



**DECLARATION D'ENGAGEMENT DES
NATIONS UNIES CONTRE LE VIH/SIDA
(UNGASS)**

**RAPPORT DE PROGRES POUR LA
FRANCE**

2008

Pour la réalisation de ce rapport, la France a choisi une approche novatrice, consistant à remettre, en même temps que le rapport gouvernemental demandé par l'ONUSIDA, un rapport réalisé par les associations françaises actives dans la lutte contre le VIH/sida.

Cette démarche correspond à une volonté partagée d'approfondir la collaboration entre pouvoirs publics et associations en matière de lutte contre le sida. Son objectif est également d'offrir à celles-ci l'opportunité d'exprimer leur propre point de vue sur les actions menées par les pouvoirs publics en matière de lutte contre le VIH/sida, et d'émettre des propositions visant à renforcer cette lutte. Ceci s'inscrit pleinement dans l'esprit de l'engagement 94 de la Déclaration des Nations Unies contre le sida, laquelle recommande notamment de : *« procéder périodiquement à des évaluations nationales, avec la participation de la société civile, notamment des personnes atteintes du VIH/sida, des groupes vulnérables... »*.

Ces deux rapports sont néanmoins distincts et ont suivi des méthodologies différentes. Le rapport gouvernemental a suivi la trame et les indicateurs proposés par ONUSIDA, tandis que les associations ont choisi de sélectionner les thèmes qui leurs semblaient les plus pertinents.

Le rapport associatif n'engage que les associations qui en sont l'auteur, de même que le rapport gouvernemental n'engage que les pouvoirs publics français.

Rapport Gouvernemental 2008

Sommaire

I. Aperçu de la situation.....	5
II. Aperçu de l'épidémie.....	6
III. La lutte contre l'épidémie de VIH en France : les faits marquants en 2006-2007.....	8
IV. Des réussites à souligner	13
V. Difficultés rencontrées, réponses apportées	16
VI. L'action internationale de la France en matière de lutte contre le sida en 2007.....	20
VII. Suivi, évaluation.....	22
VIII. Annexes	22

Ce rapport a été élaboré par les autorités françaises (Ministère des Affaires étrangères et européennes, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports), avec le concours des agences et organismes concernés (INPES¹, InVS², ANRS³, ...).

I. Aperçu de la situation

▪ Situation actuelle de l'épidémie

Les derniers résultats de la surveillance de l'infection à VIH/SIDA en France, coordonnée par l'Institut de veille sanitaire (InVS) témoignent d'une évolution encourageante. En effet, le nombre de nouveaux diagnostics VIH identifiés en 2006 (dernière année complète pour laquelle les données soient disponibles) est en légère baisse (6 300 contre 6 700 en 2005), confirmant la tendance observée entre 2004 et 2005.

Les autres données rapportées vont également dans le bon sens : elles mettent en évidence un dépistage et une prise en charge plus précoces.

La proportion de diagnostics précoces augmente (10 % au stade de primo-infection en 2006 contre 7 % en 2003) et celle des diagnostics tardifs régresse (20 % au stade sida en 2003, 14 % en 2006). Le nombre de cas de SIDA déclaré régresse lui aussi sensiblement entre 2005 et 2006 (de l'ordre de 20 %).

Le nombre de personnes vivant avec le VIH en France est estimé à 130 000, ce qui correspond à une prévalence de 0,2%. Le nombre de malades du SIDA est estimé à 27 500 à fin 2006.

Il est particulièrement intéressant de noter que la tendance à la diminution du nombre de nouvelles découvertes de séropositivité VIH s'observe dans tous les groupes de population, avec toutefois une exception notable : les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), chez lesquels ce nombre stagne.

En outre, même si la découverte de l'infection se fait plus précocement en 2006 qu'en 2003, il reste encore trop de transmissions du VIH découvertes tardivement, et les inégalités devant le risque de contamination demeurent réelles. Les homosexuels masculins sont les plus exposés au risque de contamination, avec un taux de prévalence estimé près de 100 fois supérieur à la moyenne nationale.

Les étrangers-migrants vivant en France et les habitants des départements français d'Amérique constituent les deux autres groupes les plus affectés, auxquels on pourrait ajouter les femmes, la féminisation de l'épidémie étant aussi une réalité en France.

▪ La riposte

La France a toujours placé au premier plan la lutte contre les discriminations, qui suppose de garantir les droits des personnes atteintes et de combattre la stigmatisation. Cette dimension essentielle a été renforcée, durant la période 2006-2007, par l'adoption de mesures conventionnelles, puis législatives, visant à faciliter l'accès des personnes séropositives et, plus largement, des malades, à l'assurance et à l'emprunt. Sur le même registre, il faut aussi noter la création d'une Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE), attentive à la question des droits des personnes malades comme au respect de l'orientation sexuelle de chacun.

¹ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

² Institut de veille sanitaire

³ Agence nationale de recherche sur le SIDA et les hépatites virales

En matière de prévention, une attention toute particulière a été accordée à l'accessibilité du préservatif, qui demeure le seul moyen sûr et efficace de prévention de la transmission. Grâce à une négociation avec les fabricants, les distributeurs et des réseaux commerciaux comme les points de presse ou les bureaux de tabac, on trouve désormais facilement, partout en France, le préservatif masculin à 20 centimes (1€ la pochette de 5).

La période a aussi été marquée par la création d'un dispositif régional de coordination de la lutte contre l'épidémie à VIH (COREVIH) qui vise à mieux prendre en compte les dimensions extrahospitalières et sociale et fait une place pleine et entière aux associations d'usagers et de patients.

La qualité de la prise en charge, la continuité des soins, la cohérence des dimensions préventive et thérapeutique demandent un effort permanent d'adaptation, qui tient compte des données épidémiologiques, des progrès thérapeutiques, de l'évolution des comportements. Un groupe d'experts mandaté par le ministre chargé de la santé élabore dans ce but tous les deux ans des recommandations qui s'adressent aux cliniciens, mais aussi aux pouvoirs publics. Le rapport remis en juillet 2006 a permis plusieurs avancées, en particulier la reconnaissance de la nécessité d'une hospitalisation annuelle de synthèse des patients séropositifs sous traitement et sa prise en charge par l'assurance maladie.

II. Aperçu de l'épidémie⁴

On estime à environ 130 000 le nombre de personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en France et à environ 27 500 le nombre de personnes vivant avec le SIDA. Un peu plus de 1 000 personnes sont tombées malades en 2006.

La notification obligatoire des nouveaux diagnostics d'infection au VIH a été mise en place en France par l'InVS au printemps 2003. Couplée à un dispositif de surveillance virologique des contaminations récentes, elle permet de mieux suivre la dynamique de l'épidémie.

Compte-tenu des délais de déclaration et de la sous-déclaration, l'InVS estime ainsi à environ 6 300 le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité en 2006 (chiffre en baisse depuis 2004), le quart de ces personnes ayant été contaminé dans les 6 mois précédant le diagnostic.

Les rapports hétérosexuels sont à l'origine de plus de 60% des découvertes de séropositivité de cause connue en 2006, dont la moitié de personnes originaires d'Afrique subsaharienne. Le nombre de découvertes de séropositivité a néanmoins diminué depuis 2003 chez les femmes de nationalité étrangère et depuis 2005 chez les hommes de nationalité étrangère.

L'autre groupe particulièrement affecté par l'épidémie à transmission hétérosexuelle est constitué par les personnes des DFA (Départements français d'Amérique) et en premier lieu la Guyane, département le plus touché de France. Globalement toutefois, le nombre de nouvelles découvertes de séropositivité d'origine hétérosexuelle est en légère diminution en France.

En revanche, le nombre de découvertes de séropositivité chez les homosexuels a augmenté de 2003 à 2005, avant de se stabiliser en 2006 (36% de l'ensemble des nouvelles séropositivités de cause connue). Dans cette population, la situation épidémiologique est aussi

Source : InVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 46-47, 27 novembre 2007
<http://www.invs.sante.fr/publications/default.htm>

préoccupante vis-à-vis du VIH que des infections sexuellement transmissibles (IST) : résurgence de la syphilis depuis 2000, émergence de la lymphogranulomatose vénérienne en 2004, recrudescence des pratiques à risque observée dans les enquêtes comportementales depuis 2000, cas d'hépatite C aiguë liés à une IST concomitante ou à des lésions traumatiques.

La faible proportion d'usagers de drogues parmi les nouveaux cas de VIH (2%) confirme l'efficacité de la stratégie de réduction des risques mais elle ne s'est pas traduite par une baisse de l'incidence du VHC, ce qui justifie de poursuivre la politique de réduction des risques, d'information et d'aide sociale aux usagers, d'accès au matériel d'injection et d'amélioration de l'offre de soins, notamment des traitements de substitution. Ces orientations et ces actions sont désormais intégrées et développées dans les programmes de lutte contre les pratiques addictives.

Moins de 400 malades sont décédés du SIDA en 2006 et le nombre total de décès depuis le début de l'épidémie est proche de 35 000.

Toutes causes et origines confondues, les régions les plus affectées par l'épidémie sont la Guyane, la Guadeloupe, l'Île-de-France (qui représente plus de la moitié des nouvelles contaminations et près de la moitié des malades du SIDA) et la Martinique. À un moindre degré, viennent ensuite PACA et Rhône-Alpes.

En 2006, cinq millions de sérologies VIH ont été réalisées, soit une diminution de 5 % par rapport à 2005, et le nombre de sérologies confirmées positives a diminué de 4 %.

L'année 2006 est marquée par une diminution globale des nombres de découvertes de séropositivité et de diagnostics de sida, un arrêt de l'augmentation du nombre de découvertes de séropositivité chez les homosexuels et une diminution, parmi les découvertes de séropositivité, de la proportion des dépistages tardifs, au stade sida. Ce constat encourageant doit cependant être confronté à d'autres données, notamment de comportement et de recours au dépistage.

III. La lutte contre l'épidémie de VIH en France : les faits marquants en 2006-2007.

▪ Prévention

La lutte contre le VIH/SIDA s'appuie sur un dispositif préventif articulant une large accessibilité aux préservatifs et aux moyens de dépistage et une action continue d'information, de communication et d'éducation à la santé en direction de la population générale qui intègre aussi la prévention des autres infections sexuellement transmissibles (IST).

Des actions spécifiques sont menées dans les six régions de métropole les plus concernées, dans les départements français d'Amérique (DFA) et auprès de groupes prioritaires (homosexuels masculins, migrants, personnes séropositives).

Une part importante de l'action publique en matière de prévention, en particulier les actions de communication, est mise en œuvre par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), qui consacre 23M€ par an au VIH et a retenu 4 axes stratégiques :

- Maintenir un haut niveau d'information et de prévention du VIH et des IST dans la population générale ;
- Promouvoir les comportements préventifs dans les populations et les zones prioritaires ;
- Promouvoir la démarche de dépistage du VIH et des IST ;
- Soutenir les personnes atteintes dans le maintien de leur vie sociale, affective et sexuelle.

- Rendre le préservatif accessible à tous pour en faire un réflexe.

Près de 100 millions de préservatifs sont vendus chaque année en France, cependant le marché français reste très en deçà par rapport au reste des pays d'Europe occidentale à population égale.

C'est pourquoi le Ministère de la Santé a invité dès 2006 les principaux fabricants et distributeurs de préservatifs à rendre le préservatif plus facilement accessible et moins cher en prenant comme thème de la journée du 1^{er} décembre 2006 « le préservatif à 20 centimes d'euros ». Depuis cette opération, l'offre de préservatifs à 20 centimes d'euros s'est diversifiée et pérennisée. Ils sont devenus disponibles dans de nombreux lieux notamment chez les marchands de journaux et dans les bureaux de tabac (30 000 points de vente), des stations-service, des pharmacies.

Le préservatif à 20 centimes doit aussi pouvoir être disponible en grandes surfaces et dans les hôtels, ce qui n'est pas encore le cas.

Par ailleurs, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) distribue gratuitement aux associations et organismes menant des actions de prévention, des préservatifs destinés aux publics les plus exposés et les plus précaires. En 2007, ce sont 5,7 millions de préservatifs masculins et 750 000 préservatifs féminins qui ont été ainsi diffusés.

Les établissements de santé ont mis également à disposition des préservatifs à 20 centimes dans des distributeurs ou dans les relais presse au sein de l'hôpital. De plus, le ministère de l'éducation nationale a incité en 2006 par voie de circulaire à l'installation d'un distributeur de préservatifs à 20 centimes dans chaque lycée. Une nouvelle initiative est attendue à cet égard.

Parallèlement à cela, il est souhaitable de favoriser l'accès au préservatif féminin dont les modèles de deuxième génération sont sur le marché français depuis le début de l'année. Ces produits de 2^{ème} génération ont l'avantage de coûts de fabrication moins élevés; cependant, ils conservent des limites qui en freinent la diffusion : image peu valorisée, utilisation moins simple que le préservatif masculin, prix relativement élevé, aggravé par le faible nombre de fabricants dans le monde et le monopole de l'un d'entre eux en France. Des démarches ont été entreprises auprès d'un autre fabricant en vue d'une possible diffusion en France.

- Mettre en place des dispositifs de prévention ciblés auprès des populations les plus touchées.

- En direction des migrants

Après évaluation courant 2007, le programme national de lutte contre le VIH/Sida en direction des migrants / étrangers vivant en France, qui couvrait la période 2004-2006, a été reconduit pour les années 2007 et 2008. La stratégie mise en œuvre par ce programme doit permettre :

- de réduire la transmission du VIH et des IST au sein de la population migrante par des interventions de prévention adaptées,
- d'inciter au dépistage du VIH et des IST en améliorant son accessibilité ;
- d'assurer une prise en charge sociale et médicale permettant une adhésion optimale au traitement ;
- d'améliorer la qualité des données et la coordination entre les acteurs soignants, sociaux et associatifs.

- Dans les départements français d'Amérique (DFA)

Il est essentiel de soutenir et de favoriser la formation des intervenants, de susciter et d'étayer des dynamiques associatives, d'aider à l'émergence de réponses adaptées aux contextes locaux. Ces objectifs sont pris en compte dans le cadre des Programmes Régionaux de Santé Publique. Un groupe national d'appui aux actions de lutte contre le VIH/Sida dans les DFA a été mis en place en 2005. À son initiative, un séminaire, dont la maîtrise d'œuvre avait été confiée à l'ONG Sidaction, s'est tenu en octobre 2006 pour mobiliser les acteurs des DFA et échanger avec ceux de la zone Caraïbe. Des projets communs ont pu émerger, intégrés à un projet plus large porté par le PANCAP (Partenariat pan-caraïbe contre le VIH-SIDA), auquel l'Union européenne devrait apporter un soutien financier *via* le programme INTEREG IIIB.

- En direction des homosexuels, il s'agit de :

- remobiliser les acteurs (institutionnels, associatifs, leaders d'opinion);
- communiquer des messages spécifiques aux personnes atteintes en intégrant la gravité des contaminations par les IST et les risques de surcontamination et de résistance;
- réaffirmer la norme préventive, qui repose notamment sur le recours systématique au préservatif;
- développer les entretiens de prévention, notamment afin de pouvoir travailler la question des prises de risque;
- inciter au dépistage régulier du VIH et des IST et au recours quand il est nécessaire au traitement post exposition.

L'action repose notamment sur la distribution d'outils de prévention (brochures, préservatifs et gels) dans les établissements de rencontres sexuelles ayant adhéré à la charte de responsabilité (cf. *infra*) et sur la recherche de supports innovants (roman photo, sites Internet). L'évaluation des stratégies d'intervention des principales associations impliquées, menée en 2005-2006, permet d'ajuster les interventions.

- Soins, prise en charge, soutien

La situation française est marquée par un accès aux soins largement ouvert, grâce à une prise en charge financière à 100% pour tous les patients, quel que soit leur statut, et une pleine disponibilité des traitements.

La mise à disposition de traitements efficaces depuis 1996 a permis de faire chuter non seulement la mortalité de manière drastique (2 916 décès en 1996, moins de 400 en 2006) mais également le passage au stade SIDA (- 46% entre 1996 et 1997). En 2006, 80% des patients traités ont un bon contrôle de leur infection sous traitement ; le pourcentage d'échec grave est de l'ordre de 4%.

La prise en charge est essentiellement hospitalière (supérieure à 80%), sur le mode ambulatoire.

Les progrès en matière de présentation galénique et de tolérance aux traitements ont permis une baisse de la prévalence des effets indésirables et l'amélioration de l'observance thérapeutique.

Pour un patient traité à un stade précoce de la maladie, lorsque les objectifs thérapeutiques sont atteints (correction parfaite et prolongée du déficit immunitaire), l'espérance de vie est identique à celle de la population générale.

La proposition systématique de dépistage aux femmes enceintes permet une prise en charge le plus souvent précoce et un taux de transmission de l'infection par le VIH de la mère à l'enfant limité à 1% environ.

Les techniques de procréation médicalement assistée sont proposées aux couples exprimant un désir de parentalité dont l'un des membres ou les deux présentent une infection par le VIH. Onze centres spécialisés mettent en œuvre cette activité. Les délais de prise en charge sont superposables à ceux de la population générale.

La prise en charge médicale des enfants infectés n'est pas différente de celle préconisée chez l'adulte. Le nombre d'enfants infectés suivi dans la cohorte pédiatrique est d'environ 350 à ce jour. Quinze enfants environ sont nouvellement pris en charge en France chaque année. La majorité d'entre eux provient d'un pays à forte prévalence.

Des adaptations sont cependant toujours nécessaires pour rendre la prise en charge optimale. Le tableau ci-après recense les recommandations adressées aux pouvoirs publics par le groupe d'experts réuni au 1^{er} semestre 2006 et indique la suite donnée.

Recommandations groupe d'experts 2006	Action des pouvoirs publics
Améliorer l'exhaustivité de la déclaration obligatoire de l'infection à VIH et du SIDA	<ul style="list-style-type: none"> · Révision / amélioration du formulaire · Lettre individuelle d'explication et de sensibilisation aux professionnels impliqués dans la déclaration (décembre 2007)
Proposer une hospitalisation annuelle de synthèse en hôpital de jour pour les patients si nécessaire	<ul style="list-style-type: none"> · Prestation reconnue et prise en charge par l'assurance maladie.
Valorisation et reconnaissance financière de l'éducation thérapeutique dans l'infection par le VIH	<ul style="list-style-type: none"> · Inscription de l'infection par le VIH dans les missions d'éducation thérapeutique et de prévention financées par l'assurance maladie (mars 2007) · Diffusion d'un document de référence sur l'éducation thérapeutique dans l'infection par le VIH. (juin 2007) · Inscription dans les priorités de la formation continue des hôpitaux
Valorisation et reconnaissance financière de la prévention dans le champ de la sexualité à destination des personnes séropositives	<ul style="list-style-type: none"> · Diffusion aux hôpitaux et aux financeurs d'un document de référence (juin 2007) · Prise en charge par l'assurance maladie
Améliorer le dépistage pour diminuer les prises en charge à un stade tardif de la maladie	<ul style="list-style-type: none"> · Élaboration de recommandations par la Haute autorité de santé (HAS) : stratégie diagnostique, place des tests rapides, pertinence des lieux de dépistage (en cours) · Lancement d'expérimentations de dépistage par utilisation du test rapide dans les lieux de soins et en milieu communautaire
Améliorer la prise en charge en milieu carcéral, informer les détenus sur les droits relatifs aux suspensions de peine pour raisons médicales	<ul style="list-style-type: none"> · Organisation d'une enquête de prévalence de l'infection par le VIH et des hépatites (en cours) · Refonte du document de référence sur la prise en charge du VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévention, dépistage, traitement (en cours) · Facilitation de l'intervention des associations en milieu carcéral : convention entre le Ministère de la Santé, le ministère de la justice et la principale ONG VIH française (fév. 2007)
Améliorer l'accès des personnes vivant avec le VIH aux services de soins de suite et de réadaptation (SSR)	<ul style="list-style-type: none"> · Modification des règles de tarification des SSR pour tenir compte du prix des ARV
Réactualiser le document de référence sur la prise en charge des accidents d'exposition au risque viral	<ul style="list-style-type: none"> · En cours. Sortie attendue début 2008
Pratiquer systématiquement un test génotypique de résistance lors du diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> · Prestation reconnue et prise en charge par l'assurance maladie. (été 2007)

Par ailleurs, dans le cadre du plan pour la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique, la décision a été prise d'accélérer le rythme de création de places d'appartement de coordination thérapeutique, destinées à des personnes sans domicile stable ou trop isolées pour pouvoir assumer un traitement lourd et contraignant tout en évitant une hospitalisation médicalement non indispensable.

L'infection au VIH/SIDA fait aujourd'hui en France l'objet d'une prise en charge et d'un suivi qui impliquent l'hôpital et ses spécialistes, mais aussi les médecins de ville, les personnels paramédicaux, des travailleurs sociaux et bien souvent des militants associatifs, qui interviennent en concertation avec les équipes hospitalières. Afin de donner sa pleine efficacité à une prise en charge complexe, dans la longue durée, et dans le souci d'optimiser son organisation, une coordination régionale VIH (COREVIH) a été créée et s'est mise en place en 2007⁵. L'une des innovations majeures de ce dispositif est la place qu'y occupent les associations (ONG) représentant les patients et les usagers du système de santé.

Les missions des COREVIH sont les suivantes :

- favoriser la coordination des professionnels du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations des malades et des usagers du système de santé
 - participer à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation de la prise en charge et à l'harmonisation des pratiques
 - procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques relatives aux patients infectés par le VIH suivis à partir de 1991 (cohorte DMI2).
- Connaissance des comportements.
- Étude sur les populations africaines d'Île-de-France face au VIH/SIDA (INPES, juin 2007)

L'INPES a réalisé une étude à partir d'une enquête conduite auprès d'un échantillon représentatif de 1.874 personnes originaires d'Afrique subsaharienne, vivant en Île-de-France. L'objectif de cette étude était d'appréhender les connaissances concernant le VIH/SIDA, les comportements de prévention et les pratiques de dépistage de ces populations qui représentent aujourd'hui en France 1/4 des nouveaux cas de SIDA et près d'1/3 des nouvelles découvertes de séropositivité⁶.

Les données issues de cette enquête sont les suivantes :

- le VIH/sida est un sujet de préoccupation majeur pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Île-de-France ;
- bonne connaissance des principaux modes de transmission du VIH, mais persistance de fausses croyances quant à des modes de transmission par simple contact dans la vie quotidienne ;
- en lien direct, des attitudes encore très discriminantes vis-à-vis des personnes contaminées ;
- une mauvaise connaissance de l'existence et des bénéfices des traitements ;
- une bonne connaissance du préservatif en tant que moyen de protection efficace, mais une mauvaise image du préservatif associé à la notion de multipartenariat et introduisant des doutes sur le partenaire ;

⁵ <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/corevih/accueil.htm>

⁶ InVS : surveillance de l'infection en France au 31 décembre 2006

- une forte valorisation de stratégies de prévention reposant sur le dialogue avec le partenaire et/ou sur le recours au test de dépistage postérieur à une prise de risque ;
- une fréquence du multipartenariat chez les hommes ;
- un fort recours au dépistage.

Toutefois, il existe de fortes disparités dans les connaissances au sein des populations originaires d'Afrique subsaharienne, qui conduisent à identifier trois "sous-populations" qui doivent faire l'objet d'une attention renforcée de la part des politiques de santé publique :

1. les personnes pas ou peu scolarisées,
2. les femmes,
3. les personnes en situation de précarité sociale et administrative.

▪ Lutte contre les discriminations

Axe constant et majeur de la politique française de lutte contre l'épidémie VIH, elle a été marquée en 2006-2007 par l'adoption de la convention (6 juillet 2006), puis de la loi (31 janvier 2007) "AERAS" : s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé. (<http://www.aeras-infos.fr/>)

Il est à noter qu'en s'adressant à toutes les personnes ayant ou ayant eu un problème de santé sérieux et non aux seules personnes séropositives, ces dispositions contribuent à réduire la stigmatisation qui s'attache encore trop souvent au VIH.

Par ailleurs, l'INPES a organisé pour la première fois une opération "câlins gratuits" (*Free Hugs*) qui a donné lieu ensuite à une campagne de diffusion de très courts métrages à la télévision.

IV. Des réussites à souligner

▪ Personnes migrantes.

- Évaluation du programme de lutte contre le VIH en direction des populations migrantes vivant en France (Ernts&Young, juin 2007)

L'élaboration d'un programme spécifique de lutte contre le VIH en direction des populations migrantes, mis en œuvre à compter de 2004, résultait d'un constat épidémiologique alarmant : une population étrangère 3 fois plus touchée que la population française avec des taux d'incidence particulièrement élevés dans la population haïtienne et dans la population d'Afrique subsaharienne vivant en France. Par ailleurs, on observait parmi les étrangers un dépistage plus tardif que dans les autres groupes très touchés par l'infection, homosexuels en particulier.

Le travail d'évaluation a été assuré par un cabinet sélectionné dans le cadre d'une procédure de marché public au cours du premier semestre 2007.

La conclusion de cette évaluation est encourageante :

- Le programme a réussi à donner une très bonne lisibilité à cette problématique sans augmenter la stigmatisation.
- Il a permis le développement de stratégies de prévention adaptées à la diversité des publics.
- L'amélioration de l'accès au dépistage parmi les populations migrantes semble déjà être une avancée significative, attestée par plusieurs études et enquêtes.
- Cependant, il convient d'accentuer les efforts auprès des personnes les plus précaires, socio-économiquement et administrativement, qui restent les moins bien informées et donc les plus exposées au risque.

- Le programme de médiation en santé publique retenu au niveau européen comme bonne pratique en direction des populations migrantes (Conférence européenne de Lisbonne, septembre 2007)

Dans le cadre de sa présidence de l'Union européenne, le Portugal a inscrit comme thème prioritaire la santé des migrants. Un recensement de bonnes pratiques en matière de santé mis en œuvre par les différents pays au bénéfice de ces populations a été effectué et présenté à Lisbonne en septembre 2007.

Dans ce cadre a été retenu le programme français expérimental de formation et de suivi de médiateurs de santé publique conduit par l'Institut de Médecine et d'Épidémiologie Appliquée (IMEA) en partenariat avec la Direction Générale de la Santé. Ce programme a pour objectif d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins des populations précarisées par l'intervention de médiateurs de santé publique, bénéficiant d'un programme de formation de 400 heures et d'un accompagnement spécifique en milieu professionnel pendant 2 ans. Cette méthode d'intervention est novatrice en France. Elle a bénéficié d'un pilotage national ainsi que d'une évaluation qui a conclu à l'impact positif d'une telle démarche. Une fiche détaillée présente les objectifs, le déroulement, les indicateurs et les résultats de ce programme dans les actes de la conférence⁷.

- Guide COMEDE (Comité médical des exilés)⁸

Guide pratique pour répondre aux différents problèmes médicaux, psychologiques, sociaux et administratifs rencontrés par les migrants/exilés en situation précaire. Destiné aux professionnels de santé, du champ social et administratif ainsi qu'aux associations de soutien aux étrangers et aux migrants, ce guide les aide à mieux appréhender la diversité des situations et à mieux comprendre la complexité des demandes auxquelles ils sont confrontés.

Le Guide, élaboré en partenariat entre associations, INPES et ministère chargé de la santé, est composé de quatre sections théoriques et pratiques :

- 1/ « **Repères** » dresse un panorama des populations migrantes et présente les facteurs de traumatisme, de vulnérabilité psychologique, sociale, juridique et médicale liés à leur exil et pouvant conduire à une plus grande fréquence de certaines affections.
- 2/ « **Droits et soutien** » permet aux utilisateurs/lecteurs de se familiariser avec les différents statuts des migrants (du droit d'asile au droit de séjour).
- 3/ « **Accès aux soins** » détaille les conditions d'accès aux soins et les droits des étrangers en France et présente les différents organismes de santé et les associations de soutien.
- 4/ « **Soins et prévention** » présente les différents sujets relatifs à la prévention et à l'éducation pour la santé auxquels peuvent être confrontés les intervenants : vaccination, nutrition, santé bucco-dentaire. Il aborde également la question de la violence, des infections sexuellement transmissibles ou d'autres pathologies courantes, en proposant au lecteur des points de repère pour assurer le meilleur suivi possible.

- Charte de responsabilité

Depuis 2002, le SNEG (Syndicat national des entreprises gay), en partenariat avec 3 associations importantes, Act Up-Paris, AIDES et SIDA Info Service (SIS) et le soutien du Ministère de la Santé, a lancé une charte de prévention⁹ par laquelle les établissements de rencontre signataires (la moitié d'entre eux aujourd'hui) s'engagent à promouvoir prévention, information et droits des personnes atteintes par :

⁷ www.eu2007.min-saude.pt/PUE/en/conteudos/programa+da+saude/Publications/report+Best+Practices.htm

⁸ www.inpes.sante.fr/10000/themes/sida/guide_comede/guide_comede.asp

⁹ <http://new.sneg.org/content/view/803/346/>

- la mise à disposition de matériel de prévention (préservatifs, gel, etc.)
- la mise à disposition de matériel de documentation et d'information
- l'intervention de militants associatifs, communautaires, venant porter des messages de prévention adaptés
- le respect de règles d'hygiène
- la formation du personnel, la non discrimination

En janvier 2007, une charte et un label de qualité de même inspiration ont été lancés par l'association Afrique Avenir en direction des lieux et organisateurs de fête recevant du public originaire d'Afrique subsaharienne ou de la Caraïbe.

▪ Rapport d'experts

Depuis 1990, un groupe d'experts très largement ouvert élabore tous les deux ou trois ans des recommandations sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH.

De 1990 à 2002, les recommandations étaient uniquement destinées aux professionnels de santé compte tenu du contexte d'épidémie non contrôlée et de l'évolution extrêmement rapide des données scientifiques.

Depuis 4 ans, les recommandations s'adressent aussi aux pouvoirs publics et portent également sur les dimensions sociales, la prévention, etc..

Le coordonnateur du rapport est chargé de réunir un groupe d'experts aux compétences variées (cliniciens, virologues, pharmacologues, épidémiologistes...), groupe qui comprend des médecins et professionnels de santé, des représentants du Ministère de la Santé et des agences concernées, des membres d'associations de patients et d'utilisateurs du système de santé.

Les recommandations ainsi formulées ont pour objet de porter à la connaissance des cliniciens les nouvelles modalités de prise en charge en fonction des dernières données scientifiques et de proposer aux pouvoirs publics des moyens de remédier aux difficultés relevées en pratique par les soignants et/ou les associations d'utilisateurs et les associations de patients.

Ces recommandations servent de référence en matière de prise en charge des personnes porteuses du VIH pour les professionnels de santé, les associations d'utilisateurs, l'industrie pharmaceutique et les pouvoirs publics.

Il s'agit d'une démarche originale par la méthodologie employée, le champ très large couvert, la périodicité biannuelle, la diversité des compétences et des profils rassemblés. Son intérêt est attesté par le fait que les pouvoirs publics s'attachent à traduire dans les faits, le plus rapidement possible, les recommandations qu'ils reçoivent.

▪ Femmes

▫ Colloque « Femmes et VIH - 10 ans après »

En 1997 s'était tenue à l'initiative du Ministère de la Santé, du Centre Européen pour la Surveillance Épidémiologique du Sida (CESES) et de Sida Info Service (SIS), la première rencontre d'importance en France sur la thématique « Femme et VIH ».

Ce colloque avait permis à des acteurs institutionnels, associatifs, chercheurs, politiques, de faire un état des lieux des problèmes rencontrés et d'émettre des recommandations concernant tant la prévention au féminin de la transmission du VIH/SIDA, que la prise en charge des femmes vivant avec le virus.

Plusieurs associations, notamment Act Up, AIDES, le Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida (CRIPS Île-de-France), le Mouvement Français pour le Planning Familial

(MFPPF), Sidaction et Sida Info Service, regroupées au sein d'une coordination inter associative, ont organisé avec le soutien du ministère chargé de la santé un événement fort le 30 novembre et le 1^{er} décembre 2007. Cette rencontre a permis de faire le point sur les caractéristiques des femmes exposées au VIH, sur l'évolution des stratégies mises en œuvre depuis 1997 et de définir les enjeux en matière de prévention, de prise en charge et de lutte contre la discrimination à l'encontre des femmes ainsi que de proposer des orientations pour les années à venir.

Près de 500 participants et participantes ont pu adopter des recommandations qui aideront à définir et mettre en œuvre des actions adaptées.

V. Difficultés rencontrées, réponses apportées

▪ Poursuite des contaminations parmi les HSH

Force est de constater que si l'épidémie marque le pas en population générale ou parmi les étrangers/migrants, elle demeure particulièrement active parmi les jeunes hommes homosexuels à partenaires multiples. Une lassitude devant les messages de prévention, une moindre conscience du danger, encouragée par les succès de la trithérapie, voire une culture du risque, conduisent à des comportements sexuels de nature à favoriser les contaminations. Cette situation n'est pas propre à la France et se rencontre dans la plupart des pays occidentaux à épidémiologie comparable.

Il est donc essentiel d'intensifier les travaux destinés à faire émerger de nouveaux messages, de nouvelles formes de prévention mieux adaptées à la réalité de cette population et à même de susciter l'adoption et le maintien de comportements adaptés de prévention par certains, notamment des HSH à partenaires multiples, dont les prises de risques, conscientes ou non, sont nombreuses.

C'est la raison pour laquelle il est indispensable de soutenir les recherches en sciences humaines et sociales que mène l'ANRS, dont les enseignements sont indispensables pour l'adaptation des politiques de prévention et leur pertinence opérationnelle.

L'accroissement des prises de risques constaté parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes montre les limites du discours actuel et rend indispensable une adaptation, voire un renouvellement des méthodes de communication et, dans une certaine mesure, de prévention. Ce qui pose, parmi d'autres questions, celles de la tonalité du discours à adopter (plus ou moins normatif, compréhensif, empathique...) et de la nature des partenariats à nouer.

- Transsexuels

Les personnes transsexuelles constituent selon toute vraisemblance l'un des groupes les plus affectés par le VIH. Pour autant, elles demeurent très mal connues et donc peu touchées par la prévention.

C'est la raison pour laquelle le Ministère de la Santé a demandé à l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) de mener un travail de description de cette population, travail qui en est à l'étude de faisabilité. Ses objectifs en sont les suivants :

- donner une estimation générale de la population transsexuelle et des sous-groupes qui la composent.
- décrire les modalités de leur prise en charge dans toutes ses composantes et les traitements dispensés auprès des personnes transsexuelles.

La première partie de l'étude doit permettre d'identifier le milieu et l'identité transsexuels dans ses différentes composantes (médicales, sanitaires, associatives, politiques et idéologiques, etc...). La seconde consistera dans la réalisation d'une pré-enquête, à partir d'un questionnaire, sur les comportements sexuels et de santé de la population transsexuelle.

- Femmes

Les données épidémiologiques témoignent d'une féminisation significative de l'épidémie en France.

- On estime que plus de 2.000 femmes ont découvert leur séropositivité en 2006.
- Proportion importante de femmes parmi les nouveaux diagnostics de séropositivité VIH, mais en diminution depuis 2003 (42% en 2003, 36% en 2006) du fait de l'augmentation relative des contaminations d'hommes par voie homosexuelle.
- Importance croissante des femmes parmi les cas de SIDA (21% en 1996, 32% depuis 2004), sur fond de baisse en valeur absolue.
- Il s'agit principalement de femmes d'Afrique subsaharienne contaminées par rapports hétérosexuels.

Pour autant, toutes les études montrent bien que c'est la vulnérabilité déclinée sous ses multiples formes qui constitue le terreau de l'extension de l'infection à VIH chez les femmes. Il convient donc d'agir dans un champ bien plus large que celui du seul VIH. Des actions sont déjà menées mais doivent être renforcées dans cette perspective :

- Intégration des questions relatives à la construction de genre dans les programmes d'éducation à la sexualité en milieu scolaire.
- Déclinaison de brochures d'éducation à la santé selon le genre.
- Prise en compte de la dimension de genre dans la construction des politiques de santé et des indicateurs qui leur sont liés, ainsi que cela est prévu dans la loi de programmation en santé publique. Développement des statistiques sanitaires distinguant le genre.
- Décision prise en 2007 d'élaborer et de publier un rapport triennal sur la santé des femmes ; le premier est en cours de rédaction.

- Usagers de drogues.

La France a la chance d'avoir réussi, par une politique volontariste, à pratiquement éradiquer la transmission de l'épidémie à VIH parmi les usagers de drogues par voie

intraveineuse. En revanche, les coïnfections VIH-VHC sont très nombreuses, de même que les nouvelles contaminations au VHC. Le dépistage et la prise en charge des personnes concernées est une priorité de la période qui s'ouvre.

▪ Dépistage

La France est le pays d'Europe où le recours au dépistage est le plus élevé en Europe, en proportion de la population (5 millions de tests en 2006). La surveillance de l'activité de dépistage est réalisée par l'InVS depuis 2001 dans les 4.300 laboratoires de ville et hospitaliers.

La séropositivité au VIH est à déclaration obligatoire depuis le 1^{er} trimestre 2003, alors que jusque là, seul le SIDA relevait de cette obligation. Le nombre de sérologies a progressé de 8 % entre 2004 et 2005 (5,3 millions de tests en 2005 en France) en lien sans doute avec les campagnes réalisées par l'INPES et les actions menées dans le cadre de l'opération « SIDA grande cause nationale 2005 ». Toutefois l'augmentation du nombre de sérologies réalisées en 2005 n'est pas couplée à une augmentation des sérologies positives. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'un grand nombre de personnes à faible risque d'infections au VIH se font dépister suite à ces campagnes d'incitation au dépistage dans la population générale. Le nombre de sérologies réalisées en 2006 est revenu au niveau de 2004, en recul de 5% sur 2005.

Suite à la réorganisation du dispositif de lutte contre les Infections sexuellement transmissibles (IST) un état des lieux a été réalisé en 2007 et montre que 382 structures réparties sur l'ensemble du territoire proposent un dépistage anonyme et gratuit (CDAG) dont 274 prennent en charge également les autres IST. La moitié de ces consultations sont situées en dehors de l'hôpital afin de diversifier l'offre. La proportion des sérologies positives reste deux fois plus élevée en CDAG qu'ailleurs, ce qui souligne leur intérêt car elles touchent préférentiellement les personnes concernées par l'infection à VIH.

En dépit d'une offre de dépistage VIH large en France, il y a encore trop de personnes infectées et non dépistées, puisque leur nombre est estimé à 40.000.

Bien que la proportion de personnes découvrant leur séropositivité à un stade précoce de l'infection augmente depuis quelques années (10% en 2006 contre 7% en 2003), notamment parmi les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne, il y a encore 14% des patients qui n'ont découvert leur séropositivité qu'au stade sida en 2006 (en baisse par rapport aux 20% de 2003).

Plusieurs raisons peuvent expliquer ce constat :

- soit les personnes ne se perçoivent pas comme à risque d'être contaminées par le VIH et ne sont pas identifiées comme telles par le personnel médical.
- soit le dispositif et la stratégie actuelle de dépistage ne répondent pas aux besoins et demandes de certaines populations : lassitude, délai entre le prélèvement et le résultat, nécessité de revenir, insuffisante adéquation des horaires d'ouverture des structures de dépistage aux rythmes de vie des intéressés, accueil parfois réservé de la part de professionnels qui ne comprennent pas les prises de risques à répétition.

Le Conseil national du SIDA (CNS) a publié en novembre 2006 un rapport sur le dépistage et recommande notamment :

- d'élargir la proposition de tests de dépistage lors du recours aux soins, sans obligation d'y associer une consultation de prévention, particulièrement dans les régions à forte prévalence du VIH.
- de renforcer le rôle des CDAG dans l'accueil des populations à fort risque d'exposition
- d'évaluer la pertinence de l'utilisation d'un seul test de dépistage dans la stratégie de dépistage des anticorps anti-VIH.
- d'élargir, après évaluation de leurs performances et validation par les autorités compétentes, l'utilisation des tests rapides sanguins, qui pourraient alors être les seuls tests utilisés.

La Haute autorité de santé (HAS), saisie par le ministre de la santé en vue de revoir la stratégie de diagnostic biologique de l'infection à VIH, doit remettre ses recommandations en 2008. Cela permettra ensuite d'adapter le dispositif et les règles de dépistage aux données actuelles de l'épidémiologie, des comportements et de l'évolution des techniques.

En parallèle, le choix a été fait de faciliter, soutenir et accompagner des expérimentations, qui devraient démarrer en 2008, sur la faisabilité et l'efficacité d'une proposition de test rapide aux urgences et dans des lieux communautaires d'accueil.

■ Prisons

Le taux de prévalence de l'infection VIH, mais aussi des virus des hépatites, est plus élevé en prison que dans la population générale. L'offre systématique de dépistage à l'entrée et l'accès au traitement sont des acquis, mais des progrès restent à faire.

- L'efficacité de la lutte contre l'épidémie en milieu carcéral passe par une amélioration de la connaissance de la situation épidémiologique et des comportements. À cette fin, une enquête de prévalence rigoureuse est en cours de mise au point, avec le concours de l'InVS, et se déroulera à l'automne 2008.
- Afin d'améliorer l'information des détenus et de leur proposer un accompagnement par des pairs, une convention a été signée entre la Direction de l'administration pénitentiaire, la Direction générale de la santé et une grande association de lutte contre le SIDA, autorisée à tenir des permanences dans les prisons et à rencontrer les détenus.
- Une circulaire aux personnels soignants et aux responsables des établissements pénitentiaires rappelant les principes et modalités d'une prise en charge efficace et de même qualité qu'en milieu ouvert est en cours d'achèvement. Elle sera publiée au cours du premier semestre 2008.

■ Migrants

Suite à son évaluation (cf. *supra*), le programme de lutte contre l'épidémie à VIH chez les étrangers-migrants vivant en France va être renforcé en ce qui concerne :

- l'identification des besoins dans certains sous-groupes tels que les migrants originaires d'Asie ou d'Europe centrale et orientale;
- le développement d'actions conduites en direction de publics migrants présentant des vulnérabilités spécifiques (femmes, personnes prostituées, homosexuels, détenus);
- la concentration des efforts sur les publics peu scolarisés et ceux en situation de précarité économique et/ou administrative. Des études récentes les identifient comme les moins bien informés sur les modes de contamination, les moyens de prévention et les possibilités

d'accès au dépistage et aux soins. De ce fait, ils sont les plus exposés au risque d'infection par le VIH;

- le développement des actions de formation à l'égard de professionnels de santé.

VI. L'action internationale de la France en matière de lutte contre le sida en 2007

La lutte contre le VIH/sida est une des toutes premières priorités de la coopération française avec les pays en développement. La stratégie d'intervention spécifique sur ce thème a été validée par le Comité interministériel de la coopération internationale et du développement (CICID) en mai 2005. Cette stratégie a été réactualisée après consultation de nombreux partenaires publics et privés et validée de nouveau en décembre 2007.

La France s'est impliquée très tôt aux cotés des pays en développement pour répondre à l'épidémie. Elle a soutenu et financé des actions très diverses dans plus de 30 pays depuis 1987. Dès l'arrivée en 1996 des traitements efficaces contre le VIH (antirétroviraux ou ARV) elle a plaidé avec force pour que ces médicaments soient rendus accessibles aux malades du Sud : c'était le sens de l'appel solennel du Président Chirac à Abidjan en 1997, puis du lancement du Fonds de solidarité thérapeutique international (FSTI) dont les projets pilotes ont contribué à la reconnaissance de la pertinence et de la faisabilité des programmes d'accès aux ARV.

Au sein des instances internationales, la France a joué un rôle clé dans la reconnaissance par tous de la nécessité d'opposer à l'épidémie une réponse globale incluant l'accès au traitement : c'est ainsi qu'a été obtenue en juin 2001 la mention de l'accès au traitement dans la déclaration d'engagement de la Session extraordinaire de l'AG des Nations Unies, puis, lors du sommet du millénaire en septembre 2005, l'engagement de la communauté internationale à atteindre l'accès universel au traitement, aux soins et à la prévention d'ici 2010. Depuis les années 2000, la santé, et la lutte contre le sida en particulier, est inscrite en haut de l'agenda international, comme lors des sommets du G8, lors des Assemblées générales des Nations Unies, lors des rencontre Euro-Africaines.

La création du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme en janvier 2002 a permis de se doter de l'outil de financement additionnel à même de rendre possible l'atteinte des engagements internationaux. Très active tant sur le plan technique que politique pour aider la création du Fonds mondial, puis également au sein de son Conseil d'administration (la France en a tenu la vice-présidence en 2005 et tient aujourd'hui la vice-présidence du comité des finances), la France a progressivement accru son soutien financier qui est passé de 50 M€ par an en 2002, à 225 M€ en 2006 et 300 M€ pour 2007. Sur la période 2002-2007, la France a contribué à hauteur de US\$ 1.160 Millions, soit environ 835 M€. La France est aujourd'hui le deuxième contributeur au Fonds mondial qui, en consacrant près de 60% de ses moyens à la lutte contre le sida, a contribué de façon décisive à l'augmentation exponentielle du nombre de personnes ayant accès au traitement ARV en Afrique entre 2003 et 2007.

Créé en octobre 2006, à l'initiative de la France, du Brésil, de la Norvège, du Chili, et du Royaume Uni, **UNITAID** dont l'objet consiste à faciliter l'accès à des médicaments de qualité au coût le plus bas possible pour les pays les plus touchés par les pandémies, aura déjà bénéficié, en 2007, à plus de 80 pays, 85% des fonds sont alloués à des pays à faible revenu. En 2007, la France y aura contribué à hauteur de 160M€ sur un budget total de 300 M\$. Les

objectifs d'UNITAID sont ambitieux et visent à toucher sur l'année 2007-2008 près de 100 000 nouveaux enfants atteints du VIH/SIDA, fournir des anti-rétroviraux de seconde ligne à près de 65 000 patients, diagnostiquer 587 000 femmes enceintes et fournir 122 000 traitements ARV à des femmes enceintes séropositives (2007-2008). Les baisses de prix obtenues sur les ARV pédiatriques sont de l'ordre de 40% et de 25 % à 50% sur les ARV de deuxième ligne.

La France poursuit, par ailleurs, son appui aux agences techniques des Nations Unies actives dans la lutte contre le sida, telles que l'OMS, l'ONUSIDA, l'UNICEF, le PAM, par la mise à disposition d'expertise de longue durée, dans les sièges centraux comme dans les bureaux régionaux, et par des soutiens financiers à des actions spécifiques (en particulier orphelins du sida avec UNICEF, appui à la pré-qualification des médicaments avec l'OMS,...). Ainsi, la France a créé huit postes d'experts auprès des deux équipes inter-pays de l'OMS : quatre à Libreville et quatre à Ouagadougou. Une extension est prévue en 2008-2009 afin de couvrir la région de l'Afrique Australe et du Sud ainsi que celle d'Asie du Sud Est. Sept experts sont en place depuis quelques mois et le huitième est en cours de recrutement. Ces assistants techniques couvrent quatre domaines : la santé publique, les approvisionnements et les médicaments, le financement et le suivi-évaluation. Cette assistance technique est à la disposition des pays qui le souhaitent, via l'OMS, afin d'améliorer la qualité des programmes présentés pour financement au Fonds mondial mais également leur bonne exécution. Une expertise est également mise à disposition d'ONUSIDA Genève avec 4 postes d'experts.

Très consciente des difficultés rencontrées par des pays aux systèmes de santé déjà fragiles d'abord pour accéder, puis pour faire le meilleur usage des ressources nouvelles apportées par le Fonds mondial et par d'autres initiatives récentes, la France poursuit son appui direct aux pays selon des modalités variées. L'Agence Française de Développement (AFD) mobilise pour 40,2 M€ de projets en cours depuis 2004 pour la lutte contre le sida dans les pays de la Zone de Solidarité Prioritaire (ZSP) dont 4,1M€ d'engagements en 2007.

En France, les associations de lutte contre le sida ont joué un rôle déterminant dans la reconnaissance des droits des malades. Bon nombre d'entre elles mènent aujourd'hui des projets de lutte contre le sida et des actions de plaidoyer à l'international. Consciente de l'importance de l'action des ONG françaises dans l'appui de la société civile des pays en développement, le MAEE a mis en place des mécanismes de travail et de concertation réguliers avec les ONG. La plate-forme de concertation et d'échanges sur la lutte contre le sida dans les pays en développement a été créée par décision du Comité Interministériel de la Coopération Internationale et du Développement du 11 décembre 2002. Compte tenu de l'ampleur et de la diversité des engagements français en matière de lutte contre le sida, il est apparu nécessaire de proposer un cadre de consultation et d'échange pour l'ensemble des acteurs publics et privés intervenant dans les pays en développement. Cette plateforme s'est réunie 4 fois durant l'année 2007.

En 2007, le Ministère des Affaires étrangères et européennes français a financé la plate-forme ELSA qui réunit six ONG françaises (Aides, Planning Familial, Sidaction, Sida Info service, Solidarité sida et CRIPS) afin de venir en appui à leurs homologues du sud afin de renforcer leurs capacités à mettre en œuvre des programmes élargis d'accès aux traitements antirétroviraux.

En 2007, le Ministère des Affaires étrangères et européennes a lancé un appel à initiatives « Sida », élaboré en étroite concertation avec les ONG, afin de recentrer ses moyens sur des

objectifs et des thématiques ciblés. Il vise à apporter un soutien organisationnel et institutionnel aux Organisations du sud et un soutien à ces organisations en matière de plaidoyer en développant une approche « droits de l'homme ». Les thématiques et les méthodes ont été définies conjointement. Cet appel à initiative est doublé d'une stratégie ministérielle en matière de soutien aux ONG dans le cadre de la lutte contre le sida complémentaire de l'approche technique déléguée à l'Agence Française pour le développement. L'appel devrait concerner à terme 6 à 7 projets bâtis en consortium, cofinancés à 50% pour un montant total de 6 millions d'euros de cofinancement sur trois ans.

Les partenariats hospitaliers Nord-Sud mis en oeuvre par l'initiative ESTHER (Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau) sont aujourd'hui actifs auprès de plus de 172 sites de prescription de traitement antirétroviral dans 17 pays, en mobilisant 54 hôpitaux français mais aussi des réseaux associatifs du Nord et du sud afin d'accompagner au plan social et psychologique les personnes traitées et leurs familles. Le budget d'ESTHER pour 2007 est d'environ 8M€ et permet d'obtenir des résultats importants puisque près d'une personne sur trois traitée dans les pays partenaires l'est grâce à ESTHER.

La France continue en outre à apporter **une expertise de haut niveau auprès des programmes de lutte contre le sida** dans plus d'une dizaine de pays, intervient également auprès des centrales d'achats de médicaments et soutient les acteurs associatifs pour qu'ils soient mieux entendus et mieux reconnus comme des acteurs centraux de la lutte contre l'épidémie.

La France a activement participé aux progrès de la recherche sur le Sida depuis l'identification du virus il y a 25 ans et les résultats de ces recherches dans les pays en voie de développement ont fondamentalement influencé les comportements en matière de prévention (PTME) et de traitement. L'Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS) investira en 2008, plus de 27 % de son budget dans la recherche sur la prévention et le traitement dans le monde en développement et 10 % de son budget à la recherche sur le vaccin (voir le site www.anrs.fr).

La défense des droits de l'homme et la lutte contre toutes les discriminations sont étroitement liées à la lutte contre le sida. Les entraves à la liberté de circulation des malades sont nombreuses : près d'une vingtaine de pays pratiquent des discriminations à l'entrée sur leur territoire pour des courts séjours. La France fait également de la défense des droits des personnes vivant avec la maladie, une priorité et souhaite la porter dans les différentes enceintes internationales. La France soutient et participe au groupe de travail ONUSIDA, OMS et Fonds Mondial, créé en novembre 2007 afin de faire progresser la liberté de circulation de PVVIH et parvenir à convaincre les pays concernés de modifier leur législation sur ce sujet.

VII. Suivi, évaluation

- Comité de suivi : composition

VIII. Annexes

- InVS, Bulletin épidémiologique hebdomadaire 46-47, 27 novembre 2007
- Convention et loi AERAS
- Chartes de prévention HSH et migrants

27 novembre 2007 / n° 46-47

Numéro thématique - L'infection à VIH/sida en France et en Europe *Special issue - HIV and AIDS infection in France and in Europe*

p.385 **Éditorial**
Editorial

p.386 **Surveillance de l'infection à VIH/sida en France, 2006**
HIV and AIDS surveillance in France, 2006

p.394 **L'infection à VIH après 10 ans de traitements antirétroviraux actifs dans la base de données hospitalière française sur l'infection à VIH (ANRS CO4 FHDH)**
HIV infection after 10 years of combined antiretroviral therapy in the French Hospital Database on HIV infection (ANRS CO4 FHDH)

p.398 **L'infection à VIH à travers l'Europe**
HIV infection in Europe

Coordination scientifique du numéro / *Scientific coordination of the issue*: Josiane Pillonel, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France et pour le comité de rédaction : Isabelle Grémy, Observatoire régional de la santé d'Ile-de-France, Paris, France.

Éditorial

Gilles Brucker, Directeur général, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Près de 25 ans après l'identification des premiers cas de sida en France et surtout 10 années après l'introduction des multi-thérapies antirétrovirales, l'infection à VIH semble marquer le pas en France... Enfin !

Les derniers résultats de la surveillance de l'infection à VIH/sida en France coordonnée par l'Institut de veille sanitaire et publiés dans ce numéro en témoignent. Le nombre de nouveaux diagnostics VIH identifiés en 2006 est en légère baisse (6 300 contre 6 700 en 2005), confirmant la tendance observée entre 2004 et 2005.

Les autres données rapportées vont également dans le bon sens : elles mettent en évidence un dépistage et une prise en charge plus précoces. En effet, la proportion de diagnostics précoces augmente (10 % au stade de primo-infection en 2006 contre 7 % en 2003) et celle des diagnostics tardifs régresse (20 % au stade sida en 2003, 14 % en 2006). Le nombre de cas de sida déclaré régresse lui aussi sensiblement entre 2005 et 2006 (de l'ordre de 20 %). Ces chiffres pourraient ainsi laisser penser que le problème du VIH est en voie d'être maîtrisé ! Mais, malgré le désir qui nous anime de voir dans ce bilan de réelles raisons d'espérer, il ne faut pas sous-estimer l'ampleur persistante du problème en France. Car 6 300 personnes qui apprennent en 2006 qu'elles sont séropositives, c'est encore beaucoup, beaucoup trop. Et quand bien même la découverte de l'infection se fait plus précocement en 2006 qu'en 2003, il reste encore trop de transmissions du VIH découvertes tardivement, et les inégalités devant le risque de contamination demeurent majeures.

En effet, ce risque demeure très élevé chez les homosexuels masculins (29 % des nouveaux diagnostics) et la prévalence du VIH y est près de 100 fois supérieure à la moyenne nationale. Il faut impérativement promouvoir toutes les stratégies de réduction des risques et rester intransigeant sur la protection des rapports sexuels, surtout lors des rencontres nouvelles, par Internet ou dans des lieux dédiés, où le multi-partenariat et la baisse de vigilance génèrent une part majeure de ces nouveaux diagnostics. Dans cette population, où la seule promotion des mesures de prévention ne suffit pas, il devient nécessaire d'évaluer et de mettre en place de nouvelles approches, notamment celles de réduction des risques. La seule stabilité du nombre de nouveaux diagnostics dans cette population entre 2005 et 2006 peut-elle être considérée comme un succès ? Sans doute pas.

Les inégalités face au risque d'infection concernent aussi les populations vivant dans les départements français d'Amérique, où le taux de positivité est nettement supérieur à la moyenne : plus de 10 fois pour la Guyane, de 2 à 4 fois pour la Martinique et la Guadeloupe. Il faut y renforcer les actions de prévention ; il faut aussi, singulièrement pour la Guyane, resituer ce problème dans le contexte frontalier avec le Suriname et le Brésil. Un plan d'actions pour les Caraïbes est une priorité. De fait, il faut impérativement penser cette lutte contre le VIH/sida dans sa dimension internationale, mondiale.

Car aujourd'hui, ce sont bien les combinaisons de thérapies antirétrovirales (cART) qui tiennent le devant de la scène et portent les espoirs de contrôle de la maladie. L'arrêt des essais de vaccination par les laboratoires Merck laisse peu d'espoir à la venue prochaine d'une protection par une immunité acquise. Cela renforce, s'il en était besoin, la place des politiques de prévention, de dépistage et celle d'un traitement, précoce, efficace, correctement suivi. En France, 10 ans de cART ont « changé le visage de l'épidémie » comme le souligne M Mary-Krause dans l'analyse des données de la base française, et l'efficacité virologique est en progression constante. C'est la prise en charge trop tardive qui, *in fine*, conditionne en grande partie le pronostic. Ainsi, dépistage et prise en charge efficace précoces constituent les déterminants du contrôle de la maladie.

Certes, la France est un pays qui pratique largement le dépistage, mais sans doute pas suffisamment à bon escient, et le nombre global de tests faits ne reflète pas nécessairement la demande ou l'accès par ceux pour qui il est nécessaire. De fait, le premier motif de dépistage reste la présence de signes cliniques, loin devant une exposition à risque. C'est tard, trop tard. Il y a là comme un échec de la perception de la prise

de risque, ou de la volonté de savoir. Il faut innover dans les formes de communication. Il faut mobiliser davantage autour du dépistage... et de la prévention.

Surtout, la maîtrise du VIH ne peut se concevoir dans une simple logique hexagonale, car le VIH est un mal sans frontière.

La question de la séropositivité, en France, des personnes de nationalité étrangère connaît une amélioration. La diminution du nombre de découvertes de séropositivité chez les femmes et récemment chez les hommes étrangers, est encourageante ; mais elle ne sait pas réellement répondre à la question du rôle des flux migratoires dans la transmission en France. La proportion d'infections récentes reste stable (8 % chez les Africains), posant la question de la date du dépistage par rapport à la date de la contamination.

Aussi faut-il faire porter nos efforts d'aide et de soutien à la lutte contre le VIH au-delà de nos frontières, là où la maladie continue de progresser, sans aucun signe de déclin, mais avec pour espoir, celui d'un accès aux traitements désormais théoriquement possible, mais si loin de répondre aux besoins.

De 1986 à 2007, plus de 20 ans d'interventions dans le domaine international. Depuis le programme mondial sida de l'OMS (1986-1996), suivi du programme des Nations-unies (Onusida 1996) puis de la création du Fonds mondial (2001), les stratégies naviguent entre prévention et/ou traitement sans ancrage suffisant avec les capacités des États à promouvoir une politique cohérente, globale, efficiente. La manne financière masque le besoin d'analyse stratégique pour une efficacité mesurée. La maîtrise espérée de l'infection à VIH nécessite impérativement des actions de proximité, d'accompagnement, pour être au plus près des malades. Rien de réellement efficace n'est possible sans la mobilisation opérationnelle des professionnels de santé, en lien bien sûr avec les malades et leurs familles. Car l'argent, certes indispensable, ne suffit pas. Ce nerf, dit de la guerre, est sans effet s'il est déconnecté, coupé de la plaque motrice, effectrice, qui diagnostique, choisit, accompagne, évalue.

Il nous faut donc développer ces programmes de prise en charge en lien étroit avec les équipes médicales des pays concernés. Valoriser, promouvoir des stratégies globales, prenant en compte certes l'infection à VIH, mais également les IST, les infections opportunistes, la tuberculose.

Le programme Esther, mis en œuvre par la France, répond par des jumelages hospitaliers à ce souci de proximité, d'accompagnement, d'aide technique durable dans un objectif, évalué, d'efficacité. Mais a-t-il les moyens de cette ambition juste ? Il n'y aura pas de progrès notable sans stratégie globale, sans proximité avec les équipes de terrain, sans solidarité active, sans un partenariat en faveur du développement des capacités techniques des pays du Sud. La lutte contre les inégalités de santé doit demeurer le fil conducteur de toute politique de santé et singulièrement de la lutte contre le VIH.

Surveillance de l'infection à VIH/sida en France, 2006

Institut de veille sanitaire¹, Saint-Maurice, France

Avec la collaboration du Centre national de référence pour le VIH², Tours, France

Auteur correspondant, Josiane Pillonel (j.pillonel@invs.sante.fr)

Résumé / Abstract

Cet article présente la situation de l'infection VIH et du sida en France au 31 décembre 2006, à partir des systèmes de surveillance coordonnés par l'Institut de veille sanitaire (InVS) : la notification obligatoire du VIH et du sida, la surveillance virologique et la surveillance de l'activité de dépistage du VIH.

En 2006, cinq millions de sérologies VIH ont été réalisées, soit une diminution de 5 % par rapport à 2005, et le nombre de sérologies confirmées positives a diminué de 4 %.

Compte-tenu des délais de déclaration et de la sous-déclaration, on estime à environ 6 300 le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité en 2006 (en diminution depuis 2004), le quart de ces personnes ayant été contaminé dans les six mois précédant leur diagnostic.

Les rapports hétérosexuels représentent la moitié des découvertes de séropositivité en 2006 et concernent pour moitié des personnes d'Afrique subsaharienne. Le nombre de découvertes de séropositivité a néanmoins diminué depuis 2003 chez les femmes de nationalité étrangère et depuis 2005 chez les hommes de nationalité étrangère.

Le nombre de découvertes de séropositivité a en revanche augmenté chez les homosexuels entre 2003 et 2005, puis s'est stabilisé en 2006. Les homosexuels représentent 29 % de l'ensemble des découvertes de séropositivité, et 41 % d'entre eux ont été contaminés dans les six mois avant leur diagnostic. La proportion d'infections à VIH-2 est de 2 % en 2006. Parmi les infections à VIH-1, la proportion de sous-types non-B, après avoir diminué entre 2003 et 2005, se stabilise en 2006 (42 %).

L'année 2006 est marquée par une diminution globale des nombres de découvertes de séropositivité et de diagnostics de sida, un arrêt de l'augmentation du nombre de découvertes de séropositivité chez les homosexuels et une diminution, parmi les découvertes de séropositivité, de la proportion des dépistages tardifs, au stade sida. Ce constat encourageant doit cependant être confronté à d'autres données, notamment de comportements et de recours au dépistage.

Mots clés / Key words

Surveillance épidémiologique, infection par le VIH, sida, France / Epidemiological surveillance, HIV infection, AIDS, France

HIV and AIDS surveillance in France, 2006

This article presents the epidemiological situation of HIV and AIDS provided by the surveillance activities coordinated by the Institut de veille sanitaire (InVS): reporting of AIDS and HIV infection, virological surveillance and testing activity.

In 2006, five million HIV tests were performed, a decrease of 5% since 2005.

In the same period, the number of HIV positive tests has decreased by 4%.

Accounting for reporting delays and under-reporting, the total number of newly diagnosed HIV cases is estimated to be 6 300 in 2006, declining since 2004. One fourth of newly diagnosed patients had been infected within the last six months.

Half of new HIV diagnoses were infected through heterosexual contact, of whom half were from Sub-Saharan Africa. The number of new diagnoses has decreased since 2003 in foreign women, and since 2005 in foreign men.

The number of new diagnoses in homosexual men has increased between 2003 and 2005, and stabilized in 2006. Homosexual men accounted for 29% of the total number of new HIV diagnoses, of whom 41% have been infected in the last 6 months.

The proportion of newly diagnosed cases of HIV infected with HIV-2 is 2% in 2006. Among HIV-1 infections, the proportion of non-B sub-types, having decreased between 2003 and 2005, has remained stable in 2006 (42%).

The year 2006 is characterised by a global decrease in the numbers of new HIV diagnoses and AIDS cases, a break in the increase of the number of new HIV diagnoses among homosexuals, and a decrease, among new HIV diagnoses, of the proportion of HIV diagnoses at the AIDS stage. These encouraging points need to be confronted to data on sexual and HIV testing behaviour.

¹ Département des maladies infectieuses, unité VIH/sida-IST-VHC : Françoise Cazein, Florence Lot, Josiane Pillonel, Roselyne Pinget, Danièle David, Marlène Leclerc, Sophie Couturier, Héléne Haguy, Caroline Semaille. - ² Laboratoire de virologie, Centre hospitalier universitaire Bretonneau, Tours : Francis Barin, Denys Brand, Sylvie Brunet, Damien Thierry.

Introduction

Cet article présente la situation de l'infection à VIH et du sida en France, à la date du 31 décembre 2006, à partir de quatre systèmes de surveillance coordonnés par l'Institut de veille sanitaire (InVS) :

Surveillance de l'activité de dépistage du VIH (LaboVIH)

Cette surveillance concerne depuis 2001 l'ensemble des laboratoires de ville et hospitaliers (environ 4 300 laboratoires), sollicités chaque semestre par l'InVS (et par l'intermédiaire de l'Observatoire régional de santé de Bretagne pour cette région). Les données recueillies sont les nombres de personnes testées pour le VIH, hors dons de sang, et de personnes confirmées positives pour la 1^{ère} fois pour le laboratoire. Des estimations nationales sont faites en attribuant aux laboratoires non participants la médiane de l'activité des laboratoires participants de même type (ville ou hospitalier) et de même région. Cette surveillance permet d'interpréter les données issues de la notification obligatoire du VIH et d'en estimer l'exhaustivité.

Notification obligatoire des diagnostics d'infection VIH

Cette notification, mise en place en mars 2003, est initiée par les biologistes qui doivent déclarer toute personne dont la sérologie VIH est confirmée positive pour la première fois dans leur laboratoire, en utilisant un code d'anonymat. Le médecin prescripteur du test complète ensuite la notification avec les informations épidémiologiques et cliniques dont il dispose. Les notifications sont adressées aux médecins inspecteurs des Ddass puis à l'InVS. Cette surveillance permet de décrire les caractéristiques des personnes qui découvrent leur séropositivité.

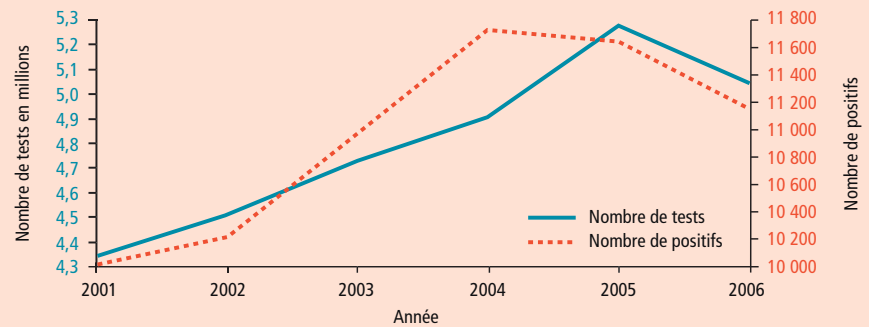
Surveillance virologique

Elle permet, parmi les découvertes de séropositivité chez les adultes, d'estimer la part des contaminations récentes (6 mois) et de suivre l'évolution des sous-types du virus circulant actuellement en France. Cette surveillance, volontaire pour le patient et pour le biologiste, repose sur la réalisation d'un test d'infection récente et d'un sérotypage par le Centre national de référence (CNR). Ces examens se font grâce à un échantillon de sérum déposé sur buvard par le biologiste à partir du « fond de tube » ayant permis de diagnostiquer l'infection à VIH. Les résultats virologiques sont ensuite transmis à l'InVS où ils sont couplés aux informations de la notification obligatoire du VIH grâce au code d'anonymat.

Notification obligatoire des cas de sida

Elle est réalisée par les cliniciens, qui doivent déclarer, depuis 1986, tout patient présentant une pathologie inaugurale de sida, sur la base d'une définition européenne. La notification se fait en utilisant un code d'anonymat, comme pour le VIH. Les notifications sont adressées aux médecins inspecteurs des Ddass puis à l'InVS. Cette surveillance permet de caractériser la population des personnes au stade le plus avancé de la maladie, qui sont soit en échec thérapeutique, soit n'ont pas eu accès à un dépistage du VIH ou à un traitement antirétroviral.

Figure 1 Nombre de sérologies VIH réalisées et nombre de sérologies confirmées positives, France, 2001-2006 / Figure 1 Number of HIV tests performed and number of HIV positive tests, France, 2001-2006



Le fonctionnement de ces différents systèmes de surveillance a été décrit précédemment [1-2]. Ici, les données sont analysées pour l'année 2006 et en tendances par rapport aux années antérieures, avec un éclairage particulier sur la situation épidémiologique des enfants/adolescents.

Résultats

Dépistage et diagnostic du VIH dans les laboratoires : LaboVIH

En 2006, 88 % de tous les laboratoires de ville et hospitaliers ont participé à LaboVIH. Cette participation est variable selon la région mais dépasse 80 % dans toutes les régions, à l'exception de la Corse.

Sérologies effectuées

En 2006, le nombre de sérologies VIH réalisées par la totalité des laboratoires est estimé¹ à 5 millions (dont les trois quarts en ville). Globalement, 8 % des sérologies sont effectuées dans le cadre d'une Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG).

Le nombre de sérologies VIH a diminué entre 2005 et 2006 (-4 %). Néanmoins, ce nombre a globalement augmenté sur la période 2001-2006 (figure 1), compte-tenu du pic important observé en 2005 (+8 % par rapport à 2004).

Le nombre de sérologies VIH effectuées en 2006 rapporté à la population est de 80 p. 1 000 habitants pour l'ensemble de la France. Il est plus élevé en Guyane (146 p. 1 000), en Guadeloupe (136), en Martinique (126), en Ile-de-France (109) et en Paca (106) que dans les autres régions (entre 55 et 84 p. 1 000 en métropole, 88 p. 1 000 à La Réunion) (figure 2a).

Sérologies positives

Le nombre de sérologies confirmées positives est estimé² à 11 100 en 2006, dont 38 % en laboratoire de ville. Parmi ces sérologies positives, 11 % ont été réalisées dans un cadre anonyme.

Le nombre de sérologies confirmées positives diminue en 2006 (-4 %, figure 1). Cette évolution était amorcée dès 2005, après une augmentation régulière d'environ 6 % par an entre 2001 et 2004.

Le nombre de sérologies confirmées positives rapporté à la population représente à l'échelle nationale 178 cas par million d'habitants en 2006. Ce taux est beaucoup plus élevé en Guyane (2 077 par million), en Guadeloupe (861), en Ile-de-France (492) et en Martinique (409) que dans les autres régions (entre 29 et 156 par million) (figure 2b).

Proportion de sérologies positives

La proportion de sérologies confirmées positives pour 1 000 sérologies réalisées est estimée à 2,2 en 2006. Elle est plus élevée pour les sérologies effectuées dans un cadre anonyme (CDAG) : 3,5 p. 1 000. Elle varie selon les régions : beaucoup plus élevée en Guyane (14,2 p. 1 000), en Guadeloupe (6,4), en Ile-de-France (4,5) et en Martinique (3,2) que dans les autres régions (entre 0,4 et 1,6 p. 1 000).

La proportion de sérologies positives a diminué en 2005-2006 (2,2 p. 1 000 sérologies) par rapport aux années 2001-2004 (entre 2,3 et 2,4 p. 1 000, $p < 10^{-4}$).

Notification obligatoire de l'infection à VIH

Depuis la mise en place de la notification obligatoire du VIH (mars 2003) jusqu'au 31 décembre 2006, 20 677 diagnostics d'infection VIH ont été notifiés, dont 15 334 ont pu être classés en découvertes de séropositivité³ (15 226 adultes et 108 enfants de moins de 13 ans).

Ces 15 334 découvertes de séropositivité ne représentent pas la totalité des cas, car certains sont notifiés avec retard (délai de déclaration), et d'autres ne sont jamais notifiés (sous-déclaration). Le nombre réel de découvertes de séropositivité doit donc être estimé en fonction de ces deux paramètres. La prise en compte des délais de déclaration est nécessaire pour redresser les données des deux années les plus récentes [3]. Pour l'année 2006, le coefficient de redressement est de 1,4. La sous-déclaration doit être prise en compte chaque année ; en 2006, elle est estimée à 36 % [1]. En appliquant ces deux facteurs de correction aux 2 814 découvertes de séropositivité en 2006 et notifiées en 2006, le nombre de découvertes de séropositivité est estimé à environ 6 300 cas en 2006 (figure 3).

¹ L'estimation pour l'ensemble des laboratoires est réalisée à partir des laboratoires ayant transmis leurs données.

² Les sérologies confirmées positives ne correspondent pas toutes à des découvertes de séropositivité puisqu'elles incluent des sérologies faites plusieurs fois pour la même personne dans des laboratoires différents.

³ Il s'agit d'une première sérologie positive, éventuellement précédée d'une sérologie antérieure positive datant de moins de 12 mois. La différence entre 20 677 et 15 334 ($n=5 343$) correspond pour moitié à des diagnostics anciens (sérologie antérieure positive datant de plus de 12 mois) et pour moitié à des notifications faites uniquement par les biologistes pour lesquelles l'absence de volet clinicien ne permet pas de les classer ou non en découvertes de séropositivité.

Figure 2 Activité de dépistage du VIH et notifications obligatoires par région, France, 2006
 Figure 2 HIV testing activities and mandatory notification by region, France, 2006

Figure 2a Taux de sérologies VIH* / 1000 habitants
 Figure 2a Rate of HIV tests performed / 1 000 inhabitants

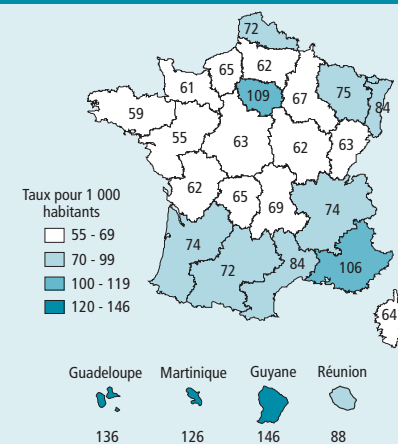


Figure 2b Taux de sérologies VIH positives* / million d'habitants
 Figure 2b Rate of HIV positive tests / million inhabitants

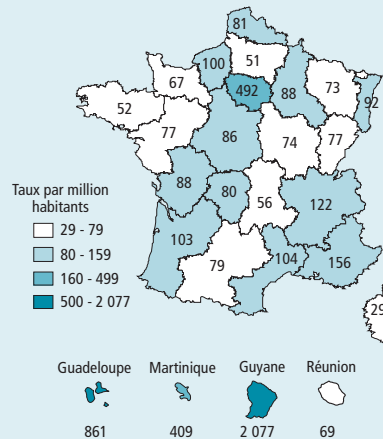


Figure 2c Taux de découvertes de séropositivité VIH** / million d'habitants
 Figure 2c Rate of new HIV diagnoses / million inhabitants

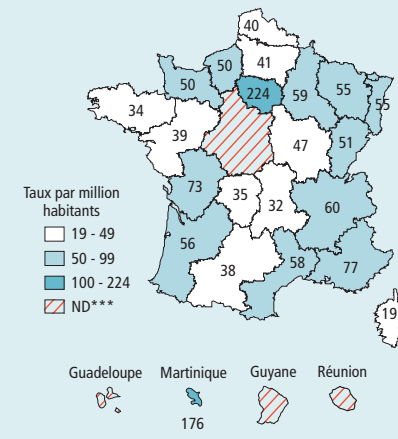
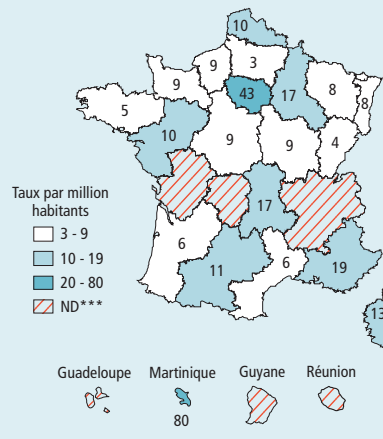
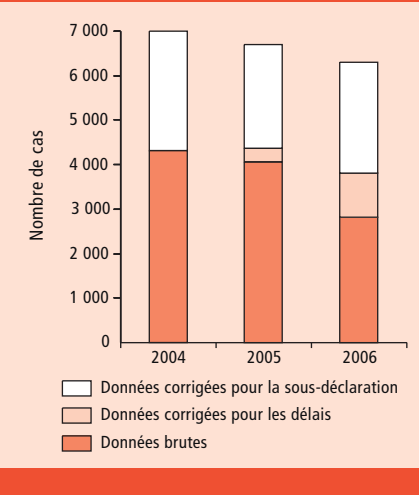


Figure 2d Taux de cas de sida** / million d'habitants
 Figure 2d Rate of AIDS cases / million inhabitants



* Estimations pour l'ensemble des laboratoires, à partir des laboratoires participants de LaboVIH
 ** Notifications obligatoires (données au 31/12/2006 redressées pour les délais de déclaration)
 *** Non disponibles car les calculs de redressements sont impossibles, du fait d'un effectif trop faible et/ou de délais de déclaration trop irréguliers

Figure 3 Nombre de découvertes de séropositivité VIH : données brutes, corrigées pour les délais de déclarations et pour la sous-déclaration, 2004-2006 (France, données au 31/12/2006)
 Figure 3 Number of HIV infections newly diagnosed: reported, adjusted for reporting delays and for underreporting, 2004-2006 (France, data reported by 31/12/2006)



Ces corrections sont indispensables pour appréhender le nombre réel de cas et son évolution, et donc pour comparer des régions ou des pays entre eux. En revanche, les caractéristiques des cas peuvent être analysées à partir des données brutes, en faisant l'hypothèse que les cas non déclarés ou déclarés avec retard ont les mêmes caractéristiques que ceux qui ont été notifiés⁴.

Le nombre de découvertes de séropositivité en 2006 (6 300) est en diminution par rapport aux estimations des années précédentes : 7 000 en 2004, 6 700 en 2005.

Sexe, âge et nationalité

La proportion d'hommes a progressivement augmenté parmi les découvertes de séropositivité, passant de 58 % en 2003 à 64 % en 2006 ($p < 10^{-4}$). Cette masculinisation est principalement liée à l'augmentation constante de la proportion d'hommes contaminés par rapports homosexuels (de 21 % en 2003 à 29 % en 2006, $p < 10^{-4}$), alors que la proportion d'hommes est stable parmi les personnes contaminées par rapports hétérosexuels (42 %). L'âge moyen au diagnostic d'infection à VIH en

2006 est de 37,7 ans pour l'ensemble des cas, les femmes étant plus jeunes (34,9 ans) que les hommes (39,3 ans). On note une tendance à l'augmentation de l'âge moyen, de 36,6 ans en 2003 à 37,7 en 2006 ($p = 10^{-3}$). L'âge moyen augmente chez les femmes (de 33 ans en 2003 à 35 ans en 2006, $p = 0,007$). Chez les hommes, l'âge moyen augmente chez les hétérosexuels (de 40 à 42 ans, $p = 0,005$) mais est stable chez les homosexuels (37 ans).

Les personnes de nationalité étrangère représentent 37 % des découvertes de séropositivité en 2006 (56 % chez les femmes et 27 % chez les hommes, tableau 1), cette proportion a régulièrement diminué en 4 ans (46 % en 2003). Cette diminution est en partie liée à l'augmentation de la proportion des homosexuels (81 % d'entre eux sont Français) et en partie à la diminution de la proportion d'étrangers chez les hétérosexuels (de 62 % en 2003 à 58 % en 2006). Les trois-quarts des personnes étrangères sont de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne (84 % des femmes et 62 % des hommes), principalement du Cameroun et de Côte d'Ivoire, puis du Congo Brazzaville et du Mali.

Douze enfants de moins de 13 ans ont été découverts séropositifs en 2006, 27 en 2005, 36 en 2004 et 33 en 2003⁵.

Sur la totalité de ces 108 enfants nés entre 1990 et 2006, 53 sont nés en Afrique subsaharienne, 45 en France (dont 13 en Ile-de-France, 9 en Guyane, 2 en Guadeloupe, le département étant autre pour 8 enfants et inconnu pour 13) et 9 sont nés dans un autre pays (le pays de naissance est inconnu pour 1 enfant).

Parmi les 45 enfants nés en France, 19 ont une mère originaire d'Afrique subsaharienne, 12 des Caraïbes, 6 de France métropolitaine et 3 d'Afrique du Nord (l'origine géographique de 5 mères est inconnue). Pour 13 d'entre eux (dont 12 nés entre 2003 et 2006), il s'agirait d'un échec de la prévention de la transmission materno-fœtale (traitement pendant la grossesse, en per-partum et en post-natal) [4].

Mode de contamination

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2006, 48 % ont été contaminées par rapports hétérosexuels, 29 % par rapports homosexuels et 2 % par usage de drogues injectables (tableau 2).

Pour 21 %, le mode de contamination n'était pas renseigné. Si on exclut ces cas, la répartition par mode de contamination est de 60 % d'hétérosexuels (97 % chez les femmes et 40 % chez les hommes), 37 % d'homosexuels, 2 % d'usagers de drogues injectables (UDI) et 1 % d'autres.

⁴ Cette hypothèse se vérifie pour les délais de déclaration, qui varient beaucoup plus selon la région que selon les autres caractéristiques des cas. Pour la sous-déclaration, cette hypothèse ne peut pas être vérifiée directement. Cependant, la prise en compte de la sous-déclaration spécifique de chaque région ne modifie pas, au niveau national, les caractéristiques des cas, comme par exemple le mode de contamination.

⁵ Données brutes non corrigées, ni pour les délais de déclaration ni pour la sous-déclaration.

Tableau 1 Découvertes de séropositivité VIH en 2006 par nationalité et sexe (France, données au 31/12/2006)

Table 1 Newly diagnosed HIV infections in 2006 by nationality and sex (France, data reported by 31/12/2006)

Nationalité	Femmes		Hommes		Total	
	N*	%	N*	%	N*	%
France	251	24,5	1 019	56,9	1 270	45,1
Afrique subsaharienne	478	46,7	295	16,5	773	27,5
Amérique	57	5,6	69	3,8	126	4,5
Europe	9	0,9	61	3,4	70	2,5
Afrique du nord	16	1,6	37	2,1	53	1,9
Asie	10	1,0	18	1,0	28	1,0
Inconnue**	202	19,7	292	16,3	494	17,5
Total	1 023	100,0	1 791	100,0	2 814	100,0

* Données brutes non corrigées, ni pour les délais de déclaration ni pour la sous-déclaration
** Inconnue pour le clinicien

Tableau 2 Découvertes de séropositivité VIH en 2006 par mode de contamination et sexe (France, données au 31/12/2006)

Table 2 Newly diagnosed HIV infections in 2006 by transmission group and sex (France, data reported by 31/12/2006)

Mode de contamination	Femmes		Hommes		Total	
	N*	%	N*	%	N*	%
Rapports hétérosexuels	781	76,3	564	31,5	1 345	47,8
Rapports homosexuels	-	-	815	45,5	815	29,0
Injection de drogues	13	1,3	39	2,2	52	1,8
Autres**	11	1,1	6	0,3	17	0,6
Inconnu***	218	21,3	367	20,5	585	20,8
Total	1 023	100,0	1 791	100,0	2 814	100,0

* Données brutes non corrigées, ni pour les délais de déclaration ni pour la sous-déclaration
** 14 transmissions mère-enfant et 3 homosexuels usagers de drogues
*** Inconnu pour le clinicien

Les personnes contaminées par rapports hétérosexuels sont en majorité des femmes (58 %) et pour 47 % des personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne.

Parmi les UDI ayant découvert leur séropositivité depuis 2003, 10 % sont de nationalité d'un pays d'Europe de l'Est ou d'Europe centrale (principalement Géorgie et Russie) et 7 % d'un pays d'Europe de l'Ouest (principalement Portugal et Espagne).

Le nombre de découvertes de séropositivité a progressivement augmenté chez les hommes contaminés par rapports homosexuels entre le second semestre de 2003 et le premier semestre de 2005, puis est resté stable (figure 4). Pour les autres modes de transmission, on observe une diminution du nombre de découvertes de séropositivité. Cette diminution s'observe depuis le début de la surveillance chez les femmes étrangères contaminées par rapports hétérosexuels, mais seulement à partir du second semestre 2005 chez les Français (hommes et femmes) et les hommes étrangers contaminés par rapports hétérosexuels ainsi que chez les UDI.

Si on rapporte le nombre de découvertes de séropositivité en 2006, corrigé pour les délais de

déclaration et pour la sous-déclaration, à la population de 18 à 69 ans⁶, on constate que la population des homosexuels masculins (511 découvertes de séropositivité pour 100 000) et dans une moindre mesure celle des UDI (119 pour 100 000) sont de loin plus touchées que la population des hétérosexuels non usagers de drogues (6 pour 100 000 hommes et 8 pour 100 000 femmes).

Par ailleurs, le nombre de découvertes de séropositivité VIH en 2006 rapporté à la population est beaucoup plus important chez les personnes de nationalité étrangère⁷ (64/100 000) que de nationalité française (4/100 000).

Motif de dépistage

Le premier motif de dépistage reste la présence de signes cliniques ou biologiques (pour 25 % des femmes et 35 % des hommes en 2006). Le dépistage a été réalisé du fait d'une exposition à risque pour 16 % des femmes et 25 % des hommes. La grossesse est un motif de dépistage chez 17 % des femmes, plus fréquent chez les Africaines (22 %) que chez les Françaises (9 %) ($p < 10^{-3}$).

Stade clinique

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2006, 10 % ont été diagnostiquées

précocement au stade de primo-infection, 52 % à un stade asymptomatique, 12 % à un stade symptomatique non sida, et 14 % tardivement au stade sida. Le stade clinique n'est pas précisé pour 12 % des notifications.

Le stade clinique lors de la découverte de la séropositivité varie selon le mode de contamination et la nationalité. Les personnes contaminées par rapports homosexuels sont plus souvent diagnostiquées au moment d'une primo-infection (22 % en 2006) que les personnes françaises (12 %) ou étrangères (3 %) contaminées par rapports hétérosexuels ($p < 10^{-4}$). En revanche, la proportion de découvertes au stade sida est plus faible chez les homosexuels (7 %) que chez les hétérosexuels français et étrangers (respectivement 17 % et 15 %).

La proportion de diagnostics au stade sida a diminué progressivement (de 20 % en 2003 à 14 % en 2006, $p < 10^{-3}$), tandis que les diagnostics à un stade de primo-infection ou à un stade asymptomatique ont augmenté (respectivement de 7 % à 10 %, $p < 10^{-3}$, et de 49 % à 52 %, $p = 0,004$). La proportion de découvertes au stade sida a diminué significativement chez les homosexuels (de 19 % à 7 %, $p < 10^{-4}$), les hétérosexuels de nationalité étrangère (de 21 % à 17 %, $p = 0,015$), et les hétérosexuels français (de 22 % à 17 %, $p = 0,03$). En revanche l'augmentation des découvertes à un stade de primo-infection n'est significative que chez les homosexuels (de 18 % à 22 %, $p = 0,015$) et chez les hommes hétérosexuels français (de 6 % à 14 %, $p = 0,007$).

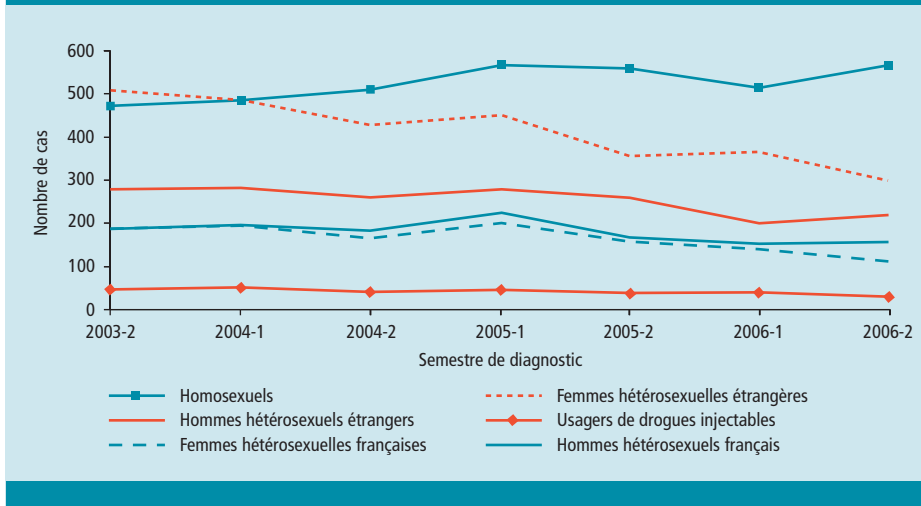
Répartition géographique

Le taux de découvertes de séropositivité en 2006 (figure 2c) est toujours inférieur à celui des sérologies positives recensées dans LaboVIH (figure 2b), puisque une personne peut avoir plusieurs sérologies positives dans des laboratoires différents. En revanche, les représentations régionales sont presque superposables, les taux les plus élevés se retrouvant dans les mêmes régions. Les taux de découvertes s'échelonnent de 19 à 77 par million d'habitants, mis à part la Martinique (176) et l'Île-de-France (224). La Guyane et la Guadeloupe

⁶ La population des homosexuels masculins a été estimée à 325 500, celle des UDI à 90 000 et celle des hétérosexuels à 40,7 millions.

⁷ Population au 1^{er} janvier 2005, source Insee.

Figure 4 Nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination, sexe, nationalité et semestre de diagnostic (France, données au 31/12/2006 redressées pour les délais de déclaration mais non corrigées pour la sous-déclaration) / Figure 4 Number of HIV infections newly diagnosed by transmission group, sex, nationality and half-year of diagnosis (France, data reported by 31/12/2006 adjusted for reporting delays, but not for underreporting)



restent certainement les régions les plus touchées, bien que leurs taux n'aient pu être calculés pour 2006 en raison de délais de déclaration trop irréguliers.

Un tableau présentant le nombre et le taux par million d'habitants de découvertes de séropositivité VIH notifiées en 2006, quelle que soit l'année de diagnostic, est disponible sur le site de l'InVS (www.invs.sante.fr dans la rubrique Dossiers thématiques, puis VIH/sida).

Surveillance virologique du VIH

Parmi les 2 802 découvertes de séropositivité chez les adultes en 2006⁸, la proportion de patients qui refusent la surveillance virologique est très faible (2 %). Cependant, dans 18 % des cas, le prélèvement sur buvard n'a pas été adressé par le biologiste au CNR. Le fonctionnement de cette surveillance s'est amélioré depuis 2003 : la participation des biologistes a augmenté et la proportion de refus a diminué.

Test d'infection récente

En 2006, les résultats du test d'infection récente [5] sont disponibles pour 2 230 personnes, soit 80 % des découvertes de séropositivité pour le VIH-1. La proportion d'infections récentes (≤ 6 mois) est de 23,6 % [IC à 95 % : 22,8-25,4].

La proportion d'infections récentes (figure 5) est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (28 % vs. 15 %, $p < 10^{-4}$), et chez les homosexuels que chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels (41 % vs. 17 %, $p < 10^{-4}$).

Elle est plus élevée chez les moins de 40 ans que chez les plus de 40 ans ($p = 0,0004$).

La proportion d'infections récentes est moins élevée chez les personnes d'Afrique subsaharienne que chez les personnes de nationalité française (8 % vs. 35 %, $p < 10^{-4}$). Cette différence persiste chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels (9 % chez les Africains vs. 28 % chez les Français, $p < 10^{-4}$), quel que soit le sexe.

La proportion d'infections récentes est stable entre le second semestre de 2003 et le second semestre

de 2006, quels que soient le sexe, l'âge, le mode de contamination, chez les personnes de nationalité française comme celles d'Afrique subsaharienne.

Sérotypage

Le type de virus (VIH-1 ou VIH-2) a pu être déterminé pour la quasi-totalité des découvertes de séropositivité en 2006 ($n = 2\ 802$), grâce à la surveillance virologique réalisée par le CNR ou directement à partir des notifications des biologistes.

La proportion d'infections à VIH-2 en 2006 est de 2,0 % [IC à 95 % : 1,5-2,6], dont 1,9 % d'infections à VIH-2 seules et 0,1 % de co-infections VIH-1/VIH-2. La proportion de VIH-2 n'a pas varié de façon significative depuis 2003.

Parmi les infections à VIH-1, la surveillance virologique a permis de déterminer le groupe [6] dans 2 106 cas ; une seule infection par le groupe O a été identifiée en 2006.

Parmi les 1 988 cas du groupe M qui ont été sous-typés, 41,8 % [IC à 95 % : 39,6-44,0] sont des sous-types non-B.

En 2006, la proportion de sous-types non-B (figure 6) diffère significativement selon le sexe, l'âge, le mode de contamination et la nationalité ($p < 10^{-4}$). Elle est plus élevée chez les femmes (59 %) que chez les hommes (32 %), et elle diminue avec l'âge jusqu'à 40-49 ans. La proportion de sous-types non-B est plus élevée chez les hétérosexuels (56 %) que chez les homosexuels (16 %) et chez les personnes d'Afrique subsaharienne (75 %) que chez celles de nationalité française (23 %). Elle est aussi plus importante en Ile-de-France que dans les autres régions (51 % vs. 34 %). La proportion d'infections récentes est deux fois plus importante chez les personnes d'Afrique subsaharienne infectées par un sous-type B que chez celles infectées par un sous-type non-B (10 % vs. 5 %, $p = 0,048$).

La proportion des sous types non-B a diminué significativement entre 2003 (50 %) et 2005 (41 %) et s'est stabilisée en 2006 (42 %). Cette évolution est liée à celle observée chez les personnes africaines, avec une diminution entre 2003 (82 %) et 2005 (73 %) de la proportion des sous-types non-B et

une stabilisation en 2006 (75 %) alors que la part des sous-types non-B est restée stable chez les Français, autour de 21 %.

Notification obligatoire du sida en France

Au 31 décembre 2006, le nombre total de cas de sida notifiés depuis le début de l'épidémie est de 62 059.

En tenant compte des délais de déclaration [4], le nombre de personnes ayant développé un sida et vivantes au 31 décembre 2006 a été estimé à 27 483 (tableau 3), ou à 29 800 si on tient compte également de la sous-déclaration des cas et des décès [7,8].

Alors que la diminution du nombre de cas de sida s'était progressivement ralentie entre 1997 et 2002 (diminution annuelle comprise entre 2 et 6 %), la diminution a été plus forte à partir de 2003 et s'accroît en 2006. Cette diminution plus importante entre 2005 et 2006 se retrouve quel que soit le sexe et le mode de contamination. Elle est plus marquée chez les personnes de nationalité française.

Sexe et âge

Parmi les nouveaux diagnostics de sida en 2006, la proportion de femmes est de 32 %, proportion qui est stable depuis 2004, alors qu'elle avait augmenté progressivement durant les années précédentes. Cette proportion varie selon la nationalité : en 2006, 55 % des personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne et 22 % des personnes de nationalité française sont des femmes.

L'âge moyen au diagnostic de sida est de 41,5 ans en 2006 (38,6 ans chez les femmes et 42,8 ans chez les hommes). Il a augmenté au cours du temps, mais tend à se stabiliser depuis 2002.

Le nombre de diagnostics de sida chez les enfants de moins de 13 ans (figure 7) est stable depuis 1998 (6 à 9 cas/an). Depuis cette date, les diagnostics ne concernent plus que des enfants contaminés par transmission materno-fœtale (lorsque le mode de contamination est connu).

De même, on observe une relative stabilité du nombre de diagnostics chez les 13-19 ans depuis

Figure 5 Proportion d'infections récentes en 2006 selon le sexe, le groupe d'âge, le mode de contamination et la nationalité (France, données au 31/12/2006) | Figure 5 Proportion of recent infections in 2006 by sex, age, transmission mode and nationality (France, data reported by 31/12/2006)

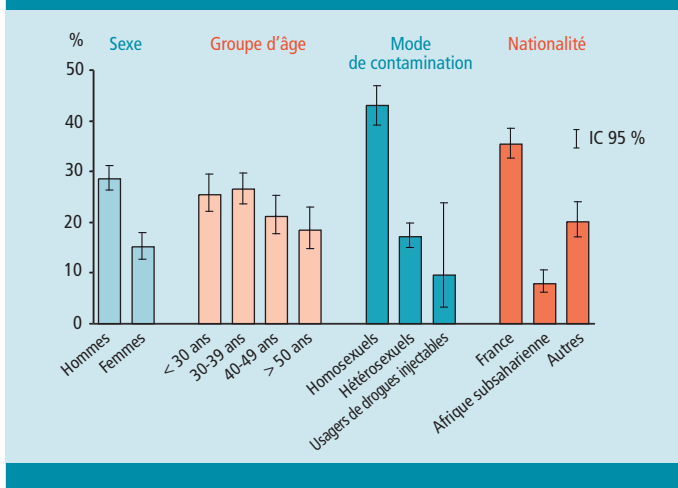


Figure 6 Proportion de sous-types non-B en 2006 selon le sexe, le groupe d'âge, le mode de contamination et la nationalité (France données au 31/12/2006) | Figure 6 Proportion of non-B subtypes in 2006 by sex, age, transmission mode and nationality (France, data reported by 31/12/2006)

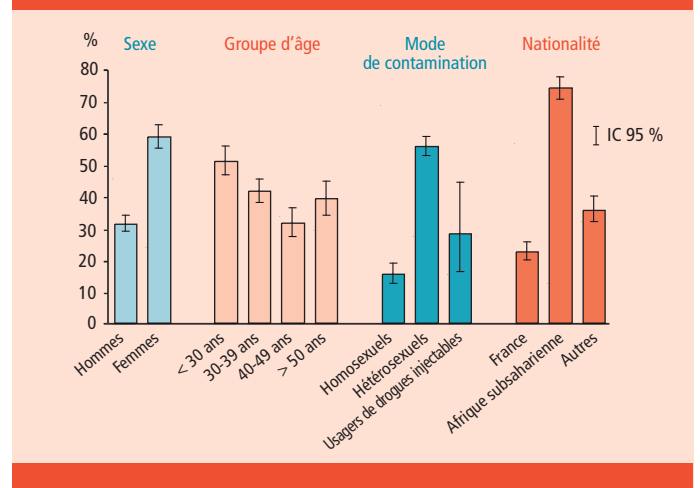


Tableau 3 Nombre de cas de sida par année de diagnostic, cas de sida décédés par année de décès et cas de sida vivants au 31 décembre de chaque année (France, données au 31/12/2006) / **Table 3** Number of AIDS cases by year of diagnosis, deaths among AIDS cases by year of death and persons living with AIDS at the end of each year (France, data reported by 31/12/2006)

	< 1997	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Date inconnue	Total
Nombre de cas de sida par année de diagnostic Nombre de cas redressés*	46 168	2 294	1 950	1 839	1 735	1 675	1 639	1 465	1 360	1 251 1 298*	683 1 022*		62 059 62 445*
Nombre de cas de sida décédés par année de décès Nombre de décès redressés	28 791	1 120	769	709	621	585	668	483	419	391 399*	217 298*	100	34 873 34 962**
Nombre de cas de sida vivants cumulés à la fin de chaque année	17 377	18 551	19 732	20 862	21 976	23 066	24 037	25 019	25 960	26 859*	27 583*		27 483**

* Nombre redressé pour les délais de déclaration mais non corrigés pour la sous-déclaration

** Sont inclus les 100 décès sans date connue

plusieurs années [4]. Les adolescents, chez lesquels un diagnostic de sida a été porté entre 1997 et 2006, ont été contaminés par rapports hétérosexuels pour 51 % d'entre eux, par transmission materno-fœtale (20 %) ou par transfusion ou injection de produits hémophiliques (11 %). Les contaminations par rapports homosexuels concernent 1 % d'entre eux, il en est de même pour les partages de matériel d'injection (le mode de contamination reste inconnu pour 16 % des cas).

Mode de contamination

Les personnes contaminées par rapports hétérosexuels représentent 52 % des cas de sida diagnostiqués en 2006, les hommes contaminés par rapports homosexuels 22 % et les personnes contaminées par usage de drogues injectables 8 %.

Le nombre annuel de cas de sida a diminué assez régulièrement sur les 10 dernières années chez les usagers de drogues, chez les hommes contaminés par rapports homosexuels et chez les hommes français contaminés par rapports hétérosexuels (figure 8). Chez les femmes françaises contaminées par rapports hétérosexuels, on observe une tendance à la diminution, mais moins importante et moins régulière. Le nombre de cas chez les hommes et femmes de nationalité étrangère contaminés par rapports hétérosexuels, qui avait augmenté entre 1999 et 2002, diminue ensuite.

Répartition géographique

Les taux de cas de sida diagnostiqués en 2006 (figure 2d) présentent des valeurs inférieures à ceux des découvertes de séropositivité (figure 2c) dans toutes les régions. Les taux de cas de sida s'échelonnent de 3 à 19 par million d'habitants, sauf en Ile-de-France (43) et en Martinique (80). La Guyane et la Guadeloupe restent certainement les régions les plus touchées, bien que leurs taux n'aient pu être calculés pour 2006 en raison de délais de déclaration trop irréguliers.

Un tableau présentant le nombre et le taux par million d'habitants de cas de sida notifiés en 2006, quelle que soit l'année de diagnostic, est disponible sur le site de l'InVS (www.invs.sante.fr dans la rubrique Dossiers thématiques, puis VIH/sida).

Traitement antirétroviral pré-sida

Parmi les nouveaux diagnostics de sida en 2006, moins d'une personne sur 5 (19 %) avait bénéficié d'un traitement antirétroviral pré-sida. Les hétérosexuels étrangers avaient moins souvent bénéficié de ce traitement (12 %) que les hétérosexuels français (15 %) et que les homosexuels (26 %), principalement pour des problèmes de recours au dépistage. Entre 2003 et 2006, le nombre de cas de sida chez des personnes dépistées mais non traitées par des antirétroviraux avant le sida diminue beaucoup moins (-6 %) que chez les person-

nes traitées par antirétroviraux (-53 %) et que chez celles non dépistées (-31 %).

Pathologies inaugurales

En 2006, 24 % des patients ont présenté une pneumocystose comme pathologie inaugurale de sida, 21 % une tuberculose, 14 % une candidose œsophagienne, 10 % une toxoplasmose cérébrale et 10 % un Kaposi.

Les fréquences annuelles de ces pathologies se sont peu modifiées sur les années récentes. Notamment, on n'observe pas de tendances particulières pour l'ensemble des cancers qui définissent le sida (Kaposi, lymphome cérébral, lymphome non hodgkinien), même si la fréquence du lymphome non hodgkinien tend à augmenter entre 2003 et 2005 (de 5 % à 7 %).

Les fréquences diffèrent selon qu'il s'agit de personnes ayant bénéficié ou non d'un traitement antirétroviral avant le diagnostic de sida. Elles diffèrent aussi selon le mode de contamination et la nationalité (figure 9).

Discussion

L'année 2006 est marquée par une diminution à la fois de l'activité de dépistage du VIH, du nombre de sérologies positives, des découvertes de séropositivité et des nouveaux diagnostics de sida. La diminution du nombre de diagnostics d'infection

Figure 7 Nombre de cas de sida diagnostiqués chez les enfants (<13 ans) et les adolescents (13-19 ans) (France, données au 31/12/2006 redressées pour les délais de déclaration mais non corrigées pour la sous-déclaration) / **Figure 7** Number of AIDS cases diagnosed in children (<13 years) and adolescents (13-19 years). (France, data reported by 31/12/2006 adjusted for reporting delays, but not for underreporting)

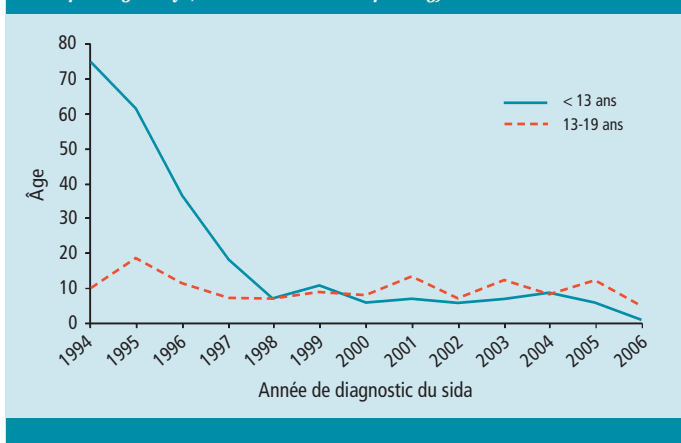
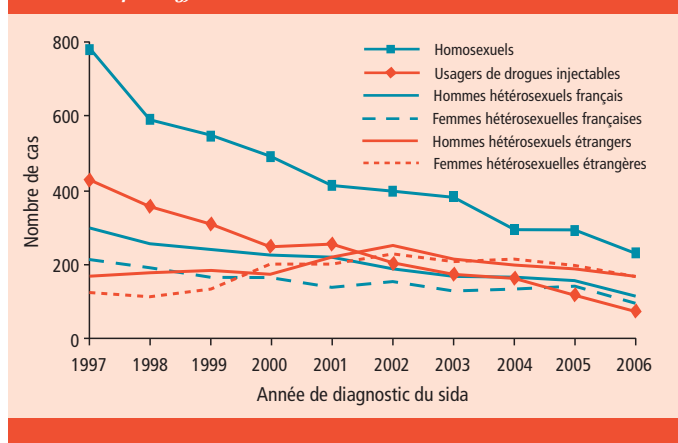


Figure 8 Nombre de cas de sida par mode de contamination et année de diagnostic (France, données au 31/12/2006 redressées pour les délais de déclaration mais non corrigées pour la sous-déclaration) / **Figure 8** Number of AIDS cases by transmission group and year of diagnosis (France, data reported by 31/12/2006 adjusted for reporting delays but not for underreporting)



VIH est encourageante, dans la mesure où elle peut refléter un recul de l'épidémie. Néanmoins, d'autres facteurs, détaillés ci-dessous, peuvent expliquer cette diminution. De plus, s'agissant de diminutions récentes, il sera nécessaire de consolider ces résultats par des données ultérieures, et de les confronter à d'autres sources d'information, notamment issues d'enquêtes comportementales.

Activité de dépistage du VIH

Deux faits peuvent expliquer la diminution du nombre de sérologies VIH réalisées en 2006 par rapport à 2005. L'année 2005, au cours de laquelle le sida avait été déclaré grande cause nationale, avait connu une augmentation inhabituelle de l'activité de dépistage du VIH. Par ailleurs, une circulaire de janvier 2006 a abrogé la recommandation de dépistage pré- et post-transfusionnel, ce qui a pu influencer sur le nombre de tests réalisés. L'activité de dépistage du VIH se maintient cependant en 2006 au même niveau qu'en 2004, à hauteur de 80 sérologies pour 1 000 habitants, ce qui n'est pas en faveur d'une diminution importante du recours au dépistage.

L'évolution du nombre de sérologies confirmées positives est corroborée par celle du nombre annuel de demandes d'exonération du ticket modérateur pour les infections par le VIH : après une augmentation entre 2001 et 2004, ce nombre s'est également stabilisé entre 2004 et 2005 puis a diminué en 2006 [9].

Estimation du nombre de découvertes de séropositivité VIH et sous-déclaration

Le nombre estimé de 6 300 découvertes de séropositivité en 2006, calculé comme pour les années précédentes par combinaison des données d'activité de dépistage (LaboVIH) et des notifications obligatoires d'infection à VIH, est en diminution par rapport aux estimations des années précédentes. Ce calcul repose sur l'hypothèse que l'exhaustivité

de la notification obligatoire est la même pour tout diagnostic d'infection VIH, qu'il s'agisse ou non d'une découverte de séropositivité, hypothèse qui n'est pas vérifiable. Le nombre réel de découvertes de séropositivité se situe dans un intervalle de plausibilité, entre le nombre de découvertes qui ont fait l'objet d'une notification, corrigé pour les délais de déclaration (environ 4 000 en 2006), et le nombre total de sérologies positives, incluant les sérologies multiples (11 100 en 2006).

La diminution du nombre de notifications en 2006 pourrait être due, au moins en partie, au mouvement de protestation des médecins inspecteurs de la santé, dont certains ont différé de novembre 2006 à mars 2007 l'envoi des notifications obligatoires à l'InVS. Cependant, le fait qu'une diminution soit aussi observée pour l'ensemble des sérologies positives (LaboVIH, cf. supra) est en faveur de la réalité de cette diminution.

La sous-déclaration des diagnostics d'infection VIH a fluctué entre 34 % et 40 % selon les années et varie beaucoup selon la région (entre 14 % et 64 % en 2006). L'exhaustivité a cependant augmenté en 2006 dans certaines régions, comme la région Paca, alors qu'elle a diminué dans d'autres, comme en Aquitaine. La sous-déclaration est une problématique spécifique au système français de notification, en raison notamment d'une procédure lourde d'anonymisation et d'un nombre très élevé de déclarants. D'autres pays européens, comme l'Allemagne et le Royaume-Uni, ne sont pas confrontés à cet écueil, la sous-déclaration dans ces pays étant inférieure à 5 %.

A la suite de l'évaluation du dispositif en 2005-2006, des modifications sont apparues nécessaires afin notamment d'améliorer l'exhaustivité de la notification (cf. encadré en fin d'article). Elles visent à préciser les critères de notification, à simplifier les procédures de notification (permettre de notifier le VIH et le sida sur la même fiche, lors de diagnostics concomitants) et à modifier le circuit de la notification du VIH chez les enfants.

Diminution des cas de sida

L'exhaustivité de la déclaration obligatoire du sida avait été estimée dans les années quatre-vingt-dix, grâce à la méthode de capture-recapture, par comparaison avec les données hospitalières [7]. Depuis la mise en place de l'anonymisation en 2003, cette méthode n'est plus applicable. Mais la sous-déclaration a pu varier au cours du temps et notamment se majorer en 2003 lors de l'introduction de la notification du VIH. Des modifications ont néanmoins été apportées récemment sur les fiches de notification, dans le but de limiter la sous-déclaration du sida (voir encadré en fin d'article).

La diminution du nombre de cas de sida porte essentiellement, d'une part sur les personnes traitées par antirétroviraux avant le sida, en lien avec l'efficacité de ces traitements, et d'autre part sur les personnes non dépistées avant le sida, du fait de la diminution des dépistages très tardifs. En revanche, la diminution des cas de sida touche très peu les personnes dépistées, mais n'ayant pas reçu d'antirétroviraux, ce qui souligne la nécessité d'insister sur l'importance d'une prise en charge précoce auprès des personnes séropositives.

Pas de diminution des découvertes de séropositivité chez les homosexuels

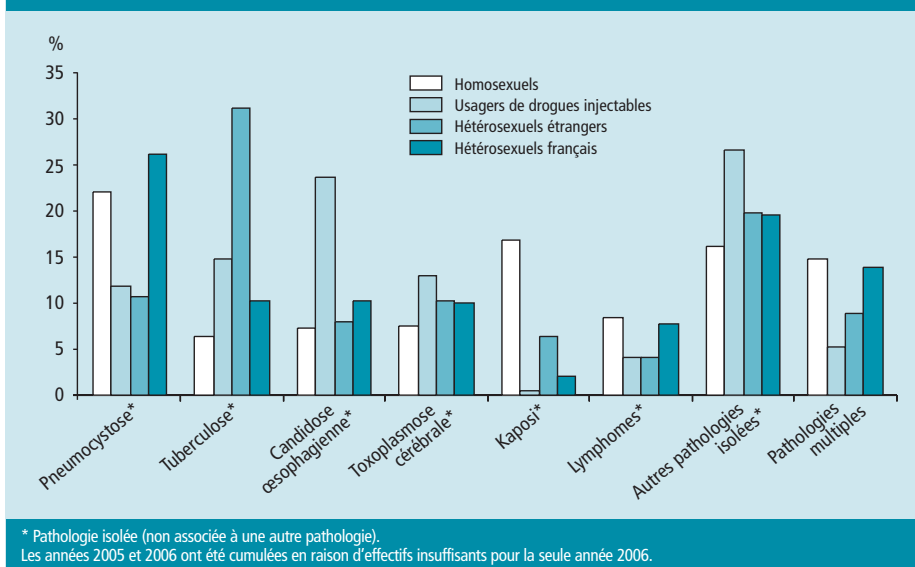
La stabilisation du nombre de découvertes de séropositivité chez les homosexuels en 2006 est en soi un constat encourageant, après une période d'augmentation de ce nombre entre 2003 et 2005, dans un contexte d'augmentation des comportements à risque.

Cependant, les hommes homosexuels restent la seule population pour laquelle on n'observe pas de diminution des découvertes de séropositivité et la seule pour laquelle l'âge moyen au diagnostic n'augmente pas, signe d'un renouvellement plus important des séropositifs dans cette population. Les homosexuels restent nettement plus touchés par le VIH que la population hétérosexuelle (70 fois plus si on rapporte le nombre de découvertes de séropositivité à la population) et que les UDI (4 fois plus). La proportion d'infections récentes (≤ 6 mois) est toujours beaucoup plus élevée chez les hommes homosexuels (41 % en 2006) que chez les hétérosexuels ou les UDI. Paradoxalement, cette proportion est stable au cours du temps, alors qu'on observe une augmentation des découvertes au stade de primo-infection chez les homosexuels. Ceci s'explique par le fait que le nombre d'hommes homosexuels diagnostiqués dans les 6 mois après leur contamination mais qui ne sont plus au stade de primo-infection diminue, alors que le nombre de diagnostics très précoces, au stade de primo-infection, augmente. Ainsi, parmi les infections récentes, la part des primo-infections est passée de 37 % en 2003 à 47 % en 2006.

Diminution des découvertes de séropositivité chez les personnes de nationalité étrangère

En 2006, plus d'une découverte de séropositivité sur 3 concerne une personne de nationalité étran-

Figure 9 Fréquence des pathologies inaugurales de sida diagnostiquées en 2005-2006 par mode de contamination et nationalité (France, données au 31/12/2006) / Figure 9 Frequency of AIDS indicative diseases diagnosed in 2005-2006 by mode of transmission and nationality (France, data reported by 31/12/2006)



La déclaration obligatoire anonymisée de l'infection par le VIH et du sida, mise en place en 2003, a été modifiée en juillet 2007, afin d'améliorer l'exhaustivité et la qualité des données recueillies, de la façon suivante :

1. Modification des fiches de déclaration obligatoire d'infection par le VIH et de sida chez l'adulte et l'adolescent (précisions sur les critères de déclaration, suppression, modification et ajout de variables). Les nouvelles fiches devront être impérativement utilisées à partir du 1^{er} janvier 2008.

2. Création de deux fiches distinctes pour la déclaration obligatoire d'infection par le VIH et de sida chez l'enfant de moins de 15 ans (au lieu de 13 ans auparavant), la notification d'infection par le VIH de l'enfant étant désormais initiée par le biologiste, comme chez l'adulte. Ces fiches sont à utiliser depuis juillet 2007.

Les fiches de déclaration, comportant trois à cinq feuillets autocopiants, ne peuvent être ni photocopiées, ni téléchargées depuis Internet. Les déclarants (biologistes et cliniciens) s'approvisionnent auprès de la Ddass de leur département d'exercice.

La surveillance virologique (dépôt sur buvard, par le biologiste, de quelques microlitres du sérum ayant servi au diagnostic et envoi au Centre national de référence du VIH qui réalise un test d'infection récente et un sérotypage) se poursuit sans modification des différents supports (buvards, sachets plastiques et enveloppes T). Cette surveillance ne concerne pas l'enfant.

Des informations supplémentaires sur la surveillance du VIH/sida, ainsi que les données issues de cette surveillance, sont disponibles sur le site internet de l'InVS, rubrique « **Dossiers thématiques/VIH/sida /infection à VIH et sida en France** » ou <http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/default.htm>

gère. La diminution du nombre de découvertes de séropositivité VIH depuis trois ans chez les femmes étrangères et de façon plus récente chez les hommes étrangers, est plutôt encourageante, même s'il est toujours difficile de faire la part entre les flux migratoires, le recours au dépistage et le nombre de nouvelles contaminations. En particulier, les politiques actuelles de lutte contre l'immigration pourraient avoir des effets néfastes sur le recours au dépistage de cette population.

La diminution des découvertes de séropositivité au stade sida est cohérente avec la diminution des cas de sida, et est en faveur d'une diminution des dépistages très tardifs. Cependant la proportion d'infections récentes est stable au cours du temps chez les étrangers (10 %) et chez les Africains (8 %), ce qui montre que l'amélioration du dépistage ne conduit pas encore à des dépistages très précoces. Les personnes d'Afrique subsaharienne sont majoritairement infectées par des sous-types non-B. Cependant l'augmentation de la proportion d'infections par un virus de type B (quasiment inexistant en Afrique) chez les personnes d'Afrique subsaharienne est en faveur d'une augmentation des contaminations en France, ce qui doit être pris en compte dans les programmes de prévention en direction de ces populations.

Hétérosexuels français : les femmes restent mieux dépistées que les hommes

Les femmes et hommes de nationalité française, contaminées par rapports hétérosexuels, représentent respectivement 19 % des femmes et 13 % des hommes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2006, avec une tendance récente à la diminution. Les femmes sont toujours dépistées moins tardivement que les hommes (14 % de diagnostics au

stade sida *versus* 26 %), mais on n'observe pas chez elles d'amélioration du recours au dépistage entre 2003 et 2006. En revanche, celui-ci semble s'améliorer chez les hommes, dans la mesure où la part des diagnostics au stade de primo-infection augmente chez eux depuis 2003, alors que la part des diagnostics au stade sida diminue.

Usagers de drogues injectables : une population plus touchée que les hétérosexuels

Le nombre de découvertes de séropositivité chez des UDI reste faible, mais rapporté au nombre total d'UDI (estimé en 1999 à environ 90 000 personnes), il est 17 fois plus élevé que dans la population hétérosexuelle non usagère de drogues. Les UDI sont cependant beaucoup moins touchés que dans les années 1990 : le taux de cas de sida rapporté à la population est 60 fois plus élevé que chez les hétérosexuels non usagers de drogues en 2006, alors qu'il était 650 fois plus élevé en 1993 [10].

La proportion de personnes de nationalité d'un pays d'Europe hors France (principalement Portugal, Géorgie et Russie) est plus importante chez les UDI que pour les autres modes de contamination, en lien avec la situation épidémiologique de l'infection à VIH dans ces pays [11].

Cas pédiatriques : peu de cas mais un nouveau dispositif pour améliorer l'exhaustivité

De 2003 à 2006, entre 5 et 7 transmissions mère-enfant survenues chaque année en France ont été notifiées à l'InVS. Ces chiffres sont faibles par rapport aux estimations faites à partir des données de l'enquête périnatale française, qui estime à plus de 15 cas par an le nombre de transmissions mère-

enfant [12]. Les modifications introduites dans le dispositif de surveillance en juillet 2007, avec notamment l'implication des biologistes dans la déclaration obligatoire du VIH chez l'enfant et une sensibilisation des pédiatres, devraient permettre de remédier à cette sous-déclaration et de disposer de données plus fiables.

Conclusion

Bien que la France reste l'un des pays d'Europe de l'Ouest les plus touchés (cf. article p 398 dans le même numéro), les données de surveillance du VIH-sida pour 2006 mettent en évidence certains points positifs : diminution globale des nombres de découvertes de séropositivité et de diagnostics de sida, arrêt de l'augmentation du nombre de découvertes de séropositivité chez les homosexuels et diminution parmi les découvertes de séropositivité de la proportion de dépistages tardifs, au stade sida. Ces infléchissements doivent cependant être confortés par les données de surveillance ultérieures et confrontées aux résultats d'enquêtes de comportements et de recours au dépistage.

Les efforts réalisés en termes de campagnes de prévention et de dépistage ne doivent pas pour autant être relâchés, mais au contraire poursuivis.

Remerciements

Nous remercions vivement toutes les personnes qui participent à la surveillance de l'infection à VIH et du sida, notamment les biologistes et les cliniciens ayant notifié les cas qu'ils ont diagnostiqués, les biologistes participant à LaboVIH, l'ORS Bretagne qui a transmis à l'InVS les données des laboratoires de sa région, les médecins inspecteurs de santé publique des Ddass et leurs collaborateurs.

Références

- [1] Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France - 10 ans de surveillance, 1996-2005. Institut de veille sanitaire. Saint-Maurice, mars 2007.
- [2] Comment notifier l'infection à VIH et le sida ? (www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/default.htm)
- [3] Heisterkamp SH, Jager JC, Ruitenbergh EJ, Van Druten JAM, Downs AM. Correcting reported AIDS incidence: a statistical approach. *Stat Med* 1989; 8:963-76.
- [4] Données de la déclaration obligatoire sida - VIH chez les enfants/adolescents. http://www.invs.sante.fr/publications/2007/vih_sida_jeunes/notification_enfants_ado.ppt
- [5] Barin F, Meyer L, Lancar R, et al. Development and validation of an immunoassay for identification of recent human immunodeficiency virus type 1 infections and its use on dried serum spots. *J Clin Microbiol* 2005; 43:4441-7.
- [6] Barin F, Lahbabi Y, Buzelay L et al. Diversity of antibody binding to V3 peptides representing consensus sequences of HIV type 1 genotypes A to E: an approach for HIV type 1 serological subtyping. *AIDS Res Hum Retroviruses* 1996; 12(13):1279-89.
- [7] Bernillon P, Lièvre L, Pillonel J, Laporte A, Costagliola D. Estimation de la sous-déclaration des cas de sida en France par la méthode capture-recapture. *Bull Epidemiol Hebd* 1997; 19-21.
- [8] Couzigou C. Survie des patients atteints de sida diagnostiqués dans les hôpitaux parisiens : facteurs pronostiques et évolution (1994-2001). Mémoire pour le DEA de santé publique, Université Paris X. Université Paris X; 2004.
- [9] www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/tableauVIII_2006.pdf (consulté le 04/09/2007).
- [10] Évolution de l'épidémie à VIH en France dans la population hétérosexuelle. Réseau national de santé publique. Décembre 1994.
- [11] EuroHIV. HIV/AIDS surveillance in Europe. End-year report 2005. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2006. No. 73.
- [12] Yéni P. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Rapport 2006. Recommandations du groupe d'expert. Paris : Médecine-Sciences Flammarion; 2006.

L'infection à VIH après 10 ans de traitements antirétroviraux actifs dans la base de données hospitalière française sur l'infection à VIH (ANRS CO4 FHDH)

Murielle Mary-Krause (murielle.marykrause@ccde.chups.jussieu.fr)^{1,2}, Johann Fichou³, Émilie Lanoy^{1,2}, Laurence Lièvre^{1,2}, Dominique Costagliola^{1,2} et le Groupe d'épidémiologie clinique de l'ANRS CO4 FHDH⁴

1 / Inserm U720, Paris, France 2 / Université Pierre et Marie Curie-Paris 6, UMR 5720, Paris, France 3 / Inserm-Transfert SA, Paris, France 4 / <http://www.ccde.fr>

Résumé / Abstract

Cet article présente un état des lieux de l'infection par le VIH en France après 10 ans d'utilisation de combinaisons de thérapies antirétrovirales (cART), à partir de la base de données hospitalière française sur l'infection à VIH (ANRS CO4 FHDH).

Le visage de l'épidémie a changé au cours des 10 dernières années pour une infection affectant de plus en plus de femmes (32 % en 2005), et en particulier des femmes d'Afrique subsaharienne. La population prise en charge a également vieilli, avec un pourcentage croissant de sujets de plus de 50 ans (22 % en 2005). En 2005, 79 % des patients pris en charge étaient traités. Malheureusement, un tiers des patients était pris en charge tardivement, entraînant un sur-risque de mortalité pendant quatre ans. Grâce aux cART, une réduction importante du sida et des décès a été observée, avec en parallèle une diversification de la morbidité due au vieillissement de la population et aux complications de l'infection à VIH, liées ou non aux traitements.

Il est donc important pour les 10 ans à venir d'encourager une prise en charge précoce. Par ailleurs, la prise en charge des patients doit être globale, prenant en compte les sur-risques de maladies cardiovasculaires et de cancers.

HIV infection after 10 years of combined antiretroviral therapy in the French Hospital Database on HIV infection (ANRS CO4 FHDH)

This article presents the current situation of HIV infection in France after 10 years of combined antiretroviral therapy (cART) from the French Hospital Database on HIV (ANRS CO4 FHDH). The face of the epidemic has changed over the last 10 years. The HIV-infected population under care includes an increasing proportion of women (32% in 2005), in particular from sub-Saharan Africa. This population is ageing, with an increased percentage of subjects over 50 years of age (22% in 2005). In 2005, 79% of patients under care were treated. Unfortunately, delayed access to care is common in France, one third, and has a negative impact on survival during four years. With the use of cART, Aids and death incidence have decreased with an increase of the incidence of some non-AIDS defining cancers and cardiovascular diseases, due to both aging of the population and complications of HIV, related or not to treatment.

One needs to encourage earlier access to care in the next 10 years. Moreover, long-term management of HIV patients should be global, accounting for the higher risks of cardiovascular diseases and cancers.

Mots clés / Key words

Infection par le VIH, épidémiologie, cohorte, France / HIV infection, epidemiology, cohort, France

Introduction

Grâce à la mise à disposition des combinaisons de thérapies antirétrovirales (cART) incluant une anti-protéase en mars 1996 en France, les incidences de toutes les manifestations opportunistes ont beaucoup diminué [1,2]. Après 10 ans d'utilisation de cART, qui sont les patients séropositifs pour le VIH pris en charge à l'hôpital ? La base de données hospitalière française sur l'infection à VIH (ANRS CO4 FHDH) permet de répondre à cette question. L'originalité de cette base est qu'elle est unique, à savoir qu'il n'existe pas d'autres modèles de ce type en France pour une autre pathologie. Par ailleurs, il s'agit de la plus importante base au monde sur le VIH avec 114 564 personnes incluses.

Description de la base de données hospitalière française sur l'infection à VIH (ANRS CO4 FHDH)

En réponse à l'émergence de l'épidémie de VIH/sida, le ministère chargé de la Santé a créé en 1987 les Csih, Centre d'information et de soins de l'immunosévérité humaine dans les CHU. En 1992, un système d'information centré sur le patient a été mis à disposition des Csih conjointement par la Dhos et l'Inserm U720, autour du logiciel DMI2, propriété du ministère en charge de la Santé. Les données collectées dans le DMI2 ont permis de créer la base de données hospitalière française sur l'infection à VIH, FHDH pour French Hospital Database on HIV. La base a pour but de recueillir les

informations cliniques sur les patients infectés par le VIH et suivis dans des Csih.

Il s'agit d'une cohorte hospitalière, ouverte, multicentrique, ayant inclus des patients à partir de 1989. Pour être inclus dans la base, les sujets doivent répondre à trois critères : être infectés par le VIH-1 ou le VIH-2, être suivis dans un centre participant, et avoir donné leur consentement éclairé par écrit. Les informations sont recueillies à chaque hospitalisation (classique ou de jour) et à chaque consultation du sujet, si un événement clinique et/ou thérapeutique s'est produit, ou au moins tous les six mois.

Les données sont collectées à partir des dossiers médicaux. Elles incluent des données invariables (groupe de transmission, date de première sérologie positive, notion de contagé daté, antécédents cliniques et thérapeutiques de l'infection à VIH, ...), des données cliniques (pathologies classantes, autres diagnostics), biologiques (charge virale et CD4, ...), et thérapeutiques (antirétroviraux (ARV), prophylaxies primaires et secondaires, traitements des manifestations cliniques). Depuis 2005, sont également collectés les consommations d'alcool et de tabac, des informations concernant le VHC pour les patients coinfectés, le bilan lipidique, les transaminases et le ou les motifs d'arrêt des ARV. Les données recueillies sont en général saisies via le logiciel DMI2 par les techniciens d'études cliniques (TEC) en poste dans les différents hôpitaux. Dans certains hôpitaux, les données sont extraites à

partir d'un logiciel de dossiers médicaux. Deux fois par an, les TEC extraient les données à destination de l'Unité 720 de l'Inserm (U720). Lors de cette extraction, les sujets sont indexés par un numéro d'anonymat construit à partir du nom, du prénom et du jour et mois de naissance. Les informations sont cryptées, stockées sur des supports informatiques et transmises à l'U720. De nombreuses procédures de validation, lors de l'intégration des données dans la base et d'audit lors de visites sur site, ont été mises en place par l'équipe pour assurer la bonne qualité des données. Le projet a reçu un avis favorable de la Cnil le 27 novembre 1991 (JO. du 17 janvier 1992).

La base comprend les données de 62 hôpitaux répartis dans 29 des 30 Csih. Sont incluses dans la base les données relatives à 114 564 personnes, dont 107 758 personnes suivies au moins une fois entre le 1^{er} janvier 1992 et le 30 juin 2006, en moyenne pendant 64 mois (suivi médian 49 mois). Cette base permet d'étudier l'histoire naturelle et sous traitement de l'infection par le VIH ainsi que la survenue de pathologies rares, susceptibles d'être liées à l'exposition aux traitements ou à l'infection à VIH.

À côté des travaux de recherches, la base FHDH permet de décrire les patients infectés par le VIH et pris en charge à l'hôpital en France, l'évolution de leurs caractéristiques au fil du temps ainsi que leurs prises en charge [3]. Ceci est rendu possible par la couverture de la base (de l'ordre de 50 % à 60 %

des patients pris en charge [4], 77 449 patients relevant de l'ALD 30 VIH au 30 octobre 2004 d'après les données de la Cnam à comparer aux 48 410 patients suivis en 2005) et sa représentativité (caractéristiques des patients très semblables à celles observées dans Vespa (VIH : enquête sur les personnes atteintes) qui a recruté des personnes VIH positives dans des centres participant à la base ainsi que dans des centres n'y participant pas [5]). L'origine des patients n'étant pas recueillie dans FHDH, nous avons utilisé une variable annexe intitulée « séjour de plus de 6 mois hors de France depuis 1978 » qui donne une bonne estimation du statut de migrant comparativement aux données de Vespa [5].

Nous appelons combinaison de thérapies antirétrovirales (cART) : une bithérapie d'inhibiteurs de protéase (IP) non boostées ou une bithérapie incluant un IP non boosté et un inhibiteur non nucléosidique de la reverse transcriptase (NNRTI), ou toute combinaison de 3 molécules au moins d'antirétroviraux parmi les inhibiteurs nucléosidiques de la reverse transcriptase (NRTI), les NNRTI et les IP.

Résultats

Population séropositive pour le VIH suivie dans FHDH

Nous décrivons les patients suivis dans la base (tableau 1) et nouvellement inclus (tableau 2) au cours de 4 années différentes équiréparties sur la période 1993-2005 afin de montrer les évolutions. On observe une augmentation croissante de la file active qui s'est multipliée par 1,8 en 12 ans alors qu'en contre-partie le nombre de nouveaux sujets inclus a été divisé par 2,6 sur la même période.

Le pourcentage de femmes suivies a augmenté entre 1993 et 2005 ($p < 0,0001$), passant de 25 % en 1993 à 32 % en 2005. Par ailleurs, la population prise en charge a vieilli, l'âge médian passant

de 34 ans en 1993 à 42 ans en 2005 ($p < 0,0001$), un homme sur 4 et près d'une femme sur 6 ayant 50 ans et plus en 2005. Le pourcentage de sujets d'origine subsaharienne a plus que quadruplé entre 1993 et 2005 ($p < 0,0001$), de 5,9 à 26,6 % chez les femmes et de 2,1 à 7,7 % chez les hommes.

Le pourcentage de patients suivis ayant eu une prescription d'ARV est passé de 59 à 88 % entre 1993 et 2005. Parmi les patients traités en 2005, 2 % prenaient une bithérapie de NRTI (35 % en 1997), tandis que 98 % recevaient une cART (64 % en 1997) ($p < 0,0001$).

Patients séropositifs pour le VIH nouvellement inclus dans FHDH

Les tendances observées chez les patients suivis, notamment la féminisation et le vieillissement de la population, reflètent celles des patients nouvellement inclus. Parmi les patients inclus dans la base en 2005, 37 % étaient des femmes *versus* 24 % en 1993 ($p < 0,0001$). L'âge médian des patients est passé de 33 ans en 1993 à 37 ans en 2005 ($p < 0,0001$). Le pourcentage de toxicomanes inclus a fortement diminué au cours du temps et celui des hétérosexuels a augmenté ($p < 0,0001$). En 2005, le mode de contamination était hétérosexuel chez 80 % des femmes et 34 % des hommes, alors que 42 % des hommes étaient homosexuels.

Patients débutant leur premier traitement en 2005 et prise en charge tardive

Les caractéristiques des patients débutant un premier traitement antirétroviral en 2005 ont été étudiées, après exclusion des femmes enceintes et des patients présentant une primo-infection de moins de 6 mois car les choix thérapeutiques sont particuliers pour ces deux groupes. En 2005, 51 % de patients commençant une 1^{ère} ligne d'antirétro-

viraux présentaient un diagnostic de sida ou un taux de CD4 < 200/mm³, 37 % avaient entre 200 et 350/mm³, et 12 % avaient plus de 350/mm³. La multithérapie prescrite comprenait deux NRTIs et un inhibiteur de protéase (IP) chez 59 % des patients, deux NRTIs et un inhibiteur non nucléosidique de la reverse transcriptase (NNRTI) chez 29 %, et trois NRTIs chez 6 %. L'initiation tardive d'un traitement résulte le plus souvent d'une prise en charge tardive. En effet, on notera qu'entre 33 et 39 % des patients inclus dans FHDH entre 1997 et 2005 avaient des taux de CD4 < 200/mm³ ou le sida, défini comme une prise en charge tardive ; cette situation ne s'est améliorée que modestement depuis 1997 (figure 1). La prise en charge tardive est plus fréquente chez les sujets plus âgés (odds-ratio (OR) = 3,1 pour les patients de 50 à 60 ans et 3,5 pour les patients de plus de 60 ans par rapport aux patients de moins de 30 ans, $p < 0,001$), les hommes, en particulier ceux originaires d'Afrique subsaharienne (OR=1,5 pour les femmes originaires d'Afrique subsaharienne, 1,6 pour les hommes non originaires d'Afrique subsaharienne et 1,9 pour les hommes originaires d'Afrique subsaharienne, comparé aux femmes non originaires d'Afrique subsaharienne $p < 0,001$) [6]. Les hommes homosexuels sont pris en charge plus précocement que les patients appartenant aux autres groupes de transmission (OR=1,6, $p < 0,001$). La prise en charge tardive est plus fréquente chez les patients diagnostiqués avec le VIH depuis moins d'un an avant l'inclusion dans FHDH comparativement aux sujets avec un diagnostic de séropositivité plus ancien ou de date inconnue (OR=1,3, IC95 % [1,2;1,4]). Le risque relatif de décès lié à la prise en charge tardive est estimé à 13,2 pendant les six premiers mois après l'inclusion dans FHDH et restait significativement supérieur à 1 pendant les quatre premières années après la prise en charge,

Tableau 1 Caractéristiques des patients suivis en 1993, 1997, 2001 et 2005
Table 1 Characteristics of patients followed in 1993, 1997, 2001 and 2005

	1993 N=25 816	1997 N=39 372	2001 N=44 920	2005 N=48 410
Données démographiques				
Âge (années)*	34 (29-40)	36 (32-42)	39 (35-46)	42 (37-49)
Sexe (Féminin)	25 %	27 %	29 %	32 %
Groupe de transmission				
Homosexuel	39 %	37 %	36 %	34 %
Usager de drogues injectables	28 %	23 %	17 %	13 %
Hétérosexuel	24 %	30 %	37 %	42 %
Autre ou inconnu	9 %	10 %	10 %	11 %
Origine				
Afrique subsaharienne	3 %	5 %	10 %	14 %
Données cliniques				
Délai entrée le diagnostic de séropositivité et l'inclusion (années)*	4 (2-7) 50 %	6 (3-10) 30 %	8 (4-12) 27 %	10 (4-15) 24 %
Données biologiques				
Taux de CD4 (/mm ³)*	230 (58-418)	335 (200-496)	436 (274-625)	443 (299-617)
Charge virale VIH (copies par mL)*	***	2 200 (<500-21 614)	<500 (<500-5 904)	<500 (<500-2 623)
Traitement antirétroviral				
Jamais	41 %	15 %	11 %	12 %
Non traités l'année en cours mais préalablement traités	13 %	4 %	7 %	7 %
Un NRTI**	42 %	1 %	1 %	0 %
Deux NRTI**	4 %	28 %	6 %	2 %
cART**	0 %	52 %	75 %	79 %
Hospitalisation classique				
Au moins une au cours de l'année	27 %	17 %	14 %	10 %

* Médiane (étendue inter-quartile Q1-Q3) ** NRTI = inhibiteur nucléosidique de la reverse transcriptase, cART = combinaisons de thérapies antirétrovirales *** Disponible à partir de 1997

Tableau 2 Caractéristiques des nouveaux patients inclus en 1993, 1997, 2001 et 2005 / Table 2 Characteristics of new patients enrolled in 1993, 1997, 2001 and 2005

	1993 N=9 794	1997 N=7 550	2001 N=5 056	2005 N=3 830
Données démographiques				
Âge (années)*	33 (29-40)	35 (30-41)	36 (30-43)	37 (30-45)
Sexe (Féminin)	24 %	26 %	36 %	37 %
Groupe de transmission				
Homosexuel	38 %	34 %	27 %	26 %
Usager de drogues injectables	26 %	17 %	8 %	4 %
Hétérosexuel	25 %	36 %	51 %	51 %
Autre ou inconnu	11 %	13 %	14 %	19 %
Origine				
Afrique subsaharienne	4 %	8 %	21 %	23 %
Données cliniques				
Délai entrée le diagnostic de séropositivité et l'inclusion (années)*	3 (0-6) 10 %	1 (0-6) 8 %	0 (0-3) 11 %	0 (0-2) 8 %
Données biologiques				
Taux de CD4 (/mm ³)*	259 (95-446)	324 (165-490)	325 (146-514)	330 (169-508)
Charge virale VIH (copies par mL)*	***	29 160 (3 500-134 817)	23 637 (1 610-127 700)	22 400 (2 173-104 422)
Traitement antirétroviral				
Jamais	70 %	56 %	61 %	70 %
Un NRTI**	28 %	1 %	1 %	1 %
Deux NRTI**	2 %	20 %	3 %	1 %
cART**	0 %	23 %	35 %	28 %
Hospitalisation classique				
Au moins une au cours de l'année	19 %	15 %	19 %	16 %

* Médiane (étendue inter-quartile Q1-Q3) ** NRTI = inhibiteur nucléosidique de la reverse transcriptase, cART = combinaisons de thérapies antirétrovirales *** Disponible à partir de 1997

Figure 1 Évolution du pourcentage de patients pris en charge tardivement (CD4 < 200/mm³ ou sida) par année d'inclusion, France

Figure 1 Evolution of the percentage of patients with late access to care (CD4 < 200/mm³ or AIDS) per year of enrolment, France

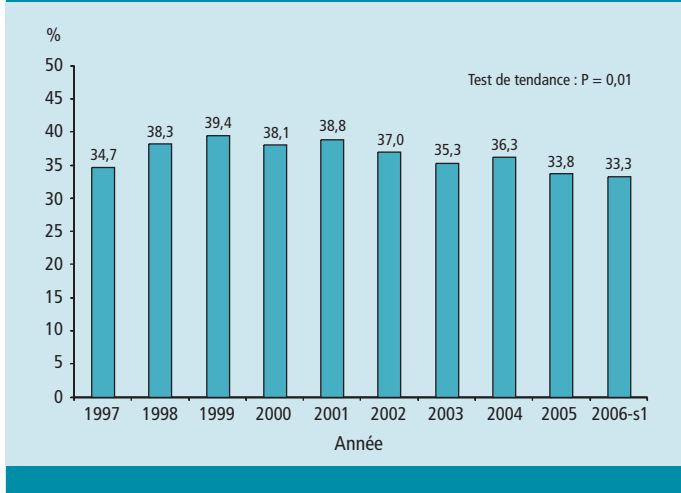
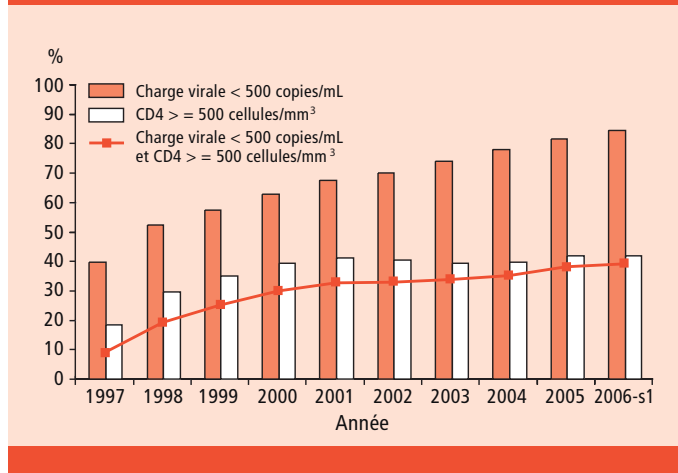


Figure 2 Évolution du pourcentage de patients traités depuis au moins six mois avec une charge virale < 500 copies/mL et CD4 ≥ 500 cellules/mm³, France

Figure 2 Trends in the percentage of patients receiving antiretroviral treatment for at least six months with viral load < 500 copies/ml and with CD4 ≥ 500 cells/mm³, France



comparativement aux sujets non pris en charge tardivement, ceci malgré une instauration rapide des traitements antirétroviraux chez les patients pris en charge tardivement.

Évolution de l'état biologique des patients traités entre 1997 et 2005

Parmi les patients traités depuis au moins 6 mois par antirétroviraux, le pourcentage de ceux ayant une charge virale < 500 copies/ml a augmenté chaque année depuis 1997, de 40 % en 1997 à 68 % en 2001 et 82 % en 2005 (figure 2). Au cours de la même période, le pourcentage des patients présentant des taux de CD4 > 500/mm³ a augmenté, passant de 19 % en 1997 à 39 % en 2000 et s'est stabilisé autour de 40 % depuis. Ainsi, bien que l'efficacité virologique du traitement se soit constamment améliorée depuis 1997, ceci n'est pas vrai pour l'efficacité immunologique : seulement 40 % des patients traités atteignent des taux de CD4 supérieurs à 500/mm³.

Morbidité et mortalité à l'ère des cART

Sida, décès et survie après le sida

On observe une réduction importante, d'un facteur 4, de l'incidence du sida et d'un facteur 7 de l'incidence des décès entre 1993 et 1998, suivi d'une stabilité (figure 3). Il en est de même pour l'ensemble des pathologies opportunistes, avec des réductions plus ou moins importantes pouvant aller d'un facteur 1,4 pour la pneumopathie bactérienne à un facteur 11 pour l'infection à cytomégalovirus. Les pathologies les plus fréquentes sont désormais la candidose œsophagienne, la tuberculose, la pneumocystose et les lymphomes. De plus, le pourcentage de patients ayant eu au moins une hospitalisation dans l'année a beaucoup diminué au cours du temps, passant de 27 % en 1993 à 17 % en 1997 et a continué à s'améliorer pour atteindre 10 % en 2005 (tableau 1).

Une analyse de la survie après le sida se concentrant sur les cas diagnostiqués entre 1993 et 1995 (période avant les cART) et entre 1998 et 2000 (période des cART), montre que la probabilité à 5 ans de mourir du sida a diminué, passant de 40 %

[IC 95 % = 38-41] pour la période 1993-1995 à 11 % [IC 95 % = 10-12] pour 1998-2000 ($p < 0,001$), ainsi que la probabilité à 5 ans de mourir d'une cause non liée au sida qui est passée de 20 % [IC 95 % = 19-21] à 12 % [IC 95 % = 10-13] entre les deux mêmes périodes ($p < 0,001$) [7]. Ainsi, même après un diagnostic de sida, on observe un impact des cART sur les décès, y compris de causes non liées au sida.

Cancers non classant sida

Une étude menée sur la FHDH entre janvier 1992 et décembre 1999 a montré que les cancers non classant sida sont deux fois plus fréquents chez les hommes infectés par le VIH que dans la population générale [8]. Néanmoins, il y a de grandes disparités selon le type de cancer. En effet, en période cART (1996-1999), la maladie de Hodgkin est 31,7 fois plus fréquente [IC 95 % = 25,8-38,5] que dans la population générale, le cancer du poumon 2,1 fois plus fréquent [IC 95 % = 1,7-2,7] et celui du rein 2,2 fois plus fréquent [IC 95 % = 1,2-3,7]. Par ailleurs, à l'exception de la maladie de Hodgkin, l'étude n'a montré aucune augmentation du risque de cancer depuis la mise à disposition des cART.

Une étude plus récente concernant le cancer du canal anal entre janvier 1992 et décembre 2004 [9] a montré une incidence augmentée en 1999-2004 comparativement à 1992- mars 1996 (RR=2,5, [IC 95 % = 1,2-5,3]) avec une stabilité dans la période 1999-2004. Cette augmentation, plus importante chez les hommes homosexuels, est également observée chez les hommes non homosexuels et les femmes.

Pathologies vasculaires

Une étude menée parmi 21 906 hommes inclus dans FHDH entre 1996 et 1999 [10], exposés à des IP et suivis pendant 39 023 patients-années (PA), a permis de comparer l'incidence des infarctus du myocarde (IdM) chez ces hommes infectés par le VIH à l'incidence des IdM dans la population française de même âge et de même sexe. Cette étude a montré que l'incidence des IdM est augmentée pour une durée d'exposition de plus de 18 mois aux IP. En effet, comparativement à la population masculine de même âge, le risque de faire un IdM est de 0,8 [IC 95 % = 0,5-1,3] pour une

durée d'exposition de moins de 18 mois, de 1,5 [IC 95 % = 0,8-2,5] pour une durée comprise entre 18 et 29 mois et de 2,9 [IC 95 % = 1,5-5,0] pour une durée supérieure ou égale à 30 mois.

L'hypertension artérielle pulmonaire primitive (HTAP) [11], bien que rare, a une incidence très augmentée dans la population de patients infectés par le VIH (54 cas pour 100 000 PA sur la période 1992-1999) par rapport à celui observé dans la population générale (0,17 pour 100 000 PA). Comme dans la population générale, l'incidence est plus élevée chez les femmes et les usagers de drogue par voie intraveineuse. Le risque d'HTAP est associé à l'immunodépression et l'incidence de l'HTAP très augmentée chez les patients ayant des taux de CD4+ supérieurs à 350/mm³ (33 pour 100 000 PA) par rapport à celui observé dans la population générale.

Discussion

Grâce à la mise à disposition des cART, le visage de l'épidémie a changé au cours des 10 dernières années pour une infection affectant de plus en plus de femmes, et en particulier de femmes d'Afrique subsaharienne. La population de patients a également vieilli, avec un pourcentage croissant de sujets de plus de 50 ans.

Depuis la mise à disposition des cART, l'efficacité virologique de ces traitements s'est constamment améliorée. Mais il y a une limite aux progrès observés en ce qui concerne l'efficacité immunologique, car depuis 2000 on observe un plateau avec seulement 40 % des patients traités atteignant des taux de CD4 supérieurs à 500/mm³, taux à atteindre pour tout ARV selon les recommandations 2006 [3]. Ceci s'explique en partie par les nouveaux patients inclus qui arrivent à un stade avancé de l'infection à VIH et pour lesquels il est plus difficile d'atteindre le seuil de 500 CD4/mm³, car leur probabilité de décès dans les quatre années suivant leur prise en charge est plus élevée que ceux n'arrivant pas à un stade avancé. Aussi, malgré une amélioration virologique des patients, il n'a pas été observé de diminution du risque de décès, avec des risques identiques en 2002-2003 comparativement à ceux de 1998 [12]. Par ailleurs, il a été montré que le taux de mortalité devenait similaire chez les patients ayant plus de 500 CD4/mm³ à celui de la popula-

tion générale, après six ans de cART [13]. Pour faire diminuer le pourcentage de décès dans les années à venir, il va donc falloir diminuer le pourcentage de prises en charge tardives. Or, la prise en charge tardive étant plus fréquente chez les personnes dont le délai depuis la date de première séropositivité connue est inférieur à un an, elle est liée en partie à un diagnostic tardif et donc à un retard au dépistage. Ainsi, pour diminuer les décès dans les 10 ans à venir, il est important d'encourager un diagnostic précoce, mais également d'éviter une prise en charge tardive des personnes connaissant leur infection, notamment en suivant plus attentivement les patients susceptibles d'être perdus de vue [14] et en faisant des rappels quand les visites à l'hôpital sont irrégulières ou ont été manquées. La population prise en charge tardivement étant plus particulièrement des hommes hétérosexuels, des immigrés d'Afrique subsaharienne et des sujets de plus de 50 ans, les efforts doivent être intensifiés dans ces catégories de population. C'est un problème général à tous les pays développés et encore plus pour les pays du Sud, entraînant une perte de chance pour le patient.

Grâce à la mise à disposition des cART et au pourcentage croissant de patients recevant ces thérapies, des progrès spectaculaires ont été observés, avec une réduction très importante de l'incidence de toutes les pathologies définissant le sida et des décès. Ce bénéfice a été observé dès 1995, date de mise en place des bithérapies de NRTI dont les effets n'ont pu être observés très longtemps en raison de la mise à disposition en mars 1996 des trithérapies incluant un IP. Parallèlement, la survie des sujets séropositifs pour le VIH s'est allongée, accroissant d'année en année le nombre de patients suivis dans un contexte non favorable d'accroissement des dépenses de santé. On observe une diversification de la morbidité due au vieillissement de la population et au fait que les patients séropositifs sont plus à risque de maladies cardiovasculaires et de cancers, car ils ont plus de facteurs de risque que la population générale et en raison du rôle propre de l'infection à VIH et/ou de ses traitements. Le rôle oncogène des antirétroviraux a été observé *in vitro*, mais l'amélioration globale du statut immunitaire des patients depuis la mise à disposition des cART ne s'est pas accompagnée d'une réduction de l'incidence des cancers non classant. Ainsi, si l'immunodépression mesurée par la numération

des CD4 constitue un facteur de risque de cancer connu, il semble exister d'autres facteurs augmentant ce risque chez le sujet infecté par le VIH. La coinfection par des virus oncogènes (Epstein-Barr, herpesvirus humain 8, papillomavirus humain, hépatites B et C), et l'exposition accrue des sujets infectés par le VIH à des facteurs de risque classiques de cancérogénèse, tels que le tabac, l'alcool et la malnutrition pourraient jouer un rôle aggravant. Actuellement, les cancers les plus fréquents et/ou les plus graves en termes de mortalité sont la maladie de Hodgkin, le cancer du poumon et, à un moindre degré, le cancer du canal anal et les hépatocarcinomes [15].

Les maladies cardiovasculaires et cérébrovasculaires sont des causes émergentes de morbidité et de décès parmi les sujets infectés par le VIH [10,16-18]. Il est actuellement admis dans la communauté scientifique que l'incidence de la maladie coronaire dans la population infectée par le VIH, et en particulier de l'infarctus du myocarde, est augmentée par rapport à la population non infectée du même âge [10,16,19]. Par ailleurs, les liens entre le virus lui-même, le traitement antirétroviral, en particulier les autres familles d'antirétroviraux que les anti-protéases, entraînant moins de troubles lipidiques, et l'augmentation de l'incidence des infarctus du myocarde restent à établir.

Conclusion

L'arrivée en 1996 de nouvelles molécules a permis des progrès considérables dans le traitement de l'infection à VIH. La charge virale VIH est de mieux en mieux contrôlée, la population survit plus longtemps et donc vieillit. Du fait de ce vieillissement et en raison des complications de l'infection à VIH, liées ou non aux traitements, la morbidité se diversifie. Qu'en sera-t-il avec l'arrivée de nouvelles molécules dans des familles déjà existantes telles que les IP et les NNRTI, mais également de nouvelles familles telles que les anti-intégrases et les inhibiteurs du CCR5 ? Par ailleurs, le défi des dix prochaines années sera d'adapter la prise en charge de l'infection par le VIH dans un contexte de restriction des dépenses de santé et d'identifier de nouvelles stratégies de traitement.

Remerciements

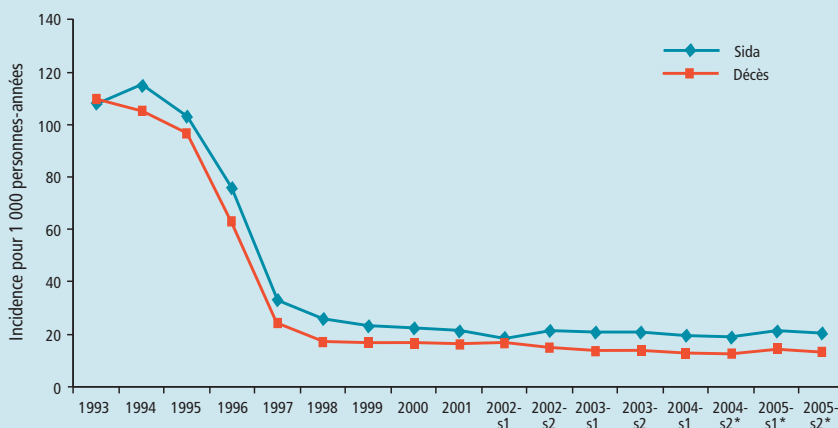
Nous tenons à remercier toutes les personnes participant à la base, les cliniciens, les techniciens d'étude clinique et les patients.

Nous tenons également à remercier pour leur soutien financier le ministère en charge de la Santé par sa Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, l'Inserm, et l'ANRS.

Références

- [1] Palella FJ Jr, Delaney KM, Moorman AC, Loveless MO, Fuhrer J, Satten GA, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. *N Engl J Med*. 1998; 338:853-860.
- [2] The CASCADE Collaboration. Survival after introduction of HAART in people with known duration of HIV-1 infection. *Lancet* 2000; 355:1158-9.
- [3] Yéni P. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Rapport 2006. Recommendations du groupe d'expert. Paris: Médecine-Sciences Flammarion; 2006.
- [4] Bernillon P, Lievre L, Pillonel J, Laporte A, Costagliola D. Record-linkage between two anonymous databases for a capture-recapture estimation of underreporting of AIDS cases: France 1990-1993. The Clinical Epidemiology Group from Centres d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine. *Int J Epidemiol* 2000; 29:168-74.
- [5] Lert F, Obadia Y, Équipe de l'étude Vespa. Comment vit-on en France avec le VIH/sida ? *Population et Sociétés* 2004; 406:1-4.
- [6] Lanoy E, Mary-Krause M, Tattevin P, et al. Frequency, determinants and consequences of delayed access to care for HIV infection in France. *Antivir Ther*. 2007; 12:89-96.
- [7] Grabar S, Lanoy E, Allavena C, et al. Survival after the first AIDS defining illness and causes of death before and after potent antiretroviral therapy. Results from the French Hospital Database on HIV. 14th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Los Angeles, USA, 25-28 February 2007. (Abstract K-130).
- [8] Herida M, Mary-Krause M, Kaphan R, et al. Incidence of non-AIDS-defining cancers before and during the highly active antiretroviral therapy era in a cohort of human immunodeficiency virus-infected patients. *J Clin Oncol*. 2003; 21:3447-53.
- [9] Pickett C, Selinger-Leneman H, Grabar S, et al. Dramatic increase in the incidence of anal cancer despite HAART in the French Hospital Database of HIV. XVI International AIDS Conference. Toronto, Canada, August 13-18, 2006. Proceedings (Abstract n° TUAB0305).
- [10] Mary-Krause M, Cotte L, Simon A, et al. Increased risk of myocardial infarction with duration of protease inhibitor therapy in HIV-infected men. *AIDS* 2003; 17:2479-86.
- [11] Mary-Krause M, Costagliola D and the Clinical Epidemiology Group of the Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine. Primary pulmonary hypertension and HIV infection. 21^{ème} Réunion Interdisciplinaire de Chimiothérapie Anti-infectieuse, Paris, France, 2001. (Abstract 10/C2.)
- [12] May MT, Sterne JAC, Costagliola D, et al. HIV treatment response and prognosis in Europe and North America in the first decade of highly active antiretroviral therapy: a collaborative analysis. *Lancet*. 2006; 368:451-8.
- [13] Lewden C, Chêne G, Morlat P, et al. HIV-infected adults with a CD4 cell count greater than 500 Cells/mm³ on long-term combination antiretroviral therapy reach same mortality rates as the general population. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2007; 46 :72-7.
- [14] Lanoy E, Mary-Krause M, Tattevin P, et al. Predictors of losses to follow-up among HIV-seropositive patients: critical role of recent HIV diagnosis. *J Clin Epidemiol*. 2006; 59:829-35.
- [15] Bonnet F, Lewden C, May T, et al. Malignancy-related causes of death in human immunodeficiency virus-infected patients in the era of highly active antiretroviral therapy. *Cancer*. 2004; 101:317-24.
- [16] Friis-Moller N, Sabin CA, Weber R, et al. Combination antiretroviral therapy and the risk of myocardial infarction. *N Engl J Med*. 2003; 349:1993-2003.
- [17] D'Arminio Monforte A, Sabin CA, Phillips AN, et al. Cardio and cerebrovascular events in HIV-infected persons. *AIDS*. 2004 18:1811-1817.
- [18] Lewden C, Salmon D, Morlat P, et al. Causes of death among HIV-infected adults in the era of potent antiretroviral therapy: emerging role of hepatitis and cancers, persistent role of AIDS. *Int J Epidemiol*. 2005; 34:121-30.
- [19] The DAD Study Group. Class of antiretroviral drugs and the risk of myocardial infarction. *N Engl J Med*. 2007; 356:1723-35.

Figure 3 Incidence des nouveaux cas de sida et décès, France, 1993-2005
Figure 3 Incidence of new AIDS cases and deaths, France, 1993-2005



* Données corrigées du délai de déclaration

L'infection à VIH à travers l'Europe

Anthony Nardone (anthony.nardone@hpa.org.uk), Jane Alix

EuroHIV, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Résumé / Abstract

Introduction – L'infection à VIH reste un enjeu majeur de santé publique dans plusieurs pays européens. Le programme EuroHIV est responsable de la coordination de la surveillance du VIH/sida pour l'ensemble des 53 pays de la Région Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). À partir de 2008, il sera transféré à l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) à Stockholm, Suède.

Méthode – Des données standardisées et anonymes sur les nouveaux diagnostics VIH sont recueillies chaque année auprès des responsables nationaux de la surveillance du VIH/sida des 53 pays européens de la Région Europe de l'OMS. Parmi les 27 pays de l'Union européenne (UE) et trois pays de l'Association européenne de libre-échange (AELE), 28 avaient mis en place des systèmes nationaux de surveillance du VIH avant la fin de 2006.

Résultats – En 2006, 27 259 nouveaux cas de VIH ont été déclarés parmi ces 28 pays de l'UE et de l'AELE, représentant un taux de 67,7 cas par million d'habitants. La majorité des cas concernent des hommes (66 %) et 11 % des cas ont été diagnostiqués chez des personnes âgées de 15 à 24 ans. Parmi les cas VIH déclarés en 2006, la contamination par rapports hétérosexuels représente le pourcentage le plus élevé (42 %) ; 29 % ont été infectés lors des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et 7 % par injection de drogues.

Conclusion – Les données de la surveillance du VIH sont essentielles pour suivre l'épidémie et évaluer les politiques de santé publique. La création de l'ECDC, qui a pour mandat le contrôle des maladies infectieuses dans l'UE, est une réelle opportunité pour promouvoir une politique de prévention du VIH à l'échelle européenne.

HIV infection in Europe

Introduction – HIV remains of major public health importance in Europe. The EuroHIV programme is responsible for the coordination of the surveillance of HIV and AIDS for all 53 countries of the European Region of the World Health Organisation (WHO) and from 2008 will be transferred to the new European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) in Stockholm, Sweden.

Method – Standardised and anonymous data on new HIV diagnoses of are collected annually from national correspondents responsible for HIV/AIDS surveillance in the 53 countries of the WHO European Region. Of the 27 European Union (EU) countries and three European Free Trade Area (EFTA) countries, 28 had national HIV surveillance systems in place by the end of 2006.

Results – In 2006, 27,259 new cases of HIV were reported from these 28 EU and EFTA countries, representing a rate of 67.7 cases per million population. The majority of cases were male (66%), and 11% were young people (aged 15 to 24 years old). Of the cases reported in 2006, the largest transmission group were those who acquired the infection heterosexually (42%); 29% were cases among men who have sex with men and 7% among injecting drug users.

Conclusion – HIV surveillance data are essential to follow the epidemic and to evaluate public health interventions. The creation of the ECDC, part of whose mandate is the control of communicable diseases in the European Union, is a real opportunity to promote a European policy for the prevention of HIV.

Mots clés / Key words

Surveillance épidémiologique, infection par le VIH, sida, Europe / Epidemiological surveillance, HIV infection, AIDS, Europe

Introduction

Le programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (Onusida) a estimé en 2006 que 740 000 personnes vivaient avec le VIH ou le sida en Europe de l'Ouest et en Europe centrale et 1,5 million dans les pays limitrophes d'Europe de l'Est et d'Asie centrale [1]. Dans les pays de l'Union Européenne (UE), la proportion de personnes infectées par le VIH qui ne sont pas diagnostiquées a été estimée à 30 % [2] ; cette proportion est probablement plus élevée dans les autres pays de la région Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Dans l'UE, l'introduction des puissants traitements antirétroviraux a prolongé la survie et amélioré la qualité de vie des personnes séropositives. Cependant, depuis la fin des années 1990 une recrudescence des comportements sexuels à risques, une augmentation de l'incidence des infections sexuellement transmissibles et des nouveaux diagnostics du VIH sont observées dans plusieurs pays d'Europe, particulièrement parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) [3].

Le programme EuroHIV, intégré à l'Institut de veille sanitaire depuis 1999, coordonne la surveillance du VIH/sida pour l'ensemble des 53 pays de la Région Europe de l'OMS. En mai 2005, l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

a été établi à Stockholm en Suède. Il s'occupe de la surveillance et du contrôle des maladies infectieuses dans les pays de l'UE et de l'Association européenne de libre-échange (AELE). De ce fait, à la fin de l'année 2007, la responsabilité de la coordination de la surveillance du VIH/sida sera transférée à l'ECDC.

Cet article compare les données épidémiologiques du VIH en France avec celles des autres pays de l'UE et de l'AELE.

Méthodes

Des données standardisées et anonymes sur les cas de sida et les nouveaux diagnostics VIH sont recueillies chaque année auprès des responsables nationaux de la surveillance du VIH/sida des 53 pays de la région Europe de l'OMS [4].

Dans cet article sont présentées les données de surveillance des nouveaux diagnostics d'infection à VIH, mises à jour à la fin de l'année 2006 pour 30 pays : les 27 pays de l'UE et trois pays de l'AELE (Islande, Norvège et Suisse).

À la fin de 2006, 28 de ces 30 pays avaient mis en place des systèmes de surveillance du VIH à l'échelon national (l'Espagne et l'Italie ont mis en place des systèmes de surveillance dans certaines régions seulement). L'information sur le groupe de trans-

mission n'a été renseignée pour aucun des cas de diagnostic du VIH en Autriche et, depuis 2003, pour aucun cas adulte en Estonie.

Les analyses de tendances pour la période 1999 à 2006 incluent les données des 21 pays dans lesquels le système de surveillance du VIH existe depuis 1999 et pour lesquels le groupe de transmission est renseigné pendant toute la période. L'Autriche et l'Estonie ont donc été exclues de l'analyse ainsi que les cinq pays qui ont mis en place ou modifié leur systèmes de surveillance au cours de cette période : France (2003) ; Grèce (1999) ; Malte (2004) ; Pays Bas (2002) ; et Portugal (2001).

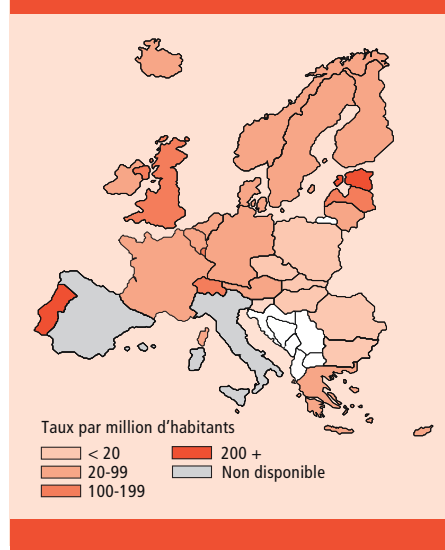
Dans cet article, les données sont présentées par année de déclaration et non par année de diagnostic des cas, afin de permettre des comparaisons entre pays. De plus, les données incluent ici tous les cas déclarés par les pays pour la première fois y compris ceux avec un test antérieur positif. Ainsi, pour la France, les données ne sont pas identiques à celles de l'article sur la surveillance de l'infection à VIH-sida en France en 2006 (BEH n° 46-47 page 385) qui se concentre sur les seules découvertes de séropositivité.

Résultats

En 2006, un total de 27 259 nouveaux cas de VIH ont été déclarés parmi les 28 pays de l'UE et de

l'AELE (pas de données nationales disponibles pour l'Italie et l'Espagne), représentant un taux de 67,7 cas par million d'habitants (tableau 1). La majorité (54 %) des cas ont été déclarés par seulement deux pays – la France (5 750) et le Royaume-Uni (8 925). Les taux les plus élevés de nouveaux cas de VIH déclarés en 2006 sont observés en Estonie (504,2/million ; 668 cas) et au Portugal (205/million ; 2 162 cas) et les taux les plus faibles sont observés en Slovaquie (5/million ; 27 cas) et en Hongrie (8/million ; 80 cas) (tableau 1 ; figure 1). En France, 5 750 cas de VIH ont été déclarés en 2006, soit un taux de 91,9 par million d'habitants, comparable à ceux observés en Belgique (95,3/million ; 995 cas) ou en Suisse (104,2/million ; 757 cas).

Figure 1 Taux de VIH nouvellement diagnostiqués (par million d'habitants) déclaré en 2006 dans les 27 pays de l'UE et 3 pays de l'AELE
Figure 1 Rate of HIV infections newly diagnosed (per million population) reported in 2006 in the 27 EU countries and three EFTA countries



Âge et sexe

La majorité des diagnostics de VIH déclarés en 2006 concernent des hommes (66 % ; 17 573/26 746 ; information manquante pour 513 cas). 11 % des cas (2 921/26 482 ; information manquante pour 777 cas) ont été déclarés chez des personnes âgées de 15 à 24 ans. C'est seulement parmi les très jeunes (âgés entre 15 et 19 ans) que la proportion des femmes est plus élevée que celle des hommes (63 % ; 317/504).

Groupes de transmission en 2006

Parmi les 26 pays pour lesquels l'information sur le groupe de transmission est recueillie, le groupe de transmission n'a pas été renseigné pour 21 % des cas (5 557/26 156).

Parmi les 26 156 cas de VIH déclarés en 2006 dans les 26 pays, la contamination lors de rapports hétérosexuels représente le pourcentage le plus élevé (42 % ; 10 958/26 156). Cette proportion varie de 8 % en Pologne à 76 % à Chypre et elle est de 40 % en France. Une proportion importante de ces personnes est originaire d'un pays où l'épidémie de VIH est généralisée, principalement l'Afrique subsaharienne. Parmi les 10 438 cas de VIH déclarés en 2006 qui ont été infectés lors de rapports hétérosexuels et pour lesquels l'information est disponible, 43 % (4 439) sont originaires d'un tel pays et cette

Tableau 1 Nombre, taux (par million d'habitants) et pourcentage de cas de VIH par groupe de transmission déclarés dans les 27 pays de l'UE et trois pays de l'AELE, 2006 / **Table 1** Number, rate (per million population), and percentage of HIV cases by transmission group reported in the 27 EU countries and three EFTA countries, 2006

Pays	Nombre de cas déclarés	Taux par million d'habitants	% par groupe de transmission			
			HSH*	UDI**	Hétérosexuel	Inconnu/ Autres
Allemagne	2 718	32,9	52 %	6 %	26 %	16 %
Autriche	435	53,0	–	–	–	–
Belgique	995	95,3	26 %	1 %	34 %	40 %
Bulgarie	91	11,9	11 %	37 %	51 %	1 %
Chypre	34	40,3	24 %	0 %	76 %	0 %
Danemark	245	45,0	43 %	4 %	49 %	4 %
Espagne	–	–	–	–	–	–
Estonie	668	504,2	–	–	–	–
Finlande	195	37,1	30 %	5 %	47 %	18 %
France	5 750	91,9	21 %	3 %	40 %	36 %
Grèce	569	51,1	48 %	3 %	25 %	24 %
Hongrie	81	8,0	46 %	0 %	17 %	37 %
Irlande	337	80,0	25 %	17 %	50 %	8 %
Islande	11	37,0	18 %	9 %	64 %	9 %
Italie	–	–	–	–	–	–
Lettonie	299	130,3	5 %	36 %	29 %	30 %
Lituanie	100	29,3	8 %	62 %	16 %	14 %
Luxembourg	56	118,9	29 %	7 %	57 %	7 %
Malte	29	71,9	34 %	7 %	48 %	10 %
Norvège	271	58,4	32 %	4 %	58 %	5 %
Pays-Bas	1 070	65,4	55 %	2 %	32 %	12 %
Pologne	750	19,5	4 %	15 %	8 %	73 %
Portugal	2 162	205,0	14 %	33 %	52 %	2 %
République Tchèque	93	9,1	56 %	5 %	29 %	10 %
Roumanie	180	8,3	4 %	2 %	74 %	20 %
Royaume-Uni	8 925	148,8	29 %	2 %	51 %	18 %
Slovaquie	27	5,0	48 %	4 %	33 %	15 %
Slovénie	34	17,3	74 %	3 %	12 %	12 %
Suède	377	41,6	25 %	9 %	53 %	13 %
Suisse	757	104,2	31 %	7 %	40 %	22 %
Total	27 259	67,7	29 %	7 %	42 %	22 %

* Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

** Usagers de drogues injectables

proportion varie selon les pays : inférieure à 25 % dans plusieurs pays, notamment d'Europe centrale (ex. République Tchèque et Hongrie) ; près de la moitié des cas dans quelques pays d'Europe de l'Ouest (ex. France, Allemagne et Royaume-Uni) et la grande majorité des cas dans d'autres pays (ex. Norvège, Belgique et Suède) (figure 2).

Plus d'un quart de l'ensemble des cas de VIH était déclaré en 2006 chez des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) (29 %). La proportion la plus élevée a été observée en Slovénie (74 %), la plus faible en Pologne et en Roumanie (4 %) ; elle est de 21 % en France (tableau 1).

Globalement, dans les pays de l'UE et de l'AELE, la proportion des cas qui ont été contaminés par injection de drogues reste faible (7 %). La proportion des usagers de drogues par voie injectable (UDI) parmi les nouveaux diagnostics de VIH en 2006 est <10 % dans 20 pays, notamment en France où la proportion des UDI est l'une des moins élevées (3 %) (tableau 1). Cependant, dans certains pays, la proportion des cas infectés par usage de drogues injectables (UDI) est très élevée – presque 2/3 des cas en Lituanie (62 %) et plus d'1/3 des cas en Bulgarie, en Lettonie et au Portugal (respectivement 37 %, 36 % et 33 %) (tableau 1). Malheureusement, des données sont manquantes ou non disponibles dans les pays pour lesquels les épidémies chez les UDI sont les plus marquées (c'est-à-dire l'Estonie, l'Espagne et l'Italie).

Trois cents quinze cas de VIH déclarés en 2006 ont été contaminés par d'autres voies, incluant la transmission de la mère à l'enfant (206 cas), et la transmission par transfusion sanguine ou par infections nosocomiales (109 cas).

Évolutions des groupes de transmission, 1999-2006

L'analyse de tendance des groupes de transmission est limitée aux 21 pays qui ont un système de surveillance du VIH stable depuis 1999 et pour lesquels le groupe de transmission est renseigné pendant toute la période. Pour cette période de 8 années, le nombre de cas de VIH déclarés a presque doublé, de 8 720 cas (30,1/million) en 1999 à 16 576 (56,8/million) en 2006.

Parmi ces 21 pays, une forte augmentation du nombre de personnes contaminées par rapports hétérosexuels est observée depuis 1999, de 3 254 cas en 1999 à 7 062 cas en 2006 (figure 3). Au cours de la même période, le nombre de cas de VIH déclarés parmi les HSH a augmenté de 95 % entre 1999 et 2006 (de 2 642 à 5 156).

Par contre, le nombre de cas parmi les UDI a diminué de 23 % entre 1999 et 2006 (de 1 147 à 870). La diminution des cas parmi les usagers de drogues est aussi observée dans des pays pour lesquels l'épidémie chez les UDI est ancienne mais qui n'ont pu être inclus dans cette analyse de tendances : au Portugal, le nombre de cas a diminué de 38 % entre 2002 et 2006 (de 1 125 à 703 cas) ; une diminu-

Figure 2 Proportion des cas de VIH contaminés lors de rapports hétérosexuels et originaires d'un pays où l'épidémie de VIH est généralisée, pays sélectionnés, UE et AELE, 2006 | **Figure 2** Proportion of HIV cases infected heterosexually who originate from countries with a generalised epidemic, selected countries, EU/EFTA, 2006

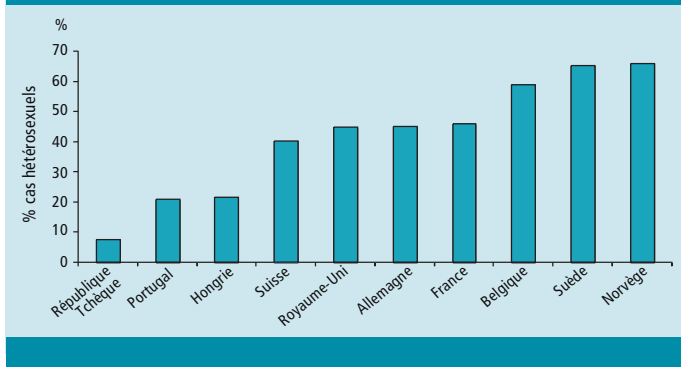
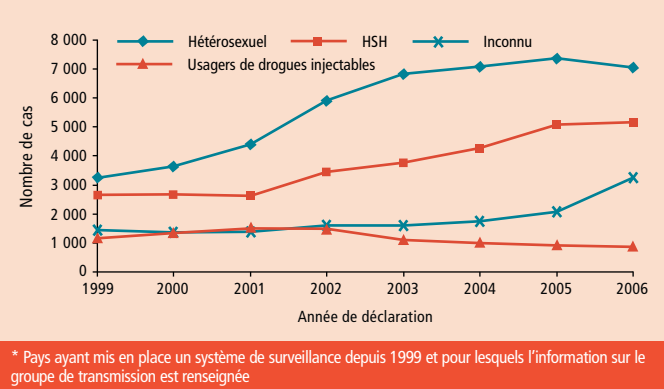


Figure 3 Evolution des groupes de transmission des cas de VIH déclarés par 21 pays de l'UE/AELE*, 1999-2006

Figure 3 Trends in transmission groups of HIV cases reported by 21 EU/EFTA countries*, 1999-2006



* Pays ayant mis en place un système de surveillance depuis 1999 et pour lesquels l'information sur le groupe de transmission est renseignée

tion importante de cas est également observée dans sept régions d'Italie (-42 % entre 2002 et 2005, de 239 à 138 cas) ; et dans six régions d'Espagne (-38 % entre 2003 et 2005, de 209 à 130 cas).

Discussion

L'infection à VIH reste un enjeu majeur de santé publique dans plusieurs pays européens. La France est un des pays d'Europe les plus touchés par le VIH avec un taux de nouveaux diagnostics plus élevé en moyenne que la plupart des pays de l'UE et de l'AELE, mais comparable à ceux des pays limitrophes comme la Belgique et la Suisse. Les disparités entre pays sont importantes, mais il existe cependant des caractéristiques communes à la France et aux autres pays d'Europe de l'Ouest.

Parmi les pays de l'UE et de l'AELE, le groupe de transmission prédominant est celui des personnes hétérosexuelles, majoritairement des personnes originaires d'un pays où l'épidémie de VIH est généralisée (Afrique subsaharienne), comme c'est le cas en France et dans d'autres pays d'Europe de l'Ouest. Dans cette population, il est probable que la plupart des contaminations au VIH se sont produites dans le pays d'origine [5,6]. Cela peut expliquer le fait que dans une enquête en France, 52 % des personnes présentant un retard au dépistage étaient originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne [7], ceci ayant également été constaté dans d'autres pays d'Europe de l'Ouest [8]. Par conséquent, des actions de prévention et de dépistage ciblées pour éviter le diagnostic tardif ainsi que des prises en charge adaptées doivent être mises en place d'urgence dans ces populations.

Depuis le début de l'épidémie du VIH en Europe, les homosexuels masculins représentent la population la plus touchée. Dans plusieurs pays d'Europe, le nombre d'infections à VIH nouvellement diagnostiquées parmi les HSH a augmenté depuis 2001. Au Royaume-Uni, cette augmentation a été attri-

buée à un meilleur dépistage dans cette population [9], mais en France, elle peut être attribuée à une augmentation de l'incidence du VIH [10]. Cette récente et inquiétante augmentation justifie la mise en place de campagnes de prévention adaptées à cette population.

Parmi les usagers de drogues, de récentes épidémies ont été observées dans les pays baltes, particulièrement en Estonie, et dans la Fédération de Russie [4]. Cependant, en France comme dans d'autres pays d'Europe de l'Ouest (ex. l'Espagne, l'Italie et le Portugal), les usagers de drogues ont été très touchés dès le début des années 1980, mais en 2006 cette population représente une minorité des infections à VIH nouvellement diagnostiquées. La diminution des cas parmi les usagers de drogues, particulièrement dans les pays de l'Europe du Sud, est un bon exemple de contrôle d'une épidémie grâce à des interventions de santé publique, comme par exemple les programmes d'échanges de seringues.

Depuis la mise en place en 2003 du nouveau dispositif de déclaration obligatoire du VIH en France, la situation épidémiologique du VIH dans ce pays peut être comparée à celle des autres pays européens. Cependant, cela suppose que les systèmes nationaux de surveillance du VIH soient comparables, notamment en termes de mode de fonctionnement et de couverture géographique. Par exemple, le taux de dépistage du VIH peut avoir un impact sur le nombre de personnes diagnostiquées et par conséquent déclarées : en France, le nombre de tests rapportés à la population était de presque 8 % en 2006, soit un des taux le plus élevé d'Europe de l'Ouest [4]. Les données de la déclaration du VIH doivent donc être interprétées avec prudence, parce qu'elles ne représentent pas l'incidence du VIH et qu'elles sont fortement dépendantes des politiques de dépistage et des modalités de déclaration qui diffèrent d'un pays à l'autre.

Les données de surveillance du VIH sont essentielles pour suivre l'épidémie et évaluer les politiques

de santé publique. La création de l'ECDC, qui a pour mandat le contrôle des maladies infectieuses en Europe, est une réelle opportunité pour promouvoir une politique de prévention du VIH à l'échelle européenne.

Remerciements

Caroline Semaille, Françoise Cazein et Josiane Pillonel pour la relecture de cet article.

Les correspondants EuroHIV dans les instituts nationaux de santé publique des 30 pays de l'Union européenne et l'Association européenne de libre-échange.

Références

- [1] Rapport sur l'épidémie mondiale de Sida: Édition spéciale 10^e anniversaire de l'ONUSIDA. Genève: ONUSIDA, 2006.
- [2] European Centre for Disease Prevention and Control. HIV prevention in Europe: Action, needs and challenges. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, 2006.
- [3] Nicoll A, Hamers FF. Are trends in HIV, gonorrhoea, and syphilis worsening in Western Europe? *BMJ* 2002 324:1324-7.
- [4] EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 2005. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, 2006. n° 75.
- [5] Hamers FF, Devaux I, Alix J, Nardone A. HIV/AIDS in Europe: trends and EU-wide priorities. *Euro Surveill* 2006 11:E061123.1.
- [6] Sinka K, Mortimer J, Evans B, Morgan D. Impact of the HIV epidemic in sub-Saharan Africa on the pattern of HIV in the UK. *AIDS* 2003 17:1683-90.
- [7] Calvez M, Semaille C, Fierro F, Laporte A. Les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne en accès tardif aux soins pour le VIH : données de l'enquête Retard, France, novembre 2003-Août 2004. *Bull Epidemiol Hebd* 2006 31:227-9.
- [8] Chadborn TR, Delpech VC, Sabin CA, Sinka K, Evans BG. The late diagnosis and consequent short-term mortality of HIV-infected heterosexuals (England and Wales, 2000-2004). *AIDS* 2006 20:2371-9.
- [9] Dougan S, Eford J, Chadborn TR, Brown AE, Roy K, Murphy G, et al. Does the recent increase in HIV diagnoses among men who have sex with men in the United Kingdom reflect a rise in HIV incidence or increased uptake of HIV testing? *Sex Transm Infect* 2007 83:120-5.
- [10] Institut de veille sanitaire. Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France - 10 ans de surveillance, 1996-2005. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, 2007.

La publication d'un article dans le BEH n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec citation exacte de la source.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://www.invs.sante.fr/BEH>

Directeur de la publication : Pr Gilles Brückner, directeur général de l'InVS
Rédacteur en chef : Judith Benrekassa, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Rédactrice en chef adjointe : Valérie Henry, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Secrétaire de rédaction : Farida Mihoub, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Comité de rédaction : Dr Sabine Abitbol, médecin généraliste, Dr Thierry Ancelle, Faculté de médecine Paris V ; Dr Denise Antona, InVS ; Dr Christine Chan-Chee, InVS ; Dr Sandrine Danet, Drees ; Dr Isabelle Gremy, ORS Ile-de-France ; Dr Rachel Haus-Cheymol, Service de santé des Armées ; Dr Yuriko Iwatsubo, InVS ; Dr Christine Jestin, Inpes ; Dr Loïc Jossier, InVS ; Dr Eric Jouglu, Inserm CépIdC ; Dr Bruno Morel, InVS ; Josiane Pillonel, InVS ; Dr Sandra Sinno-Tellier, InVS ; Hélène Therre, InVS.
 N°CPP : 0206 B 02015 - N°INPI : 00 300 1836 - ISSN 0245-7466

Diffusion / abonnements : Institut de veille sanitaire - BEH rédaction
 12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice Cedex
 Tél : 01 55 12 53 25/26
 Fax : 01 55 12 53 35 - Mail : redactionbeh@invs.sante.fr
 Tarifs 2007 : France et international 52 € TTC
 Institut de veille sanitaire - Site Internet : www.invs.sante.fr
Imprimerie : Actis / Maulde & Renou Paris
 16-18, quai de la Loire - 75019 Paris

CONVENTION AERAS

S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVE DE SANTE

SOMMAIRE

	Pages
PREAMBULE	3
TITRE 1^{er} : La diffusion de l'information sur l'existence de la convention et ses dispositions	6
TITRE II : Le traitement des données personnelles nécessaires à la souscription et à l'exécution des contrats	8
TITRE III : Le processus de traitement des demandes d'emprunt	10
TITRE IV : La couverture des risques liés aux emprunts	12
TITRE V : Les organismes de suivi de la convention	15
TITRE VI : Dispositions particulières	18

PREAMBULE

1/ Etant préalablement rappelé que :

a) l'accès au crédit représente un enjeu important dans le monde moderne, en France notamment. La question se pose avec une acuité particulière lorsqu'elle concerne des personnes candidates à l'emprunt placées, de par les aléas de la vie, en situation de risque de santé aggravé du fait d'une maladie ou d'un handicap, puisque l'assurance est souvent une condition d'obtention des prêts.

Une convention conclue en septembre 1991 entre les Pouvoirs publics et les professionnels de l'assurance a apporté des aménagements tangibles, notamment en matière de traitement des données médicales, à l'assurance décès des prêts immobiliers aux personnes séropositives. Ce dispositif, outre son champ d'application restreint, n'a répondu que de façon partielle aux attentes qu'il avait suscitées ;

b) début 1999, les Pouvoirs publics ont souhaité qu'une réflexion soit menée en vue de favoriser une amélioration des réponses aux personnes séropositives au VIH, et plus généralement à celles présentant un risque de santé aggravé.

Le Comité installé le 1^{er} juin 1999, sous la présidence de Monsieur Jean-Michel BELORGEY, Conseiller d'Etat, a élargi sa composition par la représentation des établissements de crédit, d'organisations de consommateurs, d'associations d'aide aux malades, et a étendu ses travaux et ses réflexions à l'assurabilité des risques aggravés en général dans le cadre de l'assurance emprunteurs ;

c) le Comité a clos ses travaux en préconisant la recherche d'une solution conventionnelle, impliquant les différentes parties prenantes, qui permette de répondre aux demandes légitimes des personnes désireuses d'emprunter pour les besoins de leur vie privée ou professionnelle, dans le respect de leur dignité comme de leur droit à la confidentialité, tout en étant compatible avec les contraintes inhérentes aux métiers de l'assurance et du crédit.

d) Une convention sur l'accès à l'assurance et au crédit pour les personnes présentant un risque de santé aggravé a ainsi été signée en 2001 entre les pouvoirs publics, les professionnels, les associations de consommateurs et les associations représentant les personnes malades ou handicapées.

Cette convention a permis de faire progresser l'assurabilité des personnes présentant un risque de santé aggravé, ainsi que la prise de conscience des difficultés auxquelles était confrontée cette catégorie spécifique de clients. Elle s'est également traduite par l'instauration d'une commission de suivi et de propositions, d'une section scientifique et d'une section de médiation.

e) Pour autant, les partenaires de la convention conviennent que des progrès apparaissent encore possibles s'agissant notamment :

- du champ de la convention ;
- de la diffusion de l'information relative au dispositif ;
- de la couverture du risque invalidité ;
- du fonctionnement du dispositif de médiation ;
- de la connaissance scientifique relative à ces risques ;
- du respect de l'obligation de confidentialité ;

- de l'accroissement des échanges entre professionnels de la banque et de l'assurance et médecins spécialistes ;
- de la rapidité de traitement des demandes de prêt ;
- de la mutualisation des surprimes d'assurance ;
- du recours aux garanties alternatives et délégations d'assurance.

f) Les Pouvoirs publics réaffirment leur volonté de soumettre au Parlement des dispositions législatives confortant le dispositif conventionnel.

2/ Il est convenu ce qui suit :

Les signataires souhaitent marquer leur volonté commune de mettre au point un dispositif d'ensemble tendant à élargir, dans les meilleures conditions, l'accès à l'emprunt et l'accès à l'assurance des personnes présentant un risque de santé aggravé.

Lorsque les informations demandées à la personne à assurer comportent des indications sur son état de santé, celles-ci doivent être recueillies, transmises et utilisées dans des conditions qui garantissent pleinement la confidentialité et le respect de la vie privée.

Ces considérations inspirent les dispositions qui suivent, dont l'objet est :

I – La diffusion de l'information sur l'existence de la convention et ses dispositions

II – Le traitement des données personnelles nécessaires à la souscription et à l'exécution des contrats

III – Le processus d'instruction des demandes d'emprunt

IV - La couverture des risques liés aux emprunts

V – Les organismes de suivi de la convention

VI - Dispositions particulières

3/ Toute personne présentant un risque de santé aggravé, du fait d'une maladie ou d'un handicap, peut se prévaloir de la présente convention sans avoir en particulier à justifier de son adhésion à l'une des associations signataires ou adhérentes à cette convention.

* *
*

TITRE I : LA DIFFUSION DE L'INFORMATION SUR L'EXISTENCE DE LA CONVENTION ET SES DISPOSITIONS

L'efficacité de l'application de la convention repose largement sur une diffusion très en amont du processus de demande de prêt, notamment immobilier, d'une information adéquate sur la convention auprès des publics concernés.

Les associations de consommateurs et les associations représentant les personnes malades ou handicapées, les pouvoirs publics, les représentants du milieu médical et les professionnels de la banque et de l'assurance ont un rôle déterminant à jouer à cet égard.

Pour améliorer la diffusion de l'information, les mesures suivantes seront mises en œuvre dans les meilleurs délais à compter de la signature de la convention :

Dénomination de la convention : afin d'accroître la lisibilité du dispositif, les signataires conviennent de la dénommer "s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé - AERAS" et de privilégier l'utilisation de cette dénomination dans tous les documents d'information et actions de communication engagées sur la convention.

En outre,

a) Les pouvoirs publics s'engagent à :

- associer les caisses d'assurance maladie des régimes obligatoires et les réseaux de soins à la diffusion de l'information sur l'existence et les dispositions de la convention ;
- créer un site internet dédié à la convention ;
- prendre des dispositions pour assurer un relais efficace de cette information auprès des professionnels (par exemple notaires, agents immobiliers) impliqués dans les opérations de prêt, au moyen de supports appropriés.

b) Les établissements de crédit et les assureurs s'engagent à :

- diffuser des dépliants d'information au sein de leurs réseaux et informer directement les candidats à l'emprunt. Pour ce faire, les établissements de crédit s'engagent notamment à développer un module de formation relatif à l'accueil des publics spécifiques pour les chargés de clientèle et à créer des référents au sein de chaque réseau bancaire. Le référent pourra intervenir en appui du chargé de clientèle ou répondre directement aux questions des candidats à l'emprunt ;
- mentionner la convention et diffuser une information adéquate sur ses dispositions sur leurs sites internet et introduire un lien avec le site de la convention ;
- indiquer dans les documents de simulations de prêt, l'existence de la convention et les numéros verts ou coordonnées du référent du réseau bancaire.

c) Les associations s'engagent à :

- mentionner la convention et diffuser une information adéquate sur ses dispositions sur leurs sites internet et introduire un lien avec le site de la convention ;
- participer activement à la démarche d'information en diffusant à leurs membres et aux publics appropriés une information sur la convention, via notamment divers outils de communication (plaquettes d'information et affiches) et des lignes d'information téléphonique ;
- encourager les publics concernés à faire jouer la concurrence.

TITRE II : LE TRAITEMENT DES DONNEES PERSONNELLES NECESSAIRES A LA SOUSCRIPTION ET A L'EXECUTION DES CONTRATS

- 1) La demande légitime par l'assureur des informations nécessaires à l'acceptation du risque et, lorsque le risque se réalise, au règlement de la prestation garantie, doit être conciliée avec la confidentialité qui s'impose, s'agissant d'informations qui touchent à la vie privée et à la santé des personnes.

Dans cet esprit, les professions s'engagent à respecter les principes de la présente convention et du code de bonne conduite, de portée générale, qui y est annexé.

Ce code constate les procédures de confidentialité existantes et les actualise. Il innove sur un certain nombre de points par des recommandations renforçant la protection de la confidentialité des informations touchant la personne des assurés.

- 2) S'agissant des contrats liés à un emprunt, afin de respecter la confidentialité, les établissements de crédit veillent à ce que le candidat à l'assurance, lorsqu'il est présent dans les locaux de l'agence bancaire, prenne seul connaissance des dispositions et questions figurant dans le questionnaire de santé. Afin de se conformer à l'exigence de confidentialité, il y répond seul quel que soit le support utilisé qu'il s'agisse d'un support papier ou d'une procédure informatique sécurisée ; il lui est proposé de le remplir seul soit sur place soit à son domicile. Toutefois, à sa demande, le client peut être assisté par son interlocuteur pour remplir le questionnaire. En ce cas, avant de l'assister le conseiller bancaire lui rappelle les règles de confidentialité définies dans le code de bonne conduite annexé à la présente convention.
- 3) Les questionnaires de santé respectent les principes suivants :
 - a) les questions posées sont précises et portent sur les événements relatifs à l'état de santé (ex : existence d'une rente d'invalidité, intervention chirurgicale ...), les pathologies recherchées, les arrêts de travail et de situations liées à la protection sociale (ex : exonération du ticket modérateur ...) ;
 - b) les questionnaires de santé ne font aucune référence aux aspects intimes de la vie privée, et notamment à la sexualité ;
 - c) dans l'hypothèse d'une question portant sur des tests de dépistage, elle ne porte que sur les sérologies virales, notamment sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficiência humaine et sous la forme suivante :

« Avez-vous ou non subi un test de dépistage des sérologies, portant en particulier les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficiência humaine, dont le résultat a été positif ? A quelle date ? »

Il ne peut être demandé au candidat à l'assurance de se soumettre à de tels tests que si l'importance des capitaux souscrits ou les informations recueillies par le questionnaire de risques le justifient.

- 4) En fonction des réponses apportées par le candidat à l'assurance, le service médical de l'assureur a la possibilité de demander des informations complémentaires.

TITRE III : LE PROCESSUS D'INSTRUCTION DES DEMANDES D'EMPRUNT

Ce titre s'applique aux prêts professionnels et immobiliers.

1) La durée globale de traitement des dossiers de demande de prêts immobiliers par les établissements de crédit et les assureurs n'excède pas une durée maximum de 5 semaines à compter de la réception d'un dossier complet :

- a) les assureurs s'engagent à ce qu'entre la réception de l'ensemble des pièces d'un dossier et la réponse formulée par l'assureur, y compris le cas échéant après intervention du 3^{ème} niveau, le délai écoulé n'excède pas 3 semaines ;
- b) les établissements de crédit s'engagent à prendre et à communiquer une décision au candidat à l'emprunt dans les 2 semaines suivant la transmission à l'établissement de crédit de l'acceptation par le client de la proposition de l'assureur.

2) L'intérêt des futurs emprunteurs est de préparer le plus en amont possible leur dossier, notamment si les risques de santé auxquels ils sont exposés nécessitent des examens qui allongent la durée d'analyse de leur dossier. Afin de répondre à ce besoin et de réduire les délais de traitement, ils peuvent soit s'adresser à un assureur de leur choix, soit demander par l'intermédiaire de leur banque une assurance emprunteur, quand bien même une telle demande ne serait pas liée à la signature d'une promesse ou d'un compromis de vente d'un bien immobilier. Les établissements de crédit s'engagent alors à transmettre à l'assureur du contrat groupe les demandes d'assurance effectuées par un candidat à l'emprunt.

3) Les assureurs s'engagent à étudier tout dossier de demande d'assurance effectuée directement ou via un établissement de crédit par un candidat à l'emprunt demandant à bénéficier des garanties de la présente convention quand bien même cette demande d'assurance n'est pas directement liée à la signature d'une promesse ou d'un compromis de vente d'un bien immobilier.

4) Lorsqu'une proposition d'assurance est transmise à un candidat à l'emprunt, cette proposition d'assurance, qu'il s'agisse d'un contrat d'assurance de groupe ou d'un contrat individuel, est, au regard de l'état de santé du demandeur, valable pendant une durée de 4 mois. S'agissant des emprunts contractés dans le cadre de l'acquisition d'un bien immobilier, cette durée est valable y compris pour l'acquisition d'un bien immobilier différent de celui pour lequel la proposition d'assurance initiale a été réalisée pour autant que la demande d'emprunt porte sur un montant et une durée inférieurs ou égaux à la précédente demande.

5) Motivation

- a) Les établissements de crédit s'engagent à motiver par écrit les refus de prêt autour du seul critère d'assurabilité.
- b) L'assureur porte par courrier à la connaissance de l'intéressé de façon claire et explicite les décisions de l'assureur relatives au refus d'assurance, aux ajournements, aux exclusions de garantie et aux surprimes. Il est indiqué à l'intéressé dans le même courrier la possibilité de prendre contact par courrier avec le médecin de l'assureur, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de son choix, pour connaître les raisons médicales à l'origine des décisions de l'assurance. Il est mentionné l'existence et les coordonnées de la commission de médiation.

Le présent titre concerne la couverture du risque décès et invalidité des personnes présentant un risque de santé aggravé, liée aux emprunts suivants :

- à caractère professionnel : prêts pour l'acquisition de locaux et de matériels ;
 - à caractère personnel : prêts immobiliers et crédits à la consommation ;
- dans les conditions précisées ci-dessous.

1) L'assurance des prêts au logement et des prêts professionnels

Les professions, directement ou par délégation, déclarent que, dès lors que l'analyse d'un questionnaire de risque de santé conduit à refuser à un candidat à l'emprunt le bénéfice de l'assurance de groupe associé à cet emprunt, le traitement de son dossier sera automatiquement transféré vers un dispositif d'assurance "de deuxième niveau" qui permette un réexamen individualisé de sa demande.

En outre, un pool des risques très aggravés est mis en place par les assureurs pour permettre le réexamen des cas de refus par le "deuxième niveau". Ce pool traite les demandes relatives à un encours cumulé de prêts d'au plus 300 000 euros et pour des prêts d'une durée telle que l'âge de l'emprunteur en fin de prêt n'excède pas 70 ans.

Une description de ce mécanisme de "deuxième niveau" et du pool des risques très aggravés figure en annexe à la présente convention. Ce dispositif ne fait pas obstacle à la mise en jeu des garanties alternatives mentionnées au 5) ci-dessous.

2) L'assurance décès des prêts à la consommation affectés ou dédiés.

Les professions s'accordent sur la suppression des questionnaires de risques médicaux pour les prêts à la consommation affectés ou dédiés, sous réserve des conditions suivantes :

- leur montant ne dépasse pas 15 000 euros,
- leur durée de remboursement est inférieure ou égale à 4 ans,
- le candidat à l'assurance a 50 ans au plus,
- le candidat à l'assurance dépose une déclaration sur l'honneur de non cumul de prêts au-delà du plafond susmentionné.

3) Délégations d'assurance

Les établissements de crédit s'engagent à accepter des contrats individuels d'assurance décès et invalidité dès lors que ces derniers présentent un niveau de garantie équivalent au contrat groupe. Ils s'engagent également à ne pas imposer leur contrat groupe au candidat emprunteur dans les cas où le contrat groupe ne permet pas d'apporter une réponse satisfaisante à un candidat. Ils s'engagent enfin à assurer des conditions d'emprunt identiques quelle que soit la solution assurantielle retenue.

4) Garantie des prêts immobiliers et professionnels en cas de risque d'invalidité

Un emprunteur présentant un risque de santé aggravé peut se trouver dans l'incapacité de rembourser tout ou partie des échéances de son emprunt si son état de santé se dégrade et le met ainsi dans l'impossibilité de maintenir le niveau de revenu qu'il avait au moment de l'octroi du prêt. Dans leur intérêt comme dans celui de l'emprunteur, les établissements de crédit, soumis en outre à des obligations juridiques et notamment au devoir d'alerte des prêteurs, sont donc conduits à rechercher les garanties nécessaires à la couverture de ce risque.

Afin de mettre pleinement en œuvre l'objectif de la présente convention de rechercher les moyens propres à assurer le meilleur accès possible au crédit des personnes concernées, il est prévu un dispositif tendant à rechercher systématiquement la ou les solutions adaptées à chaque cas en matière de risque invalidité.

a) Le risque invalidité entre dans le champ de la présente convention au même titre que le risque décès et permet donc aux personnes concernées de bénéficier des dispositions de la convention, notamment en matière de médiation, de motivation et de mutualisation.

b) Lorsque l'assurance est possible, les assureurs s'engagent à proposer une assurance invalidité, dans le cas où celle-ci s'avérerait nécessaire à l'aboutissement de la demande de prêt, assurant au minimum la couverture du risque de perte totale et irréversible d'autonomie ainsi qu'une couverture additionnelle d'invalidité dans des cas déterminés prévus au contrat.

Cette couverture conduira l'assureur, lors de la survenance d'un sinistre, à verser des prestations à ses assurés relevant alors de la 3^{ème} catégorie d'invalidité définie à l'article L341-4 du code de la sécurité sociale ainsi qu'à environ un tiers de ses assurés relevant alors de la 2^{ème} catégorie d'invalidité.

Les signataires s'engagent à définir en commun d'ici la fin de l'année 2006 un processus et des indicateurs pour suivre la réalisation de cet objectif et à examiner les résultats obtenus dans un délai de 18 mois suivant l'entrée en application de la présente convention.

Les établissements de crédit s'engagent à fonder leur décision de prêt sur le seul critère de la solvabilité du candidat à l'emprunt, et à ce que l'apparition d'un problème lié à l'obtention d'une assurance invalidité n'entraîne pas de conséquence systématique sur l'octroi d'un prêt. Lorsque les couvertures mentionnées au premier paragraphe du b) sont proposées par les assureurs et acceptées par le candidat à l'emprunt, les établissements de crédit s'engagent à n'exiger aucune autre garantie s'agissant de la couverture du risque santé, sauf si l'examen particulier du dossier du candidat à l'emprunt ne leur permet pas de disposer d'une garantie raisonnable sur sa capacité à s'acquitter des annuités d'emprunt.

Les établissements de crédit mettront en place un mécanisme de suivi effectif de cet engagement dont les modalités techniques seront définies dans le cadre de la Commission de suivi et de propositions.

5) Garanties alternatives à l'assurance

Les établissements de crédit, directement ou par délégation, s'engagent à accepter, notamment en cas de refus d'assurance en garantie des prêts, quel que soit leur montant, les alternatives à l'assurance de groupe qui peuvent apporter des garanties dont la valeur et la mise en jeu offrent la même sécurité pour le prêteur et l'emprunteur. Il peut s'agir, selon les cas, notamment de biens immobiliers, d'un portefeuille de valeurs mobilières, de contrats d'assurance vie ou de prévoyance individuelle ou de cautions.

6) Mécanisme de mutualisation

Un mécanisme de mutualisation des risques d'assurance à l'initiative des assureurs et des établissements de crédit est mis en place pour les prêts immobiliers liés à l'acquisition d'une résidence principale et pour les prêts professionnels, pour permettre de consentir un écrêtement des primes en faveur de personnes disposant de revenus modestes.

Le seuil d'éligibilité retenu dans ce mécanisme dépend du revenu et du nombre de parts accordées au foyer fiscal du candidat à l'emprunt au terme de la législation fiscale en vigueur :

- revenu inférieur ou égal à 1 fois le plafond de la sécurité sociale lorsque le nombre de parts du foyer fiscal est de 1 ou 2 ;
- revenu inférieur ou égal à 1,25 fois le plafond de la sécurité sociale lorsque le nombre de parts du foyer fiscal est de 2,5 ;
- revenu inférieur ou égal à 1,5 fois le plafond de la sécurité sociale lorsque le nombre de parts du foyer fiscal est de 3 et plus.

Dans les conditions d'éligibilité définies ci-dessus, la prime d'assurance ne peut représenter plus de 1,5 point dans le taux effectif global de l'emprunt.

Il est régulièrement rendu compte du fonctionnement de ce mécanisme de mutualisation au sein de la Commission de suivi et de propositions.

TITRE V : LES ORGANISMES DE SUIVI DE LA CONVENTION

I. Commission de suivi et de propositions de la convention

1) Composition

La Commission de suivi et de propositions de la convention est composée comme suit :

- six membres désignés par les professions, à raison de trois par les établissements de crédit et trois par les assureurs ;
- six membres désignés par les associations représentant les malades ou les personnes handicapées et les associations de consommateurs ;
- quatre représentants de l'Etat nommés par les ministres chargés de l'économie et de la santé ;
- sept membres qualifiés dont au moins deux médecins, désignés par les ministres chargés de l'économie et de la santé, un représentant de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles et un représentant de la Commission Bancaire.

La Commission de suivi et de propositions de la convention est présidée par un membre qualifié, désigné par les ministres chargés de l'économie et de la santé.

Elle se réunit en formation plénière, sur convocation de son président, au moins quatre fois par an.

En plus des commissions spécialisées prévues au 3) ci-après, la Commission de suivi et de propositions de la convention peut prendre toute décision tendant à l'instauration de groupes de travail consacrés à l'étude d'une question particulière de sa compétence.

2) Compétences

La Commission de suivi et de propositions de la convention veille à la bonne application des dispositions de la présente convention et au respect des engagements des parties. Elle peut s'appuyer pour cela sur les enseignements des travaux sur les dispositifs de contrôle interne mis en place par les professionnels pour vérifier l'application des normes professionnelles. Elle formule toute recommandation aux signataires qu'elle juge utile.

La Commission de suivi et de propositions de la convention étudie tout sujet en rapport avec l'assurance des personnes présentant un risque de santé aggravé, qui susciterait des difficultés non résolues par la convention. Elle débat de toutes mesures susceptibles d'améliorer les dispositions conventionnelles.

Elle rassemble les données statistiques transmises par les professionnels sur la mise en œuvre de la convention en matière de crédit immobilier et professionnel, notamment :

- le nombre de personnes accédant aux 2^{ème} et 3^{ème} niveaux ;
- le nombre de personnes bénéficiant d'une proposition d'assurance en distinguant couverture décès et couverture invalidité et en précisant dans le cadre d'enquêtes spécifiques la pathologie et le montant des surprimes ;
- les enquêtes spécifiques sur les prêts proposés et accordés ;

Elle peut diligenter toute enquête ponctuelle ou spécifique nécessaire au bon suivi de l'exécution de la convention.

Les signataires conviennent d'étudier un mécanisme de vérification, impliquant professionnels et associations, permettant de suivre l'application de la présente convention.

La Commission de suivi et de propositions de la convention remet au Gouvernement, aux présidents des assemblées ainsi qu'au président du conseil national consultatif des personnes handicapées, tous les deux ans, un rapport rendu public sur son activité, la mise en œuvre de la convention et sur les nouvelles mesures adoptées ou en voie de l'être, en vue d'améliorer l'assurance et l'accès à l'emprunt des personnes présentant un risque de santé aggravé. Ce rapport comporte, le cas échéant, des propositions de nature à parfaire le dispositif conventionnel, légal ou réglementaire existant.

3) Le Secrétariat de la Commission

La Commission de suivi et de propositions de la convention dispose d'un Secrétariat. Ses moyens de fonctionnement sont assurés par l'Etat.

II) Commission des études et recherches

Il est instituée auprès de la Commission de suivi et de propositions de la convention une Commission des études et recherches, animée par le ministère de la santé et de la solidarité, comportant notamment des représentants de l'INSERM, de l'Institut National de Veille Sanitaire et d'autres organismes de recherche, de représentants d'associations, d'assureurs et de réassureurs et de personnalités qualifiées. Sa composition est fixée d'un commun accord après avis de la Commission de suivi et de propositions de la convention .

En tant que de besoin, elle associe à ses travaux des spécialistes, concernés par les pathologies étudiées.

La Commission des études et recherches est chargée de recueillir et étudier les données disponibles sur la mortalité et la morbidité occasionnées par les principales pathologies, à partir desquelles sont déterminées les surprimes pour risques aggravés ou fondés les refus de garantie. Elle engage un programme de recherche en ce domaine, notamment sur l'invalidité associée aux principales pathologies en vue de fournir les éléments statistiques nécessaires à la tarification du risque.

Les assureurs tiennent compte, pour les opérations d'assurance destinées à garantir les prêts entrant dans le champ de la présente convention, des conclusions des études produites.

III. La Commission de médiation

1. Il est institué une Commission de médiation :

- composée de quatre membres titulaires et de quatre membres suppléants désignés en son sein par la Commission de suivi et de propositions, à parité entre les professionnels et les associations ;
- présidée par une personnalité qualifiée désignée par les ministres chargés de l'économie et de la santé.

La Commission, sur décision de son président, peut s'attacher le concours, en tant que de besoin, de personnes extérieures, sans que celles-ci aient voix délibérative.

2. La Commission de médiation est chargée d'examiner les réclamations individuelles qui lui sont adressées par des candidats à l'emprunt dans le cadre du fonctionnement de la présente convention.

Elle prend toutes dispositions de nature à favoriser un règlement amiable et diligent des dossiers dont elle est saisie, notamment par des recommandations transmises aux parties concernées. Elle favorise en tant que de besoin le dialogue entre le spécialiste de la pathologie qui suit, médicalement, le candidat à l'emprunt et le médecin conseil de l'assureur.

3. La Commission de médiation informe périodiquement, notamment grâce à son rapport annuel d'activité, la Commission de suivi et de propositions de ses travaux et des enseignements qui s'en dégagent.

4. La Commission de médiation dispose d'un secrétariat. Ses moyens de fonctionnement sont assurés par l'Etat.

TITRE VI : DISPOSITIONS PARTICULIERES

- 1) La présente convention annule et remplace la convention du 19 septembre 2001 sur l'accès au crédit et à l'assurance des personnes présentant un risque de santé aggravé.
- 2) Elle est conclue pour une période de 3 ans renouvelable par tacite reconduction. Elle peut être dénoncée par une des parties, moyennant un préavis de six mois.

Lorsque leurs statuts le rendent nécessaires, les associations et professions soumettent à ratification en assemblée générale, la présente convention au plus tard le 31 décembre 2006.

- 3) Les signataires ont conscience des délais nécessaires à la pleine mise en œuvre des dispositions de la présente convention. Celle-ci requiert en effet :
 - d'informer les membres des professions, des associations et des consommateurs en général ;
 - de former les salariés et les intermédiaires des professions ;
 - de concevoir, négocier, souscrire et mettre en place les contrats de groupe ouvert dits de « deuxième niveau » ;
 - de mettre en place les structures de gestion et d'examen des risques soumis au pool des risques très aggravés.

La Commission de suivi et de propositions procédera à une évaluation régulière de la mise en œuvre des dispositions conventionnelles.

- 4) Les dispositions de la présente convention entrent en vigueur 6 mois à compter de leur signature par les partenaires concernés.

LOIS

LOI n° 2007-131 du 31 janvier 2007 relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé (1)

NOR : ECOX0600174L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article 1^{er}

L'article L. 1141-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 1141-2.* – Une convention nationale relative à l'accès au crédit des personnes présentant, du fait de leur état de santé ou de leur handicap, un risque aggravé est conclue entre l'Etat, les organisations professionnelles représentant les établissements de crédit, les entreprises d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance ainsi que des organisations nationales représentant les malades et les usagers du système de santé agréées en vertu de l'article L. 1114-1 ou représentant les personnes handicapées. Cette convention a pour objet :

- « – de faciliter l'assurance des prêts demandés par les personnes présentant un risque aggravé en raison de leur état de santé ou d'un handicap ;
- « – d'assurer la prise en compte complète par les établissements de crédit des garanties alternatives à l'assurance ;
- « – de définir des modalités particulières d'information des demandeurs, d'instruction de leur dossier et de médiation.

« Toute personne présentant, du fait de son état de santé ou de son handicap, un risque aggravé bénéficie de plein droit de cette convention. »

Article 2

Après l'article L. 1141-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1141-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1141-2-1.* – La convention prévue à l'article L. 1141-2 définit notamment :

- « 1° Les conditions d'âge des emprunteurs, l'objet, le montant et la durée des prêts ;
- « 2° Les modalités d'information des demandeurs d'emprunt sur les dispositions relatives à l'accès au crédit et à l'assurance emprunteur ;
- « 3° Les conditions dans lesquelles un demandeur d'emprunt peut se prévaloir, pendant un délai déterminé, d'une offre d'assurance, y compris pour un bien différent de celui visé par cette offre ;
- « 4° La couverture des risques décès et invalidité, dans les cas où elle est requise ;
- « 5° Les garanties de confidentialité des données à caractère personnel et de nature médicale ;
- « 6° Un mécanisme de mutualisation, mis en œuvre par les entreprises d'assurance, les mutuelles et institutions de prévoyance et les établissements de crédit, permettant, sous condition de ressources des demandeurs d'emprunt, de limiter le coût additionnel résultant du risque aggravé pour l'assurance décès et invalidité des crédits professionnels et des crédits destinés à l'acquisition de la résidence principale ;
- « 7° Les dispositifs d'études et de recherche permettant de recueillir, d'analyser et de publier les données disponibles sur la mortalité et la morbidité résultant des principales pathologies, en vue de fournir les éléments statistiques nécessaires à la tarification du risque ;
- « 8° La procédure d'instruction des demandes d'emprunt et les modalités selon lesquelles la personne est informée des motifs des refus d'assurance ;
- « 9° Un dispositif de médiation entre, d'une part, les personnes présentant un risque aggravé de santé et, d'autre part, les organismes d'assurance et les établissements de crédit ;
- « 10° La composition et les modalités de fonctionnement d'une instance de suivi et de propositions associant les parties et chargée d'évaluer régulièrement la réalisation des objectifs et engagements de la convention. »

Article 3

L'article L. 1141-3 est ainsi rédigé :

- « *Art. L. 1141-3.* – La convention prévue à l'article L. 1141-2 est conclue pour une durée de trois ans.
- « La convention et ses avenants sont publiés au *Journal officiel*.

« Pour celles de ses dispositions qui prévoient les conditions de collecte et d'utilisation ainsi que les garanties de confidentialité des données à caractère personnel de nature médicale, la convention fait l'objet, préalablement à sa conclusion, d'une consultation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, qui donne un avis sur sa conformité à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

« A défaut d'accord, ou en cas de dénonciation, compromettant la mise en œuvre ou la pérennité du dispositif conventionnel, les conditions de collecte et d'utilisation et les garanties de confidentialité des données à caractère personnel de nature médicale sont fixées dans les six mois par décret en Conseil d'Etat, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

« Au cas où la convention ne serait pas signée par l'une des organisations professionnelles mentionnées à l'article L. 1141-2, un décret peut, après consultation des signataires de la convention et de l'organisation professionnelle non signataire, étendre son application aux entreprises et organismes représentés par l'organisation non signataire.

« A défaut de prorogation ou de renouvellement de la convention ou en cas de dénonciation de la convention, les dispositions énumérées à l'article L. 1141-2-1 sont fixées dans les six mois par décret en Conseil d'Etat. Ce décret prend effet à la date d'expiration de la convention. »

Article 4

Après l'article L. 1141-3 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1141-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1141-4.* – L'instance de suivi et de propositions mentionnée au 10° de l'article L. 1141-2-1 adresse un rapport d'évaluation au Gouvernement et au Parlement au plus tard trois mois avant l'échéance de la convention. »

Article 5

Les cinquième et sixième alinéas de l'article L. 1141-3 du code de la santé publique s'appliquent à la convention en vigueur à la date de publication de la présente loi.

L'instance de suivi et de propositions mentionnée au 10° de l'article L. 1141-2-1 du même code adresse au Gouvernement et au Parlement au plus tard le 1^{er} juillet 2008 une évaluation de la convention en vigueur à la date de publication de la présente loi.

Article 6

Le premier alinéa de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le mot : « détenues », sont insérés les mots : « , à quelque titre que ce soit, » ;

2° Les mots : « et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, » sont supprimés.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 31 janvier 2007.

JACQUES CHIRAC

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,

DOMINIQUE DE VILLEPIN

*Le ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,*
THIERRY BRETON

Le ministre de la santé et des solidarités,

XAVIER BERTRAND

(1) *Travaux préparatoires* : loi n° 2007-131.

Assemblée nationale :

Projet de loi n° 3457 ;

Rapport de M. Bernard Pousset, au nom de la commission des affaires culturelles, n° 3492 ;

Discussion et adoption, après déclaration d'urgence, le 11 décembre 2006.

Sénat :

Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, n° 108 (2006-2007) ;

Rapport de Mme Marie-Thérèse Hermange, au nom de la commission des affaires sociales, n° 151 (2006-2007) ;

Discussion et adoption le 18 janvier 2007.

CHARTRE DE RESPONSABILITE

PRÉVENTION DU SIDA ET AUTRES I.S.T. DROITS DES PERSONNES ATTEINTES

La présente charte a pour objet de définir les engagements de l'établissement

face à l'épidémie de SIDA et des autres I.S.T. (Infections Sexuellement Transmissibles)

Cette charte porte sur la prévention, l'information et les droits des personnes atteintes faisant partie du personnel comme de la clientèle de l'établissement.

L'établissement s'engage à offrir des conditions de service ne portant pas atteinte à la santé des personnes (Article L321-1 du Code de la Consommation).

L'établissement s'engage, dans la mesure du possible, à pratiquer une politique d'intégration et de maintien des personnes atteintes dans son personnel.

De la même manière, l'établissement s'engage à ne pratiquer aucune discrimination dans l'accueil des personnes atteintes.

Une évaluation, établissement par établissement, de l'application de cette charte sera effectuée régulièrement par les associations signataires selon la grille annexée. Cette évaluation sera communiquée à la presse identitaire et pourra être transmise aux DDASS à leur demande.

Cette charte, à l'initiative du SNEG, a été rédigée en collaboration avec les associations ACT UP-PARIS, AIDES et SIDA INFO SERVICE et la DASS de Paris qui en approuvent le contenu.

Cette charte est la manifestation de l'engagement de la communauté homosexuelle et de ses entreprises dans la lutte contre le sida et les autres I.S.T.

1. MATERIEL DE PRÉVENTION

1 - Accessibilité : L'établissement s'engage à fournir à chaque client un personnel et un gel (par exemple à l'entrée, lors d'une consommation...) ainsi que des produits essentiels et les rubans anti-sida à disposition des personnels et de gel. L'établissement s'engage à l'appareil nécessaire permettant la durée d'insertion.

2 - Gratuité : Seul le matériel de prévention anti-sida est distribué dans le cadre de cette charte au grand public. L'accès au matériel est pris en charge financièrement par l'établissement.

3 - Visibilité : Le matériel de prévention doit être visible à la disposition des clients de façon visible et gratuite. L'établissement ne peut se réserver le droit d'engagement pour des pratiques légales, fiscales ou de respect de droit.

2. DOCUMENTATION & INFORMATION

1 - L'établissement s'engage à afficher des messages de prévention et à mettre à la disposition des clients et de personnel une documentation à jour (cartes postales ou affiches à 100 et autres I.S.T. et tous types de supports (affiches, cartes postales, brochures...). Cette documentation porte notamment sur la prévention, les droits des personnes atteintes, des informations médicales, l'accès aux soins, les coordonnées téléphoniques ou postales de relais d'information, de centres de diagnostic anonyme et gratuit, d'associations de soutien et de lutte. L'établissement s'engage également à veiller au respect réglementaire de cette documentation.

2 - Il devra pour cela être en conformité avec les obligations relatives au SIDA, aux relations des associations de lutte contre le sida.

3 - Cette documentation est mise en place de façon à être visible par l'ensemble des clients et du personnel. A cette fin, l'établissement devra avoir un espace d'information avec les personnels du SNEG.

4 - L'établissement diffuse uniquement des vidéos portant sur le sida et les supports associés protégés.

5 - Tout matériel diffusé de l'établissement (brochures, rubans) bénéficiera d'un étiquetage minimum afin que le matériel de prévention soit toujours visible et accessible.

3. POINT SANTÉ - ACTION DE PRÉVENTION

1 - L'établissement doit être en mesure de recevoir en son sein, à l'attention des clients, des supports extérieurs (opérateurs et consommateurs, tests d'associations de santé, homosexuelles et/ou de lutte contre le sida et les autres I.S.T. afin qu'ils soient des acteurs de prévention et d'information.

2 - L'établissement a l'obligation de faciliter l'accès, la bonne réalisation et la prise en compte de ces actions.

4. HYGIÈNE & ENTRETIEN DES SOUJETS

1 - Le personnel doit disposer de matériel (lavage, produits d'entretien, serviettes...) adaptés, parfaitement entretenus et en quantité suffisante afin d'assurer un haut niveau d'hygiène.

2 - L'établissement s'engage à définir et respecter une méthode de nettoyage, de désinfection et d'entretien des locaux.

3 - L'établissement met à disposition de ses clients le matériel nécessaire à une hygiène personnelle minimum adaptée à la nature des pratiques (gel à l'eau, savon, bouchon postérieur, préservatif...).
4 - Le SNEG s'engage à apporter soutien et conseils au responsable de l'établissement dans le sein ou plus de cette méthode.

5. FORMATION DU PERSONNEL

1 - L'établissement s'engage à faire suivre au le temps de travail, une formation relative à l'attention au VIH et autres I.S.T. à tous les membres du personnel. Tout nouvel employé doit en son premier jour bénéficier d'une action dans l'établissement. Cette formation ne peut être réduite à un moment du personnel en raison de son statut précis dans l'entreprise.

2 - Un référent prévention est nommé dans chaque établissement. Il sera chargé de veiller à la bonne mise à disposition du matériel et de la documentation de prévention et sera l'interlocuteur privilégié des obligés signataires du SNEG et des associations.

3 - Le SNEG organise une formation adaptée au personnel de l'établissement. Cette formation est ouverte par les obligés signataires du SNEG qui peuvent s'appuyer sur les associations locales de lutte contre le sida.

6. GARANTIES VIS-À-VIS DU PERSONNEL

L'établissement s'engage à ne pratiquer aucune discrimination selon des critères d'orientation de l'orientation de l'orientation de promotion ou de maintien dans l'établissement en raison d'une séropositivité au VIH.

Rappel : aucun salarié ne peut être obligé de communiquer des informations sur son état de santé à son employeur. Le médecin de travail ne peut habilité à recevoir des informations de ce type et à juger de la capacité de l'employé à travailler ou partir qu'il accepte ou qu'il ne souhaite.

7. RESPECT & ÉVALUATION DE LA CHARTRE

1 - Cette charte est applicable dès sa signature.

2 - Afin d'assurer le respect de la charte par l'établissement, les associations signataires forment un comité d'évaluation.

3 - Ce comité se réunit au moins deux fois par an pour examiner les réalisations de ses membres membres suivant la grille annexée. Le SNEG organise la tenue des réunions de comité d'évaluation.

4 - Le comité d'évaluation, éventuellement élargi, transmet à l'établissement le résultat de l'évaluation pour renseignements dans les quinze jours. Une note régionale doit être adressée à une association de l'évaluation.

5 - En cas de non-respect partiel de la charte, le SNEG est chargé de solliciter l'établissement au vue de l'application de celle-ci.

6 - Le comité d'évaluation diffuse ses conclusions, sur la base d'une conférence de presse à destination de la presse identitaire, les médias des médias d'information. Les associations signataires restent libres d'user des moyens d'action qui leur sont propres face à la persistance d'un non-respect de la charte.

Tous UNIS!

SOLIDARITÉ ENVERS LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH-SIDA

CHARTRE D'ENGAGEMENT

PRÉVENTION DU SIDA ET AUTRES IST

CETTE CHARTE PORTE SUR LA PRÉVENTION, L'INFORMATION DU PUBLIC SUR LES IST/VIH-SIDA ET SUR LA SOLIDARITÉ ENVERS LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH.

CETTE CHARTE MANIFESTE L'ENGAGEMENT D'AFRIQUE AVENIR ET DES ANIMATEURS/PRÉSENTATEURS DES FÊTES DANS LA LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES AUTRES IST AVEC LE SOUTIEN DU MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ ET DE L'INPES.

Nom de l'animateur/présentateur :

S'ENGAGE À :

1 PROMOUVOIR L'UTILISATION DU PRÉSERVATIF

L'animateur/présentateur s'engage, en collaboration avec Afrique Avenir, à promouvoir l'utilisation du préservatif masculin et du préservatif féminin, à distribuer gracieusement tout matériel de prévention fourni par les pouvoirs publics et les organismes de lutte contre le sida.

2 FAVORISER L'INFORMATION SUR LA PRÉVENTION ET SUR LE DÉPISTAGE

L'animateur/présentateur s'engage à :

- faciliter la relation entre Afrique Avenir et les personnes impliquées dans l'animation (DJ, artiste...) pour délivrer les messages de prévention ;
- solliciter l'intervention des agents de prévention d'Afrique Avenir pour répondre aux questions des clients.

3 ÊTRE SOLIDAIRE AVEC LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

L'animateur/présentateur s'engage à être solidaire avec les personnes vivant avec le VIH, dans la discrétion et le respect de la confidentialité.

4 ACCEPTER UNE FORMATION AUTOUR DU VIH

L'animateur/présentateur s'engage à suivre des séances d'information estimées à une demi-journée au minimum par an.

Cette formation, gratuite et adaptée, est proposée à l'animateur/présentateur, sous la responsabilité d'Afrique Avenir (en collaboration éventuelle avec d'autres associations).

5 CONTRIBUER À LA QUALITÉ DES ACTIONS MENÉES

L'animateur/présentateur s'engage à faciliter la bonne réalisation, la pérennité et l'évaluation de ces actions.

Cette charte est applicable dès sa signature.

Rapport des Associations

Ce rapport est organisé en fiches thématiques, chacune consacrée à un engagement thématique de la Déclaration. Le degré de tenue de l'engagement est analysé tout d'abord en rappelant le contexte dans lequel il s'inscrit, puis en présentant les principaux faits et mesures illustrant l'action publique menée sur ce thème ; une conclusion est ensuite tirée quant au degré de respect de l'engagement, et enfin quelques recommandations d'amélioration sont proposées.

Sur le plan intérieur, les standards de soin des personnes séropositives constituent un point fort, tandis que la discrimination des groupes vulnérables demeure un point faible. Sur le plan extérieur, le leadership politique reste élevé par rapport aux engagements.

La section associative du présent rapport n'engage que les associations.

Associations signataires : **Sida Info Service, Médecins du Monde.**

Associations rédactrices : **ACT UP-Paris, AIDES, Mouvement français pour le Planning Familial.**

Sommaire

VIH/SIDA ET DROITS DE L'HOMME / PROTECTION DES PERSONNES VULNERABLES : LES PERSONNES SEROPOSITIVES	1
VIH/SIDA ET DROITS DE L'HOMME / PROTECTION DES PERSONNES VULNERABLES :	5
LES PERSONNES DEMUNIES	5
VIH/Sida ET DROITS DE L'HOMME / PROTECTION DES PERSONNES VULNERABLES :	11
LES PERSONNES ETRANGERES / MIGRANTES	11
VIH/SIDA ET DROITS DE L'HOMME / PROTECTION DES PERSONNES VULNERABLES : LES CONSOMMATEURS DE DROGUES PAR VOIE INTRA VEINEUSE ET/OU INTRANASALE	16
VIH/SIDA ET DROITS DE L'HOMME / PROTECTION DES PERSONNES VULNERABLES :	20
LES PERSONNES DETENUES	20
VIH/SIDA ET DROITS DE L'HOMME / PROTECTION DES PERSONNES VULNERABLES / ..	24
LES PERSONNES TRANSGENRES	24
GENRE	27
PREVENTION	30
RECHERCHE ET DEVELOPPEMENT	34
RESSOURCES	39
FONDS MONDIAL	42

VIH/SIDA ET DROITS DE L'HOMME / PROTECTION DES PERSONNES VULNERABLES : LES PERSONNES SEROPOSITIVES

Engagements 58 et 69

Droits de l'homme

« 58. D'ici à 2003, promulguer, renforcer ou appliquer, selon qu'il conviendra, des lois, règlements et autres mesures afin d'**éliminer toute forme de discrimination contre les personnes atteintes du VIH/sida et les membres des groupes vulnérables**, et de veiller à ce qu'ils jouissent pleinement de tous leurs droits et libertés fondamentaux, notamment pour leur assurer l'accès à l'éducation, à l'héritage, à l'emploi, aux soins de santé, aux services sociaux et sanitaires, à la prévention, au soutien et au traitement, à l'information et à la protection juridique, tout en respectant leur intimité et leur confidentialité; et élaborer des stratégies pour lutter contre la stigmatisation et l'exclusion sociale liée à l'épidémie.»

Protection dans l'emploi

« 69. D'ici à 2003, mettre en place à l'échelle nationale un cadre juridique et directif assurant la protection, sur le lieu du travail, des droits et de la dignité des personnes infectées et affectées par le VIH/sida et de celles qui sont le plus exposées au risque d'infection, en consultation avec les représentants des employeurs et des travailleurs, en tenant compte des directives internationales relatives au VIH/sida sur le lieu de travail. »

Explication des engagements

La France s'est engagée à éliminer toute forme de discrimination et de stigmatisation affectant les personnes touchées par le VIH et à réunir les conditions leur permettant d'accéder à une égalité des droits, notamment en matière d'emploi.

Contexte

La Halde et les séropositifs

La création de la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde), par la loi du 30 décembre 2004, a été applaudie par les associations¹. 2006 a été l'année de montée en puissance de la Halde avec plus de 4 000 réclamations contre 1 410 en 2005. Cette autorité indépendante est chargée d'examiner les plaintes des personnes ayant subi une discrimination. Elle constitue également un observatoire important des pratiques discriminatoires en France et donne un éclairage supplémentaire sur ces pratiques. Ce nouvel outil est d'autant plus appréciable que les formes de stigmatisation et de discrimination visant les personnes touchées par le VIH sont multiples, complexes et difficiles à mesurer².

Parmi les cas soumis à la Halde, celui de la **discrimination liée à la séropositivité dans le milieu professionnel**, lors du recrutement par exemple, est reconnu comme «un véritable abus de droit», ou encore la différence de traitement des personnes pacsées face aux personnes mariées.

¹ Loi du 30 décembre 2004 :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005992820&dateTexte=20080121>

Site Internet de la Halde : <http://www.halde.fr>.

² « Protocole pour l'identification de la discrimination visant les personnes atteintes par le VIH/Sida », ONUSIDA, 2000

La Halde a depuis sa mise en place par la loi du 30 décembre 2004 pris un certain nombre de recommandations et d'avis en réaction à des cas de discriminations liées à la séropositivité (accès à l'emploi ou aux assurances, notamment)³.

Cependant, le champ de compétences attribuées à la Halde reste limité et ses décisions ne sont pas contraignantes.

Si la Halde peut recommander des modifications législatives ou réglementaires, nul n'est contraint à concrétiser les recommandations qui, en pratique, ne sont pas toujours suivies par les pouvoirs publics. Par suite, il doit être instauré au profit de la Halde des pouvoirs contraignants et des mesures coercitives, particulièrement pour l'accès au logement et à l'emploi.

Séropositivité et handicap

Les conséquences du handicap, de la maladie ou de l'âge impactent durablement la capacité de travail ou l'employabilité et l'accès au travail de manière égalitaire. Bien que les progrès thérapeutiques permettent aux personnes séropositives de continuer à travailler, et bien que la maladie et le handicap soient pris en compte par le droit du travail, il y a souvent peu de place pour la maladie et le handicap dans le cadre de l'entreprise. Cette situation est d'autant plus regrettable que les tranches d'âge touchées majoritairement par le VIH correspondent au segment de main d'œuvre le plus productif⁴. L'infection par le VIH ne fait pas l'objet de dispositions spécifiques par le code du travail, celui-ci la considérant parmi les autres maladies (et il est opportun et pertinent qu'il n'y ait pas de distinction entre les pathologies) et garantissant une protection à tous les travailleurs, notamment malades, et ce à tous les stades du contrat de travail (conclusion, exécution, modification, rupture).

Les stigmatisations et les discriminations dans l'emploi demeurent importantes pour les personnes touchées par le VIH⁵, même s'il faut noter que 62% des personnes infectées maintiennent le secret au travail et que l'arrêt de l'emploi est majoritairement lié au traitement et non à la séropositivité comme une discrimination. Pour les personnes affectées d'une maladie chronique de longue durée, le maintien dans l'emploi, l'insertion et la re-orientation professionnelle sont indispensables pour garantir un niveau de ressources suffisant, permettre un projet de vie et le maintien de l'insertion sociale. La « valeur travail » reste centrale dans la société française comme vecteur de reconnaissance sociale et, par suite, influe sur l'état de santé.

Les ruptures professionnelles se produisent le plus souvent dès le début de la trajectoire de la maladie et tout au long de celle-ci. L'enquête VESPA-ANRS⁶ montre que **le risque d'être sans emploi est environ 5 fois plus élevé parmi les personnes touchées par le VIH interrogées que dans la population générale. Plus des deux tiers des personnes ayant perdu leur emploi depuis l'annonce de la séropositivité souhaitent retravailler.** Mais le niveau de chômage des personnes en situation de handicap est plus de deux fois supérieur à la moyenne et leur ancienneté au chômage est quatre fois supérieure. Leurs difficultés pour se procurer un emploi ou accéder à une formation qualifiante sont

³ <http://halde.fr/rapport-annuel/2006/>

⁴ « Sauver des vies, protéger des emplois », BIT, programme international d'éducation sur le VIH/Sida sur les lieux de travail, 2006 ; « L'égalité au travail : relevé les défis », BIT, 2007, pages 46-50

⁵ « VIH et emploi à l'heure des multithérapies : les usages du secret en milieu de travail », Gérard Fabre, rapport final pour l'ANRS,

⁶ Enquête ANRS-VESPA (VIH : Enquête sur les personnes atteintes), novembre 2004 : http://www.anrs.fr/index.php/anrs/ressources_et_publications/grandes_enquetes

multiples⁷. D'autres enfin ne peuvent tout simplement pas travailler en raison de la gravité de leur pathologie.

La loi du 11 mai 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a permis de dégager une définition unique du handicap et de déterminer des types de handicap dont les troubles de santé invalidant comme le VIH. Ce texte a également renforcé l'obligation légale d'embauche des personnes rencontrant un trouble de santé invalidant, accru les sanctions financières et rendu obligatoire la négociation avec les partenaires sociaux concernant l'emploi des personnes handicapées ; ainsi, cette réforme va dans le bon sens mais manque encore d'effectivité sur le terrain⁸.

Il est regrettable que les associations représentantes de personnes touchées par le VIH ne soient pas associées aux instances de suivi de la loi du 11 février 2005 afin d'y porter et faire valoir les besoins des personnes concernées (cellule d'accompagnement et de suivi de la réforme de la politique du handicap, commission de simplification et de mise en cohérence des dispositifs de concertation et de planification en matière de handicap et de perte d'autonomie).

Les personnes touchées par le VIH n'ont pas toujours accès à une information qualitative suffisante sur l'ensemble des dispositifs lié au statut de travailleur handicapé, sur l'aménagement des conditions de travail pour cause de maladie et sur l'aménagement du temps de présence (article R.241-43 du code du travail) : les centres de ressources n'existent pas en tant que tels, les lieux d'orientation sont aujourd'hui encore éparpillés et hétérogènes et il n'est pas aisé d'identifier les outils et les professionnels recensant les informations sur les différents circuits de réinsertion. Des inégalités se font également ressentir géographiquement. Il est également éloquent de noter que l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap ou souffrant d'une maladie invalidante relèvent de plusieurs administrations centrales et locales (handicap, emploi, solidarité, santé).

Les personnes touchées par le VIH se heurtent à la complexité des dispositifs et à une réelle lourdeur administrative (par exemple, le dispositif Cap emploi compétent pour la réorientation professionnelle souffre d'une forte disparité des objectifs fixés, des finalités, des financements et des dénominations données à ses structures d'accueil à travers le territoire). Les personnes peinent à se retrouver dans ce maquis et les associations doivent trop souvent pallier l'insuffisante diffusion d'informations par les pouvoirs publics⁹.

Par ailleurs, la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) reste fastidieuse et mal comprise, les aménagements de poste pourraient être davantage développés pour tenir compte des aptitudes et des contraintes du suivi médical ou du traitement.

Si un certain nombre de dispositifs de reconnaissance et de prise en charge sociale des situations de handicap existent, **leur accès reste encore trop souvent subordonné et limité à l'existence d'un handicap stabilisé**. Or, le VIH se caractérise précisément par son instabilité, son imprévisibilité et une perte d'autonomie progressive. Ces conséquences souffrant aujourd'hui d'une absence de prise en compte, sauf à de rares exceptions, faute de plan personnalisé de prévention et de soins. Même si certaines dispositions législatives, d'ailleurs restées inactives, existent.

Plus fondamentalement, **le milieu du travail ne garantit pas aujourd'hui le respect de la vie privée et du secret médical dans les dispositifs d'insertion, en milieu de travail et dans tous les services administratifs** : des bonnes pratiques pourraient être promues pour alimenter des actions de

⁷ Notamment : « Hanploi – le recrutement réussi des personnes handicapées », novembre 2006 : <http://www.hanploi.com>

⁸ « Application de la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et ma citoyenneté des personnes handicapées », Rapport d'information pour le Sénat n°359, Paul Blanc, 7 juillet 2007

⁹ Voir notamment « maladies chroniques et emploi – témoignages et expériences », guide créé par et à l'usage des personnes concernées, AIDES, décembre 2006

sensibilisation auprès des professionnels, dans le cadre de la formation initiale, continue, ou dans le cadre de journées d'information spécifique.

Les faits

Accès à l'assurance : **La Convention AERAS a modifié les dispositions encadrant l'accès à l'assurance pour les personnes séropositives, dans le but de faciliter l'accès à l'emprunt pour les personnes qui présentent un risque de santé aggravé. Si elle a permis un certain nombre d'améliorations, ses dispositions n'ont pas de caractère contraignant à l'égard des compagnies d'assurances, contrairement aux vœux des associations.**

La convention « s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé » (AERAS) a été signée le 6 juillet 2006 par les représentants de l'Etat, les professionnels de l'assurance et de la banque, ainsi que des associations représentant les personnes malades ou handicapées.

Elle est entrée en vigueur le 6 janvier 2007 et a pour objectif de faciliter l'accès à l'emprunt en apportant des réponses aux problèmes d'assurance que rencontrent les personnes qui présentent un risque de santé aggravé. La convention s'est accompagnée de la création d'un fond de garantie destiné aux bénéficiaires de la convention ne pouvant assumer la charge financière due aux majorations de primes.

La convention AERAS a apporté un certain nombre d'améliorations et des innovations par rapport à la convention précédente, la convention Belorgey, qui datait du 19 septembre 2001. On peut en particulier saluer la création d'un fond de garantie destiné aux bénéficiaires de la convention ne pouvant assumer la charge financière due aux majorations de primes.

Cependant, après un an de fonctionnement, le dispositif AERAS présente quelques lacunes¹⁰ :

- **l'information sur le dispositif est largement insuffisante** : les agences bancaires n'informent que rarement sur l'existence de la convention, et en refusant de faire figurer cette convention dans le code de la consommation et dans le code des assurances, les députés français ont privé celles et ceux qui ont recours à une assurance de prêt d'une information obligatoire sur l'existence de la convention et de la motivation détaillée en cas de refus d'assurance.
- **la confidentialité requise n'est pas toujours respectée**, les agences bancaires s'enquérant souvent de l'état de santé du demandeur.

Accès à l'emploi : Les pouvoirs publics ont créé le 12 septembre 2007 une prime pour l'emploi des personnes handicapées à destination des employeurs¹¹.

Conclusion

Depuis 2006, des avancées ont été permises dans la lutte contre les discriminations envers les personnes séropositives, notamment à travers le contrôle de la HALDE et l'application de la loi sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Toutefois, sous peine de rester théoriques, ces réformes nécessitent une plus forte volonté des pouvoirs publics de contrer efficacement et effectivement toutes les discriminations perpétrées à l'égard des séropositifs qui restent encore très fréquentes.

¹⁰ Ces constats s'appuient essentiellement sur les remontées de terrain de l'association AIDES à travers ses lieux d'accueil repartis à travers l'ensemble du territoire national.

¹¹ Instruction DS n° 2007-114 du 12 septembre 2007, BO ANPE n°53 du 15 septembre 2007.

Recommandations

- Associer les associations représentant les personnes touchées par le VIH au suivi de la loi du 11 février 2005 sur le handicap.
- Renvoyer la charge de la preuve pour les poursuites non pénales en matière de discrimination.
- Accorder à la Halde les moyens de disposer de mesures contraignantes et coercitives, particulièrement pour l'accès au logement et à l'emploi.
- Le Comité consultatif de la Halde doit inclure un représentant des personnes malades.
- Mettre en œuvre un programme national de sensibilisation aux discriminations liées à l'état de santé, à destination des employeurs, des médecins du travail et des représentants du personnel et une formation des acteurs de l'insertion et du placement.
- Autoriser le cumul des revenus de remplacement avec un revenu professionnel et l'encourager pour toutes les personnes en situation de handicap ou de maladie invalidante, leur garantissant ainsi un revenu supérieur au SMIC brut.
- L'information sur le dispositif d'accès aux prêts bancaires AERAS doit être plus largement diffusée, dans le respect de la confidentialité.

VIH/SIDA ET DROITS DE L'HOMME / PROTECTION DES PERSONNES VULNERABLES : LES PERSONNES DEMUNIES

Engagements 37, 64 et 68

« 64. D'ici à 2003, élaborer des stratégies, politiques et programmes au niveau national, appuyés par des initiatives régionales et internationales, s'il y a lieu, ou renforcer ceux qui existent déjà, dans le cadre d'une approche participative, afin de **promouvoir et protéger la santé des groupes dont on sait qu'ils ont des taux de séropositivité élevés ou en progression ou dont les données de santé publique indiquent qu'ils courent un plus grand risque ou sont les plus vulnérables face à l'infection** sous l'influence de facteurs comme les origines locales de l'épidémie, **la pauvreté**, les pratiques sexuelles, la toxicomanie, les moyens de subsistance, le placement dans une institution, les bouleversements de la structure sociale et les mouvements de population forcés ou volontaires ».

Réduction de l'impact économique et social

« 68. D'ici à 2003, évaluer les conséquences économiques et sociales de l'épidémie de VIH/sida et établir des stratégies multisectorielles pour : lutter contre les effets de l'épidémie aux niveaux individuel, familial, communautaire et national ; **élaborer des stratégies nationales d'éradication de la pauvreté** – et accélérer leur mise en œuvre – afin de **réduire l'impact du VIH/sida sur les revenus des ménages, leurs moyens de subsistance et leur accès aux services sociaux de base, une attention particulière devant être accordée aux personnes, aux familles et aux communautés gravement touchées par l'épidémie** ; examiner les conséquences sociales et économiques du VIH/sida à tous les niveaux de la société, surtout pour les femmes et les personnes âgées, notamment dans leur rôle en tant que dispensateurs de soins, et dans les familles affectées par le VIH/sida, et répondre à leurs besoins particuliers ; **remanier et adapter les politiques de développement économique et social, notamment les politiques de protection sociale**, afin de remédier aux effets du VIH/sida sur la croissance économique, la prestation de services économiques essentiels, la

productivité du travail , les recettes publiques, les ponctions opérées sur les ressources publiques, créatrices de déficit ».

Explicitation des engagements

Les personnes démunies sont reconnues comme particulièrement vulnérables au VIH. La France s'est engagée à éliminer toute forme de discrimination envers les personnes démunies, à veiller au respect de leurs droits et libertés fondamentaux et à réduire l'impact de la maladie sur leur santé et leur qualité de vie, à travers un meilleur accès à des conditions de vie décentes et à leurs droits sociaux.

Contexte

En France, actuellement, la pathologie VIH/sida concerne souvent des populations socialement plus défavorisées qu'au début de l'épidémie. Elle entraîne également, pour une fraction importante des personnes atteintes, une détérioration de leur situation sociale, liée à des difficultés à conserver un emploi stable, à accéder aux dispositifs d'insertion de droit commun et à conserver des liens sociaux.

Ce constat de précarisation et d'isolement sociaux est dressé aussi bien par le programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST, 2005-2008, de la DGS que les résultats de l'enquête ANRS-VESPA sur la situation sociale des patients suivis dans les hôpitaux¹². Il met en évidence que les patients actuellement atteints par le VIH sont plus fragiles socialement que la population générale, rencontrent davantage de difficultés dans la vie quotidienne et souffrent d'une plus grande précarité.

Ainsi, seulement la moitié des séropositifs occupe un emploi et le **risque de perte d'emploi**, pour les personnes qui ont un emploi stable, à la suite d'un diagnostic de séropositivité au VIH est cinq fois plus élevé que dans la population générale ayant des caractéristiques sociodémographiques comparables.

Parmi les personnes ayant participé à l'enquête ANRS-VESPA, 43% n'ont pas d'activité professionnelle. **Les ressources des personnes qui ne travaillent plus proviennent pour 28% d'indemnités chômage, pour 35% de l'allocation aux adultes handicapés (AAH, d'un montant de 628 euros par mois) ou d'une pension d'invalidité, pour 10% d'indemnités journalières et 9% du Revenu minimum d'insertion (RMI, d'un montant de 447 euros par mois). C'est ainsi plus du quart des 150 000 personnes vivant avec le VIH/sida en France qui vivent de minima sociaux**¹³. Le montant de l'AAH, de l'allocation supplémentaire d'invalidité et du RMI place donc leurs bénéficiaires **sous le seuil de pauvreté** (fixé à 817 € mensuels pour une personne seule)¹⁴. Le pouvoir d'achat lié à ces allocations a diminué de plus de 30 % en 10 ans. Avec cette maigre allocation, les personnes séropositives et l'ensemble des bénéficiaires de l'AAH doivent avant tout se nourrir et se loger. **Se soigner devient alors une préoccupation secondaire. Disposer d'une prise en charge complète des frais de santé est alors particulièrement déterminant pour éviter que les personnes concernées ne retardent ou ne renoncent à se soigner.**

¹² Enquête ANRS -VESPA (VIH enquête sur les personnes atteintes), novembre 2004 : enquête menée en 2003 en France métropolitaine et aux Antilles-Guyane avec pour objectif de décrire de façon précise la vie des personnes séropositives depuis l'avènement des traitements efficaces contre le VIH. En France métropolitaine, cette étude a concerné un échantillon de 2932 personnes suivies à l'hôpital pour l'infection VIH.

¹⁴ Référence au seuil de pauvreté calculé par Eurostat, l'Office statistique des communautés européennes.

En matière de prestations liées au handicap, la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a sensiblement modifié le dispositif d'accueil et d'accompagnement des personnes en situation de handicap. La maison départementale des personnes handicapées (MDPH) est l'interlocuteur pivot de cette nouvelle organisation, qui vise à simplifier les démarches des personnes handicapées et à apprécier leurs demandes et leurs besoins dans leur globalité. La MDPH a pour vocation d'offrir un accès unique aux droits et prestations, d'appuyer l'accès à la formation et à l'emploi, d'orienter vers les établissements et les services. La loi de 2005 a notamment permis un cumul de l'allocation adulte handicapé (AAH) et des revenus d'activité professionnelle favorable au retour à l'emploi. L'allocation adulte handicapé (AAH), le complément de ressources, la prestation de compensation du handicap (PCH) et l'aide à domicile sont des prestations qui permettent de faire face aux principales difficultés liées au handicap.

Les associations dénoncent avec force la paupérisation de ces populations et les conséquences en termes de santé publiques qu'elle induit¹⁵ et réclament, au nom du respect de la dignité des personnes, que soient **intégralement compensés les effets de la maladie sur les conditions de vie et l'accès à un revenu décent en réévaluant les revenus de subsistance en cause à la hauteur du SMIC**.

En vue d'assurer une réflexion constructive, **une concertation approfondie** doit être ouverte sur la base du rapport du CNCPPH - avec les associations représentatives du handicap et de troubles invalidants de santé afin de présenter à la conférence nationale sur le handicap prévue au printemps 2008 **une réforme garantissant un revenu d'existence au niveau du SMIC et un accès effectif à des conditions de vie dignes pour toutes les personnes en situation de handicap ou de troubles de santé invalidants**.

L'assurance maladie complète est un des éléments fondamentaux garantissant l'accès à une prise en charge thérapeutique de qualité. Or elle n'est pas toujours optimale :

- parmi les personnes étrangères, un nombre non négligeable n'est couvert par **aucune prise en charge maladie** (6% selon l'InVS, 7,7% selon AIDES¹⁶) ;

- toujours parmi les personnes étrangères, l'étude de l'InVS fait apparaître **une part importante couverte par l'AME** (16%), tandis que l'association Arcat mentionne 23,1% parmi les 479 personnes accueillies en 2003. La plupart des personnes étrangères atteintes par le VIH devraient pourtant être détentrices d'un titre de séjour (carte de séjour, autorisation de séjour, récépissé de demande, autre) permettant d'accéder à la Couverture Maladie Universelle (CMU) et non à l'AME.

- **un tiers des personnes atteintes par le VIH ne bénéficient d'aucune couverture maladie complémentaire**¹⁷ : si, en ce qui concerne la couverture maladie de base, les bénéficiaires de l'AAH ont droit à la couverture maladie universelle (CMU) de base gratuitement (sans versement de cotisation, le montant de l'AAH étant en deçà du plafond de ressources fixé à 8 644 euros par an¹⁸). En revanche, les titulaires de l'AAH sont pour l'instant exclus de la CMU

15 Appel au Président de la République « Améliorer le revenu des personnes en situation de handicap ou ayant des maladies invalidantes : une réforme urgente et prioritaire à engager », du 15 octobre 2007 soutenu par de nombreuses associations de malades et handicapés : www.apf.asso.fr/documents/operations/Appel_president_republique.pdf

16 Sur un échantillon de 250 personnes ayant participé à l'étude conduite au cours de l'année 2002 « Parcours socio médical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH en Ile-de-France », InVS ; Enquête « Une semaine donnée », AIDES, 2005.

17 InVS et AIDES, précités

18 Plafond fixé par l'article D.380-4 du code de sécurité sociale, modifié par le décret n° 2007-1399 du 28 septembre 2007) et ce, quelle que soit la composition du foyer, selon l'article L.380-2 du code de la sécurité sociale. Au-delà de ce montant, une cotisation annuelle de 8% des ressources est due sur la part dépassant ce plafond.

complémentaire, assurance complémentaire de service public gratuite réservée aux personnes disposant de ressources annuelles inférieures à 7 272,1 euros (pour une personne seule)¹⁹. Ils peuvent certes prétendre à une aide forfaitaire à l'acquisition d'une complémentaire santé mais la complexité d'accès et l'importance des restes à charge²⁰ entravent le plus souvent le bénéficiaire effectif d'une complémentaire. Ni la réévaluation en 2006 des forfaits accordés ni les seuils financiers d'accès (l'aide s'adresse désormais aux personnes dépassant de 20% le seuil CMU) n'ont amélioré significativement le fonctionnement effectif de cette aide. Or, les personnes non couvertes par une assurance maladie complémentaire reportent, voire renoncent, plus souvent à des soins pour des raisons financières que celles, même à revenus modestes, qui ont une couverture mutualiste (CMU complémentaire ou mutuelle)²¹. Cette situation n'est pas admissible du point de vue des associations.

- les refus de soins des professionnels de santé se multiplient à l'encontre des personnes prises en charge au titre de l'AME ou de la CMU et CMU-C : près de 4 médecins sur 10 (37%) refusent les soins pour un bénéficiaire de l'AME, quant aux bénéficiaires de la CMU, 10% des médecins enquêtés par Médecins du Monde refusent les soins²², ils sont 14% selon le Fonds CMU²³. (Le secteur 2 refusant deux fois plus souvent que le secteur 1). Ces refus de soins constituent une discrimination, comme l'a reconnu la Haute autorité de lutte contre les discriminations (Halde)²⁴.

Les faits

Des améliorations en matière de simplification de procédure et de prestations liées au handicap ont été fournies. Cependant, celles-ci restent insuffisantes au regard de la situation des personnes en situation de handicap ou souffrant d'un trouble de santé invalidant, qui pâtissent de l'absence de revalorisation de leurs ressources et connaissent une paupérisation de leur situation. Au 1er janvier 2008, l'AAH n'a été réévaluée que de 1,1%, soit moins que l'inflation (2,6% en 2007)²⁵.

Le 4 avril 2007²⁶, le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) a dressé un certain nombre de constats et suggéré des pistes de réflexions pour engager une réforme afin d'améliorer le revenu des personnes en situation de handicap et des personnes ayant des maladies invalidantes.

19 Articles L. 861-1, L.861-2 dernier alinéa du code de sécurité sociale et décret n° 2007-1084 du 10 juillet 2007 art. 1

20 Ecueils soulignés par le Rapport du fonds CMU n° III - Evaluation de la loi CMU - Janvier 2007 : www.cmu.fr et l'IRDES, Questions d'économie de la santé n°121, avril 2007 : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes121.pdf>

21 "Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire - DREES "Etudes et résultats" n° 378 - février 2005

22 Rapport 2006 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde, octobre 2007, page 45 : http://www.medecinsdumonde.org/thematiques/l_observatoire_de_l_acces_aux_soins

23 « Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire », Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU), 22 juin 2006 : www.cmu.fr.

24 Délibération n°2006-233 du 6 novembre 2006 concernant la CMU, à la suite d'une saisine par le CoMeGas (Comité des médecins généralistes pour l'accès aux soins) : <http://www.halde.fr/discriminations-10/deliberations-halde-99/232-du-9784.html> et Délibération n°2007-40 du 5 mars 2007 à la suite d'une auto-saisine de la Halde et d'une saisine de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers : <http://www.halde.fr/IMG/alexandrie/2655.PDF>

25 « Prestations et minima sociaux : la peau de chagrin... », H. Sterdyniak, Observatoire français des conjonctures économiques (OFCE), 16 janvier 2008

26 Rapport « Pour la garantie d'un revenu d'existence pour les personnes en situation de handicap »

De plus, alors que la réforme du 11 février 2005 laissait dans ses principes présager une amélioration globale du dispositif²⁷, le rapport du Sénat de février 2005 fait état **de nombreux retards d'application de ces améliorations, d'exigences juridiques excessives et de dysfonctionnements pratiques dans l'accueil, l'accompagnement et le soutien des personnes en situation de handicap et de troubles de santé invalidant**²⁸ :

- les délais d'instruction de demandes de prestations se situent quasi systématiquement bien au-delà des 4 mois prévus par la loi (8 à 12 mois en pratique). Ces retards génèrent une forte insécurité matérielle pour des personnes déjà en situation de précarité,
- l'approche globale des personnes handicapées peine encore à entrer réellement en vigueur, l'aspect prestation et le traitement médical et administratif l'emportant encore,
- les Maisons du Handicap reçoivent trop rarement les personnes individuellement, faute de moyens,
- à l'utilisation, la loi de 2005 et certaines des conditions qu'elle a introduites se sont révélées absolument incompatibles avec la réalité (notamment, les 5% maximum d'incapacité requis pour bénéficier du complément de ressources à l'allocation aux adultes handicapés) ou sont sources de confusions et de pratiques restrictives,
- les possibilités de cumul entre l'AAH et les revenus du travail restent obscures et sources de disparités selon les MDPH (d'ailleurs inégalement installées sur le territoire),
- les personnes étrangères, sans carte de séjour temporaire ni récépissé de demande (quand bien même elles remplissent les conditions légales pour en disposer) se voient dans l'impossibilité de toucher l'AAH.

Concernant la lutte contre les refus de soins illicites opposés par certains professionnels de santé aux démunis bénéficiaires de la CMU, le gouvernement français a adopté, le 25 mars 2007, un décret relatif au fonctionnement et à la procédure disciplinaire des conseils de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des pharmaciens, des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues et modifiant le code de la santé publique. Ce décret met en place un recours devant le conseil de l'Ordre à la diligence des associations de défense des patients²⁹. L'efficacité de cette mesure n'est malheureusement pas encore mesurable. Le Ministère de la Santé avait annoncé au cours du printemps 2007 la diffusion d'une plaquette informant les assurés de leurs droits et invitant les professionnels de santé à respecter le droit et à accepter de soigner les patients démunis bénéficiaires de la CMU et CMU-C. En janvier 2008, cette plaquette n'avait toujours pas été diffusée.

Enfin la loi de financement de la Sécurité Sociale adoptée en décembre 2007, **a créé des « franchises médicales »** applicables à tous, y compris aux personnes souffrant d'une affection de longue durée. Seuls sont exonérés de ces franchises les mineurs, les femmes enceintes et les bénéficiaires de la CMU complémentaire (article L.322-4 CSS). Ainsi, cette loi laisse les malades du sida démunis non-bénéficiaires de la CMU complémentaire (ressources annuelles inférieures à 7 272 euros) payer pour leurs soins VIH (jusqu'à 100 euros par an au niveau actuel des franchises, qui est appelé à augmenter sensiblement dans les prochaines années et qui vient s'ajouter à un fort reste à charge : au minimum 500 euros

27 « Maison départementale des personnes handicapées : une réforme bien engagée », Observatoire national de l'action sociale décentralisée, ODAS, mai 2006

28 « Application de la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et ma citoyenneté des personnes handicapées », Rapport d'information pour le Sénat n°359, Paul Blanc, 7 juillet 2007 ; Enquête sur les maisons départementales du handicap, Chroniques associés, janvier 2008 : <http://www.chroniques-associes.fr/> ; « La douloureuse épopée des maisons départementales des personnes handicapées », Lien Social, n°867, janvier 2008

29 Disposition figurant parmi les propositions du Rapport sur les refus de soins en matière de CMU, Jean-François Chadelat, 30 novembre 2006 : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000895/0000.pdf>

annuels pour les personnes vivant avec le VIH³⁰). Auparavant, les soins VIH étaient pris en charge à 100% pour tout le monde (c'est à dire y compris pour les démunis non-bénéficiaires de la CMU complémentaire).

L'accès effectif à une couverture santé complémentaire reste encore difficile. La loi de financement pour la sécurité sociale pour 2006 a relevé de 15 à 20% au-dessus du plafond de la CMU complémentaire, le plafond jusqu'auquel est accessible le dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, prévu à l'article L.863-1 du code de sécurité sociale. Cette amélioration va dans le bon sens mais s'avère encore insuffisante face à la complexité du dispositif, la faiblesse des garanties prises en charge et surtout au fort reste à charge³¹. Conformément aux préconisations réitérées du Fonds CMU, il convient de favoriser l'accès à une prise en charge complémentaire pour des raisons de santé publique, en relevant le plafond et le montant forfaitaire des crédits d'impôt.

Conclusion

Des mesures restent à prendre pour promouvoir la santé des personnes touchées par le VIH démunies et faire face à leur précarisation grandissante.. Les conditions juridiques, financières et pratiques ne sont pas réunies pour leur permettre de vivre dignement sur le plan sanitaire, social et économique.

Recommandations

- Des mesures législatives doivent être prises pour compenser intégralement les effets de la maladie et du handicap sur les conditions de vie des personnes et garantir l'accès à un revenu d'existence personnel décent en réévaluant les revenus de subsistance destinés aux personnes en situation de handicap ou d'invalidité à hauteur du salaire minimum légal.
- Dans l'attente, les titulaires de ces minima sociaux (handicap, invalidité et vieillesse) doivent bénéficier de la couverture maladie complémentaire de service public, la CMU-C.
- Dans l'attente, les personnes en situation de handicap ou souffrant d'un trouble de santé invalidant et disposant de faibles ressources doivent être exonérées des franchises médicales.
- Il est nécessaire d'harmoniser, en les améliorant, les différents régimes d'allocations et de pensions existants dans le champ du handicap et des troubles de santé invalidants afin d'assurer des conditions de vie dignes aux personnes concernées.
- Les refus de soins opposés aux personnes relevant de la CMU, CMU-C et AME doivent être efficacement combattus par une meilleure information, l'amélioration des délais de remboursement et le renforcement des sanctions à l'encontre des professionnels de santé fautifs.

³⁰ Source : ADSP, n°59, juin 2007, p. 52 et 54 et Rapport Haut Conseil à l'assurance maladie (HCAAM) 2007 et 2006.

³¹ notamment, le bulletin d'information en économie de la santé n°121, IRDES, avril 2007

VIH/Sida ET DROITS DE L'HOMME / PROTECTION DES PERSONNES VULNERABLES : LES PERSONNES ETRANGERES / MIGRANTES

Engagements 58 et 64

Droits de l'homme

« 58. D'ici à 2003, promulguer, renforcer ou appliquer, selon qu'il conviendra, des lois, règlements et autres mesures afin d'**éliminer toute forme de discrimination contre les personnes atteintes du VIH/sida et les membres des groupes vulnérables**, et de **veiller à ce qu'ils jouissent pleinement de tous leurs droits et libertés fondamentaux**, notamment pour leur assurer l'accès à l'éducation, à l'héritage, à l'emploi, **aux soins de santé, aux services sociaux et sanitaires**, à la prévention, au soutien et au traitement, à l'information et à la protection juridique, **tout en respectant leur intimité et leur confidentialité**; et élaborer des stratégies pour **lutter contre la stigmatisation et l'exclusion sociale liée à l'épidémie.**»

Protection des personnes vulnérables

« 64. D'ici à 2003, élaborer des stratégies, politiques et programmes au niveau national, appuyés par des initiatives régionales et internationales, s'il y a lieu, ou renforcer ceux qui existent déjà, dans le cadre d'une approche participative, afin de **promouvoir et protéger la santé des groupes dont on sait qu'ils ont des taux de séropositivité élevés ou en progression ou dont les données de santé publique indiquent qu'ils courent un plus grand risque ou sont les plus vulnérables face à l'infection** sous l'influence de facteurs comme les origines locales de l'épidémie, la pauvreté, les pratiques sexuelles, la toxicomanie, les moyens de subsistance, le placement dans une institution, les bouleversements de la structure sociale et **les mouvements de population forcés ou volontaires** ».

Explicitation des engagements

La France s'est engagée à éliminer toute forme de discrimination envers les groupes vulnérables, à veiller au respect de leurs droits et libertés fondamentaux et à promouvoir la santé des groupes vulnérables.

Contexte

En ce qui concerne les populations étrangères/migrantes, ces engagements se traduisent par l'exigence d'accès effectif au droit au séjour et d'égalité des droits, notamment dans le champ sanitaire et social. Les personnes de nationalité étrangère représentent plus d'un tiers (37%) des découvertes de séropositivité en 2006 en France et les trois-quarts de ces personnes sont ressortissantes d'un pays d'Afrique subsaharienne³². Bien que les découvertes de séropositivité au stade sida diminuent, la proportion d'infections récentes reste stable pour les étrangers (10%) notamment pour les Africains (8%). L'augmentation de la proportion d'infection par un virus de type B (quasi inexistant en Afrique) chez des personnes originaires d'Afrique subsaharienne traduit une augmentation des contaminations en France. Ces données épidémiologiques doivent être prises en considération pour la prévention comme pour l'accès aux droits de ces personnes.

³² Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), Institut de veille sanitaire, n° 46-47, novembre 2007 consacré aux données VIH en France et Les populations africaines d'Ile de France face au VIH/sida, connaissances, attitudes, croyances et comportements, Etude santé INPES, juin 2007

Alors même qu'ils sont particulièrement touchés par l'infection VIH, les étrangers malades en France vivent trop souvent dans des conditions de séjour extrêmement précaires qui les fragilisent, ne leur garantissent pas les conditions d'accès à la prévention et aux soins et compromettent l'observance. Pour les personnes en situation irrégulière, leur statut administratif les amène souvent à réduire au maximum leur contact avec les structures de santé. Pour beaucoup, ils ignorent leur droit à une prise en charge et les possibilités qu'ils ont d'avoir accès aux soins³³. Les titres de séjour précaires d'un an ou moins, le poids des démarches administratives et le risque constant de perdre son droit au séjour génèrent des conditions de vie précaires porteuses d'insécurité matérielle, psychologique et sociale peu propices aux démarches de soins et d'observance. Le Conseil national du sida avait rappelé en 2006 les interactions entre la politique du droit au séjour et la lutte contre le VIH³⁴ : les effets négatifs sur la prévention et la qualité de vie des personnes touchées par le VIH se sont encore amplifiés avec les durcissements de la politique migratoire par les lois successives de 2006³⁵ et 2007³⁶.

En effet, des conditions de vie précaires - en termes de droit au séjour, de droit au travail, de logement, ou de situation familiale - ont des implications directes sur l'état de santé des personnes. Une prise en charge médicale précoce, mais aussi psychologique et sociale, permet un meilleur contrôle de l'infection par le VIH et participe des conditions favorables à la prévention de sa transmission. La possibilité de travailler est essentielle car elle confère l'autonomie financière permettant des conditions de vie décentes et favorise le lien social. Le bénéfice du regroupement familial est également important pour les étrangers vivant avec le VIH, car la présence et l'accompagnement d'un proche jouent un rôle primordial dans l'adhésion au traitement. Ainsi, toute mesure qui affecte les conditions de stabilité des étrangers et insécurise leur quotidien accroît leur vulnérabilité face au VIH, et risque d'avoir un impact négatif sur la santé publique. L'accès aux soins et à la prévention pour tous les patients, quelle que soit leur situation administrative, et le droit au séjour pour soins constituent des éléments essentiels à une lutte efficace contre l'épidémie.

Or, la politique de lutte contre l'immigration clandestine et l'orientation vers une immigration économiquement « choisie » s'accompagnent, d'un dispositif législatif et juridique de plus en plus contraignant pour les étrangers, rendant leurs conditions d'existence particulièrement difficiles.

De plus, le droit au séjour des étrangers malades, régi par l'article L.313-11-11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers fait souvent l'objet de la part des administrations d'interprétations restrictives de la loi. Celles-ci ont de graves conséquences sur les conditions de vie des personnes malades et sur leur prise en charge médicale³⁷.

La couverture sociale permettant l'accès aux soins est en principe accessible dès l'obtention d'un droit au séjour (carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale », autorisation provisoire de séjour, ou à défaut, tout preuve de démarche en cours en préfecture

³³ Rapport de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde, octobre 2007, pages 34 et suivantes : http://www.medecinsdumonde.org/thematiques/l_observatoire_de_l_acces_aux_soins

³⁴ Le Conseil national du sida, réuni en séance plénière le 27 avril 2006, a voté une note valant avis consacrée aux conséquences en santé publique des restrictions en matière d'immigration, www.cns.sante.fr.

³⁵ Loi du 24 juillet 2006

³⁶ Loi du 20 novembre 2007

³⁷ Rapport de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE), à paraître, mai 2008 : www.odse.eu.org ; Contre rapport de Unis contre l'immigration jetable (UCIJ), mars 2007 : <http://www.contreimmigrationjetable.org/spip.php?article795>

selon la circulaire du 3 mai 2000). La couverture se fait au travers du dispositif de la couverture médicale universelle (CMU). A défaut de droit au séjour, les personnes en situation irrégulière concernées par le VIH sont couvertes par le dispositif de l'aide médicale d'Etat (AME).

Cependant, depuis 2006, la politique migratoire a été considérablement durcie et fortement orientée vers « l'immigration choisie », entendue comme accordant la priorité à l'immigration de travailleurs répondant aux besoins français de main d'œuvre et entravant l'immigration familiale ou l'asile. Les étrangers malades sont directement concernés par cette politique : ils relèvent en effet de la carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale », supposée contraire à la logique d'« immigration choisie » qui privilégie l'entrée et le séjour de personnes représentant un potentiel économique pour la France. De plus en plus de migrants dont le séjour est considéré comme « subi » pour l'économie française sont ainsi relégués vers la précarité et la clandestinité.

La lutte contre l'immigration irrégulière (assortie d'objectifs quantitatifs) génère un climat de suspicion porteur de précarité et d'insécurité, incompatible avec les conditions requises pour l'amélioration de la santé des migrants. La répression accrue à l'encontre des migrants sans-papiers les éloigne des structures et dispositifs sociaux et médicaux. Elle a des effets délétères sur la prévention du VIH, l'isolement des séropositifs, l'accès aux soins et l'accès aux droits de ces personnes³⁸. Ce climat est particulièrement marqué dans les départements français d'Outre-Mer.

Les faits

De façon générale, les nouvelles lois sur l'immigration restreignent le droit au séjour des étrangers et ont parfois des conséquences directes sur leur santé. La relative stabilité des demandes d'avis médicaux concernant le VIH/sida, dans le cadre du droit au séjour pour raisons médicales (11,9% des avis en 2005, et 13,1% en 2006) ne saurait à elle seule traduire la réalité de la situation.

La loi sur l'immigration et l'intégration adoptée le 24 juillet 2006 n'attaque pas directement le droit au séjour des malades. Cependant, nombre de ses dispositions ont des conséquences directes sur la santé des étrangers et sur la santé publique. Comme le démontre l'analyse de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers³⁹, elle exclut les régularisations notamment au titre du droit de vivre en famille et de l'ancienneté de la résidence sur le territoire et généralise les statuts administratifs précaires. Par ailleurs, une disposition a été spécifiquement introduite pour limiter le droit au séjour (et au travail) des accompagnateurs d'enfants malades⁴⁰, qui se voient dès lors privés du droit à mener une vie privée et familiale normale. La loi réduit enfin le contrôle exercé par la justice administrative, ainsi que les droits de la défense, en ce qui concerne les procédures d'éloignement du territoire français⁴¹.

La loi du 20 novembre 2007 a elle aussi durci les dispositions relatives au droit au séjour des étrangers. La Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde) a

³⁸ Pétition de France Terre d'asile contre la pénalisation du travail social : <http://www.france-terre-asile.org/petition/> et mobilisation de ANAS (association nationale des assistants de service social) : <http://anas.travail-social.com/>

³⁹ Source : « Un projet de loi dangereux pour la santé des étrangers, Analyse du projet de loi sur l'immigration et l'intégration 2006 par l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) » (www.odse.eu.org/article.php3?id_article=34).

⁴⁰ Article L311-12 du CESEDA

⁴¹ Article L512-1 du CESEDA

d'ailleurs confirmé, après que la loi soit promulguée, que certaines de ses dispositions constituent une discrimination au titre de la nationalité⁴².

Ce n'est que sur l'accès au regroupement familial pour les personnes malades ou en situation de handicap, que des avancées ont été obtenues, grâce à la mobilisation des associations,^{43 :44}, en particulier de AIDES, soutenu par de nombreuses associations de malades et du mouvement familial (l'AFD, l'AFH, l'AFVS, l'APF, le CIDD, le CNAFAL, la FNATH, SOS hépatites et l'UNAF), qui ont fait valoir auprès des pouvoirs publics que la condition de ressources ne pouvait être opposée à ces demandeurs sous peine de commettre une discrimination à leur encontre, comme l'avait souligné la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité des droits dans ses décisions du 11 décembre 2006⁴⁵.

Si depuis 2001, des cas de non-respect de l'impossibilité d'expulsion des séropositifs vers des pays où ils n'ont pas accès aux soins se sont régulièrement produits, un nouveau cap a été franchi en 2007, année au cours de laquelle le nombre de placements en rétention, de tentatives d'éloignement et d'éloignements effectifs a « considérablement augmenté », selon la Cimade.⁴⁶

Alors que des recours juridiques, éventuellement assortis d'interventions associatives, permettaient le plus souvent de débloquer des procédures en cours, le climat s'est considérablement durci en 2007⁴⁷, la défiance de l'État à l'égard des avis médicaux d'impossibilité d'expulsion rendus par les médecins devenant de plus en plus fréquents⁴⁸, et l'exécution des expulsions étant accélérée. A tel point que le Ministère de l'Immigration a fait revenir à sa charge deux personnes indûment éloignées vers la Turquie et l'Arménie⁴⁹.

Parallèlement à ces évolutions, plusieurs initiatives ont été prises par les pouvoirs publics afin de mieux cibler les besoins en santé des personnes migrantes :

-Une évaluation du Programme de lutte contre le VIH/sida en direction des populations migrantes vivant en France a été menée par un cabinet d'audit (Ernst & Young). Sur la base d'un constat épidémiologique alarmant (une population étrangère 3 fois plus touchée que la population française), ce travail, mis en œuvre en 2004, a conclu à une évaluation satisfaisante de ce programme soulignant qu'il avait donné une très bonne lisibilité à cette problématique sans augmenter la stigmatisation, permis le développement de stratégies de prévention adaptée à la diversité des publics et amélioré l'accès au dépistage parmi les populations migrantes. Cependant, il convient d'accentuer les efforts auprès des personnes les plus précaires, socio-économiquement et administrativement, qui restent moins bien informées et donc plus exposées au risque.

-Le programme français expérimental de formation et de suivi de médiateurs de santé publique a été retenu au niveau européen comme bonne pratique en direction des populations migrantes à la Conférence européenne de Lisbonne, en septembre 2007. Ce programme, conduit par l'Institut de Médecine et d'Epidémiologie appliquée (IMEA) en

⁴² Communiqué du 15 janvier 2008 : <http://www.halde.fr/actualite-18/communiqués-presse-98/maitrise-immigration-10979.html>

⁴³ Article L.411-5 du CESEDA

⁴⁴ Amendement associatif sur le regroupement familial : <http://www.aides.org/presse/communiqués/projet-loi-immigration-18-09-07.php>

⁴⁵ Délibération relative aux conditions de ressources nécessaires pour bénéficier du regroupement familial pour les personnes handicapées n° 2006-285 et n° 2006-286 du 11/12/2006 : <http://www.halde.fr/IMG/alexandrie/2370.PDF>

⁴⁶ Voir Rapports annuels de la Cimade : www.cimade.org et Rapport d'observation de l'ODSE, à paraître : www.odse.org

⁴⁷ Voir notamment : Communiqué de presse « Urgence en rétention : l'État expulse des étrangers malades », juin 2007, ODSE : http://www.odse.eu.org/article.php3?id_article=42

⁴⁸ Voir notamment : Communiqué de presse « Expulsions des malades étrangers : l'Intérieur méprise l'avis des médecins de l'administration », février 2007, ODSE : http://www.odse.eu.org/article.php3?id_article=40

⁴⁹ Rapport d'observation de l'ODSE 2008, à paraître, mai 2008 : www.odse.eu.org

partenariat avec la Direction générale de la santé, a pour objectif d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins des populations précarisées par l'intervention de médiateurs de santé publique, bénéficiant d'un programme de formation de 400 heures et d'un accompagnement spécifique en milieu professionnel pendant 2 ans. Cette méthode d'intervention est novatrice en France et a bénéficié d'un pilotage national ainsi que d'une évaluation qui a conclu à l'impact positif d'une telle démarche.

-Enfin, un guide pratique pour répondre aux différents problèmes médicaux, psychologiques, sociaux et administratifs rencontrés par les migrants/ exilés en situation précaire a été élaboré en partenariat entre associations, INPES et ministère chargé de la Santé. Destiné aux professionnels de santé, du secteur social et administratif ainsi qu'aux associations de soutien aux étrangers et aux migrants, le guide COMEDE (Comité médical des exilés) les aide à mieux appréhender la diversité des situations et à mieux comprendre la complexité des demandes auxquelles ils sont confrontés.

Conclusion

Une visibilité nouvelle a été donnée à la question de la santé des migrants, au travers de campagnes de prévention, et d'autres initiatives tendant à mieux cibler et mieux répondre aux besoins en santé de ces personnes. Cependant ces avancées restent limitées face au durcissement global de la législation relative au séjour des étrangers. En plus de la multiplication des tentatives ou exécutions d'éloignement d'étrangers malades, les mesures de lutte contre l'immigration irrégulière ont un impact négatif sur les conditions de vie de ces personnes et nuisent sensiblement et durablement à la promotion de leurs santé. La persistance dans cette voie est susceptible de provoquer une reprise progressive de l'épidémie au sein de cette population.

Recommandations

- Garantir aux personnes malades ne pouvant pas accéder effectivement à une prise en charge de qualité dans leur lieu de vie par une application stricte et scrupuleuse de la loi de 1997, respectant l'esprit dans lequel cette loi avait été votée.
- Demander publiquement aux agents administratifs de réduire leur défiance à l'égard des avis des médecins inspecteurs de santé publique, et de respecter la loi afin que le droit au séjour ne fasse plus l'objet de restrictions ni de détournements.
- Assurer en particulier l'application de l'« accès effectif au traitement approprié » comprenant les considérations quantitatives, qualitatives, économiques, géographiques, telles que décrites dans la circulaire ministérielle du 12 mai 1998.
- Les sans-papiers démunis résidant en France doivent être éligibles à la Couverture Maladie Universelle (CMU).
- Dans l'attente, aucun ticket modérateur ne doit être laissé à la charge des malades relevant de l'Aide médicale d'Etat.

VIH/SIDA ET DROITS DE L'HOMME / PROTECTION DES PERSONNES VULNERABLES : LES CONSOMMATEURS DE DROGUES PAR VOIE INTRAVEINEUSE ET/OU INTRANASALE

Engagements 58 et 64

Droits de l'homme

« 58. D'ici à 2003, promulguer, renforcer ou appliquer, selon qu'il conviendra, des lois, règlements et autres mesures afin d'**éliminer toute forme de discrimination contre les personnes atteintes du VIH/sida et les membres des groupes vulnérables**, et de veiller à ce qu'ils jouissent pleinement de tous leurs droits et libertés fondamentaux, notamment pour leur assurer l'accès à l'éducation, à l'héritage, à l'emploi, aux soins de santé, aux services sociaux et sanitaires, à la prévention, au soutien et au traitement, à l'information et à la protection juridique, tout en respectant leur intimité et leur confidentialité; et élaborer des stratégies pour lutter contre la stigmatisation et l'exclusion sociale liée à l'épidémie.»

Protection des personnes vulnérables

« 64. D'ici à 2003, élaborer des stratégies, politiques et programmes au niveau national, appuyés par des initiatives régionales et internationales, s'il y a lieu, ou renforcer ceux qui existent déjà, dans le cadre d'une approche participative, afin de **promouvoir et protéger la santé des groupes dont on sait qu'ils ont des taux de séropositivité élevés ou en progression ou dont les données de santé publique indiquent qu'ils courent un plus grand risque ou sont les plus vulnérables face à l'infection** sous l'influence de facteurs comme les origines locales de l'épidémie, la pauvreté, les pratiques sexuelles, la toxicomanie, les moyens de subsistance, le placement dans une institution, les bouleversements de la structure sociale et les mouvements de population forcés ou volontaires ».

Explicitation des engagements

La France s'est engagée à éliminer toute forme de discrimination envers les groupes vulnérables, à veiller au respect de leurs droits et libertés fondamentaux et à promouvoir la santé des groupes vulnérables.

Contexte⁵⁰

En France, la **loi sur les stupéfiants promulguée en 1970** contraint les personnes consommatrices de produits psychoactifs classés dans la catégorie des stupéfiants à la clandestinité en prévoyant des sanctions pouvant aller jusqu'à un an de prison et/ou 3 750 euros d'amende⁵¹.

Contrebalançant l'aspect répressif des textes, le décret du 14 avril 2005 donne un cadre légal aux actions de **réduction des risques (RDR)** défendues par les acteurs du soin spécialisé, de la santé communautaire et de la lutte contre le sida. L'article 10 de ce décret ouvre officiellement la porte aux innovations.

⁵⁰ Sources : MILDT : www.drogues.gouv.fr

Agence française de réduction des risques (AFR) : <http://reductiondesrisques.free.fr>

Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie (ANIT) : www.anit.asso.fr

Auto-support et réduction des risques parmi les usagers de drogues (ASUD) : www.asud.org

⁵¹ Les **interpellations** pour usage de stupéfiants ont par exemple été multipliées par quatre depuis 1990 et se maintiennent depuis 2004 aux alentours de 100 000 par an.

Cantonnée depuis 1994 dans un statut expérimental, la politique de RDR, notamment grâce aux actions d'information destinées aux usagers actifs, aux programmes de délivrance de matériel d'injection stérile et aux prescriptions de traitements de substitution opiacés, a **permis une très importante réduction du nombre de contaminations par le VIH**, démontrant la possibilité d'agir sur les pratiques⁵².

Selon l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS, enquête Coquelicot 2006) la prévalence estimée du VIH chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et/ou intra nasale resterait toutefois élevée (à 10,8%) tandis que celle du VHC chez ces mêmes usagers atteindrait 59,8%.

L'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) relève par ailleurs (rapport TREND 2005) une remontée progressive de la consommation d'héroïne et des pratiques d'injection. Un contexte inquiétant qui devrait inciter les pouvoirs publics à accélérer le développement de programmes et outils innovants de RDR, complémentaires de l'offre de sevrage et de soins spécialisés.

Malgré les bénéfices démontrés par cette approche, **la RDR reste un sujet de litige fortement politisé et mouvant**. Aucune des avancées ne semble clairement acquise comme en attestent les tentatives de classement de la buprénorphine dans la catégorie des stupéfiants.

Les faits

Des associations d'auto support et de santé communautaire ont reçu l'agrément du Ministère de la Santé pour représenter les usagers dans les instances hospitalières et de santé publique, améliorer le quotidien des patients et accompagner leur parcours.

Le Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 du même ministère indique que « les associations d'entraide et d'auto support restent trop peu représentées [...] Leur rôle est majeur »⁵³.

Le rapport Drogue, l'autre cancer, de 2004, illustre l'hostilité de certains sénateurs envers ces associations

Mise en place de nouvelles modalités de réduction des risques.

En 2007 la France a avancé sur la question de l'élargissement de la palette de médicaments de substitution en commençant les essais d'une forme sèche de la méthadone.

Mise en place de lieux de parole et de représentation pour les usagers de drogues.

Les conseils de la vie sociale, instances représentatives des usagers des établissements médico-sociaux, issus de la loi de rénovation de l'action sociale de 2002 sont progressivement investis par les usagers de drogues accueillis dans les structures de soins (CSST) et de réduction des risques (CAARUD). Ces dispositions permettent l'émergence d'une parole sociale des usagers de drogues dans les lieux d'accueil et de soins.

La création des CAARUD ancre le concept de RDR dans les structures de bas seuil.

⁵² Les usagers de drogues par voie intraveineuse ne représentent plus que 1,8 % des nouvelles contaminations en 2007, selon l'Institut de veille sanitaire (*Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°46-47, novembre 2007, téléchargeable via le lien <http://www.invs.sante.fr/publications/default.htm>).

⁵³ http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/plan_addictions_2007_2011/plan_addictions_2007_2011.pdf

La mise en place des CAARUD (Centre d'accueil et d'accompagnement de la réduction des risques auprès des usagers de drogues) a permis d'installer au sein de structures médico-sociales les conditions d'un accueil permettant aux usagers d'entrer plus simplement en contact avec le monde de la prévention et du soin. On peut déplorer toutefois que les CAARUD soient inégalement répartis sur le territoire français et manquent encore de moyens pour fonctionner.

Défendre l'approche communautaire dans un contexte répressif.

Les associations de santé communautaire et d'auto support ont démontré la nécessité d'impliquer des usagers (et ex-usagers) dans les actions de RDR. Ces usagers sont à même d'imaginer, d'adopter et de diffuser autour d'eux des attitudes de prévention profitables aux autres usagers et à l'ensemble de la société. Le référentiel réduction des risques ne spécifie pas comment les principes de l'action communautaire doivent être intégrés aux actions.

Conclusion

La politique de Réduction des risques (RDR) a démontré son efficacité en permettant une diminution importante du nombre de contaminations par le VIH.

Compte tenu d'indicateurs alarmants sur la persistance de comportements à haut risque chez certains usagers injecteurs, cette politique doit être développée. A cette fin, il convient de privilégier une approche centrée sur les soins, plutôt que sur la répression à l'égard des usagers de drogue. Aucune des recommandations émises par le Conseil national du sida en 2001 pour la mise en place d'actions innovantes n'a été suivie d'effet⁵⁴, en particulier auprès des personnes détenues extrêmement vulnérables face au VIH/sida.

Recommandations

- Abroger la loi du 31 décembre 1970 qui entrave la politique de réduction des risques.
- Soutenir le développement de programmes innovants de RDR : élargissement de la palette de médicaments de substitution, mise à disposition de matériel d'injection en prison, injection médicalement assistée.
- Poursuivre l'effort consenti envers les structures de bas seuil et trouver les moyens de rendre leur accès possible sur l'ensemble du territoire.
- Encourager l'approche communautaire dans la prise en charge des risques liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse et/ou intranasale.

⁵⁴ *Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique. Propositions pour une reformulation du cadre législatif.* Rapport, avis et recommandations du Conseil national du sida, adoptés lors de la séance plénière du 21 juin 2001, sur proposition de la commission « Toxicomanies ».

http://www.cns.sante.fr/html/avis/rapports_pdf/01_06_21_toxicomanie.pdf

VIH/SIDA ET DROITS DE L'HOMME / PROTECTION DES PERSONNES VULNERABLES : LES PERSONNES DETENUES

Engagements 58 et 64

Droits de l'homme

« 58. D'ici à 2003, promulguer, renforcer ou appliquer, selon qu'il conviendra, des lois, règlements et autres mesures afin d'**éliminer toute forme de discrimination contre les personnes atteintes du VIH/sida et les membres des groupes vulnérables**, et de **veiller à ce qu'ils jouissent pleinement de tous leurs droits et libertés fondamentaux**, notamment pour leur assurer l'accès à l'éducation, à l'héritage, à l'emploi, aux soins de santé, aux services sociaux et sanitaires, à la prévention, au soutien et au traitement, à l'information et à la protection juridique, tout en respectant leur intimité et leur confidentialité; et élaborer des stratégies pour lutter contre la stigmatisation et l'exclusion sociale liée à l'épidémie.»

Protection des personnes vulnérables

« 64. D'ici à 2003, élaborer des stratégies, politiques et programmes au niveau national, appuyés par des initiatives régionales et internationales, s'il y a lieu, ou renforcer ceux qui existent déjà, dans le cadre d'une approche participative, afin de **promouvoir et protéger la santé des groupes dont on sait qu'ils ont des taux de séropositivité élevés ou en progression ou dont les données de santé publique indiquent qu'ils courent un plus grand risque ou sont les plus vulnérables face à l'infection** sous l'influence de facteurs comme les origines locales de l'épidémie, la pauvreté, les pratiques sexuelles, la toxicomanie, les moyens de subsistance, le placement dans une institution, les bouleversements de la structure sociale et les mouvements de population forcés ou volontaires ».

Explication des engagements

La France s'est engagée à éliminer toute forme de discrimination envers les groupes vulnérables, à veiller au respect de leurs droits et libertés fondamentaux et à promouvoir la santé des groupes vulnérables.

Contexte

Selon les données de la dernière enquête sur la santé des entrants en prison réalisée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) en 2003, **la prévalence du VIH et des hépatites virales est bien supérieure en milieu carcéral qu'en milieu libre** : elle est au moins deux fois supérieure pour le VIH et cinq fois supérieure pour l'hépatite C (VHC)⁵⁵. Par ailleurs, une étude menée par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) en 2004⁵⁶ a montré qu'un antécédent d'incarcération multiple le risque d'hépatite B par trois et d'hépatite C par dix.

⁵⁵ Les résultats de cette enquête menée par la Direction générale de la Santé sont issus de déclarations, donc inévitablement sous-évalués. Les résultats ont été publiés par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, dans *Etudes et résultats*, n°386, mars 2005 (<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er386.pdf>).

A noter : il s'agit de séropositivité déclarée par les entrants eux-mêmes.

⁵⁶ Ces chiffres sont issus de l'enquête *Prévalence des hépatites B et C en France en 2004* menée par l'InVS en France métropolitaine chez 14 461 sujets âgés de 18 à 80 ans. 2006.

http://www.invs.sante.fr/publications/2006/prevalence_b_c/index.html

Si ces données livrent des informations sur la santé des personnes à l'entrée et à la sortie de l'incarcération, l'existence de contaminations virales intra carcérales n'a pas encore été scientifiquement démontrée alors même que les prises de risques vis-à-vis de ces infections, elles, sont connues et rapportées... bien que souvent taboues.

Plus de 30 % des personnes détenues sont des consommateurs de « drogues illicites » (cannabis principalement⁷⁰), selon l'enquête évoquée ci-dessus⁵⁷. Il est probable que certain(e)s détenu(e)s consommateurs cessent de consommer pendant leur incarcération. Il est probable que beaucoup d'autres réduisent leur consommation au cours de leur détention. Mais la consommation de drogues au sein des prisons n'en est pas moins une réalité. En ce qui concerne la **consommation de produits psychoactifs en prison**, par voie intraveineuse et/ou intra-nasale, on peut lire dans le Rapport Santé-Justice de décembre 2000⁵⁸ : « L'ensemble des produits fumés, sniffés, injectés ou avalés avant l'incarcération restent consommés dans des proportions moindres pendant l'incarcération ». De même, l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies (OEDT) indique dans un rapport paru en 2007 que « la consommation de drogues se poursuit souvent en prison [...] parfois même, c'est là qu'elle commence »⁵⁹.

A défaut de pouvoir complètement empêcher la circulation des produits illicites, il est donc urgent d'ouvrir la prison à un élément essentiel de la politique de réduction des risques : **l'accès à du matériel stérile d'injection**. C'est une question de santé publique. Plusieurs pays – tout en prohibant l'usage des drogues illicites – ont mis en place des programmes d'échange de seringues en prison. En Espagne par exemple, la quasi totalité des établissements en sont dotés. Les PES font partie intégrante de la vie des établissements dans lesquels ils sont mis en œuvre. Ils sont en effet appuyés par les pouvoirs publics et par l'administration pénitentiaire des pays en question, mais aussi – et c'est une condition importante pour la réussite – par les personnels. De nombreuses études ont montré que les programmes d'échange de seringues en prison sont un excellent moyen de faire disparaître le partage de seringues entre détenu(e)s, qu'ils ne génèrent pas d'insécurité, qu'ils n'entraînent pas d'augmentation de la consommation de drogue chez les détenu(e)s, qu'ils ne nuisent pas aux programmes de traitement de la toxicomanie axés sur le sevrage, mais au contraire amènent certains de leurs utilisateurs vers ces programmes...

Malgré le fait que les détenus infectés par le VIH, le VHC ou le VHB soient nombreux, les consultations spécialisées ne sont pas généralisées au sein des Unités de consultations et de soins ambulatoires⁶⁰. Elles sont parfois aléatoires, en tout cas insuffisantes lorsque la personne a besoin d'un suivi (changement de traitement, prise en compte des effets secondaires, etc.). Ceci peut être facteur de retards de soins. Tout comme le fait que dans plusieurs établissements, il n'est pas assuré de permanence médicale la nuit et le week-end, que les transferts dans les unités hospitalières sécurisées inter-régionales ne soient pas possibles le week-end.

Il faut noter que l'administration pénitentiaire a mis en place des unités de vie familiale (7 ouvertes, 10 en cours en 2008), ainsi que des parloirs familiaux (parloirs intimes sans séparation) dans toutes les maisons centrales. Ainsi, l'administration pénitentiaire reconnaît l'activité sexuelle des personnes détenues et mène une politique d'extension des dispositifs

⁵⁷ 33,3 % en 2003. 6,5 % des détenus étaient consommateurs d'héroïne, 7,7 % consommateurs de cocaïne ou de crack, etc.

⁵⁸ S. STANKOFF, J. DHEROT, *Rapport de la Mission Santé - Justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral*, Direction de l'administration pénitentiaire/Direction générale de la Santé, Paris, décembre 2000, 85 p. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/014000683/0000.pdf>

⁵⁹ Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, *Rapport annuel 2007 – Etat du phénomène de la drogue en Europe*, Luxembourg, 2007, 95 p. (téléchargeable via le lien <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index419EN.html>).

L'OEDT est l'un des organismes décentralisés de l'Union européenne.

⁶⁰ Les UCSA sont les services médicaux des établissements pénitentiaires.

pouvant, entre autre, permettre une activité sexuelle sans discrimination. Cependant, cette reconnaissance n'est que partielle. Un détenu dont on saurait qu'il a une sexualité, en dehors des quelques lieux envisagés à cet effet, s'expose encore à des discriminations, voire à des violences, de la part de ses co-détenus et des personnels. De plus, la confidentialité de l'accès aux préservatifs en détention n'est pas garantie ; il se limite quasi exclusivement à l'infirmerie et au cabinet du médecin.

En ce qui concerne la **pratique du piercing et du tatouage en prison**, le Rapport Santé Justice cité plus haut indique que « le piercing semble assez peu répandu. En revanche, la pratique du tatouage est encore bien présente ».

En ce qui concerne le **partage d'objets du quotidien en prison** (rasoirs, tondeuses, brosses à dents, etc.), rien ne permet d'en estimer la fréquence et l'ampleur. Seules les données sur les revenus perçus par les personnes détenues, souvent maigres du fait de la réduction drastique ou suppression totale de nombreuses aides, laissent penser que beaucoup ne peuvent « cantiner » ces objets pour un usage strictement individuels.

Enfin, il convient de signaler que **beaucoup de données concernant l'accès à la prévention et aux soins sont indisponibles ou irrégulièrement récoltées**. Le manque d'informations nuit aussi bien à la prise de conscience de ces problèmes par les autorités compétentes qu'à la mise en place de solutions adaptées. Il en est ainsi pour les données concernant le nombre de traitements initiés en prison, le nombre d'abcès soignés par les UCSA... Dans chaque enquête il est précisé qu'un certain nombre d'établissements n'a pas fourni d'informations : cela confirme les flous dans lesquels sont gérées les questions de santé. Cela est aussi dû au manque d'informatisation des UCSA qui ne peuvent ainsi élaborer de recueils de données fiables. L'accès à la prévention et aux soins, ainsi que l'information sont en effet du domaine des UCSA. Ceux-ci sont chargés de la prévention et de l'éducation pour la santé et ont l'initiative de bâtir un programme de prévention. L'administration pénitentiaire apporte une contribution financière de 1 500 000 euros par an. Le retour d'information doit être porté dans le rapport d'activité rédigé par les UCSA.

Les faits

L'efficacité de la lutte contre l'épidémie en milieu carcéral passe par une amélioration de la connaissance de la situation épidémiologique et des comportements. A cette fin, une enquête de prévalence rigoureuse est en cours de mise au point, avec le concours de l'InVS, et se déroulera à l'automne prochain.

L'accès à du matériel d'injection stérile, élément essentiel de la lutte contre le VIH/sida en milieu libre, n'est pas assuré en prison, car les pouvoirs publics estiment qu'il ne s'agit pas là d'un élément de la politique de réduction des risques mais une incitation à la consommation de drogues illicites et à un trafic de substance au sein des prisons. Cependant des parlementaires de la majorité présidentielle travaillent depuis le 24 octobre 2007 sur une proposition de loi de loi visant à permettre l'échange de seringues propres en prison (proposition de loi n° 308 tendant à la création de programme de prévention de la transmission du VIH/sida par injection de drogue en prison déposée par M. André Wojciechowski et plusieurs de ses collègues).

Enfin, si depuis 2001 les progrès sont incontestables en terme d'accès aux traitements de substitution aux opiacés (TSO), certaines difficultés perdurent comme en témoignent les

arrêts temporaires de prise de TSO lors des levées d'écrou ou des gardes à vue prolongées qui imposent de grandes souffrances aux personnes concernées. Ceci est par ailleurs extrêmement préjudiciable à l'efficacité des dits-traitements.

Conclusion

Une enquête a été planifiée en 2007 pour mieux connaître la situation épidémiologique et les comportements dans les prisons. Cependant, les moyens de réduction des risques de transmissions proposés aux personnes détenues restent insuffisants et inégalement accessibles sur l'ensemble du territoire. C'est un frein important à la lutte contre l'épidémie au sein d'une population qui dépend entièrement des pouvoirs publics pour obtenir des outils de prévention. Par ailleurs, les personnes séropositives incarcérées ne bénéficient pas d'une prise en charge globale de qualité.

Recommandations

- Proposer systématiquement un dépistage du VHB, du VHC et/ou du VIH aux entrants et re-proposer systématiquement à intervalles réguliers.
- Informer les détenus concernant les risques de contamination, les méthodes de prévention, les soins et toute donnée relevant de la prise en charge globale dans un langage adapté. Cela suppose de pouvoir aborder la question des prises de risques sans tabou ni censure.
- Harmoniser vers le haut l'organisation des soins et la prise en charge médicale en détention. Notamment en poursuivant les traitements lors de l'incarcération et à la sortie, en assurant des consultations spécialisées (hépatologie, gastro-entérologie, infectiologie, hématologie) tout au long de l'incarcération et en prenant en compte les effets indésirables liés aux ARV.
- Faciliter l'accès des détenus aux préservatifs et aux gels à base d'eau.
- Garantir le respect du secret médical.
- Harmoniser l'organisation des soins en détention.
- Appliquer les textes en vigueur sur les suspensions de peines.

VIH/SIDA ET DROITS DE L'HOMME / PROTECTION DES PERSONNES VULNERABLES / LES PERSONNES TRANSGENRES

Engagements 58 et 64

Droits de l'homme

« 58. D'ici à 2003, promulguer, renforcer ou appliquer, selon qu'il conviendra, des lois, règlements et autres mesures afin d'**éliminer toute forme de discrimination contre les personnes atteintes du VIH/sida et les membres des groupes vulnérables**, et de **veiller à ce qu'ils jouissent pleinement de tous leurs droits et libertés fondamentaux**, notamment pour leur assurer l'accès à l'éducation, à l'héritage, à l'emploi, aux soins de santé, aux services sociaux et sanitaires, à la prévention, au soutien et au traitement, à l'information et à la protection juridique, tout en respectant leur intimité et leur confidentialité; et élaborer des stratégies pour lutter contre la stigmatisation et l'exclusion sociale liée à l'épidémie.»

Protection des personnes vulnérables

« 64. D'ici à 2003, élaborer des stratégies, politiques et programmes au niveau national, appuyés par des initiatives régionales et internationales, s'il y a lieu, ou renforcer ceux qui existent déjà, dans le cadre d'une approche participative, afin de **promouvoir et protéger la santé des groupes dont on sait qu'ils ont des taux de séropositivité élevés ou en progression ou dont les données de santé publique indiquent qu'ils courent un plus grand risque ou sont les plus vulnérables face à l'infection** sous l'influence de facteurs comme les origines locales de l'épidémie, la pauvreté, les pratiques sexuelles, la toxicomanie, les moyens de subsistance, le placement dans une institution, les bouleversements de la structure sociale et les mouvements de population forcés ou volontaires ».

Explication des engagements

La France s'est engagée à éliminer toute forme de discrimination envers les groupes vulnérables, à veiller au respect de leurs droits et libertés fondamentaux et à promouvoir la santé des groupes vulnérables.

Contexte

Fin 2007, la France classifie encore personnes transsexuelles/genres parmi les malades mentaux, et exige une chirurgie de réassignation de sexe avant tout changement d'état civil ou de numéro de sécurité sociale.

Le Programme National de Lutte contre le Sida 2005-2008 de la Direction Générale de la Santé liste les personnes transgenres (personnes vivant sous une identité de genre différente de leur sexe biologique d'origine, qu'elles soient opérées ou non) parmi les groupes hautement vulnérables au VIH⁶¹.

Les maigres données disponibles sont particulièrement alarmantes quant à la vulnérabilité des personnes transgenres face au VIH. L'étude réalisée par W. Bockting et S.Kirk⁶² indique que les taux de séroprévalence ville par ville parmi les transgenres américains avoisinent les 30 %.

⁶¹ Pages 33 et 35.

⁶² *Transgressors and HIV*, publiée chez Howarth Press aux Etats-Unis en 2000.

Quant à l'Europe, la seule étude disponible est celle de l'association portugaise Associação para o Estudo e Defesa do Direito à Identidade de Género, qui fournit des chiffres de séroprévalence situés entre 45 et 55 % chez les personnes transgenres.

Les associations françaises se mobilisent pour amener les pouvoirs publics à parler de la crise sanitaire VIH chez les trans. Ainsi, en 2007, la commission trans d'Act Up-Paris a mené avec le Conseil Régional d'Ile de la France et la Préfecture d'Ile de la France une enquête⁶³ sur l'accès à la santé, le mode de vie, la sexualité et la consommation de drogues des personnes trans. Dans la continuité de cette enquête, une conférence a été co-organisée avec les autorités locales d'Ile de France « Personnes Trans : quels enjeux de santé ? » le 28 juin 2007⁶⁴. Cet événement représente à ce jour l'unique instance d'événement officiel qui soit consacré aux transgenres et à leur accès à la santé.

Les faits

Le 30 décembre 2004, la France a adopté une loi de lutte contre les discriminations. Cette loi prend en compte spécifiquement les discriminations racistes (article 19), sexistes et homophobes (articles 20, 21 et 22), mais à aucun moment elle ne prend en compte les discriminations transphobes⁶⁵. Les associations de personnes transgenres avaient été reçues fin 2004 par Bernard Stasi, président de la mission de préfiguration de la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité, ainsi que par le cabinet du Premier Ministre, pour exprimer leur besoin urgent d'une prise en compte des discriminations transphobes à la même hauteur que les discriminations racistes ou homophobes. Le gouvernement n'a pas tenu compte de cette demande.

La Direction Générale de la Santé, dans son Programme National de Lutte contre le Sida 2005-2008, prévoit de :

- « réaliser une étude sur le VIH et les IST dans la population des transgenres [d'ici 2008] » ;
- « communiquer sur la prévention du VIH et des IST spécifique aux pratiques et situation de cette population [d'ici 2008] ».

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé a lancé en 2004 une étude sur la prise en charge hospitalière des personnes trans.

Cette étude devait renseigner en premier lieu sur les soins hospitaliers directement liés au transsexualisme (accès aux opérations, à l'hormonothérapie ; application de l'obligation de remboursement des soins reçus dans d'autres pays européens ; formation des chirurgiens et taux d'accidents chirurgicaux ; discriminations transphobes à l'hôpital). Mais en deuxième lieu, cette étude devait aussi renseigner sur la prise en compte à l'hôpital de l'infection à VIH des personnes suivies pour transsexualisme (ex. toxicité de certaines hormones en présence d'antirétroviraux).

L'ANAES avait annoncé en 2004 que les résultats de cette étude seraient publiés au plus dans les 6 mois suivant son lancement. Or, plus de trois et demi plus tard, l'ANAES n'a toujours pas publié cette étude, ni transmis aux associations ses résultats préliminaires.

⁶³ <http://www.lecrips-idf.net/rencontre67/>

⁶⁴ <http://www.lecrips-idf.net:81/lettre-info/lettre84/lettre84.pdf>

⁶⁵ La loi n°2004-1486 du 30 décembre 2004, portant création de la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité, prévoit la « mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre les personnes sans distinction d'origine ethnique » (article 19), et la « lutte contre les propos discriminatoires à caractère sexiste ou homophobe » (articles 20, 21 et 22).

Selon des sources proches de l'étude, la raison de ce retard tiendrait à ce que l'enquête confirmerait d'une part l'écart béant de qualité de prise en charge du transsexualisme entre la France et des pays européens plus anciennement mobilisés dans ce domaine (ex. Belgique), et d'autre part la fréquence élevée du déni de droit en matière de remboursement par la Sécurité Sociale des soins reçus dans d'autres pays européens.

Conclusion

Des efforts ont été fournis pour mieux connaître les besoins des personnes transgenres. En effet, les données à la fois épidémiologiques et concernant la prise en charge de ces personnes étant encore peu nombreuses, le Ministère de la Santé a signé fin 2007 avec l'INSERM une convention en vue d'une étude épidémiologique chez cette catégorie de la population.

Les différentes sources de discriminations à l'égard des personnes transgenres n'ont pas été éliminées. Il est regrettable aussi que la Haute Autorité de Santé n'ait pas encore diffusé son enquête interne sur le traitement réservé aux personnes transgenres par l'hôpital.

Recommandations

- Les résultats de l'enquête ANAES sur la prise en charge des personnes trans à l'hôpital doivent être rendus publics.
- L'étude épidémiologique sur le VIH chez les personnes transgenres doit être menée, afin d'en évaluer précisément la prévalence, l'incidence et les déterminants.
- La loi portant création de la Halde doit être amendée afin d'accorder aux personnes transgenres les mêmes protections contre les discriminations que celles données pour d'autres motifs (sexistes, racistes).
- Le Programme National VIH/sida/IST 2009-2012, qui sera conçu en 2008, doit prévoir le déploiement d'actions spécifiques de prévention, d'accès à la santé et d'accès aux droits à destination des personnes trans.
- Mettre fin à la discrimination légale. à l'encontre des personnes transgenres : classification des personnes transgenres comme malades mentaux, refus de changement d'identité (papiers, numéro de sécurité sociale, etc.).

GENRE

Engagements 47 et 61

Prévention

« 47. D'ici à 2003, établir des objectifs nationaux assortis de délais pour atteindre l'objectif mondial fixé en matière de prévention, soit réduire l'incidence du V I H parmi les jeunes, hommes et femmes, âgés de 15 à 24 ans, de 25 p.100 d'ici à 2005 dans les pays les plus touchés et de 25 p.100 à l'échelle mondiale d'ici à 2010 et **intensifier les efforts pour atteindre ces objectifs et pour combattre les stéréotypes et les comportements sexistes**, ainsi que les inégalités entre les sexes en ce qui concerne le VIH/sida, **en encourageant la participation active des hommes et des garçons ;** »

Droits de l'homme

« 61. D'ici à 2005, veiller à l'élaboration et à l'application accélérée de stratégies nationales visant à renforcer le pouvoir d'action des femmes, à promouvoir et protéger la pleine jouissance de tous leurs droits fondamentaux et à réduire leur vulnérabilité face au VIH/sida, par **l'élimination de toutes les formes de discrimination** et de toutes les formes de violence contre les femmes et les filles, y compris les pratiques traditionnelles et coutumières néfastes, les sévices, le viol et autres formes de violence sexuelle, les voies de fait et la traite des femmes et des filles; »

Explicitation des engagements

La France s'engage à combattre les comportements sexistes et les stéréotypes, et à mobiliser les hommes et les garçons contre ces comportements et pour la prévention.

Contexte

Le statut social des femmes est un facteur majeur d'exposition aux risques de contamination. Les stéréotypes concernant la sexualité et les rapports de domination du masculin sur le féminin qui perdurent dans la société française, à des degrés divers, maintiennent les femmes dans une situation qui peut rendre difficile le recours aux moyens de protection. Les rapports sociaux de genre sont contraignants également pour les hommes, car ils leur assignent aussi des comportements sociaux qui posent problème (ex : ivresse, violence, prise de risques). C'est pourquoi prévenir la contamination des femmes demande d'interpeller les hommes.

La lutte contre le sexisme implique l'adoption de mesures complémentaires et coordonnées entre elles : traitement global des différentes formes de violences contre les femmes, campagnes de sensibilisation du grand public contre les attitudes sexistes, sensibilisation des médias qui véhiculent des images sexistes, renforcement de la prévention des comportements sexistes par l'éducation à la sexualité dans les écoles, formation des professionnels de l'éducation, de la police, de la justice, etc.⁶⁶ Parmi tous ces enjeux, la lutte contre les propos sexistes dans la presse représente un domaine d'action certes important, mais finalement secondaire, en regard des mesures citées ci-dessus.

Concernant la lutte contre les comportements sexistes, la loi du 30 décembre 2004 portant création de la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité a modifié la

⁶⁶ Proposition associative de loi cadre contre les violences à l'encontre des femmes www.collectifdroitsdesfemmes.org

loi relative à la liberté de la presse, pour instaurer une répression accrue des propos homophobes, sexistes et handiphobes publics, en les alignant sur les peines prévues antérieurement en droit contre les propos racistes. Un décret du 25 mars 2005 est venu compléter ce dispositif, en pénalisant également les propos homophobes, sexistes et handiphobes non publics. En revanche, la demande des associations féministes que soit adoptée une loi cadre et globale de lutte contre le sexisme et les violences à l'encontre des femmes, a été régulièrement rejetée depuis 2005.⁶⁷

La loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception intègre des dispositions qui généralisent l'éducation à la sexualité : celle-ci est devenue obligatoire aux trois niveaux de scolarité (primaire, collège, lycée). Tous les élèves sont ainsi sensés bénéficier de trois séances par an d'éducation à la sexualité. Ces mesures se sont traduites par la circulaire d'application du 17 février 2003 qui précise les objectifs et le contenu des actions d'éducation à la sexualité. Cette circulaire comprend notamment des références explicites sur : la prévention du VIH-sida et la lutte contre les stéréotypes et les comportements sexistes. Malheureusement, les moyens humains et financiers nécessaires à la mise en œuvre effective de ce dispositif n'ont pas été mobilisés. A ce jour l'ensemble des élèves ne bénéficie toujours pas de trois séances annuelles d'éducation à la sexualité tout au long de leur parcours scolaire. Aucune évaluation de la mise en œuvre de ce dispositif n'a été menée par les services du Ministère de l'Education nationale malgré les demandes répétées des organisations concernées de la société civile.

Les faits

Le Programme national de lutte contre le VIH/Sida et les IST pour 2005/2008⁶⁸ ne prévoit pas d'action spécifique en matière de lutte contre les stéréotypes et les comportements sexistes comme moyens de lutte contre les facteurs de la vulnérabilité spécifique des femmes au VIH/sida. De même, il ne prévoit aucune action visant spécifiquement à encourager la participation active des hommes et des garçons aux efforts de prévention en général, et de réduction de la vulnérabilité spécifique des femmes en particulier (ex : aucune intervention en milieu scolaire ou professionnel prévue sur ce point spécifique).

Conclusions

Certaines initiatives intéressantes ont été prises en vue de lutter contre les discriminations sexistes (ex. contre les propos sexistes dans la presse). D'autres actions plus prioritaires restent encore à réaliser, (notamment en matière de politique globale de prévention des comportements sexistes y compris des violences à l'encontre des femmes, coordination des politiques de lutte contre le sexisme par la mise en place d'une instance interministérielle, etc.)

Recommandations



⁶⁷ Voir communiqués de presse sur le site du MFPF www.planning-familial.org OÙ DONC ?

⁶⁸ www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/sida/sida_2005-2008.pdf

- Adopter une politique globale de prévention des comportements sexistes, y compris dans ses aspects liés à la sexualité et à la vulnérabilité spécifique des femmes au VIH, à travers, entre autres, la création d'une instance interministérielle.
- Développer, mettre en œuvre et soutenir des programmes d'aide à la déconstruction des rapports sociaux de domination hommes/femmes à destination des femmes et des hommes.
- Réaliser des campagnes de sensibilisation contre les comportements sexistes qui mettent en scène des attitudes positives, et proposent d'autres modèles qui n'enferment pas femmes et hommes dans des rôles stéréotypés.
- Adopter un programme pluriannuel de mise en œuvre universelle et systématique, dans tous les établissements scolaires, de la loi de 2001 qui généralise l'éducation à la sexualité tout au long du cursus. Cela implique notamment : la formation des personnels de l'Education nationale et l'augmentation des budgets alloués aux associations qui interviennent dans les écoles pour animer des séances d'éducation sexuelle.

PREVENTION

Engagement 52

Prévention

«52. D'ici à 2005, **veiller à ce qu'il existe** dans tous les pays, en particulier dans les pays les plus touchés, **un large ensemble de programmes de prévention** tenant compte de la situation et des valeurs éthiques et culturelles locales, y compris des programmes d'information, d'éducation et de communication dans des langues largement comprises par les communautés locales, respectueux des particularités culturelles, visant à réduire la fréquence des comportements à risque et à encourager un comportement sexuel responsable, incluant l'abstinence et la fidélité ; **assurant un accès élargi à des articles indispensables, tels que les préservatifs masculins et féminins** et les seringues stériles ; comportant des programmes de réduction des effets préjudiciables de la toxicomanie; assurant un accès élargi aux services de conseils et de dépistage volontaires et confidentiels, la fourniture de produits sanguins non contaminés et un traitement rapide et efficace des infections sexuellement transmissibles. »

Explication de l'engagement

La France s'est engagée à veiller à ce qu'il existe des programmes assurant un accès élargi aux préservatifs féminins.

Contexte

Le respect de cet engagement à assurer l'accès aux préservatifs féminins est essentiel, car il permettrait de lutter de façon efficace contre la propagation d'une épidémie qui se féminise. En France, 36 % des nouveaux cas de séropositivité sont des femmes et ce taux s'élève à 58 % si l'on ne prend en compte que les contaminations par voie hétérosexuelle⁶⁹.

Les femmes ont un risque physiologique de contamination par le VIH lors d'un rapport hétérosexuel trois à sept fois supérieur à celui des hommes. Elles voient ce risque largement accentué par les inégalités socio-économiques entre hommes et femmes, ainsi que par certaines normes culturelles, qui peuvent rendre la négociation d'un rapport sexuel protégé plus difficile pour les femmes.

Face à ce constat, le préservatif féminin constitue un outil essentiel de prévention pour les femmes. Destiné directement aux femmes, il les désigne comme actrices de leur propre protection. Le préservatif féminin est également un support de communication extrêmement utile aux acteurs de prévention pour aborder ce sujet avec les femmes, mais aussi avec leurs partenaires.

Pourtant, des obstacles majeurs à son acceptabilité et à son utilisation continue persistent dont : son prix de vente, beaucoup plus élevé que celui du préservatif masculin mais aussi le manque de campagne d'information du grand public sur l'existence de ce moyen de prévention.

L'accessibilité du préservatif féminin en 2007

⁶⁹ Chiffes INVS, novembre 2007

Le préservatif féminin est commercialisé en France par une seule société : Terpan. Le modèle de 1ère génération, disponible en France sous les noms Fémidom ou Female Condom (FC1), existe depuis 1998. Le modèle de 2ème génération (FC2) a été introduit sur le marché français en 2007. Ces deux modèles sont de forme identique. Seule la matière utilisée est différente (polyuréthane pour le FC1, nitrile synthétique pour le FC2).

Ces deux modèles sont disponibles dans certaines pharmacies, auprès d'organismes publics ou associatifs. On peut se le procurer aussi par correspondance et sur Internet. Le préservatif féminin est vendu au prix indicatif de 5,98 euros les trois sachets unitaires. En pharmacie, son prix est libre : il est vendu en moyenne entre 6 et 9 euros les trois sachets. Sur Internet, les prix varient de 5€35 à 7€20.

En 2003, le circuit commercial ne représentait que 10 % des préservatifs féminins distribués. La majeure partie avait été commandée par des organismes publics ou associatifs dans le cadre de programmes de santé publique. Ces préservatifs, vendus par multiples de 100 sachets unitaires, au prix de 1,13 euro le sachet (hors taxe) pour le FC1 et de 1,03€ pour le FC2, sont distribués gratuitement dans les centres de planification, les centres de dépistage et les associations de lutte contre le sida. A titre de comparaison, le préservatif masculin s'échelonnait en moyenne, en 2006, de 0,15 à 1,52 euros. Selon l'entreprise Terpan, sur 140 millions de préservatifs distribués ou vendus chaque année en France, le préservatif féminin représente un million d'unités. C'est peu, mais cela place la France dans le peloton de tête : il n'y en aurait que 20 millions qui circulent sur la planète.

Depuis mars 2005 un autocollant est disponible pour permettre aux pharmaciens d'identifier leur officine comme lieu de vente et de promotion du préservatif féminin.

Les faits

Depuis 2006, la France a pris plusieurs initiatives en vue d'améliorer l'accès au préservatif féminin.

Exemples :

- 2006, création et diffusion de la Mallette d'informations à destination des professionnels de santé et leur public (SIS/INPES/DGS)⁷⁰.
- 2006, opération de promotion dans les officines de Guyane «1 préservatif féminin acheté/1 préservatif offert» à l'occasion du 8 mars (SIS/Syndicat Pharmaciens/DSDS)⁷¹
- réalisation d'un outil d'information en direction des professionnels et intervenants de santé format vidéo : une prévention au féminin, une prévention au féminin, enfin ! Anne Faure, Louis Julien (DGS)⁷²

Nombre des mesures prises ont cependant eu un impact localisé (elles ne touchaient pas l'ensemble du territoire français) et elles demeurent insuffisantes pour permettre un réel accès généralisé au préservatif féminin, qui reste difficilement accessible, notamment en raison de son coût élevé.

Conclusions

⁷⁰ Site de l'Institut National de Prévention de d'Education pour la Santé : www.inpes.sante.fr

⁷¹ Site de Sida Info Service : www.sida-info-service.org

⁷² www.sante.gouv.fr

Certaines initiatives ont été prises depuis 2006 en matière d'information et d'accessibilité au préservatif féminin. La France représente à elle seule le quart du marché mondial et l'introduction du modèle de 2ème génération doit beaucoup à l'insistance des pouvoirs publics français. Cependant son coût demeure encore prohibitif. Des mesures sont ainsi nécessaires pour rendre le préservatif féminin financièrement abordable (ex. subvention) et pour le faire connaître auprès du public le plus large possible.

Recommandations

- Dans les programmes de prévention, les préservatifs féminins doivent être mis à disposition le plus largement possible et gratuitement, en priorité en direction des personnes particulièrement vulnérables face au VIH/sida et en situation difficile pour négocier le port du préservatif masculin. Dans cette optique, il faudrait renforcer/étendre la distribution par le biais des DDASS, des réseaux scolaires et universitaires, des médecins, des antennes du planning familial, des associations de femmes et de lutte contre le sida.
- La formation des professionnels (pharmaciens, médecins en particulier gynécologues, personnel paramédical en particulier infirmières scolaires) à la promotion et à l'utilisation de cet outil de prévention doit être poursuivie et étendue.
- Les réseaux de grande distribution doivent être incités à vendre des préservatifs féminins, au même titre que les préservatifs masculins.
- La diffusion des outils de prévention doit être accompagnée de campagnes de promotion du préservatif féminin à destination du grand public (presse, affichage, télévision). Dans cette optique, les campagnes qui font la promotion du préservatif masculin devraient aussi valoriser le préservatif féminin comme une alternative.
- La baisse du prix des préservatifs féminins doit être mise en œuvre de manière urgente par l'organisme de baisse de prix qu'a créé la France en 2006 : UNITAID (ce qui implique pour cet organisme d'aller au-delà des seules baisses de prix sur les médicaments).

RECHERCHE ET DEVELOPPEMENT

Engagements 70 et 89

Recherche et développement

«70. Accroître les investissements afin d'accélérer la recherche sur la mise au point de vaccins contre le VIH, tout en renforçant les capacités de recherche nationale, notamment dans les pays en développement, en particulier pour les souches virales prévalant dans les régions gravement affectées; de plus, **soutenir et encourager l'augmentation des investissements dans la recherche-développement sur le VIH/sida aux niveaux national et international**, y compris les recherches biomédicales, opérationnelles, sociales, culturelles et comportementales et dans le domaine de la médecine traditionnelle, pour: améliorer les méthodes préventives et thérapeutiques; élargir l'accès aux technologies de prévention, de soins et de traitement concernant le VIH/sida (et les infections opportunistes et tumeurs connexes, ainsi que les maladies sexuellement transmissibles), y compris les **méthodes sur lesquelles les femmes exercent un contrôle et les bactéricides**, en particulier les vaccins appropriés, non dangereux et à un coût abordable contre le VIH, et leur administration, ainsi que les diagnostics, tests et méthodes visant à prévenir la transmission de la mère à l'enfant; faire mieux comprendre les facteurs influant sur l'épidémie et les mesures à prendre pour la combattre, notamment par l'augmentation des ressources et l'établissement de partenariats entre le secteur public et le secteur privé; créer un climat propice à de telles activités de recherche; et veiller à ce que ces activités soient **conformes aux normes éthiques les plus élevées**. »

Ressources

« 89. **Encourager une augmentation des investissements dans la recherche** concernant le VIH/sida aux niveaux national, régional et international, en vue notamment de mettre au point des **technologies de prévention durables** et d'un coût abordable, comme les vaccins et les **bactéricides**, et promouvoir l'élaboration proactive de plans financiers et logistiques visant à faciliter un accès rapide aux vaccins lorsqu'ils deviendront disponibles; »

Explicitation des engagements

La France s'est engagée à soutenir la recherche et développement sur le VIH/sida et à veiller que la recherche clinique soit éthique et tienne pleinement compte des besoins spécifiques des femmes, notamment en matière de recherche virucide.

Contexte

La recherche française sur le VIH/sida se situe en 2ème position, aussi bien en impact qu'en nombre de publications, derrière les Etats Unis. L'ANRS joue un rôle fondamental en participant à l'ensemble des champs scientifiques concernés: recherche biologique fondamentale, vaccinale, clinique et épidémiologique, essais thérapeutiques et recherche en santé publique, en sciences de l'homme et de la société. Elle a récemment renforcé ses projets de coopération européens et préparé un nouveau programme de recherche sur le vaccin, en renforçant son service scientifique consacré à la recherche vaccinale. A l'échelle mondiale et dans chaque région, le nombre de femmes adultes (15 ans et plus) vivant avec le VIH est plus élevé que jamais. Les **17,6 millions de femmes vivant avec le VIH** en 2006 constituent une

augmentation de plus d'un million par rapport à 2004⁷³. En France les femmes représentent environ 40% des nouvelles contaminations⁷⁴.

Pourtant, depuis le début de l'épidémie, la recherche s'est peu intéressée aux spécificités de l'infection chez les femmes, hormis la question de la transmission du virus de la mère à l'enfant. Contrairement à des pays comme les Etats-Unis⁷⁵, les pouvoirs publics n'ont pas élaboré de recommandation pour inclure les femmes dans la recherche. **Les femmes restent très largement sous-représentées dans la plupart des essais thérapeutiques** puisqu'elles représentent souvent entre 10% et 20% des participants aux essais, rarement plus de 30% et même de 6 à 8% dans certains cas. Les études en sciences sociales incluent encore, elles aussi, un nombre insuffisant de femmes⁷⁶.

Après bientôt trente ans de pandémie de sida, les stratégies de prévention reposent toujours sur la volonté du partenaire sexuel masculin d'utiliser des préservatifs. Si la transformation des rôles et des normes qui régissent les rapports entre les hommes et les femmes est essentielle pour réduire les vulnérabilités, elle n'intervient qu'à long terme, alors que les femmes ont besoin tout de suite de **nouveaux outils de prévention qu'elles puissent maîtriser**. Les microbicides, qui ont vocation à élargir la palette des outils de protection à disposition des populations les plus vulnérables, répondent à cette exigence.

La place des femmes dans la recherche

Les femmes sont encore trop **sous-représentées dans les essais thérapeutiques**. Or les médicaments doivent être testés sur un nombre suffisant de femmes pour obtenir des données significatives et valides scientifiquement.

Il existe, en France, **très peu de données médicales sexuées**⁷⁷. Pour connaître précisément l'impact de la maladie et des traitements sur les femmes, les protocoles des essais doivent inclure d'une part des questions ayant pour objectif d'interroger les particularités de l'infection chez les femmes, et, d'autre part, classer les données en fonction du sexe (quand par exemple on interroge la survenue d'un effet indésirable) et les analyser en profondeur.

Il est important que les médicaments soient **adaptés aux femmes en termes de dosage**: obtenir des données valides permettant d'établir la concentration minimale (efficacité) et la concentration maximale (toxicité) des médicaments testés. Les résultats obtenus sur les hommes ignorent les différences en termes de poids et de masse corporelle. La concentration des antirétroviraux dans le sang varie selon de nombreux paramètres individuels.

Il est nécessaire de savoir si le VIH et/ou les traitements interfèrent ou influencent **les cycles hormonaux** et la nature de ces interactions.

La recherche sur les **effets indésirables** des médicaments, en particulier après leur commercialisation (AMM), et sur les moyens de remédier à ces effets indésirables est insuffisante, malgré l'engagement de l'ANRS⁷⁸ et l'évolution partielle de l'attitude des agences d'enregistrement des médicaments (AFSSAPS pour la France, EMEA pour l'Europe). Le

⁷³ Le point sur l'épidémie de sida : décembre 2006, ONUSIDA

⁷⁴ INVS

⁷⁵ Revitalization Act, 2003

⁷⁶ Prise en charge médicale et recherche thérapeutique, réflexions & proposition du TRT-5, 1992-2007

⁷⁷ Prise en charge médicale et recherche thérapeutique, réflexions & proposition du TRT-5, 1992-2007,

⁷⁸ Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les Hépatites Virales

problème majeur reste l'absence ou l'insuffisance d'engagement des laboratoires pharmaceutiques dans ce domaine⁷⁹. De plus il est important de déterminer si, conformément aux remontés de terrain, il existe des spécificités féminines sur les effets indésirables déjà répertoriés chez les hommes. Certains effets indésirables sont plus fréquents et parfois plus sévères chez les femmes.

La recherche sur les gels microbicides

Les microbicides sont considérés comme des outils à intégrer dans un « package » de prévention incluant à la fois le l'assistance, le dépistage et l'accès au préservatif.

En 2006, une soixantaine de molécules étaient en développement pour la prévention du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles (IST). Cinq essais de phase III (essai d'efficacité et des conditions d'efficacité à grande échelle sur une population exposée) étaient en cours⁸⁰. Malgré des résultats peu concluants pour l'instant en termes d'impact sur les contaminations⁸¹, il existe des raisons pour poursuivre l'exploration de ce type de recherche :

- Certains composés se sont déjà révélés capables, in vitro et chez l'animal, de bloquer dans une certaine mesure la transmission de VIH.
- De nouvelles pistes sont explorées pour créer une nouvelle génération de microbicides formulés à partir de molécules antirétrovirales⁸².

Une quinzaine d'essais de recherche clinique sur les microbicides est menée dans le monde⁸³ pour évaluer leur innocuité, leur acceptabilité et leur efficacité. La plupart de ces essais, surtout en phase III, ont lieu dans des pays à très forte prévalence. Les questions éthiques portent sur :

- l'exposition des personnes non protégées par le préservatif pendant les essais en phase III (candidat microbicide versus placebo),
- la prise en charge des femmes qui apprennent leur séropositivité lors des examens de pré-inclusion et de celles qui deviennent séropositives au cours des essais dans des pays où l'accès aux traitements est rare et la pauvreté constitue un obstacle majeur aux soins.

La recherche sur le développement des microbicides doit adhérer à un cadre **garantissant les plus hauts standards éthiques**⁸⁴ : participation active de la société civile à tous les niveaux du projet, développement de recherches en sciences sociales accompagnant l'essai, consentement éclairé, accès aux préservatifs et aux soins.

⁷⁹ Références :

Journée de réflexion scientifique "Le corps malmené par le VIH et les traitements (maladie au long cours)", 1er avril 2005, organisée au Ministère de la Santé par le groupe inter-associatif TRT-5, avec l'intervention et en présence de chercheurs, cliniciens, représentants des autorités de santé, personnes séropositives et associatifs. Actes téléchargeables (ou envoi sur demande) : www.trt-5.org

Rapport 2004 sous la direction du Pr JF Delfraissy : Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Chapitre complications. Médecine-Sciences Flammarion éd. Téléchargeable sur : www.sante.gouv.fr

⁸⁰ Microbicide drug candidates to prevent HIV infection, Jan Balzarini, Lut Van Damme, Vol 369, 3 mars 2003

⁸¹ Interruption prématurée de deux essais de phase III sur le sulfate de cellulose par mesure de précaution. Déclaration de l'Organisation mondiale de la Santé et de l'ONUSIDA, 31 janvier 2007

⁸² Advancing HIV-Prevention options for women, annual report 2006

⁸³ Source : Alliance for Microbicide Development : www.microbicide.org

⁸⁴ "Rethinking the ethical roadmap for clinical testing of microbicides: Report on an International Consultation" (Repenser la feuille de route éthique pour les essais cliniques sur les microbicides : rapport sur une consultation internationale), Campagne Mondiale pour les Microbicides, mai 2005 : <http://www.global-campaign.org/researchethics.htm>.

La charte du Partenariat International pour les Microbicides (IPM) sur l'encadrement des essais Lignes directrices pour les essais cliniques du Partenariat International pour les Microbicides : www.ipm-microbicides.org/guidelines.htm

Les faits

En 2007 la France a accordé une toute première subvention de 200 000 euros à l'International Partnership on Microbicides, qui finance des essais visant à mettre au point des gels vaginaux capables de prévenir l'infection sexuelle par le VIH. Cette somme reste encore bien en deçà des contributions annoncées par d'autres pays comme la Belgique (trois millions d'euros sur trois ans) ou les Pays-Bas (22 millions d'euros sur quatre ans), mais constitue un pas important.

La réussite indiscutable de l'ANRS, construction originale, mérite d'être reconnue, ainsi que l'élargissement officiel de son champ de compétences, durant la période couverte par le rapport, aux hépatites.

Cependant celle-ci n'a jusqu'à présent financé directement aucune recherche clinique sur les microbicides. Les chercheurs français ne portent qu'un intérêt très limité aux microbicides, excepté quelques travaux en recherche fondamentale sur les muqueuses. En 2007, la France a arrêté l'unique espace français de réflexion sur la recherche fondamentale sur les microbicides : l'action coordonnée 26 de l'ARNS.

En 2007, un travail de réflexion devait être mené par l'Action Coordonnée 18 sur la dimension sociologique des nouvelles méthodes de prévention du VIH et leur impact dans les pays du Nord (microbicides, circoncision...) afin de mobiliser les chercheurs en sciences sociales sur ces questions⁸⁵. Cependant aucune réunion de cette instance n'a eu lieu en 2007. Il faudra veiller à ce que ce travail se conduise en 2008.

Conclusion

La recherche française sur le VIH est en très bonne position au niveau mondial, cependant celle-ci tend à négliger les microbicides. Les investissements dans ce domaine restent anecdotiques. Or les microbicides constituent une piste en matière de recherche et développement sur le VIH/sida qui mériterait d'être développée.

Recommandations

- Pour assurer une plus grande participation des femmes aux essais, défendre l'intérêt scientifique d'intégrer les femmes dans les essais, favoriser la mise en place d'études sur les freins à l'inclusion (au niveau des investigateurs, des promoteurs, des soignants, des femmes elles même) dans le but de recruter plus de femmes.
- S'assurer que les protocoles intègrent une approche sexuée, prévoient le recueil de données médicales classées selon le sexe et des questions spécifiques aux femmes.
- Encourager une meilleure collaboration entre les associations de malades, les femmes, les chercheurs et les pouvoirs publics (santé, recherche).
- En termes de recherche sur les microbicides : maintenir voire augmenter la contribution financière de la (citer l'organisme) à l'IPM.
- La France doit soutenir la recherche française ou internationale sur les microbicides et veiller à la stricte application d'un cadre garantissant les plus hauts standards éthiques.
- En attendant le développement d'un microbicide sûr et efficace, s'assurer que tout soit mis en place pour l'accès universel aux traitements aux hommes comme aux

⁸⁵ plan 2007-2009 de l'ANRS

femmes et que les méthodes de prévention disponibles actuellement (préservatifs) soient développées et disponibles.

- En particulier, élargir l'accès au préservatif féminin (prix, réseau de distribution...).

RESSOURCES

Engagement 80

Ressources

«80. ci à 2005, **atteindre**, par étapes successives, un montant annuel de dépenses globales de **7 à 10 milliards de dollars** des Etats-Unis **pour la lutte contre l'épidémie** dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ainsi que dans les pays qui connaissent ou risquent de connaître une propagation rapide du VIH/sida, aux fins de la prévention de la maladie, des soins, du traitement et du soutien à apporter aux personnes atteintes, et de la réduction des incidences du VIH/sida, et prendre des mesures pour obtenir les ressources nécessaires, **en particulier auprès de pays donateurs** et par prélèvement sur les budgets nationaux, compte tenu du fait que les ressources des pays les plus touchés sont très limitées. »

Explication de l'engagement

Atteindre 7 à 10 milliards de dollars pour la lutte contre l'épidémie, ressources à obtenir en particulier auprès des pays donateurs.

Contexte

L'engagement 80 prévoit « d'obtenir les ressources nécessaires auprès de pays donateurs, compte tenu du fait que les ressources des pays les plus touchés sont très limitées ». Ainsi, l'engagement tient compte dès le départ du fait que les pays en développement ne sont pas en mesure d'assumer seuls l'effort financier nécessaire, et appelle les pays donateurs à la prendre en charge. Cet engagement s'adresse donc aux pays de l'OCDE, qui doivent assumer l'augmentation des ressources entre le niveau disponible en 2001 et les 7-10 milliards de dollars estimés en 2001 être nécessaires en 2005.

Le chiffre de sept à dix milliards de dollars correspondait, en 2001, au montant auquel l'ONUSIDA estimait alors que s'élèverait, en 2005, le coût d'une lutte efficace contre la pandémie. Le critère d'efficacité était défini comme « capable d'enrayer la progression et de réduire l'impact de la maladie ».

En fonction du degré de mobilisation de la communauté internationale à partir de 2002, l'ONUSIDA estimait en 2001 que le coût pouvait varier de 7 à 10 milliards. En effet, si une forte mobilisation se mettait en place dès 2002, la progression de la pandémie les années suivantes s'en trouverait ralentie, si bien que le coût d'une lutte efficace en 2005 s'en trouverait comparativement réduit. En revanche, si le monde attendait 2004 pour se mettre à lutter sérieusement contre la maladie, alors le travail à accomplir en 2005 serait bien plus massif, et plus consommateur en ressources.

L'engagement 80 de l'UNGASS ne correspond donc pas à un engagement à atteindre « n'importe quelle somme située entre 7 et 10 milliards de dollars ». Il s'agit d'un engagement à atteindre, en 2005, le montant nécessaire au contrôle de la pandémie, montant pouvant varier entre 7 et 10 milliards de dollars en fonction de la mobilisation des années précédentes.

En juillet 2004, l'ONUSIDA a annoncé que le coût d'une lutte mondiale contre le sida (LMCS) efficace s'élèverait, à 12 milliards de dollars pour 2005 et 14 milliards de dollars pour 2006, en raison des retards pris les années précédentes.

Dans ce contexte, il apparaît que l'engagement 80 de la Déclaration de l'UNGASS 2001 engageait à la communauté internationale à mobiliser, pour 2005, les 12 milliards de dollars estimés nécessaires au regard de la croissance de la pandémie.

En mai 2006, dans son Rapport sur l'Epidémie Mondiale du VIH/sida, ONUSIDA a encore

revu à la hausse les estimations des ressources nécessaires : 15 milliards de dollars pour 2006, et 18 milliards pour 2007. Le Rapport 2006 poussait même jusqu'à projeter l'évolution de la quantité de ressources manquantes : 6 milliards estimés manquants pour 2006 - 8 milliards pour 2007.

L'ONUSIDA en concluait qu'à ce rythme, en 2008 l'épidémie aurait encore progressé, et qu'à partir de cette année-là ce seraient 22 milliards de dollars qu'il faudrait mobiliser chaque année pour espérer contrôler le VIH/sida.

Les faits

Selon l'OCDE, le PIB de la France s'élève à 2 250 milliards de dollars pour 2006, contre 36 800 milliards pour l'OCDE dans son ensemble⁸⁶. Cela signifie que la France pèse pour 6% du PIB de l'OCDE. La part de la France dans les engagements qui lient l'OCDE est donc de 6%. Selon le rapport publié par ONUSIDA le 26 septembre 2007⁸⁷, page 2, en 2007 il a manqué au moins 8 milliards de dollars de ressources pour la lutte mondiale contre le sida, sur les 18 milliards de dollars estimés nécessaires.

Selon le ministère des Affaires étrangères⁸⁸, la France a contribué à la lutte mondiale contre le sida en 2007 à hauteur de 300 millions d'euros, soit environ 435 millions de dollars. A titre de comparaison, 6% de 18 milliards auraient nécessité 1,1 milliard de dollars. C'est à peu près le montant consacré par la Grande-Bretagne, pays économiquement équivalent à la France (500 millions de livres en 2007⁸⁹, soit environ 1 milliard de dollars).

Conclusion

Le niveau de ressources alloué aujourd'hui à la lutte contre le sida ne permettra pas d'atteindre l'accès universel aux traitements d'ici 2010. En effet, d'après l'ONUSIDA, en 2008, 22 milliards de dollars seront nécessaires pour juguler la pandémie.

Il faut cependant noter le rôle croissant de nouveaux mécanismes de financement, soutenus par la France, tels qu'UNITAID, dont une partie de l'action est orientée vers l'accès aux antiretroviraux, en particulier pédiatriques.

Recommandations

- Le mode actuel de répartition de la charge du financement de la lutte mondiale contre le sida n'est pas satisfaisant. Pour faire concorder les ressources et les besoins, les pays riches doivent impérativement s'accorder sur un mode de répartition contraignant et transparent (par exemple, en fonction de la part de chacun dans le PIB de l'OCDE).
- Afin de pérenniser et de sécuriser les financements, la France devrait être à l'initiative d'une réunion des chefs de gouvernement de l'OCDE avant la fin de l'année 2008, pour avaliser un mode de répartition de l'aide extérieure pour la lutte mondiale contre le sida.
- En tout état de cause, la France doit consacrer à la lutte mondiale contre le sida au moins sa part minimum, soit 6% des besoins : 1,1 milliard de dollars en 2007, 1,32 milliard en 2008 (soit respectivement 750 et 900 millions d'euros).

⁸⁶ Voir rapport PIB OCDE 2006 www.oecd.org/dataoecd/48/4/37867909.pdf

⁸⁷ http://data.unaids.org/pub/Report/2007/20070925_advocacy_grne2_en.pdf

⁸⁸ http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/article-imprim.php3?id_article=54432

⁸⁹ Voir *Foreword by the Prime Minister, UK AIDS Strategy*, www.actupparis.org/IMG/pdf/UKG_AIDS_strategy.pdf

FONDS MONDIAL

Engagement 90

Ressources

«**90.** Appuyer la création, à titre prioritaire, d'un fonds mondial pour la lutte contre le VIH/sida et pour la santé **destiné, d'une part, à financer une action urgente et de grande envergure visant à combattre l'épidémie, fondée sur une approche intégrée de la prévention, des soins, du soutien et du traitement à apporter aux personnes atteintes et, d'autre part, à aider les gouvernements, notamment dans les efforts qu'ils entreprennent pour combattre le VIH/sida, la priorité étant accordée, comme il se doit, aux pays les plus touchés, en particulier ceux de l'Afrique subsaharienne et des Caraïbes et aux pays à haut risque; et mobiliser les contributions de sources publiques et privées en faveur du fonds en faisant appel en particulier aux pays donateurs, aux fondations, aux milieux d'affaires, notamment aux sociétés pharmaceutiques, au secteur privé, aux philanthropes et aux personnes fortunées.** »

Explicitation de l'engagement

L'engagement est avant tout financier, il concerne la mobilisation de moyens complémentaires et additionnels à ceux déjà investis dans la lutte contre le sida.

Par cet article, la France s'est engagée à appuyer la création d'un Fonds mondial pour la lutte contre le VIH/sida et pour la santé et à mobiliser les contributions de sources publiques et privées en faveur du Fonds.

Contexte

En 2007, le Fonds mondial a reçu environ 2,4 milliards de dollars, dont près de 400 millions de la France (soit 300 millions d'euros)⁹⁰. 48% des subventions décidées en novembre 2007 lors de la septième série d'appel à propositions (Round 7) concernent la lutte contre le sida. Depuis sa création en 2002, ce mécanisme de financement a permis de fournir un traitement antirétroviral à 1,4 million de personnes séropositives dans le monde. Le niveau de couverture atteint par le Fonds mondial double chaque année⁹¹. En outre, un rapport d'évaluation indépendant publié en décembre 2007⁹² confirme la performance de l'outil.

Toutefois, on dénombre 2,5 millions de nouvelles infections à l'échelle mondiale en 2007⁹³, et ce chiffre continue de croître de manière exponentielle dans certaines régions du monde⁹⁴.

Le Fonds mondial, instrument financier qui a fait ses preuves, a besoin de financements accrus, **et pérennes, puisqu'il s'agit de fournir des traitements à vie.**

Lors de son 15ème Conseil d'administration en avril 2007, le Fonds mondial a estimé que ses besoins annuels atteindraient entre 6 et 8 milliards de dollars d'ici 2010, soit un triplement de ses ressources par rapport à 2007.

⁹⁰ <http://www.theglobalfund.org/en/files/pledges&contributions.xls>

Depuis sa création, le Fonds mondial a reçu 9,5 milliards de dollars dont 1,2 milliard de la France

⁹¹ http://www.theglobalfund.org/en/media_center/press/pr_071130.asp

⁹² http://www.theglobalfund.org/en/about/terg/five_year_evaluation/

⁹³ http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_fr.pdf

⁹⁴ Le nombre de personnes vivant avec le VIH en Europe orientale et en Asie centrale a augmenté de plus de 150% depuis 2001, selon le rapport ONUSIDA 2007

http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_fr.pdf

Les pays du G8 se sont engagés à soutenir cet objectif financier lors du dernier sommet de Heiligendamm en juin 2007⁹⁵.

La France, deuxième financeur du Fonds mondial derrière les Etats-Unis, se doit d'accompagner la croissance du Fonds, en s'engageant au minimum sur un doublement de sa contribution d'ici 2010, soit 600 millions d'euros en 2010.

Les faits

Depuis le sommet du G8 d'Okinawa en 2000, la France se félicite d'être un des artisans de la création du Fonds mondial⁹⁶.

En effet, jusqu'en 2007, la France n'a cessé d'augmenter significativement sa contribution au Fonds mondial, jouant le rôle de locomotive des contributeurs européens. L'assistance technique apportée par la France au Fonds mondial est aussi quelque chose que chacun s'accorde à trouver positif.

En 2007, La France s'est félicitée de l'élection à la direction exécutive du Fonds de son ambassadeur chargé de la lutte contre le sida et les maladies transmissibles, le Pr. Michel Kazatchkine.

Cependant, il est à noter que les contributions des entreprises françaises au Fonds mondial restent anecdotiques⁹⁷.

Conclusion

Comme elle s'y était engagée, la France a participé de manière active d'abord à la création puis à la promotion politique du Fonds mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Cette contribution financière au Fonds mondial s'est inscrite dans une dynamique positive jusqu'en 2007. S'il faut saluer l'effort de la France pour rester l'un des principaux donateurs du Fonds mondial, il faut malheureusement reconnaître que ce niveau de participation ne permettra pas à chaque malade d'accéder à un traitement VIH.

Recommandations

- La France devrait contribuer au Fonds mondial à la hauteur de ses engagements au dernier G8 : pour soutenir l'objectif financier du Fonds de 6 à 8 milliards de dollars annuels, la France devrait au moins multiplier sa contribution par deux d'ici 2010.
- La France devrait décider d'une contribution minimale au Fonds mondial, fixée en fonction des objectifs financiers approuvés par le CA du Fonds, dans le but de sécuriser et de pérenniser son engagement financier auprès du Fonds, et celui des autres donateurs.
- La France devrait mettre l'engagement durable de l'Union Européenne au Fonds mondial à l'ordre du jour du conseil européen sous la présidence française au 2è semestre 2008.

⁹⁵ http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/article-imprim.php3?id_article=50663

⁹⁶ http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/article-imprim.php3?id_article=54432

⁹⁷ <http://www.theglobalfund.org/en/files/pledges&contributions.xls>

- La France, deuxième contributeur du Fonds, devrait mettre les pays du G8 face à leurs responsabilités et exiger qu'ils respectent les engagements pris lors du sommet de Heiligendamm en juin 2007.