

Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010 2014



Plan national de lutte
contre le VIH/SIDA et les IST
2010-2014

Sommaire

Enjeux, principes et objectif • 7

Élaboration du plan VIH/IST 2010-2014 • 7

Les recommandations d'experts • 7

Une large concertation • 8

Principes du plan VIH/IST 2010-2014 • 8

Une structuration permettant son déploiement par les Agences régionales de santé • 8

Des approches populationnelles • 9

Lutte contre les discriminations et l'égalité devant les droits, la prévention et les soins • 10

Enjeux épidémiologiques • 10

Incidence de l'infection à VIH • 10

Prévalence de l'infection à VIH • 11

Épidémiologie des IST • 12

Objectifs et structuration du plan • 13

Objectifs de santé et indicateurs • 13

Principales mesures du plan • 13

Pilotage et évaluation du plan • 16

Gouvernance • 16

Outils de pilotage et d'évaluation • 17

Articulation national/régional • 17

Financement du plan • 17

Axes stratégiques du plan • 19

Axe 1 → Prévention, information, éducation pour la santé • 19

Contexte • 19

Objectifs • 20

Mesures et actions • 21

Axe 2 → Dépistage • 35

Contexte • 35

Objectifs • 37

Mesures et actions • 38

Axe 3 → Prise en charge médicale • 47

Contexte • 47

Objectifs • 47

Mesures et actions • 48



Axe 4 → Prise en charge sociale et lutte contre les discriminations • 55

Contexte • **55**

Objectifs • **56**

Mesures et actions • **57**

Axe 5 → Recherche et observation • 71

Contexte • **71**

Objectifs • **71**

Mesures et actions • **73**

Les programmes populationnels • 79

P1 • Programme en faveur des migrants • 81

Introduction • **81**

Axes spécifiques du programme • **90**

P2 • Programme en faveur des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (hsh), et des lesbiennes, bisexuel(le)s et transsexuel(les) (HSH et LBT) • 103

Introduction • **103**

Axes spécifiques du programme • **110**

P3 • Programme en direction des personnes usagères de drogues • 125

Introduction • **125**

Axes spécifiques du programme • **129**

P4 • Programme en direction des personnes qui se prostituent • 137

Introduction • **137**

Axes spécifiques du programme • **141**

Annexes • 153

Annexe 1 → Fiches actions des axes stratégiques et des programmes populationnels • 155

FA 1 • Fiches actions du plan national • **155**

FA 2 • Fiches actions du programme migrants • **195**

FA 3 • Fiches actions du programme HST et LBT • **209**

FA 4 • Fiches actions du programme des personnes usagères de drogues • **225**

FA 5 • Fiches actions du programme des personnes qui se prostituent • **231**

Annexe 2 → Glossaire • 237

Annexe 3 → Documents de référence • 241

Annexe 4 → Les dispositifs d'hébergement, de logement, de soutien, et d'intervention • 245

Annexe 5 → Composition du comité de pilotage d'élaboration du plan • 249

A

ujourd'hui, en France, on compte près de 7 000 nouvelles infections par le VIH chaque année. Environ 40 000 à 50 000 personnes sont infectées par le VIH sans le savoir.

Pour une personne sur cinq, le diagnostic est encore trop tardif, et pourtant le bénéfice d'une prise en charge précoce, et la plus précoce possible, est bien démontré.

À la lumière des nombreux avis et recommandations qui ont été portés à la connaissance des autorités sanitaires, il s'agit de définir un plan VIH/IST 2010-2014 novateur qui vise à infléchir radicalement en 5 ans, la dynamique de l'épidémie VIH, de réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH et au SIDA mais aussi, de combattre les autres infections sexuellement transmissibles (IST).

Il s'agit tout d'abord de développer une action audacieuse en direction de l'ensemble de sa population afin de lutter contre la diffusion de l'épidémie.

En effet, traiter, c'est d'abord dépister. Il faut dorénavant banaliser le dépistage en direction de la population générale, pour que chacun prenne conscience qu'il peut être concerné. Dans ce cadre, la recommandation d'un dépistage proposé à l'ensemble de la population hors notion d'exposition à un risque, et plus régulièrement pour certaines populations ou dans certaines circonstances (telles que la grossesse), sera mise en œuvre.

Ensuite il devient nécessaire de renforcer l'action en direction de groupes les plus vulnérables et notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH). Il s'agit de prendre en compte l'urgence sanitaire que constitue la diffusion de l'épidémie chez ces personnes, pour lesquelles l'incidence annuelle du VIH est de 1 %, soit 200 fois celle de la population hétérosexuelle française. En ce sens, des actions concrètes en direction de ces personnes seront mises en œuvre, de la prévention aux soins. Pour cela, une nouvelle forme de dépistage doit être mise en œuvre : celui réalisé par des non-professionnels de santé. Un tel dépistage, rendu possible par les associations elles-mêmes, constitue une grande nouveauté dans notre système de santé car il permet d'aller à la rencontre, en complémentarité du dépistage effectué dans le système de soin, des personnes qui n'accèdent pas à ce dernier.

Nous avons la chance en France, grâce en particulier à la formidable mobilisation des soignants et des associations, de bénéficier d'un dispositif performant. Le plan devra s'adosser à ce dispositif. En particulier, la mise en œuvre du plan par les nouvelles agences régionales de santé s'appuiera sur les Coordonnation Régionale de lutte contre l'infection à VIH (COREVIH).

L'engagement international de la France en matière de recherche et de lutte contre le VIH/SIDA n'est pas l'objet de ce plan de santé publique. Il convient toutefois de souligner l'importance de cet engagement et le rôle moteur de la France dans le domaine. La France a fait le choix ces dernières années de consacrer l'essentiel de son aide en matière de lutte contre le VIH/SIDA aux organisations multilatérales (Fonds mondial de lutte contre le SIDA, le paludisme et la tuberculose, ONUSIDA, OMS, UNITAID) pour accompagner la mobilisation internationale qui ne s'est jamais démentie depuis 2002, année de création du Fonds mondial. Un léger rééquilibrage de la coopération multilatérale et bilatérale est en train d'être évalué afin de renforcer la mobilisation des acteurs français sur le terrain et pour fournir une meilleure assistance technique aux pays francophones.

En 2010, la France a décidé de maintenir ses efforts en matière de lutte contre le VIH/SIDA, et ce en dépit d'une situation budgétaire tendue dans notre pays comme chez nos partenaires. Ainsi, la France a été le premier pays à rendre publique sa contribution au Fonds mondial pour la période 2011-2013, par la voix du Président de la République, Nicolas SARKOZY, lors de l'assemblée générale des Nations Unis qui s'est tenue à New York lundi 20 septembre 2010. Cette promesse de financement s'élève à 1,08 milliard d'euros pour les trois années à venir et représente une augmentation de 20 % de l'aide triennale précédente (360 millions d'euros par an au lieu de 300 antérieurement). La France entend ainsi demeurer le premier contributeur européen et le deuxième contributeur mondial (après les États-Unis) au Fonds mondial.

Au titre de son action bilatérale, le ministère chargé de la santé a versé environ 47 millions d'euros à son unique opérateur à l'international, le GIP ESTHER (Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau) depuis sa création en 2002. Depuis 2009, le ministère des affaires étrangères et européennes et le ministère de la santé et des sports versent une subvention à parité d'un montant de 4 millions d'euros. Le GIP mobilise l'expertise scientifique et technique des hôpitaux français par le biais de jumelage avec des hôpitaux de 17 pays d'Afrique et d'Asie.

Aujourd'hui, grâce au dynamisme de la recherche, au dispositif de prévention, aux nouvelles possibilités thérapeutiques et à notre système de santé, nous avons les moyens d'en finir avec cette épidémie. Telle est l'ambition de ce plan.

Enjeux, principes et objectif

Élaboration du plan VIH/IST 2010-2014

Le cinquième plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les autres infections sexuellement transmissibles (IST) 2010-2014 constitue le **principal outil de programmation** dans la lutte que mènent les pouvoirs publics et leurs partenaires - professionnels de santé, acteurs économiques et milieu associatif - contre ces infections.

Il couvre la période de **cinq ans de 2010 à 2014**, mais pourra s'adapter aux évolutions qu'elles soient épidémiologiques, scientifiques, médicales, législatives, réglementaires, ou comportementales.

Parce qu'il doit prendre en compte les actuels enjeux épidémiologiques, les dernières innovations sur le domaine et la réforme de l'organisation de la santé, il a été conçu en s'appuyant sur :

- la **prise en compte des recommandations d'experts** sur chaque niveau de prise en charge : de la prévention à la prise en charge médicale ;
- une **démarche participative** associant les acteurs du domaine.

Les recommandations d'experts

Au cours des années 2009-2010 de nombreux avis et recommandations ont été rendus :

- les recommandations de la haute autorité de santé (HAS) sur les stratégies de dépistage (octobre 2009), dont le premier volet portant sur les modalités de réalisation du dépistage de l'infection par le VIH a été rendu en octobre 2008 ;
- les recommandations de la mission confiée à M^{me} France Lert et au Pr Gilles Pialoux sur les nouvelles méthodes de prévention (décembre 2009) ;
- les avis du Conseil National du SIDA (CNS) sur l'intérêt du traitement antirétroviral (ARV) comme outil de prévention (avril 2009), et sur le VIH/handicap, emploi (septembre 2009) ;
- le rapport sur la politique de lutte contre le VIH/SIDA de la cour des comptes (février 2010) ;
- l'expertise collective "Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogue" réalisée par l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) (octobre 2010) ;
- les recommandations sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH élaborées par le groupe d'experts français sous l'égide du professeur Yéni (juillet 2010) ;
- et enfin, le rapport demandé à l'IGAS sur la stratégie de dépistage anonyme et gratuite (août 2010).

Une large concertation

Débutée en juin 2009, la construction du plan résulte d'un **large processus de concertation** avec l'ensemble des parties prenantes, en particulier associées au comité de pilotage constitué par la Direction générale de la santé et ses groupes de travail. Ainsi, outre les recommandations des experts, le plan a également pris en compte les diagnostics et constats partagés par les membres du Comité et de leurs propositions.

Par ailleurs, il a également intégré l'avis conjoint du Conseil national du SIDA et de la Conférence nationale de santé en juin 2010, émis sur la base des orientations stratégiques qui leur ont été présentées.

Principes du plan VIH/IST 2010-2014

Afin qu'il puisse être facilement intégré par les opérateurs nationaux et régionaux et qu'il corresponde aux besoins, il a été conçu sur 3 principes :

- une structuration permettant l'articulation avec le **plan régional de santé et ces schémas** pour en faciliter l'application ;
- une élaboration basée sur **une approche populationnelle tenant compte des caractéristiques épidémiologiques du VIH et des IST** ;
- une attention particulière à **la lutte contre les discriminations** et le renforcement de l'égalité devant l'accès aux droits, à la prévention et aux soins.

Une structure permettant son déploiement par les Agences régionales de santé

Le plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les autres IST 2010-2014 s'inscrit dans le cadre posé par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. La loi a entraîné une refonte majeure de l'administration de la santé en région avec la création des **26 Agences régionales de santé (ARS)**. Cette autorité unique regroupe au niveau régional, des compétences de l'État et de l'assurance-maladie. Chaque ARS a la responsabilité d'élaborer un plan stratégique régional de santé (PSRS), tenant compte des orientations nationales et des particularités de son territoire, décliné en schémas sectoriels traduisant concrètement la stratégie de santé à 5 ans à mener dans la région dans l'offre de services et la qualité des prestations de santé. La loi prévoit aussi des programmes particuliers déclinant les modalités spécifiques d'application des schémas.

Le plan est **conçu de manière à faciliter l'appropriation et la déclinaison par les ARS des orientations et stratégies nationales VIH/IST, en fonction de leurs données épidémiologiques, dans le cadre de leur plan régional de santé et de leurs schémas régionaux** (schéma régional de prévention ; schéma régional de l'organisation des soins ; schéma régional d'organisation médico-sociale) **et ces programmes ou plans d'actions.**

Les disparités épidémiologiques constatées au niveau des régions devront être affinées lors de l'élaboration des futurs plans stratégiques régionaux de santé (PSRS) et des trois schémas régionaux. En effet, lors de la rédaction du PSRS et de ses composantes, chaque ARS devra décliner ce plan national **VIH/SIDA/IST** en l'adaptant aux besoins régionaux. Le conseil **national de pilotage des ARS veillera à une attribution différentielle** des moyens entre les agences lors de l'élaboration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

De plus, le caractère chronique de l'infection par le VIH impose d'apporter des réponses inscrites dans la continuité, intégrant la dimension de proximité, couvrant un spectre large allant de la prévention, aux prises en charge ainsi qu'à l'accompagnement social et médico-social. La prise en charge du VIH/SIDA doit ainsi **bénéficier des dispositifs et des savoir-faire développés dans le champ plus large des maladies chroniques**, tout en maintenant des dispositions liées à la spécificité des risques et à l'évolution de l'infection/maladie.

Les deux commissions de coordination des politiques publiques de santé devraient en outre jouer un rôle dans la mise en cohérence des interventions entre l'ARS, les autres services de l'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale. Elles pourraient s'appuyer à ce niveau sur les **Comités de coordination régionale de la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH)** comme interlocuteur privilégié dans la déclinaison du plan. Les COREVIH sont par conséquent positionnés dans la partie relative à la gouvernance du plan VIH/IST 2010- 2014.

Des approches populationnelles

Le plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les autres infections sexuellement transmissibles (IST) 2010-2014 intègre une approche populationnelle.

Cela signifie qu'il prévoit des stratégies et des actions spécifiques à l'égard des publics les plus exposés et les plus vulnérables par rapport au risque de transmission du VIH et des IST :

- hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) et lesbiennes, bi et transsexuel (les) (HSH et LBT) ;
- migrants/étrangers ;
- autres populations en situation de vulnérabilité : personnes détenues, usagers de drogues et personnes prostituées.

Ces stratégies et actions spécifiques sont énoncées dans le présent plan et valorisés dans les programmes populationnels.

Pour la population détenue les actions sont intégrées dans un plan spécifique "plan d'actions stratégiques 2010-2014 : politique de santé pour les personnes placées sous main de justice". Ce programme n'est donc pas détaillé ici.

Par ailleurs, afin de répondre à la problématique ultramarine, en particulier dans les départements français d'Amérique, un plan en direction des populations des départements d'outre mer est individualisé et dispose notamment d'un axe spécifique relatif à la coopération régionale avec les autres pays de la zone Caraïbes ou de l'Océan Indien. Ce plan est partie intégrante du plan national au même titre que les autres programmes populationnels et bénéficiera des mêmes modalités de pilotage et de suivi.

La lutte contre les discriminations et l'égalité devant les droits, la prévention et les soins

Enfin, le plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les autres infections sexuellement transmissibles (IST) 2010-2014 se réfère aux principes fondamentaux qui gouvernent les politiques actuelles de santé publique, principes largement inspirés de l'histoire et du combat contre l'épidémie. Il s'agit notamment de lutter contre les discriminations en raison de la séropositivité pour le VIH et/ou de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre, de promouvoir le respect et la tolérance quant aux diversités des orientations sexuelles, des identités, des origines. Enfin, il incombe de s'assurer d'une égalité d'accès aux droits, à la prévention et aux soins.

Enjeux épidémiologiques

Incidence de l'infection à VIH

On estime à **6 940** le nombre de personnes nouvellement contaminées par le VIH en France durant l'année 2008, la moitié en Île-de-France. La **quasi-totalité** de ces contaminations est due à un **contact sexuel**. Les nombres de contaminations par rapports hétérosexuels et homosexuels sont du même ordre de grandeur, respectivement 3 550 (51 %) et 3 320 (48 %). Parmi les contaminations hétérosexuelles, 1 800 (51 %) concernent des hommes et 1 750 (49 %) des femmes. Avec 70 cas estimés, les personnes infectées par usage de drogue injectable (UDI) représentent 1 % des nouvelles contaminations. Les personnes de nationalité étrangère représentent 23 % des nouvelles contaminations, 45 % des contaminations hétérosexuelles.

Rapporté à l'effectif de la population (18-69 ans), le **taux d'incidence annuel global est estimé à 17 cas pour 100 000 personnes**. L'incidence est plus élevée en Île-de-France et dans les départements français d'Amérique.

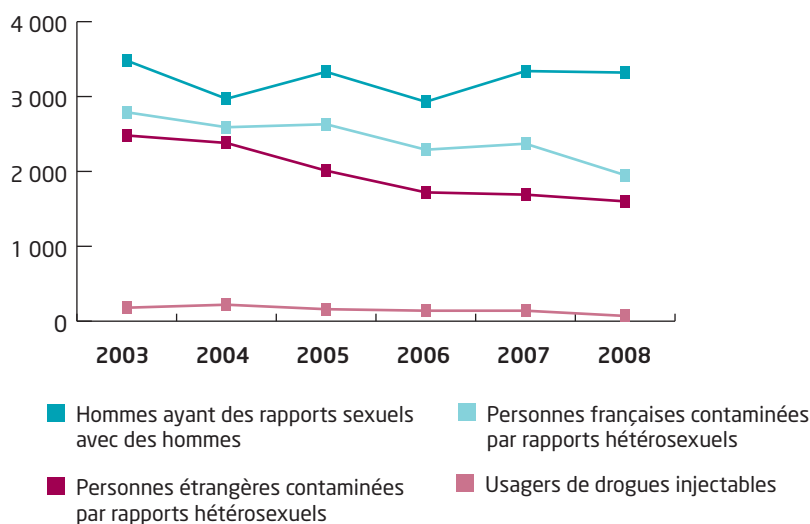
Les hommes ayant des rapports avec les hommes (HSH) représentent la population la plus touchée avec un **taux d'incidence annuel estimé à 1 000 cas pour 100 000**. Le taux d'incidence le plus faible est observé au sein de la population hétérosexuelle française, avec 5 cas par an pour 100 000. **En comparaison, le taux d'incidence de l'infection par le VIH est 200 fois supérieur chez les HSH, 18 fois supérieur chez les UDI et 9 fois supérieur chez les personnes hétérosexuelles de nationalité étrangère.**

TAUX D'INCIDENCE PAR GROUPE DE POPULATION EN 2008 (INVS 2009)

Mode de transmission	Sous-population (18-69 ans)	Nombre de nouvelles contaminations (IC 95 %)	Effectif estimé de la population	Taux d'incidence pour 100 000 (IC 95 %)
Hétérosexuel	Femmes françaises	810 (620-1 000)	18 363 590	4 (3-5)
	Hommes français	1 140 (830-1 440)	18 848 440	6 (4-8)
	Femmes étrangères	940 (700-1 180)	1 739 760	54 (40-68)
	Hommes étrangers	660 (460-870)	1 884 740	35 (24-46)
Homosexuel		3 320 (2830-3810)	329 950	1 006 (857-1 155)
Usage de drogues IV		70 (0-190)	81 000	91 (0-237)
Total		6 940 (5430-8500)	41 247 480	17 (13-21)

Au total : sur la période d'étude 2003-2008, l'incidence globale de l'infection par le VIH baisse (8 930 contaminations estimées en 2003 à 6 940 en 2008, soit -22 %), notamment les contaminations par rapports hétérosexuels. En revanche, l'incidence ne diminue pas parmi les HSH et les usagers de drogues par voie intraveineuse.

NOMBRE DE NOUVELLES CONTAMINATIONS PAR LE VIH, PAR GROUPE DE POPULATION (INVS 2009)



La très forte incidence observée chez les HSH est confirmée par les **premiers résultats de l'enquête Prevagay**, réalisée auprès d'HSH fréquentant les lieux de convivialité gays parisiens : la prévalence du VIH au sein de cette population est de 18 %, dont un sur cinq méconnaissait son état. L'incidence était de 7,5 % par an.

Ces résultats, qui ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population des HSH, confirment la nécessité de définir et de renforcer des stratégies de dépistage et de prévention ciblées et adaptées.

Prévalence de l'infection à VIH

En France, le nombre de personnes vivant avec le VIH (prévalence) a été évalué à environ 144 000 à la fin 2008, dont 31 000 personnes sont au stade SIDA.

Environ 40 000 à 50 000 personnes seraient infectées par le VIH sans le savoir. Ainsi, un nombre important de diagnostics survient à un stade avancé de l'immunodépression : 55 % des découvertes de séropositivité se font à moins de 350 CD4/mm³ et plus d'un tiers à moins de 200 CD4.

La population prise en charge à l'hôpital pour le VIH a été estimée en 2008 entre 94 000 et 103 000 personnes. Ce nombre de **patients augmente** régulièrement, il était de 88 000-91 000 en 2004.

Un des principaux facteurs de cette augmentation est la diminution de la mortalité (en particulier, le nombre de décès liés au SIDA était estimé à 873 en 2001, à 358 en 2008).

Aujourd'hui la majorité des décès chez les personnes infectées ne sont pas directement liés au SIDA, avec un impact du vieillissement de la cohorte (20 % des patients avaient plus de 50 ans en 2004 et 29 % en 2008) et un poids grandissant des comorbidités d'origines multifactorielles.

En cela, le VIH est devenu une maladie chronique, et devrait bénéficier à ce titre des dispositifs qui se mettent en place ou se renforcent, à l'exemple de l'éducation thérapeutique du patient.

Épidémiologie des IST

En 2001, les IST ont été définies par le Conseil supérieur d'Hygiène publique de France comme étant "des infections dont les agents responsables sont exclusivement ou préférentiellement transmis par voie sexuelle et qui justifient de la prise en charge du ou des partenaires". Sous cette terminologie sont regroupées des infections très différentes tant dans leur expression clinique et les complications qu'elles peuvent entraîner, que dans les traitements disponibles (traitements minutes ou traitement au long cours) et les publics touchés. Ainsi les infections à Chlamydiae, à papillomavirus et l'herpès concernent la population générale. L'infection à VIH, les gonococcies, la syphilis, la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) et l'hépatite B touchent préférentiellement certains publics comme les HSH, les migrants originaires de zones de haute prévalence, les usagers de drogue.

Les IST peuvent être **peu symptomatiques ou asymptomatiques** comme souvent pour l'infection à chlamydiae ou la syphilis ce qui favorise la transmission à l'insu des personnes infectées et justifie d'autant la mise en œuvre d'un dépistage.

Certaines IST peuvent mettre en jeu le pronostic vital tel l'infection à VIH ou à VHB, d'autres comme l'infection à Chlamydiae peuvent avoir des conséquences à moyen terme (risque de stérilité et de grossesses extra-utérines). Enfin certaines IST comme la syphilis, la gonococcie favorisent la transmission du VIH.

En dehors de l'infection à VIH et l'hépatite B aiguë, il n'existe pas de déclaration obligatoire pour les autres IST. Pour celles-ci la surveillance assurée par des réseaux sentinelles de laboratoires et de médecins, n'est pas exhaustive mais renseigne sur les tendances de l'épidémie.

On constate depuis quelques années une augmentation du nombre de personnes atteintes, toutes IST confondues.

On observe ainsi une hausse des gonococcies de 52 % entre 2008 et 2009 qui concerne les deux sexes.

L'actualité de l'épidémie de Syphilis est toujours forte, affectant les homo-bisexuels masculins même si le nombre de cas chez les hétérosexuels augmente également. Entre 2000 et 2006, environ 2000 cas ont été déclarés avec une co-infection au VIH et à la syphilis pour un cas sur deux.

L'infection à Chlamydiae trachomatis (CT) est l'IST bactérienne la plus fréquente chez les femmes. Or, la propagation et la gravité de cette infection tiennent à sa découverte souvent tardive, avec un retentissement plus grave chez les femmes [*risques de salpingite, grossesse extra-utérine, stérilité*]. La contamination passe inaperçue chez 60 à 70 % d'entre elles. La prévalence observée est maximale chez les femmes de 18 à 24 ans (3,6 %).

Enfin les infections à papillomavirus sont très fréquentes chez la femme jeune et régressent le plus souvent spontanément. Elles sont néanmoins responsables d'une évolution possible en cancer du col de l'utérus [*80 % des cancers du col de l'utérus*]. Ainsi, au moins une femme sexuellement active sur deux a été exposée au cours de sa vie.

L'ensemble de ces constats épidémiologiques a fortement orienté le choix des mesures et actions en faisant notamment porter l'effort sur les populations les plus vulnérables.

Objectifs et structuration du plan

Objectifs de santé et indicateurs

Les objectifs et indicateurs de santé sont adaptés des propositions du Haut conseil de santé publique (avril 2008). Ils permettront de juger l'efficacité du plan VIH/IST 2010 - 2014. Chacun de ces objectifs sera décliné par région et/ou par groupe de vulnérabilité (HSH, usagers de drogues, étrangers).

Ces objectifs sont ensuite dans le plan déclinés en objectifs généraux d'intervention par axe et en objectifs plus opérationnels correspondant aux différentes mesures, puis actions.

Le suivi de l'atteinte de ces différents objectifs, sera réalisé à l'aide d'un tableau de bord national et servira de base à l'évaluation et l'ajustement du plan au cours des 5 ans.

Les objectifs de santé à atteindre et les indicateurs sont :

1. Réduire de 50 % l'incidence de l'infection par le VIH
2. Réduire de 50 % en 5 ans l'incidence du SIDA
3. Réduire de 50 % la proportion de personnes découvrant leur séropositivité VIH au stade SIDA
4. Réduire de 20 % la mortalité liée au SIDA
5. Réduire l'incidence des gonococcies
6. Réduire l'incidence de la syphilis
7. Réduire la prévalence des chlamydioses et des infections à Herpes Simplex Virus
8. Réduire l'incidence et la prévalence de contamination par papillomavirus

En ce qui concerne les IST, une épidémiologie précise reste difficile en raison de leur caractère parfois asymptomatique (exemple de chlamydiae) ou des modalités de mesures (exemple des gonococcies). Le Haut conseil de la santé publique n'a pas fait de proposition d'objectifs chiffrés. Le comité de pilotage veillera à l'établissement et au suivi d'indicateurs pertinents et mesurables. Si besoin, des actions supplémentaires seront intégrées au plan afin de répondre à cet objectif.

Principales mesures du plan

Pour répondre à ces objectifs, le plan est constitué de mesures, déclinées en actions, qui s'organisent autour des cinq axes stratégiques suivants :

- prévention, information, éducation pour la santé ;
- dépistage ;
- prise en charge médicale ;
- prise en charge sociale et lutte contre les discriminations ;
- recherche et observation.

Cette structuration en axes stratégiques permet une description claire des mesures et des actions mais ne signifie un cloisonnement entre les stratégies qui sont par nature complémentaires.

Le plan fait référence aux actions de l'ensemble des programmes populationnels. Pour faciliter la lecture et le repérage de celles-ci au sein du plan et de ses programmes, les actions sont numérotées et précédées d'une lettre correspondant au plan ou aux programmes populationnels.

À savoir :

T	pour les actions transversales concernant toute la population
M	pour les actions spécifiques aux personnes migrantes et étrangères
HSH et LBT	pour les actions destinées à la population des Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes, lesbiennes, bi et transsexuel(le)s
UD	pour les actions en direction des personnes usagères de drogues
P	pour les actions dirigées vers les personnes qui se prostituent
DOM	pour les actions en faveur des populations de ces territoires

Prévention, information, éducation pour la santé

La prévention de l'infection, dans tout type de relations sexuelles entre partenaires occasionnels et de couples séro-différents, s'appuie d'abord sur **l'utilisation du préservatif**, masculin ou féminin. L'information et l'éducation, généralistes et ciblées, doivent rester une priorité.

Néanmoins, afin de répondre à l'ensemble des besoins et pour se donner tous les moyens pour prévenir l'infection, ce plan propose de promouvoir la prévention dite combinée, qui "associe les méthodes de prévention comportementale, l'élargissement des indications traditionnelles du dépistage et le traitement antirétroviral dans un but de réduction de la transmission du VIH" (rapport Yéni 2010).

La politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue a montré toute son efficacité. Elle a aussi montré ses limites, notamment en termes de contamination par le VHC. Afin de répondre à ces enjeux, une expertise collective a été confiée à l'Inserm. À partir des recommandations de cette expertise, une stratégie basée sur le renforcement de l'existant et sur la mise en œuvre de mesures complémentaires sera élaborée. Ces mesures seront intégrées dans le plan national de lutte contre les addictions, le plan national de lutte contre les hépatites virales B et C et/ou dans les mises à jour de ce plan.

Dépistage : dépister précocement pour traiter plus tôt pour augmenter les chances thérapeutiques des personnes atteintes et limiter la diffusion de l'épidémie

L'enjeu est d'atteindre et de dépister les personnes qui ignorent encore leur séropositivité, notamment celles qui ne s'estiment pas comme "à risque" car elles se mettent en danger et représentent une source potentielle de diffusion de l'épidémie.

Le dépistage doit évoluer, tout en maintenant ses principes fondateurs : démarche volontaire, accessibilité, confidentialité, possibilité d'anonymat et de gratuité, information adaptée et consentement éclairé.

Le plan impulse une stratégie volontariste de promotion du dépistage VIH/IST en prônant le renforcement du "trépied du dépistage" :

- **Le dépistage dans le système de soin, par les professionnels de santé de premier recours.** Ce dépistage s'adresse à l'ensemble de la population indépendamment d'une notion de risque d'exposition ou de contamination par le VIH. Il est proposé par le médecin traitant à l'occasion d'un recours aux soins.

Une offre de dépistage ciblé et régulier en fonction des populations et des circonstances doit également être faite pour le VIH et les IST.

- **Le dépistage par les pairs pour les populations à forte incidence**

Il s'agit, de développer une offre de dépistage dit communautaire, réalisé par les pairs. Cette modalité de dépistage vise à répondre aux besoins des populations qui ne veulent ou ne peuvent se rendre dans le dispositif "classique". Cette modalité de dépistage s'adresse en premier lieu aux HSH. Elle pourrait également répondre à des besoins spécifiques d'autres populations en situation de vulnérabilité (certaines populations de migrants, personnes se livrant à la prostitution, usagers de drogue...).

- **Le dépistage anonyme et gratuit**

Le dispositif actuel du dépistage du VIH et/ou des autres IST doit être soutenu et réorganisé, pour gagner en lisibilité et efficacité.

Prise en charge médicale

Le plan visera à améliorer la qualité et la globalité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, en tenant compte de l'évolution du profil de la maladie, et des spécificités des populations concernées.

Il s'agit en particulier, tout en préservant et améliorant le cas échéant, l'offre de soin hospitalière, de diversifier les modes de prise en charge, en particulier de développer la prise en charge en médecine de ville.

L'amélioration de la qualité des soins passe aussi par le développement des dispositifs adaptés au caractère chronique de la maladie (réseaux, prise en charge pluridisciplinaires, éducation thérapeutique, accompagnement).

Il s'agit enfin, d'accompagner et soutenir la vie psychique, affective et sexuelle des personnes vivant avec le VIH, en développant la "prévention positive".

Prise en charge sociale et défense des droits/lutte contre les discriminations

Les traitements antirétroviraux permettent aujourd'hui aux personnes vivant avec le VIH de recouvrer une immunité, et ainsi une vie, quasi normale. Or, les problèmes de logement, de revenus, d'emploi et d'accès aux soins sont fréquents chez les personnes séropositives ou malades. L'amélioration des conditions de vie et la prise en charge globale des personnes vivant avec VIH sont donc des impératifs. De plus, il s'agit de lutter contre les stigmatisations et discriminations dont font l'objet les personnes vivant avec le VIH.

Au-delà des dispositifs spécifiques, il faut garantir une égalité d'accès aux dispositifs de droit commun, notamment développés dans le cadre de la prise en charge médico-sociale des maladies chroniques.

Observations et recherches

Il s'agit de maintenir, en particulier sous l'égide de l'Agence nationale de recherches sur le SIDA et les hépatites virales (ANRS), l'Alliance pour les sciences de la vie et de la santé (Aviesan), en particulier les Instituts Thématiques Multi-Organismes (ITMO) Microbiologie et maladies infectieuses ainsi que Santé publique un haut niveau de recherche interdisciplinaire à travers le développement de la recherche clinique et de la recherche en sciences humaines et sociales.

Il s'agit également, d'améliorer les connaissances épidémiologiques et socio-comportementales relatives aux VIH et IST pour la population générale et pour les populations pour lesquelles les données disponibles sont encore insuffisantes.

Pilotage et évaluation du plan

La mise en œuvre du plan associera de nombreux partenaires professionnels, institutionnels et associatifs. Le partenariat avec les associations et professionnels constitue un enjeu central dans la politique de lutte contre le VIH/SIDA. En particulier, ce plan entend confirmer la place des associations de patients dans les actions de proximité de prévention, de dépistage, d'accompagnement auprès des personnes vivant avec le VIH et soutenir les démarches visant à améliorer le niveau de qualité des actions.

Gouvernance

La gouvernance de ce plan sera organisée, selon les recommandations en vigueur, à travers deux comités, un comité de pilotage restreint et un comité national de suivi, présidés par le Directeur général de la santé.

Le comité de pilotage restreint est composé des directions du ministère de la santé et des sports, des autres ministères concernés, de l'assurance-maladie et des agences concernées, qui ont vocation à piloter et assurer le suivi des mesures. Il assure le pilotage de la mise en œuvre du plan en :

- veillant à la mise en œuvre des mesures et actions du plan : suivi des activités déployées et des crédits engagés, à l'aide d'indicateurs et d'outils élaborés spécifiquement ;
- proposant des ajustements nécessaires au cours des 5 ans du plan, notamment les amendements rendus nécessaires par des évolutions scientifiques, médicales, législatives, réglementaires ou comportementales ;
- renforçant des synergies avec les autres dispositifs et plans de santé publique (maladies chroniques, hépatites, addictions, personnes détenues, cancer...).

Ce comité de pilotage se réunit autant que de besoin.

Le comité de suivi national associe le comité de pilotage et l'ensemble des parties prenantes, en particulier les associations et professionnels. Il se réunit au moins deux fois par an. Il constitue un espace de concertation et de facilitation de la mise en œuvre du plan aux différents échelons territoriaux. Il a pour mission de contribuer à une analyse régulière de l'état d'avancement des mesures et actions du plan et de proposer, également, des ajustements.

Le Conseil national du SIDA émet un avis sur le projet de plan et annuellement sur le bilan d'avancement du plan.

Outils de pilotage et d'évaluation

Afin d'assurer le suivi de la mise en œuvre du plan, des outils devront être élaborés et notamment un tableau de bord nécessaire à l'évaluation continue :

- des objectifs de santé en lien avec les agences et notamment de l'Institut de veille sanitaire (InVS) ;
- des objectifs d'intervention et opérationnels du plan afin de vérifier l'effectivité des axes stratégiques et des mesures mises en place : ce travail de suivi devra être coordonné par la DGS et réalisé en lien avec les pilotes des mesures et actions.

Pour cela un travail d'identification, de recueil des données et d'identification des méthodes nécessaires au recueil de certaines (études comportementales, etc.) devra être réalisé par le comité de pilotage en lien également avec les systèmes d'information mis en place au sein des ARS.

L'ensemble des indicateurs opérationnels seront étayés par le comité de pilotage dès la première année afin de permettre un suivi précis mesure après mesure. Ils constitueront la base d'élaboration du tableau de bord national.

L'évaluation finale du plan sera assurée par le Haut conseil de la santé publique.

Articulation national/régional

La dynamique entre le niveau national et les ARS reposera sur l'identification d'un référent technique chargé du dossier de lutte contre le VIH/SIDA et les IST au sein de chaque ARS.

Ces référents s'assureront, en lien avec les coordinations régionales de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH), du déploiement en région du plan et de ses programmes, au travers du plan stratégique régional, de ses schémas et de ses programmes. En effet, les **COREVIH** sont en phase de montée en puissance. Ils sont des instances essentielles, agissant pour la coordination de tous les acteurs de leur territoire, la qualité et la sécurité des prises en charge et la collecte de l'information médico-épidémiologique.

Il s'agit donc de confirmer et préciser le rôle des **COREVIH** comme interlocuteur privilégié des ARS dans la coordination et le suivi au niveau régional des mesures du plan national quel que soit le niveau de prise en charge : prévention, dépistage, prise en charge médicale médico-sociale ou sociale et recherche. Cela fait l'objet d'une action spécifique de ce plan placée en introduction des annexes dans une rubrique "Fiche gouvernance" et d'une action spécifique pour l'intercorevih des DFA dans le plan ultramarin. À ce titre, les COREVIH seront également associées à la gouvernance nationale.

Financement du plan

Le financement des mesures est de près de 954 millions d'euros pour la période du plan. Ce budget ne prend pas en compte les soins médicaux.

COÛT TOTAL SUR LA DURÉE DU PLAN (EN EUROS)

	Prévision	Part État	Part Assurance-maladie
TOTAL	953 726 830	553 770 421	399 956 409



Axes stratégiques du plan

Axe 1 → Prévention, information, éducation pour la santé

Contexte

Les caractéristiques de l'épidémiologie du VIH en population générale imposent de se concentrer sur des publics prioritaires. Cependant, compte tenu du potentiel épidémique du VIH et de la diffusion des autres IST, le maintien d'une information partagée par tous, impliquant chaque individu, a pour objectif de **continuer à promouvoir l'utilisation du préservatif, le dépistage et à maintenir une attention à la santé sexuelle de l'ensemble de la population, de son entrée dans la sexualité.**

- Il s'agit de renforcer la perception du risque pour le VIH et les autres IST. Cette perception est en effet plutôt en recul, comme l'atteste la reprise de comportements à risque (port du préservatif plus aléatoire, recours au dépistage plus rare) dans la population des jeunes homosexuels ou dans des populations qui ne se considèrent pas à risque (tranches d'âge supérieures).
- En l'absence de vaccination contre le VIH, une communication en population générale doit être maintenue pour garantir une prise de conscience collective, et dans le même temps des stratégies spécifiques à destination des populations identifiées prioritaires doivent être soutenues. Il s'agira notamment de communiquer en direction des populations d'Hommes ayant des rapports sexuels avec les Hommes (HSH), des populations migrantes, des populations des DOM ou des personnes qui se prostituent et de leurs clients.

La prévention fait appel à une palette d'outils. Le plan s'appuie pour la première fois sur la stratégie de prévention combinée. Comme le soulignent le rapport de la mission de G. Pialoux et F. Lert *"Réduction des risques sexuels : prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH/SIDA et des IST"*, l'avis du Conseil National du SIDA (CNS) du 30 avril 2009 sur le traitement VIH comme outil novateur de la prévention, ainsi que le rapport 2010 du groupe d'experts coordonné par le Pr Yéni sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, la prévention combinée comprend les méthodes de prévention comportementales (notamment port des préservatifs masculins et féminins avec gels lubrifiants), l'élargissement des indications traditionnelles du dépistage et le traitement antirétroviral précoce dans un but de réduction de la transmission du VIH. La prévention combinée est une stratégie de santé publique qui doit également intégrer des politiques structurelles favorables au recours aux services de santé et à l'amélioration des conditions de vie.

Les préservatifs doivent rester la norme en prévention primaire, en population générale et auprès des publics prioritaires, et leur accessibilité doit être augmentée dans un maximum de lieux par un élargissement des sites de distribution et points de vente.

La prévention du VIH/SIDA et des IST doit participer de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Les actions doivent être rendues accessibles notamment aux populations les plus éloignées, réfractaires à la prévention, et celles qui sont en situation de vulnérabilité. À ce titre, il importe que les moyens de prévention soient économiquement accessibles à la population. À cet égard, l'accessibilité au préservatif féminin doit être augmentée. On accordera également une attention particulière aux résultats des recherches actuelles visant à développer des microbicides. L'aboutissement de ces travaux représenterait une avancée décisive pour les femmes en matière de prévention du VIH/sida.

La prévention du VIH/SIDA et des IST doit être intégrée dans une approche plus globale des questions de santé liées à la sexualité. À ce titre le plan innove en permettant l'expérimentation de centres de santé sexuelle.

Objectifs

Objectif d'intervention de l'axe

Permettre à la population générale et aux populations les plus exposées d'adopter des comportements favorables pour lutter contre la transmission du VIH et des IST.

Objectifs opérationnels

Mesure 1

- Mettre en place des actions de prévention adaptées aux différents publics.
- Mettre en place des actions d'éducation pour la santé en direction de publics spécifiques : jeunes (scolarisés ou non), étudiants, femmes et femmes en situation de précarité, personnes en situation de handicap.
- Utiliser de nouveaux outils de promotion de la santé en fonction des publics.

Mesure 2

Mettre en place des environnements favorables à l'adoption de comportements en fonction des lieux et des publics spécifiques.

Mesure 3

Mettre en place des actions de prévention combinée ciblée en direction des populations ayant des comportements à risque : migrants, HSH et LBT, personnes qui se prostituent, usagers de drogue.

Mesure 4

Former les professionnels de santé et associatifs aux différentes approches de prévention en population générale, spécifique et ciblée.

Mesures et actions

Mesure 1 • Mettre en place des actions de prévention adaptées aux différents publics

Contexte et objectifs

Depuis l'arrivée des "trithérapies", on constate une banalisation de l'infection à VIH avec une reprise des comportements à risque, comme en témoigne la recrudescence des IST. Ces infections peuvent concerner tous les publics, en particulier ceux qui ne se considèrent pas concernés par l'infection par le VIH. De plus, comme l'enquête KABP 2004 le montre, l'infection par le VIH reste pour un certain nombre de personnes une maladie stigmatisante, générant des réactions discriminatoires. Concernant les IST, le recours insuffisant au dépistage montre qu'une sensibilisation du public est nécessaire.

Au sein de la population générale, il est important de se préoccuper en particulier de trois groupes :

- les jeunes ;
- les femmes ;
- les personnes en situation de handicap.

Les jeunes

L'information préventive doit être délivrée aux jeunes (scolarisés ou non) dès leur entrée dans la sexualité car il s'agit de favoriser l'adoption de comportements de prévention au moment où l'apprentissage des relations affectives et sexuelles se fait dans le respect de l'autre. À 17 ans, près de 50 % des jeunes ont déjà eu un premier rapport sexuel et un tiers des jeunes déclarent plus d'un partenaire sexuel dans l'année écoulée et ce chiffre est en augmentation. Il est à noter que le multi-partenariat est très fréquent chez les jeunes hommes ayant des relations avec les hommes.

Les jeunes sont donc concernés par le risque de transmission du VIH et des IST¹, et plus particulièrement exposés aux infections à chlamydiae.

Cette information préventive est d'autant plus importante à renouveler et à adapter aux outils de la communication moderne (internet, réseaux sociaux...) qu'il est observé une dégradation du niveau de connaissances sur le VIH/SIDA des 18-29 ans.

En outre, elle doit être intégrée à une approche globale de la sexualité abordant bien entendu en même temps les questions de contraception et l'IVG, car la contraception est loin d'être systématique chez les jeunes. Bien que l'offre de moyens de contraceptifs se soit diversifiée, on ne constate pas de diminution du nombre d'IVG.

L'accent doit être mis également sur les jeunes pris en charge par la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) car ils manifestent une entrée plus précoce dans la sexualité. Or, ils échappent bien souvent aux dispositifs d'insertion de droit commun et bénéficient peu, voire pas, des actions de prévention mises en place pour les jeunes des mêmes classes d'âge, en parcours scolaire et de formation.

Les femmes

Un nombre important de femmes est touché par le VIH (53 % des contaminations hétérosexuelles par le VIH en 2008) et les IST (3 % des femmes de moins de 25 ans sont touchées par une IST).

1. Enquête KABP "Face au VIH/SIDA en France", ANRS-ORSI, Île-de-France, 2004, www.ors-idf.org.

Les enquêtes Knowledge, Attitude, Beliefs and Practices-KABP (2004) et Contexte de la sexualité en France-CSF (2006) expriment les différences entre hommes et femmes, tant dans les représentations sur la sexualité que dans les comportements qui en découlent. Ainsi, les femmes sont plus souvent que les hommes dans la situation d'accepter des rapports sexuels non protégés, en particulier celles qui ont un faible niveau d'éducation. Les femmes rapportent trois fois plus souvent avoir été victimes d'une agression sexuelle. Lors des ruptures, les femmes, et en particulier celles de plus de 35 ans, sont en difficulté pour négocier une protection avec leurs nouveaux partenaires. Les inégalités sociales de genre, en particulier socioprofessionnelles, affectent la relation à la sexualité des hommes comme des femmes.

Si les rapports sociaux de genre influencent les comportements préventifs, ils interviennent également dans le dépistage et la prise en charge des IST. Si les femmes ont plus l'occasion de se faire dépister, notamment lors du suivi gynécologique, le dépistage est chez elles moins précoce, en raison de l'absence fréquente de symptômes. Lorsque les hommes ont une IST, ils sont quatre fois moins nombreux que les femmes à prévenir leur partenaire sexuel régulier afin qu'elles puissent se traiter. De plus, ils continuent à avoir des rapports sexuels à risque, au contraire des femmes².

Pour être efficaces, les actions de prévention se doivent d'intégrer une approche genrée pour renforcer l'autonomie des femmes et faire évoluer les représentations et les comportements des hommes et des femmes.

Les personnes handicapées

Si les personnes handicapées (PH) sont nombreuses (près de 4 millions), peu ou pas d'actions de prévention sur le VIH/SIDA et les IST et d'enquêtes sur leur situation vis-à-vis de la sexualité ont jusqu'à présent concerné ce public, dont le handicap est lié à un autre problème de santé que ceux résultant d'une infection à VIH. Il apparaît que les différents types de déficience (motrices, sensorielles, mentales) constituent des facteurs de vulnérabilité spécifiques et n'appellent pas les mêmes types de réponses sociales et éducatives.

La circulaire de 1996 sur la prévention du VIH/SIDA dans les établissements et services accueillant ces personnes handicapées mentales a constitué un premier pas dans l'intégration de la problématique de la prévention du VIH/SIDA dans les établissements médico-sociaux. Elle nécessite toutefois d'être mise à jour, pour mieux traiter de l'accès aux dépistages, aux vaccinations, au suivi gynécologique et aux soins des adolescents et adultes quelle que soit la nature du handicap et de la problématique des relations socio-sexuelles (vie de couple dans le contexte des établissements ou logements sociaux).

Plus largement, la publication d'une circulaire portant sur l'éducation à la vie affective et sexuelle des personnes handicapées accueillies en établissements et services médico-sociaux paraît nécessaire, afin de définir les modalités de mise en œuvre de cette éducation dans le projet individualisé d'accompagnement des personnes accueillies.

Huit actions

Elles s'organisent en trois niveaux.

- Mettre en place des actions auprès de la population générale :
 - informer la population générale pour maintenir le niveau d'information sur l'infection à VIH/SIDA et faire émerger la problématique des IST ([Action T1](#)),
 - mettre en place des actions de communication en population générale portant sur les liens entre contexte festif et prises de risques sexuels ([Action T2](#)).

2. Enquête "Contexte de la sexualité en France", CSF 2005.

- Mettre en place des actions d'éducation pour la santé en direction de publics spécifiques :
 - poursuivre la sensibilisation des jeunes à la prévention et améliorer leurs connaissances sur le VIH et les IST au cours du cursus scolaire et universitaire (Action T3) ;
 - permettre aux jeunes sous la protection judiciaire de bénéficier des actions d'éducation à la vie affective et sexuelle, à la contraception et à la prévention du VIH/SIDA et des IST (Action T4) ;
 - réaliser des programmes de prévention des risques sexuels auprès des femmes en situation de vulnérabilité (Action T5) ;
 - développer des outils et créer des lieux d'expression pour les personnes en situation de handicap (PSH) abordant les enjeux liés sexualité et à la prévention du VIH/SIDA et des IST (Actions T6 et T9).
- Utiliser des nouveaux outils de manière générale ou en fonction de populations spécifiques (TIC, réseaux sociaux, etc.) :
 - mener des actions de prévention (auprès des jeunes) via les nouveaux modes de communication (Action T7).

Mesure 2 • Mettre en place des environnements favorables à l'adoption de comportements préventifs en fonction des lieux et des publics spécifiques

Contexte et objectifs

La prévention de la transmission du VIH/SIDA et des IST nécessite la protection des relations sexuelles par le préservatif masculin et féminin dans toutes les situations de relations sexuelles avec des partenaires occasionnels ou lors de relations nouvelles ou récentes.

La promotion du préservatif féminin, seul outil de prévention actuellement disponible dont les femmes ont la maîtrise, s'avère, dans cette perspective, indispensable.

Or cet outil, commercialisé depuis 1990 demeure mal connu et peu conseillé par les professionnels de santé. Et cela, bien qu'il offre, dans de bonnes conditions d'utilisation, toutes les garanties de protection attendues d'un préservatif. Il s'agit donc de renforcer l'information sur cet outil de prévention auprès des professionnels de santé, d'en améliorer la visibilité et l'accessibilité, notamment dans les pharmacies, et d'en diminuer le coût.

Par ailleurs, seules deux IST, l'infection à papillomavirus et l'hépatite B, peuvent être prévenues par la vaccination.

Depuis 2007, on estime que 1,5 million de jeunes filles ont été vaccinées contre l'infection à papillomavirus, soit environ 40 % de cette population.

Pour l'hépatite B, on estime à environ 40 % la proportion d'adolescents de quinze ans vaccinés (données InVS). Depuis quelques années, on assiste à une amélioration de la couverture vaccinale pour les nourrissons. Le rattrapage de la vaccination des adolescents jusqu'à l'âge de quinze ans révolus s'inscrit dans la perspective d'un contrôle à plus long terme de l'hépatite B. Toutefois, une grande partie de la population adulte n'est pas protégée, y compris celle qui est à risque d'être infectée, alors qu'une transmission sexuelle de l'hépatite B est retrouvée dans 35,7 % des cas d'hépatite B aiguë symptomatique. Un des objectifs du plan national de lutte contre les hépatites 2009-2012 est d'augmenter la couverture vaccinale contre l'hépatite B.

Enfin, la prévalence de l'hépatite B est trois fois plus importante chez les bénéficiaires de la CMU complémentaire que chez les non bénéficiaires.

Les premiers bénéficiaires de la vaccination contre le virus de l'hépatite B doivent être les populations en situation de vulnérabilité (précarité sociale, migrants), les usagers de drogue, les adolescents, les personnes ayant des partenaires multiples, les partenaires de personnes porteuses du virus de l'hépatite B. Les CDAG/CIDDIST et CPEF sont des lieux référents pour ces personnes. Il semble pertinent de proposer une vaccination dans les suites d'un dépistage dans ces consultations.

Il s'agit ainsi de mettre en place des environnements favorables à l'adoption de comportements de prévention par rapport au VIH et IST.

Sept actions

Elles s'organisent en 2 niveaux.

- Favoriser l'accès aux préservatifs dans différents lieux de vie :
 - promouvoir et rendre plus accessible le préservatif masculin auprès de la population générale et plus particulièrement les jeunes ([Action T8](#)),
 - promouvoir des distributeurs de préservatifs dans les établissements universitaires ([Action T9](#)),
 - rendre plus accessible le préservatif féminin et diminuer son coût ([Action T10](#)),

- maintenir un dispositif de diffusion gratuite de préservatifs masculins et féminins auprès des populations les plus exposés au risque VIH/IST et les vulnérables (Actions HSH et LBT5, M5, P4).
- Favoriser l'accès à la vaccination des IST :
 - élargir les missions des CDAG/CIDDIST et des Centres de planning et d'éducation familiale (CPEF) à la vaccination contre le VHB et les papillomavirus (Action T11).

Mesure 3 • Mettre en place des actions de prévention combinée ciblée en direction des populations exposées au risque de transmission du VIH/IST : migrants, populations HSH et LBT, personnes détenues, usagers de drogue, personnes qui se prostituent

Contexte et objectifs

Les éléments contextuels à prendre en compte sont déclinés par population.

Population migrante

Les actions de communication s'adressent prioritairement aux populations les plus touchées par le VIH à savoir les populations originaires d'Afrique subsaharienne et d'Haïti, mais également aux populations particulièrement vulnérables (au plan économique, social, administratif ou linguistique).

Les études, enquêtes et post-tests plébiscitent :

- une visibilité de la composante "migrants" dans des campagnes de communication générales grand public sur les IST ;
- des actions spécifiquement ciblées privilégiant des supports bilingues, une approche pluri thématique (VIH/IST et autres problématiques santé) et faisant appel à la parole des personnes concernées.

Les médiateurs sont des relais indispensables de l'action préventive dans la continuité, intégrant les problématiques des IST au sein de problématiques de santé globale, sur les lieux de vie les plus pertinents pour atteindre les populations migrantes, notamment les lieux où vivent les personnes les plus en marge des structures de prévention et de soins.

Les relais de proximité sont aussi les plus à même d'intervenir efficacement auprès de personnes en situation de vulnérabilité particulière, notamment les personnes exerçant la prostitution.

La prise en charge de la problématique de l'homosexualité et de la bisexualité par des intervenants associatifs dans le champ de la migration est une démarche récente qui doit impérativement être soutenue, car ces derniers doivent faire face à de fortes réticences, voire des pressions pour laisser ces questions dans l'ombre, au mépris de la prise en charge des personnes séropositives concernées et de l'adoption de comportements préventifs. La lutte contre le SIDA doit passer, en milieu migrant comme ailleurs, par le respect des minorités et la libre parole autour des sexualités diverses.

Il s'agit ainsi d'améliorer le recours aux dispositifs de prévention dans la population migrante.

Population HSH et LBT

Au regard des dernières communications internationales, de l'avis du Conseil national du Sida³ et des recommandations du rapport RDRs⁴, les stratégies de prévention ayant fait la preuve de leur efficacité et adaptées au contexte français reposent sur :

- l'utilisation des préservatifs masculins ou féminins, des digues dentaires qui restent les socles de la prévention, dans toutes les situations de relations sexuelles entre partenaires occasionnels et de couples dont l'un des deux partenaires est séropositif (couples séro-différents) ;
- l'information sur l'utilisation et les mésusages du préservatif qui doit rester extrêmement forte auprès des populations HSH, FSF (pour les IST) et Trans ;

3. L'intérêt du traitement comme outil novateur de la lutte contre l'épidémie d'infections à VIH, du 9 avril 2009.

4. Le rapport "Mission RDRs" sur "prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST", de M^{me} F. Lert et du P^r G. Pialoux, de décembre 2009.

- la recommandation pour les PVVIH, avec les partenaires occasionnels, en particulier dans les relations HSH du maintien du recours systématique au préservatif combiné éventuellement avec un traitement efficace (Action T25) ;
- le traitement post-exposition (TPE) qui peut être efficace, en cas d'exposition accidentelle, pour les personnes habituées à se protéger avec l'usage systématique du préservatif, au sein d'un couple séro-différent ou lors de rapports avec un partenaire occasionnel de statut indéterminé. La PEP constitue pour ces personnes une possibilité de réduction du risque de contamination. L'information et l'accès à ce traitement sont actuellement insuffisants et devront être renforcés pour les personnes séropositives au VIH (PVVIH) et leurs partenaires (Action T35) et en direction des multipartenaires qui se protègent habituellement dans ces groupes à forte prévalence ;
- l'ensemble de ces stratégies ne peut être efficace que si les partenaires s'informent mutuellement de leur statut sérologique ;
- une meilleure prise en compte de la santé sexuelle des PVVIH et des personnes à risque de VIH et d'IST (Action T35) ;
- le rôle nécessaire des associations de lutte contre le VIH, mais aussi des associations identitaires comme relais de ces actions.

Il s'agit d'adapter la prévention et les capacités préventives des femmes et hommes homo-bisexuels ou Trans pour réduire la transmission du VIH/IST.

Usagers de drogue

Globalement, la politique de réduction des risques (RDR) conduite depuis 20 ans a eu un impact très positif sur la transmission du VIH dans la population des UD. Le VHC reste en revanche un problème majeur dans cette population, avec une prévalence de l'hépatite C s'élevant à 60 % et déjà très élevée chez les UD âgés de moins de 30 ans (28 %), d'après les données de l'enquête Coquelicot⁵. Ceci s'explique par la persistance du partage du matériel de consommation de drogues.

La grande précarité économique et sociale de certains UD et leurs conditions de vie participent à leur plus grande exposition au risque viral. Des lieux de consommation de drogue (squats, événements festifs...) sont aussi le lieu de pratiques de tatouage/piercing. Si ces dernières ne sont pas pratiquées en respectant les règles d'hygiène et de salubrité, elles peuvent engendrer des transmissions VIH/hépatites.

De plus, les usagers de drogues sont confrontés, par leur situation marginalisée, à des obstacles spécifiques dans l'accès à la prévention et aux soins.

Des inégalités d'accès aux programmes de RDR persistent. Ils sont de plusieurs ordres :

- l'inégalité de déploiement des programmes et matériels de RDR sur les territoires, qui rendent difficiles l'accès à ces programmes et aux soins (disparité notamment entre zone urbaine et rurale) ; il faut aussi noter l'insuffisance du déploiement géographique des automates distributeurs/récupérateurs de kits d'injection et des difficultés quant à l'obtention de kits en pharmacie ;
- des inégalités d'accès :
 - pour les personnes isolées et éloignées de ces programmes et peu mobiles : cet isolement est source d'une prise de risque plus élevée (partage de matériel, grande précarité...),
 - pour les personnes toxicomanes d'origine étrangère, confrontées à des difficultés linguistiques, sources d'exclusion.

5. Source : Jauffret-Roustide M., Couturier E., Le Strat Y. et al., "Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France", *Bulletin Épidémiologique*, hebdomadaire 2006, 33/5, septembre, p. 244-247.

- pour les femmes usagères de drogues particulièrement vulnérables parce qu'elles sont souvent dépendantes de leur partenaire pour leur consommation de drogues et contraintes d'accepter des rapports sexuels non désirés et certaines formes de sexualité (recours à la prostitution pour de la drogue ou de l'argent).

Il s'agit :

- d'adapter le dispositif de RDR et l'accessibilité des matériels à l'extension de l'usage des drogues de la ville, vers les zones périurbaines et rurales ;
- d'atteindre les usagers de drogues les plus éloignés des dispositifs de RDR (dont les femmes).

Personnes qui se prostituent

En matière de prévention du VIH et des autres IST, le plan se préoccupe de la prostitution "classique" (de rue ou via Internet) et aux échanges dits économique sexuels qui recouvrent l'octroi de prestations ou de services sexuels contre compensation (argent, hébergement/logement, nourriture etc.) de manière plutôt occasionnelle mais non sans risques du point de vue de la transmission du VIH et des autres IST. La prévention VIH/IST n'a pas jusqu'à présent intégré cette dimension nouvelle de la prostitution, plus présente dans les DFA.

L'effectif de la population des personnes prostituées de rue est mal connu. L'office central pour la répression de la traite des êtres humains (OCRTEH) avait évalué leur nombre entre 12 000 et 15 000 en 2002, mais des chiffres bien supérieurs circulent en raison notamment du développement d'une prostitution plus masquée, via internet par exemple. Les personnes qui se prostituent sont majoritairement des femmes étrangères, venant d'Europe de l'Est, d'Afrique, d'Amérique latine, et dans une moindre mesure du Maghreb ou de Chine. La prostitution masculine en direction d'hommes homo/bisexuels représente environ 10 % de la prostitution et concerne des jeunes étrangers originaires des pays de l'Est. Enfin, les personnes transgenres représentent une part importante des personnes prostituées dans les grandes agglomérations.

Les études françaises sur la santé des personnes qui se prostituent sont rares, anciennes, mais attestent d'une séroprévalence VIH élevée chez les personnes usagères de drogues injectables qui se prostituent.

Les évolutions intervenues en France dans la dernière décennie en matière législative, si elles ont permis de lutter contre le proxénétisme, ont eu un impact sur l'accès aux soins et à la prévention du VIH et des IST des personnes prostituées. La pénalisation du racolage actif et passif (Loi de sécurité intérieure de 2003), un contrôle plus strict de l'immigration ont induit des changements sur l'exercice de la prostitution et entraîné une peur des contrôles qui se traduit notamment par :

- le déplacement des personnes prostituées de rue des centres - villes vers les périphéries et l'investissement de nouveaux territoires éloignés des structures associatives et médicales existantes (routes nationales, forêts, aires d'autoroute) ;
- le développement d'une prostitution plus cachée (prostitution "invisible", salons de massage, bars à hôtesse, sex shop) ;
- une mobilité plus grande des personnes prostituées (en France et dans toute l'Europe).

Ces changements compliquent le travail de proximité mené par les associations de santé auprès des personnes prostituées dans la mesure où les prostituées sont difficilement accessibles.

Il s'agit de favoriser et adapter l'accès à la prévention des personnes qui se prostituent.

21 actions

Pour la population migrante

- Déployer et évaluer les dispositifs nationaux de communication nationaux en direction des populations migrantes (Action M1).
- Soutenir les actions communautaires :
 - faciliter l'intervention de médiateurs formés (Action M2),
 - renforcer l'appropriation des stratégies de prévention par les femmes migrantes (Action M3),
 - lever le tabou sur l'homosexualité entre hommes et entre femmes, et sur la bisexualité parmi les populations migrantes (Action M6).
- Agir dans les lieux d'accueil des populations migrantes :
 - inscrire la problématique santé VIH/SIDA/IST/migrants dans les PRAPS, dans les PRIPI et dans les actions de prévention conduites dans les centres de premier accueil pour les étrangers précaires (Action M4),
 - maintenir un dispositif de diffusion gratuite de préservatifs masculins et féminins aux structures d'accueil recevant des migrants et conduisant des actions de prévention des IST (Action M5).

Pour la population HSH et LBT

- Intégrer dans une approche combinée de la prévention, l'usage du préservatif, le dépistage, le traitement précoce par antirétroviraux et les autres méthodes validées de RDRs :
 - améliorer les connaissances et les capacités des HSH et FSF (pour le VIH) en matière de prévention du VIH et des IST (Action HSH et LBT 1),
 - intégrer la prévention du VIH/IST dans une approche et une communication globale de la santé sexuelle pour les femmes et les hommes homo-bisexual(le)s (Action HSH et LBT 2),
 - améliorer les connaissances et les capacités des Trans à se protéger et à protéger leurs partenaires par la promotion de la santé sexuelle (Action HSH et LBT 3).
- Mobiliser les acteurs associatifs et communautaires :
 - expérimenter et développer des offres alternatives, notamment des actions de prévention et/ou de dépistage hors les murs pour les HSH (Action HSH et LBT 14),
 - améliorer la prise en charge sanitaire des Trans en lien avec les prises en charge du VIH et des IST et favoriser l'accès aux droits et aux soins des personnes Trans (Action HSH et LBT 4).
- Favoriser un environnement de prévention :
 - renforcer la mise à disposition d'outils d'information et de prévention auprès des populations des femmes et hommes homo-bisexual(le)s qui fréquentent des lieux ou sites de rencontres sexuelles. (Action HSH et LBT 5),
 - instaurer une réglementation sanitaire des établissements de rencontre (normes en matière d'hygiène et de prévention du VIH/IST) (Action HSH et LBT 6),
 - agir pour une meilleure acceptation des orientations sexuelles et soutenir les personnes HSH, FSF en souffrance ou victimes d'actes homophobes (Action HSH et LBT 7).

Pour les usagers de drogue

- Réduire les risques de transmissions du VIH et des hépatites liées aux pratiques de tatouage et de piercing et aux modifications corporelles (Action UD2).
- Améliorer l'accessibilité des programmes et des matériels de réduction des risques liés à la toxicomanie et les traitements de substitution aux opiacés (TSO) (Action UD1).
- Améliorer l'accès des femmes consommatrices de drogues à la prévention des risques sexuels et à un suivi gynécologique (Action UD3).

Pour les personnes qui se prostituent

- Communiquer et agir spécifiquement auprès des personnes qui se prostituent et auprès des clients (Action P5).
- Soutenir les actions communautaires en organisant et coordonnant l'offre de prévention des différents acteurs au niveau régional (Action P1) et en recensant et mettant à disposition des associations et des personnes prostituées les documents et outils de prévention du VIH/SIDA et des IST (Action P4).
- Agir sur l'environnement, en menant une réflexion avec les services du ministère de l'intérieur pour les sensibiliser aux enjeux de santé publique liés à la prévention du VIH/SIDA et des IST pour les personnes qui se prostituent (Action P3).

Mesure 4 • Former les professionnels de santé et associatifs aux différentes approches de prévention en population générale, spécifique et ciblée

Contexte

Cette mesure est présentée par types de professionnels, constituant ainsi 3 volets de déclinaison de la mesure.

Professionnels intervenant auprès de population vulnérable

Il existe une diversité dans les approches des différents acteurs intervenant en éducation à la sexualité auprès des jeunes (ÉDUCATION nationale, Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), Centres régionaux et départementaux d'éducation pour la santé, associations régionales de lutte contre le sida (CRIPS, ALS...), un manque de méthodologie commune, et parfois une méconnaissance des textes réglementaires et des outils déjà existants.

Pourtant un certain nombre de supports pédagogiques existent : <http://eduscol.education.gouv.fr> : rubrique éducation à la sexualité

Certaines personnes peuvent être sollicitées par les personnes handicapées autour des questions de la sexualité et de la prévention du VIH/SIDA et des IST : les personnels travaillant dans les institutions (éducateurs, aides médicaux et psycho-sociaux, infirmiers...) et ceux travaillant dans les associations de lutte contre le VIH/SIDA. Ils doivent sensibiliser ou former selon leur niveau de connaissance et d'intervention à l'abord de ces questions.

On constate une difficulté pour les soignants à prendre en compte les aspects de la vie sexuelle de leurs patients notamment ceux séjournant sur du long terme en établissements psychiatrique alors même que ces derniers ont un risque accru de contracter une IST, sont plus exposés aux grossesses non désirées, et aux violences sexuelles.

Le dialogue autour de la sexualité avec les professionnels de santé est également difficile. Les patients ont peu recours aux professionnels de santé lorsqu'ils rencontrent des difficultés dans leur vie sexuelle. Les généralistes sont les plus sollicités dans ce cas⁶. Comme le montre l'enquête sur les représentations de la sexualité chez les médecins généralistes⁷ *"les médecins ne reçoivent quasiment aucune formation universitaire ou clinique aux questions de la sexualité"*. Ainsi le plus souvent ces professionnels ont une réponse médicalisée aux demandes des patients, sans prendre en compte les enjeux individuels psychologiques et relationnels de la sexualité qui peuvent être déterminants dans le risque d'exposition aux IST.

Une enquête sur la consommation des soins médicaux réalisée en 2000 montre que 86,4 % des personnes interrogées, ayant entre 20 et 25 ans, ont consulté un généraliste au cours des 12 derniers mois et 68,8 % des femmes interrogées de la même classe d'âge ont consulté au moins une fois un gynécologue. Ces professionnels de santé sont donc un maillon essentiel de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

Il s'agit ainsi de former ces professionnels et bénévoles aux différentes approches de prévention.

Professionnels intervenant auprès de population HSH et LBT

Au sein de l'Union européenne, certaines recherches indiquent que les personnes homosexuelles font face à des discriminations dans le domaine de la santé, comme le fait de classer l'orientation

6. S. Levinson, "Enquête Contexte de la sexualité en France", 2006.

7. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité. pp. 147-167 in : G. Bloy, F.-X. Schweyer (eds.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Éditions EHESP, 2010.

sexuelle des personnes HSH et LBT comme un trouble ou une maladie. Toutefois, s'il est difficile de déterminer l'ampleur réelle de la discrimination à l'encontre des personnes homosexuelles, car ces dernières ont tendance à cacher leur orientation sexuelle, cette discrimination vécue peut conduire les personnes à éviter de recourir aux soins de santé.

De plus, l'état de santé général des personnes homosexuelles est une préoccupation majeure. Des recherches mettent en corrélation homophobie, harcèlement et marginalisation avec une santé physique et mentale généralement faible chez les personnes homosexuelles.

Par ailleurs, le fait de ne pas pouvoir reconnaître le partenaire de même sexe comme étant un "proche" engendre des difficultés pour les proches dans l'accès à l'information, la prise de décision au sujet des soins et traitements à autoriser et enfin les visites à l'hôpital⁸.

Le rôle des professionnels de santé intervenants est important dans l'information des personnes atteintes en matière de prévention. Toutefois cette préoccupation préventive est aujourd'hui clairement insuffisante chez les médecins, la teneur des contenus préventifs hétérogènes, le temps consacré à cette part de la prise en charge souvent très faible par habitude professionnelle, focalisation sur les résultats thérapeutiques et contraintes générales du travail hospitalier⁹.

Pour les FSF, les problèmes se posent avec les gynécologues dans le cadre de la contraception, du suivi et des actes de prévention. Dans l'enquête SOS homophobie de la commission lesbophobie 2004, sur 1 793 lesbiennes, 10 % évoquent l'expérience d'au moins une situation lesbophobe dans le milieu de santé. 44 % d'entre elles concernent les gynécologues et se manifestent sous la forme d'un manque de formation et d'information sur les questions de l'orientation sexuelle, d'un déni de l'homosexualité (ex : témoignages, d'une certaine brutalité, nervosité ou froideur de la part du professionnel) (cf. action T16).

Actuellement, les études épidémiologiques, les enquêtes KABP et les remontées d'information en provenance des représentants associatifs constatent l'insuffisance d'accès à la prévention et aux soins nécessaires pour les femmes et les hommes homo-bisexuels faute de connaissances de la part des professionnels, faute de services et de professionnels capables de réaliser les actes nécessaires ou encore en raison d'attitudes négatives ou du simple malaise des professionnels de santé face aux personnes homosexuelles. Ceci limite l'accès réel des personnes aux soins.

Les connaissances actuelles et disponibles mettent en évidence pour la population HSH, que :

- près de la moitié des nouvelles découvertes du VIH sont dues à des contaminations récentes inférieures à six mois ;
- 20 % des HSH séropositifs pour le VIH dans l'enquête Prevagay ne connaissaient pas leur statut sérologique et 22 % d'entre eux ne s'étaient jamais dépistés.

Il s'agit ainsi d'améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des HSH et LBT par les professionnels de santé et du social.

Professionnels intervenant auprès de population migrante

"En 2001, un tiers de la population sans domicile dénombrée par l'Insee était étrangère (4 fois plus que dans l'ensemble de la population). En région parisienne, une majorité des femmes et des familles hébergées dans des dispositifs d'urgence ou à l'hôtel sont étrangères." ¹⁰

8. Homophobie et discriminations fondées sur l'orientation sexuelle et identité de genre dans les États membres de l'UE, mars 2009, Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne.

9. Rapport SIDA Info Service 2008.

10. "La santé des personnes sans chez soi", V. Girard, P. Estecahandy, P. Chauvin, rapport remis à M^{me} la Ministre de la Santé et des Sports, novembre 2009.

La santé n'est jamais prioritaire dans un contexte individuel de précarité économique et/ou administrative. De ce fait, les personnes migrantes les plus précaires sont plus rapidement en contact avec des acteurs sociaux (institutionnels ou associatifs) qu'avec des acteurs sanitaires (auxquels elles n'ont recours bien souvent qu'en cas d'urgence avérée).

Deux types de programmes régionaux sont susceptibles de contribuer au développement d'actions de prévention santé concernant les migrants précaires :

- les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ;
- les Programmes régionaux d'intégration des populations immigrés (PRIPI).

Les centres d'accueil pour les migrants, demandeurs d'asile (CADA, Médecins du Monde, COMEDE, France Terre d'Asile...) qui assurent l'accueil des demandeurs d'asile ou personnes étrangères précaires, peuvent contribuer à ces missions d'information en matière de prévention des IST.

Il s'agit ainsi d'améliorer la qualité des pratiques des professionnels intervenant auprès des migrants.

Huit actions

Populations vulnérables

- Former dans un cadre inter-institutionnel les professionnels menant des interventions collectives en éducation à la sexualité et de prévention du VIH/SIDA et des IST auprès des jeunes ([Action T12](#)).
- Favoriser l'intégration de la problématique du VIH/SIDA et des IST dans la pratique des gynécologues et généralistes prenant en charge les femmes pour un suivi gynécologique ([Action T16](#)).
- Former les intervenants auprès de personnes en situation de handicap à la prévention du VIH/SIDA et des IST ([Action T13](#)).
- Sensibiliser et former les professionnels concernant la prévention des risques liés aux pratiques sexuelles pour les patients suivis en psychiatrie ([Action T14](#)).
- Sensibiliser les acteurs associatifs, sanitaires, sociaux et judiciaires en contact avec les personnes prostituées aux enjeux de la prévention du VIH/SIDA et des IST ([Action P2](#)).

Population HSH et LBT

- Favoriser des approches respectueuses des choix d'orientation sexuelle et rapport de genre en intervenant auprès des professionnels sanitaires et sociaux en contact avec la population des femmes et hommes homo-bisexuel(le)s ([Action HSH et LBT 8](#)).
- Améliorer l'accueil des populations homo-bisexuelles dans les centres de dépistage existants et à venir, le cas échéant (CPEF, CDAG, CIDDIST et centres de santé) ([Action HSH et LBT 13](#)).

Population migrante

- Inscrire les thématiques prévention/dépistage VIH/SIDA/IST chez les migrants dans les programmes de formation en direction des professionnels de santé et des intervenants associatifs ([Action M9](#)).



Axe 2 → Dépistage

Contexte

Dépistage du VIH

Le dépistage est au cœur du dispositif de la prise en charge et de la prévention du VIH : il permet aux personnes qui apprennent leur séropositivité d'une part, de bénéficier d'une prise en charge et d'autre part, d'adapter leurs comportements préventifs.

L'activité de dépistage du VIH est globalement élevée en France avec près de **5 millions de tests réalisés par an** (soit près de 80 tests VIH réalisés pour 1 000 habitants). Les laboratoires de ville réalisent environ 80 % des tests.

Si le nombre de personnes diagnostiquées à un stade très tardif a globalement diminué entre 2003 et 2008 de **20 % à 13 %**, **la moitié des personnes découvre sa séropositivité avec un taux de lymphocytes CD4 inférieur à 350/mm³**, ce qui correspond déjà à un déficit immunitaire et au seuil recommandé (jusqu'à présent) pour la mise sous traitement antirétroviral ; 29 % d'entre elles sont diagnostiqués avec un taux de CD4 inférieur à 200/mm³. Avec les nouvelles recommandations 2010 de débiter le traitement au seuil de 500 CD4/mm³, ces proportions de diagnostics trop tardifs par rapport à l'indication thérapeutique se trouvent de fait encore plus élevées. En 2010, le nombre de personnes infectées ignorant leur séropositivité est estimé à 50 000, avec un intervalle de 32 000 à 68 000 personnes.

Le retard au diagnostic concerne deux profils différents de patients comme le montrent les enquêtes réalisées chez des personnes séropositives :

- des personnes appartenant à une population à risque identifiée, qui pour des raisons diverses selon les groupes, n'ont pas fait de démarche volontaire de dépistage, n'ont pas été en contact avec le système de soins ou n'ont pas été dépistées lors de ce contact ;
- des personnes à faible risque "apparent" (personnes hétérosexuelles françaises par exemple).

Face au constat d'un retard au diagnostic encore très important et des bénéfices d'un dépistage précoce pour la personne et pour la collectivité depuis l'apparition de nouveaux moyens thérapeutiques, le CNS en 2006 et la HAS en 2009 ont formulé des recommandations pour mettre en œuvre une nouvelle stratégie de dépistage de l'infection à VIH qui doit venir compléter le dispositif actuel fondé sur la promotion du recours spontané au dépistage dans un contexte de prise de risques.

Le plan impulse une stratégie volontariste de promotion du dépistage VIH/IST en prônant le renforcement d'un "trépied du dépistage", qui s'intègre dans la stratégie de prévention dite combinée :

- **Le dépistage dans le système de soin, par les professionnels de santé de premier recours**
Ce dépistage s'adresse à l'ensemble de la population indépendamment d'une notion de risque d'exposition ou de contamination par le VIH. Il est proposé à l'initiative du médecin traitant à l'occasion d'un recours aux soins. Cette proposition de dépistage fait d'ailleurs l'objet d'une campagne nationale de communication pilotée par l'Inpes dès 2010.

Une offre de dépistage ciblé et régulier en fonction des populations et des circonstances doit également être proposée pour le VIH et les IST.

- **Le dépistage par les pairs pour les populations à forte incidence**

Il s'agit, de développer une offre de dépistage dit communautaire, réalisé par les pairs. Cette modalité de dépistage vise à répondre aux besoins des populations qui ne veulent ou ne peuvent se rendre dans le dispositif "classique". Cette modalité de dépistage s'adresse en premier lieu aux HSH. Elle pourrait également répondre à des besoins spécifiques d'autres populations en situation de vulnérabilité (certaines populations de migrants, personnes se livrant à la prostitution, usagers de drogue...).

- **Le dépistage anonyme et gratuit**

Le dispositif actuel du dépistage du VIH et/ou des autres IST doit être soutenu et réorganisé, pour gagner en lisibilité et efficacité.

La mise en œuvre de cette stratégie ne peut se faire sans une mesure visant à renforcer les compétences des professionnels. Elle s'appuiera également sur l'important dispositif existant d'assistance aux usagers et aux professionnels que constitue SIDA Info Service.

Dépistage des IST

Ces dix dernières années ont été marquées par la résurgence de la syphilis à la fin 2000 et l'émergence de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) rectale en 2003 chez les hommes ayant des rapports avec les hommes et par une augmentation lente des IST en population générale, notamment des infections à chlamydiae. Selon les données du réseau Renachla reposant sur un réseau de biologistes volontaires, on constate entre 2003 et 2006, une augmentation des résultats positifs de 55 % chez les hommes et de 66 % chez les femmes (données InVS).

Les différentes enquêtes socio-comportementales montrent que les IST sont le plus souvent diagnostiquées à un stade symptomatique. Il importe donc de favoriser le dépistage de ces infections à un stade plus précoce en développant une proposition adaptée selon les différents publics.

À l'exception du VIH, chaque IST correspond à un public spécifique auprès duquel doit être développée une proposition de dépistage adaptée et dont les enjeux varient selon les populations concernées.

- Ainsi, en population générale le dépistage des chlamydiae doit être élargi en particulier pour les femmes jeunes et les multipartenaires pour limiter les risques de stérilité et de grossesse extra-utérines.
- Le dépistage du papillomavirus (HPV) concerne plus spécifiquement les personnes de plus de 25 ans et se fait par un frottis cervico-utérin. La recherche d'HPV ne se fait que dans un second temps à visée diagnostique devant un frottis anormal.
- Pour la population homosexuelle, le dépistage de la syphilis doit être priorisé (*cf. programme HSH et LBT*).
- Les enjeux du dépistage de l'hépatite B sont multiples puisqu'il s'agit à la fois de diminuer la transmission aux partenaires mais aussi de proposer la vaccination aux personnes non immunisées.

Comme pour l'infection à VIH, l'amélioration du dépistage des IST doit contribuer à leur prise en charge précoce pour un bénéfice individuel mais aussi collectif.

En ce sens, une campagne de communication est également mise en œuvre fin 2010 par l'Inpes pour faire valoir la simplicité des démarches de dépistage et inciter au dépistage quelle que soit sa sexualité.

Objectifs

Objectif d'intervention de l'axe

Améliorer la détection précoce du VIH et des IST et réduire le retard à leur prise en charge.

Objectifs opérationnels

Mesure 1

Proposer dans le système de soin par les professionnels de santé de premier recours à la population générale un dépistage du VIH hors notion de risque d'exposition ou de contamination par le VIH.

Mesure 2

Offrir un dépistage ciblé et régulier du VIH pour certaines populations et/ou dans certaines circonstances.

Mesure 3

Réorganiser le dispositif actuel des CDAG/CIDDIST et créer un réseau de centres de santé sexuelle.

Mesure 4

Mettre en œuvre un dépistage en milieu communautaire.

Mesure 5

Améliorer le dépistage des IST.

Mesure 6

Renforcer les compétences des professionnels en matière de dépistage du VIH et des IST.

Mesure 7

Améliorer le lien entre **dépistage et prise en charge** : dispositif d'accueil rapide et coordonné dans les services dans un contexte de "post-annonce" afin de rapprocher dépistage et soins.

Mesures et actions

Mesure 1 • Proposer, dans le système de soin par les professionnels de santé de premier recours, un test de dépistage du VIH à la population générale hors notion de risque d'exposition ou de contamination par le VIH

Contexte et objectif

Jusqu'à présent, le dépistage de l'infection à VIH était fondé sur une démarche volontaire dans le contexte d'une prise de risque. La mise à disposition de nouveaux traitements, et la persistance d'un retard au diagnostic de certains groupes ne considérant pas ou n'étant pas identifiés comme étant "à risque" ont amené la HAS à montrer l'efficacité d'une proposition de dépistage élargie à l'ensemble de population générale adulte¹¹.

Ce changement stratégique s'inscrit dans des orientations adoptées au niveau international par l'OMS et l'ONUSIDA et par d'autres pays comme les États-Unis, où l'épidémie est, comme en France, concentrée dans certains groupes, différents selon les pays, et relativement basse en population générale. Cette orientation consiste principalement à ajouter au dispositif actuel de dépistage qui repose sur l'initiative de la personne, une invitation au test en population générale par les professionnels de santé de première ligne, notamment les médecins généralistes.

La mise en œuvre de cette stratégie pourrait être facilitée par l'utilisation de tests rapides d'orientation diagnostique. Ces réactifs peuvent être un outil intéressant pour améliorer l'accès à son statut sérologique dans certaines circonstances. Ainsi depuis 2008 des expérimentations sont menées aux urgences d'Île-de-France pour évaluer l'intérêt d'une proposition systématique d'un dépistage du VIH par TROD. La HAS recommande également que soit rendue possible l'utilisation de TROD par des médecins notamment en Guyane.

Depuis 2010 l'article L.6211-10 du CSP rend possible la réalisation d'un test de dépistage directement dans ces laboratoires, sans prescription. Cette évolution législative est en accord avec les recommandations de la HAS de 2009. Il est nécessaire d'aider les biologistes dans cette démarche notamment pour gérer l'annonce d'un résultat positif.

Il s'agit de proposer dans le système de soin par les professionnels de santé de premier recours à la population générale un test de dépistage hors notion de risque d'exposition ou de contamination par le VIH.

Trois Actions

- Proposer un test de dépistage à la population générale de 15 à 70 ans indépendamment d'une notion d'exposition à un risque de contamination par le VIH à l'occasion d'un recours aux soins notamment chez les médecins généralistes. Le dépistage sera proposé à tout patient n'ayant pas été dépisté (Action T17).
- Développer l'utilisation des TROD en cabinets de médecine générale, afin de faciliter l'accès au dépistage des populations dont le recours au dispositif actuel est insuffisant par rapport à leur exposition au risque et d'améliorer l'accès aux résultats du dépistage. L'encadrement de l'usage des TROD (conditions de réalisation des tests, personnes habilitées à les faire) et la définition des populations pouvant en bénéficier seront réglementés (Action T18).
- Formaliser les processus de rendu de résultat de tests réalisés hors prescription en laboratoire (Action T19).

11. Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage, HAS, octobre 2009.

Mesure 2 • Offrir un dépistage ciblé et régulier du VIH pour certaines populations et/ou dans certaines circonstances

Contexte et objectif

Ainsi que le recommande la HAS, parallèlement à la stratégie développée en population générale, l'offre de dépistage ciblée à certaines populations doit être maintenue et développée.

À l'occasion d'une grossesse : depuis la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993, le dépistage systématique de l'infection par le VIH est proposé, avec recueil préalable d'un consentement spécifique, aux femmes enceintes lors de la première consultation prénatale. L'enquête périnatale de 2003 montre que 75 % des femmes enceintes ont été dépistées pour le VIH.

La HAS préconise pour améliorer ce taux de participation :

- de proposer un contrôle sérologique à la consultation du 6^e mois de grossesse aux femmes séronégatives exposées à un risque viral, en particulier si le partenaire est séropositif pour le VIH ou de statut inconnu ;
- de proposer un test de dépistage VIH aux futurs pères.

Ce dernier point a fait l'objet d'une traduction réglementaire : le test de dépistage du VIH fait ainsi partie de l'examen du 4^e mois du futur père prévu par l'Assurance-maladie dans le cadre du suivi de grossesse. Cependant, il semble qu'une telle disposition ne soit peu mise en œuvre à l'heure actuelle.

Pour certains publics, la HAS a montré l'intérêt de proposer un dépistage ciblé et régulier du VIH notamment pour les HSH, les UDIV, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes.

Les recommandations habituelles sur la proposition d'un test de dépistage du VIH dans certaines circonstances sont aussi maintenues :

- lors de suspicion ou diagnostic d'IST ou d'hépatite B ou C ;
- lors de suspicion ou diagnostic de tuberculose ;
- à l'occasion d'une interruption volontaire de grossesse ;
- à l'occasion d'une première prescription d'une contraception ;
- en cas de viol ;
- en cas d'incarcération.

Il s'agit ainsi de maintenir et renforcer le dépistage ciblé du VIH pour certains publics, dans certains territoires ou en fonction de situations d'exposition à un risque de transmission de ce virus.

Six actions

- Renforcer le dépistage des futurs parents à l'occasion d'une grossesse ([Action T20](#)).
- Pour d'autres publics, des actions visant à proposer systématiquement un dépistage du VIH et à le répéter, sont présentées dans chacun des programmes populationnels. Elles concernent :
 - les publics HSH et LBT ([Actions HSH et LBT 9, 10](#)),
 - les usagers de drogues ([Action UD4](#)),
 - les personnes qui se prostituent ([Action P6](#)),
 - les personnes multipartenaires¹² originaires d'Afrique subsaharienne ([Action M7](#)).

12. Multipartenaire = plus d'un partenaire sexuel au cours des douze derniers mois (KABP 2004).

Mesure 3 • Réorganiser le dispositif actuel des CDAG/CIDDIST et expérimenter des centres de santé sexuelle

Contexte et objectifs

Les nouvelles stratégies de dépistage du VIH préconisées par la HAS ont pour objectif de banaliser la proposition de test, en dehors de tout contexte de prise de risque. Ces propositions ne sauraient remettre pour autant en cause le dispositif existant, fondé sur une démarche volontaire de recours au test accompagné d'une information et d'un conseil délivrés par un professionnel de santé. Le dispositif CDAG/CIDDIST est à ce titre un lieu privilégié pour répondre à cette demande. Il est nécessaire de le faire évoluer afin de tenir compte des évolutions comportementales et thérapeutiques et d'intégrer la problématique des IST. À ce titre la mise en œuvre de la recentralisation de la lutte contre les IST a été évaluée en 2010 par l'inspection générale des affaires sociales.

Cette évaluation montre :

- une grande hétérogénéité dans la localisation territoriale et les modalités d'organisation et de fonctionnement de ces structures dédiées à la lutte contre le VIH et les IST ;
- un manque de connaissance au niveau national sur les budgets réellement alloués à ces activités ;
- une grande variabilité selon les structures dans le calcul des dépenses (soit sur une base forfaitaire soit sur la base de l'activité effectivement réalisée) et de fixation des financements ;
- une hétérogénéité des compétences et des pratiques ;
- une absence de pilotage national et de vision d'ensemble du dispositif lié en partie à l'inadéquation des rapports d'activité et au manque d'un outil informatique pour faciliter la remontée d'information.

Ce constat confirme celui des professionnels et experts sur la nécessaire rénovation du dispositif **CDAG/CIDDIST**. Le dispositif doit être profondément revu en conservant ce qui fait l'originalité et la pertinence de l'actuel (notoriété, accessibilité, anonymat, gratuité, approche d'ensemble ciblée sur la prévention).

Il s'agit notamment ici de proposer une réorganisation du dispositif permettant de prendre en charge de manière globale et unifiée le dépistage du VIH et des IST et d'assurer les traitements de premier recours pour ces dernières. Pour ce faire, un cahier des charges sur les modalités de cette prise en charge sera élaboré et permettra à chaque structure de l'actuel dispositif (intégrant également les centres de planification et d'éducation familiale, CPEF et centres de santé) d'y répondre de manière individuelle ou par un partenariat interétablissement sur les territoires.

En outre, ainsi que le souligne la HAS¹³, *"il importe également de réaffirmer le rôle de ces structures de références en matière de santé sexuelle..."*. Cette orientation répond au concept de santé sexuelle développée depuis 2002 par l'OMS. Ce concept regroupe, au-delà des IST incluant le VIH, le bien être sexuel et affectif, les grossesses non intentionnelles et les avortements réalisés de façon non sûre, les violences entre sexes, certains aspects de la santé mentale, les mutilations sexuelles, la stérilité et les conséquences du handicap sur la sexualité. En France, actuellement coexistent le plus souvent des dispositifs spécialisés qui demeurent, sauf exception, plus ou moins étanches les uns aux autres : aux CDAG le dépistage du VIH et des hépatites, aux CIDDIST le diagnostic et le traitement des IST et aux CPEF l'abord de l'information et d'éducation à la sexualité et la planification avec possibilité d'extension des missions aux IST avec un public plus féminin et plus jeune. Face à ce constat, il semble souhaitable d'expérimenter une offre globale pour la

13. Dépistage de l'infection par le VIH en France, Stratégies et dispositif de dépistage, HAS, octobre 2009.

santé sexuelle regroupant aux problématiques du VIH et des IST, celles de la fertilité et de l'éducation à la sexualité. La récente création d'un centre de santé sexuelle en Île-de-France (le 190 de SIS) illustre l'intérêt soulevé par ce type de structure innovante.

Enfin le dispositif CDAG- CIDDIST doit évoluer pour répondre aux besoins des personnes en situation de handicap (PSH). En effet l'accès aux consultations de dépistage du VIH et des IST et de gynécologie reste difficile principalement pour les personnes handicapées physiques (obstacles architecturaux, difficulté d'accès à certains examens en raison de matériel inadapté) et pour les personnes malentendantes (communication impossible sans interprétariat). La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées prévoit pourtant que tous les établissements recevant du public soient mis en conformité d'ici 2015 pour recevoir des personnes handicapées. Les CDAG et de CIDDIST ne répondent pas tous encore à ces exigences. Le matériel utilisé peut être également un frein à une prise en charge des personnes ayant un déficit moteur. Une étude auprès des PSH (Audition publique HAS 2008 - Consommation et accès aux soins des handicapés) a montré que l'accès au frottis est l'acte médical qui reste le plus limité chez les femmes ayant un handicap moteur. Les tables de gynécologie qui peuvent être le plus souvent surélevées pour diminuer les contraintes ergonomiques des professionnels de santé, ne sont pas équipées d'un dispositif permettant de les descendre pour faciliter l'installation des patientes. Le problème d'accessibilité pour les sourds est également identifié.

Il s'agit de faire évoluer le dispositif de dépistage anonyme et gratuit.

Six actions

- Réorganiser le dispositif CDAG/CIDDIST (Action T21).
- Expérimenter des centres de santé sexuelle (Action T22).

D'autres actions répondant au même objectif sont proposées pour différentes populations dans les autres programmes :

- améliorer l'accueil des populations homo-bisexuelles dans les centres de dépistage existants et à venir, le cas échéant (CPEF, CDAG, CIDDIST et centres de santé) pour les HSH et LBT (Action LGBT 13) ;
- améliorer la prise en charge et l'accès des personnes en situation de handicap au dépistage du VIH et des IST et au suivi gynécologique (Action T23) ;
- développer des propositions diversifiées de tests VIH et autres IST aux migrants (Action M7) ;
- élargir et consolider l'offre de dépistage (particulièrement le dépistage hors les murs) et son accessibilité en formalisant des partenariats avec des CDAG/CIDDIST pour les personnes qui se prostituent (Action P6).

Mesure 4 • Mettre en œuvre un dépistage en milieu communautaire

Contexte et objectifs

Dans le cadre de son rapport sur le dépistage de l'infection à VIH, la HAS a recommandé en octobre 2009 qu'une offre de dépistage soit développée, en complément du dispositif existant, dans des structures alternatives au plus près de la population cible.

Cette mesure doit permettre notamment de répondre :

- à l'urgence de développer de nouvelles stratégies de prévention auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) face à l'augmentation du nombre de nouveaux diagnostics chez les HSH entre 2000 et 2007¹⁴ et les résultats de l'enquête Prevagay menée dans les établissements gays parisiens montrant que 20 % des personnes porteuses du VIH ignorent leur statut sérologique ;
- à l'urgence de déployer sur tout le territoire et notamment en Guyane une offre de dépistage facilitée en allant au-devant des publics isolés du système de soins traditionnel.

À ce titre les associations sont des opérateurs essentiels. Elles sont déjà largement impliquées dans le conseil préventif et dans l'accompagnement des PVVIH notamment à l'occasion d'une annonce de séropositivité. La possibilité de réaliser un dépistage rapide dans une structure associative doit leur permettre de compléter l'offre en y ajoutant la possibilité de se faire dépister sur place. Ainsi cela doit permettre d'atteindre des populations qui n'ont actuellement pas un accès suffisant au système de soins ou pour lesquelles une proposition d'un dépistage par des pairs peut permettre une meilleure appropriation des messages de prévention. Depuis 2008, plusieurs expérimentations utilisant des TROD sont menées dans les milieux communautaires HSH (Prédermavi par Actis, Comtest par Aides et Checkpoint par le Kiosque). Les résultats préliminaires semblent montrer l'intérêt d'une proposition de tests rapides, notamment à un stade précoce de la maladie. Ces actions devront mener auprès d'autres publics.

Il faut ainsi diversifier l'offre de dépistage pour toucher les publics isolés du système de soins et permettre une meilleure appropriation des messages de prévention par une information conseil délivrée par des pairs.

Cinq actions

Il s'agit de développer des actions de dépistage et de prévention dites "hors les murs" auprès de populations prioritaires pour venir compléter le dispositif existant. Ces actions sont déclinées au travers des programmes populationnels.

- Développer des propositions diversifiées de tests VIH et autres IST aux migrants (Action M7).
- Développer des offres alternatives de dépistage en créant notamment des centres de dépistage utilisant des TROD en milieu communautaire et le soutien à des actions de prévention et de dépistage hors les murs pour les HSH (Action HSH et LBT 14).
- Améliorer le dépistage de la population "Trans" (Action HSH et LBT 15).
- Dépister le VIH chez les UD de manière répétée et examiner les conditions d'une expérimentation du dépistage rapide du VIH (et des hépatites) (Action UD4).
- Élargir et consolider l'offre de dépistage, particulièrement le dépistage "hors les murs" et son accessibilité en formalisant des partenariats avec des CDAG et CIDDIST (Action P6).

14. BEH Web n° 2, 27 novembre 2009.

Mesure 5 • Améliorer le dépistage des IST

Contexte et objectifs

La HAS a montré l'intérêt de proposer un dépistage ciblé et régulier du VIH mais aussi des autres IST. Ainsi elle recommande un dépistage systématique des chlamydiae dans des populations considérées comme étant à risque (femmes de moins de 25 ans et hommes de moins de 30 ans), qui fréquentent les CDAG, les CIDDIST, les centres d'interruption volontaire de grossesse (IVG), et les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF)¹⁵. Comme le confirment plusieurs études, les taux de prévalence des chlamydiae y sont élevés, proches de 10 %.

Concernant la syphilis, le dépistage est préconisé par la HAS notamment pour les HSH, les personnes qui se prostituent et leurs clients, les migrants, les détenus¹⁶. Actuellement ses recommandations sont insuffisamment mises en œuvre en particulier pour le HSH puisque selon les enquêtes, entre 60 % (Net Gay Baromètre, 2006) et 52 % des répondants (Enquête Presse Gay, 2004) n'ont jamais fait de test de dépistage de la syphilis au cours de leur vie.

L'objectif est de maintenir et renforcer un dépistage ciblé des IST pour certains publics, dans certains territoires ou en fonction de situations d'exposition à un risque de transmission de ces infections.

Sept actions

- Concernant la population générale, il s'agit de promouvoir le dépistage de l'infection à chlamydiae dans les publics à forte prévalence de l'infection à chlamydiae ([Action T24](#)).

D'autres actions sont déclinées au travers des programmes populationnels en associant le dépistage du VIH à celui des hépatites et des autres IST :

- les publics HSH et LBT ([Actions LGBT 10, 11, 12](#)) ;
- les usagers de drogues ([Action UD4](#)) ;
- les personnes multipartenaires originaires d'Afrique subsaharienne ([Action M7](#)) ;
- les personnes qui se prostituent ([Action P6](#)).

15. Évaluation du dépistage des infections urogénitales basses à *Chlamydia trachomatis* en France, ANAES, 2003.

16. Évaluation *a priori* du dépistage de la syphilis en France, recommandations en santé publique, HAS, 2007.

Mesure 6 • Renforcer les compétences des professionnels

Contexte et objectifs

Les professionnels de santé ont été toujours des acteurs essentiels et efficaces dans la mise en œuvre d'une proposition de dépistage du VIH et des IST. Ils vont être à nouveau sollicités pour contribuer à repérer les personnes qui ignorent leur infection et qui ne sont pas identifiées comme étant à risque. La prescription d'un dépistage du VIH et d'une IST doit être banalisée et pour ce faire il est nécessaire de proposer aux professionnels de santé des outils qui leur permettent d'adapter leur proposition de dépistage selon les personnes.

Depuis 1987, le counseling est une partie intégrante de la démarche de dépistage de l'infection par le VIH. Toutefois, celui-ci ne doit pas constituer un frein à un recours au dépistage.

Ainsi que le souligne la HAS, les postulats et les valeurs du counseling ont été intégrés dans les dispositifs d'accompagnement, dans les associations en faveur des personnes séropositives mais peu en faveur des personnes séronégatives ou en prévention.

Le counseling en prévention primaire est, de fait, rarement pratiqué car il nécessite une formation spécifique. En raison de la mise en œuvre de nouvelles stratégies de dépistage, en particulier celle visant à banaliser la proposition de test en dehors de tout contexte de prise de risque, il est nécessaire d'adapter la pratique de l'information-conseil personnalisé aux modalités de dépistage et au contexte de l'offre de soins.

Dans le cadre de la stratégie de dépistage universel recommandée, l'information-conseil personnalisée peut être limitée à la délivrance d'une information adaptée afin d'obtenir un consentement éclairé et à l'appréciation de la capacité de la personne à recevoir le résultat du test. Il s'agit ainsi de favoriser la proposition de dépistage par les médecins généralistes comme par d'autres professionnels de santé au sein de structures d'offre de soins variées.

En dehors de ce cadre, la proposition d'une information-conseil personnalisé doit être adaptée aux différents contextes de l'offre de dépistage : offre d'un test de dépistage par des professionnels formés en cas d'exposition plus ou moins répétée à un risque, offre ou accès au dépistage rapide dans les structures associatives, etc.

Les professionnels doivent être également formés pour répondre aux besoins des personnes en handicapées (PSH). Le médecin généraliste constitue souvent le premier interlocuteur de ces personnes pour leur prise en charge médicale mais également sociale. Plusieurs études montrent cependant que celui-ci n'identifie pas toujours correctement les besoins de ces patients et met moins souvent en œuvre des pratiques de prévention vis-à-vis des personnes handicapées qu'à l'égard de la population générale (suivi de la tension artérielle, prévention de l'usage d'alcool et de tabac ou celle relative aux pratiques sexuelles, dépistage de cancers gynécologiques).

Une enquête réalisée en 2002 auprès des 600 participants d'un panel de médecins généralistes libéraux en Provence-Alpes-Côte d'Azur a montré que les médecins ont fréquemment déclaré rencontrer des obstacles dans la prise en charge des personnes souffrant d'un handicap notamment par manque d'information (62,8 %), de coordination avec divers intervenants (37,7 %), de formation (37,7 %), problèmes de communication avec les patients (20,7 %) et besoin d'aide pour les examens (16,2 %). Ils témoignaient des difficultés de communication et se sentaient mal à l'aise dans leur prise en charge. L'abord de la question de la sexualité et des risques qui y sont liés est difficile et doit être aidée.

Il s'agit ainsi d'aider les professionnels à proposer un dépistage du VIH et des IST.

Six actions

- Élaborer des référentiels sur le dépistage du VIH et des IST (Actions T17, T19, T23).
- Développer des outils permettant une information-conseil personnalisée selon les situations et les publics (Action T25).

D'autres actions répondant à cet objectif sont présentées dans le programme à destination des migrants :

- mieux faire connaître les structures et les outils d'information sur l'incitation au dépistage des IST pour les migrants en ciblant les réseaux de professionnels relais (Action M8) ;
- inscrire les thématiques prévention/dépistage VIH/SIDA/IST chez les migrants dans des programmes de formation en direction des professionnels de santé et des intervenants associatifs (Action M9).

Mesure 7 • Améliorer le lien entre dépistage et prise en charge

Contexte et objectifs

Il s'agit ici notamment de réduire les délais d'accès à la prise en charge après le dépistage et le taux de perdus de vue après la première consultation spécialisée, en favorisant un dispositif d'accueil rapide et coordonné entre les services de dépistage et de soins, que ce soit en milieu public, libéral ou associatif.

Une action

- Améliorer l'efficacité du dispositif d'accompagnement "post-annonce" du diagnostic jusqu'à l'entrée dans le soin ([Action T26](#)).

Axe 3 → Prise en charge médicale

Contexte

La prise en charge médicale des PVVIH à l'issue du précédent plan est de qualité, sur la base des indicateurs d'efficacité thérapeutique observés dans la file active hospitalière. Cette offre de soins est aujourd'hui hospitalo-centrée. L'objectif de cet axe du plan national est de préserver et d'améliorer la qualité de l'offre de soins hospitalière tout en la diversifiant et en l'adaptant aux besoins de chacun.

Au-delà de l'exigence de qualité pour chaque usager, l'objectif visé est aussi celui d'un effet préventif collectif des prises en charge, à la fois par la réduction de la "charge virale populationnelle" en s'appuyant sur le traitement comme outil de prévention et par des interventions efficaces auprès des personnes atteintes, pour les aider à adopter des attitudes de prévention.

Le plan visera à améliorer la qualité et la globalité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, en tenant compte de l'évolution du profil de la maladie, et des spécificités des populations concernées.

Il s'agit en particulier, tout en préservant et améliorant le cas échéant, l'offre de soin hospitalière, de diversifier les modes de prise en charge, en particulier de développer la prise en charge en médecine de ville.

L'amélioration de la qualité des soins passe aussi par le développement des dispositifs adaptés au caractère chronique de la maladie (réseaux, prise en charge pluridisciplinaires, éducation thérapeutique, accompagnement).

Il s'agit enfin, d'accompagner et soutenir la vie psychique, affective et sexuelle des personnes vivant avec le VIH, en développant la "prévention positive".

Objectifs

Objectif général

Améliorer la qualité et la globalité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH dans un but d'amélioration de la santé individuelle et collective (traitement comme outil de prévention).

Objectifs opérationnels

Mesure 1

Étudier la possibilité et l'encadrement nécessaire à la proposition d'un traitement précoce.

Mesure 2

Maintenir et développer les **structures** de coordination et de prise en charge sur les territoires, en ville et à l'hôpital.

Mesure 3

Améliorer la **qualité** des soins en renforçant les approches pluridisciplinaires, les programmes d'éducation thérapeutique et certaines opérations spécifiques pour des populations plus touchées et/ou plus en difficulté avec le recours aux soins.

Mesures et actions

Mesure 1 • Étudier la possibilité et l'encadrement nécessaire à la proposition d'un traitement précoce

Contexte et objectifs

Sur la base de l'avis du Conseil National du SIDA (CNS) du 30 avril 2009, du rapport de la mission confiée à M^{me} France Lert et au P^r Gilles Pialoux sur les nouvelles méthodes de prévention (décembre 2009) et des recommandations émises en 2010 par le groupe d'experts dirigé par le P^r P. Yeni, le plan VIH/SIDA/IST 2010-2014 s'appuie sur l'intérêt du traitement comme outil novateur de la lutte contre l'épidémie d'infection à VIH.

Est ainsi ouverte la possibilité de traiter précocement et de façon continue une personne dès la découverte de sa séropositivité pour le VIH avant d'attendre toute baisse de son immunité appréciée sur le taux des lymphocytes CD4) pour :

- un bénéfice collectif : diminuer la charge virale VIH circulante au sein de la population et le risque de transmission, si la personne n'utilise pas de préservatif ou en cas d'accidents de prévention ;
- un bénéfice individuel éventuel : intervenir avant le stade de déficit immunitaire, pour lequel le bénéfice du traitement antirétroviral est largement démontré, pourrait apporter un bénéfice supplémentaire, à démontrer, sans pour autant augmenter l'iatrogénie.

Pour la première fois, le rapport du groupe d'experts coordonné par le P^r Yeni, publié en juillet 2010, intègre dans les recommandations de prescription du traitement, à côté de celles posées en fonction du stade clinique ou immunovirologique, cette possibilité de traiter des personnes dans le seul but de prévention, sans en faire à ce jour une recommandation formelle ni la proposer comme une stratégie collective¹⁷.

Il s'agit d'étudier la possibilité et l'encadrement nécessaire à la proposition d'un traitement précoce.

Une action

Les PVVIH seront informées de l'évolution des connaissances et de ces recommandations sur les avantages et limites du traitement à titre de prévention.

Une attention particulière sera portée aux PVVIH le plus à risque de transmettre, en l'absence de traitement (HSH multipartenaires, couples sérodifférents, personnes migrantes en grande précarité/vulnérabilité, trans, personnes se prostituant) : une proposition de recours au traitement comme prévention pourra leur être faite sans négliger le soutien et l'accompagnement pour le recours aux autres méthodes de prévention.

L'ensemble des mesures du plan tenant à l'organisation des soins (valorisation des actes de prise en charge ; réponse, qualitative, financière et structurelle, à l'augmentation attendue des files actives) permettront, dans tous les groupes de populations concernées, la réalisation des traitements supplémentaires liés à cette nouvelle stratégie.

L'action de recherche de l'ANRS sur ce thème devra se poursuivre.

Poursuivre la recherche et l'évaluation sur la pertinence et la mise en œuvre du traitement comme outil de prévention ([Action T27](#)).

17. "Chez les patients asymptomatiques ayant un nombre de lymphocytes CD4 supérieur à 500/mm³, les données sont insuffisantes pour recommander l'instauration systématique d'un traitement antirétroviral (C). Il est toutefois possible de l'envisager dans les circonstances suivantes (BII) : **objectif de réduction de la transmission sexuelle du VIH**", rapport Yeni 2010, p. 74.

Mesure 2 • Maintenir et développer les structures de coordination et de prise en charge sur les territoires, en ville et à l'hôpital

Contexte et objectifs

La profonde réforme en cours de l'organisation du système de santé à l'échelle des régions, des territoires et des hôpitaux impose une adaptation des structures qui portent l'offre de soins ou sa coordination. Cette adaptation permet en outre de renforcer et de diversifier la structuration de l'offre, en l'adaptant à l'évolution des prises en charge et à la diversité des populations touchées. Les enjeux structurels peuvent être analysés à quatre niveaux :

1. La tarification à l'activité peut prendre, parfois, insuffisamment en compte les spécificités de certaines catégories de consultations hospitalières, notamment les consultations lourdes, complexes, interdisciplinaires (psychologues, assistantes sociales, diététiciennes). Des solutions de substitution ont néanmoins permis, au travers des MIG, de financer l'intervention d'équipes pluridisciplinaires et l'identification des dépenses afférentes à ces consultations lourdes et/ou complexes est par ailleurs assurée au moyen du retraitement comptable des établissements. Une réflexion est en cours sur de nouvelles modalités de financement adaptées.

Le recours à des séjours d'hospitalisation de moins d'une journée lors de la réalisation de bilans au cours de maladies chroniques représente une possibilité de valorisation de ce type d'activités :

- la circulaire DHOS/F1/MTAA/2006/376 du 31 août 2006 précise les conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge de moins d'une journée. Cette circulaire est communément appelée circulaire "frontière" ;
- la circulaire n° DHOS/M2A/DGS/R12/2007/415 du 19 novembre 2007, spécifique pour la prise en charge des PVVIH, précise les conditions pour qu'un hôpital de jour dit "bilan de synthèse annuel" puisse bénéficier d'une tarification d'un GHS.

Ces dispositifs peuvent ne pas toujours apparaître adaptés pour valoriser les activités concernées, alors qu'elles contribuent à la qualité des soins. Le rapport Yeni 2010 recommande que des solutions soient apportées pour améliorer cette situation.

En outre, pour les PVVIH, à l'inverse des autres malades souffrant de pathologies chroniques non infectieuses, ces activités ne contribuent pas uniquement à l'amélioration de la santé individuelle des patients : en effet, la qualité des soins délivrés à ces personnes contribue à la réduction de la "charge virale populationnelle" et donc à la prévention de la transmission de la maladie.

Il est donc proposé de s'assurer que les dispositifs cités ci-dessus (circulaires de 2006 et 2007) permettent la juste rémunération des services pour ces suivis ambulatoires de qualité.

2. Malgré l'amélioration du pronostic global des personnes vivant avec le VIH sous multithérapie d'antirétroviraux, les recours aux **Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)** restent fréquents. À titre d'exemple, en Île-de-France, 0,8 % des séjours en SSR concernent des prises en charge liées à la pathologie VIH/SIDA. Le rapport d'experts 2010 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH réitère son constat de 2008 sur l'importance des soins de suite dans le traitement des personnes atteintes par le VIH/SIDA et sur l'insuffisance de l'évaluation des besoins et de la capacité à répondre à toutes les demandes, tant de SSR que de structures d'aval. Toutefois l'offre de prise en charge en SSR a considérablement évolué ces dernières années et se stabilise maintenant. Les patients VIH peuvent être pris en charge dans tous les SSR à vocation polyvalente et dans ceux exerçant une spécialité mentionnée dans l'autorisation. La spécialisation SSR/VIH ne figure pas dans la liste des spécialités autorisées par les décrets de 2008.

3. La **médecine de ville** n'a pas pris toute sa place dans la prise en charge (PEC) qui est actuellement très majoritairement hospitalo-centrée.

Les profils de populations prises en charge évoluent : il s'agit de plus en plus de patients stabilisés sur le plan virologique, qui avancent en âge et présentent des comorbidités associées ; un certain nombre de **médecins de ville** sont engagés dans des PEC extra-hospitalières ; des recommandations du consensus formalisé (janvier 2009) ont plaidé pour un engagement de médecins de ville dans des "missions avancées" pouvant aller jusqu'à la primo-prescription des antirétroviraux (ARV). Malgré ce consensus entre deux sociétés savantes, des réserves persistent quant aux conditions de mise en œuvre de cette évolution qui permettrait pourtant une nouvelle offre de soins diversifiée et plus adaptée aux attentes des personnes.

4. Les **réseaux** ville-hôpital créés dans les années 1990 ont représenté une étape importante dans la lutte contre le sida. Selon les régions, leur développement a été divers dans les champs de la prévention et de la prise en charge. Leur capacité à réellement faire travailler ensemble des personnes d'horizons différentes a été également très diverse. Certains réseaux sont arrivés à maturité et ont atteint une dimension, grâce à des évolutions pluri thématiques, qui leur permettent d'exister de façon durable et de développer des activités en étant soutenus par des financements par l'Assurance-maladie régulièrement renouvelés. D'autres ont totalement disparu et leur absence est préjudiciable à la politique de santé entreprise dans la lutte contre le VIH. D'autres se sont maintenus, malgré un niveau modeste d'activité, et apportent un réel service complémentaire aux services de soins et aux associations de soutien aux personnes.

Il s'agit d'adapter les structures qui portent l'offre de soins, renforcer et diversifier la structuration de l'offre, en l'adaptant à l'évolution des prises en charge et à la diversité des populations touchées.

Quatre actions

- Évaluer, suivre et adapter la **valorisation de la prise en charge ambulatoire globale** (Action T28).
- Adapter la réponse régionale en **soins de suite et de réadaptation (SSR)** et en filières d'aval, en raison de l'évolution de la fréquence des complications et comorbidités, du handicap, de la dépendance et du vieillissement dans la population des personnes touchées (Action T29).
- Développer la prise en **charge en médecine de ville** : Il s'agira d'expérimenter et de développer diverses modalités de collaboration ville-hôpital à l'échelon régional, avec un pilotage par les COREVIH et les réseaux (lorsqu'ils existent), sur la base du volontariat et selon un cahier des charges précis (allant de l'identification des acteurs à celle des bénéficiaires et des outils d'échange, de communication et d'évaluation de la qualité) (Action T30).
- Soutenir et développer les activités de **réseaux** existantes lorsqu'elles contribuent au soutien des personnes et à la coordination des activités des professionnels et du travail des associations (Action T31).

Mesure 3 • Améliorer la qualité des soins en renforçant les approches pluridisciplinaires et les programmes d'éducation thérapeutique

Contexte et objectifs

Comme lors d'autres maladies chroniques, les personnes sont fragilisées par la durée et la nécessaire permanence de l'inscription dans le soin. En réponse, la qualité des soins repose sur une approche pluridisciplinaire, centrée sur la personne en traitement, sur la mise en œuvre de techniques nouvelles, en particulier les programmes d'éducation thérapeutique.

Au cours de l'infection par le VIH, il existe une particularité supplémentaire par rapport aux autres maladies chroniques : le caractère transmissible de l'infection virale et l'émergence possible de virus résistants en cas de mauvaise observance du traitement donnent une dimension collective à l'exigence de qualité individuelle. Une prise en charge inadaptée ou discontinuée, en dehors des conséquences individuelles sur la santé de la personne, comporte des impacts collectifs.

Les formations des professionnels, initiales et continues, applications des recommandations de bonnes pratiques et évaluation de ces pratiques sont les bases de la production de soins de qualité.

Approches interdisciplinaires et travail en partenariat entre institutions et avec les associations représentant les personnes touchées par la maladie permettent d'appréhender la prise en compte de toutes les dimensions de la personne affectée par la maladie.

Des réponses spécifiques adaptées pour certaines populations sont justifiées au regard de particularités épidémiologiques ou de difficultés de suivi continu :

- la prise en charge médicale du VIH est globalement similaire pour les **étrangers/migrants** et pour les Français, mais il convient d'apporter une attention particulière à certains points clefs qui peuvent présenter quelques particularités pour certains migrants : information sur les ressources associatives générales sur le VIH et sur celles spécifiquement tournées vers les migrants ; perspectives d'avenir au plan social et familial, de voyages (l'infection par le VIH bouleversant souvent le projet migratoire initial). Le recours à des interprètes peut s'avérer indispensable pour les patients qui ne maîtrisent pas ou mal la langue française, à tous les stades de la prise en charge et notamment aux moments les plus délicats. Peut-être plus encore que pour toute autre pathologie, le recours à des interprètes "informels" (familles, voisins, amis...) est à proscrire, source d'erreurs, d'omissions de traduction et surtout cause de rupture du secret médical. Il existe des réseaux d'interprètes professionnels (par déplacement physique ou par téléphone 24 heures sur 24 intervenant sur la France entière, métropole et DOM), soumis à la confidentialité, formés sur les questions les plus délicates, qui peuvent intervenir dans la quasi-totalité des langues d'origine des migrants ou réfugiés vivant en France ;
- dans le groupe des PVVIH **HSH**, le recours aux soins est globalement plus précoce, les questions de santé sexuelle insuffisamment prises en compte par les soignants malgré la fréquence des prises de risque et des IST, la crainte de l'homophobie des médecins toujours présente ;
- **pour les personnes usagères de drogue** : la prise en charge repose aussi sur le tissu institutionnel de soins et de réduction des risques (CSAPA, CARRUD, TSO en ville, services hospitaliers d'addictologie) ainsi que sur les actions en cours dans le plan national de lutte contre les addictions 2007-2011 et le plan national de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012 ;
- **pour les populations des DOM** : il s'agit d'adapter la prise en charge aux spécificités de ces territoires, associant le problème de la démographie médicale et l'éloignement des patients des structures de prise en charge (cf. programme DOM) ;

- **pour les personnes se prostituant** : les personnes qui se prostituent (particulièrement celles qui exercent la prostitution de rue) sont constituées à 80 % de personnes migrantes (femmes africaines anglophones, femmes des pays d'Europe centrale et de l'Est, femmes chinoises, personnes transgenres hispanophones), isolées, ne parlant pas le français et souvent en situation irrégulière. Leur prise en charge ne diffère pas de celle des personnes migrantes en général et nécessite plus encore (car il ne s'agit pas de l'immigration francophone traditionnelle) le recours à l'interprétariat, qu'il s'agisse de la prise en charge des personnes comme de conseil en prévention et d'éducation thérapeutique. Par ailleurs, le caractère très mobile de la prostitution en France et à l'intérieur de l'Europe peut conduire à des interruptions de traitement ;
- **pour les personnes trans** : les personnes trans cumulent souvent plusieurs facteurs de vulnérabilité (stigmatisation, prostitution, précarité sociale et médicale) et doivent bénéficier de l'ensemble des mesures visant à améliorer la qualité des prises en charge ;
- pour les **adolescents** vivant avec le VIH, bien que peu nombreux, peuvent nécessiter la mise en place d'actions spécifiques de soutien et de facilitation de leur inscription dans le soin, à un âge où les bouleversements physiologiques et psychologiques viennent perturber le vécu de l'infection par le VIH, souvent contractée à la naissance, et mettre en danger ces jeunes eux-mêmes et potentiellement leurs partenaires.

Il s'agit d'améliorer la performance du système de soins en termes de qualité et de continuité des suivis et de succès thérapeutique (immuno-virologique et qualité de vie).

Il convient de s'appuyer dans cette mesure sur :

- un socle commun à toutes les actions de cette mesure : les valeurs, les outils et les programmes de **l'éducation thérapeutique**. Dans une instruction donnée aux ARS, la problématique du VIH fait partie des thèmes prioritaires à décliner dans les programmes d'éducation thérapeutique ;
- des actions orientées sur toutes les dimensions de la personne : **vie psychique, santé sexuelle** ;
- des actions renforçant les **bonnes pratiques cliniques** adaptées aux différents temps de la prise en charge : le temps de l'entrée dans le soin à l'issue du dépistage, le temps du suivi rythmé par les consultations et les bilans annuels de synthèse ;
- des actions qui visent toutes les populations à compléter par des actions plus spécifiques en direction de certaines **populations**.

Sept Actions

- Développer les programmes **d'éducation thérapeutique et des actions d'accompagnement tels que le permet la loi HPST et notamment le fait que le VIH est inscrit dans les thématiques prioritaires à prendre en compte par les ARS** : Les spécificités des besoins des populations les plus touchées et/ou les plus vulnérables (DFA, Usagers de drogue, personnes détenues, migrants) devront être prises en compte dans les contenus et le développement territorial des programmes correspondants ([Action T32](#)).
- Suivre la mise en œuvre des **bonnes pratiques cliniques** : les recommandations du groupe d'experts pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, en particulier celles portant sur la réalisation d'un bilan annuel de synthèse, feront l'objet d'un suivi et d'une évaluation particulière de la part des COREVIH ([Action T33](#)).
- Renforcer la prise en charge **psychologique et psychiatrique** des personnes suivies : les postes de psychologues doivent être préservés, voire développés ; la collaboration avec la psychiatrie de liaison renforcée ([Action T34](#)).

- Accompagner et soutenir la vie **psychique, affective et sexuelle** des PVVIH : par la formation des professionnels à une meilleure prise en compte de la **santé sexuelle** des personnes suivies. Il s'agit de promouvoir le concept de "**prévention positive**", dans laquelle l'approche genrée et la place faite aux problèmes spécifiques des femmes doivent être développées. Une attention particulière doit être portée à la compétence des soignants dans les questions de santé sexuelle pour les PVVIH dans toute la diversité de leurs sexualités et aux interventions des associations pour le renforcement des capacités des PVVIH à maîtriser la prévention ([Action T35](#)). Les particularités culturelles et sociologiques des personnes migrantes méritent également d'être prises en compte.
- Adapter la prise en charge globale des populations les plus en difficulté dans l'accès et le recours aux soins et/ou les plus touchées :

Pour les migrants

- Promouvoir l'utilisation de **l'interprétariat** professionnel en matière de prévention et de prise en charge du VIH et des autres IST en poursuivant et élargissant le programme facilitant le recours à des interprètes qualifiés et formés, familiarisés avec les documents de prévention et d'information sur les principales thématiques de santé, compétents et liés par le secret professionnel - Évaluer le dispositif expérimental existant en vue de sa pérennisation - Faciliter l'orientation des patients vers des lieux d'apprentissage du français ([Action M10](#)).
- Faciliter l'intervention des **médiateurs** en santé, dans le cadre de leur mission de promotion de la santé (prévention, dépistage) auprès des populations migrantes, qui interviendront également dans les lieux de soins (unités de soins, programmes d'éducation thérapeutique, prévention positive) ([Action M2](#)).

Ces dispositifs doivent aider aux prises en charge de toutes les personnes migrantes, en particulier celles qui cumulent d'autres facteurs de vulnérabilité (personnes se prostituant, trans).

Pour les adolescents vivant avec le VIH

- Organiser les soins et le soutien selon des modalités adaptées aux besoins spécifiques des adolescents afin de diminuer le nombre d'adolescents perdus de vue, le risque d'arrêt de traitement et d'émergence de virus résistants et le risque de transmission du VIH grâce à un succès thérapeutique maintenu ([Action T36](#)).



Axe 4 → Prise en charge sociale et lutte contre les discriminations

Contexte

Les traitements antirétroviraux permettent aujourd'hui aux personnes vivant avec le VIH de recouvrer une immunité quasi normale. Néanmoins, leur environnement est une condition sine qua non pour adhérer au traitement et éviter les prises de risque. Or, les problèmes de logement, de revenus, d'emploi et d'accès aux soins sont fréquents chez les personnes séropositives. L'isolement est plus fréquent que dans la population générale, notamment chez les femmes, les HSH et après 50 ans. 15 % des personnes vivant avec le VIH n'ont pas de logement personnel. Un quart des PVVIH vit au-dessous du seuil de pauvreté, avec moins de 760 € par mois. Presque la moitié est sans emploi et le risque d'être sans emploi est cinq fois plus élevé que celui de la population générale¹⁸. L'amélioration des conditions de vie et la prise en charge globale des PVVIH sont donc des impératifs, car ils conditionnent l'adhésion au traitement et la réduction des prises de risques.

La précarisation des malades chroniques est un problème de société qui devient de plus en plus important. Le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (PQVMC) a fait de la lutte pour l'amélioration de la vie quotidienne des malades une de ses priorités¹⁹.

Sur la question des conditions de vie, le plan VIH/SIDA-IST 2010-2014 a pour objectif d'une part de renforcer l'application des recommandations du Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (PQVMC) relevant du droit commun pour les personnes vivant avec le VIH ; d'autre part, au regard des spécificités de la maladie, il développe des actions ciblées vers les PVVIH.

Il convient de veiller à ce que l'accès au droit commun soit identique pour les étrangers malades, pour certaines populations en situation de vulnérabilité (personnes usagères de drogue, personnes détenues, personnes qui se prostituent) ou pour certaines populations pouvant être discriminées en raison de leur orientation sexuelle ou de leur genre. Il convient également que l'accès au droit commun et la prise en charge sociale des PVVIH dans les Départements d'Outre-mer soient identiques à la métropole. Lorsqu'il existe des freins à l'accès au droit commun, l'accompagnement par des dispositifs spécifiques doit être renforcé.

Des actions nouvelles, qui permettront d'améliorer les conditions de vie, non seulement des PVVIH, mais aussi des personnes atteintes d'autres maladies chroniques, sont aussi proposées, dans l'espoir que le champ du VIH continuera d'être à l'initiative de progrès dans la vie quotidienne des malades.

18. Données issues de l'enquête Vespa 2004. Lert F., Obadia Y et équipe de chercheurs de l'INSERM, du CNRS, de l'INED, enquête ANRS-VESPA sur les personnes atteintes par le VIH. Action coordonnée 18 de l'ANRS "Comportement de prévention", novembre 2004.

19. Voir axe 3 du PQVMC 2007-2011, "Faciliter la vie quotidienne des malades".

Objectifs

Objectif général

Améliorer les conditions de vie, la prise en charge sociale globale des PVVIH et lutter contre les discriminations dans le but d'optimiser l'adhésion au traitement et de réduire les prises de risques.

Objectifs opérationnels

Mesure 1

Favoriser une prise en charge précoce et continue en améliorant les conditions d'hébergement et de logement.

Mesure 2

Faciliter l'accès, le maintien et le retour dans l'emploi et l'insertion professionnelle des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Mesure 3

Améliorer les réponses aux possibles situations de handicap ou de perte d'autonomie liées au VIH/SIDA.

Mesure 4

Réduire les inégalités d'accès aux soins et assurer à tous la qualité de la prise en charge globale permettant une inscription continue dans le soin.

Mesure 5

Permettre une prise en charge administrative de qualité pour les étrangers concernés par le VIH/SIDA/IST.

Mesure 6

Éviter les ruptures dans les moments de vulnérabilité du parcours de vie.

Mesures et actions

Mesure 1 • Favoriser une prise en charge précoce et continue en améliorant les conditions d'hébergement et de logement

Contexte et objectifs

L'accès à un logement personnel stable est une priorité, car il conditionne la bonne observance du traitement et la réduction des prises de risque. Si la maladie est un facteur aggravant de la précarité, à l'inverse la précarité et le fait de ne pas disposer d'un logement personnel accentuent la maladie ou le risque de développer des affections intercurrentes.

Certaines populations sont tout particulièrement confrontées au problème du logement :

- les personnes migrantes séropositives, dont 20 % ne vivent ni dans un logement personnel, ni chez des parents, et surtout les femmes (27 %) ²⁰. L'accès au logement des femmes enceintes séropositives, en particulier celles originaires d'Afrique subsaharienne, se pose de plus en plus ;
- les personnes usagères de drogue dont 19 % vivent dans un squat ou dans la rue²¹.

De manière générale, les projets d'orientation en logement ordinaire sont souvent compromis par la difficulté de trouver un logement accessible financièrement pour toutes les personnes vivant de minima sociaux et par la taille du parc de logements sociaux²².

Si l'accès à un logement est la priorité, cela n'est pas toujours possible pour des raisons sociales ou médicales. Des solutions d'hébergement de droit commun ou spécifiques à l'accueil des personnes vivant avec le VIH existent pour ces publics en situation de précarité.

Les appartements de coordination thérapeutique, initialement destinés aux malades du sida, répondent aujourd'hui aux besoins des personnes atteintes de pathologies sévères en situation de précarité psychologique et sociale nécessitant des soins et un suivi médical²³. Si, au travers de l'accompagnement médico-psycho-social proposé, les ACT remplissent bien leur mission de stabilisation de l'état de santé de la personne, d'aide à l'observance d'un traitement, et d'aide à la réinsertion sociale à la sortie, ce dispositif est confronté aujourd'hui à des difficultés. Le doublement du nombre de places d'ACT prévu par le PQVMC ne semble pas suffire face au nombre de demandes d'admission. Par ailleurs, la fluidité des parcours en ACT tend à s'améliorer²⁴, mais un des problèmes majeurs reste le manque de solutions d'aval²⁵ (logement indépendant ou maison de retraite pour les plus âgés) ou de solutions alternatives aux ACT, les patients les plus graves relevant plus de structures médico-sociales de type Maisons d'accueil spécialisées ou Foyers d'accueil médicalisés²⁶ qui accueillent rarement à ce jour des PVVIH.

Il existe par ailleurs une multiplicité de solutions d'hébergement ou de services à domicile pour les PVVIH : dispositifs développés à titre expérimental tels les appartements relais, les familles

20. Enquête Vespa 2004.

21. Source : Jauffret-Roustide M., Couturier E., Le Strat Y. et al. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, *Bulletin Épidémiologique*, hebdomadaire, 2006, 33/5 (septembre), p. 244-247.

22. Le troisième rapport du comité de suivi de la mise en œuvre du droit au logement opposable (DALO) d'octobre 2009 révèle que sur 100 000 dossiers déposés au plan national, seuls 11 000 ménages ont été relogés et 1 000 hébergés. http://www.logement.gouv.fr/IMG/pdf/3e_rapport_dalo_cle2ad2bc.pdf.

23. Selon le bilan de la Fédération nationale d'hébergements VIH et autres pathologies (FNH-VIH), le nombre de personnes présentes en ACT atteintes d'autres pathologies que le VIH est en augmentation (de 20 % en moyenne en 2006 à 32 % en 2008, avec des proportions plus importantes en province qu'en Île-de-France).

24. En 2006, 44 % des personnes sortant d'ACT en Île-de-France et 7 % en province y séjournaient depuis plus de deux ans. Ces chiffres sont de 10 % en régions et 36 % en IDF en 2008 (bilan 2008 FNH-VIH).

25. 50 % des personnes sorties d'ACT sont relogées en bail direct ou glissant, et 10 % sort sans hébergement (bilan 2008 de la FNH-VIH)

26. Voir annexe 2.

relais ou le programme d'aide à domicile pour les personnes atteintes du VIH/SIDA, dispositifs médico-sociaux (lits haltes soins santé, lits d'accueil médicalisés...), dispositifs relevant du "social", ou encore les dispositifs médico-sociaux pour l'accueil des personnes handicapées²⁷.

Plusieurs facteurs freinent l'accès aux dispositifs de droit commun : une connaissance parfois insuffisante des spécificités du VIH ; une durée d'accueil dans certaines de ces structures, parfois très courte, qui présente une difficulté pour les personnes atteintes de VIH/SIDA.

Concernant les dispositifs VIH/SIDA développés à titre expérimental, les difficultés résident dans la fragilité de ces dispositifs reposant sur des crédits non pérennes²⁸.

La diversité des publics susceptibles d'être accueillie dans ces structures d'hébergement n'est pas toujours prise en compte de manière appropriée :

- concernant les familles avec enfants par exemple, les ACT accueillent au moins 150 enfants "accompagnants" chaque année²⁹, principalement en Île-de-France. Ces enfants ne sont pas malades et leur prise en charge en ACT n'est donc pas prise en compte par l'assurance-maladie ;
- concernant les personnes détenues, le manque de structures susceptibles d'accueillir celles d'entre elles qui pourraient bénéficier de la suspension de peine représente un frein considérable à son usage effectif ;
- certaines personnes rencontrant des difficultés d'intégration (personnes transgenre, personnes sortant de prison, migrants étrangers, personnes usagères de drogue) ont parfois des difficultés à intégrer ce type de dispositifs ;
- dans les DOM, la problématique du logement et de l'hébergement des PVVIH est complexe car si les capacités en ACT commencent à se développer, la discrimination envers les personnes séropositives représente parfois un frein à l'accès à ces structures et les problèmes d'aval en logement de droit commun sont souvent encore plus importants qu'en métropole.

Il s'agit d'améliorer les conditions de logement et d'hébergement des PVVIH les plus précaires afin d'optimiser l'adhésion au traitement et de réduire les prises de risque.

Ceci doit se faire dans le prolongement du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques qui programme le développement de réponses de droit commun³⁰.

Deux actions

- Développer la capacité de prise en charge en **appartements de coordination thérapeutique**, l'adapter aux évolutions des besoins et améliorer la qualité des pratiques (**Action T37**).
- **Faire connaître** les solutions d'hébergement et de maintien à domicile sur les territoires, évaluer les dispositifs spécifiques et **adapter les dispositifs** de droit commun aux besoins des PVVIH (**Action T38**).

Les spécificités des besoins des populations les plus touchées et/ou les plus vulnérables (DOM, personnes sortant de prison, personnes transgenre, migrants étrangers, personnes qui se prostituent, personnes usagères de drogue) devront être pris en compte dans le développement et l'adaptation des ACT et des autres dispositifs d'hébergement aux besoins des PVVIH.

27. Voir annexe 2.

28. Les dispositifs développés à titre expérimental (appartements relais, familles relais, programme d'aide à domicile pour les personnes atteintes du VIH/SIDA) reposent pour des raisons "historiques" sur des cofinancements, GRSP, collectivités, caisses. Les GRSP s'interrogent aujourd'hui à juste titre sur la légitimité à financer des prestations et des hébergements.

29. Donnée issue du bilan d'activité national des ACT 2008 établi par la FNH-VIH (amplitude de l'enquête : 82 % des places existantes sur le territoire).

30. PQVMC 2007-11, mesure 11, "Augmenter les possibilités de prise en charge à domicile (HAD, SAMSAH, SSIAD) et en appartement thérapeutique", http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/plan_maladies_chroniques/plan.pdf.

Mesure 2 • Faciliter l'accès, le maintien, le retour dans l'emploi et l'insertion professionnelle des personnes vivant avec le VIH/SIDA

Contexte et objectifs

Les maladies chroniques, notamment le VIH/SIDA, touchent de plus en plus de personnes adultes qui, grâce aux progrès de la médecine, souhaitent et peuvent garder leur emploi ou reprendre une activité professionnelle malgré la maladie. Toutefois, les conséquences de la maladie chronique obligent de nombreuses personnes concernées à interrompre ponctuellement ou durablement leur activité professionnelle, à opter pour du travail à temps partiel, à alterner des périodes d'activité et d'inactivité.

Comme pour les personnes atteintes d'autres maladies chroniques, les personnes vivant avec le VIH/SIDA ont un taux d'activité moindre comparé à celui de la population générale parce que la maladie freine l'emploi. L'infection par le VIH/SIDA constitue encore aujourd'hui un frein au retour à l'emploi, tant à cause du regard sociétal sur la maladie que d'une réticence des entreprises à recruter des personnes aux parcours atypiques.

Selon l'Enquête Vespa de 2004³¹, 57 % des personnes interrogées de moins de 60 ans ont une activité professionnelle, 18 % sont demandeurs d'emploi et 25 % sont inactifs. Le taux de chômage est deux fois plus élevé que dans la population générale.

La stigmatisation associée au VIH/SIDA est plus importante que pour d'autres maladies et a un impact sur l'emploi des personnes séropositives. Selon l'enquête SIDA info service, plus d'un quart des appelants sont discriminés au travail. Les données de l'enquête Vespa indiquent que 6 % des personnes en emploi au moment de l'enquête s'estimaient avoir été discriminées au travail. Le rapport du CNS sur le thème "VIH, emploi et handicap" rapproche ce chiffre de celui des 62 % de personnes séropositives qui tiennent leur pathologie secrète au travail, taux qui révèle la crainte de ces personnes de se voir discriminées. Concernant les personnes qui ont perdu leur emploi, le taux des discriminations perçues en raison du statut sérologique est plus élevé (13 %) et donne à penser que ce statut a joué un rôle dans la perte d'emploi.

De plus, les manifestations du handicap lié à la maladie sont souvent invisibles chez les PVVIH (fatigabilité, effets secondaires du traitement, caractère séquentiel...), et de ce fait assez méconnues et pas toujours bien prises en compte. L'avis du Conseil national du sida (10 septembre 2009) souligne que la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a apporté beaucoup d'améliorations concernant le maintien dans l'emploi des personnes reconnues handicapées. Mais si le monde professionnel s'est largement ouvert à la question du handicap "physique", en termes d'adaptations de poste par exemple, c'est moins le cas concernant le handicap lié à une maladie chronique, dont le VIH (aménagement du rythme de travail, du temps de travail).

Les divers dispositifs de droit commun pour le maintien et l'accès à l'emploi ne sont pas toujours bien connus : temps partiel thérapeutique, contrat de rééducation, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)³²... Et les associations de lutte contre le VIH qui tentent de mettre en place des actions spécifiques d'accompagnement vers l'emploi des malades, en agissant à la frontière du social et de la santé, se heurtent à des difficultés de financement de leurs actions.

31. Obadia, Lert, enquête Vespa-ANRS, novembre 2004.

32. La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé est attribuée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Une personne handicapée ayant une RQTH bénéficie de mesures telles que le soutien par le réseau du Cap emploi, l'orientation par la CDAPH vers une entreprise adaptée, un établissement ou service d'aide par le travail ou une formation ; le bénéfice de l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés auxquelles sont soumis les établissements de 20 salariés et plus ; l'accès à la fonction publique par concours, aménagé ou non, ou par recrutement contractuel spécifique ; les aides de l'Agefiph pour l'insertion en milieu ordinaire de travail, la priorité d'accès à diverses mesures d'aides à l'emploi et à la formation.

Le maintien dans l'emploi des personnes handicapées et/ou atteintes de maladies chroniques est une question dont l'importance a été soulignée dans le récent rapport d'experts sur l'employabilité des personnes handicapées³³. C'est aussi un des axes de la réforme des services de santé au travail présentée au Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) le 4 décembre 2009.

Dans le prolongement du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques³⁴ (mesure 10) qui favorise l'information des entreprises sur l'emploi des personnes handicapées, renforcer l'information sur les dispositifs existants auprès des PVVIH, sur le VIH et ses conséquences auprès des acteurs de l'emploi, et prévenir la stigmatisation des personnes séropositives au travail afin de mieux concilier VIH et emploi.

Deux actions

- Faciliter l'accès, le maintien et le retour à l'emploi des personnes vivant avec le VIH/SIDA et sécuriser les parcours professionnels ([Action T39](#)).
- Favoriser l'insertion des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans l'emploi ([Action T40](#)).

33. Rapport d'experts piloté par le Dr Michel Busnel. "L'emploi : un droit à faire vivre pour tous. Évaluer la situation des personnes handicapées au regard de l'emploi. Prévenir la désinsertion professionnelle", décembre 2009.
http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_EMPLOYABILITE.pdf.

34. PQVMC 2007-11, mesure 10

Mesure 3 • Améliorer les réponses aux possibles situations de handicap ou de perte d'autonomie liées au VIH/SIDA

Contexte et objectifs

Les personnes séropositives peuvent se voir dans l'obligation d'aménager de manière durable, de réduire ou de renoncer à leur activité professionnelle. L'accès aux dispositifs sociaux de compensation ou de substitution de la perte d'activité passe alors par la reconnaissance du statut de handicap ou d'invalidité. Selon l'enquête Vespa 2004, un peu plus d'un quart des PVVIH sont reconnues en invalidité : dans ce cas, 69 % d'entre elles bénéficient de l'allocation adulte handicapé (AAH) et 31 % d'une pension d'invalidité.

Mais malgré le nouveau guide barème utilisé pour l'attribution de certains droits par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées qui permet de mieux prendre en considération les handicaps liés aux maladies chroniques³⁵, le Conseil national du sida souligne que les politiques du handicap ne prennent pas toujours bien en compte les manifestations discrètes et évolutives mais bien invalidantes des maladies chroniques, en particulier de l'infection à VIH/SIDA, et de son traitement (fatigabilité, contraintes liées aux examens et aux soins, effets secondaires psychiques et physiques, répercussions psychologiques)³⁶.

À ces obstacles qui concernent plus spécifiquement les PVVIH s'ajoute la complexité du système vécue par tous les demandeurs. Les dispositifs existants sont différents de par leurs principes d'accès, les prestations offertes, les acteurs à qui il faut s'adresser, et les critères d'éligibilité. Contrairement à l'évaluation du handicap basée sur le guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées, l'évaluation de l'invalidité pour l'accès aux pensions, par laquelle l'assurance-maladie détermine le degré d'incapacité de travail du salarié, ne repose pas sur un référentiel formalisé.

Néanmoins, les dispositifs tendent à être simplifiés. Concernant le cumul de l'AAH et des revenus d'activité professionnelle, une nouvelle réforme prévoit d'instaurer une période unique de six mois de cumul intégral et un nouveau dispositif de cumul partiel simplifié, plus lisible, et d'avantage incitatif à la reprise d'une activité professionnelle.

De plus, les délais d'obtention des droits, qui tendent cependant à se résorber³⁷, sont parfois longs. Des disparités existent entre départements dans l'attribution des droits en termes de délais et d'évaluation du taux d'incapacité. La complexité et la longueur des procédures peuvent parfois conduire à des périodes de carence avant le versement d'une prestation due.

Selon l'enquête Vespa 2004, presque la moitié des personnes séropositives sans emploi gagne moins de 760 euros par mois et vit donc en dessous du seuil de pauvreté³⁸.

35. PQVMC, mesure 13 : "Faire accéder les personnes atteintes de maladies chroniques aux prestations liées aux handicaps".

36. Conseil national du SIDA : VIH, emploi et handicap : avis suivi de recommandations sur la prise en compte des personnes vivant avec le VIH dans les politiques du handicap (10 septembre 2009).

37. Le rapport d'information n° 485 du Sénat (session ordinaire de 2008-2009) sur le bilan des maisons départementales des personnes handicapées montre que "le délai de traitement moyen des demandes est de 4,2 mois pour les adultes, soit un délai presque conforme aux exigences légales fixées à 4 mois". Néanmoins, "on observe deux types de disparités pour les demandes adultes : entre les MDPH d'une part, dont la moitié d'entre elles déclarent traiter les demandes dans des délais inférieurs à 4 mois ; entre les prestations d'autre part, le délai moyen de 95 % des demandes adultes étant en réalité de 3,8 mois, alors que pour la PCH (6 % des demandes) il est de 7,2 mois, ce qui ne paraît pas surprenant au regard de la complexité de cette prestation et du travail important que son instruction suppose".

38. Parmi les PVVIH sans emploi, 28 % tirent leur revenu d'existence d'indemnités chômage, 35 % de l'AAH ou d'une autre pension d'invalidité, 10 % d'indemnités journalières et 9 % du RMI.

La pension d'invalidité représente 30 à 50 % du salaire annuel moyen des dix meilleures années travaillées³⁹. Le montant maximum de l'AAH est de 711,95 €⁴⁰. Selon leur situation, les personnes concernées peuvent bénéficier de complément de ressources.

Mais le système actuel évince parfois les personnes qui en ont le plus besoin. Par exemple, les bénéficiaires d'une pension d'invalidité, même d'un faible montant, non complétée par l'Allocation supplémentaire d'invalidité, ne peuvent prétendre à un complément de ressources. De la même façon, ces compléments sont soumis à une limite d'âge, ce qui exclut les personnes de plus de 60 ans, les exposant parfois à une baisse de revenus à un âge où leur état de santé a tendance à se détériorer⁴¹. Allocation adulte handicapé, Prestation compensation handicap, Allocation supplémentaire d'invalidité sont des prestations personnelles dont un des critères d'éligibilité repose sur les ressources du couple. Aussi, certaines personnes touchées par le VIH, notamment les femmes, ne peuvent prétendre à ces prestations et dépendent financièrement de leur conjoint.

Les possibilités de cumul de l'AAH et des revenus d'activité professionnelle tendent cependant à s'améliorer. De plus, pour éviter le décalage entre les revenus fluctuants d'un allocataire et le montant de l'AAH versé, susceptible de générer de la précarité, le calcul des droits à l'AAH des allocataires en activité professionnelle va être trimestrialisé. Cela permettra d'ajuster de manière plus réactive le montant de l'allocation en fonction des ressources perçues au trimestre précédent.

Le chantier en cours sur l'employabilité des personnes handicapées va aussi permettre de rationaliser le dispositif actuel de l'AAH. Le dispositif confond actuellement sévérité du handicap et incapacité de travail. Les compléments de ressources ne sont accessibles qu'aux personnes ayant un taux minimum de 80 % d'invalidité, alors que ces personnes peuvent avoir une activité professionnelle. À l'inverse, les personnes au handicap estimé "modéré", comme c'est souvent le cas des PVVIH, sont parfois dans l'incapacité de travailler mais ne peuvent bénéficier des compléments de ressources. La refonte des deux régimes d'AAH, qui se distinguerait en fonction de la capacité de travail et non plus en fonction du taux d'incapacité permanente, va faire l'objet d'expérimentations.

Enfin, des réponses spécifiques adaptées pour certaines populations sont justifiées au regard des freins supplémentaires que ces populations peuvent rencontrer dans l'accès aux prestations.

- Un dispositif législatif et réglementaire qui existe depuis 1998 permet aux étrangers gravement malades et n'ayant pas accès au suivi médical nécessaire dans leur pays d'origine d'accéder à un titre de séjour de travail, ouvrant des droits à la sécurité sociale, y compris aux prestations sociales non contributives, dont l'AAH. Toutefois des personnes reçoivent souvent une autorisation provisoire de séjour en lieu et place d'une carte de séjour, et se trouvent alors exclues de l'accès aux prestations citées (voir mesure 9 et mesure 10 du programme migrants).
- Concernant les personnes détenues, à l'entrée en détention, le changement brutal de domicile souvent non anticipé risque de provoquer une rupture de prise en charge qui risque de se reproduire à la sortie si les démarches n'ont pas pu être entreprises dans les délais.
- Dans les DOM, les acteurs de terrain ont rapporté des dysfonctionnements compromettant l'accès effectif aux prestations handicap.

39. Pour une pension d'invalidité de 1^{re} catégorie, le montant de la pension représente 30 % du salaire annuel moyen des 10 meilleures années travaillées. Le montant mensuel minimal est de 262,77 euros et le montant maximal de 865,50 euros. Pour une pension d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie, le montant de la pension représente 50 % du salaire annuel moyen des 10 meilleures années travaillées. Le montant minimal est de 262,77 euros par mois pour la pension de 2^e catégorie et de 1 291,87 euros pour celle de 3^e catégorie (salaire augmenté d'une majoration forfaitaire pour tierce personne de 1 029,10 euros incluse dans le calcul). Les montants maximaux sont de 1 442,50 euros et 2 471,60 euros (chiffres au 1^{er} janvier 2010).

40. Au 1^{er} septembre 2010.

41. Une AAH différentielle ainsi qu'un complément peuvent être versés à l'allocataire âgé de plus de 60 ans si le montant de son avantage vieillesse est inférieur au montant de l'AAH.

Il s'agit ainsi de construire, pour les populations les plus vulnérables, des réponses spécifiques adaptées pour lever les obstacles à l'accès aux dispositifs sociaux de compensation ou de substitution de la perte d'activité.

Quatre actions

- Sensibiliser les opérateurs des prestations handicap et invalidité aux spécificités des handicaps liés au VIH/SIDA et aux maladies chroniques ([Action T41](#)).
- Permettre une prise en charge administrative de qualité pour les étrangers concernés par le VIH/sida/IST (cf. programme Migrants, [Actions M11, M12, M13](#)).

Mesure 4 • Réduire les inégalités d'accès aux soins et assurer à tous la qualité de la prise en charge globale permettant une inscription continue dans le soin

Contexte et objectifs

Les personnes atteintes de maladies chroniques assistent souvent à une chute brutale de leurs revenus lorsqu'elles se voient contraintes du fait de leur maladie à ne plus travailler à temps plein et à recourir aux minima sociaux pour faire face aux dépenses courantes et/ou de santé. Les associations et le groupe d'experts Yeni mettent en avant les risques pour la qualité de vie mais aussi pour la qualité des soins et l'équité de l'accès à la santé.

Il existe des dispositifs pour faciliter l'accès des personnes en situation de précarité aux soins : la Couverture maladie universelle (CMU), la CMU complémentaire (CMU-C), l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), et l'AME (Aide médicale d'État) pour les étrangers sans papiers résidant en France depuis plus de trois mois. Mais selon l'enquête Santé protection Sociale 2006 de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), près d'un Français sur 10 (8 % de la population générale) déclare ne pas bénéficier d'une couverture complémentaire. Une enquête menée par AIDES en 2007 "Une semaine donnée" sur un échantillon de 1 237 personnes séropositives au VIH ou au VHC, montre que 2,6 % de ces personnes ne disposent d'aucune couverture santé de base.

Les personnes se heurtent souvent à des "effets de seuil". Bien que la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2006 ainsi que la loi HPST aient relevé les plafonds pour accéder à l'Aide à la complémentaire santé et augmenté le montant de cette aide, ce sont souvent les personnes ayant le plus recours aux soins qui en sont exclues, telles que les bénéficiaires d'une allocation adultes handicapés (AAH), associée à la majoration pour la vie autonome. De la même façon, les bénéficiaires de l'AAH sont exclus du dispositif de la CMU complémentaire.

De plus, il y a également un **problème d'accès à ces droits dû à un manque d'information** sur les dispositifs, et donc une méconnaissance de ces droits par les bénéficiaires potentiels. L'ACS, créée pour les personnes ayant des revenus jusqu'à 20 % au-dessus du plafond CMU, n'est **pas assez connue** puisque sur plus de deux millions de bénéficiaires cibles, et quatre ans après sa création, seules 505 000 personnes avaient pu souscrire un contrat d'assurance à ce titre fin août 2009 (nombre cependant en progression de + 23 % en un an).

Enfin, **les refus de soins** à l'encontre des personnes séropositives sont fréquents, soit en raison de la situation de précarité des personnes, discriminées parce qu'elles sont détentrices de la CMU ou de l'AME, en raison de leur séropositivité, de leur orientation sexuelle, de leur origine, du fait qu'elles consomment ou aient consommé de la drogue... Les PVVIH sont multiples touchées par la discrimination car elles cumulent parfois ces différents facteurs de discrimination. (voir Programmes HSH et LBT, migrants, populations vulnérables)

Une enquête réalisée en 2009 par SIDA info service⁴² sur les discriminations à l'encontre des personnes vivant avec le VIH révèle que près de la moitié des personnes interrogées ont rapporté au moins une situation de discrimination dans le domaine de la santé. De nombreuses personnes interrogées estiment n'avoir jamais été discriminées car elles n'ont pas mentionné leur séropositivité.

La loi Hôpital patient santé territoire (HPST) inscrit dans le code de santé publique les motifs de discrimination : les motifs décrits par l'article L225-1 du code pénal⁴³ dont font partie l'état de

42. http://www.sida-info-service.org/sites/sida/IMG/pdf/SIS_Discriminations_2009-2.pdf.

43. "Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques à raison de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur grossesse, de leur apparence physique, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs mœurs, de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée".

santé, l'apparence physique, l'orientation sexuelle..., ainsi que le fait d'être détenteur de la CMU, l'AME ou l'ACS. Cette loi crée une procédure de conciliation, au terme de laquelle une sanction ordinaire peut être prise par la juridiction ordinaire compétente ou des pénalités financières prononcées par le directeur de l'organisme local d'assurance à l'encontre du professionnel de santé ayant pratiqué un refus de soins. Il existe déjà un système de conciliation auprès des CPAM, qui suivent également les 5 % de professionnels de santé qui reçoivent le moins de bénéficiaires de la CMU. Néanmoins, il revient au patient de saisir le directeur de l'organisme local d'assurance-maladie ou le président du conseil territorialement compétent.

La ministre chargée de la santé a annoncé la réactivation du comité de suivi de l'accès aux soins et la lutte contre les refus de soins, à partir du premier semestre 2010. Ce comité a pour objet d'observer les obstacles dans l'accès aux soins, de faire à partir de ce constat des recommandations aux caisses, et de définir les actions d'information aux assurés et aux professionnels de santé.

Des réponses spécifiques adaptées pour certaines populations sont justifiées au regard des freins supplémentaires que ces populations peuvent rencontrer dans l'accès aux soins :

- de nombreux étrangers en situation précaire qui vivent en France ont droit à une protection maladie : assurance-maladie sur critère de résidence stable et régulière (CMU) ou, le cas échéant, aide médicale d'État (AME). Les articulations entre les réglementations qui encadrent ces deux régimes et les spécificités de ces deux régimes rendent l'application de ces droits parfois difficile. Par ailleurs, les dysfonctionnements constatés dans l'application du dispositif législatif et réglementaire permettant aux étrangers gravement malades et n'ayant pas accès au suivi médical nécessaire dans leur pays d'origine d'accéder à un titre de séjour de travail et ouvrant des droits à la sécurité sociale, compromettent aussi parfois l'accès à une protection maladie - (voir mesures 9 et 10 du programme migrants) ;
- concernant les personnes détenues, à l'entrée en détention, le changement brutal de domicile souvent non anticipé risque de provoquer une rupture de prise en charge qui risque de se reproduire à la sortie si les démarches n'ont pas pu être entreprises dans les délais (voir le plan d'actions stratégiques 2010-2014 : Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice) ;
- dans les DOM, les acteurs de terrain ont dénoncé des dysfonctionnements en matière d'accès à une protection sociale, notamment pour les populations les plus précaires ;
- concernant les femmes et hommes homo-bisexual(e)s et les transsexuels, le principal obstacle à un égal accès aux soins est la discrimination par certains professionnels de la santé et du social (voir Mesure 3 de l'axe 1 du programme HSH et LBT).

Les objectifs sont de réduire les inégalités d'accès aux soins et d'assurer à tous la qualité de la prise en charge globale pour une prise en charge thérapeutique optimale.

Trois actions

- Informer et accompagner de manière renforcée les PVVIH pour améliorer l'accès aux soins (Action T42).
- Lutter contre les refus de soins (Action T43).
- Favoriser les approches respectueuses des choix d'orientation sexuelle en intervenant auprès des professionnels sanitaires et sociaux en contact avec la population des femmes et hommes homo-bisexual(e)s (Action HSH et LBT 8).

Mesure 5 • Permettre une prise en charge administrative de qualité pour les étrangers concernés par le VIH/SIDA/IST

Contexte et objectifs

La procédure L313-11 11° du CESEDA permet d'attribuer un titre de séjour assorti d'un titre de travail de plein droit aux étrangers gravement malades.

Cette procédure doit permettre aux étrangers malades, au même titre que les français, d'avoir accès à un logement ou à un hébergement (mesure 1), d'avoir accès à un emploi (mesure 2), d'avoir accès à un revenu d'existence ouvert par les dispositifs handicap et invalidité (mesure 3), d'avoir accès aux soins et à une couverture maladie (mesure 4).

Pourtant les professionnels de terrain font certains constats :

- difficultés hétérogènes d'un point à l'autre du territoire pour l'accession ou le renouvellement de la carte de séjour temporaire (CST) en raison de l'état de santé ;
- entraves fréquentes rencontrées par les personnes atteintes de pathologies graves, différentes selon les régions, pour accéder à un certain nombre de droits ouverts aux titulaires d'une CST : regroupement familial, carte de résident notamment ;
- rupture de confidentialité au cours de l'instruction des demandes : aux guichets de certaines préfectures, au cours des audiences au Tribunal Administratif, dans la rédaction des jugements.

Il s'agit d'assurer les conditions administratives favorables à la prise en charge des étrangers/migrants concernés par le VIH/SIDA.

Trois actions

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

Mesure 6 • Éviter les ruptures dans les moments de vulnérabilité du parcours de vie

Contexte et objectifs

Si les PVVIH vivent aujourd'hui mieux grâce aux traitements, l'accompagnement reste primordial, notamment pour les plus précaires, et lors des moments de vulnérabilité que peut traverser la personne. Les personnes touchées par cette maladie sont très souvent victimes de discriminations, et cette discrimination vécue depuis toujours finit par s'intérioriser, à tel point que les personnes s'auto-excluent bien souvent elles-mêmes, préférant ne pas annoncer leur séropositivité plutôt que de risquer un énième rejet. Toute l'énergie déployée à se protéger, à construire des stratégies de dissimulation n'est plus disponible pour se soigner, faire des projets, s'occuper de soi. C'est là que réside tout l'intérêt et l'efficacité d'un accueil "spécifique". Les personnes savent que dans ces structures "on sait", qu'ici, il ne sera nul besoin d'expliquer en quoi vivre avec le VIH/SIDA est compliqué. Cette "mise en sécurité" est un formidable gain de temps et d'énergie dans la prise en charge.

Pendant, **l'accompagnement global, mis en place par les associations, les réseaux et les professionnels du VIH, est fragilisé**. Les activités liées au VIH/SIDA, notamment la prévention et l'accompagnement, sont financées par des subventions non renouvelables. Ces crédits, depuis la loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, ne sont plus "fléchés" nationalement par pathologie. De plus, ce système se trouve fragilisé par le caractère non pérenne des subventions. Les associations, généralement de taille modeste, ont une santé financière fragile et peu ou pas de fonds propres. Elles sont souvent financées sur appel d'offres, sans savoir si leurs financements seront reconduits d'année en année. Par ailleurs, les subventions sont généralement perçues en fin de deuxième trimestre, laissant les structures dans une instabilité financière importante une grande partie de l'année.

Cet accompagnement est néanmoins fondamental, notamment pour les personnes les plus précaires et en situation de vulnérabilité :

- les **personnes qui se prostituent** sont constituées de 60 à 80 % de personnes migrantes, isolées, ne parlant pas le français, et souvent en situation irrégulière. Le caractère très mobile de la prostitution peut conduire à des interruptions de traitement et à des ruptures de droits. Ces personnes sont souvent discriminées, notamment les personnes transgenre prostituées, et éloignées du système de santé et de protection sociale en raison d'un contexte répressif. Les associations intervenant auprès de ces personnes constatent une complexité accrue des actions de proximité, conséquence d'un contexte législatif défavorable ;
- les difficultés rencontrées par les **étrangers** concernés par le VIH/SIDA/IST (voir mesure 5) justifient un accompagnement renforcé pour l'accès aux droits ;
- les **personnes séropositives dans les DOM** sont dans une situation plus précaire qu'en métropole : le chômage touche plus de la moitié des femmes actives de moins de 25 ans, plus de 20 % des familles sont monoparentales et le nombre de famille à bas revenus est plus important qu'en métropole. Les personnes séropositives dans les DOM souffrent également d'une plus grande stigmatisation ;
- la discrimination sur la base de l'orientation sexuelle est considérée comme la deuxième forme de discrimination la plus répandue au sein de l'Union européenne, après la discrimination sur la base de l'origine ethnique. Elle est également répandue en France. Aussi, à cette homophobie, peut s'ajouter la discrimination en raison de la maladie pour les **HSH, les FSF et les personnes transsexuelles séropositives**. Cette discrimination est aggravée pour les migrants, les afro-antillais et les jeunes de banlieue.

Cet accompagnement spécifique ainsi que l'adaptation de l'accueil et la prise en charge de droit commun aux spécificités du VIH est également fondamental lors de **moments particuliers du parcours de vie**. Parmi ceux-ci :

Le moment de la grossesse et de l'enfance avec le VIH

Les femmes sont fortement représentées dans l'épidémie nationale depuis les années 1990⁴⁴. Malgré des progrès notables, la séropositivité se découvre encore à l'occasion de la grossesse, et parfois tardivement. De plus, si le taux de transmission materno-fœtale est d'1 % seulement aujourd'hui en France, cela demande une très grande rigueur dans la prise du traitement pré et postnatal. Or, certains parents séropositifs sont dans des situations de grande vulnérabilité : sans titre de séjour, sans accès aux prestations familiales, vivant de ressources insuffisantes et parfois hébergés en hôtel. Ces situations précaires, et le choc de l'annonce du VIH, peuvent entraîner des difficultés d'observance du parent et de l'enfant à naître, des dysfonctionnements précoces de la relation parent/enfant, et des répercussions sur le couple. Il est parfois difficile pour les parents de se projeter dans l'avenir avec un bébé après le choc du diagnostic.

L'adolescence, âge où les bouleversements physiologiques et psychologiques viennent perturber le vécu de l'infection à VIH, souvent contractée à la naissance.

Le vieillissement et la perte d'autonomie

Le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans vivant avec le VIH est sans cesse croissant⁴⁵. Sur le plan qualitatif, leurs besoins présentent quelques spécificités. Toutes les études convergent pour décrire un vieillissement prématuré. Sur le plan somatique, les manifestations du vieillissement ne sont pas spécifiques mais apparaissent plus prématurément et avec une fréquence plus élevée. Ce phénomène de vieillissement prématuré est lié à la fois aux effets du virus, aux traitements, aux co-morbidités et aux conditions de vie. Outre les problèmes osseux, cardio-vasculaires et métaboliques, il s'agit surtout des troubles cognitifs qui sont nettement plus fréquents⁴⁶.

Sur le plan psychologique, il s'agit plus souvent de personnes fragilisées (perte d'estime de soi, ruptures fréquentes, usage de drogue, isolement affectif), les tentatives de suicide et la consommation de psychotropes sont significativement plus élevées.

Sur le plan social, l'enquête VESPA ANRS (2004) a bien décrit la précarité et l'isolement, plus fréquent qu'en population générale.

Tous ces facteurs rendent plus difficile le maintien à domicile, d'autant que certaines personnes n'ont pas accès à un logement mais seulement à des hébergements temporaires. Les individus concernés devront donc avoir recours plus fréquemment et plus tôt que la population générale à des réponses institutionnelles collectives, qu'elles relèvent du domaine de la gériatrie (établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante EHPAD, unité de soins de longue durée USLD) ou du handicap (maisons d'accueil spécialisées MAS, foyers d'accueil médicalisés FAM).

L'accueil dans les établissements pour personnes âgées étant actuellement restreint du fait d'une méconnaissance de l'infection par le VIH, les experts recommandent d'anticiper et d'accompagner cet accueil dans la filière en impliquant les professionnels de la gériatrie et en développant des formations⁴⁷. De plus, dans les établissements relevant d'un budget global, le coût des traitements est un obstacle majeur à l'admission.

44. L'enquête périnatale française fait état de 1 500 accouchements par an, soit plus de deux fois plus qu'il y a dix ans. Les femmes d'origine africaine en constituent la majeure partie, mais il existe aussi d'autres situations telles que celle des femmes usagères de drogue.

45. La prise en charge des personnes vivant avec le VIH dans la filière gériatrique - C. Barbier, DRASSIF. Grâce au bénéfice des traitements antirétroviraux, on note un allongement régulier de la durée de vie. D'après les résultats de la cohorte Aquitaine, l'espérance de vie a rejoint celle de la population générale. Cela ne vaut cependant que pour les personnes dont la charge virale est bien contrôlée. Les données de la file active hospitalière (ANRS CO 4 basée sur le recueil spécifique du DM12) montrent qu'au niveau national, la part de plus de 50 ans est en augmentation régulière (de 20,1 % en 2004 à 23,6 % en 2006). Parallèlement au vieillissement des personnes déjà connues et suivies, les nouvelles découvertes de séropositivité concernent une part non négligeable de personnes de 60 ans et plus (3,5 %).

46. 25 % des personnes vivant avec le VIH présentent des troubles cognitifs dès 50 ans versus 4 % en population générale à l'âge de 65 ans.

47. Rapport d'experts sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH sous la responsabilité du Pr Patrick Yéni. 2010 ; page 375.

La réalisation d'un projet de vie au travers de l'emprunt

L'adoption de la loi du 31 janvier 2007, entérinant la convention dite AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), signée en 2006 par les pouvoirs publics, les fédérations professionnelles de la banque, de l'assurance et de la mutualité et les associations de malades et de consommateurs, constitue une avancée significative. Malgré cela, l'enquête SIDA info service 200 9⁴⁸ souligne que plus du quart des appels en 2008 a concerné le thème des assurances. En effet, plusieurs difficultés sont relevées concernant cette convention⁴⁹ :

- manque d'information personnalisée et d'accompagnement aux futurs emprunteurs ;
- faible taux de couverture du risque de santé aggravé malgré les avancées thérapeutiques ;
- le dispositif répond mal au besoin d'un large écrêtement des surprimes en faveur des emprunteurs AERAS ;
- difficulté d'accès aux délégations d'assurance ;
- variabilité du respect du secret médical ;
- plafond de montant et plafond d'âge.

Les objectifs sont de renforcer l'accompagnement spécifique des personnes séropositives en situation de précarité ou de vulnérabilité et dans les moments du parcours de vie pouvant occasionner des ruptures ; et adapter les dispositifs d'accueil et de prise en charge de droit commun aux spécificités du VIH, afin d'éviter les ruptures dans le parcours de vie, d'optimiser l'adhésion au traitement et d'éviter les prises de risque.

Sept actions

- Soutenir l'accompagnement des PVVIH mis en place par les associations, les réseaux, et les professionnels (Action T44). Les spécificités des besoins des populations les plus touchées et/ou les plus vulnérables (DOM, personnes sortant de prison, personnes transgenres, migrants/étrangers, personnes qui se prostituent, personnes usagères de drogue) devront être prises en compte dans le soutien des actions mises en place par les associations, les réseaux et les professionnels.
- Sensibiliser les acteurs associatifs, sanitaires, sociaux, et judiciaires en contact avec les personnes prostituées aux enjeux de la prévention du VIH et des IST (Action P2).
- Agir pour une meilleure acceptation des orientations sexuelles et soutenir les personnes HSH, FSF en souffrance ou victimes d'actes d'homophobie (Action HSH et LBT7).
- Accompagnement pré et postnatal et prise en charge des enfants concernés par le VIH/SIDA (Action T45).
- Prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA vieillissantes et/ou en perte d'autonomie (Action T46).
- Offrir un meilleur accès des PVVIH et de leurs familles aux assurances et aux crédits (Action T47).
- Prise en charge et soutien des adolescents infectés par le VIH/SIDA : accompagnement et transition de la prise en charge pédiatrique à la prise en charge adulte (Action T36).

48. Enquête sur les discriminations à l'encontre des personnes vivant avec le VIH - 2 009 - Observatoire SIDA Info Service.

49. Bilan de l'application de la convention, novembre 2009.

http://www.aeras.fr/sections/les_documents_offici/rapport_bilan_de_l/rapport_bilan_de_l_a/downloadFile/file/Rapport_bilan_de_l_application_de_la_convention_AERAS_version_definitive.pdf?nocache=1 259 597 508,81



Axe 5 → Recherche et observation

Contexte

Recherche

La qualité des articulations entre soins et recherche clinique d'une part, et entre recherche clinique et recherche en sciences sociales d'autre part est une force majeure de la recherche française sur le VIH/SIDA. Elle devra être maintenue et ces liens transdisciplinaires devront être renforcés.

Concernant les recherches fondamentales sur le VIH/SIDA, les principales actions devront continuer à s'articuler autour des axes suivants : les réservoirs du virus, le polymorphisme génétique et l'immunité muqueuse, les nouvelles cibles thérapeutiques, le modèle des "HIV controllers".

Pour les recherches vaccinales VIH, il s'agit de poursuivre la recherche sur les différentes étapes incontournables (compréhension des mécanismes d'induction de la réponse immunitaire, développement de candidats vaccins, réalisation d'essais cliniques de vaccination prophylactique, réalisation d'essais précliniques dans le modèle macaque) par une approche intégrant la recherche biologique d'amont, l'utilisation de modèles de primates non humains et la poursuite d'un programme clinique.

En sciences humaines et sociales, il est capital de continuer à investir les domaines suivants : les populations et les risques, l'expérience des malades, les savoirs et les pratiques biomédicales, les politiques de prévention, les recherches socio-comportementales dans les essais cliniques, l'analyse des parcours de soin. En effet, ces domaines sont essentiels pour aider à la définition des politiques de santé publique.

C'est l'ANRS qui dirige, finance et coordonne l'essentiel de la recherche entreprise sur le VIH en France, aussi, l'harmonisation entre les programmes de l'ANRS en cours et à venir et les priorités de santé publique du plan doit être recherchée.

Observation

L'Institut de veille sanitaire (InVS) a dans ses missions la surveillance et l'observation permanente de l'état de santé de la population, et la veille orientée sur les connaissances des risques sanitaires et les menaces particulières qui concernent les populations vulnérables. À ce titre, il est le principal opérateur de cette mesure. L'enjeu est de maintenir les acquis en termes de qualité de notre système de veille, mais surtout d'améliorer les connaissances épidémiologiques sur les publics pour lesquels les données disponibles sont encore insuffisantes.

En termes d'observation, il s'agit, d'améliorer les connaissances épidémiologiques et socio-comportementales (en lien avec l'INPES) relatives aux VIH et IST pour la population générale et pour les populations pour lesquelles les données disponibles sont encore insuffisantes.

Objectifs

Recherche

Objectif général

Poursuivre l'important effort de recherche et de surveillance entrepris en France depuis le début de l'épidémie en l'adaptant aux nouvelles réalités de la maladie dans la société.

Objectifs opérationnels

Mesure 1

Poursuivre l'activité autonome de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS).

Mesure 2

Améliorer et renforcer les connaissances sur les comportements et la recherche épidémiologique en soutenant le travail des Agences et instituts de surveillance et de recherche concernés.

Observation

Objectif général

Maintenir un haut niveau de surveillance épidémiologique, améliorer l'observation épidémiologique et socio-comportementale de la population générale et de populations vulnérables.

Objectif opérationnel

Maintenir un haut niveau de surveillance épidémiologique sur VIH/SIDA-IST.

Mesures et actions

Mesure 1 • Poursuivre l'activité autonome de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS)

Objectif

Poursuivre l'activité autonome de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS). Dans le cadre de son développement et de la mise en œuvre de son plan stratégique, l'ANRS affiche plusieurs grandes priorités.

Actions

Dans le domaine des recherches fondamentales sur le VIH/SIDA

Les principales actions s'articulent autour de plusieurs axes :

- **les réservoirs du virus** : une meilleure compréhension des mécanismes moléculaires d'établissement et de maintenance de la latence virale est nécessaire, afin d'élaborer des stratégies thérapeutiques ciblant ces cellules réservoirs, tant au niveau périphérique que muqueux ;
- **le polymorphisme génétique** : les personnes infectées ne réagissent pas de la même façon à la contamination virale et à la progression de la maladie. La découverte de gènes intervenant dans cette régulation serait d'un intérêt majeur, non seulement en santé publique pour dépister les populations à risque, mais également au niveau individuel pour guider les stratégies de traitement et découvrir de nouvelles pistes chimiothérapeutiques et/ou immunologiques ;
- **l'immunité muqueuse** : il s'agit de comprendre les mécanismes d'entrée du virus au niveau des muqueuses, en particulier sur le rôle des cellules dendritiques.

Dans le domaine des recherches vaccinales sur le VIH/SIDA

Les principaux objectifs pour les trois années à venir sont :

- le développement d'un programme scientifique permettant d'améliorer la compréhension des mécanismes d'induction de la réponse immunitaire aux candidats vaccins ;
- le développement de candidats vaccins (lipopeptides, vecteurs recombinants MVA et protéines de fusion d'anticorps monoclonaux humains (AcHum) anti-cellule dendritique couplés à des epitopes du VIH ;
- le développement des tests innovants d'analyse des réponses immunitaires dans les essais vaccinaux selon des standards internationaux dans le cadre d'une plateforme technologique spécialisée ;
- la réalisation d'essais cliniques de vaccination prophylactique et thérapeutique utilisant ces candidats vaccins.

Dans le domaine de la recherche clinique sur le VIH

En France, même si la majorité des patients sous traitements antirétroviraux est contrôlée au niveau virologique, plusieurs grandes questions demeurent, concernant par exemple :

- la prise en charge des patients dont l'infection est découverte à un stade avancé de la maladie
- le vieillissement prématuré de ces patients au niveau cérébral ;
- une autre grande problématique réside dans le fait que plus de 40 % des patients traités présentent une restauration immunitaire incomplète ($CD4 < 500/mm^3$). Ces patients ont une morbidité et une mortalité supérieures à la population générale avec un risque accru de certains types de cancer et ou de pathologie cardiovasculaire.

La constitution et le suivi de cohortes sont un élément essentiel du dispositif. Les champs thématiques couverts sont très nombreux et concernent à la fois :

- l'étude de l'infection par le VIH-1 et le VIH-2 chez l'adulte et l'enfant ;
- l'étude de la transmission mère-enfant et des problèmes particuliers aux femmes ;
- les complications méthodiques et les cancers liés au VIH qui vont faire l'objet d'efforts particuliers de la part de l'agence dans le cadre de cohortes.

Le suivi des cohortes a été maintenu pendant une durée très longue et à un niveau scientifique très élevé : cela constitue du fait de la taille et de la qualité des données disponibles un ensemble cohérent unique à l'échelon national et international, comme en témoigne le développement, ces dernières années, des collaborations européennes sur les cohortes, collaborations auxquelles l'ANRS a apporté un soutien majeur et qui seront renforcées. Ces cohortes seront également utilisées pour des analyses de non génotypiques (GWA) permettant une bonne corrélation phénotype génotype à partir des échantillons de la biothèque.

Les centres de méthodologie : ils constituent un des points clef dans la réussite des essais thérapeutiques et des études de cohorte qui mérite d'être souligné. Le développement d'un savoir-faire appliqué aux essais thérapeutiques menés en France est largement reconnu y compris par l'industrie pharmaceutique.

La biothèque de l'ANRS : l'organisation d'une biothèque informatisée et centralisée à l'Établissement Français du Sang de Lyon, réunissant tous les échantillons des études cliniques, permet d'extraire les échantillons nécessaires, chacun d'eux étant associé à une base de données cliniques et biologiques. Cette biothèque est originale du fait de la congélation de cellules en plus de celle de plasmas. Elle constitue un véritable capital, car elle est ouverte à de nouvelles recherches, à l'étude de nouveaux marqueurs ou de nouveaux concepts.

Dans le domaine des recherches dans les pays en développement

Compte tenu de l'ampleur de l'épidémie (environ 35 millions de personnes infectées par le VIH, et plus de 2,8 millions de nouvelles contaminations chaque année), cet axe de recherche est prioritaire mais nécessite de faire des choix stratégiques.

Plusieurs éléments nouveaux incitent, cependant, à repenser la politique de l'Agence dans ce domaine :

- l'accès aux antirétroviraux dans les pays du Sud financés par différents grands programmes internationaux d'aide multilatérale, réel mais encore insuffisant (3 millions de personnes traitées sur 12 millions) ;
- la place prise par différentes agences ou fondations internationales comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, la Gates Foundation, ou le programme PEPFAR qui financent la prise en charge des patients et tissent des liens avec la recherche ;
- des problématiques de recherche de plus en plus étroites entre le Nord et le Sud.

C'est en tenant compte de ces données que quelques axes prioritaires ont été définis pour les années qui viennent :

- favoriser une recherche translationnelle de haut niveau, en tenant compte de la compétition internationale dans ce domaine ;
- poursuivre la politique des sites et de financement par projet dans les différents sites : mise en place des partenariats privilégiés avec certains pays comme l'Afrique du Sud et le Maroc ;
- s'engager résolument dans des partenariats au niveau international, comme cela est déjà réalisé avec les NIH (Institut National de la Santé) et EDCTP (European and Developing Countries Clinical Trials Partnership) ;

- financer la mise en place d'études de recherche opérationnelle, en particulier dans le domaine de l'infection à VIH chez la mère et chez l'enfant ; ce type de recherche a été mis en place à l'ANRS, avec l'évaluation de la circoncision à large échelle au sein d'une population d'Afrique du Sud ;
- poursuivre le plaidoyer pour l'accès aux antirétroviraux dans les pays du Sud en particulier pour les 2^e lignes de traitement et les enfants en produisant des résultats solides d'essais thérapeutiques ;
- participer à la réflexion sur l'utilisation des antirétroviraux comme outil de prévention en terme de population "test and treat" (et non plus seulement comme un traitement individuel) ;
- accélérer le transfert de compétences aux équipes des pays du Sud, en s'appuyant et en renforçant les équipes universitaires, et en favorisant le financement des chercheurs du Sud par le financement d'un stage postdoctoral.

Mesure 2 • Améliorer et renforcer les connaissances sur les comportements et la recherche épidémiologique en soutenant le travail des agences et instituts de surveillance et de recherche concernés

Il s'agit de maintenir et de renforcer, en particulier sous l'égide de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS), un haut niveau de recherche interdisciplinaire à travers le développement de la recherche en sciences humaines et sociales. Il s'agit d'améliorer les connaissances épidémiologiques et socio-comportementales relatives aux VIH et IST pour la population générale et pour les populations pour lesquelles les données disponibles sont encore insuffisantes.

Les études en sciences humaines, en particulier sur les comportements en santé, se sont avérées indispensables à l'amélioration de l'efficacité des actions de prévention, de dépistage et de prise en charge pour certaines populations. L'interdisciplinarité évoquée plus haut s'impose au niveau des études en sciences humaines et sociales (SHS). Ces dernières, en particulier celles concernant les comportements en santé, sont indispensables à l'amélioration de l'efficacité des actions de prévention, en utilisant les nouveaux outils médicaux de dépistage et de prise en charge de certaines populations. Si l'ANRS reste au cœur de cette stratégie de recherche et d'observation, ces études socio-comportementales font également appel à d'autres compétences. Elles ne peuvent être réalisées que grâce à une collaboration étroite entre des professionnels de santé publique et des spécialistes de la prise en charge. La réalisation de ces études passe également par des interactions des acteurs de la recherche avec les associations de patients. Cette collaboration et ces interactions sont ainsi particulièrement nécessaires au suivi du programme concernant les populations vulnérables (étrangers-migrants) et sont dépendantes d'un financement entre ministères.

Dans le domaine des recherches en sciences humaines et sociales, l'étude des nouvelles stratégies de prévention est une priorité.

Dans le domaine du VIH, les priorités des recherches en sciences humaines et sociales de l'ANRS s'articulent autour des six grands axes suivants :

- les populations et les risques ;
- l'expérience des malades ;
- les savoirs et les pratiques biomédicales ;
- les politiques de prévention ;
- la comparaison avec d'autres pathologies ;
- les recherches socio-comportementales dans les essais cliniques.

Il faut continuer de développer un haut niveau de recherche interdisciplinaire dans le domaine des sciences humaines et sociales et conduire à des propositions concrètes en termes de politique de Santé Publique. Le plan VIH/SIDA/IST 2010-2014 confiera cette tâche à l'Alliance pour les sciences de la vie et de la santé, AVIESAN, et plus particulièrement aux Instituts Thématiques Multi-organismes Santé-Publique et Microbiologie et Maladies Infectieuses. Il s'agira de développer conjointement une stratégie pour les études socio-comportementales et épidémiologiques conduisant à des propositions concrètes en termes d'axes de recherche à soutenir. Ce travail réunira tous les acteurs et financeurs concernés. Il s'articulera, sous la coordination de l'ANRS, avec les programmations élaborées avec les agences de financement, et avec les organismes de Santé Publique et de recherche médicale (ANRS, ANR, IReSP, Inserm, Institut Pasteur, InVS, INPES).

Mesure 3 • Poursuivre l'important effort de surveillance entrepris en France depuis le début de l'épidémie en l'adaptant aux nouvelles réalités de la maladie dans la société

Les études épidémiologiques détaillées au sein des différents programmes populationnels, devront notamment :

- améliorer la surveillance du VIH/SIDA et des IST pour l'ensemble des populations des femmes et des hommes **homo-bisexuels** dans toutes leurs diversités (Action HSH et LBT 19) ;
- réaliser la synthèse des données existantes sur les **trans** : enquêtes, déclaration obligatoire et recommandations (Action LGBT20) et étudier les conditions de mise en œuvre d'une surveillance de la prévalence et de l'incidence du VIH et des IST chez les **Trans** et suivre l'évolution des comportements sexuels en fonction des stratégies mises en place (prévaTrans) (Action HSH et LBT 21) ;
- recueillir et analyser des données VIH/SIDA/IST dans les **populations migrantes** en lien avec l'évolution des flux migratoires (Action M15).

Les études socio-comportementales

- Pour les HSH et LBT : améliorer les connaissances sur des comportements liés à la sexualité des **femmes et des hommes homo-bisexuels** et l'impact des stratégies de santé publique sur l'évolution des pratiques de prévention (EPG, baromètre gay, Prevagay) (action HSH et LBT 16) ; améliorer les connaissances sur les femmes ayant des **rappports sexuels avec les femmes (FSF) à partir d'une analyse des enquêtes existantes** (Action HSH et LBT 17).
- Pour les migrants : documenter les données socio-comportementales au regard du VIH/SIDA/IST pour les **populations migrantes** originaires d'Asie, d'Europe, d'Amérique et actualiser ces données pour les populations africaines et haïtiennes (Action M14).
- Pour les usagers de drogues : réaliser une enquête sur les risques de contamination VIH, hépatites relatifs aux différentes pratiques à risque (injection, snif, crack fumé) parmi les UD fréquentant les structures de prise en charge et de RDR et les populations d'UD dites "cachées" (milieu festif, inséré, grande précarité...) (Coquelicot 2010) (Action UD5).
- Étude sur la prise en charge des personnes vieillissantes vivant avec le VIH (Action T48).
- Pour les personnes se prostituant : réaliser une recherche-action sur la **prostitution sur Internet** (Action P7) ainsi que des enquêtes quantitatives et qualitatives sur les **personnes qui se prostituent** et les personnes qui pratiquent des échanges économique sexuels en Martinique, à la Réunion et à Mayotte et examiner leur situation au regard du VIH et les IST (Action P8).



Les programmes populationnels

Il s'agit ici de rassembler et de présenter plus spécifiquement les mesures et actions portant sur des populations spécifiques afin d'en renforcer la visibilité au sein du plan national VIH/IST 2010-2014.

Cela concerne quatre groupes de population :

- population migrante ;
- population HSH et LBT ;
- population en situation de vulnérabilité notamment les populations usagères de drogues, les personnes prostituées.

Pour la population des personnes détenues, les actions ne sont pas précisées car elles font l'objet d'un plan spécifique "plan d'actions stratégiques 2010-2014 : Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice". Ce programme n'est donc pas détaillé ici.

Pour les populations des départements d'outre-mer, les actions sont précisées dans un plan spécifique et complémentaire à ce plan national.

Chacun de ces programmes populationnels est présenté de la façon suivante :

- un contexte spécifique à la population concernée du point de vue de l'épidémiologie du VIH et des IST et du point de vue des spécificités de la population en termes d'accès aux soins et à la prévention ;
- le rappel des mesures concernant cette population et les actions s'y affèrent qu'elles leur soient spécifiques ou qu'elles procèdent d'une application des mesures ou actions du plan global.

Les actions sont détaillées en annexe.

P1 • Programme en faveur des migrants

• **page 83**

P2 • Programme en faveur des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), et des lesbiennes, bisexuel(le)s et transsexuel(les) (LBT) • **page 105**

P3 • Programme en direction des personnes usagères de drogues • **page 127**

P4 • Programme en direction des personnes qui se prostituent • **page 139**



Programme en faveur des migrants

Introduction

Population concernée

- **Étranger** = personne qui n'a pas la nationalité française.
Au 1^{er} janvier 2006, l'Insee estime à 3,5 millions le nombre d'étrangers résidant en France métropolitaine. Ils représentent 5,7 % de la population.
- **Migrant (ou immigré)** = personne vivant actuellement en France née étrangère dans un pays étranger. Un immigré peut être étranger ou français, s'il a acquis la nationalité française.
En 2004, 4,5 millions d'immigrés de plus de 18 ans vivaient en France métropolitaine, soit 9,6 % de la population totale (données Insee).
Plus d'un immigré sur trois est de nationalité française.

Les principales composantes de la population étrangère vivant en France sont : pour 35 % des ressortissants de l'Union européenne, pour 31 % des ressortissants d'un des 3 pays du Maghreb, pour 13 % des ressortissants asiatiques et pour 9 % des ressortissants d'Afrique subsaharienne.

Trois régions métropolitaines regroupent 60 % des étrangers : 4 étrangers sur 10 résident en Île-de-France, 11 % en Rhône-Alpes et 9 % en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Concernant les flux migratoires, ils sont estimés par l'INED à partir des données sur les délivrances de titres de séjour, qui représentent un indicateur indirect et sans doute non exhaustif des flux migratoires réels. Néanmoins, on constate que les flux migratoires en provenance d'Afrique subsaharienne ont augmenté jusqu'en 2005, puis se sont stabilisés en 2006 et qu'ils diminuent sur la dernière année disponible, 2007 (n = 32 000). Les flux migratoires en provenance des autres régions du monde sont assez stables, en dehors de ceux en provenance de l'Afrique du Nord, qui diminuent nettement depuis plusieurs années.

Le présent programme s'adresse à la fois aux étrangers et aux migrants vivant en France

- En matière de données épidémiologiques, le présent programme se rapporte à la fois aux migrants et aux **étrangers**. Jusqu'en 2007, les analyses présentées ne concernaient que les étrangers. Mais depuis 2008, l'item pays de naissance est pris en compte en plus de l'item *nationalité* : certaines analyses épidémiologiques font donc désormais référence à l'ensemble des **migrants** et plus seulement aux **étrangers**.
- En matière de communication, prévention, incitation au dépistage, le présent programme concerne les **migrants** dans leur ensemble, dans la mesure où les notions entrant en ligne de compte sont des habitudes culturelles, des consommations médias, des lieux de rencontre, des réseaux associatifs, qui *peuvent* être spécifiques (mais ne le sont pas forcément).

- En matière de droits administratifs, le présent programme ne concerne que les **étrangers**, dans la mesure où ces droits ne présentent certaines spécificités qu'en fonction de l'absence ou de l'existence d'un titre de séjour (ex. : l'aide médicale État ne concerne que les personnes sans titre de séjour en cours de validité), ou en fonction de la nature du titre de séjour.

Contexte épidémiologique

Source de données : InVS (Déclaration obligatoire du VIH/sida, réseau Labo VIH, surveillance virologique/Centre National de référence du VIH, Tours, réseaux de surveillance des IST : RésIST, Renago, Renachla).

Données concernant le VIH⁵⁰

Les données épidémiologiques reflètent le risque accru d'infection par le VIH dans la population étrangère : la transmission du VIH est particulièrement importante chez les femmes de nationalité d'Afrique subsaharienne, pour qui le taux d'incidence est 69 fois supérieur à celui observé dans la population hétérosexuelle française.

Compte tenu des données manquantes concernant la nationalité et le pays de naissance, des délais de déclaration et de la sous-déclaration, on estime que ce sont environ 2 700 étrangers⁵¹ vivant en France qui ont découvert leur séropositivité en 2008.

Sur la période 2003-2008, les étrangers représentent près de la moitié de l'ensemble des découvertes de séropositivité (46 %) en France, alors qu'ils ne représentent qu'à peine 6 % de la population vivant en France (source Insee 2006).

Cette situation épidémiologique s'inscrit dans le même contexte général que celui de plusieurs pays d'Europe ayant des liens historiques d'immigration (qui génèrent des flux migratoires réguliers pour des motifs économiques et politiques) avec certains pays à forte prévalence : ainsi, en 2008, le Royaume-Uni estime que plus de 80 % des personnes contaminées par rapports hétérosexuels l'ont été dans un pays où l'épidémie est généralisée.

Incidence et découvertes de séropositivité⁵²

Par rapport à la population hétérosexuelle française, le taux d'incidence du VIH est 9 fois supérieur chez les personnes hétérosexuelles de nationalité étrangère.

Les personnes originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne sont particulièrement touchées, puisque les taux d'incidence chez les hommes et les femmes sont respectivement 29 fois et 69 fois supérieurs à ceux de la population hétérosexuelle française.

Néanmoins, comme chez les femmes et hommes de nationalité française, contaminés par des rapports hétérosexuels, l'incidence a diminué depuis 2003 chez les personnes de nationalité étrangère, de façon comparable dans les 2 sexes.

La proportion d'étrangers diffère selon le sexe :

- le nombre de contaminations annuelles est toujours plus élevé chez les femmes que chez les hommes. En 2008, ce sont 940 femmes étrangères qui ont été contaminées par le VIH par des rapports hétérosexuels et 660 hommes, soit des taux d'incidence respectifs de 54 et 35 pour 100 000 ;

50. Ces données épidémiologiques pour le VIH sont basées sur les nationalités : n'apparaissent donc pas là les migrants de nationalité française.

51. Pour des raisons de disponibilité les données de la déclaration obligatoire ont été analysées en fonction de la nationalité et non du pays de naissance. Elles permettent donc de décrire l'épidémie chez les personnes étrangères. Le choix de cette variable sous estime sans doute la réalité de la situation épidémiologique, puisque 86 % des personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2008, nées dans un pays étranger, sont de nationalité étrangère (inversement, 99 % des personnes de nationalité étrangère sont nées à l'étranger).

52. Estimation InVS. http://www.invs.sante.fr/presse/2009/communiqués/incidence_vih191109/incidence_vih.pdf

- la grande majorité des femmes qui ont découvert leur séropositivité en 2008 sont de nationalité étrangère (les deux tiers d'entre elles, 65 %) : 52 % sont de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne, 4 % du continent américain, 2 % d'Europe (moitié Ouest et moitié Est) et 7 % d'une autre nationalité ;
- chez les hommes, les pourcentages sont inversés, en raison de l'effectif d'hommes homosexuels de nationalité française. Environ un tiers des hommes sont étrangers (30 %) : 18 % sont de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne, 3 % du continent américain, 4 % d'Europe (2/3 Ouest et 1/3 Est) et 5 % d'une autre nationalité.

Dans toutes les régions de France, les migrants représentent une proportion importante parmi les découvertes de séropositivité pour le VIH, avec toutefois des disparités régionales.

- La proportion d'étrangers parmi les découvertes de séropositivité est supérieure à 20 % dans presque toutes les régions françaises (cf. tableau annexe 2) : elle est même supérieure à 40 % en 2008 dans les régions Rhône-Alpes, Centre, Limousin, Picardie, en Guyane et Guadeloupe et en Île-de-France.
- En Île-de-France, cette proportion est importante : en 2008, 41 % des découvertes de séropositivité concernent des étrangers d'Afrique subsaharienne et 10 % des étrangers d'autres zones géographiques. Ceci reflète les données de recensement, 4 immigrés sur 10 vivant en Île-de-France.
- Dans les Départements Français d'Amérique, la proportion de migrants est aussi très importante, notamment en Guyane (70 % des découvertes de séropositivité concernent des étrangers, essentiellement d'Haïti, du Surinam, du Guyana et du Brésil) et en Guadeloupe (56 % d'étrangers, principalement d'Haïti).

Une incidence VIH stabilisée après une légère baisse pour la population originaire d'Afrique subsaharienne, mais demeurant toutefois très importante.

En 2003, 52 % des personnes qui découvraient leur séropositivité étaient des étrangers, versus 41 % en 2008.

Le nombre de découvertes de séropositivité qui diminuait chez les étrangers depuis 2003, s'est stabilisé en 2008.

Cette stabilisation est retrouvée chez les hommes, tandis que chez les femmes migrantes, la diminution se poursuit en 2008. Le nombre de découvertes de séropositivité est équivalent, en 2008, entre les hommes et les femmes migrants/antes, autour de 1 500 cas.

Les diminutions ne sont pas les mêmes selon l'origine géographique. La diminution la plus importante jusqu'en 2007 a été observée chez les étrangers originaires d'Afrique subsaharienne. En 2008, leur nombre se stabilise.

Chez les migrants originaires des autres zones géographiques, le nombre de découvertes de séropositivité a aussi diminué jusqu'en 2008, sauf chez ceux originaires d'Europe, qu'il s'agisse de l'Europe de l'Est ou de l'Europe de l'Ouest (et notamment du Portugal).

Un retard au diagnostic également moins important qu'il y a quelques années, mais toujours plus important chez les migrants originaires du Maghreb, d'Haïti, d'Europe ou d'Asie.

Parmi les cas de SIDA déclarés en 2002, on observait que, pour 67 % des cas chez de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne, la séropositivité n'avait pas été diagnostiquée antérieurement (versus 44 % chez les personnes de nationalité française contaminées par voie hétérosexuelle). En 2008, ce sont 15 % des migrants originaires d'Afrique subsaharienne qui étaient déjà à un stade de sida lors de la découverte de leur séropositivité, ce pourcentage étant le même chez les personnes de nationalité française.

Mais ce pourcentage reste plus important chez les migrants originaires des autres zones géographiques, notamment chez ceux originaires du Maghreb, d'Haïti, d'Europe ou d'Asie (entre 25 et 30 % de découvertes au stade sida), même si le nombre absolu de personnes concernées reste assez faible.

Données concernant d'autres infections sexuellement transmissibles (IST)⁵³

Données concernant les IST et les migrants en France

Les réseaux de surveillance existants reposent sur des lieux de consultations (notamment les Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles -CIDDIST) dans lesquels il est difficile à ce jour d'évaluer la fréquentation de la population migrante. Néanmoins, une proportion non négligeable de cas de syphilis et d'infections à gonocoque concerne des migrants d'origines diverses, et notamment d'Europe de l'Est et d'Afrique du Nord.

C'est ainsi que dans le cadre de la surveillance de la **syphilis précoce**⁵⁴, 19 % des cas déclarés entre 2000 et 2008 concernent des personnes nées à l'étranger. Entre 2000 et 2004, cette proportion était chaque année d'environ 24 %, elle est depuis 2005 aux environs de 15 %. En 2008, parmi les personnes migrantes, un tiers était originaire d'Europe ou d'un pays de l'ex-URSS, un tiers d'Afrique (Afrique du nord ou Afrique subsaharienne), un quart d'Amérique (surtout du Sud). Ces personnes migrantes sont en majorité des homo-bisexuels masculins (66 %), les hommes hétérosexuels représentant 26 % d'entre eux et les femmes 8 %. Près de 50 % d'entre eux ont consulté en Île-de-France.

Parmi les cas d'**infections à gonocoque** déclarés par le réseau ResIST entre 2004 et 2008, environ 29 % concernent des personnes nées hors de France. Cette proportion est stable sur la période. En 2008, la moitié d'entre eux sont originaires d'Afrique, surtout d'Afrique du Nord et un tiers d'Europe. Les hétérosexuels représentent la majorité des cas (42 % d'hommes et 11 % de femmes), les homo-bisexuels 47 %. La majorité des consultations ont eu lieu en Île-de-France (72 %).

Pour les **chlamydiae**, une étude réalisée dans les Centres de Planification et d'Éducation Familiale du Val-de-Marne⁵⁵ en 1999 avait mis en évidence un taux de prévalence de l'infection près de 2 fois plus élevé chez les femmes nées en Afrique subsaharienne (11,6 %) que chez les femmes nées en France (6,5 %).

Enfin le plan national de lutte contre les **hépatites B et C** 2009-2012 souligne l'attention particulière à porter aux personnes originaires de zones de moyenne et forte endémie (Afrique, Asie du sud-est, Europe de l'Est, Afrique du Nord...) pour l'hépatite B, précisant que la prévalence de l'antigène HBs chez les personnes résidant en France métropolitaine est variable selon le continent de naissance des personnes (ex : Afrique subsaharienne 5,25 %). L'étude PREVAC B⁵⁶, incluant 373 patients adultes originaires d'Afrique subsaharienne ou d'Asie consultant chez 26 médecins généralistes en Île-de-France, observe une prévalence de 7 % de l'antigène HBs chez ces patients.

53. Ces données épidémiologiques pour les autres IST sont basées sur les lieux de naissance : apparaissent donc là les migrants de nationalité française.

54. Source : InVS, ResIST.

55. Prud'homme M, Boucher J, Perriot Y, Feur E, Leroux MC. Prévalence des infections génitales basses à Chlamydia trachomatis chez les femmes consultant les Centres de planification familiale du Val-de-Marne, France, 1999. BEH 2006 ; 37-38:279-82.

56. " Stratégies préventives de l'hépatite B au sein des populations migrantes", J.-P. Aubert, P. Santana, A. Di Pumpo, A. Gervais, C. Majerholc, P. Marcellin, juillet 2008.

Données concernant les IST au plan international

Le contexte international invite à une attention particulière sur **l'ensemble des IST** : d'après l'OMS, "on estime à plus de 340 millions le nombre annuel de nouveaux cas d'infections sexuellement transmissibles curables - dues aux germes *Treponema pallidum* (syphilis), *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* et *Trichomonas vaginalis* - chez les hommes et les femmes âgés de 15 à 49 ans, la plus forte proportion étant dans la région de l'Asie du Sud et du Sud Est, suivie de l'Afrique subsaharienne, puis de l'Amérique latine et des Caraïbes [...] D'après de nouveaux travaux de recherche, il y aurait une interaction particulièrement forte entre le début de l'infection à VIH et les autres IST. Cette interaction pourrait expliquer au moins 40 % des cas de transmission du virus⁵⁷".

En ce qui concerne la **syphilis**, le nombre de cas de syphilis dans le monde est estimé à 12 millions, dont plus de 90 % des cas surviennent dans les pays en voie de développement. Les régions les plus touchées sont dans l'ordre, l'Asie du sud est (4 millions), l'Afrique subsaharienne (4 millions), la région des Caraïbes et l'Amérique latine (3 millions) avec une progression alarmante du nombre de cas en Europe de l'est selon l'OMS. La maladie, en l'absence de traitement, peut être responsable de complications graves pour l'individu porteur de la maladie et pour l'enfant lorsque la femme enceinte est atteinte. La maladie est contagieuse et peut participer à la transmission du VIH.

En ce qui concerne **l'hépatite B**, on estime à "2 milliards le nombre de personnes infectées par le virus de l'hépatite B (HBV) et plus de 350 millions ont des infections chroniques (de longue durée) [...]. La probabilité qu'une infection par le virus de l'hépatite B devienne chronique dépend de l'âge à laquelle l'infection a lieu [...] Le risque de décès par cirrhose ou cancer du foie dus au virus de l'hépatite B est approximativement de 25 % si l'infection a eu lieu pendant l'enfance [...]. L'hépatite B est endémique en Chine et dans d'autres régions d'Asie où les porteurs chroniques représentent 8 à 10 % de la population adulte. La plupart des personnes infectées l'ont été pendant l'enfance. [...] Au Moyen Orient et dans le sous-continent indien, les porteurs chroniques représentent 2 à 5 % de la population selon les estimations. L'OMS recommande de vacciner tous les enfants et les adolescents de moins de 18 ans qui ne l'ont pas encore été. Il faut également vacciner les personnes appartenant à des groupes exposés à un risque élevés, comme [...] les voyageurs se rendant dans des pays où il y a un taux élevé d'infection par le virus de l'hépatite B⁵⁸".

Données socio-comportementales

Les caractéristiques principales de la population étrangère atteinte par le VIH sont :

- **une proportion importante de femmes**, avec une incidence plus élevée chez les femmes étrangères que chez les hommes étrangers ;
- **un dépistage tardif**, surtout parmi les hommes (les femmes bénéficiant du dépistage prénatal) qui découvrent fréquemment leur sérologie au moment de l'apparition de symptômes liés à la maladie⁵⁹ ;
- **une vulnérabilité socio-économique importante**, notamment chez les migrants récemment arrivés en France⁶⁰ ;
- **une hétérogénéité d'ancienneté en France** (à la fois des migrants établis de longue date en France et des migrants arrivés récemment, parmi lesquels une faible partie venue pour recevoir des soins en France) ;
- **un isolement important**, voire même une exclusion du cercle familial, professionnel et social du fait de la séropositivité⁶¹.

57. OMS : Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles : 2006-2015.

58. Aide-mémoire n° 204, Organisation Mondiale de la Santé, mise à jour 2008.

59. BEH n° 1/2003 : Les nouveaux consultants pour une infection par le VIH dans un hôpital du Nord des Hauts de Seine - Mortier and all, janvier 2003 et Parcours socio-médical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH, prises en charge dans les hôpitaux d'Île de France, Invs, 2002.

60. *Idem* réf ci-dessus.

61. Ikambere, rapport 2001, "Les femmes séropositives africaines et le désir de grossesse" ; rapport 2003 "Les femmes africaines et les traitements".

Quelques études récentes sur la thématique VIH et migrants précisent ces données et confirment les choix stratégiques faits sur les publics prioritaires dans le présent programme. Elles font l'objet d'une présentation synthétique en annexe du présent programme.

Principes stratégiques à respecter

Trois principes stratégiques se retrouveront dans l'ensemble de ce programme :

- prendre en compte l'extrême diversité que recouvre le terme "population migrante" ;
- adopter une stratégie à double niveau, en prenant en compte d'une part la place des migrants dans tous les lieux de la société française pluriculturelle, et d'autre part des canaux spécifiques que certains migrants peuvent parfois utiliser (administratifs, culturels...);
- prévenir les inégalités d'accès aux soins et aux droits et garantir le secret médical pour tous sur l'ensemble du territoire (métropole et départements d'outre-mer).

Prendre en compte l'extrême diversité que recouvre le terme "population migrante"

La population migrante est très diverse notamment par les conditions d'émigration, l'ancienneté de l'immigration, le statut éducatif et social, les conditions d'installation - en famille ou en laissant les proches au pays - le projet migratoire, la connaissance de la langue française orale/écrite, les liens avec le pays d'origine et l'intégration dans des groupes communautaires.

Les intervenants au titre du présent programme de santé publique doivent donc tenir compte de cette diversité et se garder des stéréotypes qui peuvent conduire à des actions inadaptées, stigmatisantes et de ce fait inefficaces.

Ils doivent chercher à identifier une diversité de relais qui reflète au mieux la pluralité culturelle et sociale.

Adopter une stratégie à double niveau, en prenant en compte d'une part la place des migrants dans tous les lieux de la société française pluriculturelle, et d'autre part des canaux spécifiques que certains migrants peuvent parfois utiliser

Compte tenu de cette diversité de profils, une **stratégie à double niveau doit être adoptée dans la mise en œuvre de ce programme**. L'enjeu est de permettre aux personnes migrantes de bénéficier des actions de prévention, d'être dépistées et prises en charge si nécessaire précocement.

D'une part, **l'ensemble des structures**, et pas seulement celles qui sont spécifiquement dévolues à l'accueil des populations migrantes, doivent tenir compte de la présence de populations migrantes dans leur "clientèle", leur proposer des conseils préventifs, des actes de dépistage, de soins et de prise en charge adaptés à leur situation.

D'autre part, des canaux et acteurs spécifiques doivent être mobilisés pour mieux atteindre certains groupes et répondre à des besoins spécifiques.

Les populations à atteindre prioritairement par ces moyens ciblés seront les plus concernées par les IST dont notamment le VIH, à savoir en premier lieu les personnes d'Afrique subsaharienne et d'Haïti, mais aussi les populations asiatiques, d'Europe centrale et de l'Est, maghrébines, d'Amérique du Sud : soit parce qu'elles sont originaires de pays où la **prévalence des IST est importante**

(pas uniquement VIH, mais aussi hépatite B et autres IST), soit parce que les flux migratoires de ces populations vers la France sont importants ou croissent sensiblement.

Agir en direction des migrants en tant que composante de la société française

Les migrants vivant en France utilisent à part entière les services socio-sanitaires de droit commun. Toutes les opportunités doivent donc être saisies par les professionnels de ces services pour les orienter vers la prévention, le dépistage ou le soin.

Il convient de sensibiliser tous les services de droit commun au fait que les migrants sont une part importante de leur public. Des informations, voire même des formations, sur certaines spécificités (législatives, administratives ou culturelles) doivent être envisagées pour permettre une réelle prise en compte de la population migrante.

Les dispositifs sanitaires et sociaux

Les contacts des migrants avec les dispositifs médicaux de droit commun doivent être utilisés comme une opportunité pour établir un lien avec la prévention du VIH/SIDA/IST et inciter au dépistage dans les conditions classiques d'information et de consentement : sont concernés prioritairement les services hospitaliers (notamment les PASS), les services de gynéco-obstétrique, les PMI, etc. Des structures sociales (CPAM, centres sociaux...) peuvent utilement être des relais des actions de prévention.

Les associations de prévention VIH

L'attention des associations travaillant dans le domaine du VIH doit être attirée sur la nécessité de prendre en compte la forte présence d'une population étrangère parmi les publics qu'elles doivent toucher et donc d'adapter les actions qu'elles proposent à cette priorité.

Les médias, notamment télévisés

L'étude BVA⁶² conduite en février 2002 fait apparaître que la consommation médias des migrants venus d'Afrique subsaharienne est proche de la moyenne de la population, avec une fréquentation importante de la télévision (98,4 % des migrants interrogés) et des courbes d'audience superposables à celles observées dans l'ensemble de la population française : les grandes chaînes nationales sont les plus regardées, avec une préférence marquée pour les journaux télévisés. Ces canaux d'information doivent donc être utilisés autant que possible, et les campagnes qui y sont proposées doivent permettre aux migrants de se reconnaître et de s'appropriier les messages.

Agir en direction des migrants en tant que groupes spécifiques

Au cours de leur parcours migratoire, les migrants sont conduits à fréquenter des services spécifiques qu'il convient d'identifier pour les utiliser comme des moyens supplémentaires permettant d'établir le contact avec la prévention des IST et l'incitation au dépistage puis aux soins le cas échéant.

62. Deux études ont été conduites à la demande de la DGS et de l'INPES en février 2002 :

- une étude qualitative portant sur les modes et les sources d'information à privilégier vis-à-vis des migrants concernant le VIH/SIDA (SORGEM)
- une étude quantitative sur les habitudes média des personnes venant d'Afrique subsaharienne (BVA).

Des dispositifs administratifs ou socio-sanitaires spécifiques

Des organismes d'accueil pour les primo-arrivants dans un cadre légal existent, notamment les plateformes de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII).

Ces dispositifs peuvent être utilisés pour introduire la prévention et l'incitation au dépistage. Les conseils promulgués ne doivent en aucun cas être associés à des obligations administratives, ce qui pourrait avoir un effet contre productif pour la prise de conscience du risque et l'adoption ultérieure de comportements de prévention.

Des centres de soins de premier accueil existent, principalement pour orienter les étrangers précaires sur une prise en charge de droit commun, notamment les Centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) de Médecins du monde (MDM), le centre de santé, l'espace Santé Droit et le centre-ressources du Comité médical pour les exilés (COMEDE). Ils sont des lieux privilégiés pour aborder les informations préventives concernant les IST et orienter, voire diriger vers les lieux de dépistage et de soins le cas échéant. Cependant, les migrants se rendant dans ces centres y viennent souvent pour un problème de santé autre qu'une IST et il convient naturellement d'inclure la prévention des IST au sein d'une approche globale de bilan de santé.

Des services sociaux spécialisés dans l'accompagnement des migrants, tels l'ASSFAM (Association service social familial migrants) peuvent également jouer un rôle important dans le relais de l'information préventive et dans l'orientation vers des structures de dépistage, de vaccination et de soins.

Des associations migrantes ou d'aide aux migrants

Les mouvements associatifs à base communautaire, à finalité sociale ou humanitaire peuvent également être des relais intéressants pour la diffusion des messages de prévention des IST et d'incitation au dépistage : associations des ressortissants de telle ou telle région, associations villageoises, associations culturelles (chrétiennes, musulmanes...), associations d'aide à l'accès aux droits, associations d'alphabétisation et de formation professionnelle, les foyers de travailleurs migrants, etc. ou encore associations intervenant sur un plan social et/ou culturel dans des quartiers à forte population migrante.

Des médias communautaires (radios et dans une moindre mesure presse)

Parallèlement à une utilisation de la télévision très proche de l'ensemble de la population, les migrants écoutent plutôt des programmes radios qui leur sont essentiellement destinés. Ces radios, nationales ou locales, doivent donc être utilisées comme vecteurs de programmes d'information et de prévention.

Prévenir les inégalités d'accès aux soins et aux droits et garantir le secret médical, tant en Métropole que dans les départements d'Outre-mer

Permettre un égal accès aux soins et aux droits sociaux entre malades français et malades étrangers

Malgré un système d'accès aux soins globalement satisfaisant, quelques problèmes touchent les personnes étrangères en situation précaire, entravant leur accès optimal à des soins de qualité. Parmi les situations qui sont le plus souvent citées par les structures qui font l'accompagnement et le soutien des personnes séropositives :

- les protocoles d'essais thérapeutiques et de recherches ne sont pas accessibles aux bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'État (AME) ;
- des refus de soins ou de délivrance de médicaments en officines sont relevés fréquemment à l'encontre des bénéficiaires de l'AME ;

- un certain nombre de prestations liées au handicap ne sont pas accessibles aux étrangers qui ne disposent que d'une autorisation provisoire de séjour (APS). Certaines personnes, précédemment titulaires d'une carte de séjour temporaire (CST), se retrouvent de ce fait au moment du renouvellement (qui peut durer plusieurs mois) en rupture de versement de prestations ;
- il en va de même pour l'accès à un certain nombre de dispositifs d'hébergement thérapeutiques ou d'insertion qui exigent une carte de séjour temporaire pour accepter l'inscription sur les listes des demandeurs ;
- les personnes malades qui pourraient rester à domicile si elles bénéficiaient de l'assistance d'un accompagnant (conjoint, parent, enfant majeur, etc.) ne peuvent parfois mettre en place un tel soutien car les accompagnants étrangers ne parviennent pas à accéder à un titre de séjour et de travail.

Qu'il s'agisse de difficultés liées à des dysfonctionnements ou à l'application de textes réglementaires, la notion d'égal accès aux soins doit prévaloir et doit être mise en œuvre. L'identification plus précise de l'origine de ces difficultés permettra, le cas échéant, de faire évoluer les textes qui constitueraient une entrave, pour certaines personnes séropositives étrangères, à l'accès aux soins de façon aussi optimale que les autres personnes séropositives.

Permettre un égal accès aux droits administratifs entre étrangers malades et étrangers non malades

Le concept de non-discrimination des personnes malades fait partie des droits fondamentaux français. Or, certaines restrictions sont parfois abusivement opposées, dans certains territoires français de manière disparate, à des personnes malades, les empêchant d'accéder à des droits auxquels les autres étrangers vivant en France peuvent accéder. Il en va ainsi, par exemple, pour le droit de demander une carte de résident après avoir résidé cinq années en France en situation régulière, et du droit au regroupement familial. Le statut de "personne malade" est anormalement invoqué pour empêcher l'accès à ces droits, alors même que ces restrictions ne sont aucunement inscrites dans la loi ou dans la réglementation.

Le droit français a évolué au fil du temps pour garantir aux personnes malades le respect de la confidentialité, leur permettant d'obtenir des titres de séjour "banalisés" ne stigmatisant pas leur état de santé. Il convient donc de veiller à ce que la maladie n'entrave l'accès à aucun des droits auxquels accèdent les étrangers titulaires des mêmes titres de séjour.

Ces droits fondamentaux sont conçus pour offrir aux bénéficiaires une vie sociale plus simple, pour limiter le nombre de démarches administratives : lorsque des personnes séropositives ou atteintes d'une pathologie chronique grave se voient refuser l'accès à ces droits, cela déstabilise leur parcours d'insertion professionnelle, sociale et pour beaucoup, cela a un impact direct en termes d'observance ou de maintien dans un parcours thérapeutique astreignant. Toutes les études (RETARD, KABP migrants INPES, VESPA ANRS...) s'accordent pour affirmer qu'une bonne observance et un maintien dans des comportements de prévention sont étroitement corrélés à une situation administrative et sociale la plus favorable possible.

Axes spécifiques du programme

Axe 1 → Prévention, information, éducation pour la santé

Objectif stratégique : adapter la prévention pour réduire la transmission des IST/VIH chez les migrants

Mesure 1 • Maintenir une stratégie de communication à double niveau : visibilité des migrants dans la communication "grand public" et communication spécifiquement ciblée vers les migrants

Contexte

Les actions de communication s'adressent prioritairement aux populations les plus touchées par le VIH à savoir les populations originaires d'Afrique subsaharienne et d'Haïti, mais également aux populations particulièrement vulnérables (au plan économique, social, administratif ou linguistique).

Les études, enquêtes et post-tests plébiscitent :

- une visibilité de la composante "migrants" dans des campagnes de communication générales grand public sur les IST ;
- des actions spécifiquement ciblées privilégiant :
 - des supports audio, audiovisuels, bilingues,
 - une approche pluri thématique (incluant les IST, le VIH mais également d'autres pathologies ou problématiques santé),
 - un appui sur les personnes directement concernées pour cette communication, du fait du fort impact du témoignage pour convaincre de l'existence du risque et également pour enrayer les réactions d'exclusion et de discrimination à l'encontre des personnes séropositives.

L'évaluation du programme national VIH/migrants 2004-2006 reconnaît la qualité des outils produits et l'ampleur des plans de diffusions. Elle souligne la nécessité d'évaluer dans la durée l'atteinte réelle des destinataires ciblés et l'usage réalisé des outils d'information.

Action M1

Déployer et évaluer les dispositifs de communication nationaux en direction des populations migrantes.

Mesure 2 • Favoriser l'intervention de pairs en tant que relais de proximité

Contexte

L'article 84 de la loi "hôpital, patient, santé, territoire" du 22 juillet 2009 portant sur l'éducation thérapeutique dispose : *l'éducation thérapeutique a pour objectif de rendre le patient autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie (...) Les actions d'accompagnement font partie de l'éducation thérapeutique. Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie.*

Un programme expérimental de formation et de suivi de 150 médiateurs de santé publique a été conduit en partenariat entre IMEA (Institut de médecine et d'épidémiologie appliquée) et la DGS, de 2003 à 2006. Il a fait l'objet d'une évaluation externe (Evalua, juillet 2006) concluant sur l'ap-

port incontestable des médiateurs de santé aux personnes aidées, sur l'apport également important aux professionnels et institutions, ainsi qu'au système de santé dans son ensemble. L'évaluation recommandait d'intégrer la problématique santé dans le dispositif de médiation sociale et culturelle, tout en "spécialisant" quelques médiateurs sur les questions de prévention et d'accès aux soins des publics précarisés.

L'Agence pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSE) et le Comité interministériel des Villes ont présenté en novembre 2009 un guide de l'évaluation de l'utilité sociale de la médiation. La Secrétaire d'État en charge de la politique de la ville a, à cette occasion, rappelé la volonté du gouvernement de reconnaître la fonction et le métier de médiateur. Un groupe de travail interministériel est piloté par l'ACSE sur ce thème.

Les médiateurs sont des relais de l'action préventive dans la continuité, intégrant les problématiques des IST au sein de problématiques de santé globales, sur les lieux de vie les plus pertinents pour atteindre les populations migrantes, notamment les lieux où vivent les personnes les plus en marge des structures de prévention et de soins.

Les relais de proximité sont aussi les plus à même d'intervenir efficacement auprès de personnes en situation de vulnérabilité particulière, notamment les personnes exerçant la prostitution, pour lesquelles l'évaluation du précédent programme national VIH/migrants a relevé une trop grande marginalité des actions spécifiquement orientées vers elles. Une étude⁶³ réalisée en 2008 à ce sujet constate : *"On estime que 60 à 80 % des 15 000 personnes prostituées de rue sont des femmes étrangères (hors Union Européenne). Elles viennent de différents pays de l'est de l'Europe (y compris des nouveaux pays entrants), d'Afrique (francophone et anglophone), d'Amérique latine et dans une moindre mesure du Maghreb ou de Chine. Selon les villes, la proposition des différentes "communautés" d'origine varie, sachant que le plus souvent les femmes originaires de l'est de l'Europe et d'Afrique subsaharienne sont les plus nombreuses ou tout du moins les plus visibles. Alors qu'à partir de 1996-1998, les premiers flux de personnes prostituées étrangères provenaient des pays de l'est de l'Europe, on assiste depuis 2000-2001 à une tendance migratoire plus importante de la part des femmes originaires d'Afrique Subsaharienne, comme en population générale".*

Cette étude confirme que "les personnes prostituées, françaises ou étrangères, sont réceptives aux programmes de prévention et que la mise en place de ces derniers stimule la prise en charge globale de la santé dans ce milieu" et que "la méthodologie de santé communautaire reste la plus complète et la plus efficace en terme de résultats" : actions mobiles de proximité, travail régulier dans la durée avec des médiatrices culturelles, en partenariat avec les services de droit commun.

Action M2

Faciliter l'intervention de médiateurs formés, intervenant auprès des migrants en matière d'IST/VIH/SIDA dans une approche de santé globale.

Action M3

Renforcer l'appropriation des stratégies de prévention par les femmes migrantes.

63. *État des lieux des actions de prévention VIH auprès des personnes prostituées : étude préliminaire sur Toulouse, Lyon, Paris, Rennes, étude présentée par l'association Cabiria (Lyon) en collaboration avec l'association Grisélidis (Toulouse) sous la direction de Françoise Guillemaut, décembre 2008.*

Mesure 3 • Mobiliser les professionnels sociaux et médico-sociaux en tant qu'acteurs de prévention du VIH/SIDA/IST

Contexte

"En 2001, un tiers de la population sans domicile dénombrée par l'Insee était étrangère (4 fois plus que dans l'ensemble de la population). En région parisienne, une majorité des femmes et des familles hébergées dans des dispositifs d'urgence ou à l'hôtel sont étrangères⁶⁴."

La santé n'est jamais prioritaire dans un contexte individuel de précarité économique et/ou administrative. De ce fait, les personnes migrantes les plus précaires sont plus rapidement en contact avec des acteurs sociaux (institutionnels ou associatifs) qu'avec des acteurs sanitaires (auxquels elles n'ont recours bien souvent qu'en cas d'urgence avérée).

Deux types de programmes régionaux sont susceptibles de contribuer au développement d'actions de prévention santé concernant les migrants précaires :

- les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ;
- les Programmes régionaux d'intégration des populations immigrés (PRIPI).

Les centres d'accueil pour les migrants, demandeurs d'asile (CADA, Médecins du Monde, COMEDE, France Terre d'Asile...) qui assurent l'accueil des demandeurs d'asile ou personnes étrangères précaires, peuvent contribuer à ces missions d'information en matière de prévention des IST.

Action M4

Inscrire la problématique santé VIH/SIDA/IST/migrants dans les PRAPS, dans les PRIPI et dans les actions prévention conduites dans les centres de premier accueil pour les étrangers précaires.

Action M5

Maintenir un dispositif de diffusion gratuite de préservatifs masculins et féminins aux structures d'accueil recevant des migrants et conduisant des actions de prévention des IST.

Mesure 4 • Adapter les actions de prévention en prenant en compte les problématiques émergentes de l'homosexualité et de la bisexualité en milieu migrant

Contexte

L'homosexualité reste encore très mal acceptée dans beaucoup de pays.

La 17^e conférence sur le SIDA de Mexico en août 2008 a mis en évidence l'absence de prise en compte des minorités spécifiques dans beaucoup de programmes nationaux de lutte contre le SIDA. À force de considérer l'épidémie africaine comme uniquement hétérosexuelle, les intervenants ont montré que la prévalence est très élevée dans les minorités : au Sénégal, les homosexuels présentent un taux de prévalence au VIH de plus de 21 %, contre moins d'1 % pour la population générale. Le risque pour les homosexuels d'être infectés par le VIH est significativement plus important que pour celui de la population générale.

La double stigmatisation, liée à l'homosexualité et au VIH/SIDA, est un facteur favorisant la vulnérabilité des HSH et la propagation du VIH.

64. *La santé des personnes sans chez soi*, V. Girard, P. Estecahandy, P. Chauvin, rapport remis à M^{me} la Ministre de la Santé et des Sports, novembre 2009.

Très peu de personnes parmi les migrants sont en mesure de témoigner sur leur pratique ou identité homosexuelle et ces derniers ne représentent que la partie visible d'un iceberg.

La problématique des femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes est également une réalité, sur laquelle pèse une chape de silence peut-être encore plus importante : elle est renforcée par l'exclusion dont sont victimes un grand nombre de femmes séropositives par les partenaires masculins du fait de leur séropositivité.

En France, il n'existe pas de donnée quantitative concernant les HSH chez les migrants, ni concernant les FSF, ni les personnes ayant des rapports bisexuels. Mais la négation de l'existence de pratiques homosexuelles ou lesbiennes dans les milieux migrants commence à être nuancée par une ouverture de parole et l'expression de quelques témoignages, faisant encore l'objet de beaucoup de propos discriminants.

La lutte contre le SIDA devra passer, en milieu migrant comme ailleurs, par le respect des minorités et la libre parole autour des sexualités diverses.

La prise en charge de cette problématique par des intervenants associatifs dans le champ de la migration est une démarche récente qui doit impérativement être soutenue, car ces derniers doivent faire face à de fortes réticences, voire des pressions, pour laisser ces questions dont l'ombre, au mépris de la prise en charge des personnes séropositives concernées et de l'adoption de comportements préventifs.

Action M6

Lever le tabou sur l'homosexualité, entre hommes et entre femmes, et sur la bisexualité parmi les populations migrantes.

Axe 2 → Dépistage

Objectif stratégique : élargir l'offre de dépistage et la rendre accessible

Mesure 5 • Élargir l'offre de dépistage du VIH/SIDA/IST

Contexte

Dans son rapport sur le dépistage de l'infection par le VIH en France, la Haute Autorité de Santé relève que la nationalité étrangère (notamment Afrique subsaharienne) est un des facteurs lié au retard au dépistage et propose en conséquence une offre systématique de dépistage ciblé et régulier inscrite dans la durée pour les personnes originaires d'une zone de haute prévalence, notamment d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes.

La HAS précise que *"le recours aux tests de dépistage rapide est justifié [...] au niveau collectif dans un cadre organisationnel particulier (ex : actions associatives avec des populations particulières) [...]. Des dispositifs spécifiques utilisant les tests de dépistage rapide (TDR) doivent être élaborés à court terme, en dehors du cadre de la recherche biomédicale, pour atteindre des groupes qui n'ont pas accès aux dispositifs classiques. Ces dispositifs, coordonnés par le Corevih, devront être développés en coopération avec les acteurs institutionnels et associatifs et reposer notamment sur l'utilisation de moyens mobiles⁶⁵."*

Par ailleurs, même si les enquêtes récentes font apparaître une augmentation de la fréquentation des CDAG entre 2000 et 2004, par les personnes originaires d'Afrique subsaharienne la population fréquentant les CDAG reste à 92 % française, alors que la population étrangère est pourtant beaucoup plus touchée par le VIH (représentant 46 % des nouvelles découvertes de séropositivité sur la période 2003-2008).

Le rapport d'évaluation du précédent programme VIH migrants 2004-2006 soulignait que *"si l'accès au dépistage est globalement en amélioration, les populations les plus précaires socio-économiquement et administrativement restent moins informées sur les CDAG et les moins dépistées. Les expériences permettant de toucher des populations à l'écart du dépistage "CDAG hors les murs" et médiateurs de santé publique, campagnes dans des centres d'accueil et de soins spécifiques type CASO de MDM ou COMEDE, etc. restent nécessaires"*.⁶⁶

Les CDAG/CIDDIST n'atteignent pas encore suffisamment la population des migrants vulnérables à ces pathologies.

Enfin, une des recommandations du rapport d'experts Yeni 2008 est de faire évoluer les CDAG et CIDDIST pour faciliter l'accès au dépistage pour les personnes précarisées et les personnes vulnérables au risque, notamment en organisant des actions de dépistage dites "hors les murs", afin de mieux toucher les populations les plus vulnérables qui ne fréquentent pas les CDAG.

Il convient donc de saisir toutes les opportunités de proposition de dépistage du VIH/SIDA/IST et d'orientation le cas échéant vers la vaccination (hépatite B, HPV), tout en veillant au libre consentement éclairé, à ce qu'aucune proposition de dépistage ne soit faite ou ressentie comme une obligation. Le plus souvent possible l'offre de dépistage du VIH doit être faite au sein d'un bilan de santé global.

Action M7

Développer des propositions diversifiées de tests VIH et autres IST aux migrants.

65. "Dépistage de l'infection par le VIH en France - Stratégies et dispositif de dépistage", HAS, oct. 2009.

66. "Évaluation du programme national de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers migrants vivant en France, mis en œuvre depuis 2004 et recommandation pour le développement ou la réorientation de certains axes", Esnst & Young, rapport final, juin 2007.

Mesure 6 • Rendre plus accessible le réseau d'information sur le dépistage du VIH/SIDA/IST

Contexte

Les CDAG/CIDDIST n'atteignant pas encore suffisamment la population des migrants vulnérables à ces pathologies, il convient de communiquer largement sur l'existence de ces centres, en valorisant la gratuité et la confidentialité qu'ils garantissent.

Le rapport de la Haute Autorité de Santé concernant le dépistage de l'infection par le VIH en France rappelle qu'est indispensable la participation active des professionnels et structures de santé **impliqués dans la délivrance de soins primaires** qui doivent être les relais principaux des nouvelles stratégies de proposition de dépistage.

L'évaluation du précédent programme, au-delà de la reconnaissance d'un volume considérable de structures et d'acteurs touchés sur la problématique du VIH en direction des migrants, notait qu'il faudrait à l'avenir identifier plus précisément les structures et professionnels à toucher en priorité, pour pouvoir apprécier réellement l'impact des outils de sensibilisation qu'ils sont chargés de transmettre aux patients migrants, et surveiller qu'ils tiennent dans la durée leur rôle de vecteurs d'information.

Action M8

Mieux faire connaître les structures et les outils d'information sur l'incitation au dépistage des IST pour les migrants en ciblant les réseaux de professionnels relais.

Mesure 7 • Accompagner les nouvelles offres de dépistage d'une formation adaptée pour les professionnels sanitaires ou associatifs qui les réalisent

Contexte

Les recommandations de la mission Pialoux-Lert⁶⁷ rappellent que *"pour beaucoup de personnes immigrées vivant en France avec le VIH, les soignants et les volontaires associatifs sont souvent les seuls dépositaires du secret sur la séropositivité"* et que *"l'annonce de la séropositivité (de la primo-infection aux diagnostics tardifs), mais aussi le suivi des personnes atteintes, en ville comme à l'hôpital, doit être l'occasion d'assurer la prévention secondaire dans une optique de promotion actualisée du préservatif mais aussi des différentes méthodes de réduction des risques et des IST"*.

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé⁶⁸, préconisent *"une stratégie de proposition systématique d'un dépistage régulier aux personnes originaires d'une zone de haute prévalence, notamment d'Afrique subsaharienne"*. Elles rappellent que *"les médecins généralistes constituent des interlocuteurs privilégiés, que l'utilisation des tests de dépistage rapide en cabinets de médecine générale pourrait être envisagés pour faciliter l'accès au dépistage des populations dont le recours au dispositif actuel est insuffisant par rapport à leur exposition au risque"*. La HAS prévoit que *"la mise en œuvre par les structures associatives de dispositifs spécifiques intégrant le dépistage dans le continuum des actions de prévention devrait être soutenue afin d'atteindre des populations qui n'ont pas un accès suffisant au dépistage"*.

67. Mission RDRs, "Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST", Gilles Pialoux et France Lert, novembre 2009.

68. "Dépistage de l'infectin par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage", HAS, oct. 2009.

L'étude du CREDES sur la prise en charge des migrants infectés par le VIH⁶⁹ et la recherche-conduite par l'association Uraca "Être africain et malade du sida à Paris en 2009"⁷⁰ convergent sur l'importance de sensibiliser/former les professionnels à certaines questions culturelles, donner quelques clefs permettant de faciliter les échanges, d'aider au choix des mots, notamment à certains moments clefs de du suivi : annonce de la séropositivité, information sur la sexualité, etc.

Pour aider les professionnels à éviter les stéréotypes ou les contresens, à établir une communication appropriée pour proposer des réponses adaptées aux différents cas rencontrés, un certain nombre de formations et d'actions d'information doivent être proposées aux professionnels de santé et associatifs qui assurent ou assureront dans un avenir proche l'accompagnement des migrants dans une démarche de dépistage des IST et du suivi qui en découle.

Action M9

Inscrire les thématiques prévention/dépistage VIH/SIDA/IST chez les migrants dans des programmes de formation en direction des professionnels de santé et des intervenants associatifs.

69. "Étude sur la prise en charge des migrants infectés par le VIH, ayant des difficultés dans l'expression française courante", rapport final, CreDES, février 2009.

70. "Être africain et malade du sida à Paris en 2009 - Paroles de patients, paroles de soignants", Uraca, décembre 2009.

Axe 3 → **Prise en charge médicale**

Objectif stratégique : assurer la qualité et la précocité d'une prise en charge médicale pour les étrangers/migrants vivant en France

Mesure 8 • **Permettre une prise en charge médicale de qualité pour les étrangers concernés par le VIH/SIDA/IST**

Contexte

Les études ou recherches (RETARD, VESPA, KABP migrants, étude CREDES...) confirment que la prise en charge médicale du VIH est globalement similaire pour les étrangers/migrants et pour les Français, mais s'il convient d'apporter une attention particulière à certains points clefs qui peuvent présenter quelques particularités pour certains migrants :

- apporter une attention particulière aux premiers moments suivant l'annonce de la séropositivité :
 - information sur les ressources associatives générales sur le VIH et sur celles spécifiquement tournées vers les migrants,
 - informations actualisées sur les effets bénéfiques des traitements disponibles en France qui ouvrent des perspectives d'avenir qui n'existent pas forcément dans les pays d'origine pour des personnes atteintes par le VIH que l'on peut encore voir mourir rapidement, etc.,
 - information sur la notion de charge virale indétectable,
 - perspectives d'avenir au plan social et familial (l'infection par le VIH bouleversant souvent le projet migratoire initial) ;
- préparer et accompagner l'annonce au conjoint, la proposition de consultation du partenaire, les stratégies de réduction des risques dont la proposition de préservatif dans le cadre de relations conjugales ;
- permettre une inclusion dans les protocoles d'essais thérapeutiques, quelle que soit la couverture maladie ;
- accompagner les projets parentaux ;
- accompagner les dispositions propres aux voyages dans les pays d'origine ;
- s'assurer qu'un accès effectif existe en France pour tous de manière constante à des préservatifs masculins et féminins ;
- assurer un accès facilité aux migrants :
 - aux programmes d'éducation thérapeutique,
 - aux consultations de sexologie, à des groupes de paroles.

Le recours à des interprètes peut s'avérer indispensable pour les patients qui ne maîtrisent pas ou mal la langue française, à tous les stades de la prise en charge et notamment aux moments les plus délicats (annonce de la séropositivité, mise sous traitement, changement de traitement, projet de parentalité, inclusion dans un protocole d'essai, etc.). Peut-être plus encore que pour toute autre pathologie, le recours à des interprètes "informels" (familles, voisins, amis...) est à proscrire, source d'erreurs, d'omissions de traduction et surtout cause de rupture du secret médical.

Il existe des réseaux d'interprètes professionnels (par déplacement physique ou par téléphone 24 heures/24 intervenant sur la France entière, métropole et DOM), soumis à la confidentialité, formés sur les questions les plus délicates, qui peuvent intervenir dans la quasi-totalité des langues d'origine des migrants ou réfugiés vivant en France.

Enfin, en ce qui concerne la situation spécifique des personnes en détention ou en rétention (*cf. programme transversal*), l'information sur les procédures spécifiques d'accès aux droits en tant qu'étrangers malades doit être portée à leur connaissance, par les intervenants sanitaires dans les centres de rétention et de détention afin de :

- s'assurer du respect de la législation qui vise à prévenir l'éloignement de la personne infectée par le VIH ;
- garantir le respect du secret médical ;
- garantir la continuité des soins, l'accès au traitement en cours le cas échéant.

Action M10

Promouvoir l'utilisation de l'interprétariat professionnel en matière de prévention et de prise en charge des IST - Évaluer le dispositif expérimental existant - Faciliter l'orientation des patients vers des lieux d'apprentissage du français.

Cf. Action M9 : du présent programme

Inscrire les thématiques prévention/dépistage du VIH/SIDA/IST chez les migrants dans les programmes de formation des professionnels de santé et des intervenants associatifs.

Cf. axe 3 du plan global

"Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH" - mesure 3 : "Améliorer la qualité des soins en renforçant les approches pluridisciplinaires et les programmes d'éducation thérapeutique" - actions T 32 à T 36.

Axe 4 → **Prise en charge sociale et lutte contre les discriminations**

Objectif stratégique : assurer la qualité et la précocité d'une prise en charge sociale et administrative pour les étrangers/migrants atteints de pathologie grave vivant en France

Mesure 9 • Permettre une prise en charge de qualité au plan social pour les étrangers concernés par le VIH/SIDA/IST

Contexte

L'évaluation du précédent programme national VIH/étrangers-migrants fait apparaître que "des difficultés de protection sociale et sanitaire existent, fortement corrélées au statut administratif des étrangers/migrants".

De nombreux étrangers en situation précaire qui vivent en France ont droit à une protection maladie : assurance-maladie sur critère de résidence stable et régulière (CMU) ou, le cas échéant, aide médicale de l'État (AME). Les articulations entre les réglementations qui encadrent ces deux régimes (assurance-maladie pour les demandeurs d'asile...) et les spécificités de ces deux régimes (procédure d'accès en urgence, dispense de délais de trois mois pour certaines populations...) rendent l'application de ces droits parfois difficile. Les échanges fréquents des associations de soutien avec les agents des Caisses d'assurance-maladie et les nécessaires saisines des administrations centrales attestent de la nécessité d'une formation accrue des agents et des travailleurs sociaux.

Il convient de s'assurer que les mesures inscrites à l'axe 4 du plan général VIH/SIDA/IST, sont accessibles dans les mêmes délais pour les étrangers que pour les Français :

- réduire les inégalités d'accès aux soins et assurer à tous la qualité de la prise en charge globale permettant une inscription continue dans le soin (mesure abordant la question de l'accès le plus rapide possible à une couverture maladie optimale et aux couvertures maladies transitoires si nécessaire (AME...)) ;
- favoriser une prise en charge précoce et continue en améliorant les conditions d'hébergement et de logement ;
- faciliter l'accès, le maintien, le retour dans l'emploi et l'insertion professionnelle des personnes vivant avec le VIH ;
- améliorer les réponses aux possibles situations de handicap ou de perte d'autonomie liées au VIH ;
- éviter les ruptures dans les moments de vulnérabilité du parcours de vie.

Actions

Cf. les actions de l'axe 4 "Prise en charge sociale et lutte contre les discriminations" du plan national.

Action M11

Conduire des actions de formation interprofessionnelles (professionnels sanitaires, sociaux, administratifs) concernant les droits relatifs à la santé pour les étrangers vivant en France.

Mesure 10 • Permettre une prise en charge administrative de qualité pour les étrangers concernés par le VIH/SIDA/IST

Contexte

L'évaluation du précédent programme national VIH/SIDA en direction des migrants/étrangers vivants en France relève des carences en matière de coordination interministérielle.

Toutefois, le rapport de la Cour des Comptes publié en 2010 souligne que "le ministère de la santé est parvenu à faire prévaloir un point de vue de santé publique en matière de prise en charge sanitaire des personnes étrangères sans titre régulier de séjour infectées par le VIH ou d'autres pathologies graves ou d'attribution d'une carte de séjour aux personnes étrangères dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale".

Pourtant, les professionnels de terrain (sanitaires, sociaux et associatifs) font certains constats :

- difficultés hétérogènes d'un point à l'autre du territoire pour l'accession ou le renouvellement de la carte de séjour temporaire (CST) en raison de l'état de santé ;
- entraves fréquentes rencontrées par les personnes atteintes de pathologies graves, différentes selon les régions, pour accéder à un certain nombre de droits ouverts aux titulaires d'une CST : regroupement familial, carte de résident notamment ;
- rupture de confidentialité au cours de l'instruction des demandes : aux guichets de certaines préfectures, au cours des audiences au Tribunal Administratif, dans la rédaction des jugements.

Des pistes sont proposées pour aplanir ces problèmes :

- garantir une rapidité d'instruction et un respect de la confidentialité pour la délivrance et pour le renouvellement des titres de séjour en raison de l'état de santé ;
- permettre l'information des acteurs médicaux et administratifs sur tous les éléments utiles pour mettre en œuvre les procédures le plus rapidement et efficacement possible ;
- garantir un accès au droit commun aux détenteurs de carte de séjour temporaire en raison de l'état de santé (accès à une carte de résident, accès au regroupement familial...);
- permettre la présence d'un accompagnant pouvant accéder à un titre de séjour et de travail en tant qu'accompagnant de malade, afin d'assurer à l'étranger malade (voire à ses enfants) le soutien nécessaire pour la continuité des soins.

Les dispositifs législatifs et réglementaires protecteurs et créateurs de droits pour les étrangers malades impliquent, pour leur mise en œuvre, à la fois l'administration en charge des flux migratoires et de la police des étrangers en France (ministère chargé de l'immigration et préfectures) et l'administration de la santé (ministère chargé de la santé, médecins inspecteurs de santé publique, médecin-chef de la préfecture de police de Paris, médecins traitants, médecins agréés et praticiens hospitaliers...).

Cette double approche donne à la protection des étrangers malades une place tout à fait spécifique dans l'ensemble du droit au séjour des étrangers.

Or, l'ensemble des professionnels de santé compétents pour intervenir dans ces procédures n'en connaissent pas toujours les enjeux ; ils ont parfois le sentiment de jouer un rôle qui s'éloigne de leur rôle de soignant.

Pourtant, l'appropriation des procédures prévues par la réglementation et le recours au Code de déontologie médicale (en premier lieu, la nécessaire continuité des soins) confirment que les médecins ont toute leur place et un rôle dans la mise en œuvre de ces droits.

Un dispositif de circulation d'information et de prévention des dysfonctionnements pourrait être amélioré par une coordination et échanges réguliers entre les acteurs intervenant sur ce sujet, afin d'atteindre une harmonisation des pratiques sur tout le territoire pour les personnes concernées par un titre de séjour pour soins.

Action M11

Conduire des actions de formation interprofessionnelle (professionnels sanitaires, sociaux, administratifs) concernant les droits relatifs à la santé pour les étrangers vivant en France.

Action M12

Harmoniser les pratiques administratives du respect du secret médical, de non-stigmatisation et de non-discrimination des personnes atteintes de pathologie grave.

Action M13

Garantir une veille sur les obstacles administratifs et sur les leviers concernant la prise en charge des personnes séropositives étrangères.

Axe 5 : Recherche et observation

Objectif stratégique : mieux connaître la situation épidémiologique du VIH/SIDA/IST chez les migrants en France pour mieux adapter les stratégies d'intervention

Mesure 11 • Disposer de données actualisées sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements face aux infections VIH/SIDA/IST des populations les plus exposées et les plus vulnérables, avec une attention particulière portée aux femmes, aux migrants les plus récemment arrivés, et aux publics ayant une connaissance limitée de la langue française

Contexte

L'évaluation du précédent programme national VIH-migrants⁷¹ et les études récentes abordant le sujet du VIH et migrants⁷² relèvent la nécessité de prendre en compte tout particulièrement les femmes dans ces analyses, ainsi que les situations de vulnérabilité particulièrement à risque que sont les échanges économiques sexuels et la prostitution sous diverses formes (transgenres, prostitution masculine...), et plus largement les personnes en situation de précarité administrative.

Action M14

Actualiser les données socio-comportementales au regard du VIH/SIDA/IST pour les populations africaines, haïtiennes, maghrébines et documenter ces données pour les populations originaires d'Asie, d'Europe, d'Amérique.

Mesure 12 • Améliorer la connaissance sur la situation épidémiologique des infections VIH/SIDA/IST chez les migrants et faire des analyses croisées avec l'évolution des flux migratoires et la situation épidémiologique des infections VIH/SIDA/IST dans les pays d'origine

Contexte

L'évolution de l'endémie VIH/SIDA et des autres IST au sein des populations migrantes dépend :

- de la prévalence dans le pays d'origine ;
- des contaminations ultérieures sur le territoire français ;
- afin de mieux cibler les régions prioritaires en termes de prévention, il est utile de mieux connaître la répartition géographique des populations les plus concernées ainsi que les flux entre pays d'origine et régions de destination. Il convient également de croiser les données statistiques de différentes sources, qu'elles soient démographiques, sanitaires, épidémiologiques ou sociales.

Action M15

Recueillir et analyser les données en lien avec l'évolution des flux migratoires.

71. "Évaluation du programme national de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers/migrants vivant en France", mis en œuvre depuis 2004 et recommandations pour le développement ou la réorientation de certains axes, Ernst & Young, juin 2007.

72. Voir annexe 3 du présent programme : "Quelques études abordant les thématiques VIH/migrants."

Programme en faveur des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), et des lesbiennes, bisexuel(le)s et transsexuel(les) (HSH et LBT)

Introduction

Définitions de l'acronyme HSH et LBT

HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH).

L : Lesbiennes (femmes homosexuelles identitaires), femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes (FSF).

B : Bisexuel(les) hommes et femmes ayant des rapports sexuels avec des personnes des deux sexes qui se reconnaissent ou pas comme bisexuel(le)s.

T : Trans : populations désignées ou auto-désignées comme transsexuelles, "transgenres" ou "trans-identitaires".

Taille des populations

À partir de l'enquête sur la sexualité en France (2006)⁷³, on estime à partir de la population sexuellement active de 15 à 60 ans (soit 19 millions de femmes et 19 millions d'hommes) à :

- 760 000 le nombre de femmes ayant eu une partenaire sexuelle du même sexe dans leur vie dont 152 000 dans l'année de l'enquête ; ces 152 000 femmes déclarent avoir eu 1,4 partenaire femme et 1,4 partenaire homme⁷⁴ ;
- 780 000 le nombre d'hommes ayant eu un partenaire sexuel du même sexe dans leur vie dont 440 000 dans l'année de l'enquête ; ces 440 000 hommes déclarent avoir eu 4,4 partenaires homme et 0,8 partenaire femme.

La taille de la population Trans en France est actuellement inconnue. Mais elle peut être estimée à partir des troubles de l'identité de genre (DSM IV⁷⁵) qui évalue les hommes qui se transforment en femmes (Male to Female : MtF) de 1 100 à 1 600 individus et les femmes qui se transforment en hommes (Female to Male : FtM) de 320 à 625 individus (Zucker)⁷⁶. Ces estimations ne recouvrent pas la réalité de la population qui s'auto-identifie comme Trans (transsexuel, transgenre, Trans identitaire), ils ou elles ne sont pas tous pris en charge par le circuit de soins traditionnels.

HSH : une urgence de santé publique vis-à-vis du VIH et des IST

La population des HSH correspond à une urgence en termes de santé publique car c'est la population la plus touchée avec un taux d'incidence estimé à 1 006 contaminations par an pour 100 000 HSH (soit un taux d'incidence de 1 % par an)⁷⁷. Par rapport à la population hétérosexuelle exclusive française, le taux d'incidence est 200 fois supérieur dans la population des HSH. Ce taux d'incidence reste stable depuis plusieurs années. La dernière enquête sur le web "netgay baromètre

73. Bajos N, Bozon B, Beltzer N et l'équipe CSF, *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, La Découverte, 2008.

74. Bajos N, Bozon B, Beltzer N et l'équipe CSF, *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Chapitre 12 : les sexualités homo-bisexuelles, La Découverte, 2008.

75. Diagnostic and Statistical Manual - Revision 4.

76. Zucker, Kenneth J. and Lawrence, Anne A. (2009) "Epidemiology of Gender Identity Disorder: Recommendations for the Standards of Care of the World Professional Association for Transgender Health", *International Journal of Transgenderism*, 11:1,8 - 18.

77. BEHWeb n° 2, 27 novembre 2009, "VIH/SIDA : les hommes homosexuels particulièrement touchés en France et en Europe".

2009" (publication avril 2010, portant sur 20 000 HSH fréquentant 9 sites de rencontre)⁷⁸ trouve des données alarmantes parmi les HSH ayant répondu en ligne : un multipartenariat très important : 36 partenaires dans l'année précédente pour les HSH séropositifs et 14 partenaires pour les HSH séronégatifs, des rapports anaux sans protection de façon régulière pour 57 % des HSH séropositifs et 12 % des HSH séronégatifs. L'estimation de la prévalence de l'infection par le VIH parmi les HSH reposait jusqu'en 2009 sur les déclarations de séropositivité des répondants aux enquêtes comportementales⁷⁹. Ainsi, la prévalence déclarée variait entre 13 % et 15 % selon les enquêtes⁸⁰.

Les dix dernières années ont été marquées par la recrudescence de la syphilis précoce chez les HSH, en 2000 et à Paris, puis en province, suivie de l'émergence de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) rectale en 2003, exclusivement chez des HSH, souvent séropositifs pour le VIH (la LGV est une infection à chlamydiae de sérotype L1, L2, L3). Parallèlement, on observe une augmentation des infections à gonocoques depuis la fin des années quatre-vingt-dix chez les hommes.

FSF : des infections sexuellement transmissibles à des niveaux élevés

En France, peu de données fiables existent sur le VIH et les IST concernant les FSF. Les femmes qui déclarent des pratiques homosexuelles (enquête CSF⁸¹) sont plus à risque d'IST que les femmes hétérosexuelles. Dans cette enquête, elles rapportent plus souvent un épisode d'IST dans les cinq dernières années que les femmes hétérosexuelles (12 % versus 3 %).

Dans l'enquête Vespa 2003⁸², 9 % des femmes interrogées séropositives pour le VIH déclarent des rapports sexuels avec d'autres femmes. La majorité rapporte un usage de drogues injectables ou des relations sexuelles non protégées avec des hommes séropositifs ou appartenant à une population à forte prévalence. (Lert, 1992⁸³).

Trans : une population très diversifiée extrêmement vulnérable au VIH

Définitions du transsexualisme⁸⁴

De multiples définitions du transsexualisme existent dans la littérature. L'obtention d'une définition précise et complète est difficile. Toutefois, trois définitions simples sont rapportées ici :

- celle de la classification internationale des maladies (CIM10) (version 10) qui décrit le transsexualisme comme *"le désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé. Ce désir s'accompagne habituellement d'un sentiment de malaise ou d'inadaptation envers son propre sexe anatomique et du souhait de subir une intervention chirurgicale ou un traitement hormonal afin de rendre son corps aussi conforme que possible au sexe désiré⁸⁵"*;

78. http://www.gaystudies.org/NGB2009FR/synthese_NGB2009_fr.pdf.

79. Velter A, Michel A, Pillonel J, Jacquier G, Semaille C., "Baromètre gay 2005 : enquête auprès des hommes fréquentant les lieux de rencontre gay franciliens", *Bull Epidemiol Hebd* 2006 Jun 20, n°25/2006:178-80.

80. Source : InVS, les enquêtes nationales Enquête Presse Gay 2004/ANRS, Net Gay Baromètre 2009 et une enquête réalisée sur Paris Baromètre Gay 2004.

81. Bajos N., Beltzer N., "Les sexualités homo-bisexuelles : d'une acceptation de principe aux vulnérabilités sociales et préventives", in Bajos N., Bozon M., *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte, 2008, pp. 243-271.

82. Lert F., Dray-Spira R., Sitta R., Obadia Y., Spire B., Peretti-Wattel P., Bouhnik AD, Heard I, Pierret J., Schiltz MA, Fagnani J., Riandey B., Afsa C. (2005), "Premiers résultats de l'enquête ANRS-VESPA auprès des personnes vivant avec le VIH/SIDA", *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 53, 79-98.

83. Lert F., Marne MJ, "Hospital care for drug users with AIDS or HIV infection in France", *Aids Care* 1992, 4(3):333-338.

84. Définitions extraites du rapport HAS novembre 2009.

85. L'appel à la CIM10 n'implique pas que le transsexualisme soit considéré comme une pathologie, comme cela a d'ailleurs été précisé par les professionnels de santé consultés lors de ce travail. De même, l'utilisation par ces professionnels de la classification américaine (DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder - 4^e révision leur permet simplement d'établir un diagnostic différentiel.

- celle du Conseil de l'Europe qui définit le transsexualisme comme *"un syndrome caractérisé par une personnalité double, l'une physique, l'autre psychique, la personne transsexuelle ayant la conviction profonde d'appartenir à l'autre sexe, ce qui l'entraîne à demander que son corps soit "corrigé" en conséquence"*⁸⁶ ;
- celle de la Cour Européenne des Droits de l'homme, selon laquelle : *"On entend par transsexuels les personnes qui, tout en appartenant physiquement à un sexe, ont le sentiment d'appartenir à un autre ; elles essaient souvent d'accéder à une identité plus cohérente et moins équivoque en se soumettant à des soins médicaux et à des interventions chirurgicales afin d'adapter leurs caractères physiques à leur caractère psychique. Les transsexuels ainsi opérés forment un groupe assez bien déterminé et déterminable"*⁸⁷.

Le terme transsexualisme (ainsi que les termes transsexuel et transsexuelle) a été le plus souvent choisi parmi les nombreux autres termes comme transgenre, Trans, dysphorie de genre, trouble de l'identité sexuelle, trouble de l'identité de genre. Le terme transgenre aurait pu être aussi utilisé, mais les définitions qui lui sont données sont très variables, d'où le choix du terme "Trans" proposé par le groupe de travail qui a contribué à l'élaboration de ce programme.

Il sera donc entendu par le terme "Trans", les personnes transsexuelles et transgenres, ayant subi ou non une intervention chirurgicale de réassignation sexuelle.

En dehors des déclarations obligatoires (DO) de l'infection par le VIH, aucune autre donnée n'est actuellement disponible en France. Au 31 décembre 2008, 49 cas d'infection par le VIH chez des personnes transgenres ont été notifiés à l'Institut de veille sanitaire (InVS). La DO reflète imparfaitement la réalité de la contamination transgenre, car elle prend en compte le sexe mais pas le genre (masculin féminin) permettant ainsi de mettre en évidence une population d'hommes ou de femmes ayant une transformation de leur aspect social.

Selon la méta-analyse de Herbst et Jacobs⁸⁸, en 2008, la prévalence moyenne (pays européens, États-Unis) établie à l'aide de tests sérologiques serait de 27,7 % pour les hommes transformés en femmes (MTF), alors que la prévalence établie à partir de déclarations (c'est-à-dire en dehors de la réalisation d'un test sérologique *ad hoc*) serait de 11,8 %. Une activité de prostitution apparaît comme l'un des principaux facteurs de risque avec une estimation de prévalence de 41,5 %.

La population "Trans" est très hétérogène et les comportements à risque sont spécifiques à chaque sous-groupe.

Le rapport de la Haute Autorité de santé (HAS) de novembre 2009 sur la "situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France" note dans son contexte qu'"il n'existe pas d'études épidémiologiques concernant la prévalence du transsexualisme en France et la prévalence du VIH dans cette population". De plus, aucune donnée n'existe sur les comportements sexuels des Trans en France. C'est pourquoi, la Direction générale de la santé a missionné l'INSERM sur une étude relative aux Trans portant sur les caractéristiques sociodémographiques, la santé et la sexualité Trans (résultats attendus en 2011).

La population Trans cumule plusieurs facteurs les exposant à des prises de risque vis-à-vis du VIH et des IST :

- une stigmatisation importante ;
- des comportements à risque dus à la clandestinité et à des problèmes identitaires spécifiques ;
- une grande précarité sociale, économique, affective et relationnelle, facteurs de prise de risque ;
- un recours fréquent à la prostitution, lié pour partie au coût du parcours de leur transformation physique.

86. Considérant 1 de la recommandation 1117 (1989) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, relative à la condition des transsexuels.

87. Point I - B/Observation de l'article 8, de l'affaire Rees c/Royaume-Uni du 10 octobre 1986, requête n° 9532/81.

88. Herbst J.H., E.D. Jacobs, et al., 2008, "Estimating HIV Prevalence and Risk Behaviors of Transgender Persons in the United States: A Systematic Review", AIDS & Behavior 12(1): 1-17.

Contexte sociétal

Les traitements antirétroviraux permettent aujourd'hui aux personnes vivant avec le VIH de recouvrer une immunité quasi-normale. Néanmoins, leur environnement est une condition sine qua non pour adhérer au traitement et éviter les prises de risque. Or, les problèmes de logement, de revenus, d'emploi et d'accès aux soins sont fréquents chez les personnes séropositives. L'amélioration des conditions de vie et la prise en charge globale des PVVIH sont donc des impératifs, car ils conditionnent l'adhésion au traitement et la réduction des prises de risques.

Il convient de veiller à ce que l'accès au droit commun soit identique à celui de la population générale pour les populations pouvant être discriminés en raison de leur orientation sexuelle ou en raison de leur genre. En effet la discrimination sur la base de l'orientation sexuelle est considérée comme la deuxième forme de discrimination la plus répandue au sein de l'Union européenne, après la discrimination sur la base de l'origine ethnique. Elle est également répandue en France. Aussi, à cette homophobie, peut s'ajouter la discrimination en raison de la maladie pour les HSH, les FSF et les personnes transsexuelles séropositives.

Les personnes touchées par cette maladie sont très souvent victimes de discriminations, et cette discrimination vécue depuis toujours finit par s'intérioriser, à tel point que les personnes s'excluent bien souvent elles-mêmes, préférant ne pas annoncer leur séropositivité plutôt que de risquer un énième rejet. Toute l'énergie déployée à se protéger, à construire des stratégies de dissimulation n'est plus disponible pour se soigner, faire des projets, s'occuper de soi. C'est là que réside tout l'intérêt et l'efficacité d'un accueil "spécifique".

Par ailleurs, le fait de ne pas pouvoir reconnaître le partenaire de même sexe comme étant un "proche" engendre des difficultés pour les proches dans l'accès à l'information, la prise de décision au sujet des soins et traitements à autoriser et enfin les visites à l'hôpital.

La prise en compte de ces difficultés par les professionnels du domaine sanitaire et social et par les associations est capitale dans ce domaine.

Par souci de lisibilité du programme et afin de respecter l'approche en termes de santé publique de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre, **le programme en direction de la population HSH et LBT se décline pour chaque axe en trois populations HSH, FSF et personnes Trans.**

Ces trois populations ont en commun les points suivants :

- une prévalence élevée des IST, du VIH pour les HSH et les transsexuels ;
- une inégalité d'accès aux moyens de prévention ;
- une inégalité d'accès aux consultations ou aux centres de dépistage du VIH et des IST ;
- des comportements sexuels minoritaires et spécifiques qui permettent l'identification aux groupes ;
- la revendication de l'expression d'une sexualité libre et multiple (nombre de partenaires plus élevés que la population hétérosexuelle) ;
- l'objet de discrimination multiple en raison de leur orientation sexuelle ou identité de genre ;
- un réseau associatif via une plate-forme identitaire et de lutte commune ;
- des interactions sexuelles croissantes entre homosexuels identitaires, bisexuels(les), Trans et hétérosexuels(les), grâce notamment à l'utilisation d'internet pour favoriser des rencontres discrètes ou en fréquentant des lieux extérieurs de rencontres sexuelles à des horaires compatibles entre travail et vie familiale.

Comme le précédent programme 2005-2008, ce programme poursuit l'objectif :

- de réduire l'incidence et la prévalence du VIH et des IST au sein de la population des HSH ;
- de renforcer la prévention et le dépistage auprès des HSH afin d'éviter la transmission du VIH ;

- d'améliorer la qualité de vie sexuelle, plus particulièrement des personnes séropositives et de leurs partenaires, cet objectif fait l'objet d'actions dans le programme transversal ;
- de lutter contre les discriminations qui affectent plus particulièrement les populations HSH et LBT, cet objectif étant traité en complémentarité du programme transversal.

Pour la première fois, ce programme HSH et LBT aborde les enjeux de la prévention du VIH et des IST chez les femmes ayant des rapports sexuels avec les femmes et chez les personnes "Trans".

Le contexte épidémiologique

Population des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)

Une prévalence du VIH très élevée qui se situe entre 13 % et 15 % chez les HSH (versus 0,2 % pour la population générale) estimée à partir d'enquêtes comportementales sur une base déclarative

En 2009, pour la première fois une estimation de la prévalence de l'infection à VIH vérifiée à partir d'échantillons biologiques (goutte de sang auto-prélevé au bout du doigt), a été réalisée auprès de 900 HSH fréquentant des établissements de convivialité gays parisiens (Prevagay), elle s'élève à 17,7 % [15,3 %-20,4 %]. Parmi les HSH séropositifs pour le VIH, 20 % l'ignorent. La prévalence des HSH âgés de moins de 30 ans est moindre que celle de leurs aînés (9 % vs 19 %). Le taux d'incidence du VIH a été estimé dans cette population à 7,5 cas pour 100 personnes par an. Ceci signifie que dans cette population, parmi 100 HSH séronégatifs, plus de sept personnes se contaminent en une année.

À noter, que les résultats de Prevagay ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population HSH.

Une incidence VIH chez les HSH 200 fois supérieure à l'incidence de la population générale

Les HSH représentent la population la plus touchée avec un taux d'incidence estimé à 1 006 contaminations par an pour 100 000 HSH (soit un taux d'incidence pour les HSH de 1 % par an). L'enquête Prevagay 2009 donne également une estimation de l'incidence du VIH parmi les HSH fréquentant des établissements de convivialité gays parisiens qui est très élevée (7 %) par rapport à l'incidence de la population générale (0,017 %).

L'exposition à un risque VIH est rapportée par 34 % des homosexuels comme motif de dépistage.

La séropositivité est plus souvent découverte au moment d'une primo-infection (21 %) parmi les HSH (au regard des autres modes de contamination). Cette proportion a augmenté de manière significative depuis 2003 passant de 17 % à 21 % en 2008.

La proportion de découvertes au stade sida a, quant à elle, diminué significativement chez les HSH, réduite de moitié, passant de 16 % en 2003 à 8 % en 2008.

Une recrudescence des infections sexuellement transmissibles (IST) depuis 2000

- Les homo-bisexuels masculins représentent chaque année plus de 80 % des cas de syphilis dans le réseau RésIST (10 % de bisexuels masculins et plus de 70 % de HSH) ; leur âge médian est de 36 ans (9 % ont moins de 25 ans), et plus de la moitié sont séropositifs pour le VIH.
- Le nombre de cas de lymphogranulomatose vénérienne (LGV) rectale a augmenté jusqu'en 2007, pour se stabiliser en 2008. Les cas sont diagnostiqués dans les plus grandes villes (Paris, Lille, Lyon, Marseille, Toulouse, Bordeaux) via un réseau de laboratoires volontaires. L'âge moyen des hommes diagnostiqués est de 39 ans, 93 % sont séropositifs pour le VIH.

- Le nombre d'infections à gonocoques n'a cessé d'augmenter chez les hommes et en Île-de-France jusqu'en 2008 (données Renago). Depuis 2004, les données comportementales recueillies dans le cadre de RésIST viennent compléter le système Renago. Les HSH représentaient 65 % des cas de gonocoques (13 % de bisexuels masculins et 52 % de HSH), d'âge médian de 31 ans au diagnostic et dont 22 % d'entre eux étaient âgés de moins de 25 ans. 25 % étaient séropositifs pour le VIH.

Des comportements sexuels non protégés en augmentation chez les HSH avec des partenaires stables ou occasionnels

En France comme dans les autres pays industrialisés, les données comportementales attestent d'une augmentation des comportements sexuels à risque vis-à-vis du VIH et des IST depuis 1997⁸⁹, que ce soit lors de la pratique de la fellation ou de la pénétration anale non protégée, avec un partenaire masculin stable ou occasionnel.

Ainsi, parmi les répondants à l'Enquête Presse Gay (EPG) 2004, la part des rapports anaux non protégés avec un partenaire stable est importante (69 %) et ne cesse d'augmenter depuis 1997 (57 % en 1997, 60 % en 2000).

Les éditions du Baromètre gay indiquent également une progression des comportements sexuels à risque entre 2000 et 2002, respectivement 33 % et 37 %, avec une stabilisation à un niveau élevé de 36 % en 2005.

Dans l'enquête Prevagay (2009), la proportion de répondants déclarant au moins une pénétration non protégée avec des partenaires occasionnels est toujours élevée (35 %) et varie en fonction du statut sérologique, comme observé dans les enquêtes précédentes (30 % des répondants séronégatifs, 50 % des répondants méconnaissant leur séropositivité et 59 % des répondants séropositifs).

Population des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes (FSF)

Il existe peu de données épidémiologiques, comportementales et sociodémographiques relatives aux populations FSF en France.

Quatre fois plus d'infections sexuellement transmissibles chez les FSF que chez les femmes hétérosexuelles

Les femmes qui déclarent des pratiques homosexuelles sont plus à risque d'IST que les femmes hétérosexuelles dans l'enquête CSF 2006. Elles rapportent plus souvent un épisode d'IST dans les cinq dernières années que les femmes hétérosexuelles (12 % versus 3 %).

La prévalence du VIH chez les FSF : des données insuffisantes

Concernant la prévalence du VIH chez les FSF, on ne dispose d'aucune donnée fiable en France.

Parmi les FSF (au moins un rapport homosexuel) contaminées par le VIH, la majorité rapporte des usages de drogues injectables (UDI) ou des relations sexuelles non protégées avec des hommes séropositifs ou appartenant à une population à forte prévalence (Lert, 1992).

89. Velter A., Semaille C., Bouyssou-Michel A. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. In: Safar-Semaille C., Lot F., "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, p. 82-94.

Des comportements à risque identifiés chez les FSF mais insuffisamment analysés⁹⁰

Les FSF ont un nombre de partenaires plus élevé que chez les femmes hétérosexuelles. Les femmes homosexuelles déclarent plus d'usage de produits psycho-actifs et de médicaments que les femmes hétérosexuelles. Elles ont plus souvent rompu avec leur milieu familial.

Le diagnostic social des FSF : des données insuffisantes

Les femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes (FSF), représentent une population diversifiée ne pouvant se penser comme un groupe unifié. Elles associent l'invisibilité individuelle, sociétale, communautaire et politique. Leur absence dans les enquêtes de grande ampleur dans notre pays en est une illustration.

Les FSF souffrent à la fois du sexisme en tant que femmes et de l'homophobie en tant qu'homosexuelles (lesbophobie).

Population des personnes "Trans"

Les données épidémiologiques actuelles, en particulier françaises, sont insuffisantes pour déterminer une estimation fiable du nombre de personnes transsexuelles au sein de la population générale. Néanmoins, à partir des données les plus récentes, une prévalence de 1 pour 10 000 d'hommes se transformant en femmes (MtF) et de 1 pour 50 000 de femmes se transformant en hommes (FtM) pourraient être estimées, soulignant que le transsexualisme n'est pas un phénomène exceptionnel.

90. Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions : C. Genon, C. Delebarre, C. Chartrin, "Genre, sexualité & société 2009".

Axes spécifiques du programme

Axe 1 → Prévention, information, éducation pour la santé

Objectif stratégique : adapter la prévention et les capacités préventives des femmes et hommes homo-bisexuels ou Trans pour réduire la transmission du VIH/IST

- Développer une prévention combinée qui allie à l'usage du préservatif, le dépistage répété, le traitement précoce par antirétroviraux et les autres méthodes validées de réduction des risques sexuels.
- Mobiliser les acteurs associatifs et communautaires en intégrant les besoins spécifiques des personnes.
- Promouvoir la prise en compte de la santé sexuelle des personnes homosexuelles (hommes ou femmes) et des personnes "Trans".

Mesure 1 • Développer une prévention combinée qui allie à l'usage du préservatif et du dépistage, le traitement précoce par antirétroviraux et les autres méthodes validées de RDRS

Contexte

Au regard des dernières communications internationales, de l'avis du CNS⁹¹ et des recommandations du rapport RDRs⁹², les stratégies de prévention ayant fait la preuve de leur efficacité et adaptées au contexte français reposent sur :

- l'utilisation des préservatifs masculins ou féminins, des digues dentaires qui restent les socles de la prévention, dans toutes les situations de relations sexuelles entre partenaires occasionnels et de couples dont l'un des deux partenaires est séropositif (couples séro-différents) ;
- l'information sur l'utilisation et les mésusages du préservatif qui doit rester extrêmement forte auprès des populations FSF, HSH et Trans ;
- le dépistage répété du VIH chez les HSH multipartenaires ;
- la recommandation pour les PVVIH, avec les partenaires occasionnels, en particulier dans les relations HSH du maintien du recours systématique au préservatif combiné éventuellement avec un traitement efficace (Action T27) ;
- le traitement post-exposition (TPE) qui peut être efficace, en cas d'accident de prévention, pour les personnes habituées à se protéger avec l'usage systématique du préservatif, au sein d'un couple séro-différent ou lors de rapports avec un partenaire occasionnel de statut indéterminé. La TPE constitue pour ces personnes une possibilité de réduction du risque de contamination. L'information et l'accès à ce traitement sont actuellement insuffisants et devront être renforcés pour les personnes séropositives au VIH (PVVIH) et leurs partenaires (Fiche T36) et en direction des multipartenaires qui se protègent habituellement dans ces groupes à forte prévalence ;
- une meilleure prise en compte de la santé sexuelle des PVVIH et des personnes à risque de VIH et d'IST (Fiche T36) ;
- le rôle nécessaire des associations de lutte contre le VIH, mais aussi des associations identitaires comme relais de ces actions.

91. L'intérêt du traitement comme outil novateur de la lutte contre l'épidémie d'infections à VIH, du 9 avril 2009.

92. Le rapport "Mission RDRs" sur "prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST s de M^{me} F. Lert et du P^r G. Pialoux, de décembre 2009.

Les HSH

L'incidence du VIH dans l'enquête Prevagay (7,5 %) est beaucoup plus élevée que l'incidence du VIH pour l'ensemble de la population homosexuelle en France (1 %) ⁹³.

Les HSH fréquentant les établissements de convivialité gay parisiens représentent une population spécifique. L'incidence estimée dans cette population ne peut donc être généralisée à l'ensemble de la population des HSH en France mais elle est extrêmement préoccupante. On peut supposer que le segment des HSH qui fréquentent ces établissements est aussi impliqué dans d'autres réseaux de partenaires sexuels qui débordent de ce milieu. Elle montre que la transmission du VIH est très élevée au sein de ce groupe de population. Des actions de prévention et de dépistage spécifiques et novatrices doivent être engagées de manière urgente.

Actuellement, seul le guide "gay à votre santé" réédité par le SNEG (ex-guide de l'association des médecins gays, AMG) n'envisage que partiellement le sujet de la sexualité. Il est essentiellement pragmatique par rapport aux comportements et pratiques sexuelles, il n'intègre pas le concept de santé sexuelle.

Les FSF

Elles ont plus de risque d'avoir contracté une IST que les autres femmes (Enveff).

- Alors que les femmes qui déclarent des pratiques homosexuelles n'apparaissent pas dans le discours préventif, elles ont un nombre plus important de partenaires et une prévalence plus élevée d'IST que les femmes qui n'ont eu que des partenaires masculins.
 - Une FSF sur dix serait infectée par le HSV mais la plupart des femmes concernées ne se sauraient pas atteintes (Marazzo, Stine, Wald, 2003).
 - La proportion de transmission de HPV chez les lesbiennes oscille entre 13 % et 30 % (dont 6 % n'ayant jamais eu de rapports sexuels avec des hommes), selon les enquêtes. Or les conséquences du HPV peuvent être graves (cancers du col de l'utérus).
 - Le trichomonas, le tréponème pale et le VHA ont déjà été signalés chez des femmes n'ayant jamais eu de partenaires masculins.
 - La chlamydie est une des IST les plus répandues chez les femmes, mais on ne dispose pas de données concernant les FSF.
 - L'hépatite C (VHC) dont la transmission est possible par rapport traumatique ou en période menstruelle serait plus élevée chez les FSF que chez celles n'ayant jamais eu de rapports homosexuels.
- La santé sexuelle n'est pas un thème pour l'instant abordé dans les campagnes publiques de prévention.

De même, il n'y a pas de représentation de la sexualité entre femmes. Aucune documentation spécifique FSF, ou peu, n'est disponible ce qui ne permet ni une auto-identification ni des comportements de prévention ⁹⁴.

Les FSF utilisent trois fois moins de méthode contraceptive, après ajustement, que les femmes qui n'ont que des rapports hétérosexuels. (Enveff).

Les personnes Trans

Au 31 décembre 2008, 49 cas d'infection par le VIH chez des personnes transgenres ont été notifiés à l'InVS. Parmi l'ensemble des personnes transgenres, la quasi-totalité est de sexe masculin, contaminée par rapports homosexuels et est de nationalité étrangère (88 %), principalement d'Amérique du Sud et habite en Île-de-France. L'âge moyen est de 34 ans. La prostitution représente, lorsqu'elle est connue, la catégorie socioprofessionnelle (ou le facteur de risque) la plus

93. Communiqué de presse InVS du 19 novembre 2009.

94. "Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions" : C. Genon, C. Delebarre, C. Chartrin, "Genre, sexualité & société 2009".

fréquente (79 % des cas). Quand le stade clinique est précisé (41/49), la personne transgenre bénéficie d'un diagnostic au stade asymptomatique dans 71 % des cas, au stade sida dans 17 % des cas et symptomatique non-sida dans 12 % des cas. Il n'y a aucune notification au stade de primo-infection VIH.

Selon la méta-analyse de Herbst, Jacobs, en 2008⁹⁵, la majorité des études ont été réalisées à partir de ce qui est désigné par la méthode "boule de neige" avec des personnes recrutées principalement dans des centres de soins et d'accompagnement communautaires sans que l'on sache toujours si ces centres accueillent préférentiellement des personnes à risque d'infection à VIH. Selon cette méta-analyse, la prévalence moyenne établie à l'aide de tests sérologiques serait de 27,7 % pour les MTF, alors que la prévalence établie à partir de déclarations (c'est-à-dire en dehors de la réalisation d'un test sérologique *ah hoc*) est de 11,8 %. Ceci peut laisser penser que moins de la moitié des personnes séropositives connaît son statut sérologique.

Une deuxième méta-analyse a été réalisée⁹⁶, sur la prévalence de l'infection au VIH chez les prostitués MtF. La prévalence est de 27,3 % chez les prostitués transsexuels, 14,7 % chez les transsexuels MtF non prostitués, 15,1 % chez les prostitués hommes et 4,5 % chez les prostituées femmes. Le risque relatif est significativement plus important chez les prostituées MtF que chez les prostituées non transsexuelles, cependant les études sont hétérogènes.

Les FtM, les "Trans boys" se prostituent peu, ils ont moins besoin d'argent car les traitements sont moins coûteux. La transition se fait le plus souvent avant 30 ans. Ils sont fréquemment multi-partenaires, leurs partenaires appartiennent au monde LGBT, et plus particulièrement dans le monde "Queer".

Action HSH et LBT 1

Améliorer les connaissances et les capacités des FSF et des HSH en matière de prévention du VIH et des IST.

Action HSH et LBT 2

Intégrer la prévention du VIH/IST dans une approche et une communication globale de la santé sexuelle pour les femmes et les hommes homo-bisexual(le)s.

Action HSH ET LBT 3

Améliorer les connaissances et les capacités des Trans à se protéger et à protéger leurs partenaires par la promotion de la santé sexuelle.

Action T 27

Poursuivre la recherche et l'évaluation sur la pertinence et la mise en œuvre du traitement comme outil de prévention.

Action T35

Promouvoir le concept de "prévention positive" (soutien à la vie psychique, affective et sexuelle des PVVIH).

95. Herbst JH, Jacobs ED, Finlayson TJ, McKleroy VS, Neumann MS, Crepaz N, et al. Estimating HIV Prevalence and Risk Behaviors of Transgender Persons in the United States: A Systematic Review. *AIDS Behav* 2008;12(1):1-17.

96. Operario D, Soma T, Underhill K. Sex work and HIV status among transgender women: systematic review and meta-analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2008;48(1):97-103.

Mesure 2 • Mobiliser les acteurs associatifs et communautaires

Contexte

Depuis les premières années de l'épidémie, les associations de lutte contre le sida se sont fortement investies dans la prévention auprès des gays/HSH, mais rarement en lien avec des associations identitaires rassemblant des femmes et/ou des hommes homo-bisexual(le)s. Les actions de proximité, quels que soient les lieux ou les espaces (lieux de drague extérieurs, établissements gays, sites Internet de rencontre) ont fait la preuve de leur pertinence. Le large réseau associatif des femmes et des hommes homo-bisexual(le)s et son antériorité dans la lutte contre les discriminations en font un acteur clé pour changer les représentations et les pratiques.

Les expérimentations de dépistage en milieu communautaire ces dernières années ont permis une mobilisation de la communauté HSH.

Action HSH et LBT 4

Améliorer la prise en charge du VIH et des IST dans le cadre de la prise en charge sanitaire du transsexualisme et favoriser l'accès aux droits et aux soins des personnes Trans.

Action HSH et LBT 14

Développer des offres alternatives de dépistage par test rapide, notamment par des pairs pour les HSH.

Mesure 3 • Favoriser un environnement de prévention

Contexte

Pour les HSH

La prévention du VIH en direction des gays/HSH s'appuie aujourd'hui en France sur un dispositif pluriel composé :

- de messages de l'INPES, en direction du grand public, déclinant les campagnes pour les HSH et réalisant des outils de communications spécifiques (cartes, fanzine...) ;
- de messages et d'actions de terrain, portés par les associations nationales ou locales telles que :
 - des actions dans les lieux de rencontres gays (commerces et lieu extérieurs) et des actions sur internet, promotion du dépistage, groupes de parole, permanences santé dans les associations de femmes et d'hommes homo-bisexuels...
 - des sites internet d'envergure nationale, relayant information et prévention,
 - l'action spécifique en direction des établissements commerciaux gays, par le biais du Syndicat National des Entreprises Gays (SNEG), soutenue par l'adhésion à une charte de responsabilité signée par les principales associations : vente de matériel de prévention (préservatifs et gels), diffusion des brochures élaborées par le milieu associatif et l'INPES, formation des salariés des établissements...

Les messages conçus pour les HSH sont soumis à un groupe d'experts consultatif (constitué de représentants associatifs, de professionnels de santé et de chercheurs). Avec le temps et l'évolution des mentalités dans la société française concernant l'homosexualité, les messages de prévention en direction des HSH ont progressé à la demande des associations vers une représentation davantage explicite des relations des HSH, tout en veillant encore quand ils sont destinés au grand public à ne pas heurter certaines sensibilités.

Aujourd'hui, il existe une charte de responsabilité des établissements gays qui prévoit l'adhésion volontaire de ces derniers à des mesures de prévention en direction de leurs clients. Cette charte s'avère à ce jour insuffisante car seulement 50 % des établissements gays y adhèrent et elle ne s'applique pas pour les établissements n'ayant pas une clientèle exclusivement HSH. Le contrôle du respect de la charte n'est plus réalisé par le collectif associatif à son origine.

La Cour des Comptes recommande d'instaurer une réglementation sanitaire des établissements de rencontre dans son rapport concernant la politique de lutte contre le VIH/SIDA rendu public en 2010.

L'enquête *Baromètre santé 2005* de l'INPES indique une prévalence de tentative de suicide (TS) chez les homos/bisexuels de l'ordre de 10 % chez les hommes contre 3 % chez les hétérosexuels exclusifs à classe d'âge, niveau de diplôme, statut relationnel (en couple ou non) et statut parental équivalents. Dans l'Enquête Presse Gay (EPG) 2004, la prévalence des TS s'élève à 19 % et est en augmentation par rapport à 2000.

Pour les FSF

Les FSF sont aujourd'hui peu touchées par les campagnes de prévention⁹⁷. En effet, il n'existe pas de campagne grand public et les actions d'information et de prévention restent confinées au milieu identitaire des grandes métropoles (Paris, Lyon) pas forcément fréquenté par les FSF. Il s'agit d'une part de rompre avec l'invisibilité dont souffre cette partie de la population et d'autre part, de prévenir les risques liés à la sexualité par manque de connaissances et de conscience de ces risques :

- mauvaise protection des rapports pénétrants entre femmes (rare utilisation des préservatifs masculins et féminins lors de l'usage d'objets sexuels...);
- rare utilisation du préservatif masculin et féminin dans les rapports pénétrants avec des hommes chez les lesbiennes ;
- mauvaise hygiène des objets sexuels par manque de connaissance des risques ;
- pas ou peu d'utilisation de la digue dentaire pour protéger les rapports bucco-génitaux ;
- nombre de partenaires plus élevé chez les FSF, notamment des hommes (séropositifs et homosexuels).

L'enquête Enveff révèle que 22 % des FSF ont subi une agression physique durant les 12 derniers mois (vs 4 %) et 41 % au cours de leur vie adulte (vs 18 %). Elles sont 25 % à avoir été victimes d'une agression sexuelle depuis l'enfance pour 18 % des autres femmes. Les agressions sexuelles ont toujours été commises par des hommes. Enfin, elles rapportent plus fréquemment des violences subies en couple. Dans l'enquête CSF : 44 % des FSF au cours des 12 derniers mois ont subi des rapports sexuels forcés dans l'ensemble de leur sphère de vie versus 15 % pour les autres femmes.

Les HSH et FSF peuvent cumuler des difficultés liées à différents types de discriminations :

- discriminations liées au genre, au sexe, à l'appartenance ethnique, culturelle ou de "classe" ;
- discriminations et stigmatisation perçues ou craintes dans le monde du travail, du sport, de la santé.

Cette discrimination est aggravée pour les migrants, les afro-antillais, les jeunes des banlieues.

La discrimination sur la base de l'orientation sexuelle est considérée comme la deuxième forme de discrimination la plus répandue au sein de l'Union Européenne, après la discrimination sur la base de l'origine ethnique. L'examen des résultats par pays montre que la discrimination sur la base de

97. "Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions" : C. Genon, C. Delebarre, C. Chartrin, "Genre, sexualité & société 2009".

l'orientation sexuelle est jugée particulièrement répandue dans bon nombre de pays méditerranéens, parmi lesquels figure la France (59 %) qui présente un résultat supérieur à la moyenne européenne, soit 51 %⁹⁸.

Au sein de l'Union européenne, certaines recherches indiquent que les personnes homosexuelles font face à des discriminations dans le domaine de la santé. Classer l'orientation sexuelle des personnes HSH et LBT comme un trouble ou une maladie fait partie de ces mauvaises pratiques. Des études et des entretiens sur le terrain ont constaté des réactions positives et négatives de la part du personnel de santé lorsque les personnes homosexuelles révèlent leur orientation sexuelle ou leur identité de genre. Ces réactions négatives ou la peur de faire face à de telles attitudes peuvent conduire les personnes homosexuelles à éviter de recourir aux soins de santé.

Pour les FSF, les problèmes se posent avec les gynécologues dans le cadre de la contraception, du suivi et des actes de prévention⁹⁹. Dans l'enquête SOS homophobie de la commission lesbophobie 2004, sur 1 793 lesbiennes, 10 % évoquent l'expérience d'au moins une situation lesbophobe dans le milieu de santé. 44 % d'entre elles concernent les gynécologues et se manifestent sous la forme d'un manque de formation et d'information sur les questions de l'orientation sexuelle, d'un déni de l'homosexualité (ex : témoignages, d'une certaine brutalité, nervosité ou froideur de la part du professionnel) (cf. *action T16*).

Pour les Trans

Une méta-analyse dont l'objectif était de comparer le taux de prévalence de quatre groupes : les MtF prostituées, les MtF non-prostituées, les hommes prostitués et les "femmes biologiques" prostituées (Operario, Soma et al. 2008) montre que la prostitution multiplierait presque par deux le risque d'infection par le VIH chez les femmes Trans.

Par ailleurs, l'appartenance ethnique fait varier la discrimination sociale et économique, tandis que la pauvreté augmente les situations à risque (Nemoto, Operario et al. 2004). De plus, l'urgence économique peut être un facteur de diminution des intentions de pratique préventives.

Il semble qu'il y ait des déterminants différenciés en fonction du type de partenaires. En effet, Nemoto, Operario et al. (2004) ont trouvé dans leur enquête réalisée auprès de 332 MtF de couleur à San Francisco que les rapports anaux réceptifs non protégés étaient positivement corrélés avec un usage de drogues pour ce qui des relations avec le partenaire principal, alors qu'ils étaient liés à la fois à l'usage de drogue et au fait de se savoir séropositives au VIH pour ce qui est des rapports avec des partenaires occasionnels.

Par ailleurs, l'usage de drogue, n'entraîne pas seulement des comportements sexuels à risque ou le partage de seringues usagées ; en effet, c'est aussi l'un des facteurs qui accroît la probabilité que l'usager ne vienne pas chercher les résultats de ses tests de dépistage (Chan, McNulty, et al. 2007). La croyance selon laquelle le néovagin (qui est construit soit à partir de la peau de la verge ou des bourses, soit à l'aide d'un prélèvement de la muqueuse intestinale) protégerait du VIH et des IST (ce qui est entièrement faux) ferait accepter des rapports non protégés.

En ce qui concerne la France, les Trans prostitué(e)s ont aujourd'hui des difficultés pour accéder aux moyens de prévention. Ce recours dépend de l'activité des associations et les prostitué(e)s craignent les dispositions relatives à la prostitution de la loi de sécurité intérieure. Il en résulte une complexification des actions de prévention qui nécessite de travailler avec les services du ministère chargé de l'Intérieur afin que les enjeux de sécurité puissent prendre en compte les enjeux de santé publique que représente la prévention du VIH et des IST. Une action est prévue à cet effet dans le programme en direction des personnes qui se prostituent (*Action P4*).

98. La discrimination dans l'Union européenne : Perceptions, expériences et attitudes, juillet 2008.

99. Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions : C. Genon, C. Delebarre, C. Chartrin, "Genre, sexualité & société 2009".

Les équipes de référence multidisciplinaires actuellement reconnues pour la réassignation sexuelle ne sont pas en lien avec les circuits de soins VIH.

Il n'y a pas actuellement en France comme le dénote le rapport de la HAS de prise en charge sanitaire globale des personnes Trans et aucune politique de santé intégrée ne les a concernées jusqu'à présent.

Action HSH et LBT 5

Renforcer la mise à disposition d'outils d'information et de prévention auprès des populations des femmes et hommes homo-bisexual(le)s qui fréquentent des lieux ou sites de rencontres sexuelles.

Action HSH et LBT 6

Instaurer une réglementation sanitaire des établissements de rencontre (normes en matière d'hygiène et de prévention du VIH/IST).

Action HSH et LBT 7

Agir pour une meilleure acceptation des orientations sexuelles et soutenir les personnes HSH, FSF en souffrance ou victimes d'actes homophobes.

Action HSH et LBT 8

Favoriser des approches respectueuses des choix d'orientation sexuelle et rapport de genre en intervenant auprès des professionnels sanitaires et sociaux en contact avec la population des femmes et hommes homo-bisexual(le)s.

Axe 2 → Dépistage

Objectif stratégique : adapter, élargir et améliorer l'offre de dépistage du VIH et des IST pour la rendre plus performante auprès des femmes et hommes homo-bisexuels ou trans

- Améliorer le dépistage précoce, si possible au moment de la primo-infection pour un bénéfice individuel et collectif.
- Associer systématiquement au dépistage du VIH, celui d'autres IST (syphilis, hépatite B) pour limiter les risques de co-transmission.
- Créer des situations de dépistage qui améliorent le recours à un test et soient l'occasion une meilleure appropriation de l'information conseil.
- Développer une prévention combinée qui allie à l'usage du préservatif, le dépistage répété, le traitement précoce par anti-rétroviraux et les méthodes validées de réduction des risques sexuels.

Mesure 1 • Mettre en œuvre une augmentation et une diversification des dépistages du VIH et des IST pour les populations des femmes et des hommes homosexuels

Contexte

Pour les HSH

L'enquête Presse gay 2004 montre que 13 % des répondants n'ont pas eu recours au test VIH au cours de leur vie et 44 % n'ont pas pratiqué de test dans l'année précédant l'enquête. Ces personnes ont un profil particulier. Parmi les HSH n'ayant pas pratiqué de test, ils appartiennent aux classes d'âge situées aux deux extrémités de la pyramide des âges : 36 % parmi les moins de 20 ans et 14 % parmi les 45 ans et plus. Les répondants n'ayant pas eu de partenaire masculin stable au cours des 12 derniers mois sont proportionnellement plus nombreux à ne pas avoir effectué de test VIH (21 % vs 11 %). De même, les répondants distants du mode de vie classiquement défini homosexuel, se dépistent moins.

Dans l'enquête Prevagay de 2009 portant sur 900 HSH fréquentant les lieux de rencontres parisiens, sur 157 hommes séropositifs, 126 se déclaraient positifs et 31 ne le déclaraient pas. Aussi, parmi les HSH enquêtés séropositifs pour le VIH, 20 % se croyaient séronégatifs. Ces hommes qui méconnaissaient leur positivité étaient plus jeunes que ceux qui la connaissaient, avec un âge médian de 37 ans (versus 41 ans). Parmi les participants méconnaissant leur statut, 22 % n'avaient jamais eu recours au test de dépistage VIH dans leur vie, pour autant, ils étaient 61 % à avoir réalisé ce test dans les 12 derniers mois.

Associées à une reprise des comportements à risque, ces données justifient de répéter le dépistage du VIH. Ainsi la HAS a montré, en octobre 2009, qu'un dépistage annuel du VIH chez les HSH multipartenaires serait coût/efficace.

Pour les FSF

Les FSF (y compris les plus âgées) doivent pouvoir être conseillées très précisément sur les modes de transmission et de réduction des risques dans le cadre de leurs rapports homosexuels. La consultation de dépistage ou pour un suivi gynécologique constitue un cadre idéal pour aborder la prévention et le dépistage des IST en fonction des pratiques. À ce titre, les FSF doivent être considérées avec autant d'attention et en dehors de tout préjugé par leurs médecins.

D'autre part, le fait de se présenter comme lesbiennes ou FSF devrait amener les professionnels à aborder plus souvent la question des risques de transmission et des moyens de prévention lors de rapports hétérosexuels.¹⁰⁰

Différentes enquêtes montrent que les femmes qui n'ont jamais eu de rapport avec des hommes sont moins susceptibles d'avoir déjà reçu un examen pelvien (examen interne), ont eu leurs premiers frottis à un âge plus avancé et sont suivies de façon moins régulière que celles qui ont eu des rapports avec des hommes¹⁰¹. (cf. action T16)

Depuis 2000, la Haute autorité de santé a publié plusieurs recommandations sur le dépistage des IST, sans aborder spécifiquement les populations des hommes et femmes homo-bisexual(le)s et les spécificités de leurs comportements face aux prises de risques sexuels (nombre de partenaires, pratiques sexuelles, anonymat...).

Action HSH et LBT 9

Proposer un dépistage annuel du VIH aux HSH multipartenaires.

Action HSH et LBT 10

Proposer le dépistage de la syphilis et de l'hépatite B chez les HSH.

Action HSH et LBT 11

Informier et mobiliser les FSF sur l'intérêt d'un bilan régulier VIH et IST.

Action HSH et LBT 12

Définir des recommandations sur les stratégies de dépistage des IST chez les femmes et les hommes homo-bisexuels, et les PVVIH et leurs partenaires.

Mesure 2 • Réorganiser le dispositif actuel des CDAG/CIDDIST et créer un réseau de centres de santé sexuelle

Contexte

Actuellement, les remontées d'information en provenance des représentants associatifs constatent l'insuffisance d'accès à la prévention et aux soins nécessaires pour les femmes et les hommes homo-bisexuels faute de connaissances de la part des professionnels, faute de services et de professionnels capables de réaliser les actes nécessaires ou encore en raison d'attitudes négatives ou du simple malaise des professionnels de santé face aux personnes homosexuelles. Ceci limite l'accès réel des personnes aux soins.

Les connaissances actuelles et disponibles mettent en évidence pour la population HSH, que :

- près de la moitié des nouvelles découvertes du VIH sont dues à des contaminations récentes inférieures à six mois ;
- 20 % des HSH séropositifs pour le VIH dans l'enquête Prevagay ne connaissaient pas leur statut sérologique et 22 % d'entre eux ne s'étaient jamais dépistés.

La population ayant recours aux CDAG diffère de la population générale. Parmi les hétérosexuels, les consultants sont plus jeunes, souvent multipartenaires, utilisent moins les préservatifs, en particulier avec les partenaires occasionnels. **Les HSH et les bisexuels sont plus représentés parmi**

100. "Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions" : C. Genon, C. Delebarre, C. Chartrin, "Genre, sexualité & société 2009".

101. "Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions" : C. Genon, C. Delebarre, C. Chartrin, "Genre, sexualité & société 2009".

les consultants (11,2 % des hommes et 6,7 % des consultants) que dans la population générale (0,8 % des hommes dans la population générale), et 4,2 % des consultants se sont définis comme bisexuels. Ceci justifie la figuration de cette mesure dans ce programme. En dehors de certains centres réputés pour leur savoir-faire, le personnel médical des centres de dépistage est insuffisamment formé aux spécificités de la prise en charge des personnes homo-bisexual(le)s par manque de temps et d'offre de formation. En complément de la réorganisation CDAG/CIDDIST ([Action T21](#)), il est justifié d'améliorer la compétence de ces centres en direction de ces populations.

Actuellement, il existe des diplômes universitaires VIH/IST qui incluent les techniques d'entretien, et des formations proposées par le CRIPS Île-de-France.

Action HSH et LBT 13

Améliorer l'accueil des populations homo-bisexuelles dans les centres de dépistage existants et à venir, le cas échéant (CPEF, CDAG, CIDDIST et centres de santé).

Mesure 3 • Mettre en œuvre un dépistage en milieu communautaire

Contexte

En 2008, la HAS recommande que des expérimentations utilisant des tests de dépistage rapide d'orientation diagnostic (TROD) soient menées afin d'évaluer l'intérêt d'une offre alternative auprès des HSH. Cette démarche repose sur l'hypothèse qu'il y a un bénéfice en termes de santé individuelle et de santé publique à pouvoir intégrer dans les actions associatives de prévention auprès des HSH une offre de dépistage de proximité, réalisée par des acteurs communautaires et s'appuyant sur une remise immédiate des résultats du test.

Différents projets ont été mis en œuvre faisant intervenir :

- les associations dans les structures traditionnelles de dépistage (projet DRAG) ;
- les professionnels de santé dans les structures associatives (projet PREDERMAVI, Checkpoint) ;
- les intervenants associatifs en dehors des structures médicales (Projet Com'test).

Ces projets sont menés actuellement dans le cadre de la recherche biomédicale et doivent donner lieu à une évaluation de l'intérêt des TROD en santé publique et de leur praticabilité et acceptabilité.

Action HSH et LBT 14

Développer des offres alternatives de dépistage par test rapide, notamment des actions hors les murs pour les HSH.

Action HSH et LBT 15

Améliorer le dépistage de la population "Trans".

**Axes 3 et 4 → Prise en charge médicale, prise en charge sociale
et lutte contre les discriminations**

Les mesures sont celles des axes stratégiques généraux
sans distinction spécifique pour cette population

Axe 5 → Recherche et observation

Objectif stratégique : mieux connaître la situation épidémiologique des IST-VIH et les attitudes socio-comportementales des femmes et hommes homo-bisexuels ou Trans pour mieux adapter les stratégies d'intervention

Mesure 5 • Renforcer l'articulation entre les recherches cliniques biomédicales et les études socio-comportementales concernant les femmes et hommes homo-bisexuels ou trans

Contexte

Pour la population HSH

Les Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) sont le sujet de nombreuses enquêtes et recherches socio-comportementales qui visent à cerner, évaluer et suivre dans le temps leurs comportements sexuels, l'évolution des pratiques à risques, ainsi que les comportements et stratégies de prévention adoptés.

Actuellement, les connaissances sur les comportements des HSH sont étudiées à partir :

- des enquêtes Presse Gay (EPG) qui permettent de suivre, depuis 20 ans, l'évolution des modes de vie et les comportements préventifs vis-à-vis du VIH, des homos et bisexuels masculins, lecteurs de la presse gay, en diffusant un auto-questionnaire dans des revues identitaires. En 2004, l'InVS, avec le soutien scientifique et financier de l'ANRS, a renouvelé l'enquête Presse Gay (EPG). Au total, 6 184 questionnaires remplis par des hommes via la presse écrite mais aussi les sites internet, tous deux communautaires, ont été analysés ;
- du Baromètre Gay qui a été mis en place en 2000 à l'initiative de InVS et du Syndicat national des entreprises gaies (Sneg). L'enquête Baromètre gay (BG) interroge périodiquement les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) fréquentant les lieux de rencontre gay, sur leurs comportements sexuels. La quatrième édition a eu lieu au cours de l'été 2009, les données sont en cours d'analyse ;
- du Net Gay Baromètre (NBG) initié en 2003 par le CNRS avec le soutien de l'ANRS qui interroge, les internautes de sites considérés comme majeurs de la population homo-bisexuelle, sur des questions de comportements sexuels à risque. La dernière édition a été réalisée en 2009 ;
- de l'enquête Prevagay, la première enquête s'est déroulée à Paris, dans le quartier gay, en 2009 incluant 900 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) ;
- l'enquête VESPA 2003 témoigne d'une utilisation non systématique du préservatif pour le rapport anal pour 47 % des couples séroconcordants, 16 % des couples sérodifférents et 20 % des rapports avec des partenaires occasionnels. Le niveau de protection dans les couples d'hommes séropositifs reste encore élevé, soulignant une conduite de prudence¹⁰².

C'est pourquoi de nouvelles approches de prévention de l'infection par le VIH et de RDRs sont indispensables pour prendre en compte les limites des stratégies actuelles. Néanmoins, même si, des publications et rapports montrent l'intérêt du traitement comme moyen efficace de prévention, les études les plus importantes concernaient des couples hétérosexuels, et ces résultats ne semblent pas complètement transposables aux HSH, pour lesquels les données suivantes sont soit manquantes soit assorties d'incertitude :

- les contextes des prises de risques, au regard notamment du statut sérologique des partenaires ;
- les motivations à se protéger et à poursuivre l'usage du préservatif ;

102. Bouhnik, 2006, 2007.

- l'influence en contexte français des stratégies de réduction des risques sexuels sur les prises de risques et les comportements préventifs ;
- l'intérêt du traitement comme outil de prévention chez les couples homosexuels ;
- l'intérêt et l'efficacité comparés : du préservatif par rapport au VIH et aux IST, du dépistage répété, du dépistage précoce lors de la primo infection, de traitement préventif avant l'exposition au VIH (PreP), du counseling ;
- les risques de transmission du VIH chez les HSH séropositifs avec une charge virale sanguine indétectable.

Pour la population FSF

Chez les FSF, les données parcellaires disponibles sur les modes de contaminations VIH/IST et les contextes de prises de risque sexuel nécessitent de mener un recensement approfondi des travaux existants et de leurs résultats, d'étendre et de s'inspirer d'enquêtes qui ont fait leur preuve auprès des HSH afin de mieux connaître leurs comportements sexuels et préventifs en matière de VIH/IST. Cette démarche est un préalable avant d'envisager d'améliorer la surveillance en routine du VH/IST chez ce public.

- Depuis la création de l'EPG, les questionnaires ont également été remplis et envoyés par des FSF bien que les questions ne soient pas formulées pour leurs sexualités ;
- au vu des résultats de l'enquête CSF, le protocole de la nouvelle édition de l'EPG 2010-2011, déposée par l'InVS et acceptée par l'ANRS, a intégré un module spécifique pour les FSF via des sites internet ;
- plusieurs enquêtes déjà réalisées disposent de données non exploitées sur les comportements sexuels et le mode de vie des FSF.

Pour la population Trans

Certains points spécifiques du suivi médical sont amplifiés par l'infection par le VIH :

- déminéralisation osseuse ;
- risques liés à la consommation hormonale, notamment risques thrombotiques, augmentation de la prolactine, possible augmentation de risque de cancer du sein, interactions médicamenteuses entre antirétroviraux et médicaments hormonaux non évaluées, complications au long court sur le métabolisme des consommations de drogues et des consommations hormonales, lypodistrophie, prothèse en silicone ou autre ;
- spécificité de la complexité de l'adhérence au traitement ARV chez les Trans qui selon certaines études sont plutôt moins traités que les non Trans (Mélendez 2006 AJPH) ;
- certaines antiprotéases peuvent entraîner une diminution des taux d'œstrogènes¹⁰³. Les risques d'effets indésirables sont par ailleurs majorés par l'automédication fréquente et souvent inadaptée observée chez ces personnes¹⁰⁴ ;
- nécessité d'un suivi médical des pathologies inhérentes au sexe initial (ex : prostatite, cancer de la prostate chez les MtF) ;
- dosages hormonaux, suivi des différentes interventions chirurgicales dans le contexte de l'immunosuppression ;
- trouble de la fonction érectile, de la fonction urinaire, troubles sexuels.

103. Yeni P., "Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts", rapport réalisé avec le soutien du ministère de la Santé et des Solidarités, Paris, Médecine-Sciences Flammarion, 2006.

104. Yeni P., "Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts", rapport réalisé avec le soutien du ministère de la Santé et des Solidarités. Paris, Médecine-Sciences Flammarion, 2008.

Le rapport Yeni 2006 conclut : *“l’objectif pour ces patients, outre la féminisation ou la masculinisation, est le maintien d’une thérapeutique antirétrovirale efficace, la prévention à court terme des accidents thromboemboliques et à long terme des risques cardiovasculaires”. Dans ce rapport, et la version suivante de 2008, il est précisé que “tous les patients transsexuels infectés par le VIH doivent être suivis de manière pluridisciplinaire, au moins par un endocrinologue et un spécialiste du VIH.”*

Action HSH et LBT 16

Améliorer les connaissances sur des comportements liés à la sexualité des femmes et des hommes homo-bisexuels et l’impact des stratégies de santé publique sur l’évolution des pratiques de prévention.

Action HSH et LBT 17

Améliorer les connaissances sur les FSF à partir d’une analyse des enquêtes existantes.

Action HSH et LBT 18

Soutenir les recherches sur l’association et les risques potentiels entre les traitements hormonaux de la transition sexuelle et les traitements antirétroviraux.

Mesure 6 • Maintenir un haut niveau de surveillance épidémiologique de l’infection par le VIH/SIDA et les IST

Contexte

Pour la population HSH

Jusqu’en 2009, la prévalence de l’infection à VIH chez les HSH était estimée uniquement à partir des déclarations de séropositivité des répondants aux enquêtes comportementales (réalisées dans la population HSH).

La part des répondants de l’enquête Presse Gay (EPG) déclarant être séropositif a significativement diminué, passant de 22 % en 1986, à 15 % en 1995 puis à 13 % en 2004 pour les répondants de la presse uniquement. La même tendance est constatée parmi les répondants d’Île-de-France du Baromètre gay : alors que 17 % déclaraient être séropositifs en 2000, ils étaient 14 % à l’indiquer en 2005.

Les enquêtes réalisées auprès d’internautes de sites de rencontre communautaires rapportent des données divergentes : en 2004, les répondants de l’enquête Sex Drive déclaraient pour 8 % d’entre eux être séropositifs, l’enquête CohorteGay.fr réalisée en 2006 rapportait la même proportion, alors que les répondants du Net Gay Baromètre (NGB) réalisé également en 2006 indiquaient être séropositifs pour le VIH dans 12 % des cas.

Depuis 2009, et grâce à l’enquête Prevagay, des chiffres de prévalence plus fiables sont disponibles sur une sous-population particulière, ainsi qu’une estimation de l’incidence chez les HSH.

L’ensemble de ces dispositifs est rendu possible par un important investissement de l’InVS.

Pour la population FSF

En France, il n’existe aucune donnée de prévalence sur le VIH et les IST chez les FSF.

Dans Fethers et al. (2000), les FSF rapportent plus fréquemment que les femmes hétérosexuelles avoir eu un (des) rapport(s) sexuel(s) avec un (des) homosexuel(s) (15 % vs. 5 %) ou avec un (des) usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI : 21 % vs. 6 %).

Pour la population Trans

Il n'existe pas de donnée statistique sur la population Trans en France. Le terme regroupe des situations et parcours de vie très hétérogènes, notamment les transsexuelles désirant ou ayant choisi une intervention chirurgicale de réassignation sexuelle et les transgenres vivant en permanence sous une identité opposée à leur sexe biologique sans modifications corporelles.

Cette distinction est importante car les transgenres sont plus touchés par le VIH et les IST.

Les seules statistiques portent sur le nombre total de demandes de prise en charge de chirurgie de réassignation pour des assurés du régime général de 2000 à 2006 et s'élèvent à 636. Ces chiffres ne peuvent toutefois pas être corrélés au nombre réel de nouveaux cas de transsexuels par an¹⁰⁵. Il n'existe aucune statistique sur les transgenres.

Le rapport de la HAS 2009¹⁰⁶ recommande la mise en place d'études épidémiologiques sur la prévalence des Trans et l'impact du VIH dans cette population.

En France, un seul questionnaire a été élaboré par le Centre régional de prévention du sida (Crips) et Act Up-Paris puis diffusé via Internet de mai à juin 2007. Au total, 179 personnes ont répondu en ligne au questionnaire. Les informations recueillies mettent en évidence des caractéristiques socio-économiques proches de la population générale, mais avec des modes de vie différents : une vie en couple moins fréquente, une activité sexuelle moindre, plus de rapports sexuels associés à des échanges d'argent, des prises de risques plus importantes, et davantage de consommation de substances psycho actives. Par rapport aux HSH, on observe des similitudes dans le comportement sexuel (peu de vie de couple) et préventif (prise de risque lors des fellations), mais aussi des différences (moins d'activité sexuelle). L'expérience des discriminations est fréquente.

Peu de données existent en direction des Trans car les données actuellement codées répartissent les Trans, soit en hommes, soit en femmes, en fonction soit de l'apparence, soit de leur état civil. Les modes de contamination sont soit des rapports homosexuels, soit des rapports hétérosexuels en fonction du déclarant ou de la personne qui remplit les formulaires de la surveillance (DO VIH, DOMEVIH, ResIST...) ou qui réalise des enquêtes comportementales (KABP, EnVEFF, VESPA...). En l'état actuel des formulaires, on ne peut pas identifier les Trans dans les statistiques épidémiologiques, ni leur mode de contamination. Actuellement, seule la littérature internationale apporte des éléments de réflexion quant aux populations Trans à mettre en avant dans la lutte contre le VIH/SIDA.

En ce qui concerne la surveillance des IST, elle est basée en France sur des réseaux de surveillance volontaire en lien avec les trois centres nationaux de référence des IST.

Action HSH et LBT 19

Améliorer la surveillance du VIH et des IST pour l'ensemble des populations des femmes et des hommes homo-bisexuels dans toutes leurs diversités.

Action HSH et LBT 20

Réaliser la synthèse des données existantes sur les Trans : enquêtes, déclaration obligatoire et élaborer des recommandations en direction de l'évolution de la DO.

Action HSH et LBT 21

Étudier les conditions de mise en œuvre d'une surveillance de la prévalence et de l'incidence du VIH et des IST chez les Trans et suivre l'évolution des comportements sexuels en fonction des stratégies mises en place.

105. HAS, Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transexualisme en France, novembre 2009.

106. *Op. cit.*

Programme en direction des personnes usagères de drogues

Introduction

Source : InVS Déclaration obligatoire du VIH/sida, Enquête PES/InVS 1998, Enquête Coquelicot 2004-2007 InVS/ANRS, Estimation du nombre d'UD en France OFDT

Une baisse de la prévalence et de l'incidence du VIH chez les personnes usagères de drogues (UD) obtenue grâce à la politique de réduction des risques (RDR) menée depuis 20 ans.

En 2006, en France, le nombre d'individus ayant un usage problématique de drogues¹⁰⁷ est estimé à 230 000¹⁰⁸. Au sein de cette population, 145 000 auraient utilisé la voie intraveineuse au moins une fois au cours de leur vie et 80 000 UD peuvent être considérés comme des UD injecteurs actifs (au cours du dernier mois). Selon les données de l'observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), la France se situe dans la moyenne des pays européens, avec une prévalence d'usage problématique inférieure à l'Italie, l'Espagne et le Royaume Uni, mais supérieure à l'Allemagne.

Au cours des dix dernières années la prévalence du VIH a clairement diminué chez les usagers de drogues (UD), passant de 20 % à 10 %. En effet dans l'enquête réalisée en 1998 auprès des UD fréquentant des programmes d'échanges de seringues (PES)¹⁰⁹, la prévalence globale du VIH était de 19,3 % alors que la séroprévalence était de 10,8 % en 2004 auprès de 1 462 personnes dont 70 % ayant pratiqué l'injection au cours de la vie en 2004 dans l'enquête Coquelicot réalisée dans cinq grandes villes¹¹⁰ et en 2006, de 8,5 % chez 484 usagers de structures de première ligne dont 72 % ont injecté au moins une fois dans la vie¹¹¹. Cette diminution reflète l'impact de la politique de RDR mise en place progressivement entre 1987 et 1995 (vente libre des seringues, mise en place des PES, puis diffusion des traitements de substitution).

Outre la diminution importante de la prévalence du VIH ces dix dernières années, on observe également que :

- le nombre de cas de sida notifiés et attribués à l'usage de drogue a diminué de manière spectaculaire entre 1993 et 2008 de 1 495 à 75 cas ;
- et les nombres de nouvelles contaminations par le VIH et de découvertes de séropositivité liées à l'usage de drogue sont faibles depuis plusieurs années, entre 100 et 50 cas par an¹¹². Les UD représentent 2,6 % de l'ensemble des découvertes de séropositivité sur la période 2003-2008. Ils sont majoritairement de nationalité française (66 %), mais 20 % sont de nationalité d'un pays d'Europe hors France et 7 % d'Afrique du Nord.

107. L'usage problématique correspond à toute consommation par voie intraveineuse ou consommation régulière (au moins dix consommations dans le mois) d'opiacés, de cocaïne/crack, ou d'amphétamines dans l'année.

108. Drogues, Chiffres clés - 3^e édition, OFDT, Saint-Denis, 6 pages, juin 2010.

109. Source : Emmanuelli J., Lert F., Valenciano M., "Caractéristiques sociales, consommations et risques chez les usagers de drogues fréquentant les programmes d'échange de seringues en France", rapport d'étude conjointe Institut de Veille Sanitaire et INSERM U88, 1999.

110. Source : Jauffret-Roustide M., Couturier E., Le Strat Y. et al., "Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France", *Bulletin Épidémiologique*, hebdomadaire 2006, 33/5 (septembre), p. 244-247.

111. Source : CADET-TAIROU A., GANDILHON M., TOUFIK A., EVRARD I., "Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006", 8^e rapport national du dispositif TREND, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2008, 191p.

112. Source : InVS, notifications obligatoires d'infection par le VIH au 31 décembre 2008 et estimation de l'incidence du VIH.

L'incidence du VIH parmi les personnes usagères de drogues reste cependant 10 fois plus élevée qu'en population générale, avec des disparités entre le Nord et le Sud de la France.

Rapporté à la taille de la population des UDVI, l'estimation de l'incidence des nouvelles contaminations en 2008 reste beaucoup plus élevée (dix-huit fois) chez les UD (91 p.100 000) que chez les hétérosexuels non UD (5 p.100 000)¹¹³.

Concernant les disparités régionales, l'enquête Coquelicot montre une différence marquée entre le Nord et le Sud de la France. La séroprévalence du VIH est de 1 % à Lille, et de 31,5 % à Marseille, ce qui peut être expliqué par des différences de pratiques d'usage, le Nord se caractérisant par une "tradition" de l'héroïne par voie fumée, et le Sud par une "tradition" de l'injection¹¹⁴.

Malgré un fort recours au dépistage dans la population des usagers de drogues, les nouveaux diagnostics d'infection par le VIH sont posés à des stades tardifs de l'infection.

Les UD connaissent globalement bien leur statut sérologique vis-à-vis du VIH : en 2004, dans l'enquête Coquelicot, 95 % des UD déclarent avoir été déjà testés au moins une fois dans la vie (contre 51 % dans la population générale la même année), en 2008, parmi 3 122 usagers de CAARUD, 87,2 % ont déjà pratiqué un test VIH¹¹⁵. Les déclarations des UD sur leur statut sérologique concordent globalement car ils ne sont que 2 % à se déclarer à tort séronégatif pour le VIH. Malgré cela, un petit nombre d'UD contaminés ignore leur statut sérologique et est dépisté très tardivement : en 2008, 72 % des UD qui ont découvert leur séropositivité cette année-là étaient diagnostiqués avec un nombre de CD4 inférieur à 350.

La précarité sociale et des conditions de vie des usagers de drogues favorisent leur exposition au risque VIH.

Dans l'enquête Coquelicot qui permet de décrire le profil des UD, les hommes sont largement majoritaires (74 %) et l'âge moyen est de 35 ans. La prévalence du VIH chez les femmes UD est similaire à celle des hommes. En revanche, parmi les découvertes de séropositivité, le ratio hommes/femmes est de trois parmi les UDI, sur la période 2003-2008. Les femmes présentent néanmoins une vulnérabilité particulière face à l'exposition au risque VIH car elles cumulent les risques dans les sphères de l'usage et de la sexualité¹¹⁶. Concernant l'injection, elles sont le plus souvent initiées par leur partenaire sexuel et elles ont une capacité de négociation réduite dans la pratique d'injection liée à leur dépendance aux hommes pour l'obtention des produits. La population des UD est marquée par une précarité sociale importante, en particulier dans le domaine du logement, dans l'enquête Coquelicot-2004 55 % des UD ne disposent pas de logement stable et parmi eux, 19 % vivent dans un squat ou dans la rue ; en 2008, Enacaarud constate que près de la moitié des usagers enquêtés (49,3 %) rencontre des conditions de logement instables, 60 % d'entre eux sont sans domicile fixe ou vivent en squat, tandis que les autres disposent d'un mode de logement provisoire. Cette précarité sociale favorise l'exposition au risque VIH car l'absence de logement favorise l'injection dans la rue ou chez d'autres UD, ce qui constitue une surexposition au risque de partage de seringues.

113. Le Vu S., Le Strat Y., Cazein F., Pillonel J., Bousquet V., Semaille C., Meyer L., Barin F., Desenclos JC, "Estimation de l'incidence de l'infection par le VIH en France à l'aide d'un test d'infection récente", novembre 2009, 4 p.

114. Source : Jauffret-Roustide M., Le Strat Y., Couturier E. et al., "A national cross-sectional study among drug-users in France: epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design", BMC Infectious Diseases, 2009; 9, 113-124.

115. CADET-TAIROU A., GANDILHON M., LAHAIE E., CHALUMEAU M., COQUELIN A., et coll. Drogues et usages de drogues en France, "État des lieux et tendances récentes 2007-2009", COSTES JM (éd.). OFDT, 2010, 281 p.

116. Source : Jauffret-Roustide M., Oudaya L., Rondy M. et al., "Trajectoires de vie et prises de risques chez les femmes usagères de drogues", *Médecine/Science*, n° 2, vol. 24, mars 2008, p. 111-121.

Ce risque de transmission du VIH reste largement associé au partage du matériel d'injection.

Dans la population des UD, le risque de transmission du VIH est principalement lié au partage de seringues lors de la pratique d'injection. L'enquête Coquelicot montre que 70 % des UD déclarent avoir eu recours à l'injection au moins une fois dans leur vie, et parmi eux 40 % sont des injecteurs actifs (au moins une injection dans le dernier mois). Les plus jeunes UD (âgés de moins de 30 ans) sont significativement plus nombreux à avoir pratiqué l'injection dans le dernier mois (58 % versus 35 %).

Certaines pratiques à risque persistent dans la population des UD. Ainsi, l'enquête Coquelicot-2004 montre qu'au cours du dernier mois, 13 % des UD déclarent avoir partagé la seringue et 38 % le petit matériel lié à l'injection (coton, cuillère, eau). Parmi les 1 391 injecteurs récents interrogés dans les structures de RDR (CAARUD) en 2008 (étude EnaCAARUD), 9,3 % disent avoir partagé leur seringue au cours du mois précédent, 17,9 % la cuillère (ou autre récipient de préparation), 14,3 % le filtre, 16,7 % l'eau de préparation et 10,1 % l'eau de rinçage. Ils sont au total 24,9 % à avoir partagé au moins un élément du matériel d'injection au cours du mois. Ces pratiques en lien avec l'injection ont toutefois diminué sur ces dix dernières années. En 1998, dans l'enquête PES, au cours du dernier mois, 18 % des UD déclaraient avoir partagé une seringue et 70 % le petit matériel. L'enquête Coquelicot a toutefois mis en évidence l'importance de la pratique du partage de la pipe à crack qui s'élève à 81 % dans le dernier mois. L'évolution des pratiques à risque est directement liée à l'évolution des produits consommés.

L'héroïne a longtemps été produite "de choix" pour les UD. Actuellement, selon le rapport national du dispositif TREND de janvier 2010 (état des lieux et tendances récentes 2007-2008), si la hausse de la disponibilité de l'héroïne, signalée en 2006 se poursuit et s'étend à des populations de plus en plus variées, la diffusion de la cocaïne continue également de croître. Les produits pour lesquels l'injection est utilisée de manière significative sont essentiellement les opiacés, la cocaïne puis les stimulants synthétiques. La cocaïne nécessitant un nombre d'injections plus élevé que l'héroïne favorise ainsi l'exposition au risque de transmission du VIH. Par ailleurs, la pratique du basage de la cocaïne pour la consommée fumée semble progresser parmi des populations plutôt jeunes. Quant à l'usage du crack, il occupe une place importante dans des populations très précarisées vivant essentiellement dans des squats à Paris et sa petite couronne.

Des UD, majoritairement co-infectés pour le VIH et les hépatites, révélant les limites de la politique de RDR vis-à-vis de l'hépatite C.

Les UD infectés par le VIH sont quasiment tous co-infectés par le virus de l'hépatite C¹¹⁷ : dans l'enquête InVS 2004, 93 % des UD séropositifs avaient des Ac anti VHC ou avaient un ARN du VHC positif. La prévalence de l'hépatite B chronique est également fréquente, dans cette même enquête, 7,5 % des UD étaient porteurs de l'Ag HBs.

Globalement la politique de réduction des risques a eu un impact très positif sur la transmission du VIH dans la population des UD. Le VHC reste en revanche un problème majeur dans la population des UD, avec une prévalence de l'hépatite C s'élevant à 60 % en 2004 et déjà très élevée chez les UD âgés de moins de 30 ans (28 %), d'après les données de l'enquête Coquelicot. En 2006, la prévalence du VHC était de 42 % chez 362 usagers de structures de première ligne ayant injecté au moins une fois dans la vie et de 7 % chez 138 usagers de structures de première ligne, usagers de drogues mais déclarant ne s'être jamais injectés.

117. Source : Larsen C., Pialoux G., Salmon D. et al., "Prévalence des co-infections par les virus des hépatites B et C dans la population VIH+", France, juin 2004, BEH, 2005, n° 23.

Le volet de ce programme consacré aux personnes usagères de drogues doit contribuer à atteindre les objectifs proposés par le Haut Conseil de la Santé Publique :

- réduire en 5 ans l'incidence des infections par le VIH de 30 % parmi les usagers de drogues ;
- réduire de 20 % en 5 ans la prévalence du VHC parmi les usagers de drogues ;
- augmenter le nombre de dépistages VIH/VHB/VHC chez les usagers de drogues ;
- augmenter de 25 % en 5 ans la proportion de personnes dépistées parmi les personnes infectées par les virus des hépatites virales B ou C.

Ce volet vient en complémentarité des actions :

- du plan national de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012 ;
- du plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 ;
- du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011.

Une expertise collective a été confiée à l'INSERM sur les programmes de RDR mis en place en France et à l'étranger, sur leur impact et efficacité en termes de réduction des risques infectieux. Pour chacune des mesures recommandées par les conclusions de ces travaux présentés fin juin 2010, une stratégie va être élaborée en cohérence avec notamment le plan national de lutte contre les addictions 2007-2011 et le plan national de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012. Cette stratégie sera intégrée dans une mise à jour de ce plan.

Axes spécifiques du programme

Axe 1 → Prévention, information, éducation pour la santé

Objectif stratégique : promouvoir et rendre accessibles les mesures de réduction des risques

Mesure 1 • Renforcer les mesures de réduction des risques (RDR)

Contexte

La politique de réduction des risques (RDR) en direction des usagers de drogue vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants (Art. L.3121-4. du code de la santé publique).

Depuis leur généralisation en France dans les années quatre-vingt-dix, les programmes de RDR en France (comprenant la mise à disposition de matériel stérile d'injection, l'information, l'accès à des lieux d'accueil et d'accompagnement visant à renforcer les capacités des personnes à prendre soin d'elles-mêmes, ainsi que la prescription de traitements de substitution ont largement démontré leur grande efficacité en terme de réduction des nouvelles contaminations par le VIH, du nombre des overdoses et surtout de l'amélioration de la santé des personnes. Toutefois, cette politique fait preuve d'une efficacité limitée sur les risques de contamination par les virus des hépatites C et B.

Au plan des tendances, on observe ces dernières années une migration de certains usagers de drogues plutôt précaires des centres-villes vers les zones périurbaines par le biais des déplacements de squats¹¹⁸. À côté de cela, certaines personnes, déjà usagères de drogues, s'établissent en zones rurales, sous la pression du niveau des loyers, de la pénurie de logements ou encore dans le but de s'éloigner des produits.

Les usagers de drogues qui fréquentent les structures de RDR (CAARUD) en milieu urbain sont en général des populations poly-usagères et très précaires (sans domicile fixe et/ou dépendant des minima sociaux. Selon l'étude ENaCAARUD 2008, il s'agit en moyenne d'une population relativement âgée (plus de 35 ans) et très majoritairement masculine.

Ces structures de RDR ont des difficultés à atteindre certains publics d'UD : les UD les mieux insérés socialement qui constituent un "public caché", les jeunes en errance, les jeunes des banlieues ainsi que les nouveaux migrants venant des pays de l'Europe de l'Est et du Caucase, mais également de Chine ou d'Afrique saharienne et subsaharienne. Les deux premiers groupes, du fait de leurs difficultés de socialisation en tant qu'UD sont très difficiles à atteindre bien qu'ayant des besoins spécifiques. C'est le cas également du groupe des migrants même si certains apparaissent moins exclus des prises en charges socio-sanitaires en raison de la protection offerte par les communautés d'origine contre la grande précarité et par leur proximité culturelle avec la France et la langue française.

Des inégalités d'accès aux programmes de RDR persistent. Elles sont de plusieurs ordres :

- l'inégalité de déploiement des programmes de RDR (structures, automates, pharmaciens) sur les territoires, qui rendent difficiles l'accès à ces programmes et aux soins (disparité notamment entre zone urbaine et rurale) ;

¹¹⁸. Source : rapport de l'OFDT de janvier 2010, "Drogues et usages de drogues en France État des lieux et tendances récentes 2007-2009".

- des inégalités d'accès :
 - pour les personnes isolées et éloignées de ces programmes et peu mobiles : cet isolement est source d'une prise de risque plus élevée (partage de matériel, grande précarité...),
 - pour les personnes toxicomanes issues d'origine étrangère, confrontées à des difficultés linguistiques, sources d'exclusion.

Les lieux de consommation de drogue (squats, événements festifs...) servent aussi aux pratiques de tatouage piercing et modifications corporelles qui, si elles ne sont pas pratiquées en respectant les règles d'hygiène et de salubrité, peuvent engendrer des transmissions VIH/hépatites. Les pratiques de tatouage/piercing sont réglementées par différentes dispositions décrites à l'action VA4 du volet pour les personnes détenues.

Pour réduire les risques de transmission du VIH et les hépatites associés à ces pratiques, il importe que les usagers de drogues (UD) puissent bénéficier d'interventions de tatoueurs perceurs professionnels, déclarés et formés et de la mise à disposition de matériel stérile.

Objectifs

- Adapter le dispositif de RDR à l'extension de l'usage des drogues de la ville, vers les zones périurbaines et rurales.
- Atteindre les usagers de drogues les plus éloignés des dispositifs de RDR.

Action UD1

Améliorer l'accessibilité des programmes et des matériels de réduction des risques liés à la toxicomanie et les traitements de substitution aux opiacés (TSO).

Action UD2

Réduire les risques de transmissions du VIH et des hépatites liées aux pratiques de tatouage piercing et modifications corporelles.

Mesure 2 • Favoriser la prévention du VIH et des IST auprès des femmes usagères de drogues (UD)

Contexte

Les besoins spécifiques en termes de santé des femmes consommatrices de substances psychoactives ne sont pas suffisamment pris en compte. Comme le confirme notamment l'enquête Coquelicot (InVS), les femmes consommatrices de substances psychoactives (drogues et alcool) sont exposées à des risques réels de contamination du VIH et des IST.

Les femmes usagères de drogues sont particulièrement dépendantes de leur partenaire vis-à-vis de la consommation de drogues ce qui, de ce fait, constitue un frein pour avoir à leur disposition du matériel d'injection stérile.

Dans le cadre de leurs relations sexuelles avec un partenaire occasionnel, 39 % des femmes interrogées dans l'enquête n'ont pas utilisé de préservatif. Elles sont souvent contraintes à accepter des rapports sexuels non désirés et à accepter certaines formes de sexualité. Elles sont nombreuses (un tiers des femmes dans les six derniers mois précédant l'enquête Coquelicot) à avoir recours à la prostitution (pour de la drogue ou de l'argent). Elles sont nombreuses à avoir été victimes d'abus sexuels pendant l'enfance.

La consommation excessive d'alcool (associée ou non à l'usage de substances) favorise quant à elle les prises de risques sexuels. Les femmes dépendantes à l'alcool ont moins accès que les hommes aux structures spécialisées alcool alors que :

- la consommation d'alcool pendant la grossesse est extrêmement nocive pour l'enfant à naître (syndrome d'alcoolisation fœtale) ;
- la consommation d'alcool en cas d'hépatite ou de co-infection VIH/hépatite aggrave le pronostic.

Objectifs

- Améliorer l'accès à la prévention des risques sexuels et au suivi gynécologique des femmes consommatrices de substances psycho actives.

Action UD3

Améliorer l'accès des femmes consommatrices de drogues à la prévention des risques sexuels et au suivi gynécologique.

Axe 2 → Dépistage

Objectif stratégique : adopter une stratégie de dépistage du VIH et des hépatites adaptée à la situation des usagers de drogues

Mesure 3 • Adapter le dépistage aux besoins des UD

Contexte

La grande précarité économique et sociale des usagers de produits psycho-actifs en France a été largement établie par l'enquête Coquelicot réalisée en 2004 publiée en 2006 : au moment de l'enquête, 65 % [des répondants] ne travaillent pas. La majorité des UD (79 %) déclare un niveau d'études secondaires, 1 % dit n'avoir jamais été scolarisé, 7 % s'être arrêtés en primaire et seuls 12 % sont allés au-delà du baccalauréat. Seuls 45 % des UD ont un logement stable. Ainsi, 55 % d'entre eux sont dans une situation d'instabilité vis-à-vis du logement, c'est-à-dire qu'ils ne vivent ni chez eux, ni chez un conjoint ou ni chez leurs parents. Et parmi ceux-ci, 19 % sont confrontés à une grande précarité et vivent dans un squat ou dans la rue. La majorité des UD (61 %) ont connu un antécédent d'incarcération au cours de leur vie.

Les usagers de drogues sont également confrontés, par leur situation marginalisée, à des obstacles spécifiques dans l'accès aux soins. Les données recueillies en 2008 auprès des usagers des CAARUD montrent que la majorité des usagers se sachant infectés par le VIH sont suivis médicalement puisque 89,8 % d'entre eux ont bénéficié d'au moins une consultation médicale en relation avec cette infection dans l'année. Seuls 77,9 % ont un traitement prescrit pour cette infection. Ce résultat est supérieur à celui de 2006 (68,5 %), mais pas significativement différent.

Les enquêtes associatives¹¹⁹ révèlent des carences spécifiques dans l'accès aux traitements anti-VIH des personnes qui consomment des produits psycho-actifs. La consommation régulière de drogues ou d'alcool, la précarité économique apparaissent comme des facteurs associés à une absence de prescription de traitements antirétroviraux pour le VIH.

En France, comme au niveau international, l'accès à la multithérapie antirétrovirale depuis 1996 a apporté un bénéfice médical sub-optimal aux usagers de drogues séropositifs au VIH comparé aux autres personnes vivant avec le VIH. Ceci est dû aux facteurs suivants : un accès tardif à la multithérapie, les maladies associées (notamment l'hépatite C), les barrières psychosociales (y compris les attitudes discriminantes de certains professionnels de la santé vis-à-vis des usagers de drogues) et une adhérence moindre sur le long terme (surtout quand les personnes ne bénéficient pas d'un traitement de substitution aux opiacés adéquat)¹²⁰.

Les vulnérabilités multiples qui affectent les usagers de drogues vivant avec le VIH sont étayées par le Rapport 2010 du Groupe d'experts du Pr Yeni sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH :

- les co-infections VIH-VHC (virus de l'hépatite C) et VIH-VHB/VHD (virus de l'hépatite B ou delta) sont devenues les premiers facteurs de co-morbidité et de mortalité en dehors du VIH ;
- les conditions de vie (logement, emploi, revenus...) constituent un élément essentiel de la santé des personnes vivant avec le VIH et du succès thérapeutique de leur traitement.

Les usagers de drogues les plus marginaux sont peu enclins à se faire dépister et à aller à l'hôpital ; ceci a des conséquences individuelles et favorise la persistance d'un réservoir viral, alors même que le traitement est efficace.

119. Source : enquêtes AIDES et Toi menées en 2004 et 2007.

120. Source : Carrieri B., Spire B., "Harm reduction and control of HIV in IDUs in France" (La réduction des risques et la maîtrise du VIH chez les consommateurs de drogues injectable en France), *The Lancet* 2008, volume 372, Issue 9637, p. 448.

L'étude ENaCAARUD montre qu'en 2008, une grande majorité des usagers de drogues fréquentant les structures de premières lignes a déjà pratiqué un dépistage pour l'infection à VIH et l'infection à VHC.

Parmi eux, 12,8 % n'ont jamais pratiqué de test pour le dépistage du VHC et 16,2 % ne se sont jamais fait dépister pour le VIH. Parmi les personnes qui ont déjà utilisé l'injection au moins une fois dans la vie, seuls 8,9 % n'a jamais pratiqué de test de dépistage de l'hépatite C et 7,7 % pour le VIH. La part des usagers des structures de première ligne n'ayant jamais pratiqué de dépistage semble régresser au fil du temps.

Cependant, dans la mesure où les conduites à risque persistent, ces dépistages sont rapidement obsolètes. Or, pour plus de la moitié de ceux qui ont reçu un résultat négatif, celui-ci date d'au moins 6 mois¹²¹.

Les UD font partie des populations qui se font dépister trop tardivement. Ainsi, en 2008, 72 % des UD ayant découvert leur séropositivité cette année-là, ont été diagnostiqués à un stade de déficit avancé de l'immunodépression où les personnes devraient être traitées (nombre de CD4 inférieur à 350).

Vis-à-vis des usagers de drogues, l'enjeu est donc de combler le retard au dépistage du VIH et des hépatites par son renouvellement régulier et d'améliorer les stratégies de dépistage afin de permettre un accès plus précoce au traitement et à une prise en charge.

Dans ses recommandations d'octobre 2009 sur les stratégies de dépistage du VIH, la Haute Autorité de santé recommande un dépistage du VIH ciblé et répété tous les ans pour les usagers de drogues injectables.

De nouveaux outils de dépistage (pour le VIH ainsi que pour le VHC) peuvent potentiellement permettre à la fois d'obtenir un résultat plus rapidement, d'éviter le recours à une prise de sang et pourraient être utilisés d'une façon adéquate dans un cadre communautaire et non médicalisé (cf. recherche biomédicale COM-TEST menée par AIDES et l'ANRS). Ces nouveaux outils apparaissent très prometteurs pour faciliter l'accès au dépistage pour les usagers de drogues.

Par ailleurs, la prise de sang chez les usagers de drogues constitue un obstacle très concret qui complique toujours l'accès aux soins (surtout les dépistages et autres bilans médicaux). Il est lié à l'état des veines des usagers de drogues injectables et aux difficultés de leur prélever du sang. Cette difficulté est souvent rapportée par les usagers de drogues injectables auprès des intervenants communautaires des associations de lutte contre le VIH et de RDR. L'attitude des professionnels de santé (personnel infirmier) est ressentie par les usagers comme manquant de compréhension et d'empathie, voire comme discriminante et stigmatisante à leur égard. Les usagers de drogues possèdent par leur expérience de l'injection une connaissance pratique de leur corps et de zones de prélèvement. Il s'agit de reconnaître cette compétence en étant à leur écoute. Ils peuvent conseiller le personnel infirmier à trouver le point de ponction le plus commode et le moins pénible pour eux, de même qu'émettre une préférence sur les instruments de ponction, qui n'entament pas leur capital veineux.

Objectif

- Diminuer la part des UD non dépistés pour le VIH et les hépatites et non traités.

Action UD4

Dépister le VIH et des hépatites chez les UD de manière répétée et examiner les conditions d'une expérimentation du dépistage rapide du VIH (et des hépatites).

121. Source : rapport de l'OFDT de janvier 2010, "Drogues et usages de drogues en France État des lieux et tendances récentes 2007-2009".

**Axes 3 et 4 → Prise en charge médicale, prise en charge sociale
et lutte contre les discriminations**

Les mesures sont celles des axes stratégiques généraux
sans distinction spécifique pour cette population

Axe 5 → Recherche et observation

Objectif stratégique : mieux connaître les situations de prises de risques des usagers de drogues vis-à-vis du VIH et des hépatites

Mesure 4 • Recherche : documenter les risques de contamination VIH et hépatites relatifs à la consommation de drogues sous ces différentes formes

Contexte

L'Enquête Coquelicot 2004-2007 a permis de décrire la situation et les besoins des usagers de drogues en France vis-à-vis du VIH et des virus des hépatites afin d'améliorer la prévention et la prise en charge de ces maladies.

Il ressort de cette étude Coquelicot que :

- 60 % des usagers de drogues sont contaminés par le virus de l'hépatite C ;
- 11 % sont contaminés par le VIH et par le virus de l'hépatite C.

Si les pratiques susceptibles d'engendrer une infection à VIH sont connues par 90 % des usagers de drogues (UD) rencontrés dans le cadre de l'enquête "Coquelicot" (InVS), celles liées à la contamination par le VHC le sont moins bien. Le partage des seringues comme facteur de risque de l'hépatite C est connu par 84 % des usagers et celui du petit matériel d'injection seulement par 71 % d'entre eux. Il existe une méconnaissance des risques de transmission des virus lors de la réutilisation de sa propre seringue, le partage de la pipe à crack ou de la paille de sniff.

Selon le rapport TREND de l'OFDT de janvier 2010 "Drogues et usages de drogues en France État des lieux et tendances récentes 2007-2009", le partage du matériel et la réutilisation du matériel d'injection constituent des facteurs de transmission des infections virales qui perdurent à grande échelle parmi les poly-usagers rencontrés dans les structures de réduction des risques (CAARUD).

L'initiation à l'injection de produits psycho-actifs constitue un moment particulièrement à risque pour la transmission du VIH et des hépatites car elle est généralement réalisée par un autre injecteur (83 % des cas selon l'enquête Coquelicot. Selon cette enquête, même si le principe du non-partage de la seringue semble plutôt intégré par les personnes, les pratiques à risque liées à l'injection restent relativement élevées :

- 13 % des UD déclarent avoir partagé la seringue (dans le dernier mois) ;
- 38 % le petit matériel lié à l'injection (coton, cuillère, eau) ;
- 74 % déclarent avoir réutilisé leur seringue.

Même si l'injection reste le risque majeur de transmission des hépatites chez les UD, les autres modes de consommation tels que le sniff de produits psychoactifs ou la consommation de crack par voie fumée (par l'utilisation de pipes en verre cassables et conductrices de chaleur) peuvent exposer les UD aux risques de transmission des hépatites.

Dans l'enquête Coquelicot, 81 % des UD déclaraient avoir partagé la pipe à crack dans le dernier mois et 25 % la paille de sniff.

Compte tenu de l'augmentation importante de la consommation de la cocaïne et du crack et de la diversification des pratiques de consommation (drogues injectées, sniffées, fumées), il importe de documenter les risques de contamination VIH, hépatites associées à ces différentes pratiques parmi les UD fréquentant les structures de prise en charge et de RDR et les populations d'UD dites "cachées" (milieu festif, inséré, grande précarité...).

Objectifs

- Décrire la situation des usagers de drogues vis-à-vis des virus du sida et des hépatites.
- Décrire les pratiques à risque et le niveau de connaissances des UD par rapport à celles-ci dans le but d'améliorer la prévention et la prise en charge de ces maladies.

Action UD5

Réaliser une enquête sur les risques de contamination VIH, hépatites relatives aux différentes pratiques à risque (injection, snif, crack fumé) parmi les UD fréquentant les structures de prise en charge et de RDR et les populations d'UD dites "cachées" (milieu festif, inséré, grande précarité...) (Coquelicot 2010).

Programme en direction des personnes qui se prostituent

Introduction

S'il est légitime de développer un volet du programme national de lutte contre le VIH et les IST au bénéfice des différents groupes de personnes qui se prostituent, cette approche thématique a vocation à s'articuler et intégrer dans l'approche de santé globale en direction des populations en situation de vulnérabilité. Les contextes d'exercice, les déterminants de la santé et les difficultés d'accès à la prévention et aux soins ont un impact sur l'état de santé au-delà des seules questions du VIH et des IST.

Ce volet tient compte, en matière de prévention du VIH et des autres IST, de la prostitution dite "classique" (professionnelle, régulière, codifiée, identitaire ou non) et d'une catégorie plus floue dite "d'échanges economico sexuels"^{122,123} qui recouvre l'octroi de prestations ou de services sexuels contre compensation (argent, hébergement/logement, nourriture etc.) de manière plutôt occasionnelle mais non sans risques du point de vue de la transmission du VIH et des autres IST. Ces échanges, qui structurent en partie les relations hommes-femmes et les rapports sociaux de sexe (notamment le multipartenariat dans les Caraïbes) se traduisent, dans leur aspect purement commercial, par des relations de prostitution occasionnelle entretenues via Internet (étudiantes, femmes rencontrant des difficultés financières), mais pas seulement¹²⁴ (prostitution de survie de jeunes étrangers¹²⁵ auprès d'homosexuels masculins). Le domaine des échanges economico sexuels n'est pas encore investi par la prévention alors que les enjeux en termes de santé publique y sont importants en matière d'information sur les risques de transmission du VIH et des IST.

Les actions inscrites dans le volet de ce programme concernent les personnes prostituées dans leur ensemble, femmes, hommes et transgenres, même si les femmes constituent environ 80 % de l'ensemble des personnes prostituées (proportion qui peut varier en fonction des villes).

Contexte épidémiologique

L'effectif de la population des personnes prostituées est mal connu. L'office central pour la répression de la traite des êtres humains (OCRTEH) avait évalué leur nombre entre 12 000 et 15 000 en 2002, mais des chiffres bien supérieurs circulent (jusqu'à 400 000), en raison notamment du développement d'une prostitution plus masquée, via internet par exemple.

Les études françaises sur la santé des personnes qui se prostituent sont rares et remontent pour la plupart au milieu des années quatre-vingt et à l'émergence du SIDA, alors que le profil de la prostitution a changé, notamment en termes de populations concernées (femmes venues de pays de l'est, femmes chinoises...), de modification des pratiques (très grande mobilité géographique, recours

122. Cette catégorie sera utilisée ici uniquement dans le sens commercial tel que développé par F.Guillemaut dans l'étude "La réduction des risques et l'accès aux soins dans le contexte des rapports d'échange economico sexuels en Guadeloupe" réalisée en juin 2009 pour le GRSP de Guadeloupe.

123. Concept forgé par Paola Tabet, ethnologue, spécialiste des rapports sociaux de sexe et du racisme, *La grande arnaque. Sexualité des femmes et échange economico-sexuel*, 2004 éditions l'Harmattan

124. On peut ajouter aussi, de manière non exhaustive, à la prostitution de survie de jeunes garçons étrangers, la prostitution dite de fin de mois de mères de famille, etc.

125. Cf. Rapport GRVS/ORS "Conduites addictives, errance, prostitution à l'intérieur et aux abords des gares du Nord et de l'Est, Paris 10^e arrondissement, étude ethnographique et qualitative, état des lieux, besoins et ressources" 2008.

Article de Malika Amaouche "Invisibles et indicibles sollicitations : jeunes pratiquant la prostitution dans une gare parisienne", dans l'ouvrage collectif "Les jeunes et la sexualité : Initiations, interdits, identité (XIX-XXI^e siècle)".

à Internet) et de lieux de prostitution (fuite des grandes villes vers des lieux plus cachés, bar à hôtesse, salons de massage).

Ces études anciennes ont essentiellement permis de recueillir le statut sérologique de cette population vis-à-vis du VIH, en s'intéressant parfois à d'autres infections sexuellement transmissibles (IST). Des données de santé plus globales ont rarement été collectées.

La séroprévalence du VIH retrouvée dans les années quatre-vingt et au début des années quatre-vingt-dix, notamment à Paris, était particulièrement élevée chez les personnes usagères de drogues injectables¹²⁶ qui se prostituaient (33,3 % chez les femmes usagères de drogues versus 2,1 % chez les autres, Paris, 1990-1992).

D'autres études ont été réalisées, sur la base de données déclaratives, qui sous-estiment sans doute la prévalence réelle, en raison d'une méconnaissance fréquente par les personnes interrogées de leur statut sérologique et de biais possibles de désirabilité sociale. On peut citer la recherche menée en 2004¹²⁷ pour l'OFDT par Suzanne Cagliero et Hugues Lagrange sur un échantillon restreint de 173 personnes dans laquelle les femmes dépendantes d'opiacés prostituées (22) sont les seules à déclarer une sérologie positive au VIH (3) et/ou au VHC (5) et au VHB (1). Ce sont aussi les seules à oser déclarer des pratiques sexuelles à risque.

Les auteurs remarquent que sur l'ensemble de l'échantillon, le taux de sérologie VIH inconnu (de l'ordre de 10 %) laisse penser qu'il y a sous déclaration. Ils invitent aussi à être très prudent sur les réponses des femmes non dépendantes à propos de leurs pratiques et de leur statut sérologique pour lesquels ils craignent le biais de réponses stéréotypées ne révélant pas forcément des comportements réels (surtout s'agissant de femmes très jeunes, se prostituant depuis peu de temps et ayant peu de connaissances des pratiques sexuelles à risque).

Étude épidémiologique en cours : ProSanté

L'étude "ProSanté"¹²⁸ soutenue par la DGS et actuellement menée par la FNARS et l'InVS, répond au double objectif d'améliorer la connaissance sur la santé des personnes (santé perçue et santé objectivée) au moyen d'une consultation médicale "généraliste" dans un cadre anonyme et gratuit et de faciliter la prise en charge médicale et sociale des personnes prostituées reçues par les structures médicosociales. Cette recherche-action, en cours de réalisation, devrait porter sur cinq cents personnes et fournira des données épidémiologiques fiables sur la population de personnes prostituées rencontrées dont la prévalence du VIH, des IST et de l'hépatite C. Les résultats en sont attendus pour 2011.

Données socio-comportementales

La population des personnes qui se prostituent est extrêmement hétérogène et a connu de nombreuses évolutions ces dernières années.

La recherche-action réalisée par Françoise Guillemaut¹²⁹ en 2008 pour la DGS, décrit ainsi la prostitution de rue actuelle : "60 % à 80 % des 15 000 personnes prostituées de rue sont des femmes étrangères. Elles viennent de différents pays de l'est de l'Europe (y compris des nouveaux pays entrants), d'Afrique (francophone et anglophone), d'Amérique latine, et dans une moindre

126. De Vincenzi I., Braggiotti L., El-Amri M., Ancelle-Park R., Brunet JB, "Infection par le VIH dans une population de prostituées à Paris", *Bulle Epidemiol Hebd.*, 1992, 47:223-4.

127. "La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution féminine", Suzanne Cagliero et Hugues Lagrange, (TREND octobre 2004)

128. "État des lieux des actions de prévention VIH auprès des personnes prostituées : étude préliminaire sur Toulouse, Lyon, Paris, Rennes", décembre 2008, Françoise Guillemaut, Martine Schult.

129. Recherche-action sur "l'état de santé, l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes en situation de prostitution rencontrées dans des structures associatives médicosociales".

mesure du Maghreb ou de Chine. Selon les villes, la proportion des différentes "communautés" d'origine varie, sachant que le plus souvent les femmes originaires de l'est de l'Europe et d'Afrique subsaharienne sont les plus nombreuses ou tout du moins les plus visibles. Alors qu'à partir de 1996-1998, les premiers flux de personnes prostituées étrangères provenaient des pays de l'est de l'Europe, on assiste depuis 2000-2001 à une tendance migratoire plus importante de la part des femmes originaires d'Afrique Subsaharienne, comme en population générale¹³⁰."

Selon les statistiques 2004 de l'OCRETH¹³¹, les femmes originaires de l'Europe de l'Est et des Balkans (Bulgarie, Roumanie, Albanie) constitueraient plus de 29 % des personnes prostituées de rue, les femmes originaires d'Afrique subsaharienne 27 % (Nigeria, Cameroun, Sierra Leone). D'autres statistiques de ce même organisme, non publiées et ne prenant en compte que la population des personnes prostituées interpellées pour racolage, font état de proportions un peu plus importants : les femmes de l'Est et des Balkans étant majoritaires avec 32,75 % des interpellations pour racolage, suivies par les femmes africaines 30,78 %, françaises 17,59 % et asiatiques 9,26 % des interpellations.

Cette prostitution de rue, la plus visible, n'a pas disparu mais s'est repliée du centre des villes vers des lieux plus discrets à la périphérie des villes et dans des salons de massage, des bars à hôtesse... parallèlement au développement de la prostitution via des sites d'escortes et de rencontres sur Internet.

Il s'agit plutôt de femmes jeunes pour les groupes les plus importants (Europe de l'Est, Balkans, Afrique). En revanche les femmes chinoises sont plus âgées (40 ans et plus) ainsi qu'une partie des maghrébines et des françaises.

La prostitution masculine en direction d'hommes homo/bisexuels (qui représente environ 10 % de la prostitution) s'est en grande partie repliée sur Internet¹³² (sites d'escort boy, annonces sur des sites spécialisés ou de presse gay). La prostitution de rue en direction des homos/bisexuels est actuellement exercée surtout par de jeunes étrangers originaires des pays de l'Est.

La prostitution des personnes transgenres est importante et concernerait une grande partie de cette communauté. Elle atteindrait même 30 % de l'ensemble des personnes prostituées à Paris et dans les grandes agglomérations. Les personnes transgenres qui se prostituent constituent une population particulièrement fragile et très exposée en raison notamment de la stigmatisation dont elles sont victimes. Elles sont en grande partie étrangères (Amérique latine, Maghreb).

Contexte associatif

Associations de santé de proximité auprès des personnes prostituées

Sur le volet de la santé, un certain nombre d'associations de santé communautaire auprès des personnes prostituées sont nées dans les années 1990 à partir de la prévention du VIH/sida. Leurs interventions se caractérisent par des actions mobiles de prévention et d'orientation menées sur les lieux mêmes de la prostitution de rue ("les amis du bus des femmes" créé en 1989, première structure mobile de prévention à aller au-devant des prostituées pour faire de la prévention VIH/sida et distribuer des brochures et des préservatifs).

130. D'après les données de l'INED (citées in Lydié et al, 2007) la part relative des migrant(e)s d'origine africaine dans l'ensemble du flux migratoire est passée de 9,4 % en 1994 à 15,6 % en 2003.

131. Rapport de la commission d'enquête du Sénat sur l'immigration clandestine n° 300 (2005-2006) : audition de M. Jean-Michel COLOMBANI, commissaire principal, chef de l'Office central pour la répression de la traite des êtres humains (OCRETH) le 25 janvier 2006.

132. Hervé Latapie, *Doubles vies : enquête sur la prostitution masculine homosexuelle*, éditions Le Gueuloir, novembre 2009.

D'autres associations de santé en direction de publics précaires, étrangers, usagers de drogue mènent des actions de prévention, de santé, d'accès aux droits et aux soins auprès des personnes prostituées.

Enfin, certaines associations intervenant dans la perspective de la réinsertion de personnes prostituées ont également développé une approche santé.

Les associations qui mènent des actions de santé auprès des personnes qui se prostituent disposent en général :

- d'un accueil fixe où elles reçoivent les personnes (permanences et accompagnements d'accès aux soins et d'accès aux droits) et organisent des activités (groupes de paroles, ateliers santé, FLE etc.). Elles accompagnent les personnes vers les dispositifs de droit commun ;
- d'antennes mobiles de prévention (bus ou camping-car) qui vont au-devant des personnes prostituées aux lieux et aux horaires où il est possible de les trouver pour mener des actions de prévention et distribuer du matériel (préservatifs, dépliants...). Les associations de prévention constatent une complexité accrue des actions de santé de proximité, conséquence d'un contexte législatif défavorable à la prostitution.

Axes spécifiques du programme

Axe 1 → Prévention, information, éducation pour la santé

Objectif stratégique : favoriser et adapter l'accès à la prévention des personnes qui se prostituent

Mesure 1 • Réduire les obstacles à l'accès à la prévention du VIH et des IST pour les personnes qui se prostituent

Contexte

Les évolutions intervenues en France dans la dernière décennie en matière législative (avec notamment la Loi de sécurité intérieure de 2003 pénalisant le racolage actif et passif) pour notamment lutter contre le proxénétisme et la traite des êtres humains, ont eu un impact d'une part sur l'activité prostitutionnelle et d'autre part en matière de santé des personnes prostituées, notamment, en matière de prévention du VIH et des IST :

- le déplacement des personnes prostituées de rue des centres - villes vers les périphéries et l'investissement de nouveaux territoires éloignés des structures associatives et médicales existantes (routes nationales, forêts, aires d'autoroute) ainsi qu'une présence accrue dans des départements peu concernés autrefois ;
- des activités plus cachées (prostitution "invisible", salons de massage, bars à hôtesse), des changements d'horaires (souvent en deuxième partie de nuit), le développement de stratégies individuelles pour échapper aux contrôles ;
- une mobilité plus grande des personnes prostituées (soit que les réseaux les déplacent à travers l'Europe, soit qu'elles changent de lieux quand la pression policière devient trop importante ou qu'il y ait saturation de certaines villes).

Ces changements n'ont pas donné lieu à une réorganisation régionale des actions de prévention et de santé en direction des personnes qui se prostituent.

Cet état de fait est souligné par Françoise Guillemaut dans l'étude "État des lieux des actions de prévention VIH auprès des personnes prostituées"¹³³ réalisée à la demande de la DGS en décembre 2008.

En effet, la concentration de plus de 50 % des prostituées à Paris y avait entraîné la concentration des dispositifs sociaux sanitaires et des associations spécialisées. Cette configuration est actuellement dépassée : la prostitution est beaucoup plus diffuse et répartie dans tous les départements d'Île-de-France ; il est donc nécessaire de reconfigurer les actions et les moyens de prévention en privilégiant des actions de prévention et de santé de proximité disposant de moyens adaptés à la diversité des populations concernées (médiatrices culturelles) et à la complexité de l'accès aux dépistages, aux soins des personnes migrantes non francophones qui constituent actuellement de 70 à 80 % des prostituées sur la voie publique.

Les associations de santé auprès des personnes prostituées et, pour certaines comme Médecins du Monde, auprès des publics précaires disposent en général :

- d'un accueil fixe où elles reçoivent les personnes (permanences et accompagnements d'accès aux soins et d'accès aux droits) et organisent des activités (groupes de paroles, ateliers santé, FLE etc.) ;

133. "État des lieux des actions de prévention VIH auprès des personnes prostituées : étude préliminaire sur Toulouse, Lyon, Paris, Rennes", décembre 2008, Françoise Guillemaut.

- d'antennes mobiles de préventions (bus ou camping-car) qui vont au-devant des personnes prostituées aux lieux et aux horaires où il est possible de les trouver pour mener des actions de prévention et distribuer du matériel (préservatifs, gel, brochures...).

Ces associations constatent une complexification des actions de prévention de proximité (multiplication des tournées, passages furtifs des prostituées dans antennes mobiles de prévention) dues au déplacement des lieux de prostitution depuis 2003 et à la plus grande mobilité et clandestinité des personnes prostituées. Les professionnels intervenant auprès des personnes prostituées constatent que la peur des contrôles a accentué leur mobilité et engendré une grande méfiance des prostituées, ce qui complique la mise en place d'actions d'accompagnement aux soins et de prévention notamment du VIH et des IST. Les intervenants déplorent également la confiscation du matériel de prévention (préservatifs) qui ne peut que contribuer à accroître les risques de transmission. En outre, l'isolement des personnes qui se prostituent favorise le sentiment d'impunité des clients violents qui, par leurs comportements, peuvent rendre impossible la négociation du préservatif.

Il apparaît pertinent aussi d'instaurer un partenariat entre les associations de santé communautaire de proximité ayant acquis un savoir faire et une expertise dans leurs actions auprès des personnes prostituées et les acteurs associatifs, sanitaires, sociaux et judiciaires en contact avec les personnes prostituées.

Action P1

Organiser et coordonner l'offre de prévention des différents acteurs au niveau régional.

Action P2

Sensibiliser les acteurs associatifs, sanitaires, sociaux et judiciaires en contact avec les personnes prostituées aux enjeux de la prévention du VIH et des IST.

Action P3

Mener une réflexion avec les services du Ministère chargé de l'intérieur pour les sensibiliser aux enjeux de santé publique liés à la prévention du VIH et des IST.

Mesure 2 • Adapter les actions de prévention aux nouvelles formes de prostitution

Contexte

Les pratiques prostitutionnelles ont changé : la prostitution traditionnelle de voie publique est devenue moins visible, elle s'exerce aussi dans les salons de massage, les bars à hôtesse, les sex-shop et est concurrencée de plus en plus par la prostitution via Internet sur les sites de rencontres, d'escortes et de petites annonces.

Le besoin d'outils de prévention et de réduction des risques liés à la sexualité.

(IST, contraception, IVG, violences, traitement post-exposition) adaptés est manifeste quand on considère la diversité d'origine des personnes prostituées (nouvelles migrantes venues d'Afrique anglophone, de Chine et d'Europe de l'Est et des Balkans, peu informées des risques encourus et véhiculant des représentations erronées des pratiques préventives) et la transformation des modes d'exercice de la prostitution.

Il existe de nombreuses brochures de prévention en direction des personnes qui se prostituent, élaborées par des associations de santé et parfois disponibles sur Internet, mais elles ne sont pas recensées, actualisées et suffisamment accessibles aux personnes prostituées et aux intervenants auprès d'elles. Il en est de même des outils de prévention.

Par ailleurs des actions de prévention commencent à être menées sur Internet mais ces actions ponctuelles sont encore loin de constituer un véritable réseau de prévention des risques liés à la sexualité dans un contexte prostitutionnel et d'échanges économico sexuels en évolution. Un important travail est à faire notamment en direction des gestionnaires de sites (qui se trouvent parfois à l'étranger) pour les convaincre notamment d'accepter des liens avec des sites de prévention ou d'héberger des messages de prévention.

Action P4

Recenser et mettre à disposition des associations et des personnes prostituées les documents et outils de prévention du VIH et des IST.

Mesure 3 • Prévenir la transmission du VIH et des IST auprès des clients des personnes prostituées

Contexte

Les associations qui mènent des actions de prévention VIH/SIDA/IST auprès des personnes prostituées, rapportent une augmentation, ces dernières années, de la demande de rapports non protégés par les clients des personnes prostituées. Un nombre important de clients est prêt à payer beaucoup plus cher une relation sans préservatif. Ce constat amène donc à s'interroger à la fois sur le profil des clients de la prostitution et sur le type d'actions à mener pour élever leur niveau de connaissance sur leur perception des risques liés à la sexualité (tarifiée ou non).

Les clients : données sociologiques et comportementales

Le profil des clients de la prostitution : les études disponibles

- La première grande enquête d'opinion¹³⁴ (échantillon de 6 000 personnes) en France sur les clients de prostituées a été menée en juin 2004 pour le Mouvement du Nid par le sociologue Saïd Bouamama. Dans cette enquête 12,7 % des hommes interrogés se déclaraient clients et au total "22,5 % des hommes [étaient] concernés par le clientélisme, soit qu'ils aient été clients, soit qu'ils pensent pouvoir le devenir".

La description de l'échantillon de clients de l'enquête établit la réalité du client de la prostitution comme "monsieur tout le monde" et non pas comme une personne particulièrement isolée et rejetée : 41 % des clients de l'échantillon sont des hommes mariés, 53 % ont des enfants et, l'analyse des catégories socioprofessionnelles ne fait pas apparaître d'inégalité ou d'inadaptation sociale particulière.

Ce travail suivi d'autres¹³⁵ études plus approfondies sur les clients de la prostitution réalisées, pour le mouvement du Nid, dans une perspective de prévention de la prostitution, s'il nous donne des éléments d'ordre sociologique et psychologique sur les clients, ne nous fournit pas d'éléments sur les comportements préventifs adoptés par les clients en matière de risques sexuels VIH/IST.

- Plus récemment, l'enquête ANRS sur la sexualité en France (CSF)¹³⁶, parue en 2007, relève qu'en France "le recours à la prostitution est stable : 3,1 % si l'on considère la sexualité tout au long de la vie mais plus de 5 % des hommes dans la tranche d'âge entre 20 et 34 ans disent avoir déjà payé pour avoir des rapports sexuels dans les cinq dernières années dont 11,6 % à Paris".

Données comportementales au regard de la prévention VIH/IST

- L'étude¹³⁷ menée par l'association SIDA Info Service, en 2005, sur les appels de clients de prostituées (à partir de 2 500 entretiens téléphoniques) analyse les prises de risque réelles ou supposés dans le contexte prostitutionnel. Cette étude nous apprend notamment que dans 6 entretiens sur 10, la situation évoquée présente un risque potentiel de contamination VIH/IST (1 272 appels). Les données de cette étude témoignent d'une méconnaissance par les clients de la prostitution (comme en population générale) des risques liés à la sexualité comme le confirme par ailleurs l'augmentation de la demande des rapports non protégés et de pratiques à risques et violentes (selon des schémas véhiculés notamment par Internet) rapportée par les associations spécialisées en matière de santé auprès des personnes prostituées. Cette situation rend nécessaire la

134. "Les clients en question : enquête d'opinion publique", juin 2004, Saïd Bouamama pour le Mouvement du Nid, "L'homme en question. Le processus du devenir-client de la prostitution", Saïd Bouamama septembre 2004, Mouvement du Nid.

135. *Les clients de la prostitution, l'enquête*, de Claudine Legardinier et Saïd Bouamama, mars 2006, Presses de la Renaissance.

136. ANRS, "Enquête sur la sexualité en France : pratiques, genre et santé", mars 2007, dirigée par Nathalie Bajos et Michel Bozon.

137. Carvalho de, E., (2006), "Prise de risque des clients de prostituées. Étude de la prise de risque parmi les appelants du numéro gratuit de SIDA Info Service, clients de prostituées sur l'année 2005", SIDA Info Service, Service Évaluation Qualité, novembre 2006.

mise en place d'actions directement auprès des clients de prostituées pour augmenter leurs connaissances en matière de prévention VIH/IST et pour les sensibiliser au respect des personnes. Les actions de prévention, notamment en direction des jeunes, devraient aussi inclure cette dimension de client potentiel de la prostitution (cf. l'enquête CSF qui montre que le recours à la prostitution est plus important chez les jeunes) et intégrer des actions spécifiques sur Internet en direction des clients.

Actuellement n'existe pas, au niveau national, d'actions de prévention des risques liés à une sexualité non protégée en direction des clients des personnes prostituées. Cependant des actions intéressantes ont été menées localement qui devraient pouvoir être renouvelées et poursuivies.

- À Lille : Pendant plusieurs années, l'association GPAL-Entr'actes¹³⁸, qui accueille et accompagne les personnes prostituées, a ciblé les clients dans les messages de prévention pour les sensibiliser. Le message "Clients ! Le préservatif à tout prix !" affiché sur les bus de Lille durant une semaine, dans le cadre de la Journée mondiale contre le sida 2007, a eu un retentissement national. Cette campagne a été accompagnée de visuels insérés dans les rubriques de petites annonces des journaux gratuits ainsi que de la distribution, par les personnes prostituées à leurs clients, de petites cartes diffusant des messages de prévention avec la mention "Je suis un travailleur sexuel sans risque" et "Sans préservatif, je ne monte pas". Il s'agit là d'une action communautaire de prévention soutenue par la municipalité et par la DDASS à laquelle les personnes prostituées ont participé en tant qu'agents de prévention.
- Plus récemment, à Lyon, l'association de santé communautaire Cabiria a mené en 2008 et une partie de 2009, un programme de prévention auprès des chauffeurs routiers (dont beaucoup sont étrangers) qui circulent sur l'axe autoroutier Lyon Perpignan. Ces actions de prévention, effectuées notamment sur les aires d'autoroute, ont été bien accueillies.

L'action s'est traduite par des entretiens de prévention menés auprès des chauffeurs routiers, la distribution de disques tachygraphiques¹³⁹ (adaptables au tableau de bord) comportant des messages de prévention, la proposition de remplir un questionnaire anonyme de santé et d'autres actions comme la démonstration de pose de préservatifs, la distribution de gel, de préservatifs et de brochures comportant l'adresse des CDAG. Une brochure d'information et de prévention "chers clients" axée sur le respect des personnes prostituées et la prévention VIH/IST a été distribuée aux routiers intéressés.

Cette action a permis de toucher environ 2 500 routiers ainsi que des personnes prostituées isolées (une centaine). Elle a également contribué à identifier (ainsi qu'à corriger) les principales lacunes en matière de prévention dans ce public à savoir : la méconnaissance du dépistage et des CDAG (surtout les plus de 35 ans), la non-perception du risque lors d'une fellation non protégée, l'ignorance du TPE (traitement post-exposition).

- On peut citer également, en Suisse, des actions de prévention auprès des clients de prostituées qui se déroulent depuis plusieurs années, notamment via un site Internet dédié "Don Juan". Ces actions ont également été soumises à évaluation afin de mieux les adapter aux difficultés identifiées.

Action P5

Communiquer et agir auprès des clients.

138. GPAL-Entr'actes : association pour et avec les personnes prostituées.

139. Disques tachygraphiques : outil de comptage pour les chauffeurs routier.

Axe 2 → Dépistage

Objectif stratégique : promouvoir une stratégie de dépistage du VIH et des IST adaptée aux besoins et à la situation des personnes qui se prostituent

Mesure 4 • Mettre en place des stratégies de dépistages (VIH, IST, HÉPATITES) adaptées aux besoins et aux réalités du terrain

Contexte

Cette mesure répond aux recommandations récentes :

- de la Haute autorité de Santé¹⁴⁰ sur les stratégies de dépistage : la HAS souligne, en effet, dans son rapport d'octobre 2009, l'importance de prendre en compte "l'hétérogénéité de l'épidémie d'infection par le VIH en France et la persistance de groupes de population plus particulièrement affectés" et identifie "les personnes en situation de prostitution" comme l'un des groupes devant faire l'objet d'une "proposition ciblée et régulière du test de dépistage de l'infection par le VIH" ;
- du rapport d'experts 2008¹⁴¹ qui rappelle qu'une des missions des CDAG est de faciliter l'accès au dépistage pour les personnes précarisées et les personnes vulnérables au risque et qui recommande de "faire évoluer les CDAG et CIDDIST [...] en organisant des actions de dépistage dites hors les murs" afin de mieux toucher les populations les plus vulnérables qui ne fréquentent pas les CDAG/CIDDIST.

La mobilité des personnes qui se prostituent, leurs horaires particuliers, leur éloignement des centres-villes, mais aussi la stigmatisation dont elles font l'objet les éloignent des structures de dépistage et de soins.

L'action des associations de santé communautaire de proximité auprès des personnes prostituées (qui sont composées pour la prostitution de rue de 70 à 80 % de personnes migrantes non francophones dont certaines viennent de zones d'endémie) consiste par des moyens appropriés (médiatrices culturelles et de santé) et dans le cadre d'une approche de santé globale, à les sensibiliser aux risques liés à la sexualité et à la prévention, à accroître leur niveau d'autonomie en leur facilitant, notamment par des actions d'accompagnement, l'accès aux structures de dépistage et de soins. Ces associations, et plus généralement les associations spécialisées dans les actions de santé auprès de publics précarisés, étrangers et exclus de fait des soins (dont font partie des personnes prostituées migrantes) servent d'interface avec les CDAG/CIDDIST.

Action P6

Élargir et consolider l'offre de dépistage (particulièrement le dépistage hors les murs) et son accessibilité en formalisant des partenariats avec les structures de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des IST.

140. HAS, "Rapport sur le dépistage de l'infection par le VIH en France : stratégies et dispositif de dépistage", octobre 2009.

141. "La prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH", rapport 2008 sous la direction du Pr Patrick Yéni.

Axe 3 et 4 → Prise en charge médicale, prise en charge sociale, et lutte contre les discriminations

Contexte

Concernant l'accès aux droits et aux soins des personnes qui se prostituent

L'accès aux droits et aux soins des personnes qui se prostituent est l'une des questions primordiales à traiter dans cette population à 70 % migrante (prostitution de rue) et précarisée par des conditions d'exercice difficiles.

Les problèmes d'accès aux droits et aux soins des personnes prostituées renvoient très largement aux problèmes rencontrés par les personnes migrantes en général, majorées cependant par plus d'éloignement des structures, plus d'isolement et de méfiance par rapport aux institutions administratives.

C'est pourquoi, il convient de se référer pour cet axe aux actions figurant dans le Programme national de Lutte contre le VIH/SIDA et les autres infections sexuellement transmissibles (IST) en direction des étrangers/migrants vivants en France 2010-2014 et plus particulièrement aux axes 2 et 4 de ce programme.

Les personnes prostituées séropositives bénéficient quant à elles des actions inscrites dans les axes 4 et 5 du programme transversal concernant la prise en charge médicale et la prise en charge sociale des personnes vivant avec le VIH.

Il convient de rappeler que plusieurs catégories d'associations peuvent accompagner les personnes prostituées dans leur accès aux droits et aux soins. Il s'agit des associations de santé communautaire de proximité, des associations généralistes intervenant auprès des personnes précaires et migrantes, des associations de réinsertion sociale et bien entendu des associations de lutte contre le VIH. C'est ainsi que la plupart des associations ont mis en place des actions de sensibilisation aux droits sociaux, des actions d'éducation à la santé et de prévention, des actions d'auto support individuel et collectif sur différents thèmes relatifs à la prévention et à la santé.

Les mesures sont celles des axes stratégiques généraux sans distinction spécifique pour cette population

Axe 5 → Recherche et observation

Objectif stratégique : approfondir les connaissances sur les personnes qui se prostituent et sur leur risque par rapport au VIH et aux autres IST

Mesure 5 • Recherche : améliorer les connaissances sur les diverses formes de prostitution

Contexte

Mieux cerner la prostitution professionnelle et occasionnelle via Internet

On estime de 12 à 15 000¹⁴² (estimation 2002) le nombre de personnes qui se prostituent sur la voie publique en France mais on dispose de peu d'études quantitatives et comportementales sur d'autres types de prostitution plus cachée : en particulier sur la prostitution via Internet dont on constate la croissance rapide. Le développement d'Internet et l'effet des dispositions répressives de lutte contre les réseaux et le proxénétisme se conjuguent pour favoriser l'utilisation de ce nouveau média dans l'activité de prostitution (la pénalisation du racolage ayant des conséquences sur la prostitution de rue). Cette prostitution "en ligne" se pratique sous formes d'annonces revêtant des habillages divers et reflétant l'hétérogénéité des personnes qui y ont recours : annonce de massages, sites d'escortes tenus par des "agences", sites spécialisés à caractère érotique ou pornographique, sites de rencontres pour célibataires et sites personnels. L'anonymat et la discrétion que permet ce média favorisent les rencontres tarifées et les échanges economico-sexuels occasionnels (femmes célibataires, étudiantes, personnes en difficulté financière).

Cet anonymat et cette discrétion ont pour corollaire l'isolement des personnes et l'ignorance des risques, en matière de sexualité et de violence, liés à l'activité prostitutionnelle. Pour l'instant, peu d'études ont ciblé ce sujet et peu de travaux sont publiés. Il n'existe presque pas d'études¹⁴³ sur la prostitution cachée, des jeunes, des occasionnelles... Les plus connus sont les travaux réalisés par Eva Clouet¹⁴⁴ sur la prostitution étudiante (activité d'escortes souvent vécue "comme une forme de libertinage rémunéré¹⁴⁵" plutôt que comme prostitution).

L'étude réalisée en 2009 par Françoise Guillemaut pour le GRSP de Guadeloupe¹⁴⁶, explore également la prostitution et les échanges economico-sexuels via Internet à partir de cinq sites de rencontres sur lesquels elle a pu repérer des personnes offrant des services sexuels tarifés et des personnes en sollicitant (hommes, femmes, couples).

Très peu d'associations mènent des actions pour toucher les personnes qui se prostituent via Internet. On peut citer, la mission de Médecins du Monde de Nantes, qui en travaillant au contact de personnes qui se prostituent sur des sites généralistes, a notamment constaté que ce type d'exercice de la prostitution concernait à ce jour une très faible partie des prostituées étrangères travaillant auparavant dans la rue (pour des raisons d'accès et de maîtrise de l'outil Internet). On retrouve ces dernières essentiellement sur des sites de petites annonces de plaisirs pour adultes et des annonces de massage.

142. Chiffres OCRHET 2002.

143. Cf. l'article de Florence Raynal "De la rue au virtuel", dans le n° 43 de la revue *Transversal*, août 2008.

144. Eva Clouet, "La prostitution étudiante à l'heure des nouvelles technologies de communication", éd. Max Milo, Essais-Documents), 2008.

145. Eva Clouet, "La prostitution étudiante à l'heure des nouvelles technologies de communication", p. 113.

146. Françoise Guillemaut, "La réduction des risques liés au VIH/sida et l'accès aux soins dans le contexte des rapports d'échange economico-sexuels en Guadeloupe", juin 2009.

De son côté, l'association Grisélidis a créé à un site dédié à la prévention auprès des personnes prostituées sur le net et anime un forum de prévention en direction des personnes prostituées sur le net.

Cette prostitution "en ligne" ou "cyber prostitution", qui s'exerce souvent à domicile et dont l'importance s'accroît, nécessite d'être mieux connue dans ses spécificités pour pouvoir cibler des actions adaptées de prévention des risques liés à la sexualité.

Approfondir l'étude de la prostitution et des échanges economico sexuels dans les DFA, à la Réunion et à Mayotte

Le rapport de mission de Gilles Pialoux et France Lert sur la "réduction des risques sexuels : prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST"¹⁴⁷ souligne, comme auparavant le Conseil national du SIDA (CNS)¹⁴⁸, la situation très préoccupante des DFA au regard du VIH/SIDA et insiste sur la nécessité de mettre en œuvre des programmes différents en fonction de chacun des départements concernés.

Il souligne dans les facteurs de risque communs à la population de chacun de ces départements "une entrée plus précoce dans la sexualité, un recours à la prostitution plus fréquent, un multipartenariat qui perdure aux âges élevés chez les hommes" ainsi que "la prégnance des rapports de genre qui limitent la latitude des femmes dans la négociation du préservatif".

Concernant les personnes qui se prostituent, il recommande que "Le travail sexuel dans ses différentes formes, abordé tant du côté des travailleurs du sexe que des clients, doit faire l'objet de programmes spécifiques en s'inspirant de programmes existant dans les pays voisins de la région".

L'étude¹⁴⁹ qualitative sur les échanges economico sexuels réalisée Françoise Guillemaut pour le GRSP de Guadeloupe illustre la complexité des rapports sociaux de sexe dans ce département où se côtoient :

- les différentes formes de prostitution de rue (visible, discrète, invisible) exercées par des étrangères le plus souvent dominicaines et haïtiennes (ces dernières étant les plus précarisées et les plus isolées) ;
- le travail du sexe pratiqué de façon discrète par des "guadeloupéennes en direction des touristes (hommes et femmes) dans les lieux commerciaux de "sexualité récréative" : "lieux d'hébergement libertins destinés aux touristes" et "établissements commerciaux dits échangistes" ;
- les échanges economico sexuels via Internet.

L'analyse plus générale des échanges economico sexuels (la pratique de la sexualité contre compensation) en Guadeloupe dans le cadre de rapports sociaux de sexe dominé par le multipartenariat souligne combien le secret autour de cette réalité sociale est une entrave à l'adoption de conduites de prévention.

Cette recherche approfondie fournit de nombreuses pistes pour mettre en place des actions de prévention adaptées à la réalité de la prostitution et des échanges economico sexuels en Guadeloupe.

Une recherche analogue est en cours en Guyane pour permettre des actions de prévention adéquates tenant compte de la réalité guyanaise.

147. Rapport "Réduction des risques sexuels, VIH & IST", du 25 novembre 2009, chapitre 5-7-2, "Martinique, Guadeloupe et Guyane".

148. "Avis suivi de recommandations sur la lutte contre l'épidémie d'infection à VIH aux Antilles", Conseil national du sida, 26 juin 2008.

149. "La réduction des risques liés au VIH/sida et l'accès aux soins dans le contexte des rapports d'échange economico-sexuels en Guadeloupe", juin 2009.

Des recherches du même type sont nécessaires en Martinique, à la Réunion et à Mayotte car les territoires français d'outre-mer des zones Caraïbes et de l'Océan indien sont au carrefour de migrations.

Les migrants de ces régions où la prévalence du VIH est particulièrement élevée, sont originaires notamment d'Haïti, de la République Dominicaine, du Guyana, du Surinam ou du nord du Brésil pour les DFA et des Comores, de Madagascar et de certains pays de l'Ouest africain pour Mayotte.

La multiplicité des cultures et des langues, la grande mobilité des populations et les différences socio-économiques rencontrées dans ces départements, compliquent les actions de prévention. La précarité est plus marquée qu'en métropole. Avec un taux de chômage et un nombre de personnes étrangères en situation irrégulière importants, une large proportion de la population vivant dans les territoires d'outre-mer cumule des facteurs de précarité, de vulnérabilité et d'exclusion sociale.

La pauvreté et la dépendance économique des femmes dans ces sociétés fortement marquées par les rapports sociaux de sexe, favorisent le multipartenariat (deux fois plus important dans les DFA qu'en métropole) concomitant chez les hommes et/ou le recours traditionnel à la prostitution. En Guyane et à Mayotte, la transmission du VIH est essentiellement hétérosexuelle. Les mêmes facteurs de précarité favorisent l'essor des IST et de l'épidémie liée au VIH. En 2004, 5,2 % des hommes ont recours à la prostitution contre 2,5 % en métropole. La prostitution est parfois la principale source de revenus. Elle se pratique dans des lieux spécifiques mais elle peut aussi être occasionnelle, dans des lieux non spécifiques, avec souvent des prises de risque importantes. Cette dernière forme de prostitution est très mal connue : pour permettre une prévention spécifique pertinente, il est donc essentiel de cerner les circonstances favorisant la prise de risque.

Action P7

Réaliser une recherche-action sur les modalités de prostitution sur Internet pour élaborer des approches préventives adaptées à ce média.

Action P8

Réaliser des enquêtes quantitatives et qualitatives sur les personnes qui se prostituent et les personnes qui pratiquent des échanges economico-sexuels en Martinique, à la Réunion et à Mayotte et examiner leur situation au regard du VIH et des IST (voir aussi action DOM11).



Annexes

ANNEXE 1

FICHES ACTIONS DES AXES STRATÉGIQUES ET DES PROGRAMMES POPULATIONNELS

FA 1 • Fiches actions du plan national • *page 155*

FA 2 • Fiches actions du programme migrants • *page 195*

FA 3 • Fiches actions du programme HST et LBT • *page 209*

FA 4 • Fiches actions du programme des personnes usagères
de drogues • *page 225*

FA 5 • Fiches actions du programme des personnes
qui se prostituent • *page 231*

ANNEXE 2

GLOSSAIRE • *page 237*

ANNEXE 3

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE • *page 241*

ANNEXE 4

**LES DISPOSITIFS D'HÉBERGEMENT, DE LOGEMENT,
DE SOUTIEN ET D'INTERVENTION** • *page 245*

ANNEXE 5

**COMPOSITION DU COMITÉ DE PILOTAGE D'ÉLABORATION
DU PLAN** • *page 249*

Annexe 1

Fiches actions des axes stratégiques et des programmes populationnels

Fiches actions du plan national

Action gouvernance

Faire des COREVIH les interlocuteurs privilégiés des ARS dans la déclinaison et la coordination régionale de la mise en œuvre et du suivi des mesures du plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST relatives à la prise en charge des patients

Objectif

- Confirmer le rôle de coordination régionale des COREVIH par leur participation aux instances de définition des politiques de prévention et de prise en charge des patients dans les ARS.

Détail de l'action

Cette action vise à :

- positionner les missions des COREVIH dans la gouvernance régionale et préciser leur rôle vis-à-vis de leurs nouveaux interlocuteurs, les ARS et les CRSA ;
- préciser les missions des COREVIH dans la mise en œuvre et le suivi au niveau régional des mesures du plan qui concernent la prise en charge des patients et/ou les acteurs du territoire.

Cette définition comporte une dimension transversale (partagée entre les mesures du plan), qui sera ensuite déclinée et adaptée à chacune des mesures spécifiques du plan. Les mesures du plan peuvent concerner de façon variable chacun des COREVIH selon l'implantation géographique de celui-ci et les populations représentées au niveau régional.

Dimension transversale

Les COREVIH participeront sur leur territoire au développement et à la mise en œuvre d'outils destinés à :

- la coordination des acteurs pour l'implémentation locale des mesures du plan ;
- la participation au suivi régional de la mise en œuvre des mesures préconisées par le plan notamment en direction des populations particulièrement représentées sur leur territoire ;
- la contribution, à l'échelon régional, à l'évaluation des prises en charges impactées par le plan.

Le plan national s'appuiera sur la première mission originelle des COREVIH, qui consiste à coordonner tous les acteurs de la prise en charge. Les COREVIH pourront à ce titre contribuer à la mise en place, par ces acteurs, des mesures spécifiques du plan destinées à certains groupes de population particulièrement représentés sur leur territoire.

Le plan national s'appuiera sur la seconde mission des COREVIH, d'amélioration de la qualité des prises en charge et d'évaluation des pratiques, pour s'assurer de la bonne mise en place régionale des mesures du plan. Les COREVIH pourront le cas échéant créer des groupes de travail spécifiques puis participer à la remontée d'informations collectées au niveau régional, vers le niveau national.

À l'échelon national, le comité national de suivi piloté par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) pourra constituer un des lieux de partage et de mise en commun des outils ou groupes de travail mis en place par chacun des COREVIH. En parallèle le comité national de pilotage resserré du plan pourra s'appuyer sur les COREVIH pour la collecte et la transmission des informations régionales.

Dans chaque région, un certain nombre de mesures du plan pourront mobiliser les COREVIH.

ACTEURS

Pilote : DGOS.

Copilote : DGS.

Partenaires :

- Secrétariat général des ministères des Affaires sociales ;
- ARS ;
- COREVIH ;
- Comité national de suivi des COREVIH.

CALENDRIER

2010 : définition des relations COREVIH-ARS.

Les mesures du plan sont déclinées régionalement pas les ARS.

2011-2014 : participation des COREVIH au suivi régional de la mobilisation des acteurs et de la mise en place des mesures, harmonisée par le comité national de suivi des COREVIH et en relation avec le Comité National de Pilotage et de suivi du plan.

2014 et clôture du plan : les actions de coordination et de suivi assuré par les COREVIH dans le cadre du plan seront évaluées et mises en perspective avec le bilan national du plan lui-même.

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs de suivi

- Des indicateurs spécifiques seront proposés pour chacune des mesures du plan par le comité national de pilotage et de suivi du plan. Certains de ces indicateurs nationaux pourraient être utilisés localement par les COREVIH.
- Les indicateurs d'activité des COREVIH, utilisés pour leur rapport d'activité annuel, sont destinés à être complétés par des indicateurs de qualité des prises en charges, notamment à l'occasion des travaux du groupe d'experts. Ils pourront comprendre des indicateurs spécifiquement liés au plan et à son exécution ou son suivi régionaux.

Indicateurs de résultats

Parmi les mesures du plan soutenues par les COREVIH :

- nombre de programmes structurés d'accompagnement et d'éducation thérapeutique créés sur le territoire du COREVIH ;
- nombre de programmes de prises en charge en ville ;
- adaptation des programmes capacitaires SSR aux besoins régionaux : enquêtes sur les séjours de durée extrême ou inadéquats dans les services MCO en amont des SSR ;
- nombre de formations des professionnels réalisées et nombre de professionnels formés dans les champs prioritaires du plan.

LIENS AVEC D'AUTRES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE

- Plan hépatites 2009-2012.
- Plan "améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques" 2007-2011.
- Plan d'actions stratégiques "prise en charge sanitaire des personnes détenues" (à venir) 2010-2014.

Axe 1 → Prévention, information, éducation pour la santé

Action T1 • Informer la population générale pour maintenir le niveau d'information sur l'infection à VIH/SIDA et faire émerger la problématique des IST

Objectifs

- Inciter le grand public à développer des stratégies de prévention en promouvant l'usage des préservatifs et en incitant au recours au dépistage du VIH et des IST.
- Réduire les contaminations et les dépistages tardifs chez les plus de 40 ans en améliorant les connaissances sur la maladie, en favorisant le port du préservatif, et en incitant au dépistage.
- Adapter les canaux de diffusion des outils de prévention au nouveau mode de rencontre (Internet)
- Faire évoluer les représentations du VIH en adaptant les messages en fonction des populations et des comportements, en particulier l'acceptation de la séropositivité et des personnes atteintes.

Détail de l'action

- Réaliser deux fois par an des campagnes de communication à destination du grand public.
- Prendre en compte dans cette communication les personnes de plus de 40 ans.
- Intégrer les messages de prévention sur les sites et les lieux de rencontres en ciblant en particulier les hétérosexuels multipartenaire.
- Insérer la langue des signes française (LSF) dans les campagnes/spots portant sur la prévention VIH par l'intermédiaire d'un comédien sourd (préparation de l'adaptation avec un professionnel sourd et un interprète) et ajout de sous-titres.
- Étudier la possibilité d'intégrer la problématique des personnes en situation de handicap dans les scénarios.

ACTEURS

Pilote : INPES.

Copilote : DGS.

Partenaires : DGCS, associations.

CALENDRIER

Deux campagnes de communication par an.

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateur de suivi

Nombre de campagnes réalisées.

Indicateurs de résultats

- Résultats des post-tests effectués.

- Nombre de campagnes grand public utilisant la LSF, questionnaire auprès du public sourd.

LIENS AVEC D'AUTRES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE

Programme national de lutte contre les hépatites 2009-2012.

Action T2 • Mettre en place des actions de communication en population générale portant sur les liens entre contexte festif et prises de risques sexuels

Objectifs

- Réduire les prises de risques sexuels liées aux situations festives, notamment pour les jeunes.
- Sensibiliser ou re-sensibiliser le grand public sur les relations entre IST/VIH/SIDA et consommation d'alcool (risque de contamination augmentée par la prise de risques sexuels sous l'emprise de l'alcool).

Détail de l'action

- Développer des campagnes d'information auprès du grand public et notamment des jeunes sur la prise de risques sexuels sous l'empire de l'alcool seul ou associé à d'autres produits psychoactifs.
- Confier aux associations du champ de la prévention en matière d'alcool et de drogues, en lien avec celles déjà habilitées à ester en justice sur ce thème, une mission de veille pour s'assurer que la réglementation du marketing et de la publicité des boissons alcooliques est respectée et dénoncer les contournements éventuels notamment ceux qui associent consommation d'alcool et performance sexuelle.

ACTEURS

Pilote : INPES.
Copilote : DGS.
Partenaires : Associations de lutte contre le SIDA et de prévention en alcoologie.

CALENDRIER

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs de suivi
Indicateurs de résultats

COÛT ESTIMÉ PAR ANNÉE

INPES cf. Action 1.

SOURCE FINANCEMENT PAR ANNÉE

LIENS AVEC D'AUTRES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE

Action T3 • Poursuivre la sensibilisation des jeunes à la prévention et améliorer leurs connaissances sur le VIH/SIDA et les IST au cours du cursus scolaire et universitaire

Objectifs

- Poursuivre l'intégration de la prévention du VIH/SIDA à une approche globale de santé sexuelle (IST, IVG, violence sexuelle), notamment auprès des jeunes scolarisés : dans les collèges et lycées, dans les universités.
- Permettre ainsi aux jeunes de faire des choix éclairés et responsables et leur donner les moyens de prendre soin de leur propre santé, et d'améliorer les connaissances, les attitudes et les comportements vis-à-vis des déterminants de la santé et des situations à risque.

Détail de l'action

- Évaluer les actions actuelles de la politique éducative de santé en milieu scolaire, dans le cadre des indicateurs retenus dans le Plan santé des élèves 2010-2013 du ministre de l'Éducation nationale.

- Généraliser la mise en place d'une stratégie d'éducation à la santé intégrant la prévention et le dépistage du VIH/SIDA et des IST aux priorités de santé dans les projets d'établissement des collèges et des lycées.
- Élaborer des actions médias et des outils de proximité adaptés aux différents publics cibles dans le but d'améliorer les connaissances IST/SIDA chez les jeunes, de faire évoluer les rapports de genre et de susciter une tolérance à l'égard des minorités sexuelles : diffusion de brochures et outils : "Questions d'ados", "Le livre des IST" actualisées et éditées par l'INPES, vers les infirmeries des lycées.
- Renforcer la mise en place et la maintenance des distributeurs de préservatifs.
- Développer des interventions participatives d'information auprès des jeunes dans les établissements gérés par les ministères de l'agriculture et de la justice.
- Poursuite et adaptation des actions éducatives intégrant la prévention et le dépistage du VIH/SIDA et IST dans le cursus universitaire, accompagnées d'indicateurs spécifiques.

ACTEURS

Pilotes :

- Éducation nationale pour les établissements scolaires ;
- Agriculture, Justice et Enseignement Supérieur pour les établissements relevant de ces ministères.

Copilote : DGS.

Partenaires : MOM, INPES, Sidaction.

CALENDRIER

2011 : évaluation des actions.

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs de résultats

- Proportion d'EPLÉ ayant mis en place une programmation d'éducation à la sexualité intégrant la prévention du VIH SIDA.

- Nombre de campagnes intégrant les cofacteurs de vulnérabilité.
- Nombre de documents et actions médias réalisés en direction des jeunes sur le respect des rapports de genre et des orientations sexuelles.
- Nombre de distributeurs de préservatif mis en place (indicateur de suivi).

Source des indicateurs

Rapport annuel INPES.

LIENS AVEC D'AUTRES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE

Plan santé des jeunes 16-25 ans.

Action T4 • Permettre aux jeunes sous protection judiciaire de bénéficier des actions d'éducation à la vie affective et sexuelle, à la contraception et à la prévention du VIH et les IST

Objectif

- Permettre aux jeunes sous protection judiciaire de bénéficier des mêmes actions de prévention IST-VIH/SIDA que les jeunes en milieu scolaire.

Détail de l'action

- Renforcer les liens entre la PJJ et les structures de proximité offrant aux jeunes un accueil, un accompagnement et une information autour des questions liées aux IST et à la vie affective et sexuelle
- Mettre en place des actions permettant une information sur les IST et le VIH/SIDA et une éducation à la vie sexuelle et affective pour les jeunes de la PJJ à partir d'une convention nationale avec des associations travaillant sur ce sujet. Décliner localement ces conventions ciblant ce public avec les ARS. Il s'agit d'une mesure complémentaire au plan santé des jeunes 16-25 ans.

- Établir un passeport santé adapté aux problématiques des jeunes sous protection judiciaire dans le cadre de la consultation prévention pour les jeunes de 16-25 ans prévue dans le plan santé des jeunes, en parallèle de la diffusion du classeur INPES "ENTRE-NOUS" auprès des médecins généralistes pour les aider à aborder les questions de santé et de prévention avec les jeunes.
- Former les professionnels de la PJJ en tant que relais des actions de prévention VIH/SIDA-IST.
- Envisager une convention entre l'INPES et la DPJJ.

ACTEURS

Pilote : ARS.
Copilote : DGS.
Partenaires : DPJJ, Associations, CPEF, conseils généraux, INPES.

CALENDRIER

2010-2014 : sur le temps du plan dans un premier temps puis pérennisation.

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs

Nombre de territoires se saisissant de la convention, types et nombre d'actions mises en place, nombre de mineurs PJJ ayant bénéficié du dispositif, qualité du partenariat, nombre de professionnels PJJ ayant bénéficié de la formation.

Source des indicateurs

Services territoriaux PJJ, plannings familiaux.

LIENS AVEC D'AUTRES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE
plan santé des jeunes 16-25 ans.

Action T5 • Réaliser des programmes de prévention des risques sexuels auprès des femmes en situation de vulnérabilité

Objectif

- Favoriser les comportements préventifs au regard du VIH/SIDA et des IST chez les femmes en situation de vulnérabilité.

Détail de l'action

- Élaborer un référentiel d'intervention pour la réduction des risques liés à la sexualité fondé sur une approche tenant compte des rapports sociaux de genre.
- Former des animateurs pour mener des groupes de paroles.
- Identifier et former des personnes relais pour intervenir auprès de groupes socioculturels spécifiques.

ACTEURS

Pilote : DGS.
Copilotes : DGCS, ARS.
Partenaires : Associations, réseaux périnatalité.

CALENDRIER

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs

- Nombre de formations, d'animatrices formées.
- Nombre de groupes de parole, nombre de formations de personnes.

Action T6 • Développer des outils et créer des lieux d'expression pour les personnes en situation de handicap (PSH) abordant les enjeux liés sexualité et à la prévention du VIH/SIDA et des IST

Objectif

- Promouvoir l'éducation à la vie affective et sexuelle des personnes handicapées, notamment en établissements médico-sociaux.
- Accompagner les établissements et services pour qu'ils intègrent dans leur projet d'établissement ou de service, ainsi que dans le projet individuel de la personne handicapée, la question de la vie affective et sexuelle.
- Permettre aux établissements accueillant des PH de développer des stratégies visant à améliorer la prévention des risques liés à la sexualité, notamment la prévention contre le VIH/SIDA et les IST.
- Rendre accessible les outils de prévention des IST-VIH/SIDA par un vecteur adapté dans sa forme et dans son contenu à chaque type de handicap.
- Améliorer les comportements préventifs par un meilleur accompagnement.

Détail de l'action

En établissements et services médico-sociaux

- Publication d'une circulaire portant sur l'éducation à la vie affective et sexuelle des personnes handicapées accueillies en établissements et services médico-sociaux, afin de définir les modalités de mise en œuvre de cette éducation dans le projet individualisé d'accompagnement des personnes accueillies.
- Actualisation de la circulaire du 10 décembre 1996 en l'élargissant à tous les établissements accueillant des PH, en intégrant les conditions favorisant un suivi médical en matière de VIH/SIDA et d'IST. Dans les établissements accueillant des adultes, la dimension du couple et de parentalité devra être prise en compte.

En milieu ordinaire

- Recensement des outils existants et constitution d'une base de données.
- Selon le type d'outils recensés :
 - élaboration d'une brochure abordant les spécificités de la prévention des IST-VIH/SIDA pour les personnes handicapées physiques, en ayant une approche différenciée selon le sexe,
 - élaboration d'outils accessibles pour les personnes malvoyantes ou malentendantes,
 - adaptation des modes d'emploi des préservatifs aux handicaps neurosensoriels.

De façon transversale

- Développer des lieux ressources sur les questions liées à l'intimité, à la vie affective et sexuelle pour les personnes handicapées, pour les parents et pour les professionnels, afin d'informer, de favoriser la prise de parole, mais aussi de prévenir les comportements à risque, notamment en matière de VIH/SIDA et d'IST.

ACTEURS

Pilotes : INPES, DGS.
Copilotes : CNSA, DGCS, ARS.
Partenaires : Associations, CNSA.

CALENDRIER

2010-2014

SUIVI ET ÉVALUATION

- Élaboration des textes réglementaires, parution des circulaires.
- Réunions du groupe d'experts, type de brochure réalisée par rapport à chaque catégorie de handicap, nombre d'exemplaires diffusés, post-tests.
- Nombre de groupes organisés, nombre de participants, maillage territorial, questionnaires d'évaluation.

Action T7 • Mener des actions de prévention auprès des jeunes via les nouveaux modes de communication

Objectif

- Sensibiliser les jeunes sur la santé sexuelle.

Détail de l'action

Utiliser les nouveaux vecteurs de communication :

- poursuivre l'animation du site www.onsexprime.fr destiné aux jeunes ;
- mener des actions de communication via les réseaux sociaux communautaires ;
- explorer la possibilité de communiquer auprès des jeunes par sms.

ACTEURS

Pilote : INPES.
Copilote : DGS.
Partenaires : CRIPS, opérateurs mobiles.

CALENDRIER

2010-2014

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs

- Nombre de requêtes sur site internet.
- Système de notification aux partenaires.

LIENS AVEC D'AUTRES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE

Action T8 • Promouvoir et rendre accessible le préservatif masculin auprès de la population générale et plus particulièrement les jeunes

Objectif

- Maintenir l'utilisation du préservatif masculin et inciter à l'utiliser jusqu'à l'obtention de la connaissance des statuts sérologiques des partenaires.

Détail de l'action

1) favoriser la visibilité

- Intégrer le préservatif masculin dans une approche globale de la santé sexuelle et l'associer comme alternative aux préservatifs féminins.
- Élargir la diffusion dans les pharmacies, les buralistes, le circuit de la grande distribution et soutenir cette diffusion par des campagnes promotionnelles de banalisation du préservatif.
- Inciter dans les hôtels, dans les bars, discothèques, agences de voyage à la mise à disposition du préservatif et d'information utiles sur la prévention sur le VIH/IST.

2) Réduire le coût

- Soutenir des actions de promotion du préservatif à 20 c en collaboration avec les associations en contacte avec les jeunes et populations les plus vulnérables.

ACTEURS

Pilotes: DGS.
Copilote : ARS.
Partenaires : INPES, Associations.

CALENDRIER

2010-2014 : campagne (INPES) + Diffusion des outils d'informations sur les préservatifs.

2010-2014 : constitution d'un groupe de travail associant les représentants des fabricants et les différents promoteurs potentiels des préservatifs du privé (hôtels, syndicat des pharmaciens, buralistes, grande distribution...).

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs

- Nombre de préservatifs vendus ou distribués.
- Prix du préservatif masculin.

Action T9 • Promouvoir des distributeurs de préservatifs dans les établissements universitaires

Objectif

- Faciliter l'accès du public étudiant aux préservatifs masculins.

Détail de l'action

- Installation de distributeurs de préservatifs masculins dans les universités et les résidences étudiantes gérées par les CROUS (Centres régionaux des œuvres universitaires et scolaires). Une réflexion sera menée pour l'accès à des préservatifs féminins à tarif réduit.

ACTEURS

Pilote : ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

Copilote : DGS.

Partenaires : INPES, Associations, Fabricants-distributeurs de préservatifs, Conférence des Présidents d'université, CROUS.

CALENDRIER

2010-2011 : 1^{re} vague d'installation de 1 000 distributeurs.

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateur

Nombre de distributeurs installés et de préservatifs vendus.

Source des indicateurs

Universités, CNOUS (Centre national des œuvres universitaires et scolaires) et partenaires privés.

Action T10 • Rendre plus accessible le préservatif féminin et diminuer son coût

Objectif

- Augmenter la visibilité du préservatif féminin afin d'en favoriser l'utilisation.
- Faire en sorte qu'il soit économiquement accessible.

Détail de l'action

Visibilité

- Intégrer le préservatif féminin dans les communications auprès du public évoquant déjà le préservatif masculin.
- Réaliser un bilan des plans de diffusion actuels et une évaluation des actions déjà menées.
- Élargir la diffusion et accompagner (formation, intervention...) auprès des intervenants des secteurs sanitaires et sociaux la documentation existante ainsi qu'un catalogue des outils d'informations existants sur le préservatif féminin.
- Communiquer auprès du public sur l'existence des deux modèles de préservatif, masculin et féminin.

Coût

- Inciter et négocier avec les fabricants et distributeurs en France, une baisse du prix du préservatif féminin.

ACTEURS

Pilote : DGS.
Copilote : ARS.
Partenaires : AFSSAPS, INPES, Associations.

CALENDRIER

2010-2014 : Campagne (INPES) + Diffusion des outils d'informations sur le préservatif féminin
1^{re} phase de négociation sur les prix fin 2010,
2^e phase en 2011.

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs

- Nombre de préservatifs vendus ou distribués.
- Prix du préservatif féminin.

Action T11 • Élargir les missions des CDAG/CIDDIST-CIDDIST et des centres de planning et d'éducation familiale (CPEF) à la vaccination contre le VHB et les papillomavirus

Objectif

- Permettre aux publics vulnérables bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU), CMU complémentaire ou aide médicale d'État (AME), des minima sociaux (RSA), les mineurs ou non assurés sociaux d'accéder aux vaccinations anti-HPV et anti-VHB.

Détail de l'action

- Développer des partenariats entre CDAG/CIDDIST, CPEF et centres de vaccinations avec mise en place de conventions.
- Élargir des missions des CDAG/CIDDIST et des CPEF aux vaccinations (avec nécessité d'inscrire cette mission dans les textes réglementaires et de prévoir le financement).

ACTEURS

Pilotes : DGS, CNAM.
Copilotes : collectivités territoriales, ARS, DSS
Partenaires : CDAG/CIDDIST, CPEF.

CALENDRIER

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs de suivi

Indicateur de résultats
Couvertures vaccinales.

LIENS AVEC D'AUTRES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE

- Programme national de lutte contre les hépatites 2009-2012.
- Plan Cancer 2009-2013.

Action T12 • Former dans un cadre inter-institutionnel les professionnels menant des interventions collectives en éducation à la sexualité et de prévention du VIH/SIDA et des IST auprès des jeunes

Objectifs

- Actualiser les connaissances des personnels de santé de l'éducation nationale (médecins, infirmières) pour leur exercice professionnel et leurs interventions auprès des élèves.
- Redynamiser au plan régional les formations en éducation à la sexualité en :
 - identifiant et fédérant les acteurs régionaux intervenant sur ce thème, afin d'élaborer une stratégie de développement de l'éducation à la sexualité de qualité et d'en assurer le suivi ; le public

- cible est constitué des jeunes dans leurs différents lieux de vie (collèges, lycées, centres de loisirs, centres de formation, protection judiciaire de la jeunesse...),
- générant une culture et une éthique communes autour des concepts, enjeux, méthodes et outils en éducation à la sexualité.

Détail de l'action

- Élaborer un document et le diffuser au réseau des médecins et infirmières conseillers techniques des recteurs. Ce document actualisera les connaissances en termes de données épidémiologiques IST/VIH/SIDA, de dépistage et prise en charge, d'information sur les IST, les vaccins dans une approche de santé globale. Il sera utilisé dans le cadre de la formation continue des personnels de santé de l'éducation nationale et des formations en éducation à la sexualité à destination des équipes éducatives.
- Organiser au plan régional et sur le mode interinstitutionnel, une formation de formateurs d'intervenants auprès des jeunes.
- Développer de formations communes pour ces intervenants en vue de créer des réseaux régionaux interinstitutionnels.
- Constituer un comité de pilotage interinstitutionnel pour la mise en place du dispositif.

ACTEURS

Pilotes : Éducation nationale, ARS.
 Copilotes : INPES (contrat-cadre), PJJ, ARS.
 Collectivités territoriales, ministère de l'Agriculture, DGS.
 Partenaires : associations.

CALENDRIER

2010-2011 : élaboration brochure.
 2010-2011 : formations en éducation à la sexualité, formations régionales de formateurs.

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs

- Nombre de brochures diffusées.
- Nombre de formations en éducation à la sexualité.
- Indicateurs de résultats.

Action T13 • Former les intervenants auprès de personnes en situation de handicap à la prévention du VIH/SIDA et des IST

Objectif

- Renforcer la formation des professionnels intervenant auprès des personnes handicapées pour tout ce qui touche aux questions d'intimité, de vie affective et de sexualité.
- Former les professionnels du handicap et les intervenants associatifs du champ du VIH/SIDA pour améliorer l'accès des personnes handicapées physiques, sensorielles ou mentales à des informations et des services adaptés concernant la santé sexuelle et la gestion des risques associés au VIH et aux infections sexuellement transmissibles.

Détail de l'action

- Renforcement/création (suivant les professions du travail social) d'un module consacré aux questions d'intimité, de vie affective et de vie sexuelle des personnes handicapées.
- Organisation d'un programme de formation des équipes intervenant dans les établissements médico-sociaux sur la prévention du VIH et des IST auprès des personnes en situation de handicap pour favoriser une sensibilisation des parents et permettre la création de lieux ressources/groupes de parole (Action T6).

- Développement d'un partenariat entre les différents professionnels de la lutte contre le VIH/SIDA et les organismes et structures accueillant des personnes handicapées :
 - formation des intervenants d'associations de lutte contre le VIH/SIDA par des intervenants en établissements et services d'aide par le travail (ESAT) ou foyers accueillant des personnes handicapées mentales,
 - formation à la langue des signes/au langage parlé complété d'intervenants associatifs de la lutte contre le VIH/SIDA,
 - adaptation/mise en accessibilité des locaux et matériels (outils pédagogiques) des associations de la lutte contre le VIH/SIDA aux différents types de handicap.

ACTEURS

Pilote : DGS, DGCS.

Copilotes : DGCS, ARS, Associations.

Partenaires : associations gestionnaires de structures accueillant des personnes vivant avec un handicap, associations de parents, écoles de formation en travail social, organismes de formation continue.

CALENDRIER

2010-2014

SUIVI ET ÉVALUATION

Nombre de formations, nombre des participants, évaluation des acquis, évaluation par les professionnels de l'impact des formations.

Action T14 • Sensibiliser et former les professionnels concernant la prévention des risques liés aux pratiques sexuelles pour les patients suivis en psychiatrie

Objectif

- Assurer une information visant un travail de prévention sur les risques inhérents aux pratiques sexuelles des patients atteints de troubles psychiatriques.

Détail de l'action

En se basant sur l'expérience acquise par les comités "SIDA sexualité prévention" :

- proposer aux médecins et aux personnels soignants des équipes, des formations comportant :
 - un module de mise à niveau sur la prévention du VIH/SIDA et des IST et les enjeux de l'exercice de la sexualité,
 - un module plus interactif pour traiter la façon d'aborder la sexualité avec les patients,
 - un module également sur les particularités du suivi des patients atteints par le VIH/SIDA ou d'hépatite virale chronique et sur la nécessité de tenir compte de l'impact psychique de ces maladies ;
- promouvoir l'accès aux préservatifs dans ces structures.

ACTEURS

Pilotes : DGS, DGCS.

Copilotes : ARS, DGOS, Société Française de lutte contre le SIDA.

Partenaires : associations.

CALENDRIER

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateur

Nombre de régions ayant proposé des formations.

Action T15 • Sensibiliser les acteurs associatifs, sanitaires, sociaux et judiciaires en contact avec les personnes prostituées aux enjeux de la prévention du VIH et des IST

Objectifs

- Faire évoluer les représentations sur la prostitution de l'ensemble des acteurs au contact des personnes qui se prostituent pour lutter contre la stigmatisation, facteur d'isolement, de prise de risque et frein à l'accès à la prévention et aux soins.
- Diffuser le savoir-faire des associations communautaires auprès des autres intervenants.

Détail de l'action

- Établir un partenariat entre associations agissant auprès des personnes prostituées et les autres acteurs et institutions en contact avec ce public (médecins, assistants sociaux, forces de police, magistrats...).
- Élaborer un référentiel de formation.
- Organiser de sessions d'information et de sensibilisation en direction des acteurs sanitaires, sociaux, médicaux et judiciaires par les associations de santé communautaire et de lutte contre le VIH.
- Évaluer l'impact de ces formations.

ACTEURS

Pilotes : ARS, associations.
Partenaires : ministère de l'Intérieur et ministère de la Justice, Collectivités territoriales.

CALENDRIER

2010-2014

SUIVI ET ÉVALUATION

- Mise en place d'un référentiel.
- Nombre de sessions de formations réalisées et types de publics formés.

Action T16 • Favoriser l'intégration de la problématique du VIH/SIDA et des IST dans la pratique des gynécologues et généralistes prenant en charge les femmes pour un suivi gynécologique

Objectif

- Favoriser le dialogue médecin-patiente autour de la sexualité et des IST.

Détail de l'action

- Développer des collaborations avec les sociétés savantes de médecins généralistes et gynécologues obstétriciens.
- Animer des stands de prévention dans les réunions professionnelles.
- Intégrer des modules IST dans l'enseignement post-universitaire.

ACTEURS

Pilote : DGS.
Copilotes : partenaires : Sociétés savantes, CNGOF, INPES.

CALENDRIER

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs
Nombre de stands de prévention, nombre d'outils diffusés.

Axe 2 → Dépistage

Action T17 • Proposer au moins un dépistage du VIH au cours de la vie à la population générale lors d'un recours aux soins notamment chez les médecins généralistes

Objectif

- Diminuer le nombre de personnes qui ignorent leur séropositivité.

Détail de l'action

- Inciter les médecins traitants à proposer le dépistage du VIH en population générale lors d'un recours au soin, pour les personnes n'ayant pas été dépistées.
- Travailler avec les professionnels (médecins traitants, gynécologues, médecins et hospitaliers, laboratoires) afin de déterminer les freins potentiels et les facteurs favorisant la proposition systématique d'un test. Ce groupe doit identifier des relais (sociétés savantes, leaders d'opinion...) pour mobiliser les différents acteurs.
- Élaborer un outil d'intervention pour le généraliste (construction d'un argumentaire, aide à l'annonce d'un résultat positif, procédure de déclaration obligatoire, organisation d'un circuit d'aval hospitalier et associatif pour la prise en charge et l'accompagnement...).
- Réactualiser les brochures INPES actuellement disponibles pour intégrer cette proposition.
- Communiquer et diffuser des outils auprès des professionnels et structures concernées.
- Communiquer auprès du public par des campagnes grand public de l'INPES et via des actions de communication spécifiques à chaque public (sites internet, brochures...).
- Évaluer à cinq ans l'impact sur le retard au diagnostic.

ACTEURS

Pilote : DGS.

Copilotes : CNAM, InVS, ARS, INPES.

Partenaires : associations de médecins, collectivités territoriales, CDAG/CIDDIST, CPEF, CSAPA, Associations de lutte contre le VIH, InVS.

CALENDRIER

2010 : élaboration des outils professionnels, réactualisation des brochures INPES.

Octobre et décembre 2010 : campagnes grand public et sensibilisation des professionnels (médecins traitants, gynécologues...), mise à disposition des outils (brochures, affiches...).

2015 : évaluation.

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs

- Nombre de tests prescrits en ville et à l'hôpital, par régions via le réseau laboVIH (annuelle).
- Nombre de diagnostics positifs.
- Nombre de découvertes de séropositivités à un stade tardif et au stade SIDA.
- Évolution du pourcentage de médecins généralistes parmi les déclarants de la déclaration obligatoire de l'infection à VIH.

Action T18 • Adapter le cadre juridique pour élargir l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD)

Objectifs

- Augmenter l'attractivité du dépistage.
- Faciliter l'accès au dépistage des populations dont le recours au dispositif actuel est insuffisant.
- Améliorer l'accès aux résultats du dépistage.

Détail de l'action

- Définir le cadre réglementaire d'utilisation des TROD (en dehors des situations d'urgences) par le médecin généraliste en cabinet de ville, par les professionnels de santé en établissements et services de santé (notamment CDAG) et par le milieu associatif.
- Définir un système d'assurance qualité.
- Étendre l'utilisation des TROD et organiser leur financement.
- Créer des centres de dépistage en milieu communautaire ([Action M7](#), [Action HSH LBT14](#)).

ACTEURS

Pilote : DGS.
Copilotes : HAS, AFSSAPS, ANRS, CNAM.
Partenaires : Associations.

CALENDRIER

Novembre 2010 : rédaction de l'arrêté organisant l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD).

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateur
Publication d'un arrêté.

Action T19 • Formaliser les processus de rendu de résultat de tests réalisés hors prescription en laboratoire

Objectif

- Augmenter l'accès à la connaissance de son statut sérologique.

Détail de l'action

- Élaboration un référentiel de bonnes pratiques afin d'aider les professionnels des laboratoires dans le rendu d'un résultat d'un test hors prescription en particulier s'il est positif.

ACTEURS

Pilote : DGS.
Copilotes : assurance-maladie, DSS.
Partenaires : représentants biologistes.

SUIVI ET ÉVALUATION

Existence du référentiel

Action T20 • Renforcer le dépistage des futurs parents à l'occasion d'une grossesse

Objectif

- Diminuer le risque de transmission du VIH à la mère.
- Diminuer la transmission fœto-maternelle du VIH.
- Améliorer la prise en charge précoce des mères et pères.

Détail de l'action

- Introduire la proposition de dépistage VIH lors de la consultation du 6e mois de grossesse aux femmes séronégatives exposées à un risque viral, en particulier si le partenaire est séropositif pour le VIH ou de statut inconnu.
- Rendre effective la proposition d'un test de dépistage VIH aux futurs pères.
- Renforcer la communication auprès du public sur l'intérêt d'un dépistage des parents au cours de la grossesse.
- Communiquer auprès des professionnels sur les dépistages à proposer aussi aux futurs pères dans le cadre d'un projet d'enfant.

ACTEURS

Pilote : DGS.
Partenaire : INPES.

CALENDRIER

2011

SUIVI ET ÉVALUATION

LIENS AVEC D'AUTRES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE

Action T21 • Réorganiser le dispositif CDAG/CIDDIST

Objectif

- Optimiser le dispositif CDAG/CIDDIST.

Détail de l'action

Celle-ci doit s'appuyer sur les 22 recommandations formulées par l'IGAS en août 2010 pour rénover le dispositif. Il s'agit notamment de :

- réviser la cartographie d'implantation des structures de dépistage anonyme et gratuit ;
- réorganiser les processus de financement ;
- articuler le dispositif avec les autres effectuant des dépistages (CPEF, centres de santé, centres d'exams de santé) ;
- redéfinir les missions et le cahier des charges ;
- élaborer un guide de bonnes pratiques ;
- organiser la remontée et l'exploitation des données d'activité ;
- définir les formations nécessaires aux professionnels intervenant dans ces structures ;
- communiquer sur le nouveau cadre d'exercice de ce dispositif.

ACTEURS

Pilotes : DGS.
Copilotes : DSS.
Partenaires : collectivités territoriales, associations.

CALENDRIER

2010

- Publication de arrêté anonymat.
- Saisine IGAS réalisée.

2011

- Proposition de modification législative pour fusion CDAG/CIDDIST.
- Redéfinition des missions.

Action T22 • Expérimenter des centres de santé sexuelle

Objectif

Permettre une approche globale des problématiques liées à la sexualité.

Détail de l'action

Suite au rapport de l'IGAS d'août 2010 il s'agit de :

- définir le cadre de mise en œuvre, d'exercice et d'évaluation de centres de santé sexuelle ;
- expérimenter dans une ou deux régions, une région très urbanisée et une région rurale, avec une ARS et un conseil général volontaires l'intérêt d'un dispositif organisé autour de 3 pôles :
 - un pôle infectiologie (dépistage/traitement VIH et IST),
 - un pôle fertilité/contraception et un pôle sexologie (prévention/dysfonctions sexuelles).

ACTEURS

Pilote : DGS, ARS.
Copilotes : DGOS, DGCS.

CALENDRIER

2010-2014

Action T23 • Améliorer la prise en charge et l'accès des personnes en situation de handicap au dépistage du VIH et des IST et au suivi gynécologique

Objectif

- Soutenir les professionnels de santé pour une meilleure prise en compte dans leur pratique de la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA/IST des personnes en situation de handicap.
- Adapter aux personnes handicapées les locaux, le matériel et/ou les techniques de communication pour favoriser leur accès au dépistage des IST/VIH/SIDA et le suivi gynécologique des femmes.

Détail de l'action

- Élaboration d'un "Repère pour votre pratique" pour favoriser la prise en charge par les professionnels de santé des PH en matière de prévention, de dépistage du VIH et des IST, de contraception, de suivi gynécologique et prise en charge de dysfonctionnements sexuels. Ce document abordera les spécificités à chaque type de handicap (mental, physique, sensoriel, psychique, cognitif) et il devra favoriser le recours à des lieux et documents ressources tels que le guide de l'AP-HP pour le suivi des femmes handicapées moteur en travaillant sur les attitudes et les représentations des médecins vis-à-vis des PSH.
- Organisation de l'accessibilité de CDAG/CIDDIST et de consultations de gynécologie :
 - mise en conformité de CDAG/CIDDIST pour permettre l'accessibilité aux PSH moteurs,
 - équipement en tables de gynécologie adaptées à la prise en charge des PSH moteur.
- Organisation de consultation de dépistage pour personnes malentendantes (convention entre pôle de soins et CDAG/CIDDIST).

ACTEURS

Pilote : DGS.
Copilotes : DGOS, DGCS, INPES.
Partenaires : Associations.

CALENDRIER

2010-2014

SUIVI ET ÉVALUATION

- Édition d'un document d'information.
- Nombre de consultations pouvant accueillir des PSH par région.

Action T24 • Promouvoir le dépistage de l'infection à chlamydiae dans les publics à forte prévalence de l'infection à chlamydiae

Objectif

- Prévenir les complications des infections urogénitales basses à chlamydiae trachomatis asymptomatiques.

Détail de l'action

- Mettre en place les conditions techniques et financières pour un dépistage systématique de l'infection à chlamydiae trachomatis (CT) et le traitement la personne et le(s) partenaire(s) en cas de résultat positif. La population ciblée par ce dépistage :
 - les femmes de moins de 25 ans et les hommes de moins de 30 ans, à l'occasion d'une consultation en CDAG, en CIDDIST ou en CEPF,
 - les femmes de moins de 25 ans lors d'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse.
- Améliorer les pratiques professionnelles (médecins généralistes, gynécologues...) autour du dépistage des chlamydiae en collaborant avec les sociétés savantes.

ACTEURS

Pilote : DGS.
Copilotes : DSS, collectivités territoriales.
Partenaires :

CALENDRIER

2010-2014

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs

- Données du réseau Renachla.
- Données d'activité des CIDDIST.

Action T25 • Développer des outils permettant une information-conseil personnalisée selon les situations et les publics

Objectif

- Améliorer la qualité des pratiques.
- Optimiser le rôle de l'information-conseil.
- Faciliter l'information des partenaires.

Détail de l'action

- Élaborer avec les professionnels concernés, un cahier des charges national et des guides d'information-conseil personnalisés propres à chaque contexte de l'offre de dépistage.
- Recenser les pratiques de notification d'IST aux partenaires pratiquées à l'étranger afin d'aider à proposer une notification aux partenaires.

ACTEURS

Pilote : DGS.
Copilotes : InVS, INPES.
Partenaires : Professionnels, associations, HAS.

CALENDRIER

2011-2012

Action T26 • Améliorer l'efficacité du dispositif d'accompagnement "post-annonce" du diagnostic jusqu'à l'entrée dans le soin

Objectif

- Réduire les délais d'accès à la prise en charge après le dépistage et le taux de perdus de vue après la première consultation spécialisée.

Détail de l'action

- Organiser des consultations particulières à la suite de l'annonce dans un délai très court.
- Inciter les équipes des structures de dépistage à accompagner, physiquement dans certains cas, les patients vers les services spécialisés dans la prise en charge.
- Mettre en place un outil de suivi des personnes reçues à une première consultation de suivi : stratégie de rappel d'un éventuel perdu de vue définie précédemment avec la personne.
- Informer, par les COREVIH, l'ensemble des médecins et des biologistes de leur territoire sur la possibilité de recourir à une prise en charge sans délai après découverte et annonce d'une nouvelle infection par le VIH.
- Établir la liste et la carte, par région ou territoire de COREVIH, des structures ou consultations spécialisées pouvant accueillir sans délai (moins de 5 jours) une personne qui vient de découvrir sa séropositivité par le VIH afin d'assurer la prise en charge initiale.
- Les CDAG devront pouvoir également engager une prise en charge des personnes infectées, dès la confirmation de leur infection, sous réserve de l'acceptation par les personnes de la levée de l'anonymat (cf. axe dépistage) en vue de cette initiation du soin.

L'objectif chiffré (délai dépistage-entrée dans le soin, taux de perdus de vue après la première consultation) sera défini par COREVIH en fonction des données observées localement en 2010.

ACTEURS

Pilotes : ARS, DGOS.
Copilote : COREVIH.
Partenaires : CDAG, CIDIST, Hôpitaux, Laboratoires, Médecins de ville.

CALENDRIER

2010 : mise en place du dispositif dans les services de soins.
2011 : communications via les COREVIH aux partenaires sur les territoires.

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateur de suivi
Rapports d'activité des COREVIH.
Indicateur de résultats
Délais dépistage entrée dans le soin dans la base hospitalière DOMEVIH.

Axe 3 → Prise en charge

Action T27 • Poursuivre la recherche et l'évaluation sur la pertinence et la mise en œuvre du traitement comme outil de prévention

Objectif

- S'appuyer sur les possibilités qu'offre l'effet du traitement sur la transmission du VIH pour renforcer la politique de prévention.

Détail de l'action

En France, c'est le groupe d'experts pour la prise en charge des personnes infectées par le VIH qui émet régulièrement des recommandations sur les indications et modalités de recours au traitement antirétroviral. C'est donc ce groupe, actuellement dirigé par le Professeur Yeni, qui a recommandé, dans son rapport 2010, dans quelles situations il est recommandé de recourir au traitement dans un but de prévention. Ce rapport indique en effet que *"chez les patients asymptomatiques ayant un nombre de lymphocytes CD4 supérieur à 500/mm³, les données sont insuffisantes pour recommander l'instauration systématique d'un traitement antirétroviral (C). Il est toutefois possible de l'envisager dans les circonstances suivantes (BII) : [...] objectif de réduction de la transmission sexuelle du VIH."* (Rapport Yeni 2010, p. 74). Ces recommandations pourront évoluer au cours du plan en fonction de données scientifiques nouvelles.

Les PVVIH seront informées de l'évolution des connaissances et de ces recommandations et sur les avantages et limites du traitement à titre de prévention.

L'ensemble des mesures du plan tenant à l'organisation des soins (valorisation des actes de prise en charge ; réponse, qualitative, financière et structurelle, à l'augmentation attendue des files actives) permettront la réalisation des traitements supplémentaires liés à cette nouvelle stratégie.

L'action de recherche de l'ANRS sur ce thème devra se développer.

ACTEURS

Pilote : DGS.
Copilotes : DGOS, DSS.
Partenaires : ANRS, INSERM.

CALENDRIER

2010 et 2012 : recommandations du groupe d'experts.
2010-2011 : montée en charge progressive des prescriptions.

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateur de suivi
Niveau immunologique des patients débutant un traitement.

Indicateur de résultats
Évolution de l'incidence (indicateurs généraux du plan).

Action T28 • Évaluation, suivi et adaptation de la valorisation de la prise en charge ambulatoire globale

Objectif

- Maintenir la qualité de la prise en charge des PVVIH par la valorisation des actes multidisciplinaires et médicaux complexes, de part le recours adapté à des hospitalisations d'une durée de moins de 24 heures.

Détail de l'action

Mise en place d'un groupe de travail DGS/DGOS/DSS pour :

- définir les modalités d'évaluation et de suivi des recours aux GHS d'une durée de moins de 24 heures : il s'agit de s'assurer que l'application des circulaires de 2006, 2007 et 2010 et de son contrôle par les caisses d'assurance-maladie, est équitable sur l'ensemble du territoire et qu'il permet de maintenir les valorisations nécessaires ;
- proposer, le cas échéant, une évolution réglementaire, par voie d'une circulaire, clarifiant les situations de recours aux GHS d'une durée de moins d'une journée, existant dans le cadre de la prise en charge des PVVIH.

ACTEURS

Pilote : DGOS.
Copilotes : DGS, DSS.
Partenaires : COREVIH.

CALENDRIER

2010 : mise en place du groupe de travail ; définition des outils de suivi et d'évaluation.

2011 : premiers résultats d'évaluation ; rédaction éventuelle d'une circulaire.

SUIVI ET ÉVALUATION

Défini par le groupe de travail en 2010.

LIENS AVEC D'AUTRES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE

Maladies rares, Cancer, Hépatites.

Action T29 • Adapter la réponse régionale en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en filières d'aval, en raison de l'évolution de la fréquence des complications et comorbidités, du handicap, de la dépendance et du vieillissement dans la population des personnes touchées

Objectif

- Prendre en compte dans le cadre de l'élaboration des SROS SSR, de la délivrance des autorisations, de la fixation des OQOS et de la contractualisation des CPOM avec les établissements SSR, des besoins spécifiques de la population des PVVIH et organiser les filières de prise en charge les plus adaptées entre les différents secteurs : hospitalier, médico social et ambulatoire.

Détail de l'action

Les **besoins** par régions devront être préalablement évalués.

Les différents indicateurs comme les taux de recours, taux de fuite, d'attractivité, durées de séjours, taux d'inadéquation en MCO contribueront à l'évaluation des besoins en accueil des SSR.

Selon les résultats de ces évaluations, des adaptations pourront être envisagées en termes de capacités d'accueil dans les SSR, mais aussi de plateau technique, que l'établissement soit à vocation polyvalente ou spécialisée.

Dans les régions à forte prévalence de population PVVIH, il s'agit d'utiliser les OQOS (objectifs quantifiés de l'offre de soins) et les CPOM (contrats d'objectifs et de moyens) dans une perspective plus dynamique tenant compte des besoins actuels mais aussi prospectifs, (s'appuyer sur les enquêtes sur les séjours inadéquats en MCO).

Dans l'ensemble des régions, il s'agit de mobiliser l'offre de proximité dans des services de SSR indifférenciés, garantir un accès dans des unités non dédiées pour des aspects liés à des besoins particuliers de publics spécifiques (couples mère-enfant, adolescents).

Concernant les **charges financières** importantes liées aux coûts des traitements **antirétroviraux et au-delà pour les médicaments coûteux et innovants**, les travaux en cours concernant le futur modèle cible d'allocation des ressources fondé sur un système d'informations médico économiques, prévoient la possibilité d'un financement complémentaire des molécules particulièrement onéreuses, nécessaires notamment au traitement des personnes PVVIH. Il est prévu de mettre en place ce financement dès 2012.

ACTEURS

Pilote : DGOS.
Copilotes : DSS, DGS.
Partenaires : ARS des régions à forte prévalence.

CALENDRIER

Selon les régions, créations/renforcements en début ou fin de plan.
2011 : évaluation des besoins.
2010-2013 : adaptation, renforcement capacitaire.

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateur de suivi
Données d'activité des SSR, DOMEVIH.
Indicateur de résultats
Durées de séjours inadéquats dans les MCO.

Action T30 • Développer les prises en charges médicales en ville, en respectant les choix des usagers et les exigences de qualité

Objectif

- Développer des prises en charge thérapeutiques en ville.

Détail de l'action

Il s'agira de développer et expérimenter diverses modalités de collaboration ville-hôpital à l'échelon régional, avec un pilotage par les COREVIH et les réseaux (lorsqu'ils existent), sur la base du volontariat et selon un cahier des charges précis (allant de l'identification des acteurs à celle des bénéficiaires et des outils d'échange, de communication et d'évaluation de la qualité). Il conviendra de porter une attention particulière, dans chaque région, à la question de la primo-prescription et du renouvellement prolongé des ARV qui seront expérimentés dans un cadre strictement défini.

Le travail d'élaboration et de coordination, qu'il soit porté par un hôpital, une COREVIH, un réseau, un autre type d'association, devra être financé par l'ARS pendant un an pour la mise en place du projet.

Le soutien psychosocial existant dans le service hospitalier, et/ou le réseau, sera à disposition des patients pris en charge en ville (qui resteront donc comptés dans la file active hospitalière pour la valorisation de ces moyens).

ACTEURS

Pilote : DGOS.
Copilotes : DGS, ARS.
Partenaires : DSS, AFSSAPS, COREVIH.

CALENDRIER

2010-2011 : mises en place d'expérimentation dans des régions de haute prévalence.
2012-2014 : extension aux autres régions volontaires à partir de reproduction de procédures validées.

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateur de suivi
Nombre de COREVIH, de réseaux, de médecins engagés dans les expérimentations.

Indicateurs de résultats

- Nombre de patients pris en charge en ville.
- Qualité des prises en charge.

Action T31 • Soutenir et développer les activités de réseaux regroupant professionnels hospitaliers et autres acteurs (institutionnels, associatifs) de la prévention, du dépistage, du soutien et/ou du soin

Objectif

- Maintenir la diversité des organisations en réseau pour assurer un bon maillage territorial, avec une exigence de qualité des actions déployées.

Détail de l'action

- Évaluation et soutien aux réseaux regroupant professionnels hospitaliers et autres acteurs (institutionnels, associatifs) de la prévention, du dépistage, du soutien et/ou du soin dans le cadre des dispositifs de financement ARS existant (FIQCS, autres...).

ACTEURS

Pilote : DGOS.
Copilotes : DGS, ARS.
Partenaires :

CALENDRIER

2010 : élaboration du cahier des charges.
2011-2013 : soutiens des actions de réseaux.

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateur de suivi
Nombre de réseaux financés par cette action.

Indicateur de résultats

Actions entreprises par ces réseaux (évaluations régionales).

LIENS AVEC D'AUTRES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE

Plan hépatites 2009-2012 ; plan addictions.

Action T32 • Développer les programmes d'éducation thérapeutique et les actions d'accompagnement

Objectif

- Développer l'éducation thérapeutique et l'accompagnement dans le cadre défini par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite HPST.

Détail de l'action

- Élaboration du cahier des charges spécifique pour les programmes d'éducation thérapeutique dédiés à l'infection par le VIH/SIDA.
- Lancement des appels à projets régionaux.
- Élaboration du cahier des charges national définissant les actions d'accompagnement.
- Lancements d'appels à projets régionaux.
- Financement des programmes d'ETP : formations, créations de postes de professionnels réalisant les actions d'ETP pour les patients pris en charge (consultations de diagnostic éducatif et de soutien, séances d'éducation), frais de fonctionnement et d'évaluation.

ACTEURS

Pilotes : DGS, DGOS.

Copilote : DSS.

Partenaires : ARS, AFSSAPS, associations.

CALENDRIER

2010 : finalisation du cahier des charges général national puis du cahier des charges spécifique VIH.

2011 : mise en place et structuration des premiers projets d'ETP et actions d'accompagnement dans le cadre de la loi HPST et dernière phase du PQVMC.

2011-2013 : montée en charge pour couvrir au minimum les régions prioritaires/déploiement et évaluation.

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs de suivi

- Nombre d'actions d'ETP, dont proportion d'actions co-construites autorisées avec des associations agréées.
- Nombre d'actions d'accompagnement.
- Nombre de personnes ayant participé à une action d'ETP, année par année, par région.
- Nombre de personnes ayant participé à une action d'accompagnement, année par année, par région.

Indicateur de résultats

Taux de succès thérapeutiques, évolution des comorbidités (cf. chapitre indicateurs généraux du plan).

LIENS AVEC D'AUTRES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE

Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.

Action T33 • Veiller, par l'intermédiaire des COREVIH, à la mise en œuvre de bonnes pratiques cliniques de prise en charge

Objectif

- Améliorer et harmoniser la prise en charge des patients en bilan annuel en adaptant les objectifs et les moyens du suivi annuel à l'hôpital ou en médecine de ville.

Détail de l'action

- Mieux définir le bilan annuel de synthèse et le rythme de ses différentes composantes, en particulier les spécificités liées au sexe et les modalités de dépistage des troubles neurocognitifs.

- Aider les équipes hospitalières à le mettre en œuvre (*par la valorisation de l'activité ambulatoire, Action 22*) : les conditions de réalisation du bilan annuel de synthèse devront évoluer pour optimiser la réalisation de ces bilans annuels tout en simplifiant le parcours de soins des patients.
- Favoriser et suivre sa réalisation lors des suivis en ville (*Action 24*).
- Mettre à disposition des patients un document d'auto-suivi et de liaison pour lui permettre l'appropriation de son suivi par le patient lui-même sur des indicateurs définis avec lui.
- Mettre en place un outil de suivi national qui permettra aux COREVIH d'utiliser le taux de réalisation des bilans annuels de suivis par rapport à la file active de patients comme un indicateur de suivi de la qualité de la prise en charge pour les unités de soins de leur territoire.

ACTEURS

Pilote : DGOS.
Copilotes : COREVIH, DGS.
Partenaires : INSERM.

CALENDRIER

2010 : recommandations du groupe d'experts précisant la définition "évolutive" du bilan annuel de synthèse ; définition par les COREVIH des priorités et objectifs de réalisation.

2011 : indicateurs dans les rapports d'activité des COREVIH.

2011-2014 : expérimentations du carnet patient, par les COREVIH volontaires.

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs de suivi

Taux de réalisation des bilans annuels de synthèse et de leurs composantes :

- l'objectif de 80 % de la file active de patients ayant bénéficié de cette synthèse devant être réalisé en 2014 semble raisonnable ;

- un autre indicateur de qualité pourra être le nombre de consultations spécifiques à cette synthèse annuelle en fonction des priorités mises en avant régionalement par le COREVIH : consultation d'éducation thérapeutique et/ou d'éducation à la santé, consultation de psychologue, consultation cardiologique, consultation gynécologique et proctologique, prise en charge sociale. L'analyse de ses indicateurs en fonction de l'âge, du sexe, de la nationalité, de la région de suivi, permettra également de suivre les inégalités d'accès à la qualité afin de les réduire.

Indicateur de résultats

Fréquence de dépistages positifs (cancers, troubles neurocognitifs, pathologies cardio-vasculaires).

Source des indicateurs

Dossiers médicaux informatisés.

Action T34 • Renforcer la prise en charge "psychologique et psychiatrique" des personnes concernées par le VIH/SIDA et les IST

Objectif

- Maintenir et renforcer la qualité de la prise en charge psychologique et psychiatrique au sein d'une prise en charge globale et pluridisciplinaire dans les établissements de soins.

Détail de l'action

- Valoriser l'acte des psychologues par son inscription dans le forfait (*Action 22*) Favoriser les instances de concertation et coordination permettant de garantir une **cohérence d'équipe pluri-professionnelle**, entre les "psys" et les soignants, médecins, travailleurs sociaux, les associations ; réunions de concertation à l'échelle des services ; rencontres interprofessionnelles et groupes de travail à l'échelle des COREVIH.
- Favoriser l'identification d'un psychiatre référent de l'équipe VIH.
- Travailler avec un **psychiatre de liaison** référent dans la continuité : les COREVIH à partir d'un inventaire des collaborations entre les équipes VIH et les équipes de liaison de psychiatrie dans les établissements de leur région, proposeront que des conventions soient élaborées entre ces équipes pour développer ou renforcer ces collaborations selon les situations locales.

- Permettre aux CDAG de disposer ou faire appel à un **dispositif "psy"** : la mise en œuvre peut être différente selon qu'il s'agit d'un soutien potentiel à un CDAG hospitalier ou extra-hospitalier, disposant ou non d'un psychologue dans son équipe.

ACTEURS

Pilotes : DGOS/DGS.
Copilote : COREVIH.
Partenaires : Hôpitaux, CDAG.

CALENDRIER

2010 : bilan des moyens existants par les COREVIH.
2011 : propositions de renforcements selon l'état des lieux initial.
2012-2013 : mise en œuvre.

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs de suivi

- Nombre d'unités VIH disposant de psychologues au sein de leur équipe.
- Nombre de CDAG proposant une écoute psy, sur place ou sur orientation de proximité.
- Nombre de conventions entre services VIH et secteurs psy.

Indicateur de résultats

Nombre d'actes psy dans le DOMEVIH.

Action T35 • Promouvoir le concept de "prévention positive" (soutien à la vie psychique, affective et sexuelle des PVVIH)

Objectifs

- Réduire le risque de survenue d'IST et de transmission du VIH en améliorant la santé sexuelle des personnes vivant avec le VIH/SIDA.
- Impliquer les partenaires des PVVIH dans la prévention positive afin qu'ils détiennent le même niveau d'information et soient en capacité de gérer la prévention avec leurs partenaires séropositifs.

Détail de l'action

- Promouvoir le concept de **santé sexuelle** pour les PVVIH : élaboration d'un cahier des charges pour les formations des professionnels concernés :
 - développer un programme généralisé de formation à la "santé sexuelle" et à la diversité sexuelle et identitaire, en l'inscrivant à la formation initiale et continue des professionnels de santé pour permettre l'intégration des questions liées aux pratiques sexuelles dans le suivi médical. Intégrer dans ces formations une attention particulière aux enjeux relatifs aux VIH, IST et hépatites pour les populations LGBT et migrantes (*cf. programmes correspondants*),
 - développer la formation initiale : inscrire dans les formations universitaires (médecins, sages-femmes, infirmières) des objectifs et des programmes sur la santé sexuelle,
 - inscrire le thème dans la liste des priorités nationales des actions de formation de la fonction publique hospitalière,
 - financer et organiser des formations sur site dans les équipes hospitalières spécialisées ; éditer pour ces équipes des supports tels que des guides d'entretien,
 - financer et organiser des formations pour les médecins de ville (généralistes, pédiatres, gynécologues) ; les valoriser par des agréments FMC, EPP,
 - proposer la notion de référent dans les équipes spécialisées (en l'absence de réel spécialiste sexologue).
- Maintenir et développer la place de l'accompagnement de la sexualité dans le champ de **l'éducation thérapeutique**.

- Adapter les messages de prévention à l'individu et au contexte de sa sexualité :
 - harmoniser les représentations sur l'infection par le VIH/SIDA...
 - poursuivre l'information, la promotion et le bon usage du préservatif masculin et féminin accompagnés du gel lubrifiant,
 - informer du mésusage des préservatifs,
 - communiquer et accompagner sur les méthodes de réduction des risques sexuels : informer sur les avantages et les limites du traitement comme outil de prévention et des autres méthodes validées de RdRs ([Action 2](#)),
 - soutenir les personnes dans le dévoilement de la séropositivité et dans l'information de leur partenaire,
 - informer sur les signes de la primo-infection, encourager le recours très précoce au dépistage.
 - sensibiliser à la nécessité de faire régulièrement des examens gynécologiques, urologiques et proctologiques.
- Développer, dans les centres avec les plus importantes files actives, des **consultations de psychologues et de sexologues**.
- Développer l'accueil des **couples** dans les consultations, ainsi que le soutien aux PVVIH pour la divulgation au partenaire.
- Informer les PVVIH sur le **traitement post-exposition** possible de leur partenaire en cas d'accident de prévention et faciliter l'accès à ce traitement.
- Utiliser le **réseau des CDAG CIDDIST et Planning Familiaux**, qui ont une compétence et un accueil expert sur ces questions, pour y développer des accueils dédiés aux PVVIH, y compris pour des activités de groupe.
- Poursuivre le soutien du **travail associatif** dans ce champ : soutenir des actions mettant en place des entretiens individuels et collectifs, dans et hors des circuits de soins (éducation thérapeutique) pour promouvoir la "prévention positive" notamment pour toutes les personnes femmes et hommes homo-bisexual(le)s.
- Assurer le suivi, la cohérence et la complémentarité de toutes ces actions par un pilotage par les **COREVIH**.

ACTEURS

Pilote : DGS.

Copilotes : DGOS, DSS, ARS.

Partenaires : Directions de l'enseignement supérieur (formations initiales), INPES, URPS, associations.

CALENDRIER

2010 : élaboration du cahier des charges des formations "santé sexuelle et PVVIH".

2011-2014 : réalisation des formations

Tout au long du plan : actions intégrées des soignants dans les services de suivi ambulatoire.

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs de suivi

- Nombre de formations réalisées et de personnes formées par région.
- Évolution des programmes des formations initiales.

Indicateur de résultats

Incidence des grossesses, IVG, IST dans la FHDH.

Action T36 • Prise en charge et soutien des adolescents infectés par le VIH/SIDA : accompagnement et transition de la prise en charge pédiatrique à la prise en charge adulte

Objectifs

- Diminuer le nombre d'adolescents perdus de vue à cette phase de transition.
- Diminuer le risque d'émergence de virus résistants.
- Diminuer le risque de transmission du VIH par un suivi thérapeutique maintenu.
- Optimiser le suivi en offrant à l'adolescent un environnement adapté à ses besoins particuliers.

Détail de l'action

- Organiser les soins selon des modalités adaptées aux besoins spécifiques des adolescents afin de diminuer le nombre d'adolescents perdus de vue, le risque d'arrêt de traitement et d'émergence de virus résistants et le risque de transmission du VIH grâce à un succès thérapeutique maintenu.
- Soutenir les adolescents vivant avec le VIH/SIDA par des actions spécifiques.

Dans les grandes métropoles à forte prévalence, l'existence de lieux de soins spécifiques à l'accueil des adolescents en souffrance et le nombre d'adolescents vivant avec le VIH justifient que des **expériences pilotes de regroupement** dans ces lieux soient réalisées qui s'appuient sur les principes énoncés ci-dessus : il s'agira alors d'organiser la prise en charge globale de ces jeunes par l'équipe pluridisciplinaire de ces centres en partenariat avec les médecins spécialistes VIH, pédiatre et médecin d'adulte : ils seront "co-référents" pendant la période, en venant assurer des consultations, successivement dans le temps pour le même jeune, dans le centre dédié à la médecine des adolescents.

Dans les régions moins denses et/ou à moindre prévalence, les équipes hospitalières de pédiatrie et de suivi adulte pour le VIH pourront réfléchir à des **montages conventionnels de collaboration** qui s'appuient sur les principes énoncés ci-dessus.

L'expérience des centres pilotes des grandes métropoles doit bénéficier aux équipes plus rarement confrontées à la situation : **un guide en direction des professionnels** sera réalisé par une ou deux équipes pilotes et pourra s'appuyer sur les outils existants pour l'éducation pour la santé des adolescents.

- En complément de ces ajustements de pratiques professionnelles, il faut développer le **soutien associatif** à ces jeunes : les rencontres entre adolescents confrontés à la même expérience de vie, telles qu'elles ont déjà été organisées par des associations contribuent à l'appropriation par ces jeunes de leur parcours de soins. Leurs objectifs sont plus larges que celui lié à la question de la transition du soin. Dans le cadre de cette transition, elles apportent une approche complémentaire à la simple optimisation de l'organisation des soins. De telles rencontres doivent donc également être soutenues dans le cadre du plan.

ACTEURS

Pilote : DGS.
Copilote : ARS.
Partenaires : DGOS, Associations.

CALENDRIER

2010-2013 : mise en place de projets pilotes et de conventions.
2010-2011 : élaboration d'un guide.

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateur de suivi
Nombre de consultations de transition mises en place.
Indicateur de résultats
Succès thérapeutique dans la base hospitalière sur le sous-groupe concerné.

LIENS AVEC D'AUTRES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE

Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.

Axe 4 → Prise en charge sociale et lutte contre les discriminations

Action T37 • Appartements de coordination thérapeutique : développer la capacité de prise en charge, l'adapter aux évolutions des besoins et améliorer la qualité des pratiques

Objectifs

- Adapter la capacité d'accueil en ACT en fonction des besoins des PPVIH.
- Adapter la prise en charge aux besoins des personnes et à l'évolution de ces besoins :
 - adaptation aux besoins des publics spécifiques,
 - adaptation aux diversités régionales.
- Améliorer la qualité des pratiques des équipes intervenant en ACT.

Détail de l'action

- Évaluer les ACT, notamment au regard de l'élargissement à diverses pathologies et, de l'évolution des caractéristiques des personnes hébergées (vieillesse et vieillissement prématuré, augmentation du nombre de mères avec enfants, troubles psychiatriques...).
- Adapter la prise en charge aux besoins des publics spécifiques (personnes transgenre et personnes sortant de prison).
- Favoriser l'accueil des enfants en ACT, et accompagner les familles monoparentales dans la prise en compte de la parentalité, les projets d'ACT pour les familles.
- Mobiliser des financements pérennes pour l'accueil des familles avec enfants et l'accompagnement à la parentalité.
- Envisager une programmation de la capacité d'accueil en fonction des besoins identifiés par l'évaluation : se doter d'indicateurs permettant de prévoir ces besoins (par pathologies notamment VIH/SIDA, par situation socio-économique...).
- Adapter la création des places nouvelles en fonction des besoins en régions : incitation dans l'appel à projet annuel en ajustant les critères d'attribution afin de réduire les disparités régionales.
- Améliorer la qualité des pratiques en ACT : améliorer le recueil des données, élaborer un rapport d'activités standardisé ; développer la démarche qualité (outils pour l'évaluation interne et externe, programmes de gestion des données, enquêtes de satisfaction, indicateurs et tableaux de bord...) ; favoriser les échanges de pratiques.

ACTEURS

Pilote : DGS.
Partenaires : DGCS, DSS, DAP, FNH-VIH, SOS Habitats et soins, gestionnaires d'ACT et collectivités territoriales.

CALENDRIER

2010 : évaluation des dispositifs.
2010-2011 : rapport d'activités standardisé.
2010-2011 : évolution de la capacité dans les proportions prévues par le PQVMC.
2011-14 : évolution de la capacité en ACT en fonction des indicateurs VIH/cancer/précarité, réduction des disparités régionales.
2011-2014 : création de places pour les publics spécifiques.
2011 : financement des places accompagnants.

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs de suivi

- Réalisation d'une évaluation.
- Réalisation d'un rapport d'activité type.
- Nombre de places d'ACT.
- Nombre d'unités dédiées aux publics spécifiques (personnes transgenre, sortants de prison, familles), soit autonomes, soit au sein d'un ACT existant.
- Nombre de places pour enfants financées sur des crédits pérennes.
- Durée moyenne de séjour en ACT.

LIENS AVEC D'AUTRES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE

- Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011).
- Plan santé des détenus.

Action T38 • Faire connaître les solutions d'hébergement et de maintien à domicile sur les territoires, évaluer les dispositifs spécifiques et adapter les dispositifs de droit commun aux besoins des PVVIH

Objectifs

- Faire connaître sur les territoires les différentes solutions d'hébergement et de maintien à domicile.
- Évaluer et préserver le cas échéant les dispositifs spécifiques VIH/SIDA.
- Améliorer la prise en charge des PVVIH dans les dispositifs de droit commun.

Détail de l'action

- Élaboration et diffusion d'un annuaire ressource des différents dispositifs et services par département puis par région ou par territoire de COREVIH.
- Évaluer, préserver et développer le cas échéant les dispositifs spécifiques, notamment :
 - le programme d'aide à domicile auprès des personnes atteintes du VIH/SIDA,
 - les dispositifs créés dans le champ du VIH/SIDA (appartements relais, familles relais, lits VIH/SIDA en Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)).
- Adapter les dispositifs de droit commun aux besoins des PVVIH en prenant en compte les situations particulières des personnes transgenre, personnes détenues, personnes prostituées, femmes avec enfants...). (CHRS, centres maternels, maisons relais, lits halte soins santé (LHSS), auxiliaires de vie amenées à intervenir au domicile des PVVIH) par :
 - la formation des personnels aux spécificités du VIH,
 - l'allongement de la durée d'accueil dans ces structures pour permettre une meilleure adhésion au traitement. Si l'expérimentation des lits d'accueil médicalisé (LAM) s'avère positive, son extension répondrait à cet objectif.

ACTEURS

Pilotes : DGS, DGCS.

Partenaires : COREVIH, FNARS, DSS, DAP.

CALENDRIER

2010 : évaluation des dispositifs créés dans le champ du VIH.

2011 : annuaire ressources.

2010-2011 : évaluation PAAD.

2011-2014 : création de places pour les publics spécifiques.

2011-2014 : formation des personnels.

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs de suivi

- Nombre d'annuaires ressources.
- Réalisation d'une évaluation des dispositifs créés dans le champ du VIH.
- Réalisation d'une évaluation du PAAD.
- Nombre d'unités dédiées aux publics spécifiques (personnes transgenre, sortants de prison, familles), soit autonomes, soit au sein des dispositifs.
- Nombre de formations réalisées et de personnes formées par région ; évolution des programmes des formations initiales.

LIENS AVEC D'AUTRES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE

- Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011).
- Plan santé des détenus.

Action T39 • Faciliter l'accès, le maintien et le retour à l'emploi des personnes vivant avec le VIH/SIDA et sécuriser les parcours professionnels

Objectifs

- Sécuriser les parcours professionnels des PVVIH pendant les périodes les plus sensibles (découverte de séro-conversion, changement de traitement, mobilités internationales professionnelles) ; recherche des outils adéquats en fonction de la nature de l'emploi et du champ d'activité.
- Sensibiliser les acteurs de l'emploi (en amont et dans l'entreprise) à l'accueil d'une personne séropositive et valoriser le rôle de la médecine du travail, en complément de la mesure 10 du PQVMC.
- Prévenir les discriminations des PVVIH dans l'emploi.

Détail de l'action

Informier les PVVIH sur les possibilités et les modalités de maintien dans l'emploi

- Développer l'information sur le statut de travailleur handicapé.
- Informer les PVVIH de l'assistance/aide pouvant être délivrée par le médecin du travail, tant en termes de confidentialité que de maintien dans l'emploi.

Plusieurs outils, à actualiser le cas échéant, peuvent servir de support à cette information :

- brochure "Concilier maladies chroniques et emploi", (Arcat, 2009) ;
- guide "Maladies chroniques et emploi, témoignages et expériences", 2^e édition (Chroniques associés et Aides, janvier 2010) ;
- "Guide pratique sur l'emploi des personnes handicapées" (ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement, 2006).

Sensibiliser les acteurs de l'emploi aux pathologies chroniques, notamment à l'infection par le VIH/SIDA ; aux manifestations invisibles des handicaps qui en découlent et aux solutions existantes

Les acteurs en amont de l'entreprise

- Développer des interventions dans les **écoles de gestion de ressources humaines et dans les écoles de commerce** au titre de la diversité (ESSEC, HEC, Sciences Po...) dans des cadres inter-associatifs "handimanagement et sensibilisation au handicap" ou permettant d'exprimer les spécificités du VIH.
- Former des référents sur les spécificités des maladies chroniques invalidantes, notamment de l'infection par le VIH/SIDA dans les agences de recrutement (**Pôle emploi**) et les **agences de recrutement spécialisées dans le handicap** (Cap Emploi notamment), les fonds de collecte AGEFIPH et FIPHFP.

Les médecins, acteurs clés dans la définition d'une solution adaptée à la situation de la personne

- Intégrer aux formations des **médecins du travail** les problématiques des pathologies chroniques, notamment l'infection par le VIH/SIDA, et des handicaps qui peuvent y être associés.
- Les médecins du travail doivent jouer un rôle moteur dans la définition de solutions innovantes d'adaptation de postes ou du temps et des rythmes de travail.
- Intégrer aux formations des **médecins de l'assurance-maladie** les problématiques des pathologies chroniques, notamment l'infection par le VIH/SIDA, et des handicaps qui peuvent y être associés.
- Inciter les médecins de l'assurance-maladie à un usage plus étendu et plus fluide de la pension d'invalidité de première catégorie, compatible avec la poursuite d'une activité.

Les acteurs dans l'entreprise

• Sensibiliser les employeurs, services des ressources humaines, syndicats, comités d'hygiène de sécurité et des conditions de travail :

- aux difficultés rencontrées par les salariés confrontés à la maladie et au handicap ;
- aux manifestations invisibles des handicaps liés aux maladies chroniques ;
- aux adaptations possibles, au-delà de l'adaptation aux handicaps traditionnels, en termes de rythme de travail (Exemple : promouvoir le télétravail comme outil, de manière encadrée) ;
- aux dispositifs existants pour faciliter l'accès et le maintien dans l'emploi et à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (RQTH, Temps partiel thérapeutique, contrat de rééducation, télétravail...) ;
- à l'obligation d'emploi des personnes handicapées et à l'augmentation, en 2010, de la taxation des entreprises employant moins de 6 % de personnes handicapées.

Plusieurs outils peuvent servir de base à cette sensibilisation :

- brochure "Emploi des travailleurs handicapés. Une obligation, une diversité, des défis partagés". Arcat ;
- bulletin d'information pour les professionnels. BIP. Arcat.

Sensibiliser les employés sur la thématique de la discrimination au travail et accompagner les PVVIH qui en sont victimes

- Favoriser les actions de sensibilisation en entreprise autour l'infection par le VIH/SIDA et de la discrimination au travail.
- Soutenir les acteurs qui accompagnent les PVVIH victimes de discrimination pour porter réclamation auprès de la HALDE.

ACTEURS

Pilotes : DGS, DGT.

Copilotes : DGCS, Pôle emploi, Agefiph, Fiph, DGEFP/CNAM.

Partenaires :

- associations de lutte contre le SIDA/maladies chroniques développant des actions sur le volet emploi ;
- représentants des employeurs (MEDEF, Réseau Centre des jeunes dirigeants, Réseau d'employeurs, club d'entreprises) ;
- DRH (via l'association nationale des DRH, ANDRH) ;
- les grandes écoles (management, sciences po, commerce...) ;
- les agences de recrutement spécialisées ou non
- les syndicats salariés ;
- les CHSCT.

CALENDRIER

2010-2014

- information des PVVIH ;
- actions de sensibilisation et de formation des acteurs de l'emploi ;
- soutien aux associations.

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs de suivi

- Nombre de brochures/guides d'information diffusés en direction des PVVIH.
- Nombre de brochures/guides diffusés en direction des acteurs de l'emploi.
- Nombre de formations des médecins du travail et de l'assurance-maladie aux pathologies chroniques et handicaps qui en découlent.
- Nombre d'actions de sensibilisation contre les discriminations en entreprise.
- Nombre de PVVIH s'estimant discriminées au travail (enquêtes SIDA info service).

LIENS AVEC D'AUTRES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE,
Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011), mesure 10.

Action T40 • Favoriser l'insertion des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans l'emploi

Objectifs

- Favoriser l'inclusion professionnelle pérenne des PVVIH dans l'emploi de droit commun.
- Outiller les parcours d'insertion des personnes séropositives (meilleure utilisation des dispositifs).
- Soutenir les actions d'accompagnement des malades vers l'emploi.
- Défendre la constitution de réseaux mixtes d'entreprises, d'associations, de structures d'insertion par l'activité économique pour favoriser les passerelles vers l'emploi durable des PVVIH.

Détail de l'action

- **Développer les relations entre médecins traitants, médecins-conseils et médecins du travail, notamment pour le signalement précoce des cas de risque de désinsertion** afin d'augmenter le nombre de visites de préreprise.

Il s'agit d'une des mesures du programme de Prévention de la désinsertion professionnelle de la Convention d'objectif et de gestion 2009-2012 de la branche Accidents de travail et maladies professionnelles avec l'État et un des objectifs de la réforme en cours des services de santé au travail. La visite de préreprise, déclenchée suite à un arrêt maladie de 45 jours ou en cas d'absences répétées, est organisée pour permettre au médecin-conseil d'enclencher pendant l'arrêt de travail une démarche de maintien dans l'emploi du salarié, dont les modalités seraient définies dans un processus partagé. Cette démarche entraînerait la mobilisation à la fois de l'entreprise, du réseau de l'assurance-maladie et des services départementaux de prévention de la désinsertion professionnelle, pour permettre au salarié de reprendre une activité professionnelle dans les meilleures conditions.

- **Créer un espace de coordination dans les régions**

Impulser une réflexion pour la création d'une organisation territoriale spécialisée permettant de soutenir de manière coordonnée les actions des associations et structures développant des actions de réinsertion sociale et professionnelle des personnes atteintes d'une maladie chronique éloignées de l'emploi, réunissant différents acteurs (Conseils généraux, fonds de collecte pour l'emploi des personnes handicapées, ARS, Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE...).

- **Favoriser le développement de réseaux locaux** réunissant les acteurs de l'insertion professionnelle et de la santé (Structures d'insertion par l'activité économique, associations de lutte contre le SIDA et représentant de malades, opérateurs de la méthode Intervention offre demande, entreprises).
- **Outiller et informer le secteur de l'insertion par l'activité économique (IAE)** sur l'infection par le VIH/SIDA par la diffusion de guides, de documents d'information aux professionnels de l'IAE.

ACTEURS

Pilotes : DGCS, DGEFP.
 Copilotes : DGS, CNAM/DGT, ARS, DRJSCS, DIRECCTE, Agefiph, Fiph.
 Partenaires :
 • CNIAE, SIAE et têtes de réseau de l'IAE ;
 • association TRANSFER, promoteur de la méthode IOD ;
 • associations de lutte contre le SIDA/maladies chroniques développant des actions sur le volet emploi.

CALENDRIER

2010-2014

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateur de suivi
 Proportion de PVVIH ayant une activité professionnelle (Vespa).

Action T41 • Sensibiliser les opérateurs des prestations handicap et invalidité aux spécificités des handicaps liés au VIH/SIDA et aux maladies chroniques

Objectif

- Mieux prendre en compte les besoins des personnes vivant avec le VIH et d'autres pathologies chroniques dans les organismes publics.

Détail de l'action

- Améliorer les connaissances des professionnels des MDPH (accueil, membres des équipes pluridisciplinaires) sur les éventuelles conséquences invalidantes du VIH/SIDA et des maladies chroniques.
- **Sensibiliser et former les médecins de l'assurance-maladie**, pour lesquels il n'existe pas de référentiel formalisé pour l'évaluation de l'incapacité, aux spécificités et aux éventuelles conséquences invalidantes de l'infection par le VIH/SIDA et des maladies chroniques évolutives.

ACTEURS

Pilote : DGCS.
Copilotes : DSS, CNSA et CNAM.
Partenaires : MDPH et caisses d'assurances maladie.

LIENS AVEC D'AUTRES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE

Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011), mesure 13.

CALENDRIER

2010-2014

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateur de suivi
Nombre de formations réalisées.

Action T42 • Informer et accompagner de manière renforcée les PVVIH pour améliorer l'accès aux soins

Objectifs

- Assurer une couverture de base la plus complète possible afin d'éviter tout retard ou renoncement aux soins.
- Améliorer la prise en charge des dépenses de santé pour les personnes sans couverture complémentaire.
- Accompagner de manière renforcée les personnes pour l'activation des dispositifs.

Détail de l'action

Informier les assurés

• sur les franchises médicales et participations forfaitaires

Il existe un compteur en ligne sur Ameli.fr des franchises et participations forfaitaires, permettant à l'assuré de connaître exactement les montants qui lui ont été prélevés ou qui restent à prélever. Il convient d'améliorer et de simplifier les informations papier destinées aux assurés n'ayant pas choisi la consultation en ligne, concernant les remboursements et les frais à engager, le plus en amont possible du prélèvement.

• sur l'importance d'une complémentaire santé, même en ALD, et sur le dispositif de l'aide à la complémentaire santé.

Accompagner les PVVIH pour l'activation des dispositifs

- Accompagnement renforcé des personnes pour activer les dispositifs de droit commun (CMU, AME et accompagnement renforcé lors de transitions entre différents dispositifs).
- Soutien financier en vue d'une adhésion à une complémentaire santé (en lien direct avec le projet de soin, à défaut, en complément ou dans l'attente des fonds d'action sanitaire et sociale des CPAM).

Favoriser les partenariats entre les caisses d'assurance-maladie et les associations

Développer les permanences d'accueil des caisses dans les associations et renforcer le partenariat caisses/associations.

ACTEURS

Pilotes : DSS, CNAM, Fonds CMU, associations, caisses de sécurité sociale.

Copilotes :

Partenaires : DGS.

CALENDRIER

2010 -2014

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs de suivi

- Nombre de bénéficiaires d'une ACS.
- Nombre de PVVIH ne disposant d'aucune couverture santé.

Action T43 • Lutter contre les refus de soins

Détail de l'action

Rappeler aux professionnels de santé par des diffusions auprès des ordres national et départemental des médecins, pharmaciens et dentistes que les refus de soins ne peuvent être justifiés par l'état de santé des patients.

Rappeler leurs devoirs aux professionnels de santé par des diffusions auprès des ordres national et départemental des médecins, pharmaciens et dentistes pour lutter contre les refus de soins liés à la couverture sociale :

- rappel que les refus de soins ne peuvent être justifiés par la couverture sociale du patient ;
- obligation d'information préalable par voie d'affichage en cas de dépassement d'honoraires (avec en parallèle l'affichage des tarifs sécurité sociale) ;
- non-application des dépassements d'honoraire aux patients bénéficiaires de la CMU ;
- obligation de prendre en compte la carte vitale ;
- obligation de respecter les dispenses d'avance de frais et de pratiquer le tiers paiement ;
- inciter les médecins à se préoccuper de la protection sociale des patients dès la première consultation.

Assurer un soutien aux associations pour aider les PVVIH à déclarer les refus de soins liés à l'état de santé et/ou à la couverture sociale.

- faire connaître les dispositifs existants (HALDE et procédure de conciliation HPST) ;
- sensibiliser les PVVIH à l'importance de rendre visible le phénomène ;
- accompagner les PVVIH concernées par des refus de soins afin de signaler cette situation :
 - auprès de la HALDE,
 - selon la procédure de conciliation mise en place par la loi HPST.

ACTEURS

Pilote : DSS.
Copilotes : DGS, DGOS Ordres nationaux et départementaux des médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes.
Partenaires : CNAM, CPAM, Fonds CMU, HALDE, associations.

CALENDRIER

2010-2011 : information des professionnels.

2010-2014 : soutien des associations.

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs de suivi

- Pourcentage de PVVIH ayant fait l'objet d'une discrimination dans le domaine de la santé (Vespa 2010/SIDA info service).
- Nombre de procédures de conciliation engagées.
- Nombre de procédures de conciliation ayant abouti à une sanction.

Action T44 • Soutenir l'accompagnement des PVVIH mis en place par les associations, les réseaux, et les professionnels

Objectifs

- Sécuriser les actions d'accompagnement menées par les associations auprès des PVVIH.
- Élargir la définition des actions d'accompagnement prévues par la loi HPST à la dimension d'accompagnement social.
- Soutenir l'action des médiateurs auprès des malades.

Détail de l'action

- Privilégier les **conventions pluriannuelles** de financement des structures associatives qui accompagnent les PVVIH.
- Favoriser la mise en place de **procédures permettant le versement précoce au cours de l'année** des subventions aux associations.
- Intégrer au cahier des charges définissant les **actions d'accompagnement inscrites dans la loi HPST la notion d'accompagnement social**.
- **Former les médiateurs** socioculturels amenés à intervenir en matière de santé et les médiateurs intervenant exclusivement sur ces thématiques (voir action M2 du programme migrants)
- Soutenir **la reconnaissance des médiateurs** de santé publique.

ACTEURS

Pilote : DGS/DGCS.
Copilote : ARS.
Partenaires : ACSE, Comité interministériel des villes, DHOS, COREVIH, INPES.

CALENDRIER

2010 : élargir le cahier des charges définissant les actions d'accompagnement.

2011 : définir les missions des médiateurs.

2010-2014 : privilégier les conventions pluriannuelles et les procédures pour le versement anticipé des subventions.

2010-2014 : former les médiateurs.

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs de suivi

- Nombre de cursus de formation adressés à des médiateurs proposant un ou plusieurs modules santé.
- Nombre de médiateurs de santé en exercice par an en statut stable.
- Nombre de conventions pluriannuelles et d'associations inscrites dans une procédure de versement anticipé (au niveau de la DGS, au niveau des ARS, au niveau de l'INPES).

Action T45 • Accompagnement pré et postnatal, et prise en charge des enfants concernés par le VIH

Objectifs

- Faciliter le droit de séjour des personnes, l'accès à un hébergement ou à un logement digne, et l'orientation vers des associations de soutien et d'accompagnement pour prévenir les ruptures de traitement pendant la grossesse et les premières semaines du bébé.
- Au-delà du projet de soins, il faut permettre à ces femmes et ces familles d'élaborer un projet de vie afin d'éviter les ruptures ayant des conséquences sur l'observance du traitement et la continuité des soins, sur le lien parent/enfant ou les liens au sein du couple.

Détail de l'action

Pour les professionnels (notamment les associations)

- Sensibiliser les services des maternités (sages femmes, infirmières, gynécologues) au soutien des mères séropositives pendant la grossesse et après l'accouchement, en lien avec les services d'inféctiologie.
- Réalisation d'ateliers (santé, parentalité avec spécificité du VIH, insertion dans le circuit de la petite enfance, accès aux droits).
- Groupes de parole et soutien psychologique individuel et familial.
- Création de supports à destination des professionnels et des PVVIH (notamment pour améliorer la qualité de l'annonce pendant la grossesse).
- Formation et partage de connaissances.
- Diffusion de bonnes pratiques.

Améliorer les réponses structurelles (cf. fiches T37 et 38)

- Développer des partenariats avec certains ACT/CHRS/centres maternels.
- Favoriser le développement d'ACT mères/bébés et familles. Mobiliser les cofinancements (Collectivités territoriales et Sidaction).
- Adapter les réponses non spécifiques (CHRS, centres maternels, hôtels) aux particularités du VIH (formation, liens entre les équipes).

ACTEURS

Pilote : DGS, DGCS.

Copilote : ARS.

Partenaires : professionnels de santé et associations.

CALENDRIER

2010-2014 : actions des professionnels de santé et des associations pour accompagner les futurs parents, les parents et les enfants concernés par le VIH.

2010-2014 : améliorer les réponses structurelles.

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs de suivi

- Élaboration et diffusion de guide pour améliorer la qualité de l'annonce pendant la grossesse.
- Nombre de formations et de professionnels formés sur VIH/parentalité/enfance.
- Nombre de dispositifs d'hébergement adaptés à la spécificité mère-enfant.

Action T46 • Prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA vieillissantes et/ou en perte d'autonomie

Détail de l'action

Étudier sur la prise en charge des personnes vieillissantes vivant avec le VIH/SIDA

Identifier les caractéristiques et les besoins des personnes vieillissantes vivant avec le VIH et l'adéquation avec le système de prise en charge.

Cette étude devra permettre d'adapter la prise en charge des personnes vieillissant avec le VIH/SIDA et en perte d'autonomie dans les dispositifs de droit commun. Elle pourra donner des pistes de solutions innovantes.

Améliorer l'accès des PVVIH aux dispositifs de droit commun (EPHAD, USLD, MAS, FAM)

- **Par la formation des équipes**, à la problématique VIH, pour éviter des craintes, des rejets des demandes d'admission par peur de la transmission. Pour les professionnels paramédicaux, développer à la fois un guide et des formations organisées au niveau régional.
- **En inscrivant les antirétroviraux sur la liste des médicaments exceptionnels** dont le financement ne s'imputera pas sur la dotation globale versée aux établissements et devant couvrir les dépenses de pharmacie. En EPHAD, des expérimentations de réintégration des médicaments dans les dotations soins des établissements ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur sont en cours. L'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoit, en fonction du bilan de ces expérimentations, la généralisation de cette réintégration (circulaire n° DGAS/2C/DSS/CNSA/2009/195 du 6 août 2009).

ACTEURS

Pilotes :

- étude et évaluation : DGS ;
- formation des professionnels et guide : DGS, DGCS, CNSA ;
- groupe de travail sur les médicaments exceptionnels : DGCS, IGAS.

Partenaires : CNSA, INPES, DSS.

CALENDRIER

2010 : groupe de travail sur les médicaments exceptionnels dans les établissements à dotation globale (IGAS).

2011 : début de l'étude sur la prise en charge des PVVIH vieillissantes ou en perte d'autonomie.

2012 : élaboration d'un guide sur la prise en charge des PVVIH vieillissantes.

2010-2014 : formations.

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs de suivi

- Nombre de personnes formées et de formations réalisées.
- Nombre de guides distribués.
- Nombre de patients admis en MAS, FAM, USLD, EPHAD (dans la FHDH).

Action T47 • Offrir un meilleur accès des PVVIH et de leurs familles aux assurances et aux crédits

Détail de l'action

- Dans le cadre de la **convention AERAS**, les négociations en cours viseront à étendre aux personnes dont l'état de santé s'est consolidé, notamment les PVVIH, des conditions d'accès standard à une couverture assurantielle.
- Il conviendra aussi d'**inciter les professionnels à appliquer le dispositif** conventionnel et à informer les clients sur l'existence du dispositif.

ACTEURS

Pilotes : Direction de la sécurité sociale et Direction générale du trésor et de la politique économique.
Partenaires : banques et assurances.

CALENDRIER

2010 : renouvellement de la convention.
2010-2014 : incitation des professionnels à appliquer le dispositif et à informer les clients.

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs de suivi

Taux d'acceptation des demandes d'assurance en risques aggravés (prochain rapport triennal de la convention).

LIENS AVEC D'AUTRES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE

Plan Cancer 2009-2013, mesure 28.



Fiches Actions du programme migrants

Action M1 • Déployer et évaluer les dispositifs de communication nationaux en direction des populations migrantes

Objectif

- Améliorer le recours aux dispositifs de prévention, de dépistage et de soins des migrants.

Détail de l'action

- Assurer la visibilité des migrants parmi une population multiculturelle dans l'ensemble des actions de communication grand public relatives au VIH/SIDA/IST sur les médias tout public (grandes chaînes télévisées, panneaux d'affichage...).
- Réaliser un programme spécifique en direction des migrants via :
 - des médias communautaires (télévisions : chaînes câblées, radios africaines, maghrébines..., presse afro-antillaise...),
 - des supports permettant une diffusion en proximité par des professionnels sociaux sanitaires ou des intervenants associatifs (dvd, cd, affichettes, romans photo, brochures bilingues...).
- Évaluer la connaissance par les migrants des campagnes et leur utilisation des outils ciblés à leur attention.

ACTEURS

Pilote : INPES

Copilote : DGS

Partenaires : DGOS, COREVIH, institutionnels, professionnels de santé, anthropologues, réseau associatif "généraliste" VIH, réseau associatif migrants

CALENDRIER

2010-2014 - 2 temps forts annuels : début de l'été et 1^{er} décembre

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs de suivi

- Résultats des post-tests après chaque campagne.
- Évaluation tous les 2 ans.

LIEN AVEC D'AUTRES PLANS

- Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012
- Programme de lutte contre la tuberculose en France
- Tous les plans de santé publique sont concernés par les informations de santé globale en direction des migrants dans lesquelles s'insèrent les informations IST.

Action M2 • Faciliter l'intervention de médiateurs formés, intervenant auprès des migrants en matière d'IST/VIH/SIDA dans une approche de santé globale

Objectif

- Faciliter le recours aux moyens de prévention du VIH/SIDA/IST.

Détail de l'action

- Soutenir la reconnaissance des médiateurs de santé publique.
- Soutenir la formation de médiateurs spécialisés sur la santé :
 - appuyer l'organisation de formations diplômantes en médiation santé (universités, organismes de formation professionnelle, etc.),
 - articuler les formations des médiateurs avec des validations des acquis de l'expérience (VAE).
- Intégrer un volet santé dans tous les programmes de formation de médiateurs/agents de médiation intervenant dans les domaines sociaux et/ou culturels.
- Faciliter le recours aux médiateurs
 - informer et mobiliser les partenaires publics et privés sur l'intérêt et les modalités de recours aux médiateurs,
 - promouvoir les actions des médiateurs en santé en exercice.

ACTEURS

Pilote : DGS
Copilote : DGCS
Partenaires : ACSE, Comité Interministériel des Villes, DGOS, COREVIH

CALENDRIER

2010-2014

SUIVI ET ÉVALUATION

Nombre de cursus de formation adressé à des médiateurs de santé ou à des médiateurs socioculturels proposant un ou plusieurs modules santé.

LIEN AVEC D'AUTRES PLANS

Programme adultes-relais (Comité Interministériel des Villes)

Action M3 • Renforcer l'appropriation par les femmes migrantes des stratégies de prévention

Objectifs

- Améliorer la prévention primaire et secondaire de l'infection par le VIH auprès des femmes migrantes.
- Améliorer l'image du préservatif dans la communauté migrante et, plus largement, informer sur les risques réels liés au VIH.
- Sensibiliser les hommes aux vulnérabilités spécifiques des femmes et à l'importance du préservatif.

Détail de l'action

- Développer des programmes de réduction des risques liés à la sexualité animés par et pour des femmes migrantes (ateliers santé sexuelle, groupes de paroles...).
- Soutenir les actions de formation de femmes migrantes (personnes relais, médiateurs de santé et interprètes).

ACTEURS

Pilote : DGS
 Copilotes : DGCS, INPES
 Partenaires : réseau associatif

CALENDRIER

2010-2014

SUIVI ET ÉVALUATION

Nombre de femmes relais formées.

LIEN AVEC D'AUTRES PLANS

- Stratégies d'action en matière de contraception.
- Plan triennal pour combattre les violences faites aux femmes.

Action M4 • Inscrire la problématique santé VIH/SIDA/IST/migrants dans les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), dans les Programmes régionaux d'insertion pour les populations immigrées (PRIPI) et dans les actions prévention conduites dans les centres de premier accueil pour les étrangers précaires

Objectifs

- Informer les migrants précaires sur la prévention, le dépistage et l'accès aux soins pour les IST.

Détail de l'action

- Inscrire les thématiques santé, et notamment celles liées aux IST, dans les programmes régionaux.
- Sensibiliser/former les acteurs intervenant en matière sociale dans des centres accueillant sur les enjeux de la prévention des IST.

ACTEURS

Pilote : DGS
 Copilote : DGCS
 Partenaires : ARS, ministère chargé de l'immigration, INPES

CALENDRIER

2010-2014

SUIVI ET ÉVALUATION

Nombre de Praps et de Pripi intégrant un volet santé incluant les problématiques IST/VIH.

LIENS AVEC AUTRES PLANS

- Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012.
- Programme de lutte contre la tuberculose en France.

Action M5 • Maintenir un dispositif de diffusion gratuite de préservatifs masculins et féminins aux structures d'accueil recevant des migrants et conduisant des actions de prévention des IST

Objectifs

Faciliter l'accès aux préservatifs des publics en situation de précarité économique

Détails de l'action

- Recenser les demandes de préservatifs émanant de structures hospitalières, associatives, sanitaires et sociales.
- Assurer la réponse à ces demandes ou, le cas échéant, orienter vers d'autres possibilités d'approvisionnement

ACTEURS

Pilote : ARS
Copilotes : DGS, INPES
Partenaires principaux : ministère chargé
de l'immigration, OFII

CALENDRIER

2010-2014

SUIVI ET ÉVALUATION

Bilan annuel diffusion préservatifs gratuits INPES.

LIENS AVEC AUTRES PLANS

Plan national de lutte contre les hépatites B et C
2009-2012.

Action M6 • Lever le tabou sur l'homosexualité entre hommes et entre femmes et sur la bisexualité parmi les populations migrantes

Objectifs

- Réduire la vulnérabilité à l'infection par le VIH et autres IST des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes chez les migrants, ainsi que des femmes ayant des rapports sexuels avec les hommes, et des personnes ayant des rapports bisexuels de fait.

Détail de l'action

Soutenir les initiatives des associations qui prennent en compte les questions de l'homosexualité entre hommes et entre femmes et de la bisexualité et qui interviennent :

- auprès de la population migrante dans son ensemble par :
 - des séances de sensibilisation sur les droits humains et l'orientation sexuelle,
 - des échanges entre les associations migrantes de lutte contre le SIDA, de solidarité, et les associations d'hommes ayant des rapports homosexuels ou bisexuels,
 - des formations de membres d'associations de migrants en matière de VIH et droits humains ;
- auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, auprès des femmes ayant des rapports sexuels avec les hommes, et auprès des personnes ayant des rapports bisexuels, en milieu migrant :
 - par des séances de sensibilisation chez les migrants sur les risques liés au VIH dans les lieux fréquentés par les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes,
 - par des formations en matière de VIH et droits humains des membres d'associations des migrants susceptibles d'intervenir auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, auprès des femmes ayant des rapports sexuels avec les hommes, et auprès des personnes ayant des rapports bisexuels ;
- auprès des chercheurs pour :
 - que soient incluses des questions liées à l'orientation sexuelle chez les migrants dans les enquêtes nationales,
 - impulser une/des étude/s en sciences sociales et en épidémiologique en milieu migrant sur le VIH et IST :
 - chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes chez les migrants,
 - chez les femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes chez les migrants,
 - chez les personnes ayant des pratiques bisexuelles.

ACTEURS

Pilote : DGS
 Copilote : INPES
 Partenaires principaux : ANRS, réseau associatif

CALENDRIER

2010-2014

SUIVI ET ÉVALUATION

Nombre de séances de sensibilisation, de rencontres publiques, de recherches sur ces thématiques.

Action M7 • Développer des propositions diversifiées de tests VIH et autres IST aux migrants

Objectifs

- Réduire le retard au dépistage VIH chez les migrants ;
- Améliorer le dépistage des autres IST (notamment syphilis, chlamydiae et hépatites B) pour les migrants en provenance de pays d'endémie (Afrique, Asie, Europe de l'Est, Amérique du Sud) et réduire les complications grâce à un diagnostic précoce suivi de soins ;
- Orienter vers la vaccinale contre l'hépatite B et l'HPV, le cas échéant.

Détail de l'action

- Offrir aux migrants de nouvelles opportunités de proposition du dépistage du VIH et des autres IST, accompagnées d'une large information, tout en mettant en place un système d'assurance qualité du dispositif :
 - counselling, assisté d'interprètes professionnels dès que besoin,
 - accompagnement physique par des relais associatifs de proximité pour les démarches nécessaires après les résultats (vaccination, soins, etc.).
- Organiser des actions hors les murs des CDAG/CIDDIST dans des lieux fortement fréquentés par des migrants, avec notamment des moyens mobiles pour aller au-devant de public. S'appuyer pour ces actions sur un réseau très structuré, coordonnant les acteurs associatifs, sociaux ou médicaux qui invitent à rejoindre les sites de dépistage, les personnels des CDAG/CIDDIST, acteurs du prélèvement et de la remise des résultats, les acteurs assurant l'accompagnement éventuel ultérieur vers les structures de soins.
- Évaluer le processus et l'impact pour les modalités innovantes, notamment les actions "hors les murs", le dépistage dit "communautaire" (dans des sites non dédiés au dépistage et avec assistance de personnels non médicaux), l'utilisation de tests rapides dans certaines situations, etc.

ACTEURS

Pilote : DGS
 Copilotes : DSS, CNAM
 Partenaires principaux : ARS, Conseils généraux, DGOS, COREVIH, InVS, INPES, réseau associatif et institutionnel accueillant les migrants (Réseau des associations africaines et caribéennes de lutte contre le SIDA : RESAC, MDM, COMEDE, OFII, ASSFAM...)

CALENDRIER

2010-2014

SUIVI ET ÉVALUATION

- Nombre d'actions hors les murs/an.
- Nombre de prestations d'interprétariat pour les CDAG/CIDDIST.

LIENS AVEC D'AUTRES PLANS

- Programme de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012
- Programme de lutte contre la tuberculose en France

Action M8 • Mieux faire connaître les structures et outils d'information sur l'incitation au dépistage des IST pour les migrants en ciblant les réseaux de professionnels relais

Objectifs

- Augmenter le recours à l'offre de dépistage des IST/VIH.

Détail de l'action

- Élaborer un plan de diffusion en direction des professionnels de santé de soins primaires pour les rendre destinataires du matériel de sensibilisation aux problématiques IST/migrants, en consacrant le maximum de moyens aux structures suivantes :
 - permanences d'accès aux soins de santé (PASS) hospitalières,
 - médecins généralistes exerçant dans des sites fréquentés de manière importante par des migrants,
 - centres d'examens de santé,
 - services de gynéco-obstétrique,
 - centres de planification, PMI ;
- Mettre en place, pour ces structures, des moyens facilitant le réapprovisionnement, l'accessibilité des outils dans les structures sanitaires concernées, dans la continuité (bien au-delà de la période suivant la diffusion initiale d'un outil).

ACTEURS

Pilote : INPES

Copilotes : DGOS-DGS

Partenaires principaux : conseils généraux, établissements hospitaliers disposant d'une PASS, centres d'examens de santé, centres de planification, PMI, réseaux de médecins généralistes, réseau associatif

CALENDRIER

2010-2014

SUIVI ET ÉVALUATION

- Nombre de documents diffusés à l'attention des professionnels sanitaires et sociaux sensibilisant à l'importance du dépistage des IST chez les migrants.
- Nombre de structures participant à la diffusion de ces documents.
- Évaluer la connaissance et l'impact sur les migrants concernés des informations relayées par ces professionnels.

LIENS AVEC D'AUTRES PLANS

- Programme de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012.
- Programme de lutte contre la tuberculose en France.

Action M9 • Inscrire les thématiques prévention/dépistage des IST/VIH chez les migrants dans des programmes de formation en direction des professionnels de santé et des intervenants associatifs

Objectifs

- Augmenter le dépistage précoce du VIH/SIDA/IST des personnes migrantes et si nécessaire leur permettre une prise en charge précoce.
- Améliorer la qualité des pratiques des professionnels de santé par des informations et outils adaptés à leur pratique.

Détail des actions

- Identifier les professionnels prioritairement concernés : médecins généralistes, personnels hospitaliers (notamment les PASS), personnels des services de gynéco-obstétrique, des centres de planification, des PMI, des centres de santé municipaux, des centres d'examen de santé CPAM, intervenants associatifs dans le champ des IST/VIH/hépatites.
- Inscrire dans leur programme de formation les thématiques IST/migrants, en lien avec les réseaux ville/hôpital, les COREVIH... :
 - inclure ces thématiques dans les formations déjà existantes (initiales ou continues),
 - des séances de sensibilisation/formations spécifiques complémentaires.

ACTEURS

Pilote : DGOS
 Copilote : DGS
 Partenaires principaux : COREVIH, URCAM, URML, organismes de formation, SFLS, réseau associatif. INPES

CALENDRIER

2010-2014

SUIVI ET ÉVALUATION

- Nombre de formations, initiale ou continue, dans lesquels les thématiques IST/VIH-migrants sera inscrite.
- Nombre d'outils sur IST/migrants commandés par les professionnels ciblés prioritairement

LIENS AVEC D'AUTRES PLANS

- Programme de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012.
- Programme de lutte contre la tuberculose en France.

Action M10 • Promouvoir l'utilisation de l'interprétariat professionnel en matière de prévention et de prise en charge du VIH et des autres IST

Évaluer le dispositif expérimental existant

Faciliter l'orientation des patients vers des lieux d'apprentissage du français

Objectifs

- Améliorer la qualité et la rapidité de la prise en charge globale des migrants/étrangers ayant une mauvaise maîtrise de la langue française, en garantissant l'éthique médicale : respect du secret médical, de la confidentialité, qualité des informations transmises, recueil d'un consentement éclairé.

Détail de l'action

- Poursuivre et élargir le programme facilitant le recours à des interprètes qualifiés et formés, familiarisés avec les documents de prévention et d'information sur les principales thématiques de santé, compétents et liés par le secret professionnel.
- Inciter les équipes soignantes au recours à l'interprétariat en faisant mieux connaître les modalités de mise en œuvre d'un recours à un service d'interprètes professionnels (les modalités d'abonnement, le coût, les conditions pratiques optimales...).
- Faire connaître les pratiques et les évaluations conduites en la matière, en France ou à l'étranger (entre autres par la tenue d'un colloque sur l'interprétariat professionnel en milieu de soins).
- Prévoir une évaluation médico-économique des solutions expérimentales de recours à l'interprétariat professionnel en milieu de soins en France, permettant d'ouvrir la voie à des recommandations sur l'ensemble du territoire et d'œuvrer pour qu'existent des modalités de prise en charge financière harmonisées.
- En relais, faciliter l'orientation des patients maîtrisant mal la langue vers des structures permettant un apprentissage de la langue française.

ACTEURS

Pilote : DGS
Copilotes : DGOS - DSS - DREES
Partenaires : CNAM, ARS, CDAG/CIDDIST, COREVIH, ANRS, réseau associatif

CALENDRIER

2010 : colloque
2011 : évaluation médico-économique
2012 : recommandations nationales/harmonisation des pratiques et de la prise en charge des prestations d'interprétariat en milieu de soins
2011-2012 : formalisation d'un réseau relais permettant l'orientation rapide des patients qui le souhaitent vers des structures offrant un apprentissage de la langue française

SUIVI ET ÉVALUATION

- Nombre de participants au colloque.
- Rapport d'évaluation médico économique sur interprétariat en milieu de soins dans le cadre de la prise en charge du VIH, des hépatites et de la tuberculose.
- Publication de recommandations nationales

LIEN AVEC D'AUTRES PLANS

- Programme de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012.
- Programme de lutte contre la tuberculose en France.

Action M11 • Conduire des actions de formation interprofessionnelle (professionnels sanitaires, sociaux, administratifs) concernant les droits relatifs à la santé pour les étrangers vivant en France

Objectif

- Réduire le nombre de personnes qui renoncent à la continuité de leurs soins pour des raisons administratives.

Détail de l'action

- Soutien au développement de formations portant sur les droits relatifs à la santé pour les étrangers en France, qu'elles soient portées par des intervenants associatifs ou par des institutionnels, dans le cadre de formations initiales ou continues, ou dans un cadre de séances d'information exceptionnelles.
- Ces formations peuvent être proposées soit sous forme de séances interprofessionnelles, soit par catégories professionnelles. Les publics principalement visés sont les :
 - médecins-inspecteurs de santé publique,
 - médecins-chefs et leur équipe de la préfecture de police de Paris,
 - médecins agréés dans le cadre de la procédure des étrangers gravement malade,
 - praticiens hospitaliers,
 - agents des Caisses Primaires d'Assurance-maladie,
 - travailleurs sociaux,
 - médiateurs, agents de santé.
- Ces formations peuvent être dispensées sous forme de modules de formation classiques, valorisant l'intégration de données concrètes (vignettes cliniques, témoignages), ou sous forme interactive (type jeux de rôle, "parcours de VIH").

ACTEURS

Pilote : DGS
 Copilotes : EHSP, DGCS
 Partenaires principaux : ARS, direction de la Sécurité sociale, CNAM, ministère chargé de l'immigration, DGOS, OFII, réseau associatif

CALENDRIER

2010-2014

SUIVI ET ÉVALUATION

- Nombre de formations réalisées et nombre de personnes formées.
- Nombre de structures touchées par ces formations.
- Synthèse d'évaluation des formations.

LIENS AVEC D'AUTRES PLANS

- Programme de lutte contre les hépatites B et C.
- Programme de lutte contre la tuberculose.

Action M12 • Harmoniser, les pratiques du respect du secret médical, de non-stigmatisation et de non-discrimination des personnes atteintes de pathologie grave

Objectifs

- Permettre aux étrangers séropositifs (ou atteints de toute pathologie grave) un égal accès aux droits avec les étrangers non malades.
- Rappeler les règles opérationnelles pour chaque administration permettant de respecter la confidentialité, le secret médical.

Détail de l'action

- Mise en place d'un groupe de travail interministériel, "Santé-Intérieur-Immigration-Justice" pour établir un état des lieux des problèmes rencontrés par les personnes étrangères séropositives en matière de respect du secret médical, de stigmatisation ou de discrimination.
- Élaborer et diffuser aux services d'accueil de ces personnes des recommandations de bonnes pratiques en la matière.

ACTEURS

Pilote : DGS

Partenaires : DGOS, ARS, ministère chargé de l'immigration

CALENDRIER

- Démarrage du groupe à compter 2^e semestre 2010
- Publication de recommandations : 2011

SUIVI ET ÉVALUATION

- Publication d'une ou plusieurs notes, lettres ou circulaires rappelant les bonnes pratiques aux administrations concernées.
- Diminution des saisines concernant les difficultés rencontrées par les étrangers séropositifs vivant en France.

Action M13 • Garantir une veille sur les obstacles administratifs et sur les leviers concernant la prise en charge des personnes séropositives étrangères

Objectif

- Réduire les obstacles administratifs à la continuité des soins pour les étrangers vivant avec le VIH.

Détail de l'action

- Coordonner et mutualiser l'ensemble des remontées d'information locales et nationales (incluant l'outre-mer) concernant les leviers et obstacles qui permettent ou qui freinent l'accès à une prise en charge globale optimale des personnes séropositives étrangères. Les sources d'information sont diverses et complémentaires soit associatives, soit institutionnelles (professionnels sociaux, professionnels de santé).

Les points suivants méritent une veille particulière :

- mise en œuvre de la procédure L.313-11 11° du CESEDA (titre de séjour assorti d'un titre de travail délivré de plein droit aux étrangers gravement malades),
 - mise en œuvre du renouvellement de ces titres de séjour et de travail,
 - articulation entre les demandes de titre de séjour en raison de l'état de santé et d'autres demandes (notamment demande d'asile),
 - le cas spécifique des personnes malades en centre de rétention administrative,
 - accès à la carte de résident pour les étrangers malades,
 - accès au regroupement familial pour les étrangers malades,
 - accompagnants de personnes malades,
 - étrangers malades sous le coup de mesures d'éloignement (ITF, arrêté expulsion, assignation à résidence...),
 - ruptures de confidentialité, violations du secret médical,
 - accès rapide à une couverture maladie optimale,
 - accès aux droits sociaux (AAH...),
 - droit au travail et aux inscriptions comme demandeur d'emploi,
 - accès au logement et aux inscriptions comme demandeur de logement social ou thérapeutique.
- Établir un rapport de constats et de recommandations.

ACTEURS

Pilote : DGS
Partenaires : DGOS, COREVIH, ARS, direction de la Sécurité sociale, CNAM, ministères chargés de l'immigration, de l'intérieur, du travail et des relations sociales, DGCS ex DGAS/FUMCRA (fédération des médecins intervenant en centres de rétention administrative), représentants des médecins inspecteurs de santé publique, réseau associatif

CALENDRIER

2010-2013

SUIVI ET ÉVALUATION

- Remise d'un rapport annuel de l'instance de veille.
- Circulaires, notes ou lettres de recommandation de bonnes pratiques.
- Diminution des saisines concernant les difficultés rencontrées par des étrangers séropositifs vivant en France.

Action M14 • Actualiser les données socio-comportementales au regard des VIH/SIDA/IST pour les populations africaines, haïtiennes, maghrébines et documenter ces données pour les populations originaires d'Asie, d'Europe, d'Amérique.

Objectif

- Adapter les actions de prévention en direction des différentes populations migrantes en fonction des données socio-comportementales par rapport aux infections VIH/SIDA/IST.

Détails de l'action

- Mener des études permettant d'actualiser et d'approfondir les données sur les connaissances, comportements, attitudes, représentations relatifs aux infections VIH/SIDA/IST des migrants originaires d'Afrique subsaharienne, d'Haïti, du Maghreb.
- Soutenir les travaux permettant de documenter les connaissances, comportements, attitudes, représentations relatifs aux VIH/SIDA/IST des migrants originaires d'Asie, d'Europe et d'Amérique.

ACTEURS

Pilote : INPES

Copilotes : InVS, DGS, ANRS, INSERM, DGOS

Partenaires : DRESS, COREVIH, ANRS, réseau associatif, ministère chargé de l'immigration, OFII

CALENDRIER

2010-2014

SUIVI ET ÉVALUATION

Nombre d'études publiées.

LIENS AVEC D'AUTRES PLANS

Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012.

Action M15 • Recueillir et analyser les données VIH/SIDA/IST en lien avec l'évolution des flux migratoires

Objectif

- Anticiper et adapter les stratégies de prévention par une meilleure connaissance des liens entre flux migratoires et situation épidémiologique au regard des infections par le VIH/SIDA/IST dans ces pays.

Détail de l'action

- Recueillir et rassembler annuellement les données actualisées sur :
 - l'évolution des flux migratoires, leur répartition sur le territoire national (métropole et DOM),
 - la situation épidémiologique dans les pays d'origine au regard du VIH/SIDA/IST,
 - la situation épidémiologique en France :
 - Déclarations obligatoires : régions de déclaration, pays d'origine, âge, sexe, ancienneté ;
 - Procédure des étrangers malades : nombre de demandes (toutes pathologies confondues) par pays et par régions en France/Évaluation de la part prise par le VIH à partir des remontées par les médecins des ARS ;
- Croiser ces différentes données afin de caractériser les populations migrantes les plus concernées et décrire leur origine géographique et leur répartition territoriale en France.
- Recueillir les informations sanitaires et sociales disponibles auprès des :
 - COREVIH afin de décrire les files actives des PVVIH soignées dans les structures hospitalières,
 - associations accompagnant au plan sanitaire les populations précaires en France,
 - ONG, GIP intervenant dans les pays d'origine.

ACTEURS

Pilote : InVS
 Copilotes : ministère chargé de l'immigration, DGS, DGOS
 Partenaires principaux : ARS, COREVIH, réseau associatif, INED, INSEE

CALENDRIER

2010-2014

SUIVI ET ÉVALUATION

Une analyse annuelle.

LIEN AVEC D'AUTRES PLANS

Programme régionaux d'insertion des populations immigrées (PRIPI).



Fiches Actions du programme des populations hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, lesbiennes, bisexuel(le)s et transsexuel(le)s

Action HSH et LBT 1 • Améliorer les connaissances et les capacités des FSF et des HSH en matière de prévention du VIH et des IST

Objectifs

- Améliorer la perception du risque VIH et IST au sein de la communauté FSF et HSH, du risque communautaire en vue d'optimiser la prévention.
- Mieux connaître les scores de transmission du VIH en fonction des cofacteurs biologiques ou sociaux-comportementaux.
- Augmenter la couverture vaccinale des HSH et FSF contre les hépatites A et B.
- Prévenir les conséquences des infections à papillomavirus (HPV) chez les jeunes HSH et augmenter la couverture vaccinale des FSF contre le HPV.

Détail de l'action

- Saisir la Haute Autorité de santé (HAS) pour élaborer le score de transmission du VIH/IST évoqué dans le rapport RDRs.
- Rédiger et publier un guide/site internet des degrés de risque de transmission du VIH/IST et l'actualiser régulièrement en référence à la littérature.
- Informer les HSH et les FSF, en utilisant les médias et les professionnels de santé, pour les inciter à se vacciner contre les hépatites A et B, informer les FSF sur la vaccination HPV.
- Saisir le Haut Conseil de santé publique sur la pertinence de l'indication de la vaccination HPV chez le jeune garçon.

ACTEURS

Pilote : DGS
Copilotes : INPES, DGOS
Partenaires : HAS, HCSP

CALENDRIER

2010-2011 : saisine de la HAS, saisine du HCSP
2012 : parution du score de transmission VIH/IST par la HAS
2013-2014 : rédaction du guide d'information sur les degrés de risque de transmission du VIH et les modes de prévention

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs de suivi saisines (HAS, HCSP) et avis rendus
Indicateurs de résultats création du guide et/ou site

LIEN AVEC D'AUTRES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE

- Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012.
- Plan cancer 2009-2012.
- Stratégie vaccinale.

Action HSH et LBT 2 • Intégrer la prévention du VIH/IST dans une approche et une communication globale de la santé sexuelle pour les femmes et les hommes homo-bisexuels

Objectifs

- Améliorer les connaissances, des populations des femmes et hommes homo-bisexual(le)s sur le concept de santé sexuelle quelles que soient leur identité de genre et leur orientation sexuelle.
- Renforcer les compétences en matière de prévention VIH/IST des femmes et des hommes homo-bisexuels.

Détail de l'action

- Réaliser un guide de la santé sexuelle à deux volets FSF et HSH portant sur les pratiques homo-sexuelles, les échelles de transmission du VIH, des IST, sur l'importance du dialogue entre partenaires, sur les préventions et les contraceptions utilisées, les dépistages réguliers, le suivi médical, l'hygiène intime et les addictions.
- Éditer et diffuser ce guide à travers les réseaux associatifs, et le décliner en divers outils de prévention.
- Poursuivre la promotion des préservatifs féminins et masculins (communication grand public et ciblée) ; maintenir la diversité de l'offre en termes de canaux et de produits, et de sa distribution dans les populations les plus exposées.
- Développer des actions d'éducation en direction des femmes et hommes homo-bisexual(le)s et des populations cibles telles que les jeunes, les personnes détenues, les personnes en rupture sociale...
- Expérimenter de nouvelles techniques/moyens de communication.

ACTEURS

Pilote : INPES

Copilotes : DGS, DGOS, ARS

Partenaires : ministères de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche

CALENDRIER

2011-2012 : élaboration d'un guide sur la santé sexuelle des femmes et des hommes homo-bisexuels

2011-2014 : informations diversifiées en direction des femmes et des hommes homo-bisexuels sur la santé sexuelle

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateur de résultats

Diffusion d'un guide santé sexuelle FSF/HSH.

LIENS AVEC D'AUTRES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE

Plan santé des jeunes de 16 à 25 ans.

Action HSH et LBT 3 • Améliorer les connaissances et les capacités des Trans à se protéger et à protéger leurs partenaires par la promotion de la santé sexuelle

Objectifs

- Renforcer et adapter les actions d'éducation et de prévention en direction des Trans tout en prenant en compte la diversité des populations Trans.
- Réaffirmer les bases de la prévention du VIH et des IST et adapter l'information aux spécificités des comportements sexuels des Trans (pratiques sexuelles et anatomophysiologie des organes génitaux).
- Favoriser l'acquisition de comportements préventifs liant le respect de sa santé et la prévention du VIH et IST.

Détail de l'action

- Réaliser des actions de communication spécifiques aux Trans (pratiques sexuelles et anatomophysiologie des organes génitaux).
- Appel à projet INPES pour susciter la création d'un document spécifique pour la santé sexuelle des Trans.
- Soutenir l'élaboration par les associations communautaires de livrets, brochures d'information ou l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et des communications (NTIC).

ACTEURS

Pilote : INPES
Copilote : DGS
Partenaires : associations identitaires Trans

CALENDRIER

2010-2014 : groupe de travail
2011-2012 : appel à projet INPES
2012-2014 : programmation des actions et réalisation d'une brochure ou et site Internet en direction des populations Trans

SUIVI ET ÉVALUATION

Publication et diffusions de documents adaptés pour les Trans.

Action HSH et LBT 4 • Améliorer la prise en charge du VIH et des IST dans le cadre de la prise en charge sanitaire du transsexualisme et favoriser l'accès aux droits et aux soins des personnes Trans

Objectifs

- Proposer systématiquement et régulièrement un bilan du VIH et des IST lors des bilans hormonaux annuels au décours de la prise en charge de la réassignation sexuelle.
- Améliorer le suivi médical des PVVIH Trans et obtenir une meilleure observance thérapeutique afin de réduire la charge virale et d'éviter les effets secondaires.
- Améliorer l'état de santé général (physique et psychique) des Trans afin d'augmenter leurs compétences préventives.

Détail de l'action

- Proposer le dépistage du VIH et des IST et le coordonner ainsi que la prise en charge du VIH en cas de séropositivité, avec la prise en charge globale pluridisciplinaire en vue de la réassignation sexuelle (organisation des consultations, suivi des patients, recueil des données...).
- Favoriser l'accès aux droits et aux soins des personnes Trans PVVIH (cf. plan national, axe 5, prise en charge sociale et accompagnement des PVVIH) ainsi que l'accès à la régularisation des documents d'identité, qui est un facteur d'intégration.

ACTEURS

Pilotes : DGS, DGOS, DSS
Partenaires : HAS, CNAMTS, InVS, INPES, INSERM, ARS

CALENDRIER

2010-2014

SUIVI ET ÉVALUATION

Données du comité sur les centres de référence pour la prise en charge du transsexualisme.

Action HSH et LBT 5 • Renforcer la mise à disposition d'outils d'information et de prévention auprès des populations des femmes et hommes homo-bisexual(le)s qui fréquentent des lieux ou sites de rencontres sexuelles

Objectifs

- Mobiliser les associations de lutte contre le VIH sur des messages de prévention cohérents et évolutifs.
- Renforcer les actions auprès des personnes séropositives pour le VIH, des grands multipartenaires (plus de 20 dans les 12 derniers mois) et en fonction des lieux de rencontres (bar, *backrooms*, saunas, internet).
- Diversifier les outils de prévention et les adapter aux FSF et HSH.

Détail de l'action

- Adapter et diversifier en fonction des besoins respectifs des HSH, FSF et bisexuels l'offre d'outils d'information et de prévention (gels, préservatifs et digues dentaires) ainsi que les canaux de diffusion en fonction des lieux de rencontres identitaires ou mixtes.
- Poursuivre la mise à disposition gratuite de gels, préservatifs par l'INPES.
- Redéfinir la charte de responsabilité avec le SNEG : mise à niveau avec le label européen "Every where" et élargissement à d'autres signataires ; l'adapter aux sites de rencontres.
- Développer des interventions de prévention par le biais des sites Internet de rencontre.

ACTEURS

Pilote : DGS
 Copilote : INPES
 Partenaires : SNEG et associations

CALENDRIER

2010-2011 : réflexion sur l'évolution de la charte de prévention du SNEG
 2011 : signature de la charte

SUIVI ET ÉVALUATION

- Réunions interassociatives sur les thèmes des interventions de terrain.
- Signature de la nouvelle charte, nouvelle charte pour les sites Internet.

Action HSH et LBT 6 • Instaurer une réglementation sanitaire des établissements de rencontre (normes en matière d'hygiène et de prévention du VIH/IST)

Objectif

- Réduire les risques de transmission VIH/IST dans les lieux et sites de rencontres sexuelles.

Détail de l'action

- Étudier et édicter en partenariat avec les ministères chargés de l'Intérieur et de la Justice l'encadrement nécessaire pour imposer des obligations et normes en matière d'hygiène et de prévention dans les lieux et sur les sites de rencontres.
- Mettre en place un dispositif de contrôle et d'inspection sanitaires de ces lieux.

ACTEURS

Pilote : DGS

Copilotes : ARS, ministères chargés de l'intérieur, de la justice et de la consommation

Partenaires : SNEG, associations VIH et identitaires

CALENDRIER

2010-2011 : constitution d'un groupe de travail en vue de concevoir le dispositif législatif et réglementaire

2011-2014 : Mise en œuvre du nouveau dispositif juridique et d'un programme d'inspection

SUIVI ET ÉVALUATION

- Publication des textes juridiques nécessaires.
- % d'établissements conformes à la réglementation.

Action HSH et LBT 7 • Agir pour une meilleure acceptation des orientations sexuelles et soutenir les personnes HSH, FSF en souffrance ou victimes d'actes homophobes

Objectifs

- Réduire les discriminations et leurs conséquences (mal être, suicide).
- Améliorer le repérage et la prise en charge du mal être et des addictions.
- Prendre en charge les jeunes homosexuels(le)s en souffrance et rupture sociale.

Détail de l'action

- Poursuivre les campagnes médias sur le thème de la non-discrimination liée à l'orientation sexuelle.
- Poursuivre les actions de sensibilisation en milieu scolaire et universitaire sur le respect du choix des orientations sexuelles et des rapports de genre, et sur la lutte contre l'homophobie (Actions T3 et T4).
- Élaborer et diffuser via l'appel à projets INPES un guide spécifique sur la santé globale homosexuelle (dépistage des mal-être, des addictions, prévention des cancers, du VIH et IST).
- Sensibiliser les acteurs associatifs identitaires au repérage et à la prise en charge du mal-être et des addictions.
- Soutenir les associations et structures existantes de prise en charge et d'hébergement des victimes d'agressions homophobes, des jeunes en rupture sociale et la création, en fonction des besoins locaux, de structures nouvelles et d'espaces de parole spécifiques pour ces publics.

ACTEURS

Pilote : DGS

Copilotes : DGCS, INPES

Partenaires : ministères de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche la HALDE, associations, Ligue française sur la santé mentale (travail sur les boucs émissaires)

CALENDRIER

2011 : appel à projet

2012 : élaboration du guide sur la santé globale pour les femmes et les hommes homo-bisexuels

2013 : publication et diffusion du guide

2010-2014 : poursuite des campagnes et les actions de lutte contre les discriminations et développement d'outils

SUIVI ET ÉVALUATION

Campagnes médias réalisées, parution du guide.

LIEN AVEC D'AUTRES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE

Programme national de prévention du suicide et plan santé des jeunes de 16 à 25 ans.

Action HSH et LBT 8 • Favoriser des approches respectueuses des choix d'orientation sexuelle et rapport de genre en intervenant auprès des professionnels sanitaires et sociaux en contact avec la population des femmes et hommes homo-bisexual(le)s.

Objectifs

- Améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge par les professionnels de santé et sociaux.
- Renforcer les connaissances et modifier les représentations des professionnels à l'égard des femmes et hommes homosexuels.

Détail de l'action

- Élaborer et diffuser un guide spécifique sur la santé et la sexualité des populations LGBT à destination des professionnels sur le modèle du "Fenway Guide to LGBT Health" afin de rendre appropriables les besoins et les enjeux relatifs aux VIH, IST, hépatites pour les populations HSH et LBT en lien avec les deux guides sur la santé sexuelle et la santé globale en direction des populations LGBT.
- Intervenir auprès des représentants des ordres professionnels pour rappeler le respect et les règles de déontologie à l'égard des personnes LGBT et améliorer l'offre de soins.
- Former des professionnels aptes à intervenir auprès des femmes et hommes homo-bisexual(le)s (Action T16).
- Susciter des appels à projets/d'offre INPES et de l'association nationale de la formation hospitalière (ANFH) portant sur des formations spécifiques sur l'identité de genre et l'orientation sexuelle ;
- Développer des programmes de formation à la "santé sexuelle" et à la diversité sexuelle et identitaire, en les inscrivant dans les formations initiales et continues des professionnels de santé : diplôme universitaire et formation médicale continue (FMC).

ACTEURS

Pilote : DGOS
Copilotes : INPES, DGS, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche
Partenaires : FMC, ANFH, associations nationales

CALENDRIER

2010-2014 : étudier l'inscription dans la formation initiale des professions de santé et proposer cette thématique à la formation médicale continue (FMC) auprès de la fédération des spécialités médicales (FSM)

2010-2011 : guide de bonnes pratiques sur la santé des femmes et hommes homo-bisexual(le)s pour les soignants

SUIVI ET ÉVALUATION

Publication et diffusion du guide professionnel.

Action HSH et LBT 9 • Proposer un dépistage annuel du VIH aux HSH multipartenaires

Objectifs

- Réduire le nombre de personnes séro-interrogatives.
- Découvrir la séropositivité au stade le plus précoce (primo infection).

Détail de l'action

- Inciter les professionnels à proposer aux HSH multipartenaires un dépistage du VIH et un recours au traitement post-exposition (TPE) lors des accidents de prévention dans les différents supports de communication ("Repères pour votre pratique", sites internet des sociétés savantes).
- Communiquer auprès du public gay sur l'intérêt collectif et individuel :
 - d'un dépistage répété,
 - de consulter lors des accidents de prévention en vue d'un TPE.
- Collaborer avec l'association des médecins gays pour mobiliser les professionnels communautaires.

ACTEURS

Pilote : DGS
Copilote : DGOS
Partenaires : INPES, ARS, associations, CDAG, CIDDIST, centre de santé, professionnels de santé

CALENDRIER

2010-2011 : groupe de travail DGS avec des professionnels du dépistage du VIH
2011-2014 : élaboration des outils d'information aux professionnels

SUIVI ET ÉVALUATION

Évolution des indicateurs sur le niveau de dépistage (enquête Presse gay, Baromètre gay).

Action HSH et LBT 10 • Proposer le dépistage de la syphilis et de l'hépatite B chez les HSH

Objectif

- Dépister et traiter les IST, facteur de co-transmission du VIH.

Détail de l'action

- Inciter les professionnels à dépister les IST chez leurs patients HSH en dehors de tout contexte clinique ou notion de prise de risque ("repères pour votre pratique", Sociétés savantes).
- Améliorer le dépistage de la syphilis et du VHB en CDAG (convention avec le CIDDIST, rappel des bonnes pratiques...).

ACTEURS

Pilote : DGS
Partenaires : INPES, ARS, associations, CDAG, CIDDIST, centre de santé, professionnels de santé DGOS

CALENDRIER

2010-2011 : groupe de travail DGS avec les professionnels du dépistage
2011-2014 : élaboration des outils référentiels aux professionnels

LIENS AVEC D'AUTRES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE

Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012.

SUIVI ET ÉVALUATION

Parution des outils référentiels.

Action HSH et LBT 11 • Informer et mobiliser les FSF sur l'intérêt d'un bilan régulier des IST

Objectif

- Augmenter le recours des FSF au dépistage des IST et au suivi gynécologique.

Détail de l'action

- Informer les FSF à travers différents supports (brochures, sites internet...).
- Mobiliser les associations VIH et identitaires.

ACTEURS

Pilote : INPES
Copilote : DGS
Partenaires : associations

CALENDRIER

2011 : lancement appel à projet INPES
2012-2014 : réalisation de supports d'information

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateurs : type d'outils élaborés, post-tests.

Action HSH et LBT 12 • Définir des recommandations sur les stratégies de dépistage des IST chez les femmes et les hommes homo-bisexuels, les PVVIH et leurs partenaires

Objectif

- Améliorer les pratiques des professionnels de santé face à la diversité des comportements homo-bisexual(le)s.

Détail de l'action

- Saisir la HAS en vue de la production de recommandations concernant les stratégies de dépistage des différentes IST à mettre en œuvre vis-à-vis des HSH et des FSF (quels pathogènes, quels tests, quelle périodicité, quel counseling pour quels publics ?).
- Diffuser ces recommandations aux professionnels concernés dans un outil pratique d'aide à la décision.

ACTEURS

Pilote : DGS
Copilote : HAS
Partenaire : INPES

CALENDRIER

2010-2011 : saisine de la HAS
2012-2013 : recommandations HAS
2013 : élaboration d'un outil pratique pour les professionnels

SUIVI ET ÉVALUATION

Diffusion des recommandations HAS et élaboration d'un référentiel.

Action HSH et LBT 13 • Améliorer l'accueil des populations homo-bisexuelles dans les centres de dépistage existants et à venir, le cas échéant (CPEF, CDAG, CIDDIST et centres de santé)

Objectifs

- Augmenter le taux de recours des homo-bisexual(le)s aux CDAG/CIDDIST.
- Avoir une meilleure prise en charge des homo-bisexuels.

Détail de l'action

- Sensibiliser les professionnels médicaux et administratifs des CDAG/CIDDIST et CPEF aux enjeux de la prévention dans la population HSH et LBT pour faire évoluer leurs représentations sur les déterminants de prise des risques et adapter l'information-conseil au contexte de vie de la personne.
- Diffuser un référentiel sur le contenu de l'information-conseil à délivrer aux personnes HSH et LBT en matière de dépistage et de TPE (Action T25).
- Constituer un réseau de professionnels qualifiés et référents sur la santé sexuelle homo-bisexual(le)s en lien avec les centres de santé et de dépistage (CDAG, CIDDIST, Centre de santé, centre 190 du SIS, centre de dépistage du Kiosque).

ACTEURS

Pilote : DGS,
 Copilotes : ARS, ministère de l'Enseignement
 supérieur et de la Recherche, DGOS
 Partenaires : INPES, CDAG, CIDDIST, centre de santé,
 centre 190 du SIS, centre de dépistage du Kiosque

CALENDRIER

2010-2014 : groupe de travail et publication
 du guide référentiel counseling

SUIVI ET ÉVALUATION

- Nombre de référents en santé sexuelle LGBT.
- % de personnes LGBT consultant en CDAG/CIDDIST.

Action HSH et LBT 14 • Développer des offres alternatives de dépistage par test rapide, y compris des actions hors les murs pour les HSH

Objectif

- Permettre de coupler la connaissance renouvelée du statut sérologique à une meilleure appropriation de l'entretien et des pratiques de prévention.

Détails de l'action

- Faire évoluer le cadre réglementaire et/ou législatif pour permettre l'utilisation des TROD dans les structures associatives et médicales.
- Créer des centres de dépistage rapide par des structures associatives en direction des HSH (dépistage par les pairs préalablement formés) et inciter au développement d'actions notamment hors les murs (ex : équipes et véhicules mobiles...).
- Évaluer l'intérêt des expérimentations menées.

ACTEURS

Pilote : DGS
 Copilote : ANRS
 Partenaires : associations, CDAG, CIDDIST,
 professionnels du dépistage

CALENDRIER

2010 : évaluation des expérimentations des TROD,
 publication de l'arrêté permettant l'utilisation des
 TROD dans les structures médicales et associatives
 2011 : appel à projets national pour la création
 d'une quinzaine de centres de dépistage rapide
 en milieu communautaire

SUIVI ET ÉVALUATION

- Texte réglementaire encadrant l'utilisation des TROD.
- Évaluation des expérimentations déjà lancées (nombre de personnes participantes, évaluation de l'acceptabilité du test et de l'impact sur les stratégies préventives, impact sur prise en charge des personnes positives, impact sur les pratiques des intervenants).
- Nombre de centres de dépistage en milieu communautaire créés.

Action HSH et LBT 15 • Améliorer le dépistage de la population "Trans"

Objectif

- Renforcer le dépistage du VIH en direction des Trans :
 - l'action P6 qui vise à améliorer l'accès aux dépistages des personnes prostituées du volet personnes qui se prostituent s'adresse aussi aux personnes Trans prostitué(e)s. Cette stratégie élargie et consolide l'offre de dépistage particulièrement le dépistage hors les murs, et son accessibilité en formalisant des partenariats avec des CDAG/CIDDIST,
 - pour les Trans en période de réassignation : il est proposé lors de l'accès aux soins (Action 5),
 - pour les autres populations Trans, le dépistage relève du droit commun (programme transversal).

Action HSH et LBT 16 • Améliorer les connaissances sur des comportements liés à la sexualité des femmes et des hommes homo-bisexual(le)s et l'impact des stratégies de santé publique sur l'évolution des pratiques de prévention

Objectifs

- Suivre les comportements sexuels et préventifs des HSH grâce à différents dispositifs d'enquêtes permettant d'interroger des profils différents à partir de supports variés : presse, lieux de convivialités parisiens, Internet.
- Suivre les modes de vie et de sociabilité des HSH par le biais de ces mêmes enquêtes.
- Suivre les comportements sexuels préventifs des FSF grâce à différents dispositifs d'enquêtes qui ont fait la preuve de leur efficacité dans le milieu homosexuel masculin.
- Mieux documenter la perception, le recours et la satisfaction de l'offre de dépistage du VIH/SIDA et des IST chez les femmes et les hommes homosexuel(le)s.

Détail de l'action

- Renouveler l'enquête Presse Gay, l'étendre aux FSF avec la participation des associations communautaires et des agences sanitaires.
- Mobiliser les chercheurs sur de nouveaux projets, notamment en direction des FSF.
- Renouveler le Baromètre gay en détaillant de manière plus précise les contextes de prise de risque et des groupes de populations plus ciblés (ultramarins, beurs, blacks, jeunes migrants, groupes ayant des comportements sexuels particuliers).
- Renouveler l'enquête Prevagay, l'associer à une recherche-action couplant dépistage et prévention et étudier son adaptation en fonction de l'évolution des contextes réglementaires, de lieux diversifiés.

ACTEURS

Pilote : InVS
 Copilotes : DGS, ANRS
 Partenaires : associations, INPES

CALENDRIER

2010-2014 : groupe de travail sur les enquêtes auprès des populations LGB
 2010-2011 : renouvellement de l'EPG
 2011 : renouvellement du Baromètre gay
 2012 : adaptation du baromètre aux FSF
 2012-2014 : adaptation de Prevagay pour démultiplier des enquêtes actions en fonction de l'évolution de la réglementation ou des techniques et stratégies de dépistage.

SUIVI ET ÉVALUATION

- Enquêtes mises en œuvre.
- Publication des résultats fin 2014.

LIEN AVEC D'AUTRES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE

Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012.

Action HSH et LBT 17 • Améliorer les connaissances sur les FSF à partir d'une analyse des enquêtes existantes

Objectifs

- Avoir une première approche des comportements des FSF par rapport au VIH et aux IST, à partir de données existantes non exploitées.
- Analyser les données pour orienter les questions à inclure dans les enquêtes EPG, Baromètre gay et Prevagay (Action HSH LBT 16).

Détail de l'action

- Lancement d'un appel d'offres pour exploiter les données existantes, sur les FSF, dans les enquêtes françaises (EPG, CSF, ENVEFF, VESPA, KABP).

ACTEURS

Pilote : DGS
 Partenaires : InVS, INSERM

CALENDRIER

2011 : lancement d'un appel d'offres DGS
 2011-2012 : réalisation et publication de l'enquête

SUIVI ET ÉVALUATION

- Contrat de recherche et d'analyse signé.
- Publications et résultats fin 2012.

Action HSH et LBT 18 • Soutenir les recherches sur l'association et les risques potentiels entre les traitements hormonaux de la transition et les traitements antirétroviraux pour les personnes Trans séropositives

Objectif

- Améliorer les connaissances sur les interactions entre les traitements des PVVIH Trans et les traitements hormosubstitutifs afin de prévenir les effets secondaires, d'obtenir une meilleure observance thérapeutique.

Détail de l'action

- Saisine de l'AFSSAPS sur la question des interactions entre les traitements des PVVIH Trans et les traitements hormosubstitutifs et des effets indésirables possibles des deux types de traitements.

ACTEURS

Pilote : AFSSAPS
Copilotes : DGS, DGOS
Partenaire : COREVIH

CALENDRIER

2011 : saisine AFSSAPS

SUIVI ET ÉVALUATION

Saisine et ses conclusions.

Action HSH et LBT 19 • Améliorer la surveillance du VIH et des IST pour l'ensemble des populations des femmes et des hommes homo-bisexual(le)s dans toutes leurs diversités

Objectif

- Mieux documenter l'incidence et la prévalence des IST et du VIH pour les différentes populations des femmes et des hommes homo-bisexual(le)s à partir des systèmes de surveillance afin d'adapter les stratégies de prévention.

Détail de l'action

- Faire un état des lieux des systèmes de surveillance, des données recueillies et de celles manquantes.
- Étudier la faisabilité d'obtenir des informations complémentaires (notamment concernant les partenaires) afin d'analyser plus précisément les contextes de transmission du VIH et des IST.
- Mobiliser les professionnels appartenant aux systèmes de surveillance VIH, IST (organisation de séminaires, envoi d'informations...).

ACTEURS

Pilote : InVS
Copilotes : DGS, ANRS, INSERM
Partenaires : CDAG, CIDDIST, laboratoires volontaires, CNR

CALENDRIER

2010-2011 : groupe de travail

2011-2012 : mise en place d'outils permettant une meilleure analyse des contaminations

2012 : validation CNIL et mise en place

2013 : premiers résultats

SUIVI ET ÉVALUATION

Suivi épidémiologique plus précis pour les populations femmes et hommes homo-bisexual(le)s.

Action HSH et LBT 20 • Réaliser la synthèse des données existantes sur les Trans : enquêtes, déclaration obligatoire et élaborer des recommandations en direction de l'évolution de la DO

Objectifs

- Avoir une première approche des comportements des Trans par rapport au VIH et IST, à partir de données existantes non exploitées.
- Analyser les données pour orienter les questions à inclure dans l'enquête de prévalence chez les Trans "PrevaTrans" (Action HSH LBT 16).
- Envisager la possibilité de faire évoluer la DO en intégrant dans la notion de genre (masculin féminin).

Détail de l'action

- Appel d'offres pour exploiter les données existantes dans les enquêtes françaises sous l'angle des transsexuels.
- Mise en place d'un groupe de réflexion sous l'égide de l'InVS pour envisager l'évolution de la DO du VIH.

ACTEURS

Pilote : ANRS

Copilote : DGS

Partenaires : InVS, INSERM, DGOS

CALENDRIER

2010-2011 : résultats de l'enquête santé Trans de l'INSERM commanditée par la DGS

2011 : appel d'offres pour l'identification d'un chercheur

2011-2013 : réalisation de la synthèse, recommandation

2011 : évolution de la DO (InVS)

SUIVI ET ÉVALUATION

Indicateur de résultats

Publication des données.

Action HSH et LBT 21 • Étudier les conditions de mise en œuvre d'une surveillance de la prévalence et de l'incidence du VIH et des IST chez les Trans et suivre l'évolution des comportements sexuels en fonction des stratégies mises en place

Objectifs

- Étudier l'amélioration de la remontée des données des surveillances existantes et des enquêtes comportementales.
- Étudier la réalisation d'un baromètre Trans (répété, ciblé) sur la prévalence de l'infection à VIH, de l'hépatite C, et des addictions dans l'ensemble des groupes Trans sous la forme de "PREVATRANS" (à l'instar de l'enquête Prevagay).

Détail de l'action

- Réunir les principaux chercheurs sur ces questions afin de mutualiser les réflexions et de maximiser les retombées des données recueillies.
- Étudier les conditions de mise en œuvre d'une meilleure surveillance de la prévalence et de l'incidence du VIH et des IST chez les Trans.
- Solliciter le réseau des associations identitaires Trans pour obtenir l'adhésion et la participation des Trans à l'enquête.

ACTEURS

Pilote : InVS
Copilote : DGS, ANRS
Partenaires : INSERM, associations

CALENDRIER

2010-2011 : constitution d'un groupe expert Trans à l'InVS et étude de faisabilité du recueil statistique
2011-2013 : réalisation enquête PrevaTrans

SUIVI ET ÉVALUATION

Réalisation de l'enquête PrevaTrans et publication des résultats.

Fiches Actions du programme personnes usagères de drogues

Action UD1 • Améliorer l'accessibilité des programmes et des matériels de réduction des risques liés à la toxicomanie et les traitements de substitution aux opiacés (TSO)

Objectif

- Limiter les transmissions du VIH et des hépatites lors des pratiques d'injection.

Détail de l'action

- Promouvoir ou développer les actions allant au-devant des personnes toxicomanes (actions itinérantes : équipes mobiles, maraudes, bus...).
- Développer le partenariat avec les pharmaciens de villes et les former, en tant qu'ils constituent le premier et parfois le seul contact avec les usagers, pour la délivrance de matériels stériles en pharmacie.
- Mettre en place un partenariat avec les structures d'interprètes et de traducteurs intervenant dans le champ de la santé et les structures de prise en charge et de RDR.
- Favoriser le déploiement de microstructures au sein des cabinets médicaux (soin de proximité) : ces microstructures sont des microcentres de soins pour les patients pharmacodépendants au sein du cabinet du médecin généraliste, et réunissant un psychologue et un travailleur social qui assurent, avec lui, le suivi de ces patients.
- Adapter le maillage territorial des CAARUD et CSAPA aux besoins des territoires.

ACTEURS

Pilote : DGS

Partenaires : ARS, les médecins libéraux, les pharmaciens, les intervenants des structures de RDR locales (CAARUD, CSAPA...)

CALENDRIER

2010-2014

LIENS AVEC D'AUTRES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE

- Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012.
- Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011.

SUIVI ET ÉVALUATION

- Nombre d'équipes mobiles.
- Nombre de microstructures.
- Nombre de trousse de matériels stériles pour injection vendues et distribuées.
- Nombre de prescriptions de TSO.

Action UD2 • Réduire les risques de transmissions du VIH et des hépatites liées aux pratiques de tatouage piercing et modifications corporelles

Objectifs

- Connaître les pratiques de tatouage/piercing et modifications corporelles en dehors des boutiques professionnelles.
- Réduire les risques de contaminations VIH et hépatites par les pratiques de tatouage/piercing pour les usagers de drogues en encourageant les actions locales visant la mise en place d'actions de tatouage ou piercing propres.
- Expérimenter une politique de réduction des risques de transmission par l'accessibilité de matériel stérile de tatouage/piercing.
- Rappeler l'intérêt de la prévention de l'hépatite B par un accès effectif à la vaccination hépatite B.

Détail de l'action

- Soutenir les initiatives associatives sur les manifestations repérées comme pouvant être lieux de consommation de drogues et de pratiques de tatouage/piercing (événements festifs...) visant à l'intervention de professionnels tatoueurs perceurs déclarés en préfecture et formés, respectant les conditions d'hygiène et de salubrité pour limiter les prises de risques des usagers.
- Étudier la faisabilité de la mise en place de matériel de réduction des risques en kit stérile pour le tatouage, le perçage.

ACTEURS

Pilote : DGS
Partenaires : ARS, professionnels du tatouage/piercing, associations travaillant dans la RDR

CALENDRIER

2010-2014

SUIVI ET ÉVALUATION

Parution d'une circulaire.

LIENS AVEC D'AUTRES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE

Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012.

Action UD3 • Améliorer l'accès des femmes consommatrices de drogues à la prévention des risques sexuels et au suivi gynécologique

Objectifs

- Renforcer les capacités des femmes consommatrices de substances psycho actives à mieux prendre soin d'elles et à se protéger, dans une approche à la fois individuelle et communautaire.
- Sensibiliser les professionnels médico-sociaux et les professionnels de santé (notamment les médecins prescripteurs de traitement de substitution) aux problématiques de santé sexuelle spécifiques aux femmes (prise de risques sexuels, IST, contraception).
- Favoriser une prise en charge globale médicale psychologique et sociale.
- Développer des outils d'information et de sensibilisation.

Détail de l'action

- Documenter l'exposition aux risques des femmes usagères de drogue et les leviers permettant d'agir sur la gestion des risques (injection et sexualité) à travers un focus dans l'enquête Coquelicot (Action 1).
- Recenser les documents existant sur les thèmes femmes et addictions (constitution d'une base de données).
- Réaliser un document pour les animateurs CAARUD et les CSAPA (ou d'autres structures de soins et d'accueil des femmes consommatrices de drogues) accompagnant des femmes consommatrices de drogues et d'un document d'information en direction de celle-ci.
- Soutenir les projets associatifs prenant en compte les spécificités des femmes UD et éviter les prises de risques y compris en cas de prostitution occasionnelle.
- Inciter au rapprochement des structures spécialisées en addictologie avec des centres de planning et les CDAG/CIDDIST pour organiser des actions de dépistage du VIH, des IST (et notamment des chlamydiae) et des hépatites auprès des femmes UD.
- Inciter à la mise en place d'actions adaptées au public féminin des CAARUD et d'ateliers de prévention de réduction des risques liés à la sexualité dans les actions expérimentales d'accueil spécifique des femmes dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011.
- Faire connaître les accueils et services spécifiques "femmes" offerts par les structures par le biais des équipes mobiles de prévention (notamment pour les femmes prostituées).

ACTEURS

Pilote : DGS

Copilotes : ARS

Partenaires : MILDT, DGCS, InVS, INPES, associations dans le champ de la santé des femmes, associations de lutte contre le VIH/IST et de RDR

CALENDRIER

2010-2014

SUIVI ET ÉVALUATION

- Recensement des activités spécifiques femmes dans les rapports d'activité CSAPA, CAARUD et au travers de l'évaluation de l'ODFT du plan gouvernemental (2008-2011).

- Consultations de gynécologie/structures.

- Conventions MFPPF/structures.

LIENS AVEC D'AUTRES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE

- Fiche 3.7 du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT) 2008-2011

- Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012

Action UD4 • Dépister le VIH et des hépatites chez les UD de manière répétée et examiner les conditions d'une expérimentation du dépistage rapide du VIH (et des hépatites)

Objectifs

- Réduire le retard au dépistage VIH et à l'accès aux traitements des usagers de drogues.
- Garantir une accessibilité optimale des UD aux traitements par ARV.

Détail de l'action

- Proposer un dépistage VIH ciblé et répété tous les ans aux Usagers de drogues.
- Examiner les conditions d'une expérimentation du dépistage rapide du VIH (et des hépatites).
- Former et/ou resensibiliser les personnels de santé (surtout les infirmier/ères) appelés à faire des prélèvements sanguins chez les usagers de drogues sur les bonnes pratiques à observer pour le prélèvement sanguin chez les UDIV, sur l'écoute du patient UD et l'importance de conserver son capital veineux (partenariat entre les CDAG, CIDDIST, les associations gestionnaires de CSAPA, CAARUD et les écoles d'infirmier/ères).

ACTEURS

Pilote : DGS

Copilotes : DSS, CNAMTS, InVS

Partenaires : CDAG, CIDDIST, INPES, associations VIH et de RDR, IFSI (écoles d'infirmiers)

CALENDRIER

2011-2014

SUIVI ET ÉVALUATION

- Nombre de personnes UDIV dépistées pour le VIH et les hépatites annuellement.
- Nombre de découvertes de séropositivité pour le VIH chez les UDIV.
- Proportion de personnes UDIV séropositives dépistées pour le VIH à un stade tardif.

LIENS AVEC D'AUTRES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE

Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012

Action UD5 • Réaliser une enquête sur les risques de contamination VIH, hépatites relatifs aux différentes pratiques à risque (injection, sniff, crack fumé) parmi les UD fréquentant les structures de prise en charge et de RDR et les populations d'UD dites "cachées" (milieu festif, inséré, grande précarité,...) (Coquelicot 2010)

Objectifs

- Estimer la séroprévalence du VIH, du VHC et du VHB dans la population des usagers de drogues pouvant avoir recours à la voie intraveineuse, à la voie nasale et à la voie fumée (pour le crack) ;
- Identifier les pratiques à risque.
- Comprendre les déterminants et le contexte des prises de risque.
- Mieux documenter la vulnérabilité accrue des femmes UD en estimant la prévalence des pratiques à risque dans le domaine des risques liés à l'injection et à la sexualité, et en appréhendant le contexte social et relationnel des prises de risque chez les femmes.

Détail de l'action

- Réalisation de l'enquête ANRS-Coquelicot en 2010 comportant un volet épidémiologique et socioanthropologique.

Cette enquête sera réalisée sur 5 villes et dans l'ensemble du dispositif de prise en charge de la toxicomanie et de la RDR (haut et bas seuil) et chez les médecins généralistes prescrivant des traitements de substitution aux opiacés.

Cette nouvelle édition de l'enquête intégrera également un volet population cachée et population détenue en 2011.

Le volet épidémiologique permettra d'estimer les pratiques à risque (en lien avec l'injection, le sniff, l'usage de crack par voie fumée) dans la population des UD en structures et "hors structures" et de décrire les populations ayant eu ces pratiques dans le dernier mois (sexe, âge, statut sérologique, situation sociale,...).

Le volet socioanthropologique permettra d'appréhender le contexte dans lequel se déroulent ces pratiques à risque.

Les résultats de ces deux volets d'enquête permettront de proposer des mesures de santé publique adaptées à la diversité du rapport au risque chez les UD, selon les contextes d'exposition.

ACTEURS

Pilote : InVS

Copilotes : ANRS, CERMES3

Partenaires : DGS (pour le volet évaluation des outils de RDR)

CALENDRIER

- Contrat d'initiation en 2010
- Réalisation du terrain de l'enquête structures/MG : 4^e trimestre 2010
- Résultats préliminaires : 4^e trimestre 2011
- Réalisation du terrain de l'enquête populations cachées et population détenue : 4^e trimestre 2011
- Résultats : 4^e trimestre 2012

SUIVI ET ÉVALUATION

- Proportion d'UD ayant partagé la seringue dans le dernier mois.
- Proportion d'UD ayant partagé le petit matériel (cuiller, filtre) dans le dernier mois.
- Proportion d'UD ayant partagé la paille de sniff dans le dernier mois.
- Proportion d'UD ayant partagé la pipe à crack dans le dernier mois.
- Description des caractéristiques des populations ayant eu au moins l'une de ces pratiques à risque.

LIENS AVEC D'AUTRES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE
Mesure V-2-8 du Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012



Fiches Actions du programme personnes qui se prostituent

Action P1 • Organiser et coordonner l'offre de prévention des différents acteurs au niveau régional

Objectif

- Améliorer l'accès des personnes qui se prostituent aux actions de lutte contre le VIH et les IST par une meilleure répartition de l'offre de prévention sur le territoire national pour répondre aux nouveaux lieux et modes d'exercice de la prostitution.

Détail de l'action

- Mise en place d'une coordination régionale des associations qui mènent des actions de santé et de prévention VIH/IST auprès des personnes prostituées en vue d'établir :
 - une cartographie régulièrement actualisée de la prostitution,
 - un état des lieux des actions actuellement menées et des types de population prise en charge,
 - une réorganisation des actions en fonction de l'identification des besoins et des moyens.

ACTEURS

Pilote : DGS

Copilotes : DGCS, ARS, associations

CALENDRIER

2010-2014

SUIVI ET ÉVALUATION

Mise en place des coordinations régionales.

Action P2 • Sensibiliser les acteurs associatifs, sanitaires, sociaux et judiciaires en contact avec les personnes prostituées aux enjeux de la prévention du VIH et des IST

Objectifs

- Faire évoluer les représentations sur la prostitution de l'ensemble des acteurs au contact des personnes qui se prostituent pour lutter contre la stigmatisation, facteur d'isolement, de prise de risque et frein à l'accès à la prévention et aux soins.
- Diffuser auprès des autres intervenants le savoir-faire des associations de santé notamment (communautaires) de proximité auprès des personnes prostituées.

Détail de l'action

- Établir un partenariat entre associations agissant auprès des personnes prostituées et les autres acteurs et institutions en contact avec ce public (médecins, assistants sociaux, forces de police, magistrats...).
- Élaborer un référentiel de formation.

- Organiser de sessions d'information et de sensibilisation en direction des acteurs sanitaires, sociaux, médicaux et judiciaires par les associations de santé communautaire et de lutte contre le VIH.
- Évaluer l'impact de ces formations.

ACTEURS

Pilotes : ARS, associations
Partenaires : ministère de l'Intérieur et ministère de la Justice, collectivités territoriales, INPES

CALENDRIER

2010-2014

SUIVI ET ÉVALUATION

- Mise en place d'un référentiel.
- Nombre de sessions de formations réalisées et types de publics formés.

Action P3 • Mener une réflexion avec les services du ministère chargé de l'intérieur pour les sensibiliser aux enjeux de santé publique liés à la prévention du VIH et des IST

Objectif

- Lever les obstacles administratifs à l'accès à la prévention et aux soins des personnes qui se prostituent.

Détail de l'action

- Mener une réflexion avec le ministère chargé de l'intérieur afin que les enjeux de sécurité puissent prendre en compte les enjeux de santé publique que représente la prévention du VIH et des autres IST auprès des personnes prostituées

ACTEURS

Pilote : DGS
Copilotes : ministère de l'Intérieur, préfetures, associations

CALENDRIER

2010-2014

SUIVI ET ÉVALUATION

Action P4 • Recenser et mettre à disposition des associations et des personnes prostituées les documents et outils de prévention du VIH et des IST

Objectif

- Adapter et rendre accessibles les documents et les outils de prévention VIH/IST existants à destination des personnes qui se prostituent.

Détail de l'action

- Recensement des outils de prévention VIH/IST existants en direction des personnes prostituées en vue d'une mutualisation.
- Identification de nouveaux outils et de nouveaux circuits de diffusion.
- Conception et diversification des supports d'information et de prévention en direction des personnes qui se prostituent (Internet, journaux, téléphone portable...).
- Réflexion sur la création d'un site internet dédié pour la mise à disposition de ces documents et des outils de prévention auprès des personnes prostituées et des professionnels.

ACTEURS

Pilote : INPES
Partenaires : DGS, DGCS, associations

CALENDRIER

2010-2014

SUIVI ET ÉVALUATION

- Recensement des documents et outils d'information existants.
- Nouveaux outils créés.

Action P5 • Communiquer et agir auprès des clients

Objectif

- Augmenter les connaissances des clients en matière de prévention des risques liés à la sexualité pour réduire les demandes de rapports non protégés, diminuer les contaminations et les sensibiliser au respect des personnes prostituées.

Détail de l'action

- Recenser, évaluer les actions menées et proposer une méthodologie d'intervention auprès des clients dans certains lieux notamment (ex : foyers de travailleurs migrants, lieux de sexualité récréative comme les établissements échangistes, les milieux libertins et sur Internet).
- Expérimenter des interventions pilotes et évaluer leur impact sur la perception et l'attitude des clients à l'égard des personnes prostituées et sur leurs connaissances et comportements préventifs vis-à-vis du VIH et des IST (dépistage, TPE).

ACTEURS

Pilote : DGS
Partenaires : DGCS, Associations, INPES

CALENDRIER

2010-2014

SUIVI ET ÉVALUATION

Nombre d'actions concernant les clients et évaluation.

Action P6 • Élargir et consolider l'offre de dépistage (particulièrement le dépistage hors les murs) et son accessibilité en formalisant des partenariats avec les structures de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des IST

Objectifs

- Améliorer le dépistage du VIH et des autres IST, ainsi que la couverture vaccinale de l'hépatite B, pour les personnes qui pratiquent la prostitution pour permettre une prise en charge rapide par les structures de soins.
- Rendre possible un dépistage régulier des personnes qui se prostituent.

Détail de l'action

- Organisation de partenariats des associations de santé auprès des personnes prostituées avec les CDAG/CIDDIST les plus proches notamment des lieux de prostitution afin de :
 - sensibiliser ces structures aux problématiques spécifiques des personnes prostituées,
 - adapter, au niveau du fonctionnement (renforcement du personnel, plages horaires plus souples) et par l'organisation d'actions hors les murs, les modalités de dépistage VIH/IST/VHB à cette population,
 - permettre une prise en charge rapide des personnes des personnes dont le dépistage se révélerait positif.
- Étude des conditions de faisabilité, du dépistage rapide avec les associations de santé de proximité auprès des personnes qui se prostituent pour faire face à des situations des situations exceptionnelles (inaccessibilité des structures par exemple).

ACTEURS

Pilote : DGS
Copilotes : DSS, CNAMTS
Partenaires : ARS, conseils généraux, DGOS, COREVIH, réseau associatif spécialisé dans les actions de santé auprès des personnes prostituées et/ou des publics précaires

CALENDRIER

2010-2014

SUIVI ET ÉVALUATION

Nombre d'actions hors les murs par an.

Action P7 • Réaliser une recherche-action sur les modalités de prostitution sur Internet pour élaborer des approches préventives adaptées à ce média

Objectifs

- Mieux cerner la diversité et l'ampleur de ce phénomène pour affiner la typologie des personnes qui se prostituent via ce média et leurs clients.
- Documenter ces nouvelles pratiques pour élaborer des stratégies de prévention adaptées (spots, forums...).
- Mieux connaître les attitudes, les comportements et les connaissances en matière de prévention (VIH/IST, dépistage, TPE) des personnes qui se prostituent via Internet.

Détail de l'action

- Susciter et soutenir par appel d'offres des projets de recherche-action sur la prostitution formelle et informelle (explicite/implicite) sur Internet permettant d'identifier les différentes pratiques (petites annonces, sites d'"escort", sites d'agences, sites de rencontres, sites personnels...).
- Analyser les risques spécifiques à la prostitution sur Internet, les modalités de recours à la prévention notamment pour les personnes qui ne s'identifiant pas à des prostituées professionnelles et/ou ne se présentant pas comme telles peuvent avoir des difficultés à imposer des relations protégées.
- Élaborer des actions de prévention à la forme et aux contenus adaptés à la prostitution via internet (dont des actions communautaires d'auto support via des forums d'échange, les "tournées virtuelles" de prévention) et à la diversité des pratiques et des personnes (incluant notamment des prises de contacts avec les gestionnaires des sites pour faire figurer des messages de prévention).
- Documenter les clients de cette nouvelle prostitution et faire de la prévention au sein de leurs communautés.

ACTEURS

Pilote : DGS
Partenaires : INPES, DGCS, INSERM, ANRS, InVS, associations

CALENDRIER

2011-2012

COÛT ESTIMÉ PAR ANNÉE

SUIVI ET ÉVALUATION
Publication du rapport.

Action P8 • Réaliser des enquêtes quantitatives et qualitatives sur les personnes qui se prostituent et les personnes qui pratiquent des échanges économique-sexuels en Martinique, à la Réunion et à Mayotte et examiner leur situation au regard du VIH et des IST

Objectifs

- Déterminer les facteurs expliquant les conduites sexuelles à risque dans le milieu de la prostitution : Martinique, Réunion, Mayotte.
- Identifier les lieux de prostitution classique et occasionnelle.
- Décrire les connaissances, les attitudes, et les pratiques des personnes prostituées en matière d'IST et de VIH/SIDA (KABP).
- Décrire les caractéristiques démographiques, sociales, migratoires des personnes prostituées et de leurs clients.

Détail de l'action

- Réalisation d'un état des lieux par territoire concerné.
- Réalisation d'enquêtes qualitatives par territoire.
- Publication des résultats.

ACTEURS

Pilote : DGS

Partenaires : DGCS, INPES, InVS, associations, ARS

CALENDRIER

2010-2014

SUIVI ET ÉVALUATION

Résultats des enquêtes pour les 3 territoires.

Annexe 2

Glossaire

A

- AAH** : Allocation adulte handicapé
- ACS** : Aide à la complémentaire santé
- ACT** : Appartements de coordination thérapeutique
- AERAS** : S'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé
- AFD** : Agence française de développement
- AFSSAPS** : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
- AGEFIPH** : Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées
- ALD** : Affection longue durée
- AMM** : Autorisation de mise sur le marché
- ANAES** : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
- ANRS** : Agence nationale de recherche sur le SIDA et les hépatites
- AME** : Aide médicale d'État
- ARS** : Agences régionales de santé
- ARV** : Antirétroviraux

C

- CAARUD** : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues
- CD4** : Récepteur membranaire identifiant et donnant leur nom aux Lymphocytes T CD4+ ou Lymphocytes auxiliaires
- CDAG** : Centre de dépistage anonyme et gratuit
- CDAPH** : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
- CIDDIST** : Centre d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles

- CIRE** : Cellule interrégionale d'épidémiologie
- CED** : Commission européenne des droits de l'homme
- CHRS** : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
- CNGOF** : Collège national des gynécologues et obstétriciens français
- CNP** : Comité national de pilotage
- CNSA** : Caisse nationale pour la solidarité et l'autonomie
- CMU** : Couverture maladie universelle
- CMP** : Centre médico-psychologique
- CMU-C** : Couverture maladie universelle complémentaire
- CNAM** : Caisse nationale de l'assurance maladie
- CNOM** : Conseil national de l'ordre des médecins
- CNS** : Conférence nationale de santé
- CNS** : Conseil national du Sida
- COREVIH** : Coordination régionale de lutte contre l'infection à VIH
- CPAM** : Caisse primaire d'assurance maladie
- CPEF** : Centre de planning et d'éducation familiale
- CSAPA** : Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
- CT** : Chlamydia trachomatis
- CR** : Complément de ressources
- CRIPS** : Centre régional d'information et de prévention SIDA
- CRSA** : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
- CSP** : Code de la santé publique

D

- DFA** : Département français d'Amérique
DGCS : Direction générale de la cohésion sociale
DGEFP : Direction générale de l'emploi et de la formation professionnelle
DGOS : Direction générale de l'organisation des soins
DGS : Direction générale de la santé
DGT : Direction générale du travail
DO : Déclaration obligatoire
DOM : Département d'outre-mer
DSDS : Direction de la santé et du développement social
DSS : Direction de la sécurité sociale

F

- FIPH** : Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
FHDH : French Hospital Database on HIV (Base de données Hospitalière Française sur l'infection à VIH)
FSF : Femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes
FtM : Abréviation anglo-saxonne : "Female to Male" individu initialement féminin en cours de réassignation en tant qu'être masculin

G

- GIP ESTHER** : Groupement d'intérêt public - Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau

H

- HAS** : Haute autorité de santé
HAART : Highly Active Antiretroviral Therapy
HCSP : Haut conseil de la santé publique
HPV : (voir PVH)
HPST : Hôpital patients santé territoires (loi)
HSH : Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

I

- IDF** : Île-de-France (région)
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS : Institut de veille sanitaire
IRESP : l'Institut de recherche en santé publique
IST : Infections sexuellement transmissibles
IVG : Interruption volontaire de grossesse

K

- KABP** : Knowledges, Attitudes ; Beliefs and Practices (connaissances, attitudes, croyances et comportements)

L

- LGBT** : lesbiennes, gays, bisexuels et transsexuels

M

- MAS** : Maisons d'accueil spécialisé
MDPH : Maisons départementales des personnes handicapées
MILDT : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et toxicomanies
MVA : Majoration pour la vie autonome

O

- ONDAM** : Objectifs nationaux des dépenses assurance maladie
ONUSIDA : Programme commun des Nations unies sur le VIH SIDA
OMS : Organisation mondiale de la santé
ORS : Observatoire régional de santé

P

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur (région)

PI : Pension d'invalidité

PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse

PLFSS : Projet de loi de financement de la sécurité sociale

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

PQVMC : Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques

PRS : Programme régional de santé

PVH : Papillomavirus humain

PVVIH : Personnes vivant avec le VIH

R

RESIST : Réseau IST

RQTH : Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

S

SDFE : Service des droits des femmes et de l'égalité

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

SSR : Soins de suite et de réadaptation

T

TDR : Test de dépistage rapide

TROD : Test rapide d'orientation diagnostique

U

UDIV : Usagers de drogues par voie intraveineuse

V

VESPA VIH : Enquête sur les personnes atteintes

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

Annexe 3

Documents de référence

Rapports, Avis

- Rapport de l'IGAS relatif à l'ANNEXES d'août 2010
- Rapport du groupe d'experts présidé par le Pr Yeni relatif à la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH de juillet 2010
- 18^e conférence internationale sur le SIDA (Vienne 2010)
- Rapport de l'expertise collective de l'INSERM, "réduction des risques chez les usagers de drogues" de juillet 2010
- Rapport public annuel de la Cour des Comptes 2010
- Rapport de la mission confiée à M^{me} France Lert et au Pr Gilles Pialoux "RDRS - prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST" (décembre 2009)
- Avis du conseil national du SIDA (CNS) sur la lutte contre le VIH aux Antilles (juin 2008), sur l'intérêt du traitement antirétroviral (ARV) comme outil de prévention (avril 2009), sur le VIH/handicap, emploi (septembre 2009)
- Rapport de la Haute autorité de santé (HAS) sur les modalités de réalisation du dépistage de l'infection par le VIH (1^{re} partie octobre 2008) et sur les stratégies de dépistage (2^e partie octobre 2009)
- Rapport de la HAS sur l'évaluation *a priori* du dépistage de la syphilis en France (2007)
- Rapport de l'ANAES relatif à l'évaluation du dépistage des infections urogénitales basses à Chlamydia trachomatis en France (2004)
- Rapport de l'ANAES relatif à l'évaluation de l'intérêt de la recherche des papillomavirus humains (HPV) dans le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus (2004)
- Avis du HCSP en date du 9 mars 2007 relatif à la vaccination contre les papillomavirus humains 6, 11, 16 et 18
- Résolution du Parlement européen du 20 novembre 2008 sur le VIH/SIDA
- Communication de la commission au parlement européen, au conseil, au comité économique et social européen et au comité des régions relative à la lutte contre le VIH/SIDA dans l'union européenne et les pays voisins, 2009-2013
- Bilan du plan national de lutte contre le VIH/SIDA 2005-2008
- Évaluation par Ernst and Young du programme national de lutte contre le VIH/SIDA en direction des étrangers/migrants vivant en France mis en œuvre depuis 2004 (2007)
- Le point sur l'épidémie de SIDA dans le monde - décembre 2009 téléchargeable en version anglaise pdf : http://data.unaids.org/pub/Report/2009/2009_epidemic_update_en.pdf

Circulaires

- Circulaire n° DGS/SD6A/2005/443 du 30 septembre 2005 relative aux avis médicaux concernant les étrangers atteints par le VIH, émis dans le cadre de l'application de l'article L.313-11 11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile
- Circulaire n° DGS/SD6A/DGOS/E2/2006/250 du 8 juin 2006 relative à la prise en charge des patients migrants/étrangers en situation de vulnérabilité, infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dans les établissements de santé
- Circulaire n° DGS/RI2/2007/383 du 23 octobre 2007 relative à la politique nationale de prévention des infections par le VIH et les IST en direction des patients migrants/étrangers
- Instruction n° DGS/MC1/RI2/2010/297 du 29 juillet 2010 relative aux procédures concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves

Sur l'ensemble des textes législatifs et réglementaires concernant les étrangers gravement malades, se reporter au Guide pratique destiné aux professionnels "Migrants/étrangers en situation précaire - Prise en charge médico-psycho-sociale" du Comede, édition 2008, téléchargeable sur le site de l'INPES par le lien suivant :

http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/sida/guide_comede/guide_comede.asp

Études abordant les thématiques VIH/migrants

- Une étude de grande envergure a été conduite par l'Inpes en 2005 sur près de 2000 personnes d'origine africaine résidant en Île-de-France¹. Elle apporte des informations très intéressantes sur les connaissances et les idées fausses en matière de modes de transmission du VIH, sur les stratégies de protection mises en œuvre, sur les connaissances en matière de traitements. L'étude montre que les femmes ont une plus faible connaissance du VIH en général, et qu'il y a une forte corrélation entre le niveau d'études et le niveau de connaissance sur le VIH.
- Une importante recherche action² conduite par l'association Uraca présente en miroir des paroles de patients et de soignants qui concordent sur les points suivants : une acceptation meilleure du diagnostic et des perspectives d'avenir existent aujourd'hui ; néanmoins, de grandes difficultés sociales et administratives compromettent toujours l'efficacité de la prise en charge ; par ailleurs, un grand isolement, des comportements d'auto-exclusion, des dépressions sont toujours prégnants et justifient plus que jamais une prise en charge multipartenariale nécessitant du temps, par des soignants sensibilisés aux questions interculturelles et par des médiateurs associatifs essentiels pour l'accompagnement dans la durée du parcours de soin. Les histoires de vie des personnes séropositives permettent de comprendre que, malgré une bonne information théorique sur le VIH, domine en pratique le *"on ne croit que ce que l'on voit"*, ce qui confirme l'importance des témoignages des personnes séropositives en matière de prévention primaire.

1. "Les populations africaines d'Île-de-France face au VIH/SIDA. Connaissances, attitudes, croyances et comportements" sous la direction de Nathalie Lydié. Études santé, éditions INPES, juin 2007.

2. URACA : "Être africain et malade du SIDA à Paris en 2009", Recherche Action de l'Uraca, déc. 2009, consultable en ligne sur le site www.uraca.org.

- L'étude réalisée par le CREDES³ sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH ayant une mauvaise maîtrise de la langue française confirme la nécessité d'un accompagnement renforcé - utilisation de l'interprétariat professionnel à développer - à certains moments clefs de la prise en charge : annonce de la séropositivité, démarrage ou changement d'un traitement, voyage au pays d'origine, moments de crise particuliers... La barrière linguistique est un des freins importants pour établir une communication de qualité entre le patient et l'équipe médico-sociale, ce qui peut avoir un impact sur la compréhension de la maladie et sur sa prise en charge par le patient (traumatisme lié au diagnostic d'origine, non-observance, incompréhension des tenants et aboutissants des consultations, de l'adoption de comportements préventifs, etc.).
- Une étude présentée par l'association Cabiria en collaboration avec l'association Grisélidid⁴, portant sur les actions les plus efficaces en matière de prévention concernant les personnes exerçant la prostitution, valide, en matière de prévention primaire et d'accompagnement vers les soins précoces, une intervention par les pairs ou des professionnels en grande proximité, a fortiori dans un contexte de précarité administrative et sociale qui est le cadre de vie le plus fréquent des personnes étrangères exerçant la prostitution en France : à partir d'une étude de terrain comparative entre 4 villes (Lyon, Toulouse, Rennes, Paris), l'étude fait apparaître un phénomène récent : la crainte des arrestations, les nouvelles formes de prostitution par Internet, aboutissent à un isolement très grand qui éloigne des lieux d'informations et donc des comportements de prévention. Pour créer ou à maintenir un lien permettant que les personnes prostituées adoptent des démarches préventives (port du préservatif, négociation de rapports protégés...), s'engagent vers le dépistage et les soins, il faut des actions coordonnées de santé communautaire disposant de moyens suffisants : interventions dans la durée disposant d'un temps suffisant, équipes mobiles composées d'intervenants formés, médiatrices culturelles, en partenariat avec les professionnels socio-sanitaires, réseau de structures souples de santé de proximité...
- Quelques études qualitatives, plus anciennes, portent sur certaines populations précises, mais souvent avec des effectifs limités⁵. Elles fournissent des éléments sur les connaissances et comportements face au VIH ; elles concourent à montrer la diversité des connaissances et comportements, non seulement en fonction du pays d'origine et de la communauté d'appartenance, mais aussi en fonction du parcours migratoire.
- Peu de données existent sur la déperdition éventuelle, évoquée par des acteurs de terrain, entre dépistage et prise en charge. Toutefois dans une étude conduite en région parisienne⁶, la médiane relevée entre le diagnostic et la prise en charge est de 15 jours, avec un effort local important à travers un réseau actif.

3. CREDES : "Étude sur la prise en charge des migrants infectés par le VIH, ayant des difficultés dans l'expression française courante", février 2009.

4. "État des lieux des actions de prévention VIH auprès des personnes prostituées : étude préliminaire sur Toulouse, Lyon, Paris, Rennes" présentée par l'association Cabiria en collaboration avec l'association Grisélidid, sous la direction de Françoise Guillemaut, décembre 2008.

5. OMI/SIS : "Les freins au dépistage du VIH chez les populations primo migrantes originaires du Maghreb et d'Afrique subsaharienne de l'Ouest", 2002 - "Connaissances et freins en matière de dépistage du VIH/SIDA chez les primo migrants originaires d'Haïti et du Surinam (Bushinengue) vivant en Guyane", 2003 - "Les freins au dépistage du VIH chez les populations primo migrantes originaires d'Europe de l'Est, du Sri Lanka (tamouls) et de Chine", 2003.

URACA : "Communautés africaines et SIDA : mythes et réalités" / "Les communautés africaines face à l'actualité du SIDA en 1998" / "Hommes et femmes du Cap Vert face au SIDA" / "Les bêtés de Côte d'Ivoire entre tradition et modernité" / "Maladie et SIDA en pays Dendi".

6. BEH n° 1/2003 : Les nouveaux consultants pour une infection par le VIH dans un hôpital du Nord des Hauts de Seine - Mortier and al, janvier 2003.

- Plusieurs études publiées mettent en évidence une relative similarité en matière d'efficacité des traitements entre les migrants et les non migrants, à niveau socio-économique équivalent, mais ces questions restent à mieux documenter, notamment dans le champ des autres IST que le VIH, particulièrement pour les publics les moins francophones :
 - une enquête INSERM sur la situation sociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA et les réponses apportées par le système de soins et les services sociaux⁷ fait apparaître que, parmi les migrants pris en charge en milieu hospitalier spécialisé, la proportion de personnes traitées et la régularité du suivi sont égales à celles des patients français à état d'avancement égal de la maladie ;
 - l'étude IPPOTHES⁸, réalisée en 2001 sur "femmes et observances", conclut qu'il n'y a pas de corrélation entre l'observance et la nationalité ni le niveau d'études. En revanche, le cumul de plusieurs éléments de vulnérabilité (absence de travail et/ou de logement, antécédents psychiatriques, conduites addictives : alcool, toxicomanie) est un facteur de mauvaise observance au traitement ;
 - l'enquête RETARD⁹ met également en évidence l'importance de la précarité des conditions de vie, de l'isolement social et relationnel qui font de l'hôpital un relais indispensable dans la prise en charge médicale et sociale de la maladie, y compris dans la conduite d'actions de prévention via des réseaux de proximité pour favoriser une maîtrise par les personnes de leurs conduites de santé.
- Le rapport d'évaluation externe du précédent programme national VIH/migrants, remis en juin 2007 par la société Ernst & Young, et le rapport sur le dépistage de l'infection par le VIH en France (octobre 2009) convergent sur la nécessité de programmes et de campagnes de prévention des IST ciblées en direction des migrants, indiquant que la forte visibilité qu'ils permettent n'a suscité aucun phénomène de discrimination et a permis une appropriation par les publics concernés ainsi que la mobilisation de moyens par les décideurs locaux.

Autres ressources

- Catalogue des documents pour les professionnels de la santé, du secteur social et du monde associatif travaillant auprès des populations migrantes, des populations des Antilles, de la Guyane et de la Réunion, et de la population générale (Inpes, 2008).
- Catalogue présentant à la fois les documents d'information pour le professionnel et ceux destinés aux migrants ou domiens, en français ou en documents bilingues. À commander gratuitement à l'INPES ou téléchargeable en pdf : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1080.pdf>

7. Enquête sur la situation sociale des personnes vivant avec le VIH SIDA et les réponses apportées par le système de soins et les services sociaux, INSERM U 88 et U 379, F. Lert and al., décembre 2001.

8. Femmes et observance des traitements dans l'infection à VIH. Enquête réalisée par le groupe français IPPOTHES sur un échantillon de 528 patientes, 2002.

9. "Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne en accès tardif aux soins pour le VIH : données de l'enquête Retard, France, nov. 2004-août 2004", M. Calvez, C. Semaille, F. Fierro, A. Laporte : BEH n° 31/2006, juillet 2006.

Annexe 4

Les dispositifs d'hébergement, de logement, de soutien et d'intervention¹⁰

Les dispositifs médico-sociaux

Les appartements de coordination thérapeutique (ACT) – circulaire DGS/DGAS/DSS/2002/551 du 30 octobre 2002. Les ACT "hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical. Fonctionnant sans interruption, de manière à optimiser une prise en charge médicale, psychologique et sociale, ils s'appuient sur une double coordination médico-sociale devant permettre l'observance aux traitements, l'accès aux soins, l'ouverture des droits sociaux et l'aide à l'insertion sociale".

Les lits halte soins santé (LHSS) – circulaire DGS/SD1A/2006/47 du 7 février 2006
Les LHSS offrent une prise en charge médico-sociale temporaire (de deux mois maximum) à des personnes sans domicile qui ont besoin de soins ne nécessitant pas d'hospitalisation. Dans les faits, certains LHSS gardent les patients pendant, 4 ou 5 mois, le temps qu'ils acceptent le traitement ARV par exemple. Mais les solutions d'aval sont ensuite très précaires : 115, quelques nuits d'hôtel, voire retour à la rue.

Les lits d'accueil médicalisés (LAM) – arrêté du 20 mars portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur des personnes en situation de précarité
Les LAM permettent aux personnes majeures atteintes de pathologies chroniques de pronostic plus ou moins sombre de recevoir, en l'absence de domicile et d'impossibilité de prise en charge adaptée dans les structures de droit commun, des soins médicaux et paramédicaux ainsi qu'un accompagnement social adaptés. Cette expérimentation a été mise en place suite à une évaluation des LHSS qui a montré que 35 à 40 % de ces lits étaient occupés de façon chronique par une population extrêmement marginale atteinte de pathologies chroniques sombres qu'aucune structure ne prend en charge parce que trop jeune et/ou trop désocialisée.

10. Voir aussi :

- le rapport du groupe d'experts dirigé par le Pr Yeni 2008, pp. 377, 380 ;
- le Guide des dispositifs d'hébergement et de logement adapté, DGAS-DGALN, septembre 2008.

Les dispositifs médico-sociaux pour personnes handicapées

Les maisons d'accueil spécialisées (MAS) - article R311-1 du Code de l'action sociale et des familles.

Les maisons d'accueil spécialisées reçoivent, sur décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, des personnes adultes qu'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave ou une association de handicaps intellectuels, moteurs ou sensoriels rendent incapables de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de l'existence et tributaires d'une surveillance médicale et de soins constants. Les maisons d'accueil spécialisées doivent assurer de manière permanente aux personnes qu'elles accueillent l'hébergement, les soins médicaux et paramédicaux ou correspondant à la vocation des établissements, les aides à la vie courante et les soins d'entretien nécessités par l'état de dépendance des personnes accueillies, des activités de vie sociale, en particulier d'occupation et d'animation, destinées notamment à préserver et améliorer les acquis et prévenir les régressions de ces personnes.

Les Foyers d'accueil médicalisés (FAM)

Cette catégorie d'établissement médico-social accueille des adultes gravement handicapés, mentalement ou physiquement, dont la dépendance les rend inaptes à toute activité à caractère professionnel, et rend nécessaire l'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants, ou qui, en dehors du besoin de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels, ont besoin d'un soutien et d'une stimulation constante, ainsi que d'un suivi médical et paramédical régulier.

Ces structures ont vocation à prendre en charge les résidents à temps complet, toutefois, pour un nombre limité de places, elles peuvent pratiquer soit l'accueil de jour permanent, soit l'accueil temporaire.

Les dispositifs relevant du social

Les maisons relais accueillent des personnes isolées socialement et peu autonomes, sans limitation de durée. L'admission des personnes séropositives y est théoriquement possible mais en pratique très restreinte.

Les résidences sociales offrent une modalité de logement collectif pour des personnes en difficulté sociale et/ou économique pour un mois renouvelable, sans limitation de durée mais une vocation d'accueil temporaire.

Les occupants de ces logements, dont l'occupation peut être durable, versent une redevance ou un loyer et ont un statut d'occupation.

Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) accueillent des personnes ou des familles qui connaissent de graves difficultés, notamment économiques et sociales. Ils accueillent de manière temporaire (bilan tous les six mois) ces personnes et leur permettent de réaliser des projets d'insertion.

Les Centres d'hébergement d'urgence (CHU) accueillent, aussi longtemps qu'une solution durable n'est pas trouvée (article 4 de la loi DALO) les personnes sans-abri.

Les centres maternels accueillent des femmes avant ou après leur accouchement, mais refusent parfois les femmes séropositives.

Les dispositifs spécifiques VIH développés à titre expérimental

Les appartements relais - circulaire DGS/DGAS du 17 juin 1993¹¹

Créés au début des années 90, leur objectif initial consistait à permettre à des personnes malades du SIDA, précarisées et en fin de vie d'être accompagnées dans des conditions de logement décentes et humaines. L'arrivée des trithérapies et l'évolution de la maladie ont fait évoluer la mission des appartements relais. Ils ont d'avantage pour vocation aujourd'hui d'accompagner les personnes dont les préoccupations de santé sont externalisées mais qui ont besoin d'un accompagnement social. Une enquête en cours commandée par la DRASSIF met en avant l'utilité de ce dispositif dans la chaîne des solutions d'hébergement. Les appartements relais répondent aux besoins des personnes à un moment de leurs parcours de santé et d'insertion, en proposant une formule plus souple que les ACT et permettant à la personne d'être plus autonome. Cette solution est aussi moins onéreuse que le dispositif ACT. Aujourd'hui, les appartements relais conservent un statut expérimental et demeurent financés sur des crédits non pérennes.

Les familles relais VIH - Note d'information DGAS/2C/2005/283 du 15 juin 2005 relatif à l'accueil par des particuliers, à leur domicile et à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées. Dans certaines régions, des associations ont mis en place un réseau de familles d'accueil ou familles relais VIH. Les accueillants sont indemnisés, bénéficient d'une formation et de l'encadrement médical nécessaire. Reposant également sur diverses sources de financement (crédits Sidaction, GRSP...), ce dispositif semble peu développé en France.

Les lits VIH en CHRS

Les nuits d'hôtel

Les dispositifs de soutien ou d'intervention

Les services d'accompagnement à la vie sociale-SAVS et Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés-SAMSAH - décret n° 2005-223 du 11 mars 2005

Constitués d'une équipe pluridisciplinaire, ils visent à contribuer au projet de vie des personnes adultes handicapées. Le SAMSAH apporte en sus du SAVS la dispensation et la coordination des soins médicaux et paramédicaux à domicile, un accompagnement et un suivi médical et paramédical en milieu ordinaire de vie.

Il existe deux SAVS accueillant spécifiquement des personnes atteintes de maladies chroniques, notamment VIH en Île-de-France (coordonnés par Aides et Arcat).

Le programme d'aide à domicile auprès des personnes atteintes du VIH/SIDA (PAAD) - circulaire DGS 96/10 du 8 janvier 1996

Destiné à des personnes atteintes du VIH/SIDA dont l'état de santé ne nécessite pas une hospitalisation mais qui présentent une dépendance importante dans l'accomplissement des actes de la vie courante, et par conséquent, une difficulté pour continuer à vivre à leur domicile, dispositif vise à éviter les hospitalisations liées à l'impossibilité pour des malades de subvenir aux besoins de leur vie quotidienne, à favoriser les sorties de l'hôpital après les phases de traitement intensif, à permettre la continuité et la coordination des soins à domicile. Il a vocation à intervenir en urgence, à titre

11. Circulaire DGS n° 45 du 17 juin 1993 relative au renforcement des actions de l'État dans le domaine de la lutte contre l'infection à VIH.

transitoire, dans l'attente que la personne accède aux dispositifs de droit commun. Il comporte des interventions d'aide à la vie quotidienne (ménage, alimentation, soutien moral) assurés par des organismes employeurs. Ce dispositif est coordonné par un tiers à l'association prestataire, qui fait le lien entre le patient et le dispositif, évalue les besoins, suit et soutient les intervenants. Les aides à domicile sont formées régulièrement, rencontrent le coordonnateur deux heures chaque mois et bénéficient d'un soutien psychologique par un intervenant qualifié. L'État prend en charge intégralement les coûts de formation, de coordination, de fonctionnement du dispositif, de même que la régulation et le soutien psychologique nécessaire. La participation de l'État aux prestations d'aides ménagères varie, quant à elle, de 50 à 80 % selon les possibilités locales de mobilisation des cofinanceurs (Conseils généraux et organismes de sécurité sociale).

En fonction depuis plus de dix ans, le PAAD a largement démontré ses plus-values : réactivité, accessibilité financière pour les patients, souplesse d'accès, une entité coordinatrice faisant la liaison entre le patient et les associations prestataires, le soutien psychologique et la formation des intervenants.

Néanmoins, les ARS s'interrogent aujourd'hui sur la légitimité à financer des prestations, reposant pour des raisons historiques sur des cofinancements ARS, collectivités, caisses (dépenses de personnel et de fonctionnement), et ce d'autant plus qu'elles coexistent avec des dispositifs de droit commun de l'aide à domicile : dispositifs pour les personnes reconnues handicapées (SAMSAH, SAVS, Prestation compensation handicap, aide sociale départementale en faveur des personnes handicapées), dispositifs en faveur des familles (CAF, ASE), dispositifs en faveur des personnes âgées (Allocation personnalisée d'autonomie, aide sociale départementale, action sociale des caisses de retraite)...

De même, le passage dans le droit commun de certains bénéficiaires de l'aide à domicile VIH, et notamment dans des dispositifs d'aide à domicile financés par les Conseils généraux, conduit ceux-ci à se désengager du financement de l'aide à domicile VIH.

Par ailleurs, l'approche par pathologie des questions d'aide à domicile, et le fait que ce dispositif soit réservé à des personnes ayant le VIH, est discutée.

Enfin, dans son rapport 2008, le groupe d'experts du Pr Yeni fait un bilan très contrasté du PAAD : demandes non satisfaites dans des délais convenables ; difficultés de fonctionnement ; critères d'admission hétérogènes ; *turn-over* important du personnel ; des coûts de gestion parfois disproportionnés.

Annexe 5

Composition du comité de pilotage d'élaboration du plan

Membres du comité de pilotage

Présidé par la sous-direction Prévention des risques infectieux (RI) à la DGS :

CUBAYNES Marie Hélène, BESSA Zinna, FALIU Bernard, CATE Laurence : DGS-RI2

NOM	ORGANISME
ANDREO Christian	Association AIDES
ANDREOS Maria	Association Diagonale IDF
ARSAC Philippe	Société française de lutte contre le SIDA (SFLS)
AUDEBRAND Richard	Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche Sous-direction de l'égalité des chances et de la vie étudiante
BALDISSER Madame	CRIPS Île-de-France
BARBIER Christine	COREVIH représentante - DRASS IDF
BENKOUCHA Cynthia	Association AIDES - groupe femmes
BERARD Alain	COREVIHV
BERDOUGO François	Collectif interassociatif TRT5
BERICHI Soraya	Haut commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté Direction de la jeunesse
BLUZAT Lucile	INPES
BOISSEAU MERIEU Béatrice	Ministère de la Santé et des Sports - DGS Sous-direction Santé Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques - Bureau MC1 - Santé des populations
BOURDILLON François	Société française de santé publique
BROSSEAU Michelle	Ministère de la Santé et des Sports Direction de l'hospitalisation et organisation des soins (DHOS)
CHATEAU Emmanuel	Association Act Up Paris
COGNET	Ministère de la Justice - DAP/PMJ2

NOM	ORGANISME
COSTAGLIOLA Dominique	INSERM - Unité 943 - Épidémiologie stratégies thérapeutiques et virologie clinique dans infection VIH
COTHENET Jean-Charles	Ministère de l'Agriculture et de la Pêche - Direction générale de l'enseignement et de la recherche
COUTERON Jean-Pierre	Association ANITEA
CRUVEILLIER Catherine	CNAMTS
DAUPHIN Marie-Laure	Ministère de l'Outre-mer et des Collectivités territoriales Déléguée à l'outre-mer - SPP/DCSSEC
DE GALARD Dominique	Ministère de la Justice - Direction de l'administration pénitentiaire (DAP)
DEBRE Patrice	Ambassadeur chargé de la lutte contre VIH/SIDA et maladies transmissibles
DELEBARRE Coraline	Association le Kiosque
DESCHENES Marianne	AFSSAPS
DEUGNIER Dominique	Mission interministérielle lutte contre la drogue et la toxicomanie - (MILDT)
DEVAUX Christian	Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche Direction générale pour la recherche et l'innovation
DI PALMA Raphaëlle	Association FNH-VIH et Association Diagonale IDF
DIXNEUF Marc	Association Sidaction programme associatifs France
DONZEL Anne-Claire	Ministère de la Justice - Direction de l'administration pénitentiaire (DAP)
DORE Véronique	Agence nationale de recherche sur le SIDA et les hépatites (ANRS)
FORGEOT Danièle	Ministère de la Justice DPJJ-SDK2 - Pôle santé
GENON Clothilde	Association Sida Info Service
GERHART Catherine	INPES
GIAMI Alain	Personne expert - INSERM U 822
GUERIN Anne	Association UNALS et ARCAT
HATTE Jean-François	Ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi Mission Emploi travailleurs handicapés
HOUSSEAU Bruno	INPES
KAPUSTA PALMER Catherine	Association Interassociative femmes et VIH
LAFONT Elisabeth	Conférence des DRASS Pilote des PRSP
LALLEMAND Céline	Agence nationale de recherche sur le SIDA et les hépatites (ANRS)
LE BAIL Jonas	Association Act Up
LE MOAL Mikael	Ministère de la Santé et des Sports - Direction de l'hospitalisation et organisation des soins (DHOS E2)
LE QUANG Eve	Ministère de l'Agriculture et de la Pêche Sous-direction des politiques de formation et d'éducation
LIMBOURG Andréa	INPES
LYDIE Nathalie	INPES
MANDELBROT	Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)
MARTIN Jérôme	Association Act Up
MATHIOT Pierre	Conseil national du Sida (CNS)

NOM	ORGANISME
MBIRIBINDI Romain	Association Afrique Avenir
MECHALI Denis	CDAG - Hôpital Saint-Denis
MEUNIER Dominique	Association ANITEA
MORGENSZTEJN Nathalie	AFSSAPS
MUSSO Sandrine (Excusée)	Personne expert
NARBONI Félicia	Ministère de l'Éducation nationale - Direction générale de l'enseignement scolaire - Direction générale de l'enseignement scolaire
ODOUL-PIROUE Sandrine	Ministère de l'Outre-mer et des collectivités territoriales Délégation générale à l'outre-mer - Service politique publique - Département cohésion sociale
PIALOUX Gilles	Personne expert
RAIMONDEAU Jacques	Ministère de la Santé et des Sports - Direction générale de la Santé (DGS)
REDON Pascale	Ministère de la Santé et des Sports (DGS) - Sous-direction Santé, Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques - Bureau MC2 - Pratiques addictives
ROCHE PINTEAUX Florence	Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité - Service des droits des femmes et de l'égalité
SALGON Martine	Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité - Service des droits des femmes et de l'égalité
SCHEMANN Jean-François	Ministère de l'Immigration, de l'Intégration, de l'Identité nationale et du Développement
SEMAILLE Caroline	InVS
SIMON Arnaud	Association AIDES - responsable prévention
STAHL JP	Société pathologie infectieuse de langue française (SPILF)
STISSI Mireille	Ministère de la Justice DPJJ-K3 - chef de bureau - Sous-direction Méthodes et actions éducatives
TOULLIER Adeline	Association observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE)
UGIDOS Antonio	CRIPS Île-de-France
VIAUD Frédérique	Association Sidaction
VILDE Jean-Louis	Association Chrétiens et Sida
YENI Patrick	Personne expert
ZALAY Marion	Ministère de l'Agriculture et de la Pêche - Direction générale de l'enseignement et de la recherche

Membres du groupe de travail "Jeunes : population générale"

Pilote

DELATOUR Frédérique : DGS-RI2

NOM	ORGANISME
AUDEBRAND Richard	Ministère de l'Éducation nationale - MESR-DPESIP C1
BARBIER Christine	DRASS Île-de-France
BERARD A	COREVIH - Comité national
BLUZAT Lucile	INPES
CATEL Pierrette	Conseil national des missions locales
CHARBONNEAU Mélanie	Sidaction - prévention jeunes
COTHENET Jean-Charles	Ministère de l'Agriculture
DESCHENES Marianne	AFSSAPS
FALIU Bernard	DGS-RI2
FAVIER Carine	MFPF
GIAMI Alain	INSERM
GOULET Véronique	InVS
GRUSON David	Haut commissariat à la jeunesse
HUBAULT V	Ministère de la Justice (DPJJ)
KERGUTUIL Gaël	LMDE
KUHN AF	CNAMTS
LALLEMAND Céline	ANRS
LAVIN Lionel	DGS-MC1
MANDELBROT Laurent	Collège national des gynécologues et obstétriciens français
MARTIN Jérôme	Act Up Paris
NARBONI Félicia	Éducation nationale (DGESCO)
OHAYON Michel	SIS
PIQUET Eliane	DRASS Lorraine
PORTAL Marie	USEM - USEM chargé de mission prévention jeunes
RICARD Emmanuel	SFSP
ROSCOAT Enguerrand	INPES
SELLY Fabrice	AIDES
SEMAILLE Caroline	InVS
SERVANT Anne-Marie	DGS-MC1
TISSERAND Pierrette	DGAS-3 ^e SD - personnes handicapées
TROUSSIER Thierry	DGS-RI2
UGIDOS Antonio	CRIPS IDF
VAUGELADE Cécile	AFSSAPS
	Société française de lutte contre le SIDA (SFLS) - ARCAT-UNALS

Membres du groupe de travail "Femmes : population générale"

Pilotes

CONNAN-CLARK Joëlle : DGS-RI2

DELATOUR Frédérique : DGS-RI2

BENKHOUCHA Cynthia : AIDES

KAPUSTA Catherine : collectif interassociatif Femmes et VIH

NOM	ORGANISME
AUBERE Christine	Collectif interassociatif femmes et VIH
BENKHOUCHA Cynthia	AIDES
BOISSEAU-MERIEAU Béatrice	Direction générale de la santé : MC1
CABA Diane	IKAMBERE
SHABOU Amina	FTCR santé
CHIBANI Rachida	Sidaction
CHEDRU Marie-France	MILDT
COUBARD Jennifer	Sidaction
DIX NEUF Marc	Sidaction
FREUNDLICH Hélène	Sida Info Service
GUERIN Anne	ARCAT
HEYRAUD Émilie	Service des droits des femmes et de l'égalité
KAPUSTA Catherine	Collectif interassociatif femmes et VIH
PAUTI Marie Dominique	Médecins du monde
MARTZEL Aurélie	INPES
RODRIGUEZ-DAMIAN Émilie	Service des droits des femmes et de l'égalité
MANDELBROT Laurent	CNGOF

Membres du groupe de travail "Personnes atteintes - Soins : population générale"

Pilote

MICHON Christophe : DGS-RI2

NOM	ORGANISME
AUBERT Jean-Pierre	Médecin généraliste, réseau Paris nord
BARBIER Christine	DRASS Île-de-France
BARBIER Franck	AIDES
BECK-WIRTH Geneviève	Médecin des hôpitaux, Mulhouse
BENTZ Laurence	COREVIH PACA Est
BERDOUGO-LEBLANC François	TRT5
BOUCHARLAT Anne	Drass Rhône-Alpes
BOURDILLON François	Société française de santé publique
BROSSEAU Michelle	DHOS
DELLAMONICA Pierre	CHU de Nice, COREVIH PACA Est
DESCHENES Marianne	AFSSAPS
FETTER Anny	DRASS Lorraine
FOURAN PERALTA Séverine	Action traitement
GUERIN Anne	ARCAT-UNALS
KAPUSTA Catherine	Collectif interassociatif femmes et VIH
LALLEMAND Céline	ANRS
LE MOAL Mikael	DHOS
LE PALEC, Annie	SIDA Info Service, TRT5
L'HUILLER Cécile	Act Up Paris (coordinatrice soins PVVIH)
MARTIN Jérôme	Act Up Paris
MORGENSZTEJN Nathalie	AFSSAPS
MORTIER Emmanuel	COREVIH IDF Ouest - Hôpital Louis-Mourier (92)
PHALIP Le Besnerais	Comité SIDA sexualité
PIQUET Eliane	MIR Drass Lorraine
SIMON Anne	Hôpital Pitié-Salpêtrière, Société française de lutte contre le SIDA (SFLS)
TAERON Corinne	ARCAT
HOEN Bruno	CHU Besançon, Société de pathologie et d'infectiologie en langue française (SPILF)
YAZDANPANAH Yazdan	CHU Lille, COREVIH Nord-Pas-de-Calais
YENI Patrick	Hôpital Bichat, COREVIH Île-de-France nord

Membres du groupe de travail "Personnes atteintes - aspects sociaux : population générale"

Pilotes

DANIAULT Katell : DGS-RI2

VIAUD Frédérique : Sidaction

NOM	ORGANISME
ALBUCHER Dominique	Hôpital Foch Suresnes AS
ANDREOS Maria	Association Diagonale IDF - coordinatrice logement
BARBIER Christine	DRASS IDF
BARREAUX Laurent	Association Dessine-moi un mouton
BONNINEAU Alain	FNH-VIH
CABA Diane	ASS IKAMBERE - coordinatrice logement
CELSE Michel	CNS- rapporteur
CERVERA Melaine	Université Marne-la-Vallée emploi - ressources et prestation sociale
COCHARD Jacques	DGEFP - Mission emploi travailleurs handicapés
DIX NEUF Marc	Sidaction
ERAULT Chantal	DGAS - Bureau vie autonome
GAZEAU Marie-Christine	Association Dessine-moi un mouton
GILBERT Pascale	CNSA - Direction de la compensation de la perte d'autonomie
GROSSET Marie	Ministère de la Justice - Bureau droits sociaux et environnement
GUERIN Anne	ARCAT & UNALS
HUBAULT Mélanie	Solidarité SIDA
HUGUENY Sonia	Association Dessine-Moi un mouton
KOCK Jean-Philippe	Aides - coordinateur "Emploi ressources et prestations sociales"
LAMIAUX Jean-Michel	CNSA - Direction de la compensation
LARCHER Pierre	DGAS - Bureau politique prévention insertion et accès aux droits
LE GUNEHEC Francis	Ministère de la Justice - bureau législation pénale générale
LE HUITOUZE Corinne	Sidaction
L'HUILLIER Cécile	Act Up Coordinatrice emploi ressources et prestation sociales
LOSTE Laïla	Chroniques associées
MARS Bruno	Bureau établissements de santé et MS (DSS)
MBIRIBINDI Romain	Afrique Avenir
NGALEU Hortense	Association SOLENSI - coordinatrice logement
OLIVEIRA Luisa	Mission marché du travail (DGEFP)
PERRET Marie-Laurence	Agefiph
PIERRET Nathalie	Sidaction - Mission emploi
PORTAL Stéphanie	Bureau cancers, maladies chroniques et vieillissement (DGS) - PQVMC

NOM	ORGANISME
POTTE-BONNEVILLE Laurence	SOS
TASSARD Christophe	DSS - Bureau CMU et prestations de santé
TISSOT François-Noël	Pôle Emploi - Mission handicap
TOULLIER Adeline	AIDES - coordinatrice accès aux soins
VILLA Magali	DGT - Bureau conditions de travail et organisation prévention professionnelle
WANNEPAIN Marie-Odile	CNAF - Direction des politiques familiale et sociale

Membres du sous-groupe de travail "Personnes en situation de handicap"

Pilotes

DELATOUR Frédérique : DGS-RI2

SELLY Fabrice : AIDES

NOM	ORGANISME
BLUZAT Lucile	INPES
CEINOS Roser	Société française de lutte contre le SIDA (SFLS)
FAVIER Carine	MFPF
GIAMI Alain	INSERM
GRUSON David	Haut commissariat à la jeunesse
IDIARD CHAMOIS Béatrice	Sage-femme
KAIL Bénédicte	Association des paralysés de France
KUHN AF	CNAMTS
LALLEMAND Céline	ANRS
NARBONI Félicia	Éducation nationale (DGESCO)
PATUREAU Jacqueline	DGAS - 3 ^e SD
RODRIGUEZ-DAMIAN Emilie	SDFE
ROSCOAT Enguerrand	INPES
SALGON Martine	Service des droits des femmes et de l'égalité (SDFE)
SELLY Fabrice	AIDES
SERVANT Anne-Marie	DGS-MC1
TISSERAND Pierrette	DGAS - 3 ^e SD - personnes handicapées
TOUAMI Dalila	MFPF
UGIDOS Antonio	CRIPS IDF
	ARCAT-UNALS
	Association française contre la myopathie
	Association HANDIVOL

Membres du groupe de travail "Personnes migrantes et étrangères"

Pilotes

CHARDIN Catherine – RI2 : coprésidence / représentante DGS

KOFFI Kouadjo – Aipes Lyon- coprésidence / représentant des associations

MECHALI Denis – Hôpital Delafontaine-93 – coprésidence / représentant des professionnels de santé

WLUCZKA Marc – OFII – coprésidence / représentant des administrations (hors DGS)

NOM	ORGANISME
AUERBACH-CHIFFRIN David	Tjenbe Rêd
BANTSIMBA Aimée Keta	Bondeko
BASTIEN Fanny	Marie-Madeleine
BIARE Emilie	Comede
BRUCKER Gilles	GIP Esther
BRUNOT Alain	DDASS 75
CHIBANI Rachida	Sidaction
COULIBALY Abdoulaye	Asedos/Ifafe
DIANZEKA Elisabeth	Bondeko
DIARRA Mamadou	Urac
DOOGHE	Asedos
EBOKEYA Marie-Claire	Bondeko
FAMIDA Ali	Asedos/Ifafe
FLEURY Françoise	Comede
FOFANA Ibrahim	Urac
GARCIA Florence	Cabiria
GNABALY Aïssatou	Urac
GORLIER Aurore	Marie Madeleine
GUERIN Anne	Arcat - Unals
HENOCQ Marie	Cimade
KAPUSTA-PALMER Catherine	Inter associatif femmes et VIH / Planning familial
KERN Thierry	OFII
LARCHER Pierre	DGAS
LOT Florence	INVS
LUMINET Béatrice	DDASS 69

NOM	ORGANISME
LUMINET Béatrice	DDASS 69
LYDIE Nathalie	Inpes
MAA-MARCHAND Damarys	Ifafe
MBIRIMBINDI Romain	Afrique Avenir
MELE FOSSI Antoinette	Bondeko
MESSAOUDI Fatma Zohra	Centre socioculturel de Paris
NAMSE Luc	La Résilience
NJOH Gertrude	Asedos/Ifafe
NOUIAOUAT Rida	Sidaction
OURLEMBO-MOUTOU Ludovic	La Résilience
PABINGUI Albertine	Datiseni
PAUTI Marie-Dominique	Médecins du monde
SANSEKA Elisabeth	Bondeko
SCHEMANN Jean-François	Ministère de l'Immigration (MIIINDS)
SHABOU Amina	FTCR
SIMON Arnaud	Aides
SINON Aminata	Ikambere
SITU Joseph	Aides/Raac SIDA
TABOURI Aziz	ISM Interprétariat
TOKOLO Marie-Hélène	Marie-Madeleine
TOUAMI Dalila	MFPF
TOULLIER Adeline	ODSE
TRUZE Philippe	OFII
VILDE Jean-Louis	Chrétiens et SIDA

Membres des groupes de travail "HSH et LBT"

Pilote

TROUSSIER Thierry – DGS-RI2

Groupe HSH

CHÂTEAU Emmanuel : Act-UP

SIMON Arnaud : AIDES

NOM	ORGANISME
ANDREO Christian	AIDES
ANTONIO Alexandre	SNEG
ARSAC Philippe	SFLS (Société française de lutte contre le SIDA)
AUBERBACH David	T Jenbé Réd
AUDEBRAND Richard	Ministère de l'Éducation - MESR - DPESIP C1
AUDREY Grelombe	Act Up
BARBIER Christine	Représentant COREVIH
BERDOUGO LEBLANC François	TRT5
BLUZAT Lucile	INPES (Institut national de prévention et d'éducation à la santé)
BOO Nicolas	Ville de Paris
BRUNOT Alain	DDASS 75
CHÂTEAU Emmanuel	Act Up Paris
COOK Emmanuel	AIDES

NOM	ORGANISME
DELEBARRE Coraline	Le Kiosque
DHOTTE Philippe	Ville de Paris
DIX NEUF Marc	Sidaction
DORE Véronique	ANRS
ENGERRAND du Roscoat	INPES
GIACOMETTI Martine	Ministère de l'Éducation
GIAMI Alain	Expert INSERM
GUERIN Anne	ARCAT - UNALS
LE BAIL Jonas	Act Up
LEISER Sandrine	CNAMTS
LYDIE Nathalie	INPES
MARTIN Jérôme	Act Up Paris
MONVOISIN David	AIDES
OHAYON Michel	SIS
SIMON Arnaud	AIDES
TESSIER Pierre	Le Kiosque
VELTER Annie	InVS (Institut de veille sanitaire)

Groupe FSF

DELEBARRE Coraline : le Kiosque

NOM	ORGANISME
AUBERE Christine	Commission femme
BLUZAT Lucile	INPES
CATE Laurence	DGS-RI2
CHARTRAIN Cécile	Doctorat Science politique
DELEBARRE Coraline	Le Kiosque

NOM	ORGANISME
GENON Clotilde	Sida Info service
GRELOMBE Audrey	Act Up Paris
LHOMOND Brigitte	Chercheur
VELTER Annie	InVS
WALLON Chantal	CGL

Groupe Trans

LE BAIL Jonas : Act Up

NOM	ORGANISME
BRAZ Grégory	AIDES
ATMAN Samuel	OUTrans
BAUPLE Naïma	GEST
BLUZAT Lucile	INPES
CABRAL Camille	PASTT
CATE Laurence	DGS/RI2
GARZO Miguel-Ange	ARCAT

NOM	ORGANISME
GIAMI Alain	INSERM
GIL Françoise	Sociologue
Hazera Hélène	Act Up
LE BAIL Jonas	Act Up
MARESCA Anaenza F	Hôpital Ambroise-Paré
VELTER Annie	InVS
PERETTI Marie-Laure	GENDER

Membres des sous-groupes de travail "Personnes détenues et usagers de drogue : population en grande vulnérabilité"

Pilotes

Animateur : CATE Laurence – DGS-RI2

Président : COUTERON Jean-Pierre – ANITEA

Coprésident : SIMON Arnaud – AIDES

NOM	ORGANISME
BENSO Vincent	TECHNO +
BRONNEC Christine	DHOS-02
COGNET Jean-Claude	Ministère de la Justice – DAP
CONNAN-CLARK Joëlle	DGS-RI2
DE GALARD Dominique	Ministère de la Justice – DAP
DELAVALT Benoît	Sida Paroles
DIXNEUF Marc	Sidaction
ESSID Sandra	AIDES
EVENO Clémence	TECHNO +
GOZLAN Ruth	MILDT
JAUFFRET-ROUSTIDE Marie	InVS
LAVIN Lionel	DGS-RI2
LONGERE Serge	AFR
MARTIN Jérôme	Act Up
MATHURIN Isabelle	DHOS-02
MORFINI Hélène	DGS-MC2
NOUIOUAT Ridha	Sidaction
OHAYON Michel	SIS
OLIVET Fabrice	ASUD
PELISSIER Hélène	SIS
PEREZ Fabrice	TECHNO +
PETON-KLEIN Dominique	DHOS-DGS
PFLETSCHINGER Elisabeth	MILDT
REDON Pascale	DGS-MC2
REMY André-Jean	UCSA CP Perpignan
SANSOY Patrick	MILDT
SERRE Patrick	UCSA Le Mans
SOLTANI Safia	Act Up
STAMBUL Béatrice	AFR
VULDY Chantal	DHOS-02

Membres du sous-groupe de travail "Personnes qui se prostituent - populations en grande vulnérabilité"

Pilotes

CONNAN-CLARK Joëlle : DGS-RI2

DELATOUR Frédérique : DGS-RI2

AMAUCHE Malika : Collectif Droits et prostitution

GARZO Miguel Ange : ARCAT-SIDA

NOM	ORGANISME
AMAUCHE Malika	Collectif Droits et prostitution
ARNOULD France	Les Amis du bus des femmes
CABRAL Camille	PASST
CAGLIERO Suzanne	Association Charonne : espace femmes
COUBARD Jennyfer	Sidaction
GARCIA Florence	CABIRIA
GARZO Miguel Ange	ARCAT SIDA
HEYRAUD Emilie	SDFE
Invité non représenté	INPES
Invité non représenté	DRASSIF
LABICH Frédéric	ARS Antigone
LEICESTER Tim	Médecins du monde (mission Lotus Bus)
MASSERON Alexandre	Les Amis du Bus des Femmes
Nikita	STRASS (syndicat du travail sexuel)
ROCHE PINTEAUX Florence	SDFE
SCHWEIGER Isabelle	GRISELIDIS

Plus d'informations :
www.sante-sports.gouv.fr