

# PLAN

**Ce Plan national 2010-2014, VIH et IST, peut être qualifié d'historique. Reste à savoir précisément si, une fois à l'épreuve des faits, il restera dans l'histoire.** Pour l'heure, comme le souligne France Lert, dans son analyse critique, il est là et bien là (lire p. 3). Et nul n'est censé ignorer le Plan, des services déconcentrés de l'Etat aux plus petites associations de lutte contre le sida, en passant par l'Agence nationale qu'est l'ANRS (lire l'interview du Pr. Delfraissy p. 43).

Nous avons souhaité que ce 145<sup>e</sup> numéro de *Transcriptases* soit un peu à l'image du Plan : copieux et transdisciplinaire (lire p. 1). Mais comme l'ont expliqué à *Transcriptases* Bernard Faliu (Direction générale de la santé, DGS, p. 13) et Claude Evin (Agence régionale de la santé d'Ile-de-France, p. 17), c'est aux deux structures de ce type qu'il incombe désormais de « mettre en musique » ce qui n'est encore qu'un empilement de mesures, et parfois de déclarations d'intention.

Mesures et principes qui rompent néanmoins profondément avec le paysage actuel de la lutte contre le sida, comme nul plan ne l'avait fait auparavant. Pêle-mêle, on y trouve en effet la trame du dépistage généralisé en population générale (p. 23), le concept de prévention positive (p. 36), le dépistage ciblé répété pour les populations prioritaires – même s'il manque une clarification de ces priorités – (p. 27 et suivantes), la prévention combinée, et assez timidement, il est vrai, le TasP ou *treatment as prevention*...

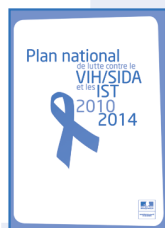
Mais les meilleures intentions planifiées, a fortiori en termes de réduction des risques sexuels, ne font pas forcément les meilleures politiques sanitaires. Et puis, un plan DGS reste un Plan santé visant à lutter contre une pathologie qui appelle en permanence, sur le plan politique, des arbitrages. A ce titre, la conjonction temporelle de la publication du Plan, qui comporte un important volet « migrants », et de l'adoption en première lecture du projet de loi relatif à l'immigration (lire p. 19) illustre tristement cette dimension et cette complexité interministérielle.

Il n'empêche : un Plan qui fixe parmi ses objectifs de réduire de 50 % l'incidence de l'infection par VIH, de réduire de 50 % en 5 ans l'incidence du sida et de réduire de 50 % la proportion de personnes découvrant leur séropositivité à un stade tardif, reste un Plan audacieux, que cette livraison spéciale de *Transcriptases* a voulu saluer et expliquer. Dans ce contexte, comment ne pas rappeler que le fait d'être migrant est un des tout premiers facteurs de risque en France d'être dépisté à un stade tardif de la maladie sida ? - Gilles Pialoux

DE  
A  
LUTTE  
CONTRE  
LE  
O  
VIH/SIDA  
N  
ET LES IST  
A  
2010  
L  
2014



LE PLAN



Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014  
Ministère de la Santé et des Sports, France, novembre 2010, 261 p.

# Copieux

Gilles Pialoux  
Hôpital Tenon (Paris)

1

**S'il est un adjectif qui colle parfaitement à ce cinquième Plan national de lutte contre le VIH/sida, c'est bien l'adjectif « copieux ». Copieux avant tout par les éléments venus nourrir ce plan, probablement sans commune mesure depuis 1989, année de la création, de l'Agence nationale de recherches contre le sida (ANRS)...**

Éléments parmi lesquels figurent : les avis successifs du Conseil national du sida entre 2006 et 2009 sur le dépistage et la prévention, les rapports 2008 et 2009 de la Haute autorité de santé (HAS) sur les stratégies de dépistage, le rapport réduction des risques sexuels (RDRs) que nous avons co-dirigé en 2009 avec France Lert, le rapport 2010 de la Cour des Comptes sur la politique de lutte contre le VIH/sida, l'expertise Inserm collective sur la réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues (à l'exclusion de l'alcool), les recommandations 2010 du groupe d'experts dirigés par le Pr Yeni – déjà modifiées dans le sillage du rapport RDRs –, et (enfin !) le rapport de l'Inspection générale des affaires sanitaires et sociales (Igas) d'août 2010 sur les centres de dépistages anonymes et gratuits. **Copieux** par la pagination et la structuration parfois qui manque, certes, de clarté (lire l'analyse de France Lert p. 3) : deux tomes, dont le premier est de 261 pages et le second, destiné aux populations d'outre-mer, de 53 pages. Copieux par son comité de pilotage de

73 membres, pour 9 groupes de travail et environ 200 experts, le tout dans une approche résolument pluridisciplinaire. Comme le stipule le Directeur général de la Santé, Didier Houssin, dans la lettre aux praticiens qui accompagne l'envoi de ces deux tomes du Plan national, ceux-ci sont les « fruits d'une concertation pluridisciplinaire ayant associé largement le monde associatif ».

**Copieux** aussi, par ses objectifs. Ce Plan, souligne Didier Houssin, se veut « résolument novateur » et vise « à infléchir radicalement, en 5 ans, la dynamique de l'épidémie et à combattre les IST ». Pour cela, il entend « s'appuyer sur une refondation de la politique de dépistage et une approche globale de la santé sexuelle, tant pour les personnes vivant avec le VIH que pour l'ensemble des personnes ayant une activité sexuelle, quel que soit leur niveau de risque ». Fixés non sans un certain courage, les huit objectifs sont donc ambitieux :

- réduire de 50 % l'incidence de l'infection par le VIH ;
- réduire de 50 % en 5 ans l'incidence du sida ;
- réduire de 50 % la proportion de personnes découvrant leur séropositivité au stade sida ;
- réduire de 20 % la mortalité liée au sida.

Les quatre autres objectifs concernent les IST : réduire l'incidence des gonococcies ; réduire l'incidence de la syphilis ; réduire la prévalence des chlamydioses et des infections à *Herpes simplex virus* ; réduire l'incidence et la prévalence de contamination par papillomavirus.

2

**Copieuse** aussi la façon dont le Plan a évolué entre le dernier Comité de pilotage du 28 janvier 2010 et la version rendue publique par Roselyne Bachelot durant les dernières Assises de la Société française de la lutte contre le sida, le 4 novembre 2010... Il est vrai qu'entre temps il y avait eu la levée de boucliers, associative et clinicienne, notamment sur la disparition du dépistage en population générale dans la version initiale du Plan, et aussi l'« avis du 17 juin » adopté par les deux CNS – le Conseil national du sida et la Conférence nationale de Santé – sous le titre : « *Dépistage et traitement : un Plan timoré qui ne se donne ni l'ambition ni les moyens de faire régresser l'épidémie* » !

Soulignant que dans cette version du Plan l'enjeu était « *sous-évalué* » et les « *propositions insuffisantes* », les deux instances appelaient de leurs vœux une nécessaire mise en cohérence de l'ensemble des politiques publiques avec les impératifs de santé publique. Elles recommandaient « *d'ambitionner un véritable changement de paradigme et d'échelle en matière de stratégie de dépistage et d'articulation nouvelle entre dépistage, traitement et prévention de la transmission* » et de reprendre « *sans restriction l'ensemble des recommandations de l'HAS en particulier celles visant à élargir la proposition de dépistage à l'ensemble de la population hors notion d'exposition à un risque de transmission* ».

Sur ces deux points essentiels qu'avaient à la fois pointés les observateurs, les milieux associatifs et plusieurs des membres du comité de pilotage, le Plan a très **copieusement** évolué.

Dans sa version finale, il est découpé en 5 axes :

- prévention ;
- dépistage ;
- prise en charge médicale ;
- prise en charge sociale / lutte contre les discriminations ;
- recherche et observation.

L'approche populationnelle est l'occasion de décliner ces propositions sous forme de fiches et d'axes pour :

- les HSH et LBT ;
- les migrants ;
- les personnes usagères de drogues ;
- les personnes qui se prostituent ;
- un programme population d'outre-mer séparé.

Quelques points méritent d'être soulignés. Sous le chapeau « *prévention combinée* », on retrouve par exemple, outre le renforcement à deux étages de la politique de dépistage :

- l'amélioration de l'efficacité du dispositif d'accompagnement post-annonce ;
  - la poursuite de la recherche et de l'évaluation de la mise en œuvre du TasP (*treatment as prevention*) ;
  - le développement de la prévention positive.
- En ce qui concerne le dépistage, le Plan reprend les annonces de Roselyne Bachelot, alors ministre de la Santé, lors de la Conférence internationale sur le sida, à Vienne :
- dépistage par les professionnels de santé de premier recours : population générale et population spécifiquement vulnérable ;
  - test rapide d'orientation diagnostique en milieu communautaire pour les populations à forte prévalence ;
  - rénovation du dispositif de dépistage anonyme et gratuit.

Les rédacteurs les plus attentifs se sont certainement longuement arrêtés sur les pages 16 et 17. Ce sont celles qui fixent le pilotage et l'évaluation du Plan, tentant de modifier une gouvernance... dont les insuffisances avaient été parfaitement pointées par le rapport de la Cour des Comptes en février 2010. Sont abordés dans ces pages les épineux sujets des outils de pilotage et d'évaluation. Et, plus encore, celui de l'articulation régionale du Plan sida, avec – entre autres – les Plans régionaux de prévention que doivent organiser les Agences régionales de santé (ARS) nouvellement créées, et le rôle que peuvent jouer les Corevih (Coordinations régionales de lutte contre le VIH) dans l'application du Plan sida, alors que leur existence n'est pas reconnue, dans les textes, par les ARS.

Enfin à tout seigneur tout financement : celui des mesures est fixé dans le Plan à hauteur de 954 millions d'euros. Un chiffre qui n'inclut pas, bien sûr, les soins médicaux. - **Gilles Pialoux**

# Au risque de l'inertie

*France Lert  
Inserm UMR 1018 (Villejuif)*

**En décembre 2010 enfin le Plan est arrivé. A première vue, la clarté de la présentation du document imprimé ne laisse rien apparaître des affres de la gestation et de la confusion qui l'a entourée.**

On la devine, certes, avec la liste imposante des membres groupes de travail pléthoriques, au moins sur le papier et des avis, rapports et recommandations dans lesquels ses auteurs étaient enjoins d'enraciner des propositions nouvelles.

Mais ce Plan est là et bien là, et les acteurs depuis les directions centrales des ministères aux plus petites associations locales savent – ou devraient savoir – quoi faire désormais. La présentation est classique, organisée en cinq axes : prévention, dépistage, prise en charge, social, recherche et observation. Ceux-ci sont ensuite déclinés en approches populationnelles : migrants, LGBT, usagers de drogue, personnes qui se prostituent. La population d'outre mer fait l'objet d'un document à part. Définir une politique dans un domaine est un exercice difficile : fixer un périmètre alors que les champs ne sont pas étanches pose de nombreux problèmes. Exemple : les mesures VIH s'adressant aux usagers de drogue sont maintenant dans le Plan addictions et dans le Plan hépatites.

De plus, il est difficile d'isoler, dans un Plan VIH, les questions qui relèvent de mesures générales

sur les maladies chroniques ou la prise en charge des déficiences et du handicap. Autre exemple : celui des stratégies VIH en direction des jeunes, qui devraient logiquement intégrer un programme général d'éducation sexuelle large. Mais si celui-ci existe sur le papier, avec force circulaires et référentiels, il ne se concrétise pas sur le terrain.

Car un autre obstacle majeur est la dimension nécessairement interministérielle de la lutte contre le sida. L'exemple le plus illustratif est la volonté – réelle – des autorités sanitaires d'agir pour l'accès aux soins des étrangers... alors que la majorité au pouvoir stigmatise et réprime les immigrés et les générations issues de l'immigration, et dresse des barrières de plus en plus hautes à leur venue et à leur installation en France. Dans ce contexte on peut s'interroger sur l'application des louables mesures M11, M12 et M13<sup>1</sup> (lire l'article de Madeleine Jayle, Caroline Izambert et Adeline Toullier p. 19).

## Les IST négligées

Si le Plan inclut dans son intitulé les infections sexuellement transmissibles (IST), on les cherche en vain dans le document autrement qu'à l'état de traces, alors qu'il s'agit d'une question qui concerne toutes les populations, population générale comprise. Ces affections

1 - Conduire des actions de formation interprofessionnelle (professionnels sanitaires, sociaux, administratifs) concernant les droits relatifs à la santé pour les étrangers vivant en France (Action M11). Harmoniser les pratiques administratives du respect du secret médical, de non-stigmatisation et de non-discrimination des personnes atteintes de pathologie grave (Action M12). Garantir une veille sur les obstacles administratifs et sur les leviers concernant la prise en charge des personnes séropositives étrangères (Action M13).

4

sont très diverses, que ce soit par leur nature, aiguë ou chronique, par le fait qu'elles ont des conséquences directes et/ou favorisent la transmission du VIH, par leur mode de dépistage et de diagnostic, par les modes de traitement ou de prévention et leurs conséquences sur la santé, par les différences entre hommes et femmes. Juste un exemple : vacciner contre le HPV en CDAG est-il vraiment une mesure pertinente quand on recommande de vacciner les toutes jeunes adolescentes et que la question de la vaccination des garçons se pose et n'est pas traitée ? Définitivement, le chantier des IST reste à entreprendre.

Les auteurs du Plan ont intégré de nombreux éléments des recommandations qu'ils étaient enjoins de prendre en compte et sous la pression – ou plutôt les pressions – associatives. On ne s'en plaindra pas car la donne a beaucoup évolué ces dernières années, aboutissant à un réel changement de paradigme autour des notions de prévention combinée et de réduction des risques. Au-delà des mots, cela signifie une politique intégrée, c'est-à-dire des mesures qui intègrent des éléments de prévention, de dépistage et de prise en charge. Or, en choisissant une organisation classique cloisonnée, ce Plan gouvernemental ne prend pas acte véritablement de ce changement, ce qui provoque cette sensation d'insatisfaction.

#### Traitement comme prévention : une prudence excessive ?

Prenons comme exemple l'utilisation préventive du traitement ARV des personnes atteintes. Il s'y trouve (page 48), restreint à une mesure individuelle éventuelle au cas par cas, et immédiatement encadré par une prudence... que l'on ne trouve pas sur des mesures dont l'efficacité n'a jamais été démontrée ! Ainsi la seule action envisagée (T27) est-elle de « *poursuivre la recherche et l'évaluation sur la pertinence et la mise en œuvre du traitement comme outil de prévention* ». Voici donc comment la politique gouvernementale en 2011 prend en compte une des questions centrales des débats actuels sur l'avenir des politiques du VIH ! Et ce, malgré la succession de rapports qui la mettent en avant, l'avis du Conseil national du sida en 2009, le rapport de la mission réduction des risques

sexuels que nous avons co-dirigé avec Gilles Pialoux en 2009, le rapport du groupe d'experts sur la prise en charge du VIH en 2010 ! Non que le traitement comme prévention doive être la colonne vertébrale de toute la politique du VIH, mais son impact sur les différents types d'action devrait être systématiquement examiné. Ce n'est pas le cas.

Autre exemple, la prévention positive. Certains trouvent le terme impropre, et les auteurs du texte semblent partager ce point de vue. Elle n'est malheureusement pas évoquée comme un élément nouveau à construire conceptuellement, à organiser dans le système de santé ou dans les associations. Page 53, elle se retrouve noyée dans la notion de prise en charge psychique, affective et sexuelle avec un large éventail d'actions possibles (voir Action T35, page 180-181) qui en quelque sorte « tue » sa valeur paradigmatique (lire aussi l'article de Franck Barbier et François Berdugo p. 36).

#### Un empilement de mesures, sans réelle définition de priorités

Mais le problème de ce Plan, c'est d'abord que tout y est mais que rien n'y est hiérarchisé. On ne distingue pas ce qui figure désormais parmi les mesures-clés ou les priorités... relativement à ce qu'on fait depuis toujours sans savoir si ça marche vraiment... et si c'est encore utile ! Non qu'il faille à tout prix faire du neuf, mais de tenir compte de la réalité des forces et des ressources, de l'inertie de certains processus et de la nécessité de les contourner !

Tous contents et tous frustrés, mais résolus à avancer... Alors, comment prendre ce Plan en main ? Disons que par ces temps de disette budgétaire, la Direction générale de la santé devra sans doute batailler pour mettre en œuvre le programme qui relève directement du ministère. De plus, la situation ne va pas être simple au plan régional. Les Agences régionales de la santé (ARS) issues de la nouvelle organisation sanitaire doivent maintenant mettre en place le nerf de la guerre, c'est-à-dire les financements, avec un seul référent technique qui sera sans doute encombré d'autres dossiers tout aussi impor-

**Le problème de ce Plan, c'est d'abord que tout y est mais que rien n'y est hiérarchisé. On ne distingue pas ce qui figure désormais parmi les mesures-clés ou les priorités...**

## Prévention combinée... à l'échelon collectif ou individuel ?

L'affaire semble entendue : pour une lutte efficace contre le sida, il faut désormais utiliser tous les outils de prévention disponibles (préservatif, dépistage, traitement comme prévention...). Pourtant, cette notion de prévention combinée, qui est au cœur de la nouvelle stratégie énoncée dans le Plan national, peut être source de malentendus voire de dérives, selon la façon dont elle est interprétée aux niveaux collectif *versus* individuel.

Ces deux niveaux, il ne faut en aucun cas les confondre. L'avis du Conseil national du sida et le rapport de la Mission Lert-Pialoux insistent sur la nécessité de concevoir des *stratégies de santé publique* combinant tous les outils disponibles pour s'adapter à la diversité des besoins individuels de chacun. Ils soulignent aussi que la prévention combinée n'est pas la superposition systématique de l'ensemble des outils, mais l'utilisation d'autant d'outils que nécessaires dans le cadre de l'élaboration d'une stratégie de prévention individuelle.

Dans cette boîte à outils soutenue par les politiques publiques, il s'agit pour chaque personne d'utiliser l'outil qui à un temps « t », dans une situation « s » et avec un partenaire « p » convient le mieux à ses besoins, redonnant à chacun une maîtrise de la prévention, plus de pouvoir de décision et d'autonomie – des

valeurs qui sont le fondement de la lutte contre le sida – tant aux personnes vivant avec le VIH qu'aux populations les plus exposées.

Le Plan national, s'il a intégré la notion de politique de santé publique basée sur une complémentarité des outils, semble la transposer telle quelle à l'échelon individuel, soulignant par exemple p. 27 que « *la recommandation pour les PVVIH, avec les partenaires occasionnels, en particulier dans les relations HSH [est celle] du maintien du recours systématique au préservatif combiné éventuellement avec un traitement efficace* ».

On le voit, le traitement comme prévention ne semble être considéré dans le Plan que dans son intérêt collectif (limiter l'épidémie) alors que son intérêt individuel (améliorer la qualité de vie sexuelle des personnes vivant avec le VIH) est négligé.

Alors, que répondre à la question qui anime tant de débats, « préservatif OU traitement », ou « préservatif ET traitement » ? De fait, après une information complète et basée sur des preuves scientifiques, assurant les conditions d'une décision éclairée, c'est à la personne que revient le choix de combiner plusieurs de ces outils ou d'en utiliser un seul. Aux différents acteurs de prévention de se rappeler que si l'addition permet d'obtenir une efficacité maximale, à défaut des deux, un seul c'est déjà pas mal. - GP et RP

tants, et en face ou à côté la Corevih, coordination régionale de la lutte contre le VIH.

### Changement de paradigme : le risque de l'inertie

C'est là que les défauts stratégiques du Plan, trop de bonnes intentions et pas assez de priorités, risquent de se faire sentir. Faute d'un guide clair pour les acteurs, chacun trouvera dans le Plan les raisons de « faire », sans forcément aller chercher ce qui serait le plus nécessaire, le plus pertinent, le mieux ajusté, ce qui nécessiterait bien souvent le prix d'une redéfinition, d'un redéploiement.

Et d'ailleurs manque-t-il une analyse bien difficile à faire mais nécessaire des capacités de

chaque acteur, ARS, Corevih, associations dans leur diversité de taille, d'objectifs, d'expertise, capacités à se saisir des actions et des idées nouvelles.

Alors, ce qu'on risque, c'est l'inertie. Mais résolument optimistes, comptons sur la vitalité du monde VIH, cliniciens, patients mobilisés, professionnels de santé publique, chercheurs, pour échapper au conservatisme. - France Lert

# Les associations entre espoir et inquiétude

6

*Hugues Fischer, Act Up-Paris  
Christian Andreo, Aides (Pantin)  
Marc Diarneuf, Sidaction (Paris)*

**La version finale du Plan, rendue publique en toute discrétion début novembre, après de multiples allers-retours, a plutôt séduit les associations. Et pour cause, la copie a été préparée avec leur aide. Mais l'inquiétude demeure : les promesses seront-elles tenues ? Nous avons recueilli les points de vue d'Act-Up Paris, Aides et Sidaction.**

## A Act Up-Paris, l'inquiétude au sujet des moyens

Après deux ans de gestation houleuse, le Plan national de lutte contre le VIH/sida 2010-2014 a été rendu public dans la plus stricte intimité, discrètement et sans annonce sur le site internet du ministère de la Santé début novembre, comme s'il y avait quelque chose à cacher. Et c'est bien la question que nous nous sommes posée.

La véritable avancée de ce Plan, du moins sur le papier, c'est l'extension de l'offre de dépistage. Recommandé en 2006 par le Conseil national du sida, le dépistage généralisé faisait déjà partie des revendications d'Act Up-Paris il y a dix ans. Autant dire que cette mesure était attendue et... qu'il faut saluer le courage politique extrême qu'il aura fallu au ministère pour en accoucher !

La question qui suit immédiatement est de savoir de quels moyens est assorti ce Plan afin qu'il ne reste pas une simple déclaration de bonnes intentions.

Moyens financiers, évidemment, parce que augmenter le dépistage à la hauteur de l'enjeu – il s'agit tout de même de diagnostiquer les quelque 50 000 séropositifs qui s'ignorent, donc en dépister bien plus – coûte de l'argent, mais demande aussi à ce que toutes les structures de prise en charge soient susceptibles d'assurer leur rôle pour bien plus que les presque 5 % de séropositifs qui s'ajoutent tous les ans à la file active.

Mais il faut aussi une volonté politique pour rendre ce Plan effectif, une volonté allant bien au-delà du ministère de la Santé. A quoi bon aller se faire dépister quand votre priorité est d'échapper aux forces de l'ordre, de trouver un toit ou de quoi vivre, ou quand on vous a convaincu que votre santé coûtait trop cher ? Ne vaut-il pas mieux ne rien savoir que d'être stigmatisé, exclu de son travail, par ses assurances ou son entourage, voire condamné pour n'avoir pas osé dire sa séropositivité ? Lorsque la loi écarte des bienfaits de ce Plan les populations les plus à risque, elle le rend caduc avant même d'avoir existé.

**Hugues Fischer, Act Up-Paris**



## Pour Aides, des avancées majeures, mais des oublis problématiques

Aides s'est beaucoup investie dans le processus d'élaboration de ce Plan, aux nombreux rebondissements, jusqu'à son lancement... original par sa discrétion. A l'arrivée ? Le document présente des avancées majeures. Notamment dans le domaine du dépistage, avec l'extension de la proposition de test et la diversification de l'offre, en particulier par le biais des associations. Mais si nous sommes satisfaits par l'inclusion des recommandations du rapport Lert-Pialoux, le « nouveau paradigme de prévention » évoqué reste assez timide sur l'intérêt préventif des traitements ARV au niveau individuel. C'est cependant une première étape, et pour la première fois, la notion de prévention combinée est proposée comme une stratégie à promouvoir.

Nous apprécions l'organisation autour de programmes populationnels et de territoires spécifiques, l'ambition d'améliorer la situation des personnes trans. L'orientation dépistage et prévention s'est cependant peut-être faite au détriment d'autres aspects liés à la prise en charge sanitaire et sociale, pourtant tristement d'actualité dans le contexte actuel de privatisation du système de santé et de réduction des droits.

Si l'on devait critiquer, ce serait plutôt les oublis que le contenu. Nombre des propositions des associations dans les groupes de travail ne figurent pas dans le document final. Exemples, les salles d'injection supervisée et les programmes d'échanges de seringues en prison...

## Sidaction : quid de l'appropriation par les associations ?

Que discuter aujourd'hui du Plan national ? Les conditions de sa mise en œuvre : la plus flagrante des limites est apparue au moment de sa publication, alors que les députés préparaient le vote de la restriction de l'ac-

qui ont dû se perdre entre le Plan VIH et le Plan santé prison.

## Un manque de cohérence gouvernementale

Globalement satisfaits du contenu, nous sommes inquiets quant à son applicabilité. La mise en place des Agences régionales de santé a été une expérience douloureuse, et nous avons peu de garanties sur la marge de manœuvre qui leur sera accordées pour mettre en place – ou pas – les mesures du Plan au niveau local.

Notre inquiétude majeure ? Certes nous avons un beau programme migrants, dans lequel l'Etat demande aux associations de favoriser l'accès aux droits, au dépistage et aux soins des immigrants et des étrangers vivant en France. Mais dans le même temps, le même Etat organise méthodiquement la chasse aux étrangers et s'attaque, dans un contexte ultra-sécuritaire, à l'Aide médicale d'Etat et au droit au séjour pour soins. La même politique est à l'œuvre dans les récents amendements de la loi LOPPSI 2 : tandis que la Santé affirme que « le dépistage doit garder ses principes fondateurs : démarche volontaire (...) », l'Intérieur fait voter la possibilité d'effectuer des dépistages forcés !

Nous sommes donc inquiets de voir, alors que se dégage un consensus global des acteurs de la lutte sur les réponses à apporter aux nouveaux enjeux de l'épidémie, qu'une fois de plus, nous risquons de ne pas avoir les moyens légaux de mettre en place des actions innovantes. Et que le pouvoir en place crée de par sa politique un contexte extrêmement défavorable pour lutter efficacement contre le VIH.

**Christian Andreo, directeur des Actions nationales de Aides**

cès aux soins des étrangers et la limitation de la portée de l'AME.

La place que prend Sidaction dans la lutte contre le sida en France passe par le soutien financier aux projets associatifs, qui s'inscrit dans le cadre d'un appel d'offres et d'appels à projets spécifiques (emploi, milieu carcéral, prévention gay, DFA, qualité de vie et qualité des soins). De ce point de vue, les orientations pro-

## Outrans : quelle place pour les acteurs associatifs ?

Outrans salue la volonté du Plan national de prendre enfin en considération les problématiques des communautés trans face au VIH/sida et au IST. [Six des 21 actions HSH et LBT (les numéros 3, 4, 15, 18, 20 et 21) ciblent spécifiquement la population trans]. Il est toutefois regrettable que les rédacteurs ne parlent pas des personnes dans leur genre de prédilection, au profit des acronymes FTM et MTF. Nous déplorons l'emploi de généralités hasardeuses telles que « les FtM (...) sont fréquemment multipartenaires, leurs partenaires appartiennent au monde LGBT, et plus particulièrement dans le monde "Queer" », qui gomment la diversité des personnes trans.

Les associations trans, très actives sur le terrain (édition de brochures spécifiques et organisation d'ateliers ciblés...) doivent être les interlocuteurs privilégiés et incontournables des pouvoirs publics pour mener une lutte efficace et une prévention adaptée, tenant compte de la diversité des personnes trans.

Mais le système de prise en charge médicale de la transidentité en France est toujours soumis à la pratique controversée de quelques médecins auto-proclamés « experts incontestables » de la question trans. C'est pourquoi nos principales interrogations concernent la place qui sera accordée au travail et aux projets des acteurs associatifs de terrain. Comment et sur quels critères seront-ils sélectionnés ? Quel poids aura leur voix dans les groupes de travail ? Quel sera le financement des actions et projets envisagés, et quelle sera leur pérennité ? - **Outrans**

posées par le Plan n'apparaissent pas très nouvelles et risquent de ne pas vraiment susciter de changements. Ainsi, Sidaction a déjà financé des centres de santé sexuelle à Orléans et Paris. Quant aux questions d'emploi, d'insertion et de handicap, elles sont pour Sidaction une priorité depuis cinq ans. Le dépistage et les tests rapides en sont une autre depuis quatre, la prise en compte de la sexualité des personnes séropositives depuis trois...

La première page des annexes du Plan présente l'« Action gouvernance ». Et si les Coordinations régionales de la lutte contre le VIH (Corevih) y apparaissent comme un acteur central de la mise en œuvre du Plan, c'est sous la forme d'une « boîte noire ». Sans s'intéresser à ce qui se passe à l'intérieur, on présuppose que ce qu'il en sortira sera ce que l'on attend. Il serait pourtant primordial de s'intéresser au fonctionnement de cette « boîte noire ». Et pour avoir très largement contribué à l'appropriation des Corevih par les associations, Sidaction est bien placée pour savoir ce que représente l'investissement pour leur fonctionnement.

Le Plan évoque sa nécessaire appropriation par les associations. Or, celle-ci implique aussi l'appropriation de « l'arrière-plan », c'est-à-dire les débats et enjeux qui ont conduit à définir des problèmes et proposer des axes d'intervention : le dépistage rapide communautaire, la prévention positive, la prévention combinée, ce qu'il faut entendre par « traitement et prévention ». Et pour avoir favorisé le développement d'actions en milieu carcéral via la mutualisation d'expériences associatives, Sidaction sait ce que coûte l'appropriation d'un « arrière-plan ». Si le Plan présente une analyse assez juste des enjeux et des besoins de la lutte contre l'épidémie, les enjeux pratiques de son appropriation et de la coordination des acteurs ne sont pas abordés. Les associations peuvent y faire face, mais pas avec les seuls soutiens privés dont elles disposent. Surtout quand dans le même temps elles doivent faire face à des baisses de financement. Par exemple, pour les actions vers les personnes en situation de prostitution. Lesquels font pourtant, précisément, l'objet d'un programme populationnel. Cherchez l'erreur...

**Marc Dixneuf, directeur des programmes associatifs  
France de Sidaction**

DOM

# Le Plan « populations d'Outre-Mer » vu de la Guyane

9



Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014 en direction des populations d'outre-mer  
Ministère de la Santé et des Sports, France, novembre 2010, 53 p.

**Guyane : la prévalence la plus élevée de France, une incidence 17 fois plus importante qu'en métropole, des populations isolées socialement et géographiquement. Pour la première fois, un Plan spécial DOM a été élaboré suivant les orientations dressées par le Conseil national du sida en février 2008. Mais si l'ambition est là, les moyens font cruellement défaut pour résoudre les difficultés.**

Un environnement aussi fascinant que difficile : saisissante et tenace, la première vision de la Guyane participe à expliquer bien des parcours des populations qui y vivent. Une forêt mythique, à la fois dangereuse, vitale pour l'humanité et de plus en plus menacée. Les hommes paraissent des intrus tant la nature y est puissante : ils n'occupent que 5 % d'un territoire délimité par les deux fleuves frontières, Oyapok avec le Brésil, à l'Est, Maroni avec le Surinam, à l'Ouest. Cet environnement exceptionnel a généré des formes très particulières

*Carine Magen  
Sidaction  
Claire Girou  
Aides (Guyane)*

d'occupation de ce territoire ; les bagnes en ont été une illustration notoirement sinistre, les sites d'orpillage continuent d'attirer aventuriers, exploités et délinquants, et la base spatiale de Kourou symbolise toute l'ambiguïté d'une technologie de pointe au sein de populations laissées pour compte.

Il a fallu des « politiques » volontaristes pour peupler – souvent artificiellement – ce petit bout de France en plein continent sud-américain. Amérindiens, Bushinenge, Créoles, Chinois, Hmong, Brésiliens, Surinamiens, originaires du Guyana, d'Haïti, des Antilles, Européens dont les métropolitains, Libanais, Syriens : tous composent aujourd'hui le visage de la Guyane. Plus de 30 langues y sont parlées et les trajectoires des individus et des groupes plus diverses et nombreuses encore.

## Epidémie généralisée

C'est dans ce contexte tout à fait particulier que l'épidémie de VIH/sida s'est diffusée. Le département est en situation d'épidémie généralisée. Le nombre de découverte de séropositivité est deux fois plus élevé que dans la région métropolitaine la plus touchée (308 en Guyane

10

contre 150 en Ile-de-France) et l'incidence y est 17 fois supérieure qu'en France métropolitaine. La Guyane est donc de loin le département du territoire national le plus touché par l'épidémie. Certaines communautés connaissent une prévalence de 4 %. La situation des femmes est particulièrement préoccupante, du fait de la part importante qu'elles occupent dans les nouvelles découvertes de séropositivité et des difficultés de négociation et d'accès au matériel de prévention qu'elles rencontrent : sur les sites d'orpaillage, trois préservatifs s'achètent un gramme d'or !

La lutte contre le sida se heurte aux éléments qui lui sont le plus défavorables : pauvreté, illettrisme, clandestinité, isolement, difficultés d'accès géo-

graphique, administratif et/ou linguistique à la prévention et aux soins côté population. Manque de moyen, démographie sanitaire insuffisante, politique de recrutement inadapté, contexte législatif de répression constituent le lot des difficultés des professionnels et des associations qui œuvrent sur le terrain.

Il est donc nécessaire de soutenir des projets innovants et adaptés à la Guyane pour relever les défis sanitaires et éthiques qu'elle nous soumet.

### Déterminants sociaux, économiques et politiques

La situation dans ce département appelle à une mobilisation aux différents échelons de la

## Le Plan vu de la Guadeloupe

Si la Guadeloupe et la Guyane sont regroupées dans l'appellation DFA (départements français d'Amérique), elles recouvrent des réalités bien différentes. La population n'est pas la même, l'histoire non plus. En Guadeloupe, l'insularité, l'esclavage, les revendications indépendantistes, la présence du tourisme de masse ont forgé des relations à la France métropolitaine qui sont autres. Certaines caractéristiques de l'épidémie de sida sont communes aux deux territoires (transmission hétérosexuelle majoritaire, dépistage tardif, précarité administrative des étrangers, etc.) mais les différences de contexte sont telles que les orientations des programmes de lutte contre le sida ne peuvent être les mêmes. Les personnes ressource locales sont plus créoles en Guadeloupe qu'en Guyane (où un nombre important de personnes « clés » de la lutte contre le sida vient de métropole). L'évolution du tissu associatif y est palpable, passant d'activités caritatives à des positions plus militantes. Mais les obstacles sont bien là : la nouvelle équipe de l'Agence régionale de santé (ARS) de Guadeloupe a fait savoir aux acteurs associatifs que la lutte contre le sida n'était pas une « priorité » pour le département – contrairement à ce qui est écrit dans le Plan national ; les programmes de prévention et d'accès aux soins sont compliqués par la situation

des migrants d'origine haïtienne et dominicaine et son cortège de clandestinité, de rejet et d'expulsion. Violences faites aux femmes, recours important à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), nombre de femmes chômeuses et/ou responsables de foyer monoparental : tout cela concorde vers une vulnérabilité économique et sociologique des femmes dans les rapports sociaux de sexe.

Mais si les indicateurs sanitaires départementaux ne sont pas très bons, ils ne témoignent cependant pas d'évolutions importantes constatées sur le terrain : les discours discriminants sur les personnes vivant avec le VIH, les homosexuels ou les migrants s'atténuent beaucoup, les acteurs associatifs adoptent une posture plus militante et plus indépendante qu'il y a quelques années. La vice-présidence du Corevih est assurée par le représentant d'une association de personnes concernées, les efforts de formation des professionnels et des associatifs aux enjeux de l'épidémie commencent à porter leurs fruits et les médias commencent à être sensibilisés.

Reste à mobiliser les élus locaux et les responsables des ARS pour qu'enfin, tous les efforts fournis aboutissent à une réponse à la hauteur des enjeux de l'épidémie dans le département.

- CM

**Comment mettre à disposition des équipes et des outils de prévention à des populations cachées et sur le qui-vive ?**

société allant de la communauté aux instances décisionnaires de l'Etat. La réponse ne se satisfera certainement pas du seul affichage d'une grande ambition, ou d'une analyse simpliste des difficultés, comme peuvent le laisser sous-

entendre certains aspects du Plan DOM. Il faut éviter de « culturaliser » le débat au détriment des facteurs socio-économiques et politiques bien plus déterminants dans la vie des individus. Au contraire l'approche des

questions de santé, reconnues par tous les acteurs comme multi-factorielles – politique, socio-économique et culturelle – doit être réellement opérationnalisées par l'Etat et les collectivités. Les pratiques de multi partenariats sexuels, par exemple, reflètent plus un système d'échange financier permettant aux femmes – qui subissent plus le chômage et les emplois précaires que les hommes – d'accroître leur capacité économique.

Dans certains endroits, les discours de rejet à l'encontre des personnes vivant avec le VIH se confondent avec les accusations moralisantes souvent inspirées des positions des églises, qui se mêlent à une dimension magico-religieuse de la maladie pour certains groupes de populations autochtones. L'amalgame entre Haïtiens et VIH a été initié par des chercheurs occidentaux dans un premier temps et instrumentalisé par des orientations de politiques migratoires nationales dans un deuxième temps. Ces différents exemples pourraient se retrouver à l'identique dans bien des pays et témoignent assez peu de la spécificité culturelle de leurs habitants.

**Stigmatisation et pénalisation**

A ce contexte s'ajoute la pénalisation du VIH : le cas de condamnation pour contamination par le tribunal de Cayenne en 2005 pourrait avoir des conséquences beaucoup plus lourdes en termes de recours au dépistage que n'importe quel « tabou ». En effet, si se faire dépister représente à terme un risque juridique, beaucoup seraient tentés de croire qu'il vaut mieux ignorer sa séropositivité et ne pas se faire dépister. De plus cette décision alimente la croyance que seules les personnes séropositives et dépistées sont responsables de la

transmission du virus, ce qui cautionne des comportements discriminants. Croyance parfaitement démentie par les faits puisque une fois leur statut connu, les séropositifs renforcent leurs stratégies de prévention.

Les objectifs contradictoires du ministère de l'Intérieur en matière d'immigration et de ceux du ministère de la Santé en terme d'accès aux soins créent des situations schizophréniques pour l'accès aux soins de publics exposés et vulnérables. Comment mettre à disposition des équipes et des outils de prévention à des populations cachées et sur le qui-vive ?

**Territoires et populations exclus**

La mobilité d'une partie des populations s'inscrit dans des projets migratoires divers : de courte comme de longue durée, migration pendulaire ou ancrée dans l'histoire du peuplement de la Guyane, tous les cas de figure coexistent. Pour un certain nombre, les situations administratives ne sont pas clarifiées, ce qui limite l'accès aux soins et aux programmes de prévention. Cet état de fait nécessite d'élargir l'éventail des offres : intégrer les différentes langues, aller à la rencontre des populations mobiles et/ou isolées (programme d'« outreach »), fonder les programmes sur une connaissance approfondie du profil socioculturel des groupes.

Des initiatives sont donc entreprises par les associations locales, mais également par des associations nationales pour répondre aux défis de la lutte contre le sida. A l'Est, sur la zone frontalière de l'Oyapok, l'association DAAC fait un travail de qualité auprès de la population brésilienne, en particulier les travailleuses du sexe, dans le cadre d'un programme transfrontalier de prévention et d'accès aux soins. Médecins du monde développe une offre de test rapide et de dépistage hors les murs à Cayenne. La démarche en santé communautaire promue par Aides à Saint-Laurent-du-Maroni, montre que la mobilisation des personnes concernées par l'épidémie à VIH/sida est possible, et que les diversités socio-culturelles sont tout à fait surmontables. D'autres exemples existent, néanmoins toutes ne sont pas des succès et de grandes difficultés persistent. Telles la fermeture, à l'Ouest, de l'association Matoutou qui menait un pro-

12

gramme de prévention mobile sur le fleuve Maroni en direction des communautés bushinenge ; ou les difficultés de suivi des femmes-relais formées par le Mouvement français du planning familial (MFPF), mais non rétribuées pour leur travail.

Certaines parties du territoire et certaines populations sont encore totalement exclues des dispositifs de prévention et de prise en charge. C'est, par exemple, le cas des sites d'orpaillage clandestins autour de Maripasoula ou encore des populations détenues... Le principe « d'égalité d'accès à la prévention et aux soins entre les départements et les territoires les plus éloignés » est loin d'être appliqué en Guyane.

#### **Un tissu associatif à consolider**

Il apparaît donc indispensable que le soutien au tissu associatif local soit encore consolidé par l'attribution de moyens conséquents par l'Agence régionale de santé (ARS) et par un appui confiant de la part des grandes associations nationales. Parallèlement le milieu hospitalier a tout intérêt à densifier sa collaboration avec les associations locales et les communautés tout en mettant les moyens structurels de ses objectifs de prise en charge.

Le Plan DOM fait souvent référence aux enquêtes KABP (analyse des connaissances et des représentations du VIH/sida en population générale) menées en 2004 aux Antilles et en Guyane. En 2011-2012 se dérouleront une nouvelle édition de KABP ainsi qu'une autre enquête, INTEREG, dont les objectifs semblent la réalisation d'un large diagnostic épidémiologique chez les publics exposés avant la mise en place de programmes associatifs de coopération régionale. Les acteurs de Guyane et des Antilles auront à leur disposition des données quantitatives recueillies et analysées. L'appropriation de ces résultats, si leur diffusion et leur accessibilité sont bien organisées, devrait permettre d'améliorer encore les stratégies d'intervention et d'accompagnement des projets associatifs et médicaux.

Pourtant, ce type d'enquête, si précieuse soit elle, ne suffit pas à donner un sens à la compréhension de la dynamique de l'épidémie, et donc à définir les orientations d'un plan. Il est

indispensable de compléter ces investigations par des données qualitatives, des remontées « du terrain » et que nous tous, politiques, associatifs, médicaux, militants, soyons dans l'écoute attentive de la parole des communautés en question et des personnes concernées. Par son histoire et son peuplement, la Guyane

est à l'image d'une certaine modernité : le croisement des cultures particulières avec les impératifs d'une économie mondialisée. Elle nous donne pour l'instant le paysage de la pauvreté et des détresses que bien des parties de ce monde connaissent. Mais elle nous donne aussi

l'image des populations prêtes à se battre et à inventer pour améliorer le sort de tous, celles que nous devons écouter et soutenir.

Là-bas, encore une fois, la lutte contre le sida s'inscrit dans une lutte pour la transformation sociale basée sur la reconnaissance des combats des femmes, des migrants, des pauvres, des jeunes, des gays et lesbiennes, des travailleurs du sexe, des malades... de nous tous.

- Carine Magen et Claire Girou

**Le principe « d'égalité d'accès à la prévention et aux soins entre les départements et les territoires les plus éloignés » est loin d'être appliqué en Guyane**

## GOUVERNANCE

# « La Direction générale de la santé reste garante et pilote de la mise en œuvre »

13

*propos de Bernard Faliu  
Direction générale de la santé (Paris)*

**Bernard Faliu est chef du bureau VIH/Hépatites/IST à la Direction générale de la santé. Il détaille ce qui fait l'originalité du Plan 2010-2014 et explique ce qui est prévu en termes de pilotage et de suivi des mesures.**

## Quels éléments de contexte ont influencé les orientations du Plan ?

D'abord, les nouveaux outils épidémiologiques, en particulier l'évaluation de l'incidence et les nouvelles estimations du sous-dépistage – malgré la réduction des diagnostics tardifs obtenue dans le cadre du Plan précédent – ainsi que la progression des IST.

Ensuite, l'importance de l'épidémie dans certaines populations (les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes HSH, les migrants, la Guyane...). Ensuite, le développement des tests de dépistage rapides, et l'évolution des pratiques thérapeutiques vers des indications plus précoces, avec des données nouvelles sur l'effet préventif potentiel du traitement. Le Plan s'enracine dans une production riche et diverse de recommandations élaborées par de nombreuses instances d'expertise ou d'évaluation (Cour des comptes, Haute autorité de santé, Conseil national du sida...) ou par

des missions ad hoc (groupe d'experts dirigé par le Pr Yeni, mission réduction des risques sexuels Lert-Pialoux). Et n'oublions pas le contexte plus général de mise en place des Agences régionales de santé (ARS) qui devront déployer le Plan en région.

## Comment le Plan a-t-il été élaboré ?

A partir du bilan du Plan précédent (et d'une évaluation du programme migrants), nous avons adopté une démarche participative : plus de 150 personnes ont participé aux différents groupes de travail et au Comité de pilotage du Plan (Copil) entre juin 2009 et janvier 2010, puis au Copil final d'octobre 2010. Notre volonté initiale était de promouvoir le concept de santé sexuelle, sans faire un Plan « santé sexuelle » mais en restant sur un plan thématique sur des pathologies, le VIH et les IST. Autre originalité : la déclinaison en programmes populationnels, pour mieux définir les actions en population générale et les actions en direction des populations les plus touchées – ou les plus concernées – par le VIH et les IST : les migrants, les HSH/LBT, les personnes usagères de drogues, les personnes qui se prostituent.

Bien que l'ANRS garde toute son autonomie par

rapport à la démarche de planification en santé publique, nous avons inscrit son activité dans le Plan pour renforcer l'engagement de cohérence entre recherche et politique de santé et confirmer l'engagement de l'Etat dans le maintien de son rôle et de ses moyens. Enfin, le Plan a été soumis pour concertation à diverses instances, notamment le Conseil national du sida et la Conférence nationale de santé. Rendu public, leur avis conjoint a été pris en compte.

## 14 Pouvez-vous lister les grandes mesures ?

D'abord, je tiens à dire que ces mesures marquent une évolution importante par rapport aux Plans précédents.

La première est la nouvelle politique de dépistage du VIH : les mesures proposées, qui reprennent pour l'essentiel les recommandations de la Haute autorité de santé<sup>1</sup>, s'organisent autour d'un trépied. 1) le dépistage dans le système de soin, par les professionnels de santé de premier recours pour la population générale indépendamment de la notion d'une prise de risque, mais aussi pour certains publics, ou en cas de grossesse ; 2) le dépistage par les pairs pour les populations à forte incidence, qui sera facilité par la nouvelle réglementation définie dans l'arrêté du 9 novembre 2010 sur l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique ; 3) le dépistage anonyme et gratuit dont le dispositif doit être rénové. A côté du dépistage du VIH, il y a celui des IST, qui correspondent à des publics spécifiques auxquels il faut adapter les priorités – Chlamydiae chez les femmes jeunes, syphilis chez les HSH, hépatite B pour l'ensemble de la population.

La seconde est la promotion de la « prévention combinée » et d'une approche de réduction des risques dans une approche novatrice et une communication globale de la santé sexuelle pour les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST.

A côté de cela, on compte aussi des mesures diverses telles que le développement des prises en charge médicales en ville, la promotion des interventions de « médiateurs de santé », la prise en compte des questions de bisexualité et d'homosexualité dans les populations migrantes, des besoins de certaines popula-

tions comme les femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes (FSF), les trans, les personnes qui se prostituent...

Enfin, un programme spécifique départements d'outre-mer vient compléter les actions du programme national. Avec des actions de prévention intégrant une approche globale de la sexualité, une offre de dépistage VIH généralisée et proposée annuellement en Guyane, le soutien d'actions pour une meilleure visibilité du VIH, le soutien des actions de coopération au travers d'un programme d'échange entre la Caraïbe et les départements français d'Amérique.

### **Vous insistez sur le fait que les innovations de ce Plan ne doivent pas faire ignorer la continuité avec des Plans précédents...**

Oui, la Direction générale de la santé reste garante et pilote de la mise en œuvre de l'ensemble du Plan et s'appuiera sur ses opérateurs dans leur champ de compétence. Des principes de base sous-tendent l'ensemble des mesures : l'égalité devant les droits, la prévention et les soins, la lutte contre les discriminations liées à la séropositivité et à la diversité des sexualités, des orientations, des identités (de genre) et des origines, la solidarité avec les personnes vivant avec le VIH, et la participation des usagers et des patients. L'information et l'éducation, en population générale, restent une priorité dans toutes les régions. La visibilité des publics spécifiques (homosexuels, migrants...) est maintenue dans la communication grand public, conjointement au déploiement de communications ciblées. La prévention de l'infection, dans tout type de relations sexuelles entre partenaires occasionnels et couples sérodifférents, s'appuie d'abord sur l'utilisation du préservatif, masculin ou féminin. La qualité de la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH doit continuer à s'appuyer prioritairement sur des équipes hospitalières dotées de moyens adaptés, y compris de l'interprétariat professionnel. Les conditions de vie, l'accès aux soins et les droits des personnes doivent toujours être respectés et renforcés. Enfin, une attention soutenue est portée à la prévention des obstacles administratifs et au respect du secret médical, concernant notamment les personnes séropositives étrangères.

1 - Haute autorité de santé, Dépistage de l'infection par le VIH en France : Stratégie et dispositif de dépistage, octobre 2009



### Comment ont été fixés les objectifs quantifiés ?

Les objectifs et indicateurs de santé, adaptés des propositions du Haut conseil de santé publique, permettront de juger de l'efficacité du Plan. Chacun sera décliné par région et/ou par groupe de vulnérabilité (HSH, usagers de drogues, migrants/étrangers), et aussi en objectifs généraux d'intervention par axe et en objectifs plus opérationnels correspondant aux différentes mesures, puis actions. Leur suivi sera assuré par le comité de pilotage à l'aide d'un tableau de bord national, et servira de base à l'évaluation et l'ajustement du Plan au cours des 5 ans. Au préalable, un travail d'identification, de recueil des données et d'identification des méthodes nécessaires au recueil de certaines (études comportementales...) sera réalisé par ce Copil en lien avec les systèmes d'information mis en place au sein des ARS. Dès la première année, les indicateurs opérationnels seront étayés pour un suivi précis mesure après mesure, et constitueront la base d'élaboration du tableau de bord national. L'évaluation finale du Plan sera assurée par le Haut conseil de la santé publique.

### Comment va se mettre en musique le volet dépistage en population générale ? Quels seront les rôles de la Direction générale de la santé ou de l'Institut national de prévention et éducation pour la santé (INPES) ?

Un des premiers objectifs est de communiquer auprès des professionnels de santé et auprès du public pour qu'ils s'approprient cette nouvelle stratégie. Le ministère de la Santé et l'INPES ont lancé à l'occasion du 1<sup>er</sup> décembre une campagne d'information grand public. qui incite au dépistage du VIH et des IST. Pour les médecins, la DGS et l'INPES ont conçu un document<sup>2</sup> avec des praticiens, des sociétés savantes, des ordres de médecins, pharmaciens, des biologistes. Une affiche d'information grand public sur le dépistage généralisé et un spot ont été réalisés par l'INPES. La communication sera renouvelée pour faire évoluer peu à peu les représentations de chacun sur la démarche de dépistage.

Des outils d'intervention, en particulier sur le « counseling », vont être élaborés. Ils aideront

le professionnel à banaliser la proposition du test et à répondre de manière adaptée aux attentes et besoins du patient en cas de résultat positif. Le rôle des pairs pour les professionnels de santé comme pour le public, étant essentiel pour favoriser l'appropriation d'un message, il y aura des relais par les collègues et des sociétés savantes. En région, les Corevih joueront un rôle important pour communiquer et organiser des formations dépistage – certains l'ont déjà inscrit à leur programme de travail.

Enfin, l'arrêté du 9 novembre 2010 rend possible l'utilisation de tests rapides d'orientation diagnostique dans les cabinets libéraux, ce qui pourra faciliter la mise en œuvre de cette stratégie de dépistage notamment pour la population guyanaise.

Notons enfin que la stratégie proposée est susceptible d'évoluer. Prochain point d'étape : le résultat de l'expérimentation menée dans 30 services d'urgence d'Ile-de-France, qui évalue l'intérêt d'une proposition d'un dépistage rapide du VIH à toute personne y consultant. Le groupe d'experts sur le dépistage organisé par l'ANRS devrait être très contributif pour faire évoluer et améliorer l'efficacité de la stratégie proposée. L'évaluation sera faite sur des indicateurs comportementaux, épidémiologiques et économiques en collaboration avec l'INPES, la Caisse nationale d'Assurance-Maladie des travailleurs salariés et l'Institut de veille sanitaire.

### Quelle formation est prévue pour la médecine de ville ?

Pour le dépistage, proposer un test ne nécessite pas en soi de formation spécifique. Cela fait déjà largement partie de la pratique professionnelle des médecins puisqu'environ 80 % des tests sont réalisés en ville. Mais les praticiens sont pour le moment peu enclins à prescrire un test en dehors d'une prise de risque, c'est pourquoi les documents d'information cherchent à les amener à élargir le profil des personnes à qui ils le proposent. En ce qui concerne la prise en charge d'une découverte de séropositivité, la difficulté est moins liée à l'annonce d'une « mauvaise nouvelle » à laquelle les médecins sont régulièrement confrontés pour d'autres pathologies, qu'à la qualité de l'information à délivrer

2 - « Dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) », disponible sur le site Internet du ministère de la Santé et diffusé par l'INPES à l'ensemble des praticiens

et à la formalisation de la prise en charge. Les Corevih sont les partenaires privilégiés pour proposer des modules de formation.

Pour la prise en charge, le Plan définit les exigences de qualité, de formation et de suivi qui permettront à certains médecins de ville de s'engager dans « les missions avancées » définies par le consensus formalisé de 2009, grâce à des expérimentations régionales coordonnées par les Corevih.

## 16 Comment va opérer le comité de suivi, par rapport aux Corevih, et au groupe Yeni ?

Le comité de suivi national du Plan aura une dimension et une composition proches de celle du comité de pilotage qui a travaillé à l'élaboration du Plan – représentants des ministères et des directions concernés, des agences sanitaires et régionales, des associations, des sociétés savantes, des services hospitaliers et des Corevih.

Un comité de pilotage restreint, réunissant les différentes administrations centrales concernées, les agences sanitaires, l'assurance maladie et des représentants des ARS, coordonnera et veillera à la mise en œuvre des mesures et actions du Plan et à son déploiement en région, à l'aide d'indicateurs et d'outils élaborés spécifiquement. Il rapportera l'état d'avancement au DGS, au cabinet du ministre de la Santé et au comité national de suivi plénier. Le comité de pilotage des Corevih, sous la responsabilité de la DGOS, poursuivra le suivi technique du fonctionnement des Corevih, mais, concernant le suivi du Plan, il sera intégré au comité national de suivi du Plan. Le groupe d'experts dirigé par le Pr Yeni, poursuivra son travail de recommandations et la mise en œuvre de ses recommandations sera suivie par le comité de pilotage du Plan. - **propos de Bernard Faliu**

Le projet **Transcriptases** est né de la nécessité d'une approche pluridisciplinaire du VIH et des virus des hépatites enrichie par une ouverture à la problématique Nord-Sud. Aujourd'hui, [vih.org](http://vih.org) vous permet en plus de suivre l'actualité du VIH/sida, de réagir, de discuter !

L'équipe de chercheurs, cliniciens de ville et hospitaliers,

médecins de santé publique, économistes, documentalistes, journalistes et graphistes qui composent notre équipe éditoriale s'associent pour améliorer la diffusion de la connaissance scientifique, sur un mode encore plus transdisciplinaire et inter-actif.

Avec le soutien d'organismes publics ou privés, nous pouvons

proposer un site et une revue sans publicité, mais **votre participation est indispensable...**

Renvoyez dès aujourd'hui votre demande d'abonnement. En nous soutenant, vous recevrez deux fois par an *Transcriptases*, la revue scientifique de référence en langue française. Votre soutien est la condition de notre réussite.

JE M'ABONNE  1 an  2 ans

nom et prénom

profession

tél.

adresse

email

code postal

ville

pays

| abonnement             | France, UE   | autres pays   |
|------------------------|--------------|---------------|
|                        | individuel   | 38 €<br>60 €  |
| organismes             | 53 €<br>83 € | 68 €<br>106 € |
|                        | étudiants    | 30 €<br>45 €  |
| abonnements de soutien | 76 €         | 90 €          |
|                        |              | 1 an<br>2 ans |

Chèques (pour la France) ou virements à l'ordre de PISTES, à retourner Tour Maine-Montparnasse, BP 54 75755 Paris Cedex 15.

identification internationale  
IBAN : FR76 30003 03340 00050560873 62  
adresse swift : sogefpp

REGIONS

# « En Ile-de-France, les Etats généraux alimenteront la déclinaison du Plan »

17

*propos de Claude Evin  
Agence régionale de santé d'Ile-de-France*

**Claude Evin dirige l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France. Il tire le bilan des Etats généraux de la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH organisés dans la région fin novembre, qui ont impliqué plusieurs centaines d'acteurs de la lutte contre le sida.**

## Quelles ont été les principales leçons tirées de ces Etats généraux ?

La principale leçon, c'est que la démocratie sanitaire est un exercice exigeant mais indispensable. Malgré la complexité liée à l'organisation de cet événement dans un moment où l'ARS se mettait en place, je crois que tous les acteurs qui se sont engagés dans cette aventure et qui ont participé aux Etats généraux ont reconnu l'utilité et la richesse de ce moment d'échange et de confrontation des points de vue.

Sur le fond, ces Etats généraux ont été très riches en enseignements. Ils ont montré la très vive préoccupation des acteurs sur le maintien d'une prise en charge de qualité et de fortes inquiétudes liées aux restructurations hospitalières. Malgré une prise en charge désormais de plus

en plus ambulatoire, des obstacles très concrets ont été identifiés par tous les patients qui redoutent le passage de l'hôpital vers la ville.

## Avec quelles conséquences ?

Il est apparu nécessaire de réfléchir aux conséquences de l'évolution des modes de prises en charge [hospitalière ou ambulatoire, NDLR] et des modes de financements [la tarification à l'activité, dont les barèmes actuels ont rendu déficitaire la prise en charge du VIH, NDLR]. Mais aussi au renforcement des prises en charge en pluridisciplinarité et à l'amélioration de la circulation de l'information.

La perspective d'une augmentation des files actives à prévoir, du fait de l'amélioration constante de la survie des personnes vivant avec le VIH et de la promotion du dépistage, entraîne également des craintes importantes.

## Que ressort-il en termes de formation aux spécificités du VIH ?

La nécessité d'améliorer la formation des personnels de structures d'aval (soins de suite, maison de retraite...) pour permettre l'accueil

interview

des personnes vivant avec le VIH dans de bonnes conditions. Et celle de former les personnels pénitentiaires au VIH, et à la confidentialité en particulier. Cette sensibilisation des personnels aux particularités du VIH est importante pour l'ensemble des structures d'hébergement afin de faciliter l'accès et garantir une prise en charge de qualité, ainsi qu'aux dispositifs d'accès aux droits (permanences d'accès aux soins de santé (PASS)... ) en particulier pour les étrangers.

18

Par ailleurs, il a été mis en évidence l'importance de la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH y compris l'abord de la vie affective et de la sexualité. Cela nécessite une sensibilisation des professionnels (médecins, psychologues...) et une réflexion sur l'approche de l'éducation thérapeutique. Beaucoup d'autres constats et leçons peuvent être tirés de ces Etats généraux et c'est à travers la prochaine publication des « Cahiers » des Etats généraux que nous pourrons en mesurer toute la richesse.

### **Cela s'est-il finalement bien intégré dans l'exercice de la démocratie sanitaire ?**

Oui. Je souhaite que la démocratie sanitaire ne soit pas qu'une belle expression pour nos discours mais qu'elle s'exerce bien réellement et représente une véritable méthode d'action pour l'ensemble des métiers de notre agence. Les Etats généraux nous ont permis de mesurer la complexité d'un tel exercice. Avec le Comité de pilotage nous avons inventé collectivement des principes et une méthode qui nous seront utiles sur de nombreux autres sujets. L'organisation des Etats généraux fut aussi un moment très « mobilisateur » pour les différents services de l'ARS qui ont travaillé ensemble et de manière transversale avec les acteurs associatifs et professionnels.

### **Comment s'articule le fruit de ces Etats généraux avec le Plan national et le Projet régional de santé que vous élaborez en Ile-de-France ?**

La synthèse des Etats généraux sera un des éléments sur lesquels nous pourrons nous appuyer pour construire le Plan régional en tenant compte bien sûr des orientations du Plan national.

### **Cela a-t-il changé votre regard sur les restructurations hospitalières en cours à l'AP-HP ?**

A l'AP-HP ou ailleurs les restructurations sont nécessaires, je l'ai toujours dit. L'offre de soins ne peut rester figée. Les traitements, les technologies, les métiers et les prises en charge évoluent sans cesse dans tous les domaines. Mais la restructuration ne doit pas dégrader la prise en charge, elle doit au contraire contribuer à améliorer la qualité, la sécurité et l'efficacité de cette prise en charge. Par ailleurs l'appréciation de l'opportunité de ces restructurations appartient bien aux responsables des établissements concernés, mais elle doit s'inscrire dans un processus de concertation et dans un projet global conforme à l'intérêt général des patients et des citoyens. Les Corevih, ces Coordinations régionales de la lutte contre le VIH, ont un rôle important à jouer pour renforcer ces processus de concertation.

### **Quelles sont vos grandes priorités en matière VIH/sida en Ile-de-France ?**

Ces priorités sont en cours de définition dans le cadre de la préparation du Projet régional de santé (PRS) qui sera dévoilé d'ici la fin de l'année. Les grandes orientations stratégiques seront données dès le mois de juin dans le Projet stratégique régional de santé (PSRS) puis précisées dans les différents schémas (organisation des soins, prévention, médico-social).

- propos de Claude Evin

ACCES AUX SOINS

# Le volet **Migrants** survivra-t-il aux réformes du droit au séjour pour soins ?

19

\* Act Up-Paris et Aides sont membres de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) : [www.odse.eu.org](http://www.odse.eu.org)

*Madeleine Jayle*  
juriste en droit public  
*Caroline Izambert*  
Act Up-Paris\*  
*Adeline Toullier*  
Aides (Pantin)\*

**Le 12 octobre 2010, trois semaines avant la publication du Plan national de lutte contre le sida 2010-2014, l'Assemblée nationale adoptait, en première lecture, le projet de loi relatif à l'immigration. L'une des dispositions votées touche directement les malades et la santé publique, puisqu'elle remet en cause la possibilité pour les étrangers gravement malades d'obtenir un titre de séjour pour soins.**

A l'heure où nous écrivons, ce projet de loi suit la procédure parlementaire, avec des discussions au Sénat prévues pour le début du mois de février, et devrait être définitivement adopté dans le courant de l'année 2011, au gré des échéances électorales. Si elle était bel et bien adoptée, cette loi se révélerait en contradiction avec les objectifs ambitieux fixés par le Plan sida en direction des populations migrantes.

### Prise en charge globale et accès aux droits, clefs de voûte du Plan

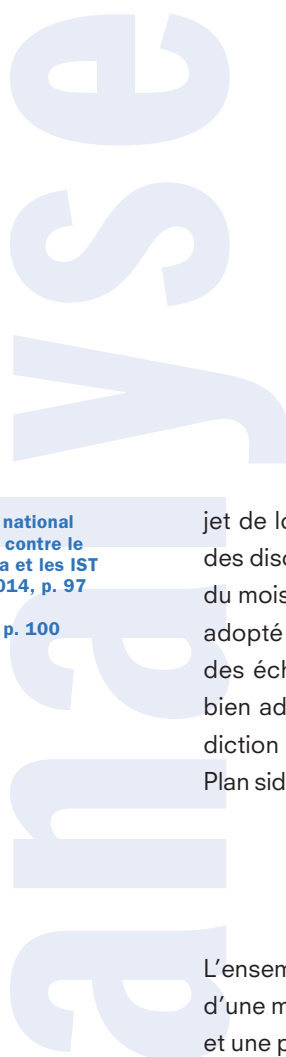
L'ensemble des préconisations du Plan découle d'une même idée : atteindre une prise en charge et une prévention optimales nécessite de résor-

ber toutes les formes de précarité, sociale, psychologique et professionnelle. Pour les étrangers, ces objectifs sont subordonnés à celui de la stabilité administrative : pouvoir obtenir durablement un titre de séjour. Dans son volet « Migrants », le Plan rappelle que l'amélioration des dispositifs de prévention et de prise en charge passe par la possibilité pour les étrangers d'avoir les mêmes droits et la même protection sanitaire que les Français.

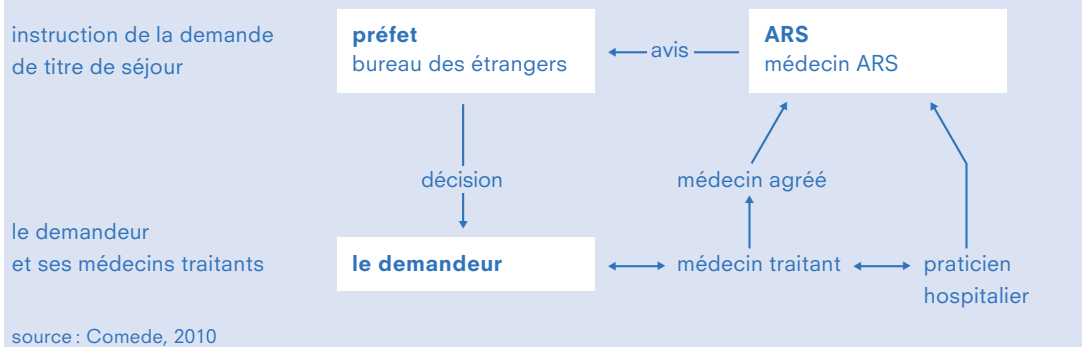
Il prévoit notamment de permettre « une inclusion dans les protocoles d'essais thérapeutiques, quelle que soit la couverture maladie »<sup>1</sup>. Quant à l'objectif d'« une prise en charge administrative de qualité pour les étrangers concernés par le VIH/sida/IST », il est directement mis à mal par les projets de modification de la loi sur le séjour pour raison médicale. Le Plan rappelle que la « rapidité d'instruction et un respect de la confidentialité pour la délivrance des titres de séjour » et une « information des acteurs médicaux et administratifs sur tous les éléments utiles pour mettre en œuvre les procédures le plus rapidement et efficacement possible sont essentielles pour assurer la continuité des soins »<sup>2</sup>. Ce que réclame le Plan, c'est donc l'application rigoureuse de la loi actuelle.

1 - Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014, p. 97

2 - Ibid, p. 100



## Le circuit de la demande d'un titre de séjour pour soins



### Un dispositif protecteur

Cette loi, qui depuis plus de dix ans permet aux personnes séropositives qui ne peuvent se soigner dans leur pays d'origine d'être régularisées, c'est la loi « Chevènement » du 11 mai 1998<sup>3</sup>, qui a instauré le droit au séjour pour raison médicale. L'article L. 313-11-11° du code de l'entrée et du séjour des étrangers du droit d'asile (CESEDA) prévoit la délivrance de plein droit d'une carte de séjour temporaire d'un an portant la mention « vie privée et familiale » à tout étranger dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, « sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire ». Cette notion d'« effectivité » de l'accès au traitement est au cœur des actuels débats. Rappelons que cette loi est le fruit d'une mobilisation conjointe des associations de malades, de médecins et de défense de droit des étrangers qui se sont élevées contre les expulsions de malades qui se multipliaient dans les années 1990. Que chacun de ses termes a fait l'objet de longues discussions. Et que les conditions administratives et médicales sont rigoureusement appréciées tout au long de la procédure.

### Les médecins, garants de la procédure

Cette procédure, quelle est-elle ? Un médecin agréé par la préfecture ou un praticien hospitalier émet un rapport établissant si le demandeur remplit les conditions médicales définies par la loi. Ce document est transmis, sous pli confidentiel, au médecin de l'Agence régionale de santé (ARS), ou

à Paris, au médecin chef du service médical de la préfecture de police. Ce dernier rend un avis, sans mention de la pathologie, sur les trois conditions médicales prévues par la loi : la nécessité de prise en charge, la gravité du défaut de prise en charge dans le pays d'origine. C'est sur la base de cet avis médical, et après vérification des conditions administratives – en particulier que le demandeur est bien résident en France, et non venu en France pour se faire soigner – que le préfet prend sa décision (voir schéma ci-dessus).

Le médecin traitant ou l'infectiologue qui suit au long cours le patient, le praticien hospitalier (ou médecin agréé) qui rend le rapport, puis le médecin de l'ARS prennent chacun leur décision en se conformant au code de déontologie médicale. Lequel impose le principe de continuité des soins, le rôle que doit jouer le médecin pour faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit, le secret professionnel des décisions du médecin ainsi que son indépendance vis-à-vis de son employeur, privé ou public<sup>4</sup>.

### « Accès effectif aux soins » vs « disponibilité dans le pays d'origine »

Quel est l'enjeu du projet de loi sur l'immigration ? Tout simplement qu'il envisage de substituer la notion d'« indisponibilité du traitement » à celle de « non accès effectif » aux soins dans le pays d'origine. Si la loi était adoptée, des personnes gravement malades se verraient refuser des titres de séjour et seraient susceptibles d'être expulsées vers des pays où le traitement est seulement accessible à quelques patients.

3 - Loi relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile. Ord. 2 nov. 1945, art. 12 bis 11° aujourd'hui codifié C. étrangers, art L. 313-11-11°

4 - Codifiés aux articles R.4127-47, R.4127-50 et R.4127-95 du Code de santé publique

5 - 16,7 % psychiatrie, 8,2 % hépatites, 5,8 % diabète, 5,5 % cardiologie, 4 % cancer, chiffres énoncés devant l'Assemblée nationale par le ministre de l'Immigration, séance 20 octobre 2010

6 - Circulaire DGS/SD6A n° 2005-443 du 30 septembre 2005 relative aux avis médicaux concernant les étrangers atteints par le VIH, émis dans le cadre de l'application de l'article L. 313-11-11°, du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Circulaire DGS/SD6A/DHOS/E2 n° 2006-250 du 8 juin 2006 relative à la prise en charge des patients migrants/étrangers en situation de vulnérabilité infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dans les établissements de santé

7 - Instruction DGS/MC1/RI2/2010/297 du 29 juillet 2010 relative aux procédures concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves

8 - Analyses des dépenses au titre de l'Aide Médicale d'Etat, rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales et de l'Inspection Générale des Finances, novembre 2010, p. 17

9 - Rapport au Parlement, Comité interministériel de contrôle de l'immigration, 2009

10 - Rapport Inserm-UPMC, Migrations et soins en Guyane, novembre 2009, p. 37 ; Rapport Inserm-UPMC, Santé et migration à Mayotte, avril 2008, p. 65 ; Comede, la santé des Exilés, rapport d'activité et d'observation, 2009, p. 62 ; Médecins du Monde, L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe, octobre 2009 ; Lot F et al., « Parcours socio-médical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH, prises en charge dans les hôpitaux d'Ile-de-France », BEH, 2002 ; Enquête ANRS-Vespa, novembre 2004

Seule importerait une disponibilité bien théorique, qui ne prendrait en compte ni le taux de couverture des besoins, ni la qualité des soins et des traitements, ni l'état des structures sanitaires, ni la démographie médicale, ni les ruptures de stocks, ni le coût des traitements et les possibilités de prise en charge financière !

A l'évidence, l'esprit de la loi de 1998 – éviter qu'une mesure d'éloignement soit parfois synonyme de condamnation à mort et permettre la régularisation des personnes gravement malades – serait profondément trahi par cette modification. On sait par exemple que les antiretroviraux « existent » et sont « disponibles » dans de nombreux pays du Sud mais sans garantie de la continuité de la prise en charge, ni du suivi biologique, et surtout avec une grande disparité d'accès selon les régions, les villes, les populations, les conflits... Le VIH est la principale pathologie concernée : 18 % des cartes de séjour temporaires pour soins sont délivrées à des étrangers vivant avec le VIH<sup>5</sup>. Le ministère de la Santé a rappelé à plusieurs reprises, dans des circulaires de 2005 et 2006<sup>6</sup> et une instruction de 2010, aux médecins chargés d'examiner les dossiers que « dans l'ensemble des pays en développement, l'accès nécessaire à la surveillance médicale et aux soins n'est toujours pas garanti pour les personnes infectées par le VIH »<sup>7</sup>.

### Des risques sanitaires réels

Si la loi change, ses textes d'application et d'explicitation, que sont notamment ces circulaires sur le VIH, sont condamnés à disparaître. La réforme laissera place à une forte insécurité juridique pour les personnes vivant avec le VIH. Et à un contentieux massif puisque l'introduction de la nouvelle notion d'« indisponibilité » suscitera des interprétations forcément divergentes des autorités médicales, administratives et juridictionnelles.

En outre, la précarisation administrative débouchera sur la précarité sanitaire, éloignant les intéressés des structures de soins et de la couverture de droit commun (les sans-papiers ne pouvant prétendre à l'Assurance-maladie mais, sous certaines conditions, récemment restreintes, à l'Aide médicale d'Etat : voir encadré p. 22).

Et en matière de VIH/sida, où l'on sait que le fait d'être migrant est un facteur de risque indépen-

dant de la prise en charge tardive (voir l'article de Yazdan Yazdanpanah page 23) et au-delà de la santé de plusieurs milliers de personnes étrangères, c'est en fait la santé publique elle-même qui est menacée par ce projet de loi. Le risque est de voir le dépistage relégué en dernier plan, le retard au diagnostic s'amplifier contrairement aux objectifs affichés du Plan (voir l'article de Gilles Pialoux page 1), et à termes en privant les personnes étrangères des nouveaux outils de prévention d'augmenter les risques de transmission. Un scénario qui va précisément à contrecourant des orientations mises en avant par le Plan national de lutte contre le sida !

Enfin, cette réforme aura des conséquences négatives pour les finances publiques : selon un rapport des Inspections générales des affaires sociales et des finances (IGAS et IGF), le retard dans l'accès aux soins aggrave l'état de santé et augmente le coût des soins requis au final<sup>8</sup>. Rien que pour l'AME, le surcoût des retards aux soins entraînés par la mise en place d'un ticket d'entrée qui fera barrage aux soins sera de 20 millions d'euros !

### Les motivations erronées de la réforme

Alors que les effets catastrophiques de cette mesure sont connus et documentés, pourquoi une telle insistance parlementaire et gouvernementale à modifier la loi ? Deux motivations ont été avancées : parer à la supposée explosion du dispositif et revenir à l'esprit de la loi que le Conseil d'Etat aurait modifié.

Mais ces arguments ne résistent pas l'épreuve des faits.

Dire que ce dispositif doit être remis en cause parce qu'il est incontrôlé et parce qu'il susciterait un appel d'air ou une prétendue migration sanitaire est infondé. Le nombre de bénéficiaires de cette carte de séjour s'est en effet stabilisé en 2008 autour de 28 000 titulaires, et le nombre de premières demandes est en baisse depuis 2007<sup>9</sup>. Comme le montrent des études convergentes<sup>10</sup>, la migration pour raison médicale demeure une exception : plus de 90 % des personnes découvrent leur maladie à l'occasion d'un examen médical pratiqué en France alors qu'elles y résident déjà et n'avaient pas connaissance de leur pathologie en quittant leur pays d'origine. D'après une

## Contre le dépistage et la prise en charge précoce : la réforme de l'Aide médicale d'Etat

Le 30 décembre 2010 a été votée au Parlement une réforme qui modifie profondément l'Aide médicale d'Etat, le dispositif d'accès aux soins pour les personnes en situation irrégulière les plus précaires, celles qui ont moins de 634 euros pour vivre par mois. La mesure la plus emblématique est la mise en place d'un droit d'entrée annuel de 30 euros. Elle amènera les étrangers parmi les plus précaires à repousser leur entrée dans le dispositif au moment où ils auront impérativement besoin de soins. Ils seront de fait éloignés de la médecine préventive et d'une prise en charge précoce qui sont pourtant les principes directeurs du Plan sida. En matière de santé publique, un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des finances sur l'AME, remis en novembre 2010 au ministère de la Santé mais rendu public seulement début janvier 2011, souligne que l'introduction d'un droit d'entrée risque de « faciliter la propagation »\* de pathologies telles que l'hépatite B ou le VIH dans une population où le dépistage est déjà particulièrement faible.

\* Analyses des dépenses au titre de l'Aide Médicale d'Etat, op. cit., p. 18

étude menée en 2002, seules 9 % des personnes séropositives migrantes interrogées avaient été dépistées dans leur pays d'origine<sup>11</sup>.

Prétendre que le droit au séjour pour soins doit être restreint parce que le Conseil d'Etat en aurait récemment fait une lecture « généreuse »<sup>12</sup> est également un leurre. Le projet de loi sur l'immigration intervient en effet quelques mois après deux décisions importantes du Conseil d'Etat du 7 avril 2010<sup>13</sup>, qui constituent moins un revirement de jurisprudence qu'un rappel à une lecture fidèle de la loi de 1998. Car précisément, le dispositif pâtissait d'une application faussée, du fait de certaines pratiques administratives restrictives et de divergences jurisprudentielles qui entendaient par « accès effectif » disponibilité des soins. La position du Conseil d'Etat dans cette affaire était donc guidée par la nécessité de corriger l'erreur d'interprétation... et de faire respecter l'intention du législateur !

Contraire à la santé individuelle et à la santé publique, injustifiable par des données chiffrées ou des arguments juridiques, cette réforme du droit au séjour pour soins n'est donc que la énième pièce d'un édifice de politique migratoire restrictive.

### Une politique paradoxale

Malades et médecins font donc face à une politique paradoxale : d'un côté, le ministère de la Santé enjoint au dépistage généralisé, à une prise en charge la plus précoce possible et à une approche globale de la maladie ; de l'autre, le ministère de l'Intérieur veut faire appliquer une loi qui va éloigner les personnes séropositives migrantes des structures de soins et entraver la continuité des soins en les privant de toute stabilité administrative.

Sociétés savantes, médecins<sup>14</sup> et associations<sup>15</sup> sont mobilisés pour dénoncer cette contradiction. Le 22 septembre, un courrier adressé par le Conseil national du sida au Président de la République l'a alerté « sur le caractère très préjudiciable de l'évolution législative envisagée, dont l'impact affecterait profondément le droit des personnes concernées mais également la santé publique et la maîtrise des dépenses de santé »<sup>16</sup>. La Société française de lutte contre le sida (SFLS) s'est elle aussi clairement exprimée : « En termes de santé publique, la conséquence pourrait être d'augmenter les risques de circulation en population générale du VIH et de fait l'épidémie par déficit de recours au dépistage chez les personnes en situation précaire, d'augmenter les prises en charge tardives, et finalement de majorer l'impact financier par des soins lourds qui auraient pu être évités par un traitement plus précoce. Ce précisément contre quoi devrait lutter le Plan national de lutte contre le sida ». Et de demander au gouvernement « à l'occasion des débats parlementaires à venir, de se prononcer contre les dispositions introduites par l'amendement CL381 à l'article 17 du projet de loi n° 2400 Immigration, intégration et nationalité ». Quant à la Société française de santé publique, elle estime que « c'est toute la politique de lutte contre le sida qui pourrait être remise en cause »<sup>17</sup> par l'adoption de la loi sur l'immigration. - **Madeleine Jayle, Caroline Izambert, Adeline Toullier**

11 - Lot F et al., Ibid

12 - Amendement Thierry Mariani

13 - Requête n° 316625, 7 avril 2010

14 - Lettre aux sénateurs du 16 novembre 2010 et appel du 6 janvier 2011 des praticiens hospitaliers de l'hôpital Saint-Louis (Paris) et Henri Mondor (Créteil). Pour les contacter : [accessibilite.effective@gmail.com](mailto:accessibilite.effective@gmail.com)

15 - L'ODSE, le Ciss, la Fnars, l'Uniopss ont mené une campagne commune contre le projet de loi : [www.odse.eu.org](http://www.odse.eu.org). Et plusieurs associations ont déposé une motion à ce sujet lors du dernier comité de pilotage du Plan.

16 - Conseil national du sida, courrier du 22 septembre 2010 au président de la République

17 - Société française de santé publique, communiqué du 5 octobre 2010



# Les enjeux économiques du dépistage

23

1 - Lanoy E et al., « Frequency, determinants and consequences of delayed access to care for HIV infection in France », *Antivir Ther*, 2007, 12, 89-96

2 - Weinhardt LS et al., « Effects of HIV counseling and testing on sexual risk behavior: a meta-analytic review of published research, 1985-1997 », *Am J Public Health*, 1999, 89, 9, 1397-1405; Marks G et al., « Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs », *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2005, 39, 4, 446-453

3 - Wawer MJ et al., « Rates of HIV-1 transmission per coital act, by stage of HIV-1 infection, in Rakai, Uganda », *J Infect Dis*, 2005, 191, 9, 1403-1409

4 - Sloan CE et al. « Lifetime cost of care for hiv-infected adults in France ». *International AIDS Society Conference, Vienna, Austria, 2010*

5 - Fleishman et al., *Med Care* 2010, 48, 1071-1079

6 - Conseil national du sida. Rapport sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France. 16 novembre 2006

*Yazdan Yazdanpanah*  
Centre hospitalier de Tourcoing,  
Université Nord de France

**En France, la prise en charge de l'infection VIH est encore trop tardive : plus d'un tiers des personnes sont dépistées à un stade trop avancé. Mais quelle est la stratégie de dépistage la plus efficace pour atteindre l'objectif de diminution des diagnostics tardifs qui figure dans le Plan ? Une modélisation récente apporte des réponses.**

Chez les personnes dépistées à un stade avancé de l'infection à VIH (moins de 200 CD4 ou sida), le risque de décès est multiplié par 13 dans les 6 premiers mois de suivi par rapport aux patients diagnostiqués précocement (plus de 500 CD4)<sup>1</sup>; un sur-risque de mortalité persiste pendant 4 ans. De plus, une prise en charge tardive augmente le risque de transmission de l'infection : d'abord parce que la connaissance de son statut sérologique permet une modification des comportements<sup>2</sup>, ensuite, parce que la réduction de la charge virale obtenue grâce à un traitement antirétroviral efficace est associée à une diminution du risque de transmission<sup>3</sup>.

**La prise en charge tardive est coûteuse**

La prise en charge tardive est par ailleurs associée à un surcoût direct, d'abord en raison

d'une fréquence plus élevée d'hospitalisation suite à des infections opportunistes. Dans un travail récent basé sur un modèle mathématique, nous avons estimé que pour 1 000 patients, le surcoût à 10 ans lié à une prise en charge tardive (moins de 200 CD4) par rapport à une prise en charge précoce (plus de 500 CD4)<sup>4</sup> est de 1,1 million d'euros. Un travail américain récent<sup>5</sup> le confirme : huit ans après le début des soins, les patients pris en charge à moins de 200 CD4 ont des dépenses médicales supérieures.

Et encore ces deux travaux ne prennent-ils pas en compte les coûts liés à la transmission secondaire de la maladie, qui augmentent encore les surcoûts. Dans notre modélisation, nous avons estimé les coûts médicaux associés à la prise en charge d'un patient vivant avec le VIH à environ 500 000 euros durant toute la durée de sa vie (en moyenne, 372 CD4 à l'initiation des soins).

**Dépister tôt évite des dépenses**

On estime qu'en France, environ 40 000 personnes, sur les 106 000 à 134 000 personnes séropositives pour le VIH, ignorent leur statut sérologique<sup>6</sup>. De plus, 36 % des patients consul-

tent pour la première fois trop tardivement (moins de 200 CD4)<sup>7</sup>.

Au niveau individuel, le dépistage précoce rend possible l'instauration rapide d'un traitement antirétroviral, ce qui réduit morbidité et mortalité. Au niveau collectif, le dépistage précoce voire le traitement précoce ont un effet bénéfique sur le risque de transmission. Et même si la mise en place d'une stratégie engendre en soit des coûts, elle évite également un certain nombre de dépenses.

24

L'ensemble de ces points ont fait émerger de nouvelles réflexions sur les stratégies de dépistage en France. Notamment sur l'opportunité de proposer plus largement des tests de dépistage systématiques soit à l'ensemble de la population, soit à des populations particulièrement exposées aux risques de transmission. Il fallait cependant évaluer de manière globale la pertinence d'une évolution des stratégies et du dispositif de dépistage, et déterminer les stratégies les plus efficaces en intégrant à l'analyse les indicateurs médicaux mais aussi économiques et en rapportant les coûts d'une stratégie à ses conséquences.

Nous avons récemment évalué la survie, le coût, et le rapport coût-efficacité associé à des différentes stratégies de dépistage dans la population générale et dans les populations particulièrement exposées<sup>8</sup>. Comment ? En évaluant trois stratégies de dépistage systématique de l'infection par le VIH chez les adultes âgés de 18 à 69 ans – au moins une fois, tous les cinq ans et annuellement – et en la comparant à la stratégie actuelle qui cible les populations à risque.

Nous avons également évalué une stratégie de dépistage ciblé dans trois sous-populations (les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), les usagers de drogues par injection (UDI) et les hétérosexuels), ainsi qu'en Guyane française, un département particulièrement touché puisque l'incidence y serait 17 fois plus élevée qu'en métropole.

Nous avons utilisé un modèle de dépistage et un modèle d'histoire naturelle de la maladie VIH<sup>9</sup>, qui permettent d'une part d'évaluer l'impact à long terme des stratégies et d'autre part d'intégrer dans l'analyse les indicateurs médi-

caux mais aussi économiques. Nos données étaient principalement les données nationales françaises et de la littérature médicale.

### Dépistage en population générale, et tous les 5 ans dans les populations exposées

Dans cette analyse, avec une stratégie de dépistage systématique de l'infection par le VIH qui consistait à proposer au moins une fois le test, la proportion des cas secondaires à dix ans diminuerait de 7,5 % par rapport à la « stratégie actuelle ». Cette stratégie entraînerait un gain d'espérance de vie de 1,27 mois de vie ajusté sur la qualité actualisée par personne infectée par le VIH par rapport à la « stratégie actuelle » pour un coût supplémentaire de 50 euros par personne.

Lorsque nous prenons en compte les effets favorables du dépistage sur la transmission du VIH, le rapport coût-efficacité de l'ajout d'un seul test VIH de routine par rapport à la « stratégie actuelle » était de 57 400 euros par année de vie ajustée sur la qualité (QALY<sup>10</sup>). Ce résultat était calculé pour une prévalence de l'infection VIH non diagnostiquée à 0,1 %.

Augmenter la fréquence de dépistage à une fois tous les cinq ans dans la population générale coûtait 332 200 €/QALY comparativement à un seul dépistage en routine du VIH, bien au-delà du seuil de coût-efficacité, et donc non acceptable. Un dépistage annuel augmentait encore les coûts, sans bénéfice sur la santé car les pertes de qualité de vie associées aux tests faussement positifs contrebalançaient les bénéfices de survie.

Nous avons effectué une analyse identique pour établir le rapport coût-efficacité du dépistage en routine du VIH chez les UDI, les HSH et les hétérosexuels, ainsi que pour la population de Guyane française. Chez les UDI et en Guyane française, le dépistage annuel était associé à des rapports coût-efficacité favorables de 51 200 € et 46 500 €/QALY, respectivement. Chez les HSH, une stratégie basée sur un seul dépistage en routine augmentait l'espérance de vie, avec un rapport coût-efficacité de 32 400 €/QALY. Le dépistage annuel

**Il fallait cependant évaluer de manière globale la pertinence d'une évolution des stratégies et du dispositif de dépistage, et déterminer les stratégies les plus efficaces**

7 - Lanoy E et al., *Ibid*

8 - Yazdanpanah Y et al., « Routine HIV Screening in France: Clinical Impact and Cost-Effectiveness », *Plos One*, 2010, 5, 10

9 - Weinstein MC et al., « Use of genotypic resistance testing to guide hiv therapy: clinical impact and cost effectiveness », *Ann Intern Med*, 2001, 134, 6, 440-450 ; Yazdanpanah Y et al., « Prevention of human immunodeficiency virus-related opportunistic infections in France: a cost-effectiveness analysis », *Clin Infect Dis*, 2003, 36, 1, 86-96. Paltiel AD et al., Expanded screening for HIV in the United States—an analysis of cost-effectiveness. *NEJM*, 2005, 352, 6, 586-595 ; Freedberg KA et al., « The cost effectiveness of combination antiretroviral therapy for HIV disease », *NEJM*, 2001, 344, 11, 824-831

10 - Un QALY est une mesure de l'utilité perçue par les patients d'une action médicale qui correspond à une année de vie gagnée.

dans cette population se traduisait par une survie et des coûts plus élevés, mais par un rapport coût-efficacité moins favorable (97 200 €/QALY) comparativement à une stratégie de dépistage en routine une fois.

#### Accroître l'acceptabilité

Ces résultats suggèrent ainsi qu'un dépistage volontaire en routine du VIH au moins une fois est coût-efficace en population générale en France. Un dépistage plus fréquent se justifie dans les populations présentant des taux élevés d'incidence du VIH et de prévalence des infections non diagnostiquées. Toutefois, la probabilité qu'une personne dépistée séropositive soit prise en charge a un impact important

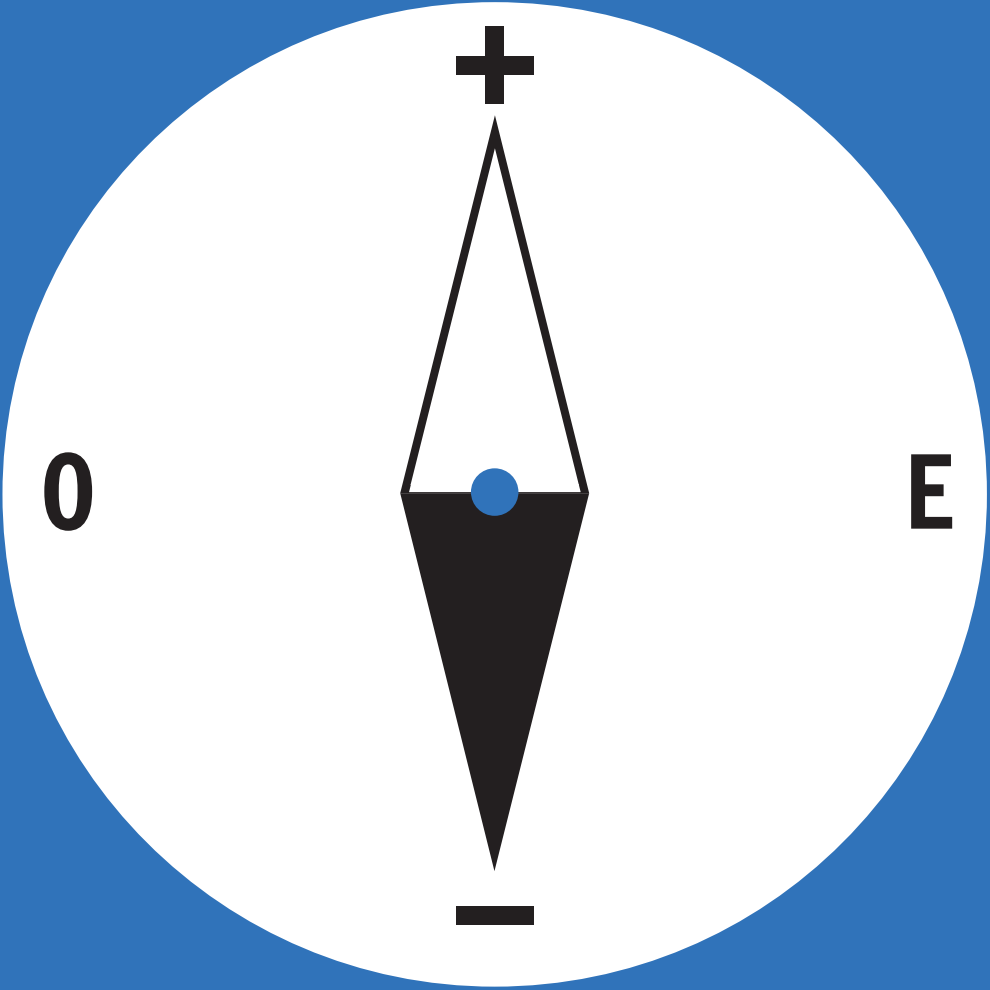
sur les résultats. Ces stratégies ne réussiront que si l'on accroît à la fois l'acceptabilité du dépistage du VIH et l'orientation vers les structures de soins.

Enfin, il est important que l'évaluation des stratégies de dépistage du VIH, en particulier, et des interventions en médecine en général, repose sur des critères d'efficacité

et des critères économiques. Toutefois, les résultats des évaluations économiques de ce type ne doivent pas être utilisés de façon mécanique; ils doivent au contraire stimuler la réflexion, apporter des informations essentielles au processus décisionnel. Mais d'autres éléments doivent être pris en compte comme les possibilités de choix, la justice ou l'équité.

- Yazdan Yazdanpanah

**Un dépistage volontaire en routine du VIH au moins une fois est coût-efficace en population générale en France. Un dépistage plus fréquent se justifie dans les populations présentant des taux élevés d'incidence**



# Dépistage : une révolution tranquille ?

27

Jean-Marie Le Gall  
Aides (Pantin)

**Le 17 novembre 2010, le Journal Officiel publiait un texte réglementaire qui venait modifier considérablement de champ du dépistage du VIH en France. Attendue de longue date, la publication de cet arrêté s'inscrit dans les orientations du Plan national de lutte contre le sida. Cela mérite de s'y attarder pour comprendre comment et pourquoi ce texte a été publié, et pour mesurer les changements qu'il rend possibles.**

tage étaient réservés aux médecins. Face à ce blocage, Aides choisissait de se lancer dans une recherche biomédicale, avec le Pr. Yazdan Yazdanpanah et l'ANRS, pour démontrer la faisabilité et l'acceptabilité d'une offre de dépistage rapide non médicalisée auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) (lire *Transcriptases* n° 41).

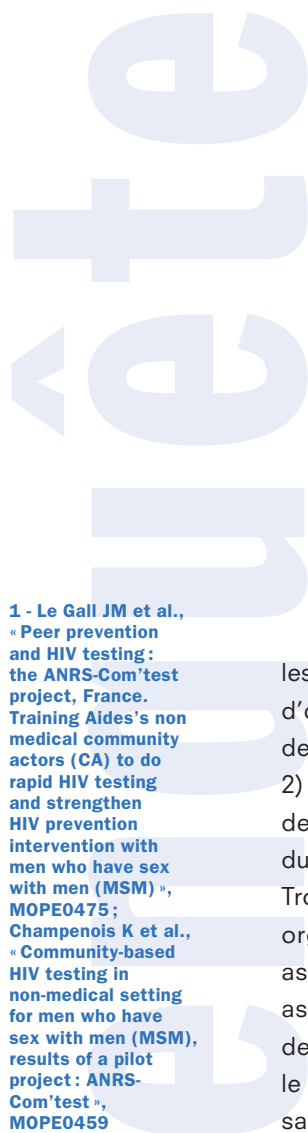
Cette recherche, ANRS COMTEST, construite sur un modèle de recherche communautaire, a été conduite pendant deux ans, dans quatre villes françaises (Montpellier, Lille, Bordeaux, Paris). Elle a permis de proposer 716 dépistages à des HSH.

## Débloquer la situation

Les premiers résultats<sup>1</sup> démontrent une acceptabilité élevée de cette offre de dépistage tant de la part des personnes dépistées que pour les volontaires amenés à réaliser ces tests. 90 % des HSH se déclarent très satisfaits du service rendu et 76 % le conseilleraient à un ami. Autre indicateur de satisfaction, 10 % de l'échantillon est revenu se faire dépister dans COMTEST au moins une fois. Plus de 80 % de ces hommes

L'arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (Troisième VIH 1 et 2) ouvre des voies prometteuses dans le champ de la santé publique et notamment sur la place du dépistage dans les stratégies de prévention. Trois ans plus tôt, fin 2007, lors d'un colloque organisé par Sidaction à Paris, nous avons assisté à une confrontation entre des acteurs associatifs, qui souhaitaient pouvoir s'emparer de la possibilité d'utiliser des tests rapides, et le représentant de la Direction générale de la santé qui posait que l'outil et l'acte de dépis-

1 - Le Gall JM et al., « Peer prevention and HIV testing: the ANRS-Com'test project, France. Training Aides's non medical community actors (CA) to do rapid HIV testing and strengthen HIV prevention intervention with men who have sex with men (MSM) », MOPE0475; Champenois K et al., « Community-based HIV testing in non-medical setting for men who have sex with men (MSM), results of a pilot project: ANRS-Com'test », MOPE0459



disent avoir apprécié la façon dont ils ont pu parler de leurs prises de risques sexuels et dont a été réalisé le counseling. Par ailleurs, un tiers des hommes rencontrés n'avait pas réalisé de test depuis deux ans, et 28 % déclarent des rapports sexuels anaux non protégés avec des partenaires occasionnels de statut positif ou inconnu dans les six derniers mois.

Les personnes ayant reçu un résultat de test positif représentent 3 % de l'échantillon et nous ne constatons aucun faux positif, tous les tests ayant été confirmés par une méthode conventionnelle. 80 % des résultats positifs ont été suivis par une première consultation médicale. Les bilans réalisés permettent de voir que le dépistage puis le diagnostic ont été réalisés sur des personnes ayant un taux de CD4 ( $534/\text{mm}^3$  – IQR 475-592) plus élevé que celui relevé ( $376/\text{mm}^3$ ) dans la base de données hospitalière FHDH ANRS CO4. Parmi ces personnes, 57 % n'avaient pas réalisé de test dans les deux dernières années.

### Trod : une nouvelle catégorie de tests

Parallèlement, Le Kiosque démarrait l'expérimentation d'un autre type de dépistage, médicalisé. Les résultats de ces deux expérimentations ont permis de construire et d'asseoir les changements intervenus dans la loi française, en créant une nouvelle catégorie<sup>2</sup> de tests, les tests rapides d'orientation diagnostique (Trod), qui ne rentrent pas dans l'exercice classique de la biologie médicale, puis en autorisant leur usage pour le VIH, en dehors des établissements de santé et par intervenants médicaux ou non. Le texte de l'arrêté détaille le cadre et les conditions d'usage des Trod-VIH notamment en soumettant leur pratique dans les structures de prévention à une habilitation préalable par les Agences régionales de santé (ARS), et en fixant les critères de la démarche qualité à respecter. Les annexes de l'arrêté définissent aussi le parcours et les contenus de formation exigés pour habilitier les intervenants.

Comme nous le disions plus haut, ces changements ouvrent de nouveaux champs pour penser et agir dans la prévention et le dépistage du VIH. Ce nouvel outil permet, conformément aux recommandations de la Haute autorité de

santé (HAS) de 2009, d'élargir le champ des acteurs impliqués dans le dépistage en ajoutant aux acteurs déjà présents les acteurs associatifs et les soignants de première ligne.

### Le dépistage comme démarche de prévention primaire

Il offre aussi la possibilité d'intégrer le dépistage à l'articulation de la prévention primaire et secondaire. Jusqu'à présent, et cela était conforme à une certaine logique, le dépistage était essentiellement conçu comme une démarche de prévention secondaire visant à repérer le plus tôt possible des personnes séropositives pour les amener vers le soin. En témoigne le fait que les programmes étaient quasi uniquement évalués sur la base du taux de personnes séropositives dépistées. Dans ce cadre, la démarche de dépistage reposait soit sur une démarche volontaire et la conscience d'une exposition au risque, soit sur la proposition d'un soignant à la vue d'une anamnèse et d'un tableau clinique évocateur.

La nouveauté ici réside dans le fait que, comme le recommandent la HAS et le Plan national de lutte contre le sida 2010-2014, le dépistage est promu comme une démarche de prévention primaire qui permet de savoir de manière répétée (et autant de fois que nécessaire) si l'on est toujours séronégatif. C'est d'autant plus important que l'épidémie d'infection à VIH, en l'absence de traitement curatif et de vaccin, est durablement installée. Et que certains groupes de population sont plus soumis que d'autres à une pression de l'infection du fait de la prévalence élevée dans leur groupe d'appartenance.

Autre changement appréciable pour les acteurs de la prévention de proximité : le fait de disposer d'un outil, fiable et d'un usage simple, qui s'intègre dans les actions de réduction des risques sexuels déjà en place. Jusqu'à présent, notamment à Aides, nous constatons que les entretiens de prévention se terminaient souvent par le constat partagé que la personne rencontrée, au vu des prises de risques évoquées, n'était plus sûre de son statut sérologique. L'utilité d'un test de dépistage ne faisait pas de doute mais l'entretien ne pouvait que rarement

**Les résultats de ces deux expérimentations ont permis de construire et d'asseoir les changements intervenus dans la loi française, en créant une nouvelle catégorie de tests**

**2 - Ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale**

être repris une fois que la personne avait fait ce test. Dans l'étude ANRS COMTEST nous avons pu mesurer la plus-value de pouvoir échanger dans l'entretien post-test sur les stratégies que la personne pouvait mettre en œuvre pour essayer de garder ce statut séronégatif. C'est cette opportunité au quotidien qu'offre l'élargissement du dépistage par les Trod.

### Mieux coordonner les possibilités d'action

L'enjeu est maintenant de penser et de développer toutes les possibilités d'actions de manière coordonnée, complémentaire avec l'offre existante et surtout en mobilisant les populations concernées. Le succès des programmes de prévention et de dépistage de proximité repose sur le préalable d'associer les communautés concernées.

La communauté gay, qu'elle en soit remerciée, a accepté de jouer le jeu de la recherche biomédicale pour se doter d'un nouvel outil pour sa santé. Elle nous a redit aussi que, sans une reconnaissance d'une participation volontaire, l'introduction d'action de dépistage dans les lieux de sociabilité de la communauté pourrait être vécue comme une intrusion, voire pourrait renforcer le sentiment d'être désignée comme la communauté des irresponsables par qui l'épidémie perdure.

Cette leçon vaut pour toutes les communautés les plus exposées, personnes migrantes notamment d'Afrique subsaharienne, travailleurs du sexe, usagers de drogues, populations des départements français d'Amérique. Faute de cette association des communautés et de cette participation, ce nouveau paradigme du dépistage échouera à s'implanter.

### La question des moyens non résolue

D'un point de vue plus structurel, il nous reste à découvrir comment les Coordinations régionales de la lutte contre le VIH (Corevih) et les ARS vont s'emparer de cette nouvelle donne pour coordonner la meilleure couverture des besoins des différentes populations sur leur territoire en s'assurant que ce nouveau dispositif ne vienne pas seulement s'ajouter comme une couche supplémentaire du « mille-feuille » de l'existant.

Notre expérience des comités de pilotage locaux de l'étude ANRS COMTEST nous rend confiants dans la possibilité de réunir les acteurs concernés sur un territoire pour faire réfléchir ensemble les CDAG/Ciddist, les services d'infectiologie, les intervenants communautaires et les leaders associatifs.

En revanche, cette nouvelle activité conciliant prévention et dépistage en proximité des populations ne pourra pas se faire à moyens constants. Le milieu associatif attend avec vigilance les moyens qui leur permettront de répondre à ces nouvelles missions.

Pour finir, il est sans doute encore trop tôt pour savoir si nous pouvons parler d'évolution (ou de révolution) dans le domaine de la prévention et du dépistage du VIH en France, car nous ne sommes qu'au milieu du gué. Osons cependant dire qu'il s'agit d'une double victoire. D'abord, celle de la promotion de la santé et de la démarche communautaire, qui ont montré leur capacité à agir pour doter les populations de nouveaux outils pour leur santé. Ensuite, celle de la santé publique qui dans ce domaine spécifique a accepté et accompagné un changement qui fera date. - **Jean-Marie Le Gall**

# 30 **CheckPoint-Paris :** **un dispositif fonctionnel,** **attractif et informatif**

**CheckPoint-Paris est un dispositif de dépistage VIH « hors les murs », utilisant des tests rapides et s'adressant à des hommes majeurs, assurés sociaux ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Premiers résultats et bilan intermédiaire d'une expérience positive à plus d'un titre.**

Cette recherche bio-médicale<sup>1</sup> (RBM), qui a démarré le 28 janvier 2010, répond aux plus récentes recommandations sur le dépistage du VIH en France<sup>2</sup>.

Situé dans le Marais, dans une boutique ouverte sur la rue<sup>3</sup>, CheckPoint est inséré dans un ensemble de services déclinés sur le thème de la santé et de la prévention du VIH/sida par son promoteur, l'association Kiosque Infos Sida et Toxicomanie (Groupe SOS). CheckPoint est ouvert cinq jours par semaine, avec ou sans rendez-vous<sup>3</sup>. Gratuites et confidentielles, les consultations de dépistage VIH sont assurées par des professionnels de santé qui réalisent les prélèvements par piqure au bout du doigt,

*Christine Rouzioux, CHU Necker, AP-HP, Université Paris Descartes,  
Jean-Yves Le Talec, Université Toulouse 2,  
Certop UMR 5044, Arpège MSHS,  
Georges Kreplack, Laboratoire du Chemin Vert (Paris),  
Nicolas Derche et Pierre Tessier, Le Kiosque Infos Sida (Paris),  
Anne Guérin, Arcat-Sida (Paris),  
pour le Groupe CheckPoint*

puis font le test rapide VIH (Vikia® HIV 1/2, BioMérieux). Le résultat est rendu dans l'heure, systématiquement assorti d'entretiens pré- et post-test avec un médecin. En cas de test rapide positif, un autre prélèvement sur buvard est réalisé pour une confirmation<sup>4</sup> envoyée au laboratoire de biologie médicale du Chemin Vert, partenaire de l'étude. Un rendez-vous est pris dans les 24 à 72 heures pour l'annonce du résultat de confirmation ; en cas de positivité, la personne est conseillée, informée et orientée vers une prise en charge médicale rapide.

## **Saturé depuis son ouverture**

En moins d'un an, du 28 janvier au 15 décembre 2010, 2 054 personnes en première visite ont été dépistées. Plus de 220 ont consulté au moins une deuxième fois, avec environ 200 nouveaux consultants inclus chaque mois dans le dispositif. L'objectif initial de 2 160 personnes dépistées en un an sera sans doute dépassé. Le dispositif fonctionne à saturation depuis son

1 - Autorisation Afsaps du 17 octobre 2008 et CPP Ile-de-France V du 4 novembre 2008

2 - Conseil national du sida, « Rapport sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France », Paris, 2006. Haute autorité de santé, « Dépistage de l'infection par le VIH en France. Modalités de réalisation des tests de dépistage », argumentaire, Paris, octobre 2008. Lert F et Pialoux G, « Rapport mission RDRS », rapport à la DGS, 2009. Yeni P (dir.), « Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH », Paris, La Documentation française, 2010

3 - CheckPoint, 36 rue Geoffroy l'Asnier, 75004 Paris, tél. : 01 44 78 24 44. M° Saint Paul (Ligne 1) ou Pont Marie (Ligne 7). Ouvertures, lundi : 8h-12h30 sans rdv ; mardi : 16h-20h30 sur rdv ; mercredi : 16h-22h sans rdv ; jeudi : 16h-20h30 sur rdv ; samedi : 12h-18h sans rdv

4 - La confirmation de positivité VIH obtenue par le test rapide Vikia® HIV 1/2 est effectuée à partir du prélèvement sur papier buvard, par le test ELISA VIDAS Duo HIV1/2 Ag/Ac, puis par le test Eurobio SD HIV1 HIV2, puis par le test de Western-Blot HIV-1 ou Western-Blot HIV-2, selon le résultat du test Eurobio SD



## Le test rapide utilisé dans les conditions de l'étude CheckPoint permet la détection de primo-infections et d'infections très récentes

ouverture. Les personnes choisissent CheckPoint parce que le résultat est rendu lors de la même visite (78 %), que c'est un service associatif destiné aux HSH (43 %), que les horaires sont pratiques (39 %) et qu'il n'y a pas de prise de sang (28 %). Ils souhaitent faire un test pour connaître ou vérifier leur statut sérologique (84 %) et/ou parce qu'ils ont eu des rapports sexuels sans préservatif (43 %) <sup>5</sup>.

Du 28 janvier au 5 octobre 2010, parmi les 1 594 personnes dépistées, 30 cas de séropositivité VIH ont été confirmés, soit une fréquence de 1,88 % [IC95 = 1,21-2,55], similaire à l'estimation des dépistages positifs chez les gais et bisexuels en CDAG, en 2004.

Ces hommes découverts séropositifs ont un âge médian de 30 ans [20-47]. Ils déclarent être homosexuels (87 %), avoir un partenaire stable (67 %) et des partenaires de rencontre (77 %). Avec ces partenaires, ils mentionnent avoir eu des pratiques sexuelles non protégées au cours des douze derniers mois.

### Un tiers de primo-infections

Les tests rapides ont été facilement réalisés et aucun n'a été illisible. Tous les résultats positifs ont été confirmés par les deux méthodes Elisa. De plus, la technique de Western-Blot HIV1 a révélé des profils de séropositivité très incomplets (moins de 5 anticorps anti-VIH-1), en faveur d'infections très récentes.

Parmi les 30 personnes séropositives pour le VIH-1 (aucun VIH-2), 17 présentent une contamination de moins de 2 mois, dont 10 ont un profil sérologique de primo-infection en cours.

Parmi elles, seules trois primo-infections étaient suspectées par le médecin CheckPoint, les sept autres personnes ne présentant pas de signes cliniques d'alerte. Les trois-quarts (76 %) des primo-infections détectées dans CheckPoint sont asymptomatiques (contre 13 % dans la cohorte ANRS-Primo), ce qui suggère que CheckPoint permet de détecter des personnes en primo-infection qui ne consultent pas dans le système médical traditionnel de dépistage <sup>6</sup>.

Pour 11 personnes, le dernier test VIH remonte à moins de 12 mois (dont pour deux per-

sonnes un test déjà effectué à CheckPoint dans les 6 mois). Trois personnes présentaient des profils WB complets, ce qui s'avère cohérent avec le fait que leur dernier test datait de plus d'un an, 8 ans et 10 ans.

Enfin, 80 % des personnes dépistées positives sont entrées dans le système de soins.

### Epidémie dynamique chez les gays parisiens

Au-delà de ses objectifs initiaux, cette recherche biomédicale permet de disposer d'informations précieuses, issues de l'analyse des examens de confirmation de séropositivité :

1 – le test rapide utilisé dans les conditions de l'étude CheckPoint permet la détection de primo-infections et d'infections très récentes. Le test rapide utilisé se révèle donc sensible et spécifique, et n'a pas posé de difficultés d'utilisation ;

2 – le dispositif est attractif pour des sujets récemment exposés au VIH, ne consultant pas un médecin et présentant une primo-infection, dans une proportion particulièrement importante (> 50 %). Il permet de diagnostiquer une fréquence notable de formes asymptomatiques de primo-infections, peu observées habituellement en systèmes de soins ;

3 – diagnostiquer des infections récentes, voire très récentes est relativement logique s'agissant d'une population ayant très souvent recours au test <sup>7</sup>. A l'inverse, la probabilité de diagnostiquer une fréquence élevée d'infections anciennes est relativement plus faible.

4 – la forte proportion d'infections très récentes confirme le haut niveau de l'épidémie actuelle de VIH dans cette communauté gay parisienne, bien qu'il ne s'agisse pas des sujets parmi les plus exposés : la majorité d'entre eux n'évolue pas dans les subcultures gaies fondées sur l'intensité et l'aventurisme sexuel <sup>8</sup>, plus de la moitié ne fréquente jamais les lieux de sexe communautaires, plus de 40 % ne consomment aucune drogue.

### Jeunes, diplômés, attentifs à leur sérologie

Les pistes de réflexion permettant d'expliquer ce résultat remarquable doivent prendre en considération la convergence du rajeunisse-

5 - Analyse intermédiaire des questionnaires sur les quatre premiers mois de fonctionnement (28 janvier-31 mai 2010)

6 - Ghosn J et al., « Despite being highly diverse, immunovirological status strongly correlates with clinical symptoms during primary HIV-1 infection : a cross-sectional study based on 674 patients enrolled in the ANRS CO 06 PRIMO cohort », *J. Antimicrob Chemotherapy* 2010, 65, 741-748

7 - Dans l'échantillon intermédiaire, 70 % des consultants ont fait plusieurs tests au cours de leur vie contre 14 % qui n'en ont jamais fait ; parmi les consultants déjà testés, 56 % l'ont été au cours des 12 derniers mois

8 - Hurley M, « VIH, santé sexuelle et cultures gaies contemporaines », in Jablonski O, Le Talec JY et Sidéris G (dir.), *Santé gaie*, Paris, Pepper et L'Harmattan, 2010, 117-142

ment de l'épidémie chez les homosexuels masculins<sup>9</sup> et de l'attractivité de ce dispositif associatif et médicalisé pour un public d'HSH jeunes (médiane : 29 ans), très diplômés (60 % possèdent un diplôme équivalent ou supérieur au 2<sup>e</sup> cycle universitaire), peu engagés dans les cultures sexuelles extrêmes, attentifs à leur statut sérologique, mais déclarant des pratiques sexuelles non protégées dans une proportion comparable à celles mises en évidence dans d'autres enquêtes de surveillance<sup>10</sup>. Ces pistes seront développées et confrontées aux résultats d'analyse des données recueillies après la première année de fonctionnement du dispositif.

### Soutien et conseil

En conclusion, le dispositif CheckPoint répond aux attentes des homosexuels et HSH résidant en Ile-de-France, s'avère attractif et adapté à leurs besoins (rapidité, horaires) puisqu'il fonctionne à saturation depuis son ouverture. Il attire en majorité des hommes autour de la trentaine, diplômés et aisés, ayant souvent recours au dépistage du VIH ; il attire également une minorité d'hommes plus jeunes n'ayant jamais eu recours au test VIH (un quart des moins de 25 ans). Il assure, lors d'une même consultation, un *counseling* pré-et post-test, dans un cadre d'écoute, de confidentialité et de non-jugement, et permet un dépistage rapide du VIH assorti de son résultat dans l'heure, selon une organisation validée par l'expérience. La consultation médicalisée, qui s'inscrit dans un lien social codifié, consensuel, professionnel, présente un caractère structurant.

CheckPoint contribue à accroître la proportion d'infections à VIH diagnostiquées dans la population des HSH. Il offre aux personnes confirmées séropositives des services de soutien et de conseils et permet de les orienter vers une prise en charge médicale immédiate. Il assure aux personnes testées séronégatives une information et des conseils préventifs adaptés, ainsi que la possibilité d'un dépistage complémentaire d'autres IST. CheckPoint constitue une offre de dépistage s'intégrant dans les recommandations récentes sur le dépistage de l'infection à VIH, et répondant aux orientations stratégiques du Plan national.

### Une expérience à pérenniser et élargir

CheckPoint mérite à l'évidence d'être poursuivi au moins dans le cadre du nouveau dispositif national de droit commun. Il paraît indispensable d'élargir les horaires d'ouverture vu le nombre important de personnes refusées chaque semaine. Cette première recherche a été financée par Sidaction, l'Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et la Mairie de Paris.

Si CheckPoint est habilité à entrer dans le dispositif de droit commun, l'ARS devrait financer l'intégralité du dispositif. De plus, il devient nécessaire de réfléchir à élargir le dispositif vers d'autres publics, notamment vers les migrants avec la capacité de réaliser des entretiens pré et post test dans une langue qui peut être comprise et en relation avec les réseaux aptes à accompagner le public cible (associations, psy, travailleurs sociaux, etc.).

Les résultats très alarmants sur l'épidémie de VIH chez les HSH en Ile-de-France, avec un nombre élevé d'infections récentes, très à risque de transmission sexuelle, confirme l'urgence du renforcement des offres de dépistage, d'informations et de conseils vers des populations particulièrement exposées. - **Christine Rouzioux, Jean-Yves Le Talec, Georges Kreplack, Nicolas Derche, Pierre Tessier, Anne Guérin, pour le Groupe CheckPoint**

9 - Cazein F et al., « Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2009 », BEH 2010, n° 45-46, 467-472

10 - Velter A, Rapport Enquête Presse Gay 2004 ; Velter A, données du Baromètre Gay 2009, communication personnelle

vue  
de  
santé  
publique

# Centres de santé sexuelle : quelle feuille de route ?

33

*Michel Ohayon  
Le 190 (Paris)*

**Le Plan national désigne la santé sexuelle comme outil de prévention. Cette orientation ouvre quelques portes, mais donne peu d'indications précises sur le rôle des centres de santé sexuelle (CSS).**

Il existe peu de CSS en France, et encore cette appellation recouvre-t-elle des entités inhomogènes. Certaines structures s'occupent de prévention à l'adresse de publics spécifiques (étudiants, gays), d'autres de sexologie, tandis que deux lieux, l'un très ancien (le Moulin Joly, qui ne se définit pas comme un CSS) l'autre très récent (le 190), veulent rassembler prévention, dépistage et soins avec pour colonne vertébrale la lutte contre le sida dans des communautés où le virus est très présent : usagers de drogues, personnes prostituées et plus largement personnes en grande précarité pour le premier, homosexuels masculins, personnes séropositives et leur entourage, personnes à la sexualité « atypique » pour le second. Ces approches sont également incarnées par des professionnels très investis, qui touchent dans les grandes métropoles une population probablement importante mais difficile à évaluer. Il serait imprudent de négliger

leur expérience et leur expertise dans une future organisation de la santé sexuelle.

Le Plan national de lutte contre le sida, et c'est une mutation, désigne la santé sexuelle comme outil de prévention. Il reconnaît – enfin – la dimension communautaire de la prévention, après 25 années d'universalisme républicain. Les centres de santé sexuelle, communautaires ou pas, deviennent donc le nouveau bras armé de la lutte contre l'épidémie. Cette orientation ne fait pas l'objet d'un chapitre du Plan, ce qui laisse quelques portes ouvertes mais peu d'orientations précises. Ici l'on parle de la nécessité de réunir la prévention et le soin (le fondement même du projet du 190), ailleurs on parlera de CSS ou de centres de dépistage communautaires consacrés à la prévention, sans oublier la réforme – nécessaire – des CDAG<sup>1</sup> dans la continuité de leur évolution en Ciddist<sup>2</sup>.

## Le soin, porte d'entrée de la prévention

Le modèle proposé par le 190 s'adresse donc aux populations parmi lesquelles le virus est for-

1 - Centres de dépistage anonymes et gratuits

2 - Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles

tement présent, et sa circulation très active. Il s'agit principalement d'organiser une prévention basée sur la santé sexuelle auprès des homosexuels masculins (ou HSH<sup>3</sup> selon la terminologie du moment), et de prendre en charge la santé des personnes séropositives – indépendamment de leur sexe, de leur sexualité ou de leur mode de contamination – en intégrant sa dimension sexuelle, déclinaison du concept de prévention positive. Dans les deux cas, il s'agit d'ouvrir une porte sur les questions de sexualité, mais aussi de développer le concept de prévention par le soin : prévention « traditionnelle » basée sur la protection, réduction des risques, traitement du VIH comme frein à la diffusion de l'épidémie, dépistage actif et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST). Si l'on considère que les difficultés sexuelles (troubles sexuels, rapports de genre, de classe, d'âge, alcool, usage de produits, troubles psychologiques) participent à la gestion inadaptée du risque et à une qualité de vie sexuelle moindre, le rôle de la structure est d'en proposer une prise en charge. Si les dix premiers mois d'activité ne permettent évidemment pas d'évaluer l'efficacité préventive de cette approche, ils permettent en revanche de valider les hypothèses de départ.

La première énonçait que le soin pouvait constituer une porte d'entrée efficace vers la prévention. Cette hypothèse est aujourd'hui vérifiée si l'on observe la fréquentation du lieu. Pas moins de 700 personnes en ont franchi les portes, dont la moitié environ vivent avec le VIH, toutes sexuellement actives, voire très actives, cherchant à développer leurs compétences en matière de prévention, qu'elles soient axées sur la non transmission du VIH au partenaire ou sur le désir d'éviter VIH, IST ou troubles sexuels susceptibles de les exposer.

### L'importance de la démarche communautaire

La seconde faisait le pari de la pertinence d'une démarche communautaire. Encore faut-il s'entendre sur le sens de ce mot, qui suscite régulièrement des mises en garde contre la ghettoïsation ou le communautarisme. Communautaire, pour nous, traduit en premier lieu l'implantation dans la cité selon le droit commun, et la prise en

compte des contextes de vie des individus. C'est exactement le principe de la médecine générale.

En second lieu, les communautés dont nous nous occupons n'en sont pas réellement. S'il existe chez beaucoup de personnes séropositives le sentiment d'une « identité » séropositive, celle-ci ne constitue pas la trame d'un rassemblement d'individus aux aspirations identiques. De même, le terme rabâché de « communauté homosexuelle » correspond plus à une aspiration politique issue des années 70 qu'à un groupe d'intérêts communs. C'est encore plus vrai chez les migrants, dont la seule communauté de destin est d'avoir quitté leur pays de naissance. Tout communautarisme est donc de fait hors sujet. Quant à l'idée de ghetto, elle implique l'obligation d'y entrer et l'impossibilité d'en sortir, ce qu'aucun lieu de soins ne peut ni ne souhaite imposer.

Une fois balayée l'idée communautariste, on peut revenir à ce qui définit ici l'idée communautaire : l'existence, pour certaines populations, de besoins spécifiques qui demandent une prise en compte adaptée, peu répandue dans le milieu de soins « universel » puisqu'ils concernent une minorité très faible, rendant impossible une expertise généralisée. Les usagers ne s'y trompent pas, puisque nos consultations incarnent la coexistence possible des personnes séropositives et séro-négatives, des hommes et des femmes, des migrants et des autochtones, chacun y projetant l'identité communautaire qui l'intéresse. Ainsi, nous accueillons d'assez nombreux « HSH non identitaires » bien que le 190 ait une façade « gay » assez visible. L'identité première du lieu, à savoir un endroit où toute forme de sexualité est inconditionnellement acceptée indépendamment du statut sérologique, est plus forte que son image de « centre gay » ou de « centre pour séropositifs ».

Il a été reproché au 190 de n'avoir pas étendu son orientation communautaire aux migrants. On a dit le caractère virtuel d'une telle communauté. De plus, malgré une prévalence élevée, l'incidence *in situ* ne permettrait probablement pas de décliner efficacement le principe de prévention par le soin, en dehors de la prévention

3 - Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes

**Il s'agit d'ouvrir une porte sur les questions de sexualité, mais aussi de développer le concept de prévention par le soin**

positive. De fait, le centre accueille de plus en plus de personnes migrantes séropositives avec lesquelles la sexualité peut être travaillée. Il reçoit également des migrants gays, qui n'avaient jamais eu auparavant la possibilité d'évoquer leur sexualité. Le modèle semble donc être valide, dans le périmètre de ses objectifs.

### Quels centres de santé sexuelle pour demain ?

Nous pensons qu'il y a lieu de multiplier, au moins dans les grandes villes, les lieux polyvalents du type du 190, dont la spécificité première est la pratique du soin et de la prescription. Si le 190 est prêt à s'exporter, les difficultés structurelles restent importantes. Le 190 s'est constitué en centre de santé polyvalent en alternative à l'exercice libéral qui impose la rentabilité (et pas l'équilibre) au moyen du paiement à l'acte unique, la séparation des métiers, l'impossibilité de faire intervenir des non professionnels de santé et de recevoir des aides. Le centre de santé constituait la seule structuration possible, permettant d'adosser la structure sur une association importante, Sida Info Service, conformément à son éthique. La pérennité n'est pas assurée, en l'absence quasi totale de financement public, dont on espère qu'elle prendra fin avec la déclinaison du Plan national. Mais l'équilibre dépend également de l'activité et, à ce titre, la situation particulière de l'Ile-de-France est singulière, par l'importance de son bassin de population comme par l'activité de son épidémie. Sans ces deux éléments, il est difficile d'imaginer qu'une structure créée de novo puisse être viable.

Nous avons plaidé depuis longtemps l'évolution nécessaire des CDAG. Ils ont peu évolué depuis leur conception, et ne répondent plus à la réalité de l'épidémie. Inversement, certains CDAG réunissent des compétences humaines importantes qui ne sont pas assez sollicitées. L'évolution en Ciddist est une avancée qui a ses limites. L'anonymat qui ne permet pas de suivi individuel (or, c'est dans la durée que la pertinence de la prévention par le soin peut s'affirmer), et il est illusoire de penser que des équipes confrontées exceptionnellement aux IST comme à la séropositivité, puissent acquérir l'expertise

nécessaire. En outre, les personnes séropositives n'y ont pas vraiment leur place.

### Le besoin d'une volonté politique forte

Il serait probablement temps de mieux concentrer les moyens pour renforcer les structures susceptibles d'évoluer efficacement pour mieux orienter l'offre vers les personnes les plus concernées par l'épidémie. Le contexte de généralisation du dépistage le permet. Mais cela n'est pas simple. Les CDAG hospitaliers restent hospitaliers, donc non communautaires, et les CDAG « de ville » dépendent souvent des Conseils généraux, dont les compétences se limitent à la prévention. En outre, les professionnels qui y travaillent sont injurieusement sous-payés, et cela a facilité la fuite des talents. Il faudrait donc une volonté politique forte, nationale et locale, pour que les CDAG puissent devenir les centres de santé sexuelle qu'ils ont vocation à devenir depuis plusieurs années. On peut alors rêver d'une union sacrée, qui permettrait d'aménager, dans des lieux existants et identifiés (des consultations hospitalières, des CDAG, des centres de santé déjà existants) des consultations de santé sexuelle, qui prendraient aussi en compte les personnes séropositives, avec des horaires d'ouverture adaptés aux personnes qui travaillent, qui fédéreraient les savoir-faire des professionnels du lieu d'accueil et d'intervenants venus de la ville, de l'hôpital, et des associations. Ceci suppose à l'évidence une approche militante, parfaitement compatible avec le professionnalisme. Le sida en son temps a fait évoluer de façon remarquable la conception même du soin. Peut-être le moment est-il venu de renouer avec l'histoire. - Michel

**Ohayon**

# Prévention positive : quels enjeux ?

*Franck Barbier*  
*Aides (Pantin)*  
*François Berdougo*  
*TRT-5*

**Un an après avoir pris place dans notre vocabulaire collectif dans le sillage de la publication du rapport Lert-Pialoux, la « prévention positive » fait son entrée dans le Plan national. Sans définition stable, elle est formulée différemment selon le point de vue adopté ou les priorités déterminées par les différents acteurs, communautés ou institutions. Et selon ce qu'on lui demande ou comment on la comprend, elle peut être tout autant porteuse d'espoirs que de risques.**

Trente ans après les débuts de l'épidémie, cette notion déjà ancienne prend un nouveau départ alors que la lutte contre le VIH est à un carrefour. Au cœur de la prévention positive version 2011, on trouve l'appropriation d'un appareil combiné de prévention. La palette d'outils disponibles (préservatifs, stratégies comportementales, traitement post-exposition, prévention de la transmission mère-enfant) s'est élargie (circoncision, traitement comme prévention (TasP) tel qu'énoncé dans les déclara-

tions suisses de 2008) et s'élargira encore (recherches actuelles autour des PrEP orale et locale...) pour répondre à la diversité des besoins des personnes. Parmi les enjeux actuels, améliorer la qualité de vie au long cours avec le VIH et les traitements, casser la dynamique de l'épidémie... et parvenir à changer le regard – encore bien sombre – que porte la société sur le sida et les personnes séropositives.

## Partir des situations vécues

Quelles que soient les définitions « opérationnelles » retenues, la prévention positive s'inscrit, pour les personnes séropositives, séroconcernées et leurs associations, dans une perspective de promotion de la santé sous-tendue par une vision globale de la santé. Son objectif premier ? Renforcer les capacités des personnes vivant avec le VIH à agir pour préserver leur santé. Le principe ? Partir de ce qu'elles sont, des situations qu'elles vivent et des besoins qu'elles expriment. Incluant l'ensemble des déterminants de santé, la prévention positive est un système dont toutes les composantes fonctionnent ensemble, et elle ne

1 - Action T35 : « Promouvoir le concept de "prévention positive". Soutien à la vie psychique, affective et sexuelle des PVVIH »

2 - Sommet des personnes vivant avec le VIH, Mexico, organisé par le GNP+

3 - Selon la définition de l'OMS, la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social

4 - Focus groupe prévention positive, Etats généraux sur la prise en charge globale du VIH en Ile-de-France, La Défense, 28 novembre 2010 : [www.etatsgeneraux-vih.fr](http://www.etatsgeneraux-vih.fr)

peut, en aucun cas, se réduire à l'une ou l'autre. La prévention positive fait l'objet d'une action « transversale » du Plan national, la T35<sup>1</sup>, dans l'axe « Prise en charge médicale ». Deux objectifs : « réduire le risque de survenue d'IST et de transmission du VIH en améliorant la santé sexuelle des personnes vivant avec le VIH » et « impliquer [leurs] partenaires dans la prévention positive, afin qu'ils détiennent le même niveau d'information et soient en capacité de gérer la prévention avec leurs partenaires séropositifs ». La prévention positive concerne donc aussi, par ricochet, les personnes séro-négatives, et en premier lieu les partenaires des personnes vivant avec le VIH. Cela se traduit notamment dans les volets « promotion du TPE » (traitement post-exposition) et « promotion de la santé sexuelle chez les et leurs partenaires et les personnes exposées au VIH et aux autres IST », et dans la mesure de l'axe « Prévention et éducation pour la santé » qui vise à développer la prévention « combinée » ciblée en direction de ces groupes de population les plus exposées.

### L'affaire de tous

Lors du Living 2008<sup>2</sup>, qui réunissait quelques centaines de personnes vivant avec le VIH juste avant la Conférence mondiale de Mexico, la crainte s'était exprimée que la prévention positive ne fasse peser tout le poids de la prévention de la transmission sur les seules personnes vivant avec le VIH, dans un contexte de pénalisation croissante. L'inscription de la prévention positive dans le Plan s'avère une occasion de réaffirmer les notions de « responsabilité commune » et de partenariat contre l'épidémie. Le Plan le dit clairement : la prévention est l'affaire de tous.

A nous, associations communautaires, de faire de la prévention positive une stratégie visant à améliorer la santé globale<sup>3</sup> des personnes. Car, et c'est une évidence trop souvent oubliée, une meilleure santé permettra de limiter les nouvelles contaminations, en rendant les personnes plus capables d'un souci de soi et des autres. C'est pourquoi la prévention positive devrait recouvrir tout ce qui contribue au bien-être des personnes vivant avec le VIH, au renforcement de leur autonomie dans leurs choix

### La prévention positive selon le rapport Lert-Pialoux

La prévention positive est « un programme de prévention centré sur les besoins des personnes vivant avec le VIH, qui englobe la prévention de la transmission sexuelle du VIH, le dépistage et traitement des IST, la réussite du traitement anti-VIH, la santé sexuelle (la contraception, les projets parentaux, la grossesse, les troubles sexuels...), la qualité de vie dans son ensemble dont la qualité de la vie sexuelle, les conditions de vie, et un environnement social, politique, juridique satisfaisant. »

Lert F, Pialoux G et al., Rapport au Directeur général de la santé sur la prévention et la réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST, 2009 : [www.vih.org/documents/rdrs\\_rapport\\_VL.pdf](http://www.vih.org/documents/rdrs_rapport_VL.pdf)

et leurs décisions, et à la solidarité... entre elles et envers elles.

### Entendre la parole

Malheureusement, la parole des personnes est trop souvent négligée dans les débats. Voici deux témoignages recueillis lors des Etats généraux sur la prise en charge globale du VIH en Ile-de-France, fin novembre 2010 : « La question de la place de l'autre dans un couple stable séropositif et sérodiférent n'est jamais abordée. Les personnes séronégatives dans un couple stable vivent avec un risque. Quelle est leur souffrance ? On ne parle jamais de nos compagnons. » Ou encore : « La séropositivité n'est pas un facteur de discordance dans mon couple. Il faut éclairer plus encore le grand public sur les risques (et l'absence de risques) à avoir des rapports avec des personnes séropositives. Il n'y a aucun danger et il faut communiquer dessus. On fait des séropositifs, des pestiférés. Il faut redonner une normalité au sein de la société. »<sup>4</sup>

Il est essentiel d'intégrer à la prise en charge l'accompagnement à la santé sexuelle, la vie affective, la procréation, la contraception, la prévention, le désir, le manque de désir, le désir d'enfant. Ce soutien doit prendre en compte les attentes et les spécificités de chacun, en proposant plus systématiquement un bilan pré-conceptionnel et un suivi de santé sexuelle. De fait, les soignants doivent offrir des services de

## Santé sexuelle : ce que dit l'Organisation mondiale de la santé

Selon la définition donnée par l'OMS en 2002, la santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en rapport avec la sexualité ; ce n'est pas simplement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'handicap. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte ni discrimination ni violence. Afin d'atteindre et de maintenir un état de santé sexuelle, les droits sexuels de toute personne doivent être respectés, protégés et promus. Les différentes composantes du champ de la santé sexuelle selon l'OMS : IST, VIH et infections des organes reproducteurs, grossesses non désirées et avortements hors conditions de sécurité, stérilité, bien être sexuel (satisfaction, plaisir, dysfonctionnement), violence entre sexes, certains aspects de la santé mentale, impact du handicap et des maladies chroniques sur la sexualité, mutilation génitale chez les femmes.

santé sexuelle adaptés aux genres, aux sexualités, à l'envie de faire des enfants, sans attendre que des problèmes de santé surviennent... ou que les personnes les sollicitent !

### Faire savoir les progrès

Le Plan prévoit – et c'est une bonne chose – que les soignants « VIH » et ceux des autres spécialités (gynécologues, psychologues...) soient formés aux enjeux de sexualité, de procréation, de contraception, aux nouvelles approches de prévention, au soutien que peuvent apporter les associations. Faire savoir qu'il est possible et envisageable d'avoir une vie sexuelle et affective entre partenaires de statuts sérologiques différents – qu'on soit séropositif ou séronégatif – réduit les angoisses et participe à la réussite de la prévention positive. La formation des professionnels de santé gagnera à privilégier la capacité d'écoute et de compréhension par les médecins des situations et modes de vie des personnes, dans leurs difficultés (sociales, physiologiques et psy-

chiques) tout autant que dans leurs capacités à agir pour elles-mêmes. Les objectifs opérationnels du Plan concernent ainsi la promotion de la santé sexuelle (lire encadré ci-contre) dans l'espace du soin, à travers la formation initiale ou continue des professionnels de santé, l'accueil des couples, la promotion du TPE ou la mise en place de consultations de sexologie dans les services. Ils visent aussi à transformer les messages de prévention, notamment en intégrant la notion de réduction des risques sexuels, elle aussi récemment entrée dans le vocabulaire de la communauté sida, et notamment l'intérêt préventif des traitements (TasP).

### TasP : réduire la peur de transmettre

Car si le TasP vise à réduire à une échelle collective le nombre de transmissions du VIH pour, en quelque sorte, mieux « contrôler l'épidémie », nous pouvons également voir dans cette stratégie un intérêt individuel pour les personnes, un moyen de réduire leur peur de transmettre le virus à leur partenaire ou à leur enfant. C'est aussi un levier extrêmement puissant pour améliorer l'image du VIH/sida dans nos sociétés, où perdure trop souvent l'image du « séropositif contaminateur en puissance ». La reconnaissance de l'effet préventif des traitements s'est avéré un argument en faveur des personnes séropositives dans le cadre de la pénalisation du VIH, comme l'ont montré récemment des jugements suisse puis canadien<sup>5</sup>. Dans ces jugements, des poursuites pour simple exposition supposée au VIH, sans qu'il y ait eu transmission, contre des personnes dont la charge virale était indétectable ont été abandonnées en reconnaissance de l'effet préventif des traitements.

Point de vigilance : il ne faudra cependant pas oublier ou minimiser le risque de stigmatisation des personnes séropositives en difficulté avec leurs traitements, voire en échec de ceux-ci. Les déterminants de l'observance – de l'absence de logement, de papiers ou de ressources... au poids des effets indésirables – renforcent l'importance d'actions d'accompagnement et de programmes d'éducation thérapeutique bien menés, et menés avec les associations qui ont développé un savoir-faire sur

5 - [www.seronet.info/article/jugement-en-suisse-un-tournant-important-10841](http://www.seronet.info/article/jugement-en-suisse-un-tournant-important-10841), Laforgerie JF, 2 mars 2009 ; [www.seronet.info/article/penalisation-un-tournant-au-canada-32460](http://www.seronet.info/article/penalisation-un-tournant-au-canada-32460), Laforgerie JF, 10 novembre 2010



ces questions. Dans toute statistique, même triomphante, il y a des « minorités hors norme » qui constitueront toujours la pierre d'achoppement d'une politique qui les oublie.

### L'alliance des droits humains et de la santé publique

En retour, la modification de l'image du VIH/sida ne peut que favoriser la volonté de connaissance du statut sérologique, le dépistage, partie intégrante de cette prévention combinée. Selon le dernier rapport Yeni, il est « essentiel de repenser les stratégies de mise en œuvre et de communication sur la prévention de la transmission de l'infection, et de promouvoir le concept de prévention combinée, ne se limitant plus aux modifications de comportement (en particulier l'utilisation du préservatif) et associant le dépistage et le traitement antirétroviral aux outils traditionnels de prévention »<sup>6</sup>. Dépistage et traitement sont désormais reconnus comme des outils de prévention à part entière. Pour lutter plus efficacement contre le VIH, il est indispensable d'associer objectifs de santé publique et amélioration de la qualité de vie des personnes séropositives (psychique, affective, relationnelle) et de leur environnement social.

### Le rôle-clé de la qualité des soins

Enfin, le Plan entérine l'intrication de la prévention positive et de la qualité des soins. La prise en compte de la prévention positive participe à la qualité des soins ; une très haute qualité de soins est indispensable à la réussite de la prévention positive. Il faut des dispositifs de dépistage et de soins adaptés aux besoins des personnes et leur assurant une prise en charge de la meilleure qualité. Une bonne organisation du système de soins est indispensable pour la réussite des objectifs du Plan national. Or, les modalités des réorganisations de services et d'hôpitaux menées ces dernières années, notamment à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, sont inquiétantes. Cela nous a amené à nous mobiliser, avec les Corevih, pour que la qualité de l'offre de soins ne se dégrade pas. Car si 85 % des personnes séropositives prises en charge en France prennent un traitement

anti-VIH et si 83 % d'entre elles avaient une charge virale indétectable en 2008<sup>7</sup>, c'est autant grâce aux progrès des molécules qu'à la qualité des soins VIH en France et à leur organisation. Ces données de réussite thérapeutique sont désormais aussi des indicateurs de prévention. Les personnes vivant avec le VIH doivent avoir une place dans l'évaluation des pratiques de soin, les bonnes pratiques et la mise en œuvre des recommandations – y compris dans les hôpitaux et les Corevih.

### Garder une place pour les personnes concernées

Les associations ont pris part au travail préparatoire du Plan, et participeront au suivi de sa mise en œuvre. Ceci ne suffira pas : les actions devront faire une place aux personnes concernées, que ce soit dans leur élaboration, leur mise en œuvre et leur évaluation. De fait, lors de l'annonce d'une consultation technique internationale sur la prévention positive en 2009, l'Onusida déclarait que « la majorité des participants seront des personnes vivant avec le VIH car les débats autour de la prévention positive dans la phase de développement du concept se trop souvent déroulés en leur absence, ce qui a conduit à d'importantes lacunes dans les approches actuelles ».

L'exemple d'une éducation thérapeutique bien menée (voir le texte de François Bourdillon p. 40) ou des actions associatives de soutien au soin (de soi, d'autrui, d'attention et de participation au système de santé)<sup>8</sup> le soulignent : l'empowerment, le renforcement effectif des capacités préventives, pour soi et pour les autres, viendront de la participation active et effective des personnes concernées qu'on favorisera dans tout programme.

Il faudra impliquer tout autant les personnes dans les phases concrètes des actions, qu'il s'agisse de dépistage, d'information, d'éducation thérapeutique ou d'actions de promotion de la santé. Le soutien aux actions de prévention positive, notamment associatives, prévu dans le Plan devra veiller à ne pas opérer de séparations artificielles. Car soin de soi et soin d'autrui sont indissociablement mêlés. - **Franck Barbier, François Berdougou**

6 - Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, rapport 2010 sous la direction du Pr. Patrick Yeni

7 - Base hospitalière française FHDH – ANRS CO 04

8 - Telles que les Universités des personnes séropositives (UPS), week-ends santé ou ateliers thérapeutiques organisés par Aides

## Education thérapeutique et accompagnement : que prévoit le Plan national ?

**François Bourdillon**  
Société française de santé publique,  
Conseil national du sida

40

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) a été consacrée par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), qui l'inscrit dans le Code de la santé publique<sup>1</sup> et en fait une activité de soins à part entière.

Le Plan national sida mentionne l'ETP à de multiples reprises : devenue « *une maladie chronique, (l'infection par le VIH) devrait bénéficier à ce titre des dispositifs qui se mettent en place ou se renforcent, à l'exemple de l'éducation thérapeutique du patient* ». L'ETP est considérée comme un outil pour améliorer la qualité des soins et une action, la T32, lui est consacrée : « développer les programmes d'éducation thérapeutique et les actions d'accompagnement ». C'est que l'ETP est un outil important d'amélioration de la prise en charge, tant pour réduire les complications que pour améliorer la qualité de vie.

### Cahier des charges

Le Plan national annonce l'élaboration d'un cahier des charges spécifique pour les programmes d'ETP dédiés à l'infection par le VIH/sida, d'un cahier des charges national définissant les actions d'accompagnement, la mise en place d'appels à projets et de financements (formations, postes, frais de fonctionnement). Il faut lever certaines ambiguïtés liées au fait que la loi HPST stipule que « *les actions d'accompagnement font partie de l'éducation thérapeutique* ». Contrairement à l'ETP qui s'inscrit dans une démarche de soins menée par et sous la responsabilité de professionnels de santé en charge du patient (dans le parcours de soins comme le précise la loi), l'accompagnement n'est pas sous la responsabilité de soignants<sup>2</sup>.

Aujourd'hui, la grande majorité de l'activité d'ETP à destination des personnes vivant avec le VIH se fait à l'hôpital, pour une raison simple : la plupart des patients y sont suivis. En 2010 un cahier des charges a été élaboré<sup>3</sup>. Les services de médecine ayant une activité VIH et impliqués dans un programme d'éducation thérapeutique ont été dans l'obligation, fin octobre 2010, de faire une demande d'autorisation à leur Agence régionale de santé (ARS). Il va donc être possible, *via* les ARS, de connaître le nombre de programmes existants région par région.

### Une chance pour la prévention positive

Cette connaissance ainsi que la description des différents programmes devraient permettre de piloter le dispositif, tant en matière de formation, de contenu que de financement. Il devrait permettre de déboucher sur un cahier des charges spécifiques au VIH, pour impulser la mise en place d'action dans des champs aujourd'hui trop peu couverts comme celui de la prévention dite positive ou la santé sexuelle. Bien entendu, cette politique aura besoin de financements spécifiques avec toute la complexité d'avoir à cibler des crédits de mission d'intérêt général. Les programmes d'ETP menés par des réseaux doivent, en revanche, faire l'objet de financement spécifique sur des crédits FIQSV.

S'agissant des programmes d'accompagnement, les décrets d'application de la loi HPST sont toujours attendus. Un rapport complémentaire sur les actions d'accompagnement, rendu public en juin 2010<sup>4</sup>, donne quelques pistes d'actions qui peuvent servir au développement et au financement de ce type de programmes. - **François Bourdillon**

1 - Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

2 - Bourdillon F, Gagnayre R, Collin JF. Note relative à la définition, au cahier des charges et au financement des actions d'accompagnement, SFSP, décembre 2009. [www.sfsp.fr/activites/file/Noteaccompagnement.pdf](http://www.sfsp.fr/activites/file/Noteaccompagnement.pdf)

3 - Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation. Saout C, Charbonnel B, Bertrand D. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique. Rapport à la Ministre de la Santé. Juin 2010 [www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_accompagnement.pdf](http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_accompagnement.pdf)

# vue

## La recherche en prévention au centre de toutes les attentions

*France Lert  
Inserm UMR 1018 (Villejuif)  
ANRS (Paris)*

**Au moment où l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) s'apprête à réintégrer l'Inserm, l'Immi ou l'Aviesan<sup>1</sup>, l'affirmation de son autonomie rassure<sup>2</sup>. Pour autant, les questions sur son fonctionnement et son évolution restent ouvertes.**

Agence de recherche finalisée,

dotée d'un budget et d'un important personnel de gestion scientifique, avec une construction multidisciplinaire et une volonté d'allier recherche fondamentale et réponse aux enjeux de santé publique, d'être ouverte à la recherche dans les pays pauvres et émergents, l'ANRS, que certains voient comme un modèle pour l'organisation de la recherche, n'a en réalité que très peu essaimé pour des raisons à la fois scientifiques, politiques et financières.

La communauté VIH est satisfaite mais il faudra un jour ou l'autre interroger cette vision de l'ANRS comme modèle pour penser la structuration de la recherche en biologie et en santé et mener une analyse critique de ce modèle. L'axe 5 du Plan national, sur la recherche et la surveillance épidémiologique, garantit les grandes orientations en termes de structure, de la biologie aux sciences humaines, du fondamental à la santé publique, avec des équi-

pements et des investissements importants (centres de méthodologie, bibliothèques, cohortes) et un champ qui couvre les pays en développement.

### Grands projets vs maintien de la créativité ?

Si le Plan est parsemé de demandes adressées à la recherche pour éclairer tel ou tel programme ou mode d'intervention, il ne lui appartient pas de fixer des orientations stratégiques pour l'ANRS compte tenu de l'autonomie des institutions scientifiques. Les grands projets (vaccin, effet potentiel de la généralisation du dépistage et du traitement, usages préventifs des ARV, nouveaux essais cliniques, etc.) mobilisent fortement les équipes, et captent une part importante des financements par leur taille et par leur coût.

Le maintien d'un large volet de recherche initiée par les chercheurs, non finalisée, non médiatisée, posant des questions incongrues, reste le gage de la vitalité et de la créativité sans lesquelles un champ se sclérose et s'anéantit. Cet équilibre est difficile à préserver à l'heure des grands projets, surtout avec des financements importants dans le contexte français mais

1 - Institut national de la recherche médicale, Institut Inserm de microbiologie et de maladies infectieuses, Alliance pour les sciences de la vie et de la santé.

2 - Si le cap est de faire disparaître les grands établissements de recherche au profit d'agences comme les NIH américain et d'intégration des laboratoires aux universités, la voie pour y arriver, la gestion des phases intermédiaires, le devenir des gens qui y sont, ce qui est voué à disparaître ou à jouer un rôle organisateur à l'avenir, est un projet bien caché, et d'ailleurs pas forcément très clair pour ceux qui ont pour charge de le mener à bien. Pour l'heure, après quelques brutalités, la méthode consiste plutôt à chauffer lentement la marmite dans laquelle la grenouille ne sait pas encore qu'elle cuit.

faibles à l'aune des comparaisons internationales. Cet équilibre est pourtant vital, et tous les acteurs doivent en avoir conscience, en préservant l'ancrage de la recherche sur le VIH et les hépatites dans la recherche en général.

Le principe d'intégration qui prévaut désormais donne un nouvel élan à la recherche en prévention française, jusque-là cantonnée aux aspects fondamentaux, à l'observation et l'analyse des comportements... et aux essais de circonscription en Afrique du Sud. On admet avec moins de réserve que les méthodes de prévention sont complémentaires et pas alternatives, et qu'il faut expérimenter des stratégies ou méthodes nouvelles. Les antirétroviraux utilisés à visée préventive (prophylaxie préexposition, locale ou orale) sont au premier plan après le succès de Caprisa et les données prometteuses d'Iprex.

Ils ouvrent enfin la voie à des études expérimentales pour la prévention dans les rapports entre hommes, au lieu que les raisonnements dans ce domaine reposent uniquement sur une transposition insatisfaisante des résultats observés auprès de femmes ou de couples sérodifférents en Afrique subsaharienne.

### Recherche en prévention : l'espoir ?

En ce qui concerne la phase pilote de l'essai ANRS-PrEP en France, on observe avec étonnement les réticences, au moment où s'ouvrent ces perspectives nouvelles qui vont mettre enfin à l'épreuve du réel les données théoriques, et offrir un choix plus large à des hommes las, plus que d'autres, d'un mode unique de prévention. Un choix plus large d'outils préventifs, qu'on n'a aucune raison de présupposer délétère, là où on clame, avec raison, les valeurs de l'autonomie. La recherche fondamentale n'est pas en reste pour continuer à élucider les mécanismes d'entrée et de réplication du virus et accompagner la recherche de méthodes plus efficaces notamment du côté du vaccin. Le dépistage, libéré d'un encadrement désormais dépassé, peut expérimenter de nouvelles pratiques, et de nouveaux usages. Un programme important est en cours en France mais encore insuffisamment au Sud du côté des équipes françaises.

Les sciences humaines doivent reprendre du service pour appréhender de façon critique les mécanismes des transformations en cours, leur impact et leurs risques. Des risques qui ne sauraient être restreints à la problématique de la désinhibition des comportements et de la compensation du risque.

### Renouvellement des questions des sciences humaines

Car, oui, les questions en sciences humaines et sociales se renouvellent. Il faut faire fi des visions trop peu nuancées : faut-il simplement voir les individus comme soumis au biopouvoir, ou également dotés d'une autonomie accrue ? S'inquiéter uniquement de la génération de nouvelles inégalités potentielles, ou considérer aussi l'amélioration générale des niveaux de santé ? Craindre de nouvelles formes de stigmatisation (une « obligation morale » à prendre son traitement plus tôt, une pression sur ceux, « mauvais élèves », dont la charge virale n'est pas indétectable) ou espérer une atténuation dans le grand public de l'image du séropositif « contaminateur en puissance », et une réduction parallèle de la crainte pour les personnes qui vivent tous les jours avec le virus de le transmettre à un « autre » ? Faut-il prévoir un encombrement plutôt qu'une régénération des services de santé ?

Toutes les raisons donc de garder un enthousiasme scientifique certes critique mais intact !

- France Lert

# « Le rôle central de l'ANRS est réaffirmé dans le futur »

*propos de Jean-François Delfraissy  
ANRS (Paris)  
recueillis par Renaud Persiaux  
Pistes*

**Recherche et observation font l'objet d'un axe spécifique du Plan<sup>1</sup>. Jean-François Delfraissy, directeur de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales, livre sa lecture du Plan et esquisse les orientations des prochaines années.**

les années à venir et sa place de coordinateur et de financeur dans la recherche sur les hépatites et le VIH.

## Quelles sont les priorités de recherche fixées dans le Plan ?

Une vingtaine de priorités sont indiquées, qui avaient été proposées par l'ANRS. Citons par exemple, en matière de recherche fondamentale, la compréhension des réservoirs du VIH, l'influence des caractéristiques génétiques des personnes sur l'infection et son évolution, l'immunité au niveau des muqueuses. En terme de recherche vaccinale, le développement de candidats vaccins et de méthodes innovantes permettant d'évaluer leur efficacité, et bien sûr la réalisation d'essais vaccinaux de phase II. En clinique, la prise en charge des personnes dont l'infection est découverte à un stade avancé, le vieillissement prématuré en particulier au niveau cérébral, la restauration immunitaire trop souvent incomplète des personnes traitées efficacement, les co-infections VIH-hépatites. Point important, la recherche avec les pays du Sud est également à l'agenda : continuer à développer la recherche dans plusieurs sites,

**1 - Deux mesures concernent la recherche. La première prévoit de « poursuivre l'activité autonome de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) », la seconde d'« améliorer et renforcer les connaissances sur les comportements et la recherche épidémiologique en soutenant le travail des Agences et instituts de surveillance et de recherche concernés. »**

**2 - Institut national de la santé et de la recherche médicale, Centre national de la recherche scientifique, Assistance publique-Hôpitaux de Paris**

## Que prévoit le Plan national en matière de recherche ?

Le Plan s'appuie notamment sur ce que fait l'ANRS, en relation avec différentes équipes d'organismes de recherche (Inserm, CNRS, AP-HP<sup>2</sup>) qui travaillent dans le domaine. C'est la première fois qu'il y a un chapitre spécifique recherche et observation, cette dernière concernant en premier lieu l'Institut de veille sanitaire, avec lequel l'ANRS travaille également. D'habitude, les questions posées par le Plan sont ensuite déclinées en réponses des soignants, des communautés, des pouvoirs publics, et des chercheurs. Cette individualisation de la recherche est un signal fort qui permet de souligner l'importance de la recherche en prévention, qui est une priorité de l'ANRS pour 2011-12. C'est aussi l'occasion de réaffirmer la place fondamentale de l'ANRS dans

en Afrique, Asie et au Brésil avec des partenariats internationaux (NIH, EDCTP, Esther...<sup>3</sup>), favoriser les transferts de compétences, porter le plaidoyer pour l'accès aux antirétroviraux récents (3<sup>e</sup> ligne de traitement), mettre en place des recherches opérationnelles sur la prévention de la transmission de la mère à l'enfant. Dans le domaine de la recherche en prévention : les nouvelles conditions de dépistage, la prophylaxie antirétrovirale pré-exposition (PrEP), le traitement antirétroviral des personnes atteintes comme moyen de prévention (ou TasP, *treatment as prevention*). Il s'agit enfin de mieux connaître ce qui se fait au niveau des communautés, et associer plus encore les communautés et les associations.

#### **L'ANRS évoluera le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Quels seront son statut, son financement, son autonomie ?**

Elle deviendra une agence autonome au sein de l'Inserm (ce qui a d'ailleurs rendu nécessaire une modification des statuts de l'Inserm). Elle sera autonome en matière de direction scientifique, de coordination et en terme budgétaire avec un budget spécifique au sein de l'Inserm. Sur le plan administratif, il y aura quelques changements pour tenir compte des modalités de fonctionnement de l'Inserm. L'ANRS sera proche de l'Institut de microbiologie et maladies infectieuses (Immi) qui contrairement à l'ANRS n'a pas une fonction d'agence de moyens pour financer les programmes de recherche. L'ANRS restera donc une agence d'objectifs et de moyens au sein de l'Inserm.

#### **Vous en garderez la direction ?**

Le directeur de l'ANRS sera nommé par ses deux tutelles, le ministre de la Recherche et celui de la Santé avec l'accord du directeur de l'Inserm. Je postulerai sans doute pour rester directeur de l'ANRS, le temps d'accompagner l'évolution de la nouvelle structure. Le budget 2011, avec une augmentation de la dotation du ministère de la Recherche atteint 48,2 millions d'euros. L'ANRS a pu bénéficier début décembre de la réserve budgétaire 2010 (5 % du budget des organismes réservé par nos tutelles qui bien souvent ne la redonnent pas), soit 1,5 million d'euros. Grâce à cela, nous avons pu décider de lan-

cer les phases pilotes de deux grands essais de prévention, PrEP (en intermittent) et TasP.

#### **Ces essais sont très chers, et certains s'inquiètent d'une chute des financements de petits essais moins coûteux et moins visibles...**

J'ai annoncé les priorités de l'Agence pour les quatre ans à venir, et celles-ci ont été validées par le conseil scientifique et le conseil d'administration : le vaccin, les réservoirs, le dépistage et les nouvelles stratégies de prévention. Nous avons décidé de diminuer le budget des recherches cliniques et thérapeutiques au Nord, car les besoins sont différents, même si j'ai conscience que les questions d'organisation de la prise en charge sont importantes. On pourra aussi soutenir dans cette période la réédition de deux grandes enquêtes : Vespa 2 (près de 2 millions d'euros), y compris en Antilles-Guyane, ce qui est une nouveauté, et l'enquête KABP 2011 en Antilles-Guyane (700 000 euros). Avec cette série de grandes enquêtes, et les phases pilotes de TasP (3,4 millions d'euros) et PrEP (1,5 million d'euros environ), l'agence s'engage fortement dans le domaine des sciences sociales et préventives. Cela inquiète les autres disciplines et il y aura un effort d'information à faire. Mais je le dis en toute transparence il y aura forcément un retentissement sur les autres secteurs de recherche, car nous sommes à budget constant.

#### **En 2010, vous aviez alerté sur l'état financier de l'ANRS, évoquant sur France Inter une quasi-faillite. Quelles sont vos pistes de financements actuelles ?**

Nous envisageons plus d'interactions avec l'industrie pharmaceutique, avec la piste d'essais co-financés, tout en conservant notre autonomie intellectuelle. Nous allons aussi chercher d'autres sources de financements, internationaux cette fois. Ainsi pour TasP et PrEP, l'ANRS ne s'est engagée que sur des phases pilotes, ce qui était crucial pour laisser les acteurs français dans la compétition internationale, où ils sont très bien placés puisque la France est en 2<sup>e</sup> position mondiale pour les hépatites et 3<sup>e</sup> pour le VIH. Pour poursuivre ces essais, il faudra probablement aller dans les phases ulté-

3 - National Institutes of Health (Etats-Unis) ; European & Developing Countries Clinical Trials Partnership ; le groupement d'intérêt public Ensemble pour une solidarité thérapeutique en réseau

rieures vers de grandes fondations, comme la Fondation Gates ou d'autres. Nous avons aussi postulé au Grand Emprunt, avec un projet d'Institut de recherche vaccinale et un Centre de recherche sur les primates. Les sommes en jeu sont importantes, les réponses seront connues mi-mars.

### **Comment s'établit la cohérence entre les priorités de recherche de l'ANRS et les nouvelles stratégies de lutte contre le sida inscrites dans le Plan ?**

Il y a en France une forte interaction entre cette agence de recherche et les aspects de santé publique gérés par le ministère de la Santé. Le ministère indique ses priorités et un certain nombre de projets de recherche sont proposés. Ce sont les meilleurs qui sont retenus. A l'ANRS, on fait de la recherche aussi pour améliorer la prise en charge globale de l'infection à VIH au niveau français et international. Notre recherche est finalisée dans ses objectifs mais ouverte dans ses moyens. On peut favoriser le démarrage pour un certain nombre de projets qui avant d'être mis en place à un niveau de santé publique le sont dans une optique de recherche opérationnelle.

C'est le cas avec les études ANRS COMTEST et DRAGTEST sur les nouvelles conditions de dépistage, réalisées en partenariat avec Aides. Elles ont permis d'ouvrir les portes alors que toutes étaient bloquées, et ont abouti à la publication du décret autorisant l'utilisation du test rapide, en novembre 2010. Je crois que cet exemple illustre bien comment on part du ministère vers un organisme de recherche, puis vers les chercheurs, puis vers les associations. Et comment on retourne vers le ministère avec des réponses ! - **propos recueillis par Renaud Persiaux**

Inscrivez-vous  
sur [vih.org](http://vih.org)  
et commentez directement  
les articles publiés dans  
*Transcriptases*

Ecrivez à  
[transcriptases@vih.org](mailto:transcriptases@vih.org)  
pour partager avec  
la rédaction vos actualités  
liées au sida  
ou aux hépatites

# Nouvelles parutions

Aude Segond  
Crips Ile-de-France

## Réflexions sur la prise en charge

46



### La qualité des soins et l'organisation de la prise en charge dans l'infection à VIH, journée de réflexion scientifique 2010 du TRT-5

TRT-5 (Groupe interassociatif Traitements et Recherche Thérapeutique)  
Acte de colloque, France, 2010, 15 p.

Synthèse d'une journée de débats sur la prise en charge et à la qualité des soins dans l'infection à VIH, à l'heure de la réorganisation du système de santé et de l'hôpital, avec des expériences de prise en charge et de coordination des soins.  
[www.trt-5.org](http://www.trt-5.org)



### Restitution des travaux en ateliers et du forum des Etats généraux sur la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH en Ile-de-France (26 et 27 novembre)

Acte de colloque, France, 2010, 81 p.

La première partie effectue une synthèse des ateliers sur les freins à l'accès au soin et au dépistage, l'organisation de l'offre de soins, les lieux de vie et la prévention positive, le forum associatif et les propositions. La seconde partie retrace in extenso les débats.  
[www.etatsgeneraux-vih.fr](http://www.etatsgeneraux-vih.fr)

## Guides pratiques



### Homosexuels, des patients comme les autres ?

Association des médecins gays, AIDES  
Guide pratique, France, 2010, 18 p.

Destiné aux médecins, après avoir évoqué les représentations de l'homosexualité, ce guide traite de l'usage de substances psychoactives, des maladies infectieuses et de la santé psychique. Une seconde partie propose des réflexes cliniques en termes de proposition de dépistage ou de suivi sous traitement antirétroviral.  
[www.aides.org](http://www.aides.org)



### Comprendre et bien remplir le certificat médical de la MDPH, VIH/sida et hépatites

## AIDES

Guide, France, 2010, 39 p.  
Destiné aux personnes vivant avec le VIH et/ou une hépatite, ce guide aide à comprendre comment formuler une demande auprès de la Maison départementale des personnes handicapées, et par qui se faire accompagner. Un cahier détachable fournit des clés de remplissage des rubriques du certificat médical.  
[www.aides.org](http://www.aides.org)

## Dépistage



### Quels usages du dépistage du VIH et des IST en 2010 ?

Sida Info Service  
Rapport, France, 2010, 16 p.  
Analyse d'une enquête sur Internet (15 juin-26 juillet 2010) sur le dépistage de l'infection à VIH et des IST auprès de 1 357 personnes (contextes des prises de risque ; difficultés : démarches, honte, peur ; tests rapides et auto-tests.)  
[www.sida-info-service.org](http://www.sida-info-service.org)



### Comportements face au dépistage VIH : enquête 2010

Corevih Ile-de-France Sud  
Rapport, France, 2010, 29 p.  
Analyse d'une enquête auprès de 1 299 jeunes (25 ans en

Retrouvez sur [vih.org](http://vih.org) les publications disponibles en ligne



moyenne) lors du festival Solidays de juin 2010, pour déterminer les connaissances sur le dépistage du VIH et, en particulier, sur le test de dépistage rapide et son acceptabilité.

[www.corevih-sud.org](http://www.corevih-sud.org)

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

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, France  
Législation, 17/11/2010, 8 p.

Cet arrêté précise les conditions de réalisation d'un test de dépistage rapide du VIH hors situations d'urgence, le cahier des charges des structures associatives les pratiquant et la formation nécessaire.

[www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

**Prévention**

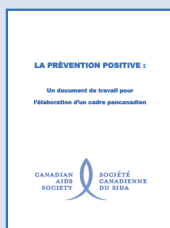


**Projet d'essai de traitement antirétroviral en prophylaxie pré-exposition chez des homosexuels masculins : rapport de consultation communautaire, décembre 2010**

TRT-5 (Groupe interassociatif Traitements et Recherche Thérapeutique)  
Rapport, France, 2010, 53 p.  
Résultats de la consultation de la communauté homosexuelle

française sur un projet franco-québécois d'essai de PrEP (prophylaxie pré-exposition).  
Méthodologie et résultats : représentations de la PrEP, besoins d'information et questionnements, préoccupations éthiques et réserves vis-à-vis des laboratoires pharmaceutiques.

[www.trt-5.org](http://www.trt-5.org)



**Prévention positive : un document de travail pour l'élaboration d'un cadre pancanadien**

Société canadienne du sida  
Etude, Canada, 2010, 38 p.

Ce document de travail se veut un moyen d'amorcer le dialogue sur les enjeux liés à l'efficacité de la prévention positive.

[www.cdnajds.ca](http://www.cdnajds.ca)

**Populations exposées**

**HSH**



**Santé gaie**

Jablonski O, Le Talec JY, Sideris G (dir.)  
Livre, Paris, Editions Pepper - L'Harmattan, 2010, 302 p.

Cet ouvrage collectif est issu du colloque organisé par l'association Warning en

novembre 2005 « VIH et santé gaie : nouveaux concepts, nouvelles approches », mais intègre des données plus récentes. Au programme : histoire du concept de santé gaie, questions théoriques, données de recherche et expériences de terrain.



**La discrimination sociale à l'encontre des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) : conséquences sur la politique et les programmes de lutte contre le VIH**

MSMGF (Forum mondial sur les HSH et le VIH), Etats-Unis  
Rapport, International, 2010, 12 p.

Mise en évidence des liens entre discrimination liée à l'orientation sexuelle et risque d'infection par le VIH. L'homophobie écarte les HSH du système de santé, peut se traduire par des comportements à risque et une mauvaise estime de soi, entrave la mise en place d'une stratégie efficace de lutte contre le sida. Des recommandations sont émises. Un tableau recense des ressources disponibles pour lutter contre l'homophobie dans différents publics (élèves, professionnels de santé, décideurs...).

[www.msmgf.org](http://www.msmgf.org)

**Usagers de drogue**

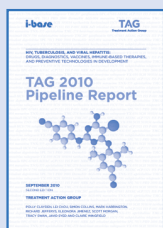
**Réduction des risques infectieux : chez les usagers de drogues**



Institut national de la santé et de la recherche médicale  
Livre, Paris, Inserm, 2010, 573 p.  
Résultats d'une étude réalisée suite à une demande du ministère de la Santé et des Sports. Bilan des connaissances scientifiques sur les dispositifs et programmes de réduction des risques existant au plan international, leur contexte de mise en place, l'évaluation de leur impact, ainsi que sur les projets en expérimentation. Cette expertise doit contribuer à la définition de critères d'orientation pour améliorer les outils de réduction des risques, les modes d'intervention et les pratiques des intervenants en France.

## Et aussi...

### Recherche thérapeutique



**TAG 2010 pipeline report, second edition (Le rapport pipeline 2010 du TAG, seconde édition)**  
Treatment Action Group  
Rapport, Etats-Unis, 2010, 150 p.  
Rassemble les données concernant les recherches thérapeutiques et vaccinales sur l'infection à VIH, l'hépatite virale B et la tuberculose :

molécules en développement, essais en cours, nouveaux tests diagnostiques, essais de PrEP et microbicides. Mis à jour après la conférence internationale sur le sida de Vienne en juillet 2010.  
[www.treatmentactiongroup.org](http://www.treatmentactiongroup.org)

### Criminalisation



#### **Prise de position : le traitement pénal de la transmission du VIH**

Aide suisse contre le sida  
Rapport, Suisse, 2010, 20 p.  
Examen d'une série de cas concrets de poursuites pénales liées à la transmission du VIH ou à l'exposition au risque de transmission. Ces exemples permettent de distinguer les situations justifiant ou non, selon l'association, une sanction pénale.  
[www.aids.ch](http://www.aids.ch)

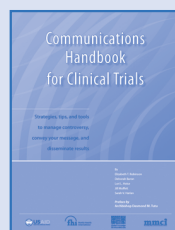
### Communication



#### **Le dégoût dans les campagnes de lutte contre le sida**

Pezeril C, in Anatomie du dégoût, Ethnologie française 2011, 41, 1, 79-88  
Depuis les années 2000, certaines campagnes médiatiques de prévention du VIH/sida jouent à nouveau sur la peur et le dégoût, non seulement

de la maladie, mais surtout des personnes atteintes. L'auteur analyse les quatre grandes figures du dégoût mises en scène dans ces campagnes et tente de comprendre leur émergence et leurs articulations avec la politique de prévention et de lutte contre le sida et, plus largement, avec le gouvernement des corps.  
[www.cairn.info](http://www.cairn.info)



#### **Communications handbook for clinical trials : strategies, tips, and tools to manage controversy, convey your message, and disseminate results**

MMCI (Microbicides Media and Communications Initiative), GCM (Global Campaign for Microbicides), FHI (Family Health International), Etats-Unis, USAID (United States Agency for International Development) Guide, Etats-Unis, 2010, 252 p.  
Destiné aux personnes qui mettent en place et construisent des essais cliniques concernant l'infection à VIH, ce guide aide à définir les stratégies de communication : préparation, budgétisation, planification, communication pendant l'essai, gestion éventuelle de crise, communication large des résultats, messages-clés, effets pervers et vulgarisation scientifique, travail avec les médias. De nombreux exemples d'actions et d'outils illustrent le propos.  
[www.fhi.org](http://www.fhi.org)



## LE PLAN, LES REACTIONS

- 1 Copieux**  
*Gilles Pialoux*
- 3 Au risque de l'inertie**  
*France Lert*
- 6 Les associations entre espoir et inquiétude**  
*Hugues Fischer, Christian Andreo, Marc Dixneuf*
- 9 Le Plan « Populations d'Outre-Mer » vu de la Guyane**  
*Carine Magen, Claire Girou*

## DECLINAISON ET MISE EN OEUVRE

- 13 « La Direction générale de la santé reste garante et pilote de la mise en œuvre »**  
*propos de Bernard Falu*
- 17 « En Ile-de-France, les Etats généraux alimenteront la déclinaison du Plan »**  
*propos de Claude Erin*
- 19 Le volet Migrants survivra-t-il aux réformes du droit au séjour pour soins ?**  
*Madeleine Jayle, Caroline Izambert, Adeline Toullier*

## AUTOUR DU PLAN

- 23 Les enjeux économiques du dépistage**  
*Yazdan Yazdanpanah*
- 27 Dépistage : une révolution tranquille ?**  
*Jean-Marie Le Gall*
- 30 CheckPoint Paris : un dispositif fonctionnel, attractif et informatif**  
*Christine Rouzioux, Jean-Yves Le Talec, Georges Kreplack, Nicolas Derche, Pierre Tessier, Anne Guérin, pour le Groupe CheckPoint*
- 33 Centres de santé sexuelle : quelle feuille de route ?**  
*Michel Ohayon*
- 36 Prévention positive : quels enjeux ?**  
*Franck Barbier, François Berdougo*
- 40 Education thérapeutique et accompagnement : que prévoit le Plan national ?**  
*François Bourdillon*
- 41 La recherche en prévention au centre de toutes les attentions**  
*France Lert*
- 43 « Le rôle central de l'ANRS est réaffirmé dans le futur »**  
*propos de Jean-François Delfraissy  
recueillis par Renaud Persiaux*

## PUBLICATIONS

- 46 Nouvelles parutions**  
*Aude Segond*
- 16 ABONNEMENT**

Tous les articles  
analysés dans ce numéro  
sont consultables  
au Crips :  
Tour Maine-Montparnasse  
BP 53  
75755 Paris Cedex 15  
tél. : 01 56 80 33 33

Tous les articles  
et les numéros  
de Transcriptases  
sont consultables  
sur [vih.org](http://vih.org)

marc Vasseur  
nicolas Vignier  
laurence Weiss  
secrétariat de rédaction :  
renaud Persiaux  
comptabilité et abonnements :  
amanda Baptista  
nathalie De Oliveira  
conception graphique :  
vincent Perrotet  
réalisation :  
céline Debrenne  
impression :  
Stipa/4M  
dépot légal : à parution  
ISSN : 1166-5300  
commission paritaire : 73 472

jean-baptiste Guiard-Schmid  
béatrice Jacquelin  
joseph Larmarange  
france Lert  
stéphane Le Vu  
stéphane Lévy  
nathalie Lydié  
yoann Madec  
élise Marsicano  
christophe Martet  
laurence Morand-Joubert  
armelle Pasquet  
gilles Raguin  
anna-Laura Ross  
aude Segond  
patrice Tchendjou Tankam  
antonio Ugidos

président de Pistes :  
michel Kazatchkine  
directeur de la publication :  
dieder Jayle  
rédacteur en chef :  
gilles Pialoux  
rédacteur en chef adjoint :  
charles Rancier  
comité de rédaction :  
pénélope Autret  
christophe Broqua  
karen Champenois  
christine Daniel  
agnès Durmort  
éric Fleutelot  
gustavo Gonzalez-Canali  
abdon Goudjo

**Transcriptases**  
Tour Maine-Montparnasse  
33. av. du Maine  
BP 54 75755 Paris Cedex 15

tél. 01 56 80 33 51  
fax 01 56 80 33 55  
e-mail : [transcriptases@vih.org](mailto:transcriptases@vih.org)

Avec la participation  
du Centre régional  
d'information  
et de prévention du  
sida.



Avec le soutien  
de la Direction générale  
de la santé,  
de l'**anRS**  
et des Laboratoires

Abbott Laboratories

**Boehringer  
Ingelheim**

**Bristol-Myers Squibb**  
Virologie

**GILEAD**

**Roche**

**tibotec**  
JANSSEN-Cilag

**ViiV  
Healthcare**