

# Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH-SIDA

## Contribution de la France au rapport de suivi de la déclaration d'engagement

### 1. Introduction

En fin d'année 2005, la France comptait 100.000 à 150.000 personnes séropositives pour le VIH et depuis le début de l'épidémie, plus de 26.000 décès dus au SIDA ont été enregistrés. Les mesures prises dès la deuxième moitié des années quatre-vingts ont permis d'éliminer presque complètement la contamination par transfusion sanguine. D'autre part, la politique de réduction des risques pour les usagers de drogues par voie intra-veineuse a permis une considérable diminution des contaminations.

Par ailleurs, l'arrivée il y a dix ans des associations de médicaments antirétroviraux et le recours systématique qui y est fait ont profondément transformé le profil évolutif de l'infection, qui revêt aujourd'hui le caractère d'une maladie chronique. Grâce au dépistage prénatal systématique et au traitement par antirétroviraux des femmes enceintes contaminées, les cas de transmission mère-enfant sont aujourd'hui devenus très rares.

Pour autant, l'épidémie n'est pas vaincue et les pouvoirs publics demeurent mobilisés pour en contrôler l'évolution et en réduire autant que faire se peut la gravité comme les conséquences individuelles et collectives. Cette mobilisation est marquée en France par un partenariat particulièrement étroit et fructueux avec les associations de malades ou représentatives des groupes les plus concernés.

### 2. Leadership

Au niveau national, la stratégie française a fait l'objet d'une actualisation à l'occasion de l'élaboration et de l'adoption du **programme national de lutte contre le VIH-SIDA et les IST 2005-2008**<sup>1</sup>, qui succède au plan 2001-2004 et à ceux qui les ont précédés. Ce programme, conçu sous l'autorité du ministre de la santé et des solidarités, a fait l'objet d'une concertation poussée avec les associations (cf. *supra*).

Il est marqué par la prise en compte des données socio-épidémiologiques<sup>2</sup>, qui ont notamment conduit à intégrer pour la première fois au programme VIH-SIDA la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) et à développer des stratégies renforcées en direction de catégories de la population qui apparaissent aujourd'hui comme particulièrement vulnérables : les homosexuels, parmi lesquels on constate une baisse de la vigilance et un recul des attitudes de prévention, et les personnes -hommes et femmes- issues de l'Afrique sub-saharienne, qui représentent désormais un tiers des séropositivités nouvellement constatées.

Pour exercer les responsabilités qui lui incombent en matière de lutte contre le VIH-SIDA, le ministre chargé de la santé peut notamment s'appuyer sur une instance consultative, le **Conseil national du SIDA**, dont la composition est largement ouverte. Professionnels de la santé, juristes, éthiciens, chercheurs, associations émettent recommandations et avis qui alimentent le débat public et aident à la décision.

---

<sup>1</sup> Cf. ann. 1

<sup>2</sup> Cf. ann. 2, 3, 4, 5, 6

Le ministre chargé de la santé demande aussi tous les deux ans à un groupe d'experts (essentiellement des médecins, des chercheurs, des épidémiologistes et des représentants associatifs) de formuler des préconisations en matière de prise en charge des personnes infectées par le VIH et de prévention. Cette méthode de travail, assez originale par rapport aux démarches classiquement mises en œuvre dans le champ de la santé, permet à l'ensemble des acteurs de la lutte contre l'épidémie de disposer d'une base de référence commune et le plus souvent consensuelle.

C'est sur la base de ce rapport, mais aussi des travaux de diverses instances telles que la **Haute autorité de santé** que le ministre chargé de la santé ainsi que la Caisse nationale d'assurance maladie adaptent en permanence les protocoles diagnostiques et thérapeutiques dont bénéficient les patients.

Aux niveaux régional et infrarégional, l'État agit par le truchement de ses services déconcentrés, qui apportent un soutien financier et méthodologique à plus de 1.800 associations qui mènent des actions de prévention, de prise en charge ou de soutien. Les collectivités territoriales (Régions, Départements, Communes) interviennent également, sur une base volontaire.

### 3. Prévention

Le programme de lutte 2005-2008 a retenu deux grands objectifs prioritaires en termes de prévention :

- Réduire l'incidence du VIH et des IST
  - Dans les populations prioritaires que sont
    - Les personnes migrantes
    - Les hommes homosexuels
    - Les personnes séropositives
  - Dans les régions prioritaires, qui concentrent une grande proportion des personnes séropositives et des cas de nouvelles contaminations, notamment l'Île-de-France (région parisienne), les départements français d'Amérique, les régions Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'azur.
- Maintenir une faible incidence du VIH en population générale et lutter contre les chlamydiae, l'herpes et le papillomavirus (HPV).

Il s'agit notamment à ce titre de s'adresser aux jeunes pour soutenir une attitude globalement assez favorable à la prévention; c'est ainsi que le taux d'utilisation d'un préservatif lors du premier rapport sexuel est supérieur à 85%.

Ces politiques ciblées de prévention conduisent à recourir de plus en plus fréquemment à des campagnes ou à des supports spécifiquement destinés à tel ou tel groupe, voire sous-groupe, comme pour les migrants pour lesquels des documents sont conçus dans les idiomes les plus utilisés. Les médias communautaires et l'internet sont de plus en plus utilisés.

Pour concevoir et mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation pour la santé, l'État a choisi de se doter d'une agence publique, l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé)<sup>3</sup>, opérationnelle depuis 2003, dont la production reflète bien l'évolution des priorités et des méthodes dans la lutte contre le VIH-SIDA.

### 4. Prise en charge, soutien, traitement

La France est dotée d'un système d'assurance maladie qui couvre la quasi totalité de la population. L'infection par le VIH étant considérée comme une maladie "longue et coûteuse", elle est prise en charge à 100%, ce qui évite aux patients toute avance de frais ou tout reste à charge.

---

<sup>3</sup> <http://www.inpes.sante.fr>

Les rares personnes qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie, en particulier parce qu'elles se trouvent sur le territoire français en situation irrégulière, peuvent bénéficier des mêmes dispositions par le biais de l'aide médicale de l'État.

La prise en charge thérapeutique peut donc être considérée comme assurée de façon satisfaisante.

Par ailleurs, il existe sur tout le territoire français un dispositif de dépistage anonyme et gratuit qui complète l'activité du système de soins. L'ensemble permet de parvenir à un nombre relativement élevé de tests biologiques pratiqués chaque année : 4,9 millions en 2004.

Le soutien aux malades est assuré à la fois par des dispositifs financés sur fonds publics, comme l'aide à domicile ou les différentes formes de logement adapté, par des prestations servies à ceux d'entre eux qui sont reconnus comme handicapés du fait de leur maladie et par l'action des associations, elles-mêmes financées pour partie sur fonds publics et pour partie par l'appel à la générosité des particuliers.

Les caractéristiques actuelles de l'épidémie ont conduit aussi à réformer le dispositif de coordination instauré en 1988. À compter de 2006, des coordinations régionales sont créées, qui réunissent hôpitaux, soignants de ville, services sociaux, associations de soutien et représentants des patients. On devrait ainsi améliorer encore la cohérence des initiatives et des actions, de la prévention primaire aux soins lourds en passant par le dépistage, le soutien à domicile, etc.

## **5. Droits de l'homme**

La France est particulièrement attentive à la lutte contre les discriminations dans tous les domaines. Les moyens existants ont été renforcés en 2005 par la création de la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE)<sup>4</sup>, qui a vocation, à côté des tribunaux, à être saisie de toute anomalie en ce domaine.

S'agissant spécifiquement du VIH-SIDA, force est de constater que 25 ans après le début de l'épidémie, les personnes séropositives ou malades du SIDA sont toujours en butte à des réactions d'hostilité ou de stigmatisation. C'est la raison pour laquelle l'INPES a retenu ce thème de la lutte contre la discrimination/stigmatisation pour la campagne de la journée mondiale du 1<sup>er</sup> décembre 2005, avec des affiches qui ont rencontré un grand succès.<sup>5</sup> Représentant des visages de jeunes hommes et jeunes femmes, elles portent en petits caractères, qui incitent le passant à s'approcher, la mention "*Bravo! Vous faites désormais partie des gens qui n'ont pas peur de s'approcher d'une personne séropositive*".

Les femmes, qui représentent une majorité des personnes d'origine subsaharienne diagnostiquées séropositives ces dernières années, rencontrent des difficultés spécifiques qui conduisent à mettre en œuvre des actions qui leur sont spécifiquement destinées.

## **6. Réduire la vulnérabilité**

Les groupes les plus exposés, y compris pour des raisons socio-économiques, représentent une priorité du programme national 2005-2008 (Cf. *supra*). Les stratégies à adopter pour les atteindre et développer une prévention efficace s'appuient notamment sur des études sociologiques ou de type KABP régulièrement renouvelées.

L'approche participative est encouragée à travers le partenariat étroit entretenu avec les associations, dont les actions bénéficient de financements publics.

---

<sup>4</sup> <http://www.halde.fr>

<sup>5</sup> Cf. ann. 7

## **7. Orphelins**

Il n'y a pas en France de question spécifique d'orphelins du fait du SIDA.

## **8. Réduire l'impact économique et social**

La législation française interdit toute discrimination à l'embauche ou dans l'emploi du fait d'une séropositivité VIH. Pour autant, de tels faits peuvent exister, ce qui justifie la poursuite de politiques à la fois préventives et repressives. Ce sera l'une des missions de la HALDE (Cf. *supra*).

Un effort particulier est entrepris depuis quelques années afin de permettre aux personnes séropositives pour le VIH ou plus largement aux personnes dites "à risque de santé aggravé" d'accéder à l'emprunt et à l'assurance. Cela leur est en effet souvent refusé alors même que le profil évolutif de la maladie n'a plus rien à voir aujourd'hui avec ce qu'il était dans les années quatre-vingts et au début des années quatre-vingt-dix. Si cela est nécessaire, il sera fait recours à la loi, de telle sorte que les personnes concernées puissent notamment acquérir un véhicule ou un logement.

## **9. Recherche et développement**

La France a fait le choix de créer une agence publique spécifiquement dédiée, l'ANRS, devenue plus récemment l'Agence nationale de recherche sur le Sida et les hépatites virales. Dotée d'un budget annuel de l'ordre de 45M€, elle finance des équipes et programmes de recherche, en recourant notamment à des appels d'offres qui permettent de stimuler la recherche dans les domaines qui apparaissent prioritaires et d'inciter à des actions coordonnées, gages d'une meilleure efficacité.

Il faut souligner que l'ANRS consacre près du quart de son budget à des recherches dans les pays en développement.

## **10. Régions touchées par des conflits ou des catastrophes**

La France n'est pas concernée.

## **11. Moyens**

Les crédits publics consacrés par l'État ou l'Assurance maladie au VIH-SIDA se montent annuellement à 1.100 millions d'euros (chiffres 2004) qui peuvent se décomposer ainsi :

- Prévention : 122 M€ (dont État : 65M€ [réduction des risques comprise] et Assurance maladie : 57M€)
- Prise en charge : 933 M€
- Recherche : 45 M€

Le programme national de lutte contre le VIH-SIDA et les IST 2005-2008 comporte une batterie d'indicateurs qui permettront d'évaluer l'atteinte des objectifs retenus. En outre, la France a mis en œuvre en 2006 une profonde réforme du fonctionnement budgétaire de l'État, qui comporte un important volet "objectifs de performance et indicateurs" qui concerne naturellement les crédits VIH-SIDA au même titre que les autres.

Les politiques publiques relatives à ce domaine font aussi l'objet de contrôles et d'évaluations fréquents, en particulier de la part de l'Inspection générale des affaires sociales et de la Cour des comptes.

## **12. Suivi**

De même que le programme national de lutte contre le VIH-SIDA et les IST 2005-2008 a été élaboré dans la concertation et grâce à un comité de pilotage associant pouvoirs publics et associations de malades ou de soutien, sa mise en œuvre sera régulièrement appréciée par un comité national de suivi présentant les mêmes caractéristiques de diversité.

La surveillance épidémiologique de l'épidémie à VIH a elle aussi été adaptée aux caractéristiques nouvelles. C'est ainsi que depuis 2003, la séropositivité au VIH -et plus seulement la maladie déclarée- est devenue à déclaration obligatoire, dans des conditions de strict anonymat établies en étroite concertation avec les associations. Cela permettra à l'Institut de veille sanitaire (InVS)<sup>6</sup>, chargé de cette mission, de suivre l'évolution de la contamination sans attendre le passage à la maladie.<sup>7</sup>

\* \* \*

---

<sup>6</sup> <http://www.invs.sante.fr>

<sup>7</sup> Cf. an. 5

## LISTE DES ANNEXES

1. Programme national de lutte contre le VIH-SIDA et les IST 2005-2008
2. Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 46-47/2005, 29 novembre 2005 : Infection VIH-SIDA en France : vision d'ensemble et spécificités des départements français d'Amérique.
3. Institut de veille sanitaire (InVS) : Synthèse des données épidémiologiques sur VIH-SIDA-IST (à fin 2004)
4. Institut de veille sanitaire (InVS) : 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 et au 31 mars 2005.
5. Institut de veille sanitaire (InVS) : Nouveaux diagnostics d'infection par le VIH
6. Institut de veille sanitaire (InVS) : VIH-SIDA : donner un second souffle à la prévention (extrait de La lettre de l'Institut de veille sanitaire, n° 13, octobre 2005)
7. Reproduction d'affiches de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)