mais l'absence en 2020 d'une politique de recherche volontariste dotée de financements substantiels et pilotée par un opérateur dédié, sur le modèle de l'ANRS, a constitué un handicap dans la promotion de projets de recherche

²⁰¹ La littératie en santé est entendue comme la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé. Voir Van den Broucke S. (2014), "Health literacy: a critical concept for public health", *Archives of Public Health*, 2014, vol. 72, no 1.

²⁰² CCNE (2020), *Contribution du CCNE à la lutte contre COVID-19 : Enjeux éthiques face à une pandémie*, 13 mars.

²⁰³ CCNE (2020), *Réponse à la saisine du ministère des solidarités et de la santé sur le renforcement des mesures de protection dans les EHPAD et les USLD*, 30 mars.

²⁰⁴ Conférence nationale de santé (2020), *Avis de la CNS relatif à la crise sanitaire du Covid-19*, 2 avril ; *La démocratie en santé à l'épreuve de la crise sanitaire du COVID-19*, 15 avril ; *Avis relatif au projet de loi portant prorogation de l'état d'urgence et complétant ses dispositions*, 05 mai.

²⁰⁵ Une représentante associative membre de l'association ATD Quart Monde désignée par le président du Sénat a intégré le Conseil scientifique quelques semaines après sa création.

²⁰⁶ Conférence nationale de santé (2021), *Avis relatif à la démocratie en santé en période de crise sanitaire*, 20 janvier.

²⁰⁷ Sénat (2020), *Santé publique : pour un nouveau départ - Leçons de l'épidémie de covid-19. Rapport de Deroche C. (et coll.) fait au nom de la commission d'enquête Évaluation des politiques publiques face aux pandémies*, op. cit.

ambitieux. La création au 1^{er} janvier 2021 d'une nouvelle agence ANRS | Maladies infectieuses émergentes, sur le modèle de l'ANRS, intégrant le réseau REACTING au 1^{er} janvier 2021 constitue aujourd'hui une opportunité de mettre à niveau l'animation et la coordination de la recherche face aux nouvelles épidémies.

Enfin, à l'échelle internationale, la crise actuelle a souligné une mobilisation très inégale des instruments de lutte contre la pandémie, notamment ceux hérités de la lutte contre le VIH. Si certains pays, comme la Thaïlande, le Vietnam, le Rwanda ou le Sénégal ont réagi tôt et mobilisé les acteurs de santé communautaire de façon pertinente, d'autres, comme la Tanzanie, le Brésil ne l'ont pas fait, ou peu. À l'échelon multilatéral, l'OMS a présenté relativement rapidement des propositions inspirées de la lutte contre le VIH en matière de financement et d'assistance technique²⁰⁸, avec un succès toutefois encore limité. Le système des Nations Unies et les dispositifs multilatéraux, tels que le G7, le G20, le Fonds Monétaire International (FMI) et la Banque mondiale se sont mobilisés plus lentement et de façon très imparfaite, en centrant leurs efforts sur l'accès aux vaccins plus que sur l'appui aux pays, et dans une logique de sécurité sanitaire internationale plus que de solidarité. Le recours aux flexibilités des ADPIC, déjà expérimenté dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida, n'a pas encore été mis en œuvre, malgré la demande de l'Inde et de l'Afrique du Sud. Ainsi, la levée temporaire des brevets sur les vaccins demeure un sujet de débat et de controverses entre plusieurs pays à revenus élevés et l'industrie pharmaceutique.

²⁰⁸ L'initiative COVAX (COVID-19 Vaccines Global Access), l'accélérateur ACT, dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19.

PRÉCONISATIONS

Au terme cet Avis, le Conseil national du sida et des hépatites virales souhaite rappeler que la réponse aux épidémies émergentes doit s'inscrire dans une démarche éthique attentive, en particulier, aux principes de respect de la dignité et de l'autonomie des personnes et d'équité dans l'accès aux droits et à la santé, à l'échelle nationale et internationale. Cette démarche, qui s'est affirmée au cours des quarante années de lutte contre le VIH/sida, peut être appliquée à travers trois objectifs et un ensemble d'actions susceptibles de contribuer à l'élaboration d'une réponse réactive et appropriée aux défis soulevés par les épidémies émergentes.

Le Conseil préconise :

→ *pour consolider une démarche respectueuse des droits des personnes,*

- **affirmer l'objectif de la préservation des droits des personnes en contexte de pandémie,**
 - assurer le respect des droits fondamentaux des personnes, en particulier les plus vulnérables, ainsi que la continuité d'accès à l'ensemble des droits, à la santé, sociaux, économiques, etc.
 - garantir la dignité des personnes décédées infectées et promouvoir l'accompagnement des proches de personnes en fin de vie et de personnes décédées,
 - mettre en place une veille concernant la protection des droits des personnes et leur accès aux droits, avec le concours des instances de conseil concernées par les questions éthiques, sociales et relevant des droits humains,
- **garantir les droits des personnes en établissements, notamment de santé, sociaux et médico-sociaux,**
 - créer les conditions favorables permettant de préserver, voire d'accroître, les droits des personnes, en particulier le respect de la dignité et de la confidentialité, le droit à l'information et le droit au consentement libre et éclairé,
 - s'assurer que les mesures restrictives de liberté soient nécessaires, proportionnées au but sanitaire poursuivi et limitées dans le temps,
 - structurer et mettre en place un dispositif de médiation dans les établissements médico-sociaux et accompagner à brève échéance le développement des pratiques de médiation dans l'ensemble des établissements,
- **réduire les inégalités sociales et territoriales dans l'accès aux droits, en particulier le droit à la santé,**
 - adapter rapidement les dispositifs de protection sociale en direction des personnes affectées et de leurs ayant-droits,
 - garantir l'accès aux droits dans chaque territoire en tenant compte des ressources locales des services publics, des contraintes géographiques, des situations sociales des personnes, de la diversité linguistique, des usages différenciés du numérique,

→ *pour favoriser une approche globale du sujet dans le cadre d'une stratégie ambitieuse de santé publique, notamment à travers une approche de santé communautaire,*

- **affirmer une stratégie d'accès universel à la prévention diversifiée,**
 - garantir un accès sûr, équitable aux actions et outils de prévention et de réduction des risques ainsi qu'à l'ensemble des produits essentiels dans chaque territoire, en veillant à toucher les populations les plus vulnérables et celles qui sont les plus éloignées du système de santé,
 - diversifier les stratégies de prévention afin de les adapter aux publics concernés et aux spécificités des territoires,
 - garantir et promouvoir la participation des personnes concernées à la construction des stratégies de prévention,
- **promouvoir l'information, la prévention et l'éducation à la santé en situation d'urgence et d'incertitude,**
 - garantir l'accès à une information de qualité sur la santé pour l'ensemble de la population, en tenant compte, en particulier, de la diversité des niveaux de littératie en santé²⁰⁹ et des usages du numérique,
 - développer une culture de santé publique et de santé globale, notamment dans le cadre de l'éducation des jeunes et renforcer, à cette fin, les dispositifs et les structures d'orientation, d'information et de prévention auprès des publics,
 - mettre en place des campagnes d'information et de communication adaptées aux différents contextes de vie des populations et associer les personnes concernées à la conception et à la mise en œuvre de ces campagnes,
- **prendre appui sur les savoirs des communautés et des associations**
 - promouvoir le rôle des pairs, des médiateurs en santé et les dispositifs d'interprétariat auprès des communautés,
 - soutenir les associations et structures qui poursuivent des actions « d'aller vers » les personnes et les communautés et qui mettent en œuvre une approche globale pour l'accès à la santé et aux droits,

→ *pour renforcer les mobilisations collectives,*

- **promouvoir une démocratie en santé réactive et impliquée,**
 - saisir des principales mesures envisagées les instances de démocratie en santé concernées, à tous les niveaux : national, régional et territorial,
 - structurer une coordination entre les instances de démocratie en santé et les instances de conseil concernées par les questions éthiques, sociales et relevant des droits humains,
 - soutenir et impliquer les représentants des malades et des usagers du système de santé au sein des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux,
 - favoriser la mutualisation des expériences et des savoirs partagés par les acteurs de terrain, dans le cadre des instances de démocratie en santé, lorsque ceux-ci présentent un intérêt pour d'autres territoires ou d'autres régions,

²⁰⁹ Voir note n° 201.

- **défendre une politique de recherche coordonnée,**
 - étendre à l'ensemble des structures de recherche consacrées aux maladies émergentes le modèle de la recherche sur le VIH fondé sur l'animation et la coordination de recherches multidisciplinaires allant des sciences fondamentales aux sciences sociales et intégrant la recherche communautaire,
 - garantir des ressources suffisantes et pérennes à la recherche sur les maladies émergentes dans le cadre de la nouvelle agence, ANRS | Maladies infectieuses émergentes qui devra également préserver la pérennité de la recherche contre le VIH et les hépatites virales,
- **accroître les initiatives, au plan international, fondées sur la solidarité,**
 - mettre en place et développer à brève échéance des modèles de démocratie participative et de gouvernance inclusive tenant compte des évolutions et des spécificités des épidémies selon les régions, contextes et vulnérabilités,
 - poursuivre et amplifier le développement des outils partenariaux de recherche, de financement, d'assistance technique et d'approvisionnement,
 - mettre en place les principes et mécanismes d'une gouvernance sanitaire internationale, pour les urgences sanitaires comme pour les maladies chroniques et l'atteinte des objectifs du développement durable dans le domaine de la santé,
 - engager dès à présent une réflexion internationale sur l'évolution du système de protection de la propriété intellectuelle sur des produits essentiels, tels que les médicaments et les vaccins, dans la perspective d'une reconnaissance comme biens publics mondiaux²¹⁰.

²¹⁰ Voir note n° 184.

REMERCIEMENTS

Le CNS exprime ses vifs remerciements à l'ensemble des personnalités auditionnées dans le cadre de sa mission : **Henri Bergeron** (CNRS), **François Bourdillon** (Institut Droit et Santé), **William Dab** (CNAM), **François Ewald** (CNAM), **Anne Rasmussen** (EHESS) et **Frédéric Worms** (ENS).

INDEX DES SIGLES ET ACRONYMES

ACT : Appartement de coordination thérapeutique

ACTG : AIDS Clinical Trials Group

ADPIC : Aspects des droits de propriété intellectuelle liés au commerce

ANRS | MIE : Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales | Maladies infectieuses émergentes

CCNE : Comité consultatif national d'éthique

CISIH : Centre d'information et de soins de l'immunodéficience humaine

Le CNS : Conseil national du sida et des hépatites virales

La CNS : Conférence nationale de santé

COREVIH : Comité de coordination régionaux de la lutte contre l'infection par le VIH

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ENIPSE : Équipe nationale d'intervention en prévention et santé pour les entreprises

ETP : Éducation thérapeutique du patient

FMI : Fonds Monétaire International

HSH : Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes

MPP : Medicines Patent Pool

OMC : Organisation mondiale du commerce

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONG : Organisation non gouvernementale

ONIAM : Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales

PrEP : Prophylaxie pré-exposition

PVVIH : Personne vivant avec le VIH

SIS : Sida Info Service

SNEG : Syndicat national des entreprises gaies

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

COMMUNIQUÉS DE PRESSE

LUTTE CONTRE LE VIH, LES HÉPATITES VIRALES ET LES IST : L'URGENCE DE RELANCER LA PRÉVENTION ET LE DÉPISTAGE

Communiqué du 9 juin 2020

La réponse mise en place face à l'épidémie de COVID-19 a nécessité un redéploiement et une concentration des moyens qui ont profondément bouleversé l'organisation du système de soins et l'activité des acteurs de santé. Elle a également exigé d'instaurer un état d'urgence sanitaire permettant de déroger temporairement à certains droits fondamentaux. Cette situation d'exception a eu d'importantes conséquences sur la prise en charge des autres besoins de santé de la population, tant par son impact sur l'offre de soins que sur les conditions d'accès des personnes aux services.

Dans le domaine de la lutte contre le VIH, les hépatites virales et les IST, les offres de prévention et de dépistage ont été considérablement réduites pendant la période de confinement, alors que les difficultés d'accès des usagers se sont multipliées, en particulier pour les publics fortement exposés les plus marginalisés. Certains signaux suggèrent que des prises de risques importantes se sont poursuivies pour une partie des personnes, mais les effets du confinement sur les comportements et pratiques à risque de transmission demeurent globalement inconnus et devront être étudiés. De même, l'incidence du quasi-arrêt de l'activité de prévention et de dépistage sur la prise en charge des nouvelles infections et sur le contrôle de l'épidémie devra être mesuré.

Le déconfinement ouvre désormais une période porteuse à la fois de risques graves de contamination et d'opportunités de rattrapage en matière de prévention et de dépistage.

Le CNS souligne par conséquent l'urgence d'assurer la pleine reprise des activités de dépistage et de prévention, incluant la PrEP, et appelle à ce que les conditions de leur mise en œuvre soient réunies le plus vite possible, aussi bien dans les structures publiques de santé que dans le cadre associatif.

Parallèlement, le CNS demande que soit mise en place une communication publique sur la permanence des risques liés aux épidémies de VIH, d'hépatites virales et d'IST, et sur l'importance du dépistage de ces infections et des gestes de prévention.

Enfin, la sortie de la phase aiguë de l'épidémie de COVID-19 et des mesures d'exception qu'elle a entraînées doit être l'occasion d'engager le débat public sur la façon dont notre société entend faire face aux risques posés par les épidémies de maladies transmissibles. L'expérience de la lutte contre le VIH/sida peut y contribuer. Elle a montré que la réponse à une épidémie majeure doit reposer sur un ensemble de principes essentiels : respect des droits des personnes, équité d'accès à la santé, notamment pour les plus fragiles et démocratie sanitaire. L'association étroite de la société civile à l'élaboration des décisions qui les concernent, en particulier les personnes les plus exposées au risque épidémique, doit favoriser la compréhension, l'acceptation et l'appropriation des mesures individuelles et collectives de prévention indispensables en temps d'épidémie.

PRÉVENTION, DÉPISTAGE ET TRAITEMENT DE L'HÉPATITE C EN PRISON : AVIS ET RAPPORT DU CNS

Communiqué du 10 juillet 2020

Le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) rend aujourd'hui public un *Avis suivi de recommandations* ainsi qu'un *Rapport* sur la prévention, le dépistage et le traitement de l'hépatite C chez les personnes détenues.²¹¹ Ces travaux répondent à une saisine conjointe du Directeur de l'administration pénitentiaire, de la Directrice générale de l'Offre de soins et le Directeur général de la Santé.

Les personnes détenues représentent une population fortement exposée au risque d'acquisition du VHC. Or les objectifs et les moyens de la lutte contre le VHC ont été radicalement transformés par l'arrivée, depuis 2014, des traitements antiviraux d'action directe (AAD). Ces traitements, très efficaces et bien tolérés, permettent une guérison en seulement huit ou douze semaines. Au travers d'une stratégie de dépistage précoce et de traitement immédiat, le Gouvernement a fixé l'objectif de parvenir à l'élimination de l'épidémie de VHC en France à l'horizon 2025. Une mise en œuvre efficace de cette stratégie en milieu pénitentiaire est essentielle.

Au terme de ses travaux, le CNS constate cependant que la réponse sanitaire et préventive actuellement déployée en milieu pénitentiaire ne s'est pas entièrement adaptée au nouveau paradigme de la lutte contre le VHC et présente d'importantes faiblesses. Ainsi, le CNS a pu établir que parmi les personnes estimées porteuses d'une infection chronique par le VHC à leur entrée en détention, actuellement moins d'une sur deux initie un traitement par AAD au cours de son incarcération.

L'insuffisance du dépistage du VHC s'avère être la principale cause de ce faible taux d'accès au traitement. Le renforcement des dépistages conjoints du VHC, du VHB et du VIH représente ainsi le principal défi à relever et plusieurs leviers pour y parvenir sont proposés.

Le parcours de prise en soins, pour celles des personnes détenues qui ont bénéficié d'un dépistage, apparaît en revanche globalement assuré. Il pourrait cependant être davantage simplifié et optimisé dans de nombreux établissements, où les délais demeurent inutilement long, ce qui peut compromettre l'initiation du traitement pour des personnes condamnées à des peines courtes.

Enfin, au regard de l'enjeu d'éviter les nouvelles contaminations et les recontaminations, le renforcement de la prévention et en particulier de l'accès aux principaux outils de réduction des risques, dont l'efficacité n'est plus à prouver, constitue l'autre défi majeur à relever. Les limitations d'accès à ces outils qui perdurent en milieu pénitentiaire sont anachroniques et contradictoires avec l'objectif d'élimination de l'épidémie de VHC.

Le *Rapport* publié ce jour dresse un état des lieux détaillé et présente des données inédites à l'appui de ces constats. L'*Avis suivi de recommandations*, adopté et transmis dès septembre 2019 aux pouvoirs publics, formule à leur attention un ensemble de quatorze préconisations d'actions visant à répondre de manière globale et cohérente aux difficultés identifiées.

²¹¹ <https://cns.sante.fr/rapports-et-avis/avis-prisons-2019>

Dans le prolongement de cet *AVIS*, le CNS organise un colloque²¹² le 2 novembre 2020, au Ministère de la Santé et des Solidarités.

²¹² <https://cns.sante.fr/evenement/colloque-vhc-en-prison>

JOURNÉE MONDIALE : SOUTENIR LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DU VIH EN TEMPS DE CRISE SANITAIRE

Communiqué du 27 novembre 2020

Depuis neuf mois, la pandémie de Covid-19 confronte la société française à des défis sanitaires, organisationnels et sociétaux inédits. La mobilisation du système de santé pour répondre à l'urgence, les mesures visant à réduire la circulation du virus, notamment le confinement, ont des répercussions majeures sur les autres enjeux de santé. Dans le domaine de la lutte contre le VIH, cet impact est alarmant et pourrait compromettre la fragile inflexion de l'épidémie de VIH récemment observée en France.

À l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le VIH, le Conseil national du sida et des hépatites virales alerte sur les principaux défis à relever pour restaurer une réponse à l'épidémie de VIH à la hauteur des enjeux.

La crise sanitaire a durablement affecté l'offre de dépistage et de prévention

L'activité des structures de dépistage du VIH et des IST a fortement diminué durant le premier confinement et ne s'est que partiellement redressée par la suite. Environ 650 000 sérologies du VIH de moins qu'attendu ont été réalisées dans les laboratoires de ville entre mars et septembre.²¹³ L'accès aux CeGIDD et les actions de dépistage par tests rapides (TROD), assurées par les associations, ont été massivement impactés par le confinement, sans que l'envoi à domicile d'autotests ait pu compenser l'interruption.

Cette diminution du dépistage retarde l'accès aux traitements antirétroviraux : elle entraîne donc une perte de chances thérapeutiques et favorise de nouvelles transmissions du VIH.

La prévention du VIH, des hépatites et des IST a également été gravement affectée. Ainsi le nombre d'instaurations de PrEP a chuté de moitié pendant le confinement. La reprise insuffisante observée dans la période de déconfinement casse la dynamique de déploiement de ce nouvel outil.

La crise sanitaire aggrave la situation des populations les plus exposées

Outre leur risque majoré de contracter la COVID-19, les populations les plus précaires sont aussi particulièrement exposées au risque d'infection par le VIH.

Les usagers de drogues, en particulier, ont été exposés à des risques infectieux majorés pendant le premier confinement. La dégradation des conditions de vie des plus précaires d'entre eux dans l'accès à un hébergement, à l'eau et à l'hygiène corporelle a renforcé les risques encourus par ceux qui ont recours à l'injection dans l'espace public. Le contrôle des déplacements a limité l'accès de certains usagers aux structures susceptibles de leur délivrer du matériel ou des traitements.

Plus généralement, la crise sanitaire a compliqué la prise en charge de populations exposées. L'accès aux services d'accompagnement de populations migrantes ou de personnes prostituées est restreint voir suspendu. L'offre d'hébergement adapté pour les jeunes LGBT

²¹³ R. Dray-Spira, J. Drouin, F. Cuenot, D. Desplas, A. Weill, F. Lert, M. Zureik (ANSM/CNAM – Groupement d'Intérêt Scientifique EPI-PHARE). Utilisation des ARV et de la PrEP et recours aux tests VIH en laboratoire en France durant l'épidémie de Covid-19. Présentation à l'occasion du 21e congrès de la Société française de lutte contre le sida, 8 octobre 2020. <https://www.epi-phare.fr/actualites/evolution-de-la-prise-en-charge-du-vih-durant-lepidemie-de-covid-19>

exposés au risque de violence intrafamiliale est saturée. L'accès aux services de santé et aux droits pour les populations les plus précaires dans des territoires sous dotés, comme en Guyane et à Mayotte, présente de réelles insuffisances.

Les opérateurs intervenant auprès des populations exposées doivent être davantage soutenus, il en va de la responsabilité des pouvoirs publics

Depuis le début de la pandémie, les professionnels et bénévoles intervenant auprès des populations vulnérables ont largement contribué à garantir la continuité des services. Cette mobilisation a notamment consisté à apporter une écoute aux difficultés des personnes, à répondre aux situations d'urgence en matière de sécurité alimentaire et d'hébergement, à accompagner des démarches administratives. Elle s'est avérée essentielle pour assurer l'accompagnement des personnes les plus à risque et éviter les ruptures de traitement des PVVIH. Elle a néanmoins entraîné l'épuisement de certains intervenants et posé des difficultés de soutenabilité financière aux structures.

Des actions et des dispositifs innovants ont été mis en place par les différents acteurs pour répondre à la situation de crise. Ceux-ci doivent sans délai bénéficier d'un soutien à la hauteur des besoins. En lien avec l'ensemble des parties prenantes, et en particulier les publics concernés et les acteurs de santé communautaire, il est en outre nécessaire d'engager dès à présent une réflexion qui permettrait, à partir de l'expérience des derniers mois, d'anticiper les mesures à prendre en situation de crise sanitaire pour garantir à l'avenir la continuité de la prise en charge.

LA PLACE DE LA PREP DANS LA PRÉVENTION DU VIH EN FRANCE : CHANGER DE PARADIGME, CHANGER D'ÉCHELLE

Communiqué du 6 mai 2021

Le CNS publie aujourd'hui un *Avis suivi de recommandations sur la place de la PrEP dans la prévention du VIH en France*.²¹⁴

La prophylaxie antirétrovirale pré-exposition du VIH (PrEP), disponible en France et prise en charge par l'assurance maladie depuis janvier 2016, est un moyen de protection individuelle très efficace des personnes séronégatives. C'est également un levier essentiel sur le plan de la santé publique pour réduire l'incidence du VIH, en l'absence de vaccin.

Pourtant, les indicateurs épidémiologiques de l'infection par le VIH ne montrent pas un niveau de réduction de l'épidémie en France à hauteur de ce qui a été obtenu depuis plusieurs années à l'étranger, dans des villes et des pays comparables aux nôtres. Dans ces pays, l'introduction de la PrEP a largement contribué à la réduction de l'épidémie.

Le développement de la PrEP demeure insuffisant en France

En dépit d'une augmentation progressive du nombre d'utilisateurs depuis cinq ans, son usage s'avère insuffisant chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), et quasi anecdotique auprès des autres publics. De plus, la crise sanitaire engendrée par l'épidémie de COVID-19 perturbe profondément depuis plus d'un an le fonctionnement et les conditions d'accès aux services de prévention, de dépistage et de soins. Son impact sur le recours à la PrEP est alarmant et pourrait compromettre les fragiles progrès obtenus ces dernières années.

L'Avis du CNS établit un état des lieux du déploiement actuel de la PrEP et identifie les nombreux freins à un recours plus large. Afin de les lever, le CNS estime indispensable de changer de paradigme. Proposée jusqu'ici presque uniquement à des HSH déclarant des pratiques à haut risque, la PrEP doit désormais être conçue comme un outil de prévention du VIH qui, comme le préservatif, peut bénéficier à chacun et chacune, à différents moments de la vie.

Il s'agit également de changer d'échelle

Pour cela, la PrEP doit être promue, en lien avec le dépistage, auprès de l'ensemble de la population. Il faut aussi en faciliter et simplifier l'accès en élargissant et diversifiant les lieux et les acteurs de l'offre, afin d'aller au-devant des différents publics.

Au travers de onze recommandations, le CNS entend donner à la PrEP toute sa place dans la stratégie de prévention diversifiée du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST). Ces orientations nouvelles sont d'autant plus nécessaires que l'arrivée imminente de nouvelles formes de PrEP, qui devrait élargir encore l'intérêt de l'outil et le profil de ses usagers potentiels, doit être anticipée. L'enjeu est autant de remettre la réponse à l'épidémie de VIH en France sur une trajectoire conforme aux objectifs, que de donner accès à la PrEP à toutes les personnes pour qui elle peut offrir une option pour améliorer leur prévention du VIH et la qualité de leur vie sexuelle.

²¹⁴ <https://cns.sante.fr/rapports-et-avis/avis-prep-2021>

DROITS ET ÉPIDÉMIES : NOUVEL AVIS DU CNS SUR LES ACQUIS DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

Communiqué du 7 juillet 2021

Plus de trente ans après sa création en 1989, le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) a souhaité engager une réflexion sur les acquis de la lutte contre le VIH/sida et leur utilité éventuelle en réponse à la crise épidémique présente et aux épidémies à venir. Il publie aujourd'hui un *Avis*²¹⁵ intitulé « La lutte contre le VIH/sida : une démarche, des savoirs et des pratiques pour servir aux enjeux du présent ».

L'expérience de la lutte contre le VIH repose sur des savoirs et des pratiques, promus par un ensemble d'acteurs – chercheurs, soignants, personnes vivant avec le VIH et/ou militants – qui ont prouvé leur efficacité. Cet inventaire montre qu'une démarche éthique, attentive aux principes de respect de la dignité et de l'autonomie des personnes et d'équité dans l'accès aux droits et à la santé à l'échelle nationale et internationale, s'est imposée tout au long de quarante années de mobilisation.

En dépit de ses singularités, l'expérience de la lutte contre le VIH/sida peut aujourd'hui faire école compte tenu de défis communs soulevés par les épidémies, en particulier l'urgence, l'incertitude et l'émotion ainsi que la nécessité de bâtir une réponse éthique, internationale et solidaire. Par le passé, cette expérience de la lutte contre le VIH/sida a bénéficié aux stratégies et actions menées contre les virus des hépatites B et C dans les domaines de la recherche, de la prise en charge et de la réponse internationale.

En regard des enjeux du présent, le CNS émet des préconisations afin de contribuer à répondre à trois défis :

- Renforcer les **droits des personnes**, en particulier les plus vulnérables et les personnes en établissements de santé, sociaux et médico-sociaux.
- Mettre en place une **approche globale** fondée sur une stratégie ambitieuse de santé publique, notamment dans les domaines de l'information, de la prévention et de l'éducation à la santé.
- Soutenir les **mobilisations collectives** pour promouvoir la démocratie en santé, défendre la recherche et amplifier la réponse internationale.

²¹⁵ <https://cns.sante.fr/rapports-et-avis/droits-epidemies-2021>

POUR SANDRINE MUSSO

Communiqué du 12 août 2021

Le Conseil national du sida et des hépatites virales a la tristesse d'annoncer la disparition de Sandrine Musso. Anthropologue, maîtresse de conférence à l'Université d'Aix-Marseille, Sandrine Musso a été nommée au Conseil national du sida en 2009 sur proposition du ministre chargé de la santé. Après le renouvellement de son mandat en 2013, Sandrine Musso a été nommée en 2015 au Conseil national du sida et des hépatites virales sur proposition du ministre chargé de la santé et son mandat, comme pour l'ensemble des membres, avait été prolongé jusqu'au 31 décembre 2021.

Le CNS tient à saluer l'implication constante de Sandrine Musso au sein du Conseil tout au long de ces douze années de mandat. Femme d'engagement, profondément humaniste, Sandrine Musso a défendu ses convictions et sa posture avec beaucoup d'honnêteté, de rigueur et une très vive intelligence des questions abordées par le Conseil. Ses nombreuses contributions en séance plénière et dans le cadre des commissions ont très utilement nourri les travaux du Conseil, en particulier dans ses domaines de spécialité.

Politiste de formation initiale, Sandrine Musso a soutenu une thèse de doctorat d'anthropologie sociale et d'ethnologie en 2008 dont le sujet portait sur la question du sida en milieu arabo-musulman, particulièrement chez les migrants. Elue maîtresse de conférence en anthropologie à l'université d'Aix-Marseille en 2011, Sandrine Musso a poursuivi des travaux notamment en anthropologie politique du corps, de la santé et du sida et sur les migrations. Conjuguant recherche et éthique, son regard est demeuré attentif aux exclusions, aux discriminations et aux inégalités, en particulier dans le domaine de la santé.

Le Président du Conseil national du sida et des hépatites virales, le professeur Patrick Yeni, l'ensemble des membres du Conseil et son secrétariat général font part de leur profonde émotion et expriment tout leur soutien à la famille de Sandrine Musso et, plus particulièrement, à ses enfants, ainsi qu'à ses proches.

JOURNÉE MONDIALE : ACCÉLÉRER LA REPONSE AU VIH ET L'ADAPTER AU CONTEXTE DE CRISE SANITAIRE DE LONGUE DURÉE

Communiqué du 30 novembre 2021

La réponse à l'épidémie de VIH, en France comme dans le monde, demeure profondément et durablement affectée par la crise sanitaire de la Covid-19, compromettant les objectifs nationaux et internationaux de contrôle de l'épidémie.

En France, la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH déjà diagnostiquées et suivies a pu être globalement maintenue. En revanche, les activités de prévention et de dépistage n'ont toujours pas repris au niveau attendu.

Des données qui montrent une fragilisation durable de la prévention et du dépistage

En rupture avec l'augmentation régulière observée au cours des années précédentes, le dépistage connaît en 2020 une diminution importante dans toutes ses modalités par rapport à 2019 : en laboratoires (-14 %) ²¹⁶, en CeGIDD (-35 % en Ile-de France) ²¹⁷ et dans les actions communautaires. Les ventes d'autotests en pharmacie ont reculé de 22 %. ²¹⁶

Cette situation fait craindre d'importants retards de diagnostic, entraînant des pertes de chance thérapeutique et favorisant de nouvelles transmissions. Le nombre de nouvelles découvertes de séropositivité a globalement reculé en 2020 de 22 %, et jusqu'à près de 30 % au sein de certaines populations particulièrement exposées. Pour la première fois depuis plusieurs années, la proportion de diagnostics très tardifs est en hausse. ²¹⁶

Dans le domaine de la prévention, le développement de la PrEP, en forte progression depuis 2018 et jusqu'au premier confinement, a été brutalement et durablement freiné. Les reprises observées dans les périodes suivant les confinements demeurent en-deçà des niveaux escomptés, avec un déficit estimé à -17 % en un an pour les initiations et -28 % pour les renouvellements de PrEP. ²¹⁷

Une mobilisation de l'ensemble des acteurs et un soutien volontariste des pouvoirs publics nécessaires pour restaurer une réponse efficace à l'épidémie

Face à ces constats très préoccupants, et à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le VIH, le CNS appelle à accélérer l'adaptation des stratégies et dispositifs de lutte contre le VIH au contexte transformé par la crise sanitaire.

- Développer les actions innovantes qui ont fait leurs preuves dans le cadre d'expérimentations locales en levant les éventuels obstacles réglementaires et en finançant leur déploiement :
 - les offres démedicalisées, privilégiant l'aller-vers communautaire et l'accompagnement par des médiateurs en santé, indispensables pour atteindre

²¹⁶ *Surveillance du VIH et des IST bactériennes, Bulletin de santé publique (édition nationale)*, Santé publique France, décembre 2021, <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist-decembre-2020>

²¹⁷ *Que sait-on aujourd'hui de la situation du VIH en France ? La crise sanitaire a-t-elle fragilisé la prévention, le dépistage et la prise en charge des PVVIH ?*, Rapport, ANRS-MIE, 27 août 2021, https://www.anrs.fr/sites/default/files/2021-09/Rapport_situationVIH_sept21_def.pdf

les populations clés les plus précaires et que la crise sanitaire a particulièrement fragilisées ;

- les dispositifs dématérialisés d'offre de prévention et de dépistage (téléconsultations, envois d'autotests ou de kits d'auto-prélèvement).
- Intégrer dans les meilleurs délais dans les stratégies de dépistage du VIH et des IST la démarche de notification aux partenaires

La sensibilisation actuelle de la population aux enjeux de traçage des cas contacts pour interrompre les chaînes de transmission de la Covid-19 pourra favoriser la compréhension et l'acceptation de la démarche de notification dans le domaine des IST.

- Promouvoir la PrEP, en lien avec le dépistage, comme un outil de prévention du VIH pouvant bénéficier à toute personne

L'évolution des recommandations d'indication de la PrEP et l'ouverture de sa prescription à l'ensemble des médecins doit s'accompagner de sa promotion active auprès du grand public et des populations clés, afin d'en faire connaître l'existence, en banaliser l'image et en faciliter l'accès.

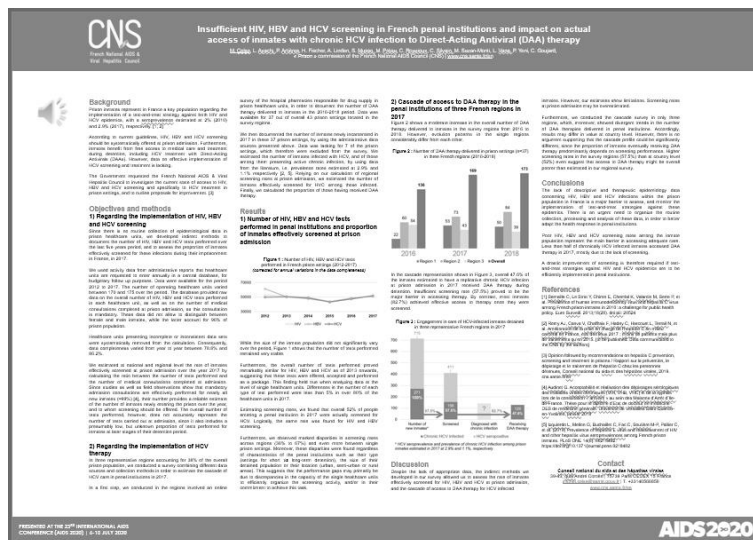
SÉANCES PLÉNIÈRES

- 16 janvier 2020
- 13 février 2020
- 19 mars 2020 (par téléconférence)
- 28 mai 2020 (par visioconférence)
- 25 juin 2020 (par visioconférence)
- 17 septembre 2020 (par visioconférence)
- 22 octobre 2020 (par visioconférence)
- 19 novembre 2020 (par visioconférence)
- 17 décembre 2020 (par visioconférence)
- 21 janvier 2021 (par visioconférence)
- 18 février 2021 (par visioconférence)
- 15 avril 2021 (par visioconférence)
- 20 mai 2021 (par visioconférence)
- 17 juin 2021 (par visioconférence)
- 23 septembre 2021 (par visioconférence)
- 21 octobre 2021 (par visioconférence)
- 18 novembre 2021 (par visioconférence)
- 16 décembre 2021 (par visioconférence)

CONFÉRENCE INTERNATIONALE AIDS 2020

La 23^e conférence de l'IAS, initialement prévue à San Francisco, a été entièrement organisée du 6 au 10 juillet 2020 sous un format virtuel en raison de la crise sanitaire de la pandémie de Covid-19.

Le CNS y a présenté des données issues de son *Rapport sur la prévention, le dépistage et le traitement de l'hépatite C chez les personnes détenues*, sous la forme d'un poster commenté.



Retrouvez le poster sur le site du CNS : <https://cns.sante.fr/actualites/aids-2020>

COLLOQUE « VHC EN PRISON »

Dans le prolongement de la publication de son Avis suivi de recommandations et de son Rapport sur la prévention, le dépistage et le traitement de l'hépatite C chez les personnes détenues, le Conseil national du sida et des hépatites virales a réuni les acteurs de la prise en charge du VHC en prison, à l'occasion d'un colloque virtuel :

Le mercredi 17 mars 2021, de 14h à 16h30 (GMT+1, Paris)
et en direct sur Facebook

14h : **Ouverture**, Patrick YENI, Président du CNS ; Jérôme SALOMON, Directeur général de la santé (intervention vidéo) ; Romain PERAY, Chef du service des métiers, Direction de l'administration pénitentiaire.

14h15 : **Conférence introductive**, Antoine LAZARUS, Professeur de Santé publique et de Médecine sociale, Université Paris XIII.

14h45 : **Table ronde 1 - "Dépistage : comment changer d'échelle ?"**, Catherine FAC, Médecin coordonnateur USMP du centre pénitentiaire de Fresnes ; Gwennaik VILLAIN, IDE en hépatogastro-entérologie, CHU de Poitiers / USMP du centre pénitentiaire de Poitiers-Vivonne ; Philippe MALFRAIT, Responsable régional, AIDES Grand Est.
Modérée par Christine SILVAIN, membre du CNS.

15h30 : **Table ronde 2 – "Prévention & réduction des risques : comment faire bouger les lignes ?"**; Mathieu CHERON, Educateur spécialisé, référent des actions en milieu carcéral, CAARUD Interlud'77 ; Marine PICARD, Chargée de mission Dispositif carcéral, COREVIH Grand Est.

Modérée par Cécile GOUJARD, Présidente de la commission "Prisons" du CNS.

16h15 : **Synthèse et conclusion**, Hugues Fischer, membre du CNS.



La captation vidéo intégrale de l'événement est disponible sur le site du CNS : <https://cns.sante.fr/evenement/colloque-vhc-en-prison>

JOURNÉES FRANCOPHONES DE SEXOLOGIE ET DE SANTÉ SEXUELLE 2021

Après plusieurs reports en raison de la situation sanitaire, les premières Journées francophones de sexologie et de santé sexuelle organisées sous l'égide de l'Association interdisciplinaire post-universitaire de sexologie (AIUS) se sont tenues à Nantes du 1^{er} au 3 juillet 2021.

Le CNS était invité à y présenter son *Avis suivi de recommandations sur la notification formalisée aux partenaires* (2018) dans le cadre d'un forum interactif consacré au thème « Secret, multi-partenariat et prévention ».

La présentation est disponible sur le site du CNS : <https://cns.sante.fr/actualites/jf3s2021>

COLLOQUE DE L'ATHS 2021

Les rencontres de Biarritz - 15^e colloque international

Addictions, toxicomanie, hépatites et sida (ATHS)
du 19 au 22 octobre 2021, Centre de Congrès Le Bellevue

Le 21 octobre, Michel Celse, conseiller-expert auprès du CNS, a présenté une communication sur « L'insuffisance des dépistages VIH, VHB et VHC dans les établissements pénitentiaires français : impact sur l'accès effectif des personnes détenues atteintes d'une infection chronique à VHC aux traitements par antiviraux d'action directe (AAD) », au sein de l'atelier 1 « Prisons, addictions et réduction des risques et dommages ».



Le replay de cette session est disponible en ligne :
<https://cns.sante.fr/actualites/aths-2021/>

JOURNÉE MONDIALE : RENCONTRE DU CNS AVEC LE VICE-PRÉSIDENT DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE

À l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le VIH/sida, le 1^{er} décembre 2021, le Député et Vice-président de l'Assemblée Nationale Hugues Renson est venu rencontrer le Pr Patrick Yeni, président du CNS, en présence du Député Jean-Louis Touraine, membre du CNS, ainsi que des membres du secrétariat général du CNS. Les échanges ont porté sur l'impact social du VIH, les enjeux et leviers actuels de la lutte contre cette épidémie, à l'échelon national et international.



COLLOQUE « SIDA, COVID-19 & DÉMOCRATIE SANITAIRE : QUELLE ÉTHIQUE METTRE EN AVANT ? »

Mercredi 1^{er} décembre 2021, de 17h30 à 20h30

Grand amphithéâtre de l'École de médecine
12, rue de l'École de médecine - 75006 Paris

Sollicités par l'Espace Éthique de la région Ile-de-France, le CNS et l'association AIDES ont participé au colloque « Sida, covid-19 & démocratie sanitaire : quelle éthique mettre en avant ? », en qualité de co-organisateurs. Le colloque a été l'occasion de revenir sur les acquis de la lutte contre le VIH/sida, en particulier dans le domaine éthique, pour la crise sanitaire de la Covid-19 et les crises à venir et de présenter les préconisations de l'Avis du CNS « La lutte contre le VIH/sida : une démarche, des savoirs et des pratiques pour servir aux enjeux du présent ». Le colloque a été organisé à quelques mois de l'anniversaire des vingt ans de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, née de la lutte contre le VIH/sida.

OUVERTURE, Emmanuel HIRSCH, Camille SPIRE et Patrick YENI

INTRODUCTION, Jean-François DELFRAISSY, Président du CCNE et du Conseil scientifique Covid-19

COMBATS, ENJEUX, RÉALITÉS ET CONQUÊTES DES ANNÉES SIDA, Philippe ARTIÈRES, Membre du CNS, directeur d'études EHESS ; Eric FAVEREAU, Journaliste à Libération, directeur du site VIF (Vieux, Fous et Inégaux) ; Hughes FISCHER, Membre du CNS et du TRT-5 ; Christine ROUZIOUX, Membre du CNS et de l'Académie nationale de médecine ; Bruno SPIRE, Président d'honneur de AIDES ; Patrick YENI, Président du CNS

DÉFENDRE LA DÉMOCRATIE EN SANTÉ DANS LES ANNÉES COVID-19, Emmanuel HIRSCH, Directeur de l'Espace éthique région Île-de-France ; Cédric AUBOUIN, Président de AIDES Île-de-France ; François BOURDILLON, Ancien directeur général de Santé publique France ; Gilles RAGUIN, Membre du CNS, président de l'IRB, Institut Pasteur ; Camille SPIRE, Présidente de AIDES

CONCLUSION, Christian SAOUT, Ancien président de AIDES, membre du collège de la HAS



DEMI-JOURNÉE D'ÉTUDE « PERSONNES TRANS ET VIH »

Dans la perspective de poser des jalons pour de futurs travaux, le Conseil national du sida et des hépatites virales a souhaité engager une réflexion sur les enjeux posés par la prévention du VIH et des IST en direction des personnes trans, en particulier au regard de la diversité de leurs identités, de leurs parcours de transition et de leurs sexualités. Attaché à donner une large place à des intervenants eux-mêmes concernés, choisis au titre de leurs travaux de recherche, leur action associative, leur expérience dans l'offre de prévention et de santé sexuelle ou leur rôle institutionnel, le Conseil a organisé une demi-journée d'étude ouverte au public :

Personnes trans et VIH : vers une prévention adaptée à la diversité des trajectoires

Lundi 6 décembre 2021, de 13h à 18h
au ministère des Solidarités et de la Santé - Salle Laroque
14, avenue Duquesne - 75007 Paris



13h45 : **Accueil et ouverture**, Patrick YENI (Président du CNS), Marie PRÉAU (CNS)



14h : **Conférence introductive**, Emmanuel BEAUBATIE (Sociologue, CNRS)



14h40 : **Table ronde 1 : « Les partenaires sexuels et affectifs des personnes trans, impensé de la recherche et de la prévention »**, introduite et animée par Ali AGUADO (Militant pour les droits des personnes trans et directeur d'établissements médico-sociaux). Avec France LERT (Chercheuse en santé publique, présidente de Vers Paris sans sida), Paul RIVEST (Anthropologue, Aix-Marseille Université), Axelle ROMBY (Médecin sexologue, Checkpoint Paris)



16h10 : **Table ronde 2 : « Nouveaux outils de prévention du VIH, opportunités de déclouisonnement de la prise en charge des personnes trans ? »**, introduite et animée par Giovanna RINCON (Directrice de l'association Acceptess-T, Paris). Avec Laszlo BLANQUART (Acceptess-T, Paris), Max CRESSENT (RITA, Grenoble), Elsa FERNIQUE (Médecin, Planning familial 38, Grenoble), Clark PIGNEDOLI (Sociologue, INED), Olivier SCEMAMA (Chef du bureau des infections par le VIH, les IST, les hépatites et la tuberculose, DGS)



17h25 : **Synthèse et conclusions**, Hugues FISCHER (CNS), Diane LERICHE (TRT-5/CHV)



La captation vidéo intégrale de l'événement est disponible sur le site du CNS :
<https://cns.sante.fr/evenement/demi-journee-detude-personnes-trans>

INTERVENTIONS EXTÉRIEURES

TABLEAU 1 : PARTICIPATION À DES COMITÉS ET GROUPES DE TRAVAIL AU TITRE DU CNS²¹⁸

²¹⁸ La participation aux travaux d'instances extérieures ne comprend pas les interventions ponctuelles des membres et permanents à des réunions, colloques et auditions.

Structure	Nom du groupe	Participants du CNS	Dates des réunions
ANRS - MIE	COPIL NotiVIH	Michel Celse	02/2020 03/2020 04/2020 11/2020
Conférence nationale de santé (La CNS)	Assemblée plénière	Laurent Geffroy Michel Celse <i>Suppléance</i> Leïla Ayachi	02/2020 05/2020 07/2020
Direction générale de la Santé (DGS)	COPIL SN2S Comité plénier	Michel Celse	<i>Copil FdR1</i> 12/2020 <i>Copil FdR2</i> 04/2021 07/2021 10/2021
	COPIL SN2S GT n°1 - Promotion de la santé sexuelle, information, éducation à la sexualité	Michel Celse	21/05/2021 04/06/2021 18/06/2021
	COPIL SN2S GT n°2 - Parcours : Dépistages	Michel Celse	28/05/2021 15/06/2021 01/07/2021
	COPIL SN2S GT n°4 - Connaissances pour agir	Michel Celse	03/06/2021 24/06/2021 05/10/2021
	COPIL SN2S GT PrEP	Michel Celse	01/2020 12/2020 02/2021 04/2021 10/2021
	COPIL SN2S Pass Prévention	Patrick Yeni Michel Celse	01/2020 ²¹⁹
	Comité de suivi de l'arrêté relatif aux critères de sélection des donneurs de sang	Patrick Yeni Michel Celse <i>Suppléance</i> Laurent Geffroy	03/2021 09/2021
Haute Autorité de santé (HAS)	Réunion de cadrage de la mission HAS sur la notification au(x) partenaire(s)	Michel Celse	03/2020
	GT « Réponses rapides dans le cadre de la COVID-19 - Continuité du suivi des personnes vivant avec le VIH et de l'offre de soins en santé sexuelle »	Patrick Yeni Michel Celse	03/2020 à 12/2020

	GT « Réponses rapides dans le cadre de la COVID-19 – Prophylaxie (PrEP) du VIH par ténofovir disoproxil / emtricitabine dans le cadre de l'urgence sanitaire »	Michel Celse	03/2021 à 04/2021
Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères (MEAE)	Groupe de suivi du Fonds mondial	Gilles Raguin <i>Suppléance</i> Laurent Geffroy	01/2020 04/2020 09/2020 11/2020 05/2021 06/2021 10/2021 11/2021
	Groupe de contact Santé mondiale	Gilles Raguin <i>Suppléance</i> Laurent Geffroy	01/2020 04/2020 06/2020 09/2020 03/2021 10/2021
Sidaction	Comité associatif (CAs)	Julien Bressy	06/2020
Santé publique France (SPF)	Comité d'interface HSH	Michel Celse	<i>échanges électroniques en 2020 et 2021</i> ²²⁰

²¹⁹ Réunion de présentation aux représentants du CNS de l'application « *Tumeplay* » par la Fabrique numérique des ministères sociaux.

²²⁰ Suite au report *sine die* des réunions prévues en raison de la crise sanitaire, le Comité a opté pour des échanges par e-mail « au fil de l'eau » durant toute la période.

TABLEAU 2 : INTERVENTIONS PONCTUELLES AUPRÈS D'INSTANCES EXTÉRIEURES AU TITRE DU CNS²²¹

Structure	Nom de l'entité de la structure et/ou de l'évènement	Intervenants au titre du CNS	Nature de l'intervention	Date de la réunion
1. Établissements publics de santé				
CHU Bichat-Claude Bernard	Diplôme universitaire « MST et VIH en France »	Michel Celse	Cours « Infection à VIH : aspects éthiques »	05/2021
COREVIH Grand-Est	Journée régionale de la commission carcérale	Michel Celse	Présentation de l'Avis CNS « Prisons »	09/2020
2. Sociétés savantes et revues scientifiques				
AIUS	Journées francophones de sexologie et de santé sexuelle 2021 (Nantes)	Michel Celse	Présentation de l'Avis du CNS « Notification aux partenaires »	07/2021
BIZIA / ATHS	Congrès international Addictions, toxicomanie, hépatites, sida 2021 (Biarritz)	Michel Celse	Poster et présentation sur le dépistage et le traitement du VHC chez les personnes détenues	10/2021
IAS	Conférence AIDS 2020	Michel Celse	Présentation dans le cadre d'un poster commenté de l'Avis du CNS « Prisons »	07/2020
3. Associations de lutte contre le VIH et les hépatites				
Comité des Familles	Emission « Vivre avec le VIH » (radio Fréquence Paris Plurielle et radios locales partenaires)	Hugues Fischer	Entretien sur les enjeux de la prévention, du dépistage et de la prise en charge du VHC en prison	09/2020
Les Séropotes (et associations et institutions partenaires)	Journée de rencontres interprofessionnelles sur l'accès des PVVIH à l'assurance et aux soins non-VIH ²²²	Michel Celse	Modération d'une table ronde sur « La régulation de l'accès aux soins »	01/2020

²²¹ Les interventions ponctuelles peuvent revêtir des formes diverses : présentation lors d'un colloque, audition, consultation, réponse à un questionnaire, contribution à une publication ou à un cours, etc.

²²² Philippe Artières et Pierre-Yves Geoffard, membres du CNS, étaient membres du comité scientifique de cette journée, mais en leurs qualités respectives d'historien et d'économiste.

INDEX THÉMATIQUE

(TOMES I à XIV : années 1989 à 2021)

RAPPORTS, AVIS ET RECOMMANDATIONS

DÉPISTAGE

Tome I

Rapport suivi d'un avis sur le dépistage obligatoire ou systématique du VIH (18 décembre 1991) 101

Tome III

Rapport sur l'opportunité de la mise sur le marché français des tests à domicile de dépistage du VIH (19 juin 1998) 79

Tome IV

Avis sur le dépistage en milieu hospitalier en situation d'accident avec exposition au sang (AES) et d'impossibilité pour le patient de répondre à une proposition de test (12 octobre 2000) 175

Tome V

Avis sur le dépistage de l'infection par le VIH au cours de la grossesse et la prévention périnatale de la contamination de l'enfant (14 mars 2002) 209

Avis sur la conduite à tenir face au risque de contamination par le VIH/sida à la suite d'une agression sexuelle (12 décembre 2002) 255

Tome VI

Note valant avis sur le dépistage obligatoire des professionnels de santé comme moyen de prévention des risques de transmission virale de soignant à soigné (9 décembre 2004) 37

Note valant avis sur la commercialisation des autotests VIH (9 décembre 2004) 41

Tome VII

Rapport suivi de recommandations sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France (16 novembre 2006) 31

Tome VIII

Note valant avis sur le consentement au dépistage en cas d'accident avec exposition au sang impliquant un patient majeur protégé (12 mars 2009) 89

Tome X

Note valant avis sur les conditions de la fusion des centres de dépistage et de diagnostic du VIH et des infections sexuellement transmissibles (13 septembre 2012)	15
Avis sur les autotests de dépistage de l'infection à VIH (20 décembre 2012)	25
Rapport sur les autotests de dépistage de l'infection à VIH (20 décembre 2012)	37

Tome XIII

Avis suivi de recommandations sur la notification formalisée aux partenaires (15 février 2018)	33
Note valant avis sur les orientations de la politique de dépistage du VIH en France (21 novembre 2019)	111

PRÉVENTION

Tome I

Avis au sujet d'une demande de saisine émanant de l'APS, concernant un projet d'enquête sur la sexualité adolescente (11 avril 1991)	125
Note de travail sur la bande dessinée Jo (9 avril 1992)	136
Toxicomanie et sida : rapport et avis relatifs à l'infection par le VIH parmi les usagers de drogues (8 juillet 1993)	185

Tome III

Les oubliés de la prévention : rapport, suivi de recommandations sur les handicaps mentaux, sexualité et VIH (18 décembre 1997)	29
---	----

Tome V

Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique, propositions pour une reformulation du cadre législatif (21 juin 2001)	21
Note valant avis sur la situation de la prévention de l'infection par le VIH/sida en France (18 juin 2002)	241

Tome VI

Note valant avis sur le dépistage obligatoire des professionnels de santé, comme moyen de prévention des risques de transmission virale de soignant à soigné (9 décembre 2004)	37
Rapport sur la politique publique de prévention de l'infection à VIH en France métropolitaine, suivi de recommandations pour une meilleure application de cette politique (17 novembre 2005)	75

Tome VII

- Avis sur la pénalisation de la transmission sexuelle du VIH (27 avril 2006) 25
- Note valant avis sur les conséquences en santé publique des restrictions en matière d'immigration (27 avril 2006) 19

Tome VIII

- Note valant avis sur l'application des règles de contrôle de la publicité aux campagnes de prévention et d'éducation pour la santé (24 avril 2008) 67
- Avis suivi de recommandations sur la lutte contre l'épidémie d'infection à VIH aux Antilles (26 juin 2008) 73
- Note valant avis sur l'expérimentation des programmes d'échange de seringues dans les établissements pénitentiaires (10 septembre 2009) 153

Tome IX

- VIH et commerce du sexe, garantir l'accès universel à la prévention et aux soins (16 septembre 2010) 37
- Avis sur l'intérêt potentiel du concept de prophylaxie pré-exposition du VIH/sida (PrEP) (12 janvier 2012) 147

Tome XI

- Avis suivi de recommandations sur le bilan à mi-parcours du plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014 (16 janvier 2014) 23

Tome XIV

- Avis sur la place de la PrEP dans la prévention du VIH en France : changer de paradigme, changer d'échelle (6 mai 2021) 53

POLITIQUE INTERNATIONALE

Tome III

- Rapport et recommandations vers une nouvelle solidarité pour un accès aux traitements antirétroviraux des personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne (10 décembre 1998) 135

Tome IV

- Pour un accès généralisé aux traitements en matière de VIH/sida (7 novembre 2000) 185

Tome V

Avis sur les problèmes éthiques posés par la recherche clinique dans les pays en développement (11 mars 2003) 265

Tome VI

Avis, suivi de recommandations : promouvoir l'accès aux antirétroviraux des femmes enceintes vivant avec le VIH/sida dans les pays du Sud (24 juin 2004) 25

La crise des ressources humaines dans les pays du Sud, un obstacle majeur à la lutte contre le VIH (14 juin 2005) 51

Tome VII

Rapport sur la gratuité de la prise en charge pour les personnes infectées par le VIH dans les pays en développement (15 février 2007) 61

Avis suivi de recommandations sur la gratuité de la prise en charge pour les personnes infectées par le VIH dans les pays en développement (15 février 2007) 51

Rapport sur la circoncision : une modalité discutable de réduction des risques de transmission du VIH (24 mai 2007) 129

Avis sur la circoncision : une modalité discutable de réduction des risques de transmission du VIH (24 mai 2007) 125

Pays en développement : remplacer les programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant par la prise en charge des femmes infectées par le VIH (avis suivi de recommandations) (21 juin 2007) 139

Tome IX

Vaincre l'épidémie mondiale de sida par des investissements innovants (13 octobre 2011) 133

Tome XIII

Améliorer la riposte contre la pandémie de VIH dans le cadre dynamique de la santé mondiale - Note valant Avis #1 (18 avril 2019) 77

Tome XIV

Renforcer l'influence et l'action de la France pour améliorer la riposte contre la pandémie de VIH dans le cadre plus large de la santé mondiale - Note valant Avis #2 (22 avril 2020) 21

POLITIQUE PUBLIQUE

Tome I

Avis sur le projet de loi relatif à la protection des personnes malades ou handicapées contre les discriminations (20 novembre 1989)	111
Avis et rapport relatifs aux assurances (1 ^{er} février 1990)	35
Avis et rapport sur l'enquête que l'ANRS souhaite lancer sur les comportements sexuels en relation avec le sida (21 mars 1990)	117
Avis sur l'insémination artificielle avec tiers donneur dans le cas de couples dont l'homme est séropositif (31 mai 1990)	121
Note valant avis sur les études séro-épidémiologiques anonymes non corrélées (12 février 1991)	124
Avis sur la pénalisation de la dissémination d'une maladie transmissible épidémique (25 juin 1991)	126
Avis à propos de la convention « Assurances et sida » (23 septembre 1991)	90
Avis sur l'indemnisation des hémophiles et transfusés contaminés par le VIH (3 décembre 1991)	128
Avis sur le recrutement de volontaires pour des essais vaccinaux par appel au public par voie de presse (13 janvier 1992)	131
Avis sur un projet de carnet de santé (9 avril 1992)	134
Rapport valant avis sur l'introduction de sérologie VIH dans l'enquête statistique annuelle du SESI, auprès des toxicomanes accueillis dans des établissements hospitaliers (12 juin 1992)	141
Recommandations et rapport sur l'activité des professionnels de la santé contaminés (7 juillet 1992)	143
Avis et rapport au sujet de l'enquête sur les comportements sexuels des jeunes et la prévention du sida (7 juillet 1992)	147
Avis et rapport sur les situations médicales sans absolue confidentialité dans l'univers pénitentiaire (12 janvier 1993)	156
Avis sur un protocole de recherche sur les conditions de mise en place des soins palliatifs en milieu hospitalier (28 avril 1994)	208
Avis sur la question du secret professionnel appliqué aux soignants des personnes atteintes par le VIH (16 mai 1994)	210

Tome II

Avis sur l'étude envisagée par le CECOS de Paris-Bicêtre portant sur les couples auxquels l'insémination artificielle a été refusée (29 septembre 1994)	25
Avis sur la question du VIH dans le cadre des procédures d'adoption (17 janvier 1995)	29
Avis sur les termes et le contenu de la déclaration sur l'honneur exigée par les AGF (23 octobre 1995)	39
Avis suivi d'un rapport sur la situation des personnes atteintes par le VIH de nationalité étrangère et en irrégularité de séjour (18 décembre 1995)	41
Rapport suivi de recommandations du Conseil national du sida sur l'évaluation de l'action publique en matière de prévention du VIH/sida (22 janvier 1996)	65
Note valant avis sur l'appel sous les drapeaux de jeunes gens vivant en couple et dont l'un est atteint du VIH (22 janvier 1996)	63
Avis sur la mise à disposition de médicaments de la classe des antiprotéases et sur le problème de l'inadéquation entre l'offre et la demande (26 février 1996)	93
Rapport suivi d'un avis sur la possibilité de recruter, parmi les volontaires des essais vaccinaux de l'ANRS, des femmes en âge de procréer (23 mai 1996)	99
Rapport suivi de recommandations : spécificités et inégalités, le sida dans les départements français d'Amérique (17 juin 1996)	107
Note valant avis à propos de la confidentialité en milieu pénitentiaire (8 juillet 1996)	229

Tome III

« Les oubliés de la prévention », rapport, suivi de recommandations, sur les handicaps mentaux, sexualité et VIH (18 décembre 1997)	29
Avis sur un projet de modification du système de surveillance épidémiologique du VIH en France (29 janvier 1998)	61

Tome IV

Pour une assurabilité élargie des personnes et une confidentialité renforcée des données de santé (20 septembre 1999)	19
---	----

Tome V

Note valant avis sur le déroulement de l'essai ARDA (anomalies de la répartition des dépôts adipeux) chez les patients infectés par le VIH (15 mai 2001)	19
--	----

Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique. Propositions pour une reformulation du cadre législatif (21 juin 2001)	21
Nouvel avis sur la participation des femmes en âge de procréer aux essais pré-vaccinaux menés sous l'égide de l'ANRS auprès de volontaires séronégatifs pour le VIH (9 avril 2002)	235
Note valant avis sur la suspension de peine pour raisons médicales (11 mars 2003)	261
Rapport suivi de recommandations. Repenser la politique de lutte contre le VIH/sida dans les départements d'outre-mer (11 mars 2003)	285
Tome VI	
Note valant avis sur le processus d'évaluation médicale des demandes de titres de séjour pour soins des étrangers (26 février 2004)	17
Avis sur les conditions de participation à des protocoles d'essais cliniques de nouveaux traitements, pour les patients infectés par le VIH et n'ayant jamais pris d'antirétroviraux (17 mars 2005)	49
Note valant avis sur l'évolution de l'organisation et de la coordination des soins en réponse à l'épidémie de l'infection à VIH (17 mars 2005)	45
Tome VII	
Note valant avis sur le classement de la buprénorphine en produit stupéfiant (27 avril 2006)	21
Note valant avis sur les conséquences en santé publique des restrictions en matière d'immigration (27 avril 2006)	19
Tome VIII	
Avis suivi de recommandations sur la politique de lutte contre l'épidémie d'infection à VIH en Guyane (21 février 2008)	17
L'épidémie d'infection à VIH en Guyane : un problème politique (21 février 2008)	31
Avis suivi de recommandations sur la lutte contre l'épidémie d'infection à VIH aux Antilles (26 juin 2008)	73
Note valant avis sur les opérations funéraires pour les personnes décédées infectées par le VIH (12 mars 2009)	85
Tome IX	
Avis conjoint du Conseil national du sida et de la Conférence nationale de santé relatif au projet de plan national VIH/sida-IST 2010-2014 (28 juin 2010)	17

Note valant avis sur le projet de Plan National de Lutte contre le VIH/sida et les autres IST 2010-2014 soumis à concertation [version du 6 octobre 2010] (18 octobre 2010)	97
Note valant avis sur l'impact des politiques relatives aux drogues illicites sur la réduction des risques infectieux (20 janvier 2011)	109
Note valant avis sur la réforme du droit au séjour pour raisons médicales envisagée dans le cadre du projet de loi n° 2400 « Immigration, intégration et nationalité » (10 février 2011)	121
Tome X	
Avis sur la protection sociale des étrangers vivant avec le VIH en France et l'intérêt de son évolution vers le droit commun (19 septembre 2013)	79
Tome XI	
Avis suivi de recommandations sur la pénalisation de la transmission sexuelle du VIH en France (19 février 2015)	87
Tome XII	
Avis sur le projet de stratégie nationale de santé sexuelle (version du 17 février 2017) (27 février 2017)	115
PRISE EN CHARGE GLOBALE	
Tome II	
Avis sur l'accès aux soins d'hémophiles étrangers contaminés par le VIH (18 octobre 1994)	27
Avis sur le suivi des enfants séronégatifs pour le VIH exposés à la zidovudine en période périnatale (13 avril 1995)	33
Tome III	
Note valant avis sur le problème de l'inscription, dans le carnet de santé, de données relatives à l'infection à VIH (3 février 1997)	23
Avis sur le problème de la contamination d'un patient par le VIH, au cours d'une intervention chirurgicale (21 mars 1997)	25
Avis en commun avec le CCNE sur les problèmes éthiques posés par le désir d'enfant chez les couples où l'homme est séropositif et la femme séronégative (10 février 1998)	64
Rapport et recommandations sur les traitements à l'épreuve de l'interpellation, le suivi des traitements en garde à vue, en rétention et en détention (18 novembre 1998)	87

Tome IV

L'accès confidentiel des mineurs aux soins. Rapport suivi d'un avis et de recommandations (6 mars 2000) 123

Avis sur l'assistance médicale à la procréation pour les couples sérodifférents dont l'homme est séropositif pour le VIH (4 avril 2000) 169

Tome V

Avis sur les enjeux éthiques de l'accompagnement médical des couples présentant un risque viral identifié et désirant un enfant (4 décembre 2001) 197

Avis sur l'accès précoce aux nouvelles molécules anti-VIH des personnes en situation de multi-échec thérapeutique (12 novembre 2002) 243

Tome VIII

Avis suivi de recommandations sur l'intérêt du traitement comme outil novateur de la lutte contre l'épidémie d'infections à VIH (9 avril 2009) 93

Avis suivi de recommandations sur la prise en compte des personnes vivant avec le VIH dans les politiques du handicap (10 septembre 2009) 113

Tome XI

Avis suivi de recommandations sur la garantie du droit au secret des personnes mineures dans le cadre de leur prise en charge médicale (15 janvier 2015) 73

Tome XII

Avis suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes (19 janvier 2017) 17

Tome XIII

Avis et recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST en Guyane et dans les Antilles françaises (18 janvier 2018) 17

Avis suivi de recommandations sur la prévention, le dépistage et le traitement de l'hépatite C chez les personnes détenues (26 septembre 2019) 91

Tome XIV

La lutte contre le VIH/sida : une démarche, des savoirs et des pratiques pour servir aux enjeux du présent (7 juillet 2021) 99

COMMUNIQUÉS DE PRESSE

Tome I

Communiqué sur la conférence de San Francisco (1 ^{er} février 1990)	215
Communiqué à propos d'un débat public sur l'opportunité de la réouverture des « maisons closes », comme moyen de lutte contre la diffusion de la maladie (14 juin 1990)	217
Communiqué à propos des mesures tendant à réglementer les dispositions prises par les compagnies d'assurances face au risque du sida (6 mars 1991)	55
Communiqué commun du CNS, de l'ANRS et de l'AFLS sur les déclarations du professeur German (9 juillet 1991)	218
Communiqué à propos de l'émission de télévision « Le droit de savoir », consacrée aux recherches d'immunothérapie (23 septembre 1991)	219
Communiqué sur la convention passée entre les pouvoirs publics et les assurances (26 septembre 1991)	93
Communiqué commun du CNS, de l'ANRS et de l'AFLS sur la double peine (29 octobre 1991)	220
Communiqué sur la pénalisation de la dissémination d'une maladie transmissible épidémique (29 octobre 1991)	221
Communiqué sur le dépistage obligatoire du VIH (6 décembre 1991)	100
Communiqué sur la diffusion du film d'Hervé Guibert (17 janvier 1992)	223
Communiqué de mise au point à propos du film d'Hervé Guibert (20 janvier 1992)	223
Communiqué sur la décision du Gouvernement de ne pas instaurer un dépistage obligatoire ou systématique (1 ^{er} avril 1992)	105
Communiqué sur la question du dépistage obligatoire (6 novembre 1992)	106
Communiqué à propos de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement proposant le dépistage du VIH aux femmes enceintes et aux futurs conjoints (6 janvier 1993)	107
Communiqué à propos du traitement par certains médias du procès du sang contaminé (4 juin 1993)	225
Communiqué sur la loi « relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France » (12 juillet 1993)	226

Communiqué commun du CNS et de l'AFLS au sujet de la campagne Benetton « HIV Positive » (14 septembre 1993)	228
Communiqué annonçant la remise aux pouvoirs publics du rapport « Toxicomanie et sida » (21 septembre 1993)	229
Communiqué commun du CNS et de l'AFLS à propos de l'adoption par le Sénat d'un amendement, visant à rendre obligatoire le test du VIH pour tous les patients atteints de tuberculose évolutive (28 octobre 1993)	108
Tome II	
Communiqué à propos du procès de Marseille sur le refus d'opérer une personne séropositive (6 juin 1995)	233
Tome IV	
Communiqué sur l'inquiétude du CNS à propos des critères de sélection des réfugiés du Kosovo (21 mai 1999)	237
Communiqué pour un réexamen des modalités de surveillance épidémiologique du VIH en France (15 juillet 1999)	239
Communiqué sur l'avis « Assurance et VIH » (5 octobre 1999)	247
Communiqué de soutien aux associations impliquées dans la politique de réduction des risques (3 novembre 1999)	249
Communiqué sur l'accès aux nouvelles molécules antirétrovirales pour les personnes en impasse et en échappement thérapeutique (30 novembre 1999)	251
Communiqué à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida (1er décembre 1999)	253
Communiqué sur l'accès confidentiel des mineurs adolescents aux soins (5 avril 2000)	255
Communiqué « Relapse » (25 octobre 2000)	257
Communiqué sur l'IVG et l'autorisation parentale (27 octobre 2000)	259
Tome V	
Communiqué sur les discriminations aux frontières (15 janvier 2001)	393
Communiqué sur le droit au séjour sur le territoire français des malades étrangers (27 mars 2001)	394

Communiqué à l'occasion de la reprise, à Pretoria, du procès intenté par 39 compagnies pharmaceutiques au Gouvernement d'Afrique du Sud (17 avril 2001)	396
Communiqué en faveur d'une modification de la politique suivie en matière d'usages de drogues (6 septembre 2001)	398
Communiqué en faveur d'actions concrètes pour l'accès aux traitements dans les pays du Sud (1 ^{er} décembre 2001)	400
Communiqué sur la menace que font peser les accords de Bangui sur la santé en Afrique (8 février 2002)	401
Communiqué sur le dépistage du VIH au cours de la grossesse (22 mars 2002)	402
Communiqué sur la politique à l'égard de la prostitution (22 octobre 2002)	404
Communiqué sur le dépistage du VIH en cas de viol (22 novembre 2002)	405
Communiqué sur la nouvelle menace dans l'accès aux traitements des pays pauvres (16 janvier 2003)	407
Communiqué sur l'amendement sur le viol (20 janvier 2003)	409
Communiqué sur la suspension de peine pour raisons médicales (17 mars 2003)	410
Communiqué pour une application des principes éthiques dans la recherche au Sud (26 mars 2003)	411
Communiqué sur l'évolution préoccupante du VIH/sida dans les départements d'outre-mer (3 avril 2003)	412
Tome VI	
Communiqué sur la réglementation existante en matière de droit au séjour pour soins des étrangers doit être pleinement appliquée (4 mars 2004)	169
Communiqué sur la politique à l'égard de l'usage de drogues : le CNS réaffirme la priorité de la réduction des risques (6 avril 2004)	170
Sidaction 2004 : le CNS regrette la diffusion d'informations controversées (22 avril 2004)	172
Communiqué sur les femmes enceintes vivant avec le VIH/sida dans les pays du Sud doivent avoir accès aux multithérapies (6 juillet 2004)	173
Justice pénale et prévention (8 novembre 2004)	174
Communiqué sur la crise des ressources humaines dans les pays du Sud, un obstacle majeur à la lutte contre le VIH (4 juillet 2005)	175

Communiqué sur la suspension de peine pour raison médicale : le CNS s'inquiète de sa remise en cause par le projet de loi sur le traitement de la récidive des infractions pénales (21 octobre 2005) 177

Communiqué sur la prévention de la transmission du VIH : le Conseil national du sida demande une politique gouvernementale cohérente (22 novembre 2005) 179

Tome VII

Communiqué concernant les restrictions en matière d'immigration et la lutte contre le VIH (28 avril 2006) 151

Communiqué concernant le classement de la buprénorphine en produit stupéfiants (3 mai 2006) 152

Communiqué sur la pénalisation de la transmission sexuelle du VIH (11 mai 2006) 153

Communiqué pour une évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH (23 novembre 2006) 154

Communiqué concernant l'affaire des infirmières bulgares (16 février 2007) 155

Pour Arnaud Marty-Lavauzelle (16 février 2007) 157

Communiqué concernant l'expulsion des étrangers malades (16 février 2007) 156

La firme pharmaceutique Abbott doit changer d'attitude vis-à-vis des personnes atteintes par le VIH/sida (27 juin 2007) 158

Tome VIII

Prise de position du CNS en réaction d'une communication de la Commission fédérale suisse pour les problèmes liés au sida (30 janvier 2008) 165

L'épidémie d'infection à VIH en Guyane : un problème politique (12 mars 2008) 166

Risque de transmission du VIH d'un médecin à ses patients : pour une information mesurée (26 septembre 2008) 167

Le CNS se félicite de l'attribution du Nobel pour la découverte du VIH (6 octobre 2008) 168

Dépistage et autotest : une fausse bonne idée (1^{er} décembre 2008) 169

Neuf Sénégalais condamnés en raison de leur homosexualité et de leur action dans la lutte contre le sida : la France doit réagir (15 janvier 2009) 170

Communiqué de presse : avis suivi de recommandations sur l'intérêt du traitement comme outil novateur de la lutte contre l'épidémie d'infections à VIH (30 avril 2009) 171

Expérimentation des programmes d'échange de seringues au sein des établissements pénitentiaires (11 septembre 2009)	173
Communiqué de presse sur les recommandations de la Haute Autorité de santé en matière de dépistage du VIH (21 octobre 2009)	175
Tome IX	
Pour Christiane Marty-Double (9 avril 2010)	205
Avis conjoint du Conseil national du sida et de la Conférence nationale de santé relatif au projet de plan national VIH/sida-IST 2010-2014 (28 juin 2010)	206
Organisation d'une journée d'étude sur les politiques de sante des drogues et des addictions en France (22 septembre 2010)	207
Durcissement des conditions d'accès au séjour des étrangers malades résidant habituellement en France (5 octobre 2010)	208
VIH et commerce du sexe : un état des lieux alarmant (30 novembre 2010)	209
Le Conseil national du sida se prononce contre les restrictions des conditions d'accès au séjour des étrangers gravement malades résidant habituellement en France (15 février 2011)	210
L'impact des politiques relatives aux drogues illicites sur la réduction des risques infectieux (6 avril 2011)	211
Effet préventif des antirétroviraux : un bénéfice conditionné par l'extension de l'offre de dépistage et la mise en œuvre du concept de « prévention combinée » (13 mai 2011)	212
Vaincre l'épidémie mondiale de sida par des investissements innovants (31 octobre 2011)	213
Journée mondiale de lutte contre le sida : pour une action de la France plus ambitieuse (30 novembre 2011)	214
Opérations funéraires : le CNS s'inquiète du maintien de l'interdiction des soins de conservation pour les personnes décédées infectées par le VIH (20 décembre 2011)	216
Tome X	
Opérations funéraires : levée de l'interdiction pour le VIH et renforcement des précautions universelles (13 janvier 2012)	103
Nomination du Professeur Patrick Yeni à la présidence du Conseil national du sida (4 mai 2012)	104

Le Conseil national du sida rend public un Avis sur l'intérêt potentiel du concept de prophylaxie pré-exposition du VIH/sida (PrEP) (11 mai 2012)	105
Le Conseil national du sida appelle à amplifier la riposte contre le VIH/sida à la veille du sommet du G8 de Camp David (16 mai 2012)	106
Pour Antoine Lion (1 ^{er} juin 2012)	107
Don du sang : le Conseil national du sida se félicite de l'annonce d'une révision des critères de sélection des donneurs (15 juin 2012)	108
Interventions du Conseil national du sida et enjeux de la conférence internationale de Washington (20 juillet 2012)	109
L'opportunité de l'inscription de la fusion des centres de dépistage et de diagnostic du VIH et des IST dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (18 octobre 2012)	110
Journée mondiale de lutte contre le sida : réaffirmer trois grandes priorités (29 novembre 2012)	111
Avis favorable sur les autotests de l'infection à VIH mais assorti de conditions (22 mars 2013)	113
Nouvelles recommandations pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH en France (25 septembre 2013)	114
Journée mondiale de lutte contre le sida : outils innovants et stratégies de dépistage (29 novembre 2013)	117
Tome XI	
Opérations funéraires : un nouveau rapport appelle à l'évolution de la réglementation attendue des pouvoirs publics (3 mars 2014)	117
Journée mondiale de lutte contre le sida : diversifier et amplifier l'offre de dépistage (28 novembre 2014)	118
Extension des missions du Conseil national du sida aux hépatites virales (27 février 2015)	119
La prévention doit être la grande priorité de la lutte contre le VIH/sida en France (27 novembre 2015)	120
Opérations funéraires : la levée de l'interdiction concernant les personnes infectées par le VIH ou par les virus des hépatites virales est désormais incertaine (15 décembre 2015)	121
Tome XII	
Communiqué relatif à la loi contre le système prostitutionnel (15 avril 2016)	127

Créer les conditions d'un accès universel aux nouveaux traitements contre le virus de l'hépatite C (20 mai 2016)	128
Étrangers vivant en France : préserver l'accès à la prise en charge des soins pour contrôler l'épidémie de VIH/sida et les IST (28 novembre 2016)	130
Prévention et prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes : nouvel Avis du CNS (7 février 2017)	131
Opérations funéraires : le VIH et les hépatites virales retirés de la liste des pathologies faisant l'objet d'une interdiction de soins de conservation (20 juillet 2017)	133
Pour Françoise Héritier (16 novembre 2017)	134
L'urgence d'une réponse à la mesure de l'épidémie dans les territoires de Guyane et des Antilles françaises (28 novembre 2017)	135
Tome XIII	
Prévention et prise en charge des IST en Guyane et dans les Antilles françaises : nouvel Avis du CNS (8 mars 2018)	127
Notification formalisée aux partenaires : une stratégie pour améliorer le dépistage des IST (23 mars 2018)	128
Conférence AIDS 2018 d'Amsterdam : un nouveau souffle pour atteindre les objectifs de la lutte contre le VIH/sida (22 juillet 2018)	129
En 2018, l'infection par le VIH reste insuffisamment dépistée (27 novembre 2018)	131
Conférence de reconstitution du Fonds mondial : améliorer la riposte contre la pandémie de VIH dans le cadre de la santé mondiale (7 mai 2019)	132
Le CNS alerte sur le danger de restreindre l'accès aux soins des demandeurs d'asile et des étrangers en situation irrégulière (13 novembre 2019)	133
Mieux adapter le dépistage du VIH aux besoins des personnes les plus exposées (27 novembre 2019)	135
Tome XIV	
Lutte contre le VIH, les hépatites virales et les IST : l'urgence de relancer la prévention et le dépistage (9 juin 2020)	123
Prévention, dépistage et traitement de l'hépatite C en prison : Avis et Rapport du CNS (10 juillet 2020)	124
Journée mondiale : soutenir la prévention et la prise en charge du VIH en temps de crise sanitaire (27 novembre 2020)	126

La place de la PrEP dans la prévention du VIH en France : changer de paradigme, changer d'échelle (6 mai 2021)	128
Droits et épidémies : nouvel Avis du CNS sur les acquis de la lutte contre le VIH/sida (7 juillet 2021)	129
Pour Sandrine Musso (12 août 2021)	130
Journée mondiale : accélérer la réponse au VIH et l'adapter au contexte de crise sanitaire de longue durée (30 novembre 2021)	131

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	7
AVANT-PROPOS	9
PRÉAMBULE	13
RAPPORTS, AVIS ET RECOMMANDATIONS	19
RENFORCER L'INFLUENCE ET L'ACTION DE LA FRANCE POUR AMÉLIORER LA RIPOSTE CONTRE LA PANDÉMIE DE VIH DANS LE CADRE PLUS LARGE DE LA SANTÉ MONDIALE - NOTE VALANT AVIS #2...	21
INTRODUCTION	22
POINTS FORTS	22
LA FRANCE A RÉCEMMENT RÉAFFIRMÉ SON RÔLE DE LEADER DANS LA RIPOSTE MONDIALE CONTRE LE VIH	24
LE FONDS MONDIAL A ENGAGÉ UNE ÉVOLUTION POUR MIEUX RENFORCER LES CAPACITÉS DES PAYS MAIS CELLE-CI RESTE INSUFFISANTE	26
L'ÉVOLUTION RÉCENTE DU CADRE D'INTERVENTION DU FONDS MONDIAL.....	26
UNE ÉVOLUTION QUI RESTE INSUFFISANTE POUR CORRIGER LES DIFFICULTÉS.....	29
L'ACTION EXTÉRIEURE FRANÇAISE N'EST PAS PARVENUE, JUSQU'À PRÉSENT, À RÉPONDRE AUX DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LE FONDS MONDIAL	34
LA SITUATION DES PAYS DONT L'ÉPIDÉMIE D'INFECTION PAR LE VIH EST CONCENTRÉE APPELLE UNE REPONSE PLUS DIFFÉRENCIÉE, TRANSVERSALE, INTÉGRÉE ET COORDONNÉE	38
DES PAYS FRAGILES QUI PRÉSENTENT UNE ÉPIDÉMIE RELATIVEMENT CONCENTRÉE.....	38
UN ENVIRONNEMENT QUI JUSTIFIE DE CHANGER PLUS RÉSOLUMENT D'APPROCHE.....	40
LA FRANCE DOIT MOBILISER SES CANAUX MULTILATÉRAUX ET BILATÉRAUX POUR FAVORISER CETTE APPROCHE RENOUVELÉE	43
L'ACTION DE LA FRANCE POUR FAVORISER LES ÉVOLUTIONS INDISPENSABLES AU FONDS MONDIAL.....	43
L'ACTION DE LA FRANCE POUR RENFORCER SON CANAL BILATÉRAL.....	44
MÉTHODOLOGIE	52
REMERCIEMENTS	52
AVIS SUR LA PLACE DE LA PREP DANS LA PRÉVENTION DU VIH EN FRANCE : CHANGER DE PARADIGME, CHANGER D'ÉCHELLE	53
INTRODUCTION	54
1. L'USAGE DE LA PREP SE DÉVELOPPE EN FRANCE MAIS RESTE SOUS-OPTIMAL PAR RAPPORT AU POTENTIEL DE CET OUTIL DANS LA STRATÉGIE DE LUTTE CONTRE LE VIH	56
1.1. LES CONDITIONS D'ACCÈS À LA PREP MISES EN PLACE EN 2016 ONT PEU ÉVOLUÉ.....	56
1.2. LE NOMBRE D'USAGERS DE LA PREP AUGMENTE, MAIS LEUR PROFIL DEMEURE PEU DIVERSIFIÉ.....	57
1.2.1. Une progression constante du nombre d'utilisateurs depuis 2016, que le contexte de pandémie de COVID-19 a toutefois brutalement freinée en 2020.....	57
1.2.2. L'usage de la PrEP concerne presque exclusivement des HSH, mais demeure insuffisant y compris dans cette population cible.....	58
1.2.3. D'autres publics, dont notamment des femmes, demeurent à l'écart de l'outil alors qu'ils sont également exposés à des situations à risque élevé de contracter le VIH.....	60

1.3. LA PLACE DE LA PREP PARMIS LES MOYENS DE PRÉVENTION DU VIH DE MEURE DÉFINIE DE MANIÈRE LIMITATIVE ET NÉGATIVE.....	61
1.4. CE POSITIONNEMENT DE L'OUTIL LIMITE SA PROMOTION	62
1.4.1. La promotion institutionnelle de la PrEP a jusqu'ici été ciblée quasi exclusivement en direction des HSH.....	62
1.4.2 L'amorce d'une communication sur la PrEP en direction d'autres publics est portée par les associations.....	63
1.5. LE CANTONNEMENT DE L'OFFRE DE PREP AUX STRUCTURES MÉDICALES SPÉCIALISÉES EST UN FREIN SUPPLÉMENTAIRE À SON ACCÈS PLUS LARGE.....	65
1.5.1. L'offre actuelle en CeGIDD et dans des services hospitaliers spécialisés n'est pas adaptée à certains publics et apparaît par ailleurs fréquemment saturée.....	65
1.5.2. L'ouverture de la primo-prescription de la PrEP à tous les médecins représente un enjeu majeur pour élargir l'offre.....	66
1.5.3. En dehors des structures spécialisées, les professionnels de santé sont peu sensibilisés et formés aux questions de santé sexuelle et de prévention des risques liés à la sexualité.....	67
1.6. L'ACTION PUBLIQUE EN MATIÈRE DE PREP DE MEURE INÉGALEMENT PORTÉE AUX DIFFÉRENTS NIVEAUX ET S'EST JUSQU'ICI ESSENTIELLEMENT FOCALISÉE SUR LES DISPOSITIFS D'OFFRE.....	68
2. FAVORISER UN RECOURS PLUS LARGE À LA PREP POUR UNE PRÉVENTION DIVERSIFIÉE ACCESSIBLE À TOUS.....	70
2.1. LE POSITIONNEMENT STRATÉGIQUE DE LA PREP DANS LE CADRE DE LA PRÉVENTION DIVERSIFIÉE DOIT ÊTRE RECONSIDÉRÉ.....	70
2.1.1. Le recul sur la mise en œuvre de la PrEP est aujourd'hui suffisant pour envisager d'en assouplir l'accès et l'ouvrir beaucoup plus largement.....	70
2.1.2. L'accès à de nouvelles modalités de PREP à longue durée d'action représente une évolution majeure qu'il faut préparer.....	71
2.1.3. Favoriser un recours plus large à la PrEP est justifié tant sur le plan collectif pour réduire l'incidence du VIH que sur le plan individuel pour renforcer les capacités des personnes à se protéger.....	72
2.1.4. La PrEP doit désormais être définie comme outil de prévention pouvant bénéficier à toute personne à différents moments de la vie pour se protéger du VIH.....	72
2.2. LA COMMUNICATION DOIT INSTALLER L'IDÉE QUE LA PREP EST UN CHOIX DE PRÉVENTION OUVERT À TOUS FACE AU RISQUE DU VIH.....	73
2.2.1. Pour que la PrEP soit connue de tous, articuler campagnes grand public et promotion ciblée.....	73
2.2.2. Promouvoir la PrEP pour renforcer l'autonomie des personnes en matière de maîtrise de leur prévention.....	75
2.3. LES ACTEURS DE SANTÉ DOIVENT ÊTRE MIS EN CAPACITÉ DE FAIRE CONNAÎTRE ET DE PROPOSER LA PREP DANS LE CADRE DE L'APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ SEXUELLE.....	75
2.3.1. Une actualisation des recommandations d'indication et de suivi de la PrEP doit être envisagée.....	75
2.3.2. Il est indispensable d'élargir la capacité de primo-prescription de la PrEP à l'ensemble des médecins et d'accompagner les nouveaux prescripteurs.....	76
2.3.3. Mobiliser l'ensemble des acteurs concourant au dépistage du VIH et des IST.....	77
2.3.4. Sensibiliser et former à l'abord des questions de santé sexuelle et à l'approche de prévention diversifiée l'ensemble des professionnels de santé susceptibles d'y concourir.....	78

2.4. FACILITER LE RECOURS À LA PREP EXIGE DE DIVERSIFIER DAVANTAGE LES MODALITÉS D'OFFRE ET DE SUIVI POUR L'ADAPTER À DES PUBLICS TRÈS DIFFÉRENTS	79
2.4.1. <i>Aller au-devant des publics</i>	79
2.4.2. <i>Adapter et simplifier les parcours d'accès et de suivi</i>	81
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	83
REMERCIEMENTS	88
INDEX DES SIGLES ET ACRONYMES	90
ANNEXE 1 – IMPACT DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA PREP	92
ANNEXE 2 – MISE EN ŒUVRE DE LA MESURE D'OUVERTURE DE LA PRIMO-PRESCRIPTION DE PREP À TOUS LES MÉDECINS : POINT D'ÉTAPE AU 15 AVRIL 2021	94
ANNEXE 3 – LE MODULE DE FORMATION FORMAPREP	96
ANNEXE 4 – L'EXPÉRIENCE D'UN PARCOURS DE « PREP EN UN JOUR » POUR LES PERSONNES TRANS : LE PARTENARIAT DE L'ASSOCIATION ACCEPTESS-T ET DU CEGIDD DE L'HÔPITAL BICHAT – CLAUDE BERNARD	97
LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA : UNE DÉMARCHE, DES SAVOIRS ET DES PRATIQUES POUR SERVIR AUX ENJEUX DU PRÉSENT	99
PRÉAMBULE	100
INTRODUCTION	100
1. L'EXPÉRIENCE DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA : TROIS LEÇONS D'UNE DÉMARCHE ÉTHIQUE	102
1.1. UNE DÉMARCHE RESPECTUEUSE DES DROITS DES PERSONNES.....	102
1.2. UNE APPROCHE GLOBALE DU SUJET DOTÉ D'UN CORPS, D'UNE PERSONNALITÉ ET D'UN SAVOIR.....	105
1.3. UNE DYNAMIQUE D'ENGAGEMENT ET UNE COORDINATION QUI N'ÉLUDE PAS LES CONFLITS.....	107
2. DISCUSSION SUR L'UTILITÉ DE L'EXPÉRIENCE DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA POUR D'AUTRES PANDÉMIES	111
2.1. L'EXPÉRIENCE DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA, UN HÉRITAGE QUI PEUT FAIRE ÉCOLE.....	111
2.2. LES RÉPONSES DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA FACE AUX ÉPIDÉMIES ÉMERGENTES.....	112
PRÉCONISATIONS	116
REMERCIEMENTS	119
INDEX DES SIGLES ET ACRONYMES	119
COMMUNIQUÉS DE PRESSE	121
LUTTE CONTRE LE VIH, LES HÉPATITES VIRALES ET LES IST : L'URGENCE DE RELANCER LA PRÉVENTION ET LE DÉPISTAGE	123
PRÉVENTION, DÉPISTAGE ET TRAITEMENT DE L'HÉPATITE C EN PRISON : AVIS ET RAPPORT DU CNS ...	124
JOURNÉE MONDIALE : SOUTENIR LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DU VIH EN TEMPS DE CRISE SANITAIRE	126
LA PLACE DE LA PREP DANS LA PRÉVENTION DU VIH EN FRANCE : CHANGER DE PARADIGME, CHANGER D'ÉCHELLE	128
DROITS ET ÉPIDÉMIES : NOUVEL AVIS DU CNS SUR LES ACQUIS DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA ..	129
POUR SANDRINE MUSSO	130
JOURNÉE MONDIALE : ACCÉLÉRER LA RÉPONSE AU VIH ET L'ADAPTER AU CONTEXTE DE CRISE SANITAIRE DE LONGUE DURÉE	131
AGENDA	133
SÉANCES PLÉNIÈRES	133
CONFÉRENCE INTERNATIONALE AIDS 2020	134

COLLOQUE « VHC EN PRISON »	134
JOURNÉES FRANCOPHONES DE SEXOLOGIE ET DE SANTÉ SEXUELLE 2021	135
COLLOQUE DE L'ATHS 2021	136
JOURNÉE MONDIALE : RENCONTRE DU CNS AVEC LE VICE-PRÉSIDENT DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE	136
COLLOQUE « SIDA, COVID-19 & DÉMOCRATIE SANITAIRE : QUELLE ÉTHIQUE METTRE EN AVANT ? » ..	137
DEMI-JOURNÉE D'ÉTUDE « PERSONNES TRANS ET VIH »	138
INTERVENTIONS EXTÉRIEURES	141
TABLEAU 1 : PARTICIPATION À DES COMITÉS ET GROUPES DE TRAVAIL AU TITRE DU CNS	141
TABLEAU 2 : INTERVENTIONS PONCTUELLES AUPRÈS D'INSTANCES EXTÉRIEURES AU TITRE DU CNS.....	144
INDEX THÉMATIQUE	145
RAPPORTS, AVIS ET RECOMMANDATIONS	145
DÉPISTAGE.....	145
PRÉVENTION	146
POLITIQUE INTERNATIONALE.....	147
POLITIQUE PUBLIQUE.....	149
PRISE EN CHARGE GLOBALE.....	152
COMMUNIQUÉS DE PRESSE	154
TABLE DES MATIÈRES	163

Mise en page : CNS
Impression : juin 2022, Promoprint, Paris

En 2020 et 2021, la prévention et le dépistage ont continué de s'imposer comme les deux actions de la lutte contre le VIH et les IST susceptibles d'avoir l'impact le plus important sur ces épidémies. Les travaux du CNS rendent compte de ces priorités, aussi bien en France que dans les pays à ressources limitées, tant en population générale que chez les personnes les plus vulnérables. Toutefois, au moment même où ces priorités étaient réaffirmées, la crise sanitaire provoquée par la Covid-19 a remis en question l'efficacité des politiques de prévention et de dépistage du VIH et des IST, nous mettant dans l'obligation d'adapter et d'intensifier nos efforts. Plus largement, en cette fin de mandature de ses membres, le CNS s'est interrogé sur les acquis de la lutte contre le VIH/sida et les enseignements à en tirer contre la pandémie de Covid-19 et les épidémies à venir.

Pr Patrick Yeni, Président du CNS

**Conseil national du sida
et des hépatites virales**
39-43 quai André Citroën
75902 Paris cedex 15
www.cns.sante.fr



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*