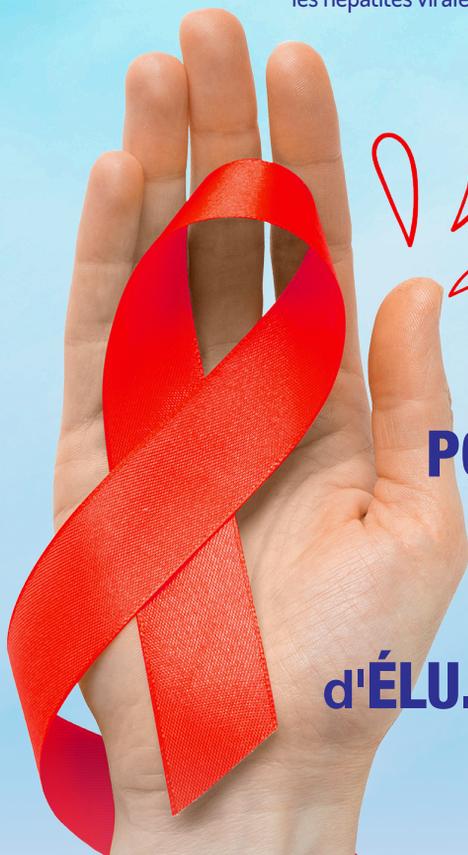


ELU.E.S.

Soyons les acteurs de la fin du VIH/SIDA

Pour mieux comprendre les enjeux de la lutte contre le VIH/sida,
les hépatites virales et les discriminations



Focus sur les
POPULATIONS CLÉS
et **INTERVIEWS**
EXCLUSIVES
d'**ÉLU.E.S** et **MILITANT.E.S.**

Le guide

2024-2025

Association
api Information
Prévention

ELCS

ÉLUS LOCAUX CONTRE LE SIDA





ELU.E.S.

soyons les acteurs de la fin du VIH/SIDA





Le mot du président d'ELCS

Chers partenaires engagés dans la lutte contre le VIH/SIDA,

À l'occasion de la publication de notre Guide “Action Prévention et Information”, je tiens, en tant que Président des Élus Locaux Contre le Sida, à remercier toutes celles et tous ceux qui ont contribué à cette ressource essentielle. Ce guide est le fruit de notre engagement collectif et d'une collaboration soutenue pour endiguer la propagation du VIH et améliorer la vie des personnes affectées.

Nous vivons une époque cruciale dans la lutte contre le VIH/SIDA. Malgré les progrès dans le traitement et la prévention, le VIH reste une préoccupation majeure de santé publique qui requiert une réponse coordonnée, informée et engagée. À travers ce guide, nous offrons aux élu.e.s locaux et à leurs partenaires des outils pratiques pour intensifier leurs efforts de prévention, de dépistage et de sensibilisation.

En mettant à disposition des stratégies éprouvées et des informations actualisées, nous visons à renforcer les capacités des acteurs locaux pour qu'ils agissent efficacement. Le guide aborde des sujets critiques tels que les approches innovantes en matière de prévention, les meilleures pratiques pour le dépistage communautaire, et des tactiques pour contrer la stigmatisation qui entoure encore le VIH.

Notre mission, bien loin de se limiter à la lutte contre une maladie, est profondément ancrée dans la défense des droits humains et l'équité en santé. Le VIH/SIDA n'est pas seulement un enjeu médical/ c'est un indicateur des inégalités sociales et économiques qui persistent dans nos sociétés. Lutter contre le VIH, c'est aussi lutter contre ces inégalités.

Je vous invite donc à utiliser ce guide comme une boussole dans votre travail vital sur le terrain. Que vous soyez un décideur politique, un professionnel de santé, ou un militant associatif, les informations contenues dans ce guide peuvent transformer vos initiatives et, plus important encore, sauver des vies.

Ensemble, grâce à notre détermination et à notre collaboration, nous continuerons à faire des avancées significatives dans la lutte contre le VIH/SIDA. Merci de votre engagement continu et de votre passion. Ensemble, faisons de la fin de cette épidémie une réalité.

Avec mes salutations les plus chaleureuses et engagées,



Jean-Luc Romero-Michel
Président de l'association Élus Locaux Contre le SIDA



sommaire

Le mot du président	2
Les éléments clés :	8
La situation à l'échelle mondiale	8
La situation en France	8
La situation en Île-de-France	9
La situation en Outre-Mer	9
La situation sociale des personnes touchées par le VIH/SIDA	
Discriminations à l'encontre des PVVIH	9
Les PVVIH peuvent enfin intégrer la police nationale et l'armée !	10
Une discrimination assumée	10
Une stigmatisation due à la méconnaissance	11
Précarité et isolement des personnes séropositives	11
Les discriminations dans le monde qui touchent les personnes vulnérables	
Les publics vulnérables	12
Les femmes	12
Les consommateurs de stupéfiants	12
Les travailleurs et travailleuses du sexe	12
Les personnes ayant des relations sexuelles avec des partenaires du même sexe	12
Les personnes transgenres	13
Les personnes vivant avec le VIH	13
Focus sur deux populations-clés	
Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes : Interview de Christophe Martet, fondateur de l'association "Vers Paris sans Sida"	14
Les personnes transgenres : Interview de Anaïs Perrin-Prevelle, directrice de l'association "OUTrans"	19

Ukraine: Point de situation sur l'accès aux services de lutte contre le VIH dans un contexte de guerre

Situation générale	27
Situation des PVVIH	27
Réponses et initiatives	27
Défis spécifiques	27

Chemsex

Généralités	29
Quelle situation en France ?	30
Actualité sur le sujet : Proposition de résolution de la députée Brigitte Liso	32
Actualité sur le sujet : Poursuite de l'expérimentation des CSSC	34
Résultats de l'étude Sea, Sex and Chems	35
Remise du Rapport Ministériel coordonné par le Pr Benyamina	36
Comment agir sur le phénomène du chemsex en tant que collectivité locale ?.....	37

ELCS : une association mobilisée sur différents sujets

La PrEP	38
La vaccination	40
Le dépistage du VIH	41
La variole du singe (monkeypox)	46
La réduction des risques en direction des usagers de drogues	48
Les seniors et le VIH	50
La liberté de circulation et l'établissement des PVVIH	50
Un état des lieux des hépatites virales (VHB et VHC) en France et dans le monde	53
Les enjeux posés par les cas de co-infections VIH-VHB et VIH-VHC	56
Les porteurs d'hépatites toujours victimes de discriminations	57
Politiques de réduction des risques liés aux hépatites virales	61



Actes des 28^e États Généraux des Élus Locaux Contre le Sida	65
Ouverture	66
Point épidémiologique	72
1 ^{ère} table ronde : le rôle du dépistage dans la fin du VIH/SIDA en France d'ici 2030	77
Le grand témoignage des États Généraux	89
2 ^e table ronde : La stratégie de vaccination contre le HPV	96
Clôture	111
Actualité et recommandations	
Portrait de VI(H)ES – Un livre et une exposition itinérante !	127
L'histoire du VIH/SIDA en quelques dates	128
Déclaration de la ville de Paris	130
La feuille de route ministérielle sur la santé des personnes LGBT+	133
Remerciements	141



OS

ER

la vaccination pour viser l'élimination de certains cancers

Parce que la santé a besoin d'audace.

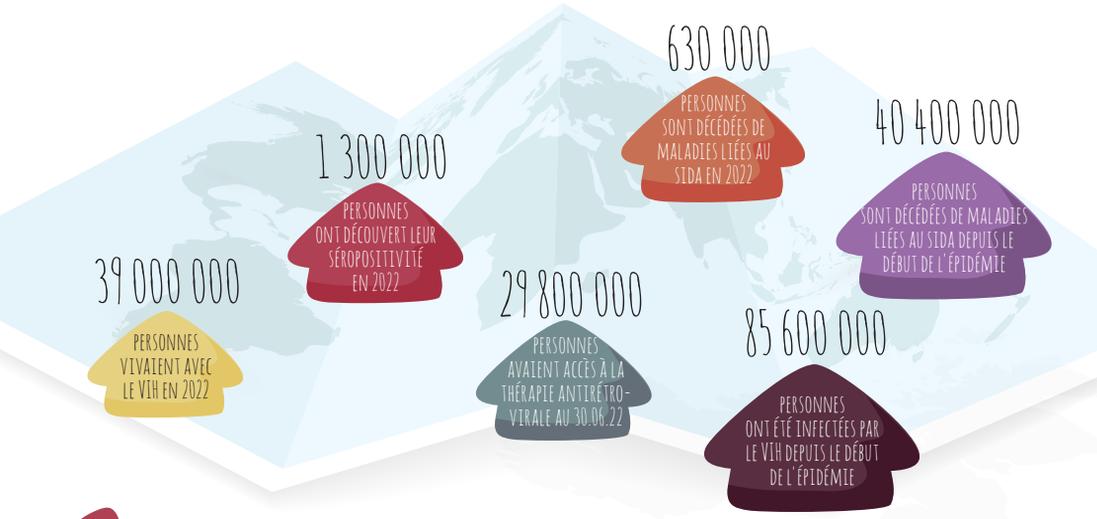
MSD soutient les acteurs de santé publique dans l'objectif d'élimination de certains cancers par la prévention.



Pour en savoir plus
rendez-vous sur
www.msconnect.fr



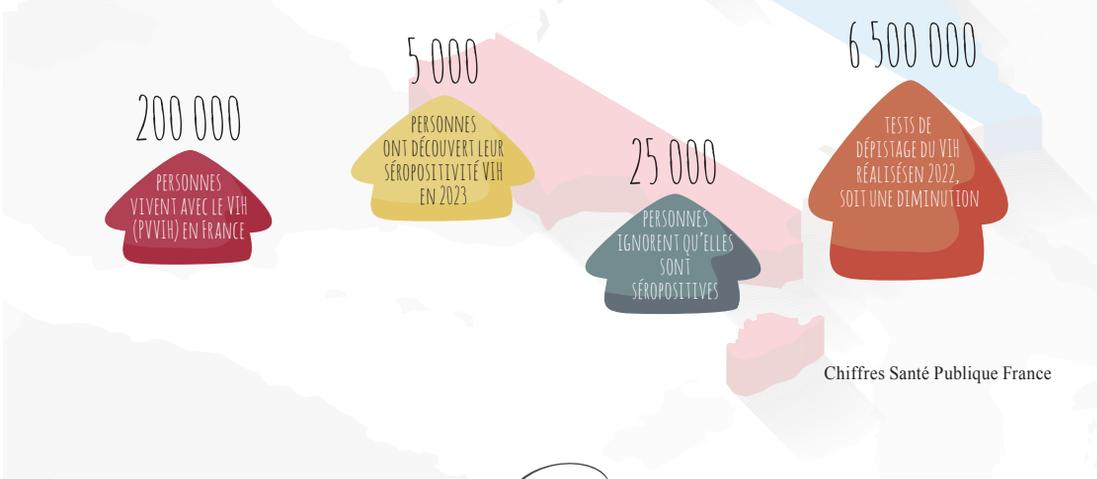
LES ÉLÉMENTS CLÉS



Chiffres ONUSIDA

Les chiffres sur le VIH/sida dans le monde

Les chiffres sur le VIH/sida en France



Chiffres Santé Publique France



La situation en Île-de-France *Chiffres du CRIPS IDF*

- 5 000 nouvelles découvertes de séropositivité pour le VIH sont diagnostiquées chaque année.
- 42% des nouvelles découvertes de séropositivité le sont en Île-de-France (qui concentre 18% de la population française).
- Les deux départements d'Île-de-France les plus concernés sont Paris, qui concentre 41% et la Seine-Saint-Denis (15%).
- Délai médian entre l'infection et le diagnostic : de 3 à 3,5 ans (équivalent à la moyenne nationale).
- Les Franciliens représentent 19% de la population de la France et 44% des personnes prises en charge pour le VIH.
- Plus de 40% des personnes ignorant leur séropositivité en France résident en Île-de-France.

La situation en Outre-Mer *Chiffre de E-santé*

- 8% des nouvelles découvertes de séropositivité se font en Outre-Mer (qui concentre 3% de la population française).

La situation sociale des personnes touchées par le VIH/sida

Discriminations à l'encontre des PVVIH

Discriminations : le stigmate du VIH demeure

Plusieurs enquêtes témoignent de cette situation :

- Sondage “Le rapport des Français au VIH/sida 40 ans après son apparition : évaluation des connaissances et des perceptions”, institut CSA / Crips Île-de-France, 2021
- 63% des personnes considèrent que la séropositivité constitue un critère important pour se lancer ou non dans une relation.
- 36% des parents interrogés seraient mal à l'aise si la personne qui garde leur enfant était séropositive.
- 25% pensent qu'une personne séropositive peut représenter un danger en exerçant une profession de santé.
- Selon l'enquête de Sida info Droit en 2019 :
3 répondants sur 5 (67,4%) pensent avoir déjà été discriminés du fait de leur séropositivité.

Plus de la moitié des personnes interrogées (60%) rapporte une situation vécue comme discriminante dans le domaine de la santé. Les dentistes sont toujours les



spécialistes les plus souvent cités (45% des spécialités évoquées) bien que toutes les catégories médicales soient mises en cause.

Enfin, d'après le rapport d'AIDES publié en 2017 "VIH-Hépatites. La face cachée des discriminations", deux-tiers des personnes interrogées estiment qu'il est justifié que l'accès à certaines professions puisse être interdit aux personnes séropositives.

D'ailleurs, jusqu'à 2022, les personnes séropositives étaient exclues des métiers comme la police, la gendarmerie, l'armée et les sapeurs-pompiers.

Les PVVIH peuvent enfin intégrer la police nationale et l'armée !

Jusqu'au 25 novembre 2022, les candidats à l'entrée dans la police nationale devaient remplir des conditions d'aptitude physique particulières, déterminées par le SIGYCOP (acronyme dont les lettres désignent respectivement : S : ceinture scapulaire et membres supérieurs I : ceinture pelvienne et membres inférieurs G : état général Y : yeux et vision C : sens chromatique O : oreilles et audition P : psychisme). Or, le SYGICOP classait comme inaptes les personnes vivant avec le VIH, qui étaient de ce fait exclues de la police nationale.

- Depuis le 25 novembre 2022, la réglementation pour l'embauche des policiers ne fait plus référence au SYGICOP. L'arrêté discriminatoire a été abrogé. Les candidats seront désormais testés sur leur aptitude réelle, sans exclusion a priori liée à leur statut sérologique.
- Il en est de même pour l'ensemble des métiers de l'armée depuis le 10 mai 2023.
- C'est une victoire pour les associations de lutte contre le sida et les discriminations car ce changement de réglementation fait suite à un recours devant le Conseil d'Etat que 7 associations avaient formé le 1^{er} décembre 2020 (Aides, FLAG!, ELCS, Stop Homophobie, Mousse, Familles LGBT et Adheos).

Une discrimination assumée

73% des Franciliens interrogés estiment que pour éviter les discriminations, une personne séropositive a raison de garder son diagnostic secret. (Enquête KABP – 2010).

Moins de 20% des répondants accepteraient d'avoir des relations sexuelles protégées avec une personne séropositive.

Dans une étude plus récente, les résultats montrent que 59% des Français considèrent une personne séropositive comme une personne malade (Enquête CSA pour Aides-2017).

31% des Français considèrent que les personnes séropositives sont inaptes à exercer certaines professions comme pompier ou policier (Enquête CSA pour Aides-2017).



Selon cette même étude, ce résultat est conforté par le fait que 16% des Français et 30% entre 18 et 24 ans se sentiraient mal à l'aise s'ils avaient à côtoyer un.e collègue séropositif.ve.

Enfin, toujours selon la même étude, 21% des parents interrogés ne seraient pas tout à fait à l'aise à l'idée que leurs enfants aient un.e enseignant.e séropositif.ve. Ce chiffre monte à 33% chez les parents de moins de 35 ans.

Il y a fort à penser que ce “malaise” d'une partie de la population française à l'égard des personnes séropositives explique qu'encore 28% de ces dernières n'ont évoqué leur séropositivité qu'à 3 personnes ou moins (Rapport du CRIPS-2019 : les clefs pour comprendre).

Une stigmatisation due à la méconnaissance

Selon une enquête présentée dans le rapport 2017 d'AIDES sur les discriminations :

- 71% des répondants ignorent qu'une femme séropositive qui suit bien son traitement a une probabilité quasi nulle de transmettre le virus à son enfant lors d'une grossesse.
- 87% considèrent toujours qu'une relation sexuelle sans préservatif avec une personne séropositive sous traitement et avec une charge virale indétectable constitue un risque élevé d'infection.

Précarité et isolement des personnes séropositives

Selon l'enquête Vespa 2, le pourcentage de personnes sous traitement est passé de 83,2% en 2003 à 93,3% en 2011. Le vieillissement de la population séropositive suivie à l'hôpital est confirmé : l'âge moyen est passé de 41 ans en 2003 à 49 ans en 2011. Cette tendance est amenée à se consolider : d'après les chiffres de Santé Publique France recueillis à travers le portail de recensement des données obligatoires e-DO, 42% des infections, chez les hommes hétérosexuels nés en France, ont eu lieu chez des plus de 50 ans.

31,5% ne parviennent pas à faire face à leurs besoins sans s'endetter.

Le coût d'une assurance pour un prêt de 250 000 euros sur 20 ans est deux fois supérieur lorsque l'on présente une affection de longue durée (ALD).

Une personne sur cinq rencontre des difficultés à se nourrir au quotidien par manque d'argent.

40% des personnes interrogées vivent seules (55% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes).



Le niveau d'activité des personnes touchées est très inférieur à celui de la population générale.

43% des personnes séropositives en âge de travailler n'ont pas d'activité professionnelle.

En France, 47% des personnes atteintes du VIH vivent avec moins de 760 euros par mois et 22% n'ont pas de logement personnel.

Les discriminations dans le monde qui touchent les personnes vulnérables

Les femmes

- Vingt-cinq pays disposent de lois sur la nationalité qui refusent aux femmes le même droit que les hommes de donner leur nationalité à leurs enfants.
- Dans 18 pays, la loi autorise les maris à interdire à leur femme de travailler.
- 104 pays disposent de lois qui empêchent les femmes d'exercer certains emplois.
- Parmi les pays qui ont explicitement des lois familiales discriminatoires sexistes : l'Irak et le Nigeria, où la violence domestique est explicitement autorisée, et les Bahamas, l'Inde, Singapour et le Yémen, où le viol conjugal reste légal.

Les consommateurs de stupéfiants

- En 2020, 35 pays appliquent toujours la peine de mort pour des délits liés aux stupéfiants.
- Dans 67 pays au moins, la consommation et/ou la possession de drogues pour un usage personnel constituent une infraction pénale.

Les travailleurs et travailleuses du sexe

- 98 pays au moins criminalisent des aspects du travail sexuel.
- 39 pays au moins criminalisent partiellement ou totalement la vente et/ou l'achat de rapports sexuels.
- 5 pays au moins indiquent que des personnes prises en possession de préservatifs s'exposent à des poursuites judiciaires ou des sanctions.

Les personnes ayant des relations sexuelles avec des partenaires du même sexe

- Dans 6 États membres des Nations Unies (Brunei, République islamique d'Iran, Mauritanie, douze États du nord du Nigeria, Arabie saoudite et Yémen), la loi prévoit la peine de mort pour les relations sexuelles consenties entre personnes de même sexe.



- Dans cinq autres États membres des Nations Unies (Afghanistan, Pakistan, Qatar, Somalie (y compris le Somaliland) et Émirats arabes unis), certaines sources indiquent que la peine de mort pourrait potentiellement être appliquée pour des relations sexuelles consenties entre personnes de même sexe, mais la loi est moins certaine sur ce point.
- Fin 2020, 69 États criminalisaient les relations sexuelles consenties entre personnes de même sexe.

➔ En savoir plus dans l'interview page 14

Les personnes transgenres

- Dans 13 pays, des lois spécifiques criminalisent les personnes transgenres, leur infligent des peines d'incarcération, des châtiments corporels et, là où les lois sur les relations sexuelles entre personnes de même sexe sont également utilisées contre les personnes transgenres, la peine de mort.
- Au moins 47 États membres des Nations Unies interdisent de changer légalement de sexe.

➔ En savoir plus dans l'interview page 19

Personnes vivant avec le VIH

- En 2020, 92 pays ont signalé à l'ONUSIDA qu'ils disposaient de lois qui criminalisent la transmission du VIH, l'exposition au virus ou la non-divulgence du statut sérologique.
- 46 pays au moins limitent toujours d'une manière ou d'une autre les déplacements des personnes séropositives.
- Dans 19 pays disposant de données disponibles, environ une personne sur cinq vivant avec le VIH a déclaré s'être vu refuser l'accès à la santé (y compris des soins dentaires, des services de planification familiale et des services de santé sexuelle et reproductive).

Chiffres ONU 2022



Focus sur... deux populations-clés :

LES HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC D'AUTRES HOMMES : INTERVIEW DE CHRISTOPHE MARTET, MILITANT DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA ET PRESIDENT DE "VERS PARIS & SEINE-SAINT-DENIS SANS SIDA"

- *Cher Christophe, merci de nous accorder de votre temps aujourd'hui. Pour commencer, pourriez-vous nous parler un peu de vous et de votre parcours dans la lutte contre le VIH/SIDA ?*

- Je suis journaliste depuis 1983, j'ai été membre de plusieurs rédactions dont France 3, France 2 puis TETU, Yagg.com et enfin Komitid. Je viens tout juste de prendre ma retraite, à 65 ans ! Je suis séropositif depuis 1985, et je me suis engagé dans la lutte contre le sida en 1990, à Act Up New York puis à Act Up-Paris, dont j'ai été président de 1994 à 1996. J'ai aussi rejoint l'ARDHIS, qui accompagne les exilés LGBT, en 2015. J'ai été élu président de Vers Paris sans sida en mars 2023, une mission que j'ai acceptée car il est fondamental que les personnes vivant avec le VIH soient pleinement partie prenante de ce combat et restent visibles.

- *Pourriez-vous nous donner un aperçu de votre association, de sa mission et des principaux domaines sur lesquels vous vous concentrez ?*

- *Vers Paris sans sida* a été créée en 2016, suite à l'engagement de la Ville de Paris et de la Maire Anne Hidalgo, qui avait lancé "La Déclaration de Paris" en 2014. Rejointe par le Département de la Seine en 2018, *Vers Paris sans sida* mène des actions pour un Paris et une Seine-Saint-Denis avec zéro infection, zéro décès et zéro discrimination à l'horizon 2030. Concrètement, notre association, et j'en profite pour saluer le travail formidable de toute l'équipe, diffuse régulièrement des campagnes de communication auprès du grand public et des populations clés, conçoit des programmes innovants en matière de prévention ciblée, construit avec les associations des actions sur le terrain visant à améliorer et à développer l'accès au dépistage et à la PrEP ainsi que des actions pour lutter contre les discriminations.

- *Quelles sont les initiatives les plus significatives que votre association a prises dans la lutte contre le VIH/SIDA ?*

Ce serait très long de détailler toutes les actions significatives de l'association.



J'aimerais insister sur quelques-unes d'entre elles. Tout d'abord, "Au labo sans ordo", un programme lancé en 2019 à Paris avec la CPAM, avec également le Corevih Paca Est à Nice, qui facilite l'accès au dépistage. Le but de ce programme était de permettre de réaliser un test sans rendez-vous, sans ordonnance d'un médecin et sans avance de frais dans n'importe quel laboratoire d'analyse de ville. Et ça marche ! Les évaluations de cette nouvelle offre ont montré une augmentation nette du dépistage à Paris et dans les Alpes-Maritimes. C'est d'ailleurs ce qui a décidé fin 2021 le ministre de la Santé Olivier Véran à étendre ce dispositif à toute la France.

Nous avons aussi lancé en 2023 un MOOC pour un meilleur accueil des personnes trans par les agents d'état civil de la Ville, un dispositif élargi aux agents de la CPAM en Seine-Saint-Denis cette année. Ce programme est emblématique car il a été conçu avec une association communautaire, OUTRANS. En effet, *Vers Paris sans sida* mène toujours ses actions avec les personnes concernées dont les personnes vivant avec le VIH. Reprenant cette revendication des Principes de Denver qui date de 1983 : "Rien pour nous sans nous".

Plus récemment, nous avons renforcé notre partenariat avec les associations AREMEDIA et ARDHIS, pour augmenter l'offre de dépistage auprès des personnes LGBT demandeuses d'asile.

Je voudrais aussi ajouter que *Vers Paris sans sida* contribue à la diffusion des Trod (Test Rapide d'orientation diagnostique) et des autotests. Toutes nos actions sont détaillées sur le site internet de *Vers Paris sans sida*.

- Votre travail se concentre souvent sur les populations à haut risque et notamment les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH). Pouvez-vous nous en dire plus sur les besoins spécifiques et les défis auxquels ce groupe est confronté, et comment votre association y répond ?

- Nous ne parlons plus de populations à risque, ce qui a un caractère discriminant mais de populations clés, car ce sont avec ces populations que nous pourrions mettre fin à l'épidémie.

L'association se concentre sur deux populations clés, les hommes gays et bis et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (GBHSH) et les personnes migrantes, en particulier les femmes originaires d'Afrique sub-saharienne. Ces deux groupes représentent près des trois quarts des nouvelles infections par le VIH dans la région Île-de-France. Mais nous travaillons aussi régulièrement avec les associations communautaires de personnes trans et de travailleuses du sexe. Pour répondre précisément à votre question sur les HSH, il faudrait distinguer ceux



qui sont nés en France où la baisse des nouveaux cas de séropositivité est significative, de ceux qui sont nés à l'étranger. Dans ce dernier groupe, les cas d'infection par le VIH ne baissent pas. Les premiers résultats de l'étude de l'ANRS Ganymède*, publiés en mars 2024, montrent que sur 1159 hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) nés à l'étranger, plus de six sur dix avaient contracté le VIH après leur arrivée en France.

Que ce soit pour les HSH mais cela vaut pour toutes les personnes migrantes, cette surexposition au VIH est souvent corrélée à la précarité sociale que vivent ces personnes.

Elles sont en effet de plus en plus confrontées à l'exclusion alimentée par des discours xénophobes et de rejet des étrangers.

Il faut donc multiplier les possibilités d'accès au dépistage et informer encore et toujours, tout en renforçant le plaidoyer contre les discriminations.

- Quelles solutions proposez-vous pour relever les défis actuels liés au VIH/SIDA, en particulier dans le contexte mondial actuel ?

- Les villes peuvent jouer un grand rôle dans la réponse à ces défis. En 2004, à l'occasion de la Déclaration de Paris, une poignée de villes étaient impliquées. Aujourd'hui, elles sont plus de 500 ! Mais il faut une volonté politique au plus haut niveau et cela passe par un leadership fort des gouvernements. Je pense notamment au soutien au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Grâce à lui, des millions de vie ont été sauvées et on estime que près de 78% des personnes vivant avec le VIH reçoivent un traitement. C'était 2% en 2004 ! Il n'y a pas une solution unique à la pandémie, mais le plus important est de toujours lier les questions d'accès aux soins, à la prévention, au traitement, à celle des droits humains et du respect des personnes.

- Quel rôle pensez-vous que les gouvernements nationaux et locaux devraient jouer pour soutenir les programmes de prévention et de traitement du VIH/SIDA ?

- Comme je viens de le dire, il faut que les gouvernements poursuivent leurs efforts. En France, la priorité est surtout d'augmenter l'accès au dépistage en particulier pour les personnes migrantes. Le délai entre l'infection par le VIH et le test reste encore trop long, et le nombre de personnes qui ignorent leur statut est significatif. À ce stade, je ne peux pas ne pas évoquer un fait majeur qui concerne la place de la lutte contre le VIH dans notre pays. Vous avez dû voir que le Conseil national du sida devient le CN2S, pour Conseil national de la santé sexuelle. Les Corevih



(Coordination régionale de la lutte contre l'infection due au VIH) vont aussi devoir se transformer pour s'occuper de la santé sexuelle. Nous réaffirmons que l'engagement de mettre fin à la transmission du VIH d'ici 2030 doit demeurer intact au moment où le VIH est inclus dans une stratégie globale de santé sexuelle dont on mesure encore mal les contours et surtout les moyens.

- Les discriminations basées sur le genre et la sexualité restent un obstacle majeur dans la lutte contre le VIH/SIDA (notamment parce que les populations clés sont souvent membres de minorités de sexualité et de genre). Comment votre association aborde-t-elle ces questions et quelles stratégies se sont révélées efficaces ?

- Pour lutter contre les discriminations liées au genre et l'orientation sexuelle, *Vers Paris sans sida* ne peut agir qu'en interaction avec les associations et les communautés concernées. J'ai parlé tout à l'heure du MOOC pour les personnes trans. Notre compte Instagram @DrNaked, premier compte sur la santé sexuelle LGBT en France, avec plus de 21 000 followers, propose des contenus appropriés, avec un ton non moralisateur, d'égal à égal et des ressources pratiques à Paris et en Seine-Saint-Denis pour prendre en main sa santé sexuelle.

Nous avons aussi lancé un programme global sur la santé mentale des personnes LGBT. Nous proposerons aussi bientôt les “Lexiques du respect” parce que les mots qu'on utilise peuvent parfois charrier des représentations négatives des personnes.

- En France, on a concrètement les moyens d'endiguer la propagation de cette maladie. Et vous l'avez dit la solution pour cela c'est notamment un dépistage massif. Comment votre association encourage-t-elle les gens à se faire dépister pour le VIH, et quelles stratégies se sont révélées les plus efficaces ? Et quelles mesures les communautés peuvent-elles mieux mettre en œuvre pour réduire la propagation du VIH ?

- Je m'attacherai à vous parler d'un programme en particulier qui concerne les personnes migrantes. Le programme “développer le réflexe santé sexuelle en direction des acteurs de l'urgence humanitaire”, est un programme initié par *Vers Paris sans sida* en direction des professionnels de la solidarité, du social, de l'urgence humanitaire autour de trois volets :

- mise en place d'un dispositif “2-en-1 en santé sexuelle” en direction des acteurs de l'urgence humanitaire,
- implantation de journées de dépistages au sein des lieux de premiers accueils, insertions et hébergements,



• sensibilisation, formation et accompagnement de professionnel·les de la solidarité et du social au TROD.

- *Quels sont les objectifs futurs de votre association et comment envisagez-vous de les atteindre ?*

- Nous voulons accentuer nos actions auprès des personnes migrantes, hommes, femmes, hétéros et homos, avec les associations communautaires et tout le réseau de prise en charge médicale, je pense notamment aux PASS (Permanence d'accès aux soins), aux Cegidd et aux Centres de santé. Nous voulons aussi faire en sorte que l'offre de PrEP, le traitement préventif, soit systématiquement proposée lors de la réalisation d'un test de dépistage, ainsi que lorsqu'une personne demande à bénéficier du Traitement post exposition (TPE). La PrEP, ça marche et il faut que les médecins en parlent avec leurs patients et surtout avec leurs patientes, car c'est chez les femmes, notamment migrantes, que les marges de progression de la PrEP sont immenses. C'est pour cela qu'on a mis en place des formations sur la PrEP pour les médecins avec la Direction de la santé publique et qu'on a édité un guide des bonnes pratiques.

- *Pour finir, pourriez-vous nous dire comment les individus et les autres organisations peuvent s'impliquer et soutenir le travail de votre association ?*

- Nous avons la chance de bénéficier de la confiance –et d'un soutien fort– de la part des collectivités de Paris et de la Seine-Saint-Denis, pour aider les associations et les professionnels de santé à mettre en place les actions dont j'ai parlé durant cet entretien.

Nous avons aussi le soutien de partenaires privés, mais nous comptons aussi développer l'appel aux bailleurs de fonds privés pour diversifier nos sources de financement et permettre d'être encore plus innovants sur le terrain. Il est aussi possible de faire un don, via le site !



LES PERSONNES TRANSGENRES : INTERVIEW DE ANAÏS PERRIN-PREVELLE, DIRECTRICE DE L'ASSOCIATION "OUTRANS"

- *Chère Anaïs, merci de nous accorder de votre temps aujourd'hui. Pour commencer, pourriez-vous nous parler un peu de vous et de votre parcours dans la lutte contre le VIH/SIDA et contre les discriminations ?*

- À titre personnel, avant d'assumer ma transidentité, j'étais identifiée homme ayant une vie sexuelle avec des hommes. Je suis née au début des années 1970, j'ai donc découvert et vécu ma sexualité "gay" en pleine explosion de la visibilité du VIH/Sida. Avoir 20 ans au début des années 1990, c'est être dans la première génération capote. J'ai vécu toute ma vie sexuelle avec un virus en épée de Damoclès, présent en permanence à l'esprit. Personnellement, je suis restée séronégative sans doute grâce à la prévention particulièrement forte dans les milieux gays à l'époque. Mais j'ai vécu dans mes rencontres le relaps, et l'immense différence de sensibilité sur ces enjeux entre les personnes homos et hétéros.

- *Pourriez-vous nous donner un aperçu de votre association, de sa mission et des principaux domaines sur lesquels vous vous concentrez ?*

- L'association a été fondée par des personnes transmasculines en 2009, elle a fêté cette année ses 15 ans. Depuis, elle s'est ouverte aux personnes transféminines. Nous sommes avant tout une association d'autosupport trans, c'est-à-dire que nous sommes des personnes trans et nous venons en aide à des personnes trans. Cela passe par une adresse mail (autosupport@outrands.org) et par des groupes de parole pour les personnes trans en non mixité, ou en mixité avec leurs proches. De cette base qui nous donne la légitimité de parler de transidentité au-delà de notre expérience personnelle, nous faisons des formations à l'accueil des personnes trans, nous éditons des brochures d'information et nous multiplions les actions de plaidoyer pour faire avancer les droits des personnes trans et faire entendre notre voix.

- *Quelles sont les initiatives les plus significatives que votre association a entreprises récemment dans la lutte contre le VIH/SIDA ?*

- Depuis sa création, les enjeux de santé sexuelle sont centraux dans l'association. La première publication que nous avons édité, dès 2010, est *Dicklit & T Claques*, une brochure de santé sexuelle à destination des personnes transmasculines et de leurs amants, que nous actualisons régulièrement. C'était un grand manque que



nous essayons de combler. Et il mérite d’être complété tant les documentations de santé sexuelle ignorent généralement les personnes trans.

La question du dépistage a aussi été présent par des permanences de santé sexuelle que nous proposons avec des TROD.

Récemment, nous avons travaillé, avec *Paris Sans Sida* et le soutien de la ville de Paris à un module d’autoformation sur les transidentités à destination des institutions pour rapprocher les personnes trans de ces dernières et, par extension, du soin.

- Votre travail se concentre souvent sur une population clé à savoir les personnes trans. Pouvez-vous nous en dire plus sur les besoins spécifiques et les défis auxquels ce groupe est confronté, et comment votre association y répond ?

- De fait, les personnes trans sont considérées comme des personnes à risque. En réalité, nous sommes surtout des personnes vulnérabilisées par la société. Mais l’erreur, comme toujours sur ces domaines, est de généraliser à partir de cas particuliers. Il y a autant d’identités trans que de personnes trans, Cela veut dire autant de parcours, de vécus, de réalités, de vulnérabilités...

Ce que l’on retrouve malheureusement trop souvent, c’est la précarisation des personnes trans, qui se conjugue avec une exclusion des institutions médicales et étatiques.

L’autre enjeu, c’est la “normalisation” des corps. Les corps trans sont souvent dévalorisés tant qu’ils ne rejoignent pas la caricature des corps binaires. Dès lors, certaines personnes trans peuvent avoir un rejet qui entraîne des conduites à risque. C’est la fameuse phrase “né-e dans le mauvais corps” que nous rejetons car elle suppose un rejet comme source de légitimité.

Nous ne poussons jamais aux transitions médicales et nous luttons contre cette standardisation. Il est important que, selon le précepte féministe “nos corps, nos choix”, les personnes trans puissent faire les transitions qu’elles souhaitent, sans freins, mais seulement celles qu’elles souhaitent, pas celles que la société impose. C’est pour cela que nous travaillons autour de deux piliers essentiels : l’information afin que chacun-e sache ce qu’une transition implique et faire ses choix, et le plaidoyer pour que la société accepte et assume la diversité des identités.

- Existe-t-il des approches ou des programmes innovants que votre association a développés pour mieux servir cette population en question dans la lutte contre le VIH/SIDA mais aussi pour développer des actions visant à améliorer l’accès à la



santé chez les personnes trans ?

- L'accès à la santé est essentiel, évidemment pour la prévention, mais aussi, ce qui est spécifique aux personnes trans, pour les transitions médicales quand elles sont souhaitées. Le problème, c'est que les transitions médicales sont compliquées et nous sortons théoriquement à peine de la dépsychiatisation des transidentités, entrée en application au 1^{er} janvier 2022 à l'OMS.

Cela signifie que les maltraitements médicaux des personnes trans sont très présentes. Et dans le vécu des personnes, et dans la pratique toujours actuelle des professionnel·les de santé qui n'ont pas changé leurs pratiques du jour au lendemain. Pour nombre d'entre nous, par défaut, tout·e professionnel·le de santé est potentiellement maltraitant·e. On y ajoute la très grande difficulté à trouver des praticien·nes qui acceptent d'accompagner les transitions médicales. À titre d'illustration, sur les 10 000 médecins généralistes en activité sur Paris et la région parisienne, toutes associations confondues, moins de 40 acceptent de faire des prescriptions initiales d'hormones. Nombre de personnes trans s'automédiquent et fuient les systèmes de santé de peur d'être stigmatisé·es.

Pour y remédier, nous menons plusieurs actions, en plus de l'information des personnes concernées.

Nous avons engagé une étude, FOREST, qui s'intéresse à la santé sexuelle des personnes transmasculines pour comprendre les freins et les risques pris par cette population. Cette même étude interroge les professionnel·les de santé qui prennent en charge aujourd'hui des personnes trans pour comprendre les leviers de leur engagement.

Nous travaillons avec la Haute Autorité de Santé pour la rédaction des premières recommandations pour la prise en charge des personnes trans. Sans celles-ci, nombre de médecins se cachent derrière leur ignorance. Avec ces recommandations, tout médecin pourra savoir ce qu'il faut faire, les indications et contre-indications, les suivis, les dosages, etc. Les refus de soin ne seront plus justifiés. Cela va de pair avec une action inter-associative auprès des laboratoires pour intégrer les personnes trans dans les Autorisations de Mise sur le Marché (AMM) des hormones (ce qui n'est toujours pas le cas aujourd'hui). Cette action vise aussi à mettre sur le marché des injections d'estradiol, traitement le plus sûr pour les personnes transféminines, mais indisponible en pharmacie (donc uniquement sur le marché parallèle).

Nous sommes partenaires du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche pour, entre autre, intégrer enfin les enjeux LGBTQI+ dans les formations initiales des professions de santé.



Enfin, nous avons, avec *Paris Sans Sida*, créé un Mooc (bienaccueillirlespersonnestrans.fr), un site d'autoformation sur les transidentité à destination des agent-es des mairies, et en particulier de l'état-civil. Cela peut paraître éloigné mais l'idée est que si la première institution que l'on contacte dans une transition, pour changer son prénom, est jugeante et hostile, on ferme la porte à toutes les institutions, y compris celles de santé. Comment faire du dépistage pour une population qui s'éloigne des institutions qui portent cette campagne ? L'idée est de créer un cercle vertueux. Cette initiative se développe au-delà des mairies puisqu'un module complémentaire a été créé pour les agent-es des CPAM.

- Quel rôle pensez-vous que les gouvernements nationaux et locaux devraient jouer pour soutenir les programmes de prévention et de traitement du VIH/SIDA mais aussi les actions de votre association ?

- On ne facilitera la prévention et le dépistage chez les personnes trans que si on les intègre dans les politiques publiques, et pas seulement de santé. C'est tout le combat que nous menons. Le principe est qu'il ne faut pas penser la santé trans comme une santé de spécialistes, à part, excluante, mais au contraire repenser le droit commun pour qu'il soit inclusif des réalités trans. Cela signifie interroger toutes les politiques publiques. Ce travail n'est possible qu'avec les associations de personnes concernées. Pathologisées, les personnes trans ont très longtemps été infantilisées. Nous sommes autonomes, merci. Et nous faisons notre l'idée que ce qui se fait pour nous, sans nous, se fait contre nous.

Est-ce qu'une campagne de prévention pour les hommes gays intègre qu'il y a des hommes gay trans ? Quand on s'adresse aux personnes enceintes, les transmasculinités sont aussi prises en compte ? Quand une femme consulte, le personnel de santé envisage qu'elle puisse être trans ? Comment la non-binarité est-elle intégrée dans les administrations ? Pourquoi conserver des civilités –Monsieur/Madame– qui sont souvent source de problèmes ? Comment les écoles et les structures périscolaires reconnaissent l'identité de genre des enfants ?

Cela passe aussi par des plans de formations, établis sur le long terme, systématiques, sécurisants, construits avec les associations de personnes concernées.

Il est aussi question des financements. Les associations LGBTQIA+ sont beaucoup moins soutenues en France qu'en Allemagne à titre de comparaison. Nous restons encore sur un financement par projet. C'est très chronophage pour les associations et toutes sont précarisées par ces financements qui doivent être renouvelés tous les ans. Il faut aussi revaloriser le travail associatif avec des rémunérations qui peuvent inciter les meilleur-es à s'engager... et à rester !



- Les discriminations basées sur le genre et la sexualité restent un obstacle majeur dans la lutte contre le VIH/SIDA – notamment parce que les populations les plus à risque sont souvent membres de minorités de sexualité et de genre. Comment votre association aborde-t-elle ces questions et quelles stratégies se sont révélées efficaces ?

- La formation est une première clé. C'est pour cela que nous en faisons beaucoup (96 l'an passé). Mais trop souvent nous intervenons en pompiers, quand une entité reçoit une personne trans. Alors qu'il faudrait réfléchir en anticipation, en plan de formation, en systématisme.

L'information est la seconde. Informer les personnes trans de leurs capacités de transition, de ce qu'elles peuvent raisonnablement en attendre, afin qu'elles puissent prendre des décisions en toute autonomie. Mais il faut faire attention que l'information préalable ne soit pas excluante. Les professionnel·les de santé qui prennent en charge des personnes trans sont unanimes pour dire qu'aujourd'hui leur patientèle trans est hyper informée. Nous aurons gagné quand même une personne trans n'ayant pas la capacité de lire des publications scientifiques pourra accéder à une transition. Il faut recréer le lien de confiance entre la médecine et les personnes trans. Cela passe par une pratique qui ne cherche pas à faire de diagnostic de la transidentité mais se concentre sur les besoins exprimés et les solutions possibles. On y arrive mais c'est une révolution pour la grande majorité des médecins !

- En France, on a concrètement les moyens d'endiguer la propagation de cette maladie. Et vous l'avez dit la solution pour cela c'est notamment un dépistage massif. Comment votre association encourage-t-elle les gens à se faire dépister pour le VIH, et quelles stratégies se sont révélées les plus efficaces ? Et quelles mesures les communautés peuvent-elles mieux mettre en œuvre pour réduire la propagation du VIH ?

- Nous le faisons en publiant des documents de santé sexuelle à destination des personnes trans, en étudiant les freins –avec FOREST– et en essayant de les lever, en formant les professions de santé à l'accueil non jugeant, en rapprochant les personnes trans des institutions de santé...

- Pour prolonger la question précédente, pourquoi n'y a-t-il pas plus de moyens déployés par les pouvoirs publics pour un dépistage massif de la population dans son ensemble ? Et pourquoi les campagnes sont souvent ciblées alors qu'on a vu



notamment pendant le COVID-19 que le gouvernement pouvait communiquer et plaider pour des tests et dépistages à l'ensemble de la population française ?

- Nous soutenons l'idée de grandes campagnes massives de dépistage. Et pas une seule, mais des campagnes régulières. La CPAM fait des campagnes de dépistage de grande échelle pour le cancer du sein ou le cancer collorectal. Pourquoi ne pas l'intégrer ? De façon générale, nous souffrons d'une politique de santé trop souvent axées sur la prescription, et non sur la prévention. On devrait aller voir régulièrement son médecin, en dehors de toute pathologie, pour intégrer avec elle/ lui tous les éléments du bien-être complet (ce qui est la définition même de la santé).

Il ne faut pas oublier que le nombre de personnes trans dépasse très largement le nombre de personnes en contact avec une associations ou une communauté trans. Selon IPSOS, la diversité de genre concerne 11 % des 18-25 ans (dont 3 % trans et 6 % non binaires). Il est donc essentiel d'intégrer la diversité du genre, et en particulier la non binarité, dans toutes les campagnes de dépistage, et ne pas se contenter de dépistages communautaires. C'est tout l'enjeu d'un droit commun inclusif des diversités de genre.

- Quels sont les objectifs futurs de votre association et comment envisagez-vous de les atteindre ?

- Nous n'avons pas de plan de développement spécifique mais nous essayons de répondre aux besoins des personnes trans que nous sommes, en complémentarité avec les autres associations.

Nous avons grandement amélioré nos conditions d'accueil en intégrant la bulle, la maison des solidarités LGBTQIA+ au cœur du Marais, rendu possible grâce au soutien de la ville de Paris. C'est un outil extraordinaire pour développer nos actions. Nous envisageons d'y réaliser des rencontres régulières ouvertes à toutes sur les enjeux trans par exemple. Ce lieu valorisant dit aussi aux personnes trans qu'elles méritent un tel espace.

Nous aimerons structurer durablement l'offre de formation. Mais cela ne passe que par une structuration de la demande par des plans de formations construits.

De même, face aux attaques transphobes que nous subissons, la meilleure réponse est l'ouverture et la consolidation de nos droits légitimes.

- Quelles sont vos principales priorités et quels changements aimeriez-vous voir au niveau des politiques pour soutenir votre travail ?



- Les politiques devraient faire preuve d'humilité et accepter de se former sur les transidentités. Les personnes qui prennent des décisions nous concernant sont moins formées qu'un·e agent·e d'accueil dans une mairie ! Et nous savons que l'ignorance et le premier carburant des discriminations.

Nous avons par ailleurs des grands axes de plaidoyer que nous portons dans toutes les instances auxquelles nous sommes invité·es.

En matière d'état-civil, nous plaidons pour la suppression de la mention de sexe, et donc la création d'un groupe de travail législatif pour anticiper l'impact d'une telle mesure. En attendant, la déjudiciarisation des procédures de modification de son prénom et de sa mention de sexe légal. En France, on passe encore, directement ou indirectement, par les tribunaux alors que c'est simplement déclaratoire en Belgique, au Luxembourg, en Allemagne, en Suisse, en Espagne, au Portugal, en Irlande, au Danemark... Et cette modification doit être ouverte aux moins de 18 ans.

Le ministère de la justice doit aussi travailler sur les filiations trans, sur la lutte contre les thérapies de conversion et leur promotion. L'incitation à la haine contre les personnes en raison de leur identité de genre doit être élargie pour devenir applicable. Aujourd'hui, on peut écrire un livre ouvertement transphobe, en faire la publicité, sans être inquiété par la loi. Le traitement des personnes trans dans les lieux de privation de liberté doit aussi être profondément repensé. Le travail du sexe doit être protégé et non réprimé.

La circulaire de l'éducation nationale pour l'accueil des personnes trans doit être clarifiée pour régler les blocages encore trop fréquents, liés à l'autorité parentale posée comme dogme. Il faut l'affirmer, les parents ne sont pas dépositaires de l'identité de genre de leur enfant (pas plus que de leur orientation sexuelle).

Un travail doit être aussi fait pour les colos. La lutte contre le harcèlement doit être une priorité.

Le système de santé doit être repensé pour inclure largement la diversité du genre. Les délais d'attente sont délirant à l'hôpital public pour les opérations trans, il est urgent d'agir. La PMA doit être ouverte aux personnes transmasculines.

Les administrations doivent intégrer la diversité du genre dans leurs pratiques et se former.

Enfin, notre droit aux loisirs doit être reconnu et un travail sur l'inclusion des personnes trans dans le sport est nécessaire.

- Comment les individus et les autres organisations peuvent-ils s'impliquer et soutenir le travail de votre association ?



- Déjà soutenir nos luttes. Ne pas penser que les luttes trans sont des niches qui ne nous concerne pas quand on est cis. Si on n'y connaît rien, il faut se former, soit auprès des associations trans, soit à travers les nombreux sites.

Il faut aussi donner la parole aux associations trans, ne pas les infantiliser. Nous devons prendre notre place et rappeler que nous pouvons être autonomes si les institutions ne nous imposent pas des contraintes.

Nous avons aussi besoin du soutien concret et sans faille des politiques et des institutions contre les attaques transphobes. C'est ce qu'ont fait les villes de Paris et de Lyon en interdisant les publicités pour une livre transphobe. On ne peut plus tolérer des propos transphobes. Et agir, c'est le faire avec nous, et pas seulement par un tweet !

Enfin, il est possible de nous soutenir financièrement. Toutes nos actions, nos revendications et nos actualités sont sur notre site, outrans.org.

UKRAINE : Point de situation sur l'accès aux services de lutte contre VIH pendant la guerre.

Situation générale :

Selon les données récentes des Nations Unies :

- Environ 6 400 000 réfugiés.es ont fui l'Ukraine
- On compte plus de 3 millions de personnes déplacées à l'intérieur du pays
- Près de 14,6 millions de personnes, soit 40% de la population actuelle, nécessitent une aide humanitaire.

Situation des Personnes Vivant avec le VIH:

Nombre de PVVIH : L'Ukraine comptait environ 260 000 PVVIH avant la guerre, avec 57% sous traitement antirétroviral (ART). Le nombre de patients recevant l'ART a légèrement diminué, passant de 130 724 avant la guerre à 118 348 fin 2023 (UNAIDS.ORG).

Impact sur les Services : Des attaques sur les infrastructures de santé, incluant 1 570 attaques et 630 établissements endommagés, ont fortement perturbé les services de santé, y compris ceux destinés aux PVVIH (UNAIDS.ORG).



Défis Actuels : Les interruptions de traitement et les déplacements internes compliquent la continuité des soins. Par exemple, environ 40% des médecins spécialisés en maladies infectieuses ont migré vers les provinces occidentales de l'Ukraine (aidsmap.com) .

Réponses et Initiatives

Stock d'Antirétroviraux : Un stock d'antirétroviraux pour 12 mois a été acheté et stocké à Lviv pour une distribution ultérieure. Cependant, la tension sur le budget gouvernemental a réduit le financement des services de prévention du VIH (World Health Organization (WHO)).

Support International : L'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (UNAIDS), et d'autres partenaires continuent de soutenir la résilience du système de santé ukrainien en intégrant les services de lutte contre le VIH dans les soins de santé primaires et en garantissant la fourniture de médicaments (WHO).

Défis Spécifiques

Centres de Traitement Fermés : 43 centres de traitement antirétroviral sont fermés depuis le début de la guerre, compromettant l'accès aux traitements pour de nombreuses personnes (UNAIDS) .

Accès aux Services en Zone Occupée : Dans les territoires sous occupation, il est difficile de garantir que les PVVIH reçoivent les soins nécessaires. Des problèmes similaires sont observés dans des régions durement touchées comme Kharkiv (aidsmap.com) .

Femmes Transgenres : Les femmes transgenres avec une identification masculine dans leur passeport ne peuvent pas quitter le pays et n'ont plus accès à l'hormonothérapie (World Health Organization (WHO)).



Chemsex, où en parler ?



Pour en savoir plus sur
les dispositifs d'accompagnement,
rendez-vous sur

→ paris.fr/chemsex

En cas d'urgence, contactez
le SAMU ou les pompiers



Chemsex

Généralités :

Le mot Chemsex est issu de la contraction des termes anglais “Chemicals”, c’est-à-dire produit chimique/drogue et du mot “Sex” (sexe en français). Il désigne le fait de consommer des produits psychotropes pendant les activités sexuelles pour les rendre plus intenses et les prolonger. Il s’agit d’une pratique apparue au début des années 2000 dans les communautés gays anglaises puis américaines. En France, on considère que le phénomène commence sa diffusion fin des années 2000 mais surtout début des années 2010. Son développement se fait de manière parallèle à la diffusion des cathinones de synthèse dans le monde et en Europe (principalement parmi les populations gay et HSH), mais aussi des applications de rencontre géolocalisées. De cette histoire naît un fort bagage culturel et communautaire en lien avec la forte diffusion de la pratique chez les HSH notamment décrit par le chercheur David Stuart, qui nous a quittés début 2021.

Le Chemsex est l’usage de drogues dites de synthèse (NPS, Nouveaux Produits de Synthèse), dans un but sexuel. Il s’agit d’un phénomène ayant pris racine au sein des milieux gays et chez les HSH, qui sont les populations majoritairement concernées et qui sont marquées par des facteurs socio-culturels notables. Les produits utilisés sont surtout les cathinones (dont la 3MMC, 4MEC, NRG2...) et/ou le GHB (ou le GBL son précurseur), seuls ou parfois associés avec d’autres substances : cocaïne, kétamine, Crystal Meth, poppers, MDMA, méthamphétamine...

Les substances peuvent être consommées par voie orale, sniffées ou injectées, on parle alors de “slam” (claquer en anglais) ou slamming. De cette manière, le plaisir et la désinhibition sont encore augmentés et permettent des pratiques plus “hard” et plus longues. Le risque d’addiction est quant à lui fortement accru.

Pour bien saisir l’enjeu sanitaire, il faut distinguer le Chemsex où la consommation



de drogue est principalement liée à un objectif de rapports sexuels de la prise d'un produit dans un cadre festif (en club, par exemple).

Une des formes les plus répandues initialement de la pratique du Chemsex est l'organisation d'orgies (ou "partouzes") dans lesquelles plusieurs types de produits sont consommés. Il peut se pratiquer également seul, à deux, ou lors de sessions on line. Le Chemsex peut alors exposer à des risques accrus d'Infection Sexuellement Transmissible (IST), des risques d'addiction aux substances, à l'apparition de troubles comportementaux et psychiatriques à court et moyen termes...

Si les NPS dont les cathinones de synthèse font leur apparition vers 2008 en France, depuis la pratique reste en expansion, principalement dans les communautés gay et LGBTQIA+, mais aussi dans les communautés hétérosexuelles libertines. Elles ont notamment pu y être en partie démocratisées par les réseaux, applications et sites internet de rencontre, et par de nouvelles conceptions de la rencontre sexuelle.

La diffusion de certaines de ces drogues, notamment la 3-MMC, en augmentation significative depuis le début de l'épidémie de COVID-19 est actuellement une source d'inquiétude dans le milieu médical.

Depuis plusieurs années, les professionnels de santé, notamment en milieu de soins communautaires, voient augmenter la part de patientes et de patients consultant suite à des complications causées par le Chemsex et ses effets addictifs.

Il a été observé chez certaines personnes des perturbations massives de leur fonctionnement psychique et physiologique global (repli sur soi, difficultés professionnelles et/ou de formation, syndromes anxio-dépressifs et dysfonctionnements sexuels...).

À l'ensemble de ces troubles, vient s'ajouter une plus forte prévalence autour des IST (Infections Sexuellement Transmissibles) qui a été signalée par plusieurs études dans le cadre de la pratique du Chemsex. L'altération de l'état de conscience habituel aboutit parfois à une moindre vigilance autour de ces problématiques, et favorise l'infection par le VIH, les hépatites (A, B et C), la syphilis ou encore les gonorrhées/chlamydia. Dans la littérature scientifique, on retrouve également des éléments en faveur d'une augmentation des risques d'abus ou de violences sexuelles.

Quelle situation en France ?

En France, l'essor du Chemsex est surtout marqué depuis le début des années 2010, en lien avec l'arrivée progressive de différents cathinones de synthèse et autres NPS (Nouveaux Produits de Synthèse), principalement au sein de la communauté gay. La première trace relevée au niveau médico-judiciaire apparaît

dans un rapport de police en 2007, tandis que les soignants, initialement en Île-de-France, commencent à être sollicités par des usagers à partir de 2008.

Ces premières sollicitations se voient surtout au travers des pratiques dites de slam désignant l'injection intraveineuse de substances - en général les nouveaux produits de synthèse ou NPS (dont les cathinones), et plus rarement la kétamine, la cocaïne ou le GHB – dans le cadre du Chemsex notamment. Similairement, les premiers cas d'abus de cathinones, principalement la méphédronne (4-MMC), sont signalés au CEIP-A (Centre d'Évaluation et d'Informations sur la Pharmacodépendance et l'Addictovigilance) de Paris en 2008.

Comme dans le reste de l'Europe, une multitude de NPS et particulièrement de cathinones de synthèse est diffusée sur le territoire français, au point d'en devenir le type de substances psychoactives nouvellement identifiées le plus commun de 2014 à 2018. En quelques années, la méphédronne (4-MMC), très présente dans le milieu du Chemsex en Europe, s'est vue remplacée par la 3-MMC (3-MéthylMéthCathinone), arrivant sur le marché à partir de 2011, notamment en réponse aux interdictions législatives prises dans de nombreux pays, dont la France.

Si le nombre d'études scientifiques sur le Chemsex a considérablement augmenté depuis la moitié des années 2010, il reste encore difficile d'évaluer précisément la pratique du Chemsex en raison des difficultés de recensement des personnes concernées et des fluctuations de la pratique et du type de produits consommés. Une méta-analyse de 2019 a tenté d'établir un ordre de grandeur de la diffusion du phénomène (pour la population des États-Unis et de l'Europe occidentale), notamment parmi les HSH. Les 38 études prises en compte estiment une prévalence de la pratique du Chemsex de 3 à 29% chez les HSH. La proportion irait de 17 à 27% chez les usagers de centres de santé sexuelle aux USA et jusqu'à presque un tiers (29%) des usagers d'applications de rencontres géolocalisées.

À titre d'information, Grindr, une des principales applications de rencontre gays, revendiquait en 2020 plus de 500 000 utilisateurs en France, ce qui pourrait donner lieu à une estimation très grossière de 100 000 à 200 000 personnes potentiellement concernées par ce type de pratiques.

Une des rares études multicentriques explorant la prévalence du Chemsex en France a été réalisée en 2015 : elle retrouve une prévalence de pratique (une fois dans l'année au moins) de 20,9% parmi 2610 HSH fréquentant des lieux et soirées communautaires dans 5 métropoles françaises. 3,1% ont rapporté avoir déjà slamé et 1,6% l'avaient fait dans l'année. Ces pratiques ont suggéré la création d'un "nouveau profil d'usagers de drogues en intraveineuse", aux pratiques et



risques relativement distincts de ceux rencontrés habituellement dans les centres de soins addictologiques en France.

Une étude anglaise centrée sur l'agglomération londonienne, réalisée en deux temps entre 2013 et 2016, retrouve une stabilité de la pratique, avec des pourcentages comparables à ceux trouvés parmi la population française. L'arrivée plus précoce du phénomène au Royaume-Uni, et l'ancienneté relative de cette étude restent à prendre avec précaution. On notera cependant une tendance à l'augmentation des signaux sanitaires en France, comme ceux rapportés par l'OFDT (Office Français des Drogues et des Toxicomanies), qu'il s'agisse des milieux de soins addictologiques, d'urgences, psychiatriques ou infectiologiques. Une étude longitudinale suisse parmi la population séropositive révèle une franche augmentation (a minima triplée) de la consommation de produits liés au Chemsex (GHB et méthamphétamine) chez les HSH entre 2007 et 2017.

En raison de la dissolution prononcée par le Président Emmanuel Macron le dimanche 9 juin dernier, le calendrier parlementaire va être modifié et la discussion de la proposition de résolution de Madame Brigitte Liso reportée.

Actualité sur le sujet : Une proposition de résolution, portée par la députée Brigitte Liso, arrive à l'Assemblée Nationale.

La députée du Nord et vice-présidente d'ELCS, Brigitte Liso porte une proposition de résolution sur le sujet du chemsex, qui sera

votée par les député.es le 19 juin prochain. À ce titre, Madame Liso a accepté de répondre à nos questions pour nous présenter sa proposition de résolution :

- Pourquoi avez-vous décidé de porter cette proposition de résolution et de quoi retourne-t-elle ?

- En 2022, j'ai été alertée par des représentants associatifs lillois, très inquiets de la banalisation du chemsex, et du recours croissant à cette pratique par de plus en plus de jeunes, qui ne savent pas à quels risques ils s'exposent.

Entre le manque d'outils à leur disposition pour faire face aux conséquences de cette pratique sur la santé et les épisodes tragiques entendus dans les médias, je me devais d'agir sur ce sujet.

Mes interlocuteurs m'ont notamment expliqué les séquelles, parfois gravissimes, engendrées par le chemsex, avec des exemples très marquants : incontinence à vie, arrêts cardiaques, dépendance, contamination accrue aux IST et en particulier au VIH, décès etc.

Face à ce constat, il m'est apparu essentiel –et urgent– d'engager une réflexion et sensibiliser sur cette pratique devenue au fil des années un problème de santé publique. Présidente du groupe d'études VIH/SIDA, j'ai eu à cœur d'entendre les associations de terrain afin de mieux comprendre l'étendue du problème, et identifier des pistes de solution concrètes.

Ce travail de co-construction avec ces acteurs a débouché sur 7 recommandations claires, permettant de dessiner les contours d'une véritable stratégie de prévention pour les prochaines années.

Parmi elles, je pense notamment à la nécessité d'établir un état des lieux épidémiologique précis sur l'ampleur de phénomène. Car il n'y a pas de bonne politique publique sans chiffres.

J'appelle également à renforcer la formation et l'accompagnement des structures de terrain qui prennent en charge les « chemsexers ». Enfin, il est indispensable d'inciter les plateformes et applications à collaborer afin de bâtir une stratégie de prévention des infections des IST et de sensibiliser les utilisateurs aux risques du chemsex.

- Quelles sont les conséquences concrètes à terme d'une telle proposition de résolution, que se passera-t-il si elle est adoptée ?

- Cette proposition de résolution constitue une première étape, et n'a pas d'effet législatif à proprement parler. Elle vise d'abord à mettre la lumière, interpeller le gouvernement sur un sujet qui concerne des milliers de français et dont on ne parle pas.

C'est donc une première victoire car nous parlons du chemsex sans tabou, des drames que cette pratique entraîne, et l'urgence de développer nos outils de réduction des risques.

Si nous souhaitons protéger nos concitoyens, il est du devoir des députés de construire avec le gouvernement des mesures adaptées à une situation devenue incontrôlable dans certains territoires. Et j'insiste sur ce point : l'objectif n'est en aucun cas de porter un jugement sur la vie intime de nos concitoyens, mais agir en amont pour sauver des vies.

Ce texte vise à enclencher une dynamique, instiguer une réelle politique de prévention nationale sur le sujet, aujourd'hui inexistant.

Pour la première fois, les parlementaires se saisissent de ce problème et envoient un message fort au grand public, pour chacun redouble de vigilance et soit informé des risques pour sa santé.

Je suis heureuse que ce texte soit examiné le 19 juin 2024 grâce à un soutien transpartisan de 73 collègues. Nous espérons qu'il sera adopté à l'unanimité !



Actualité sur le sujet : poursuite de l'expérimentation des Centres de Santé Sexuelle et Communautaires (CSSC)

Dans le cadre d'un appel à manifester en 2020, le Ministère des Solidarités et de la Santé et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) ont retenu 4 projets en France pour porter l'expérimentation autour de l'émergence des Centres de Santé Sexuelle et Communautaire (CSSC). Parmi les projets retenus, on retrouve Le Checkpoint à Paris (gestion par le Groupe SOS), le Centre Santé Sexualité Le Griffon de Lyon, (géré par l'association Virages Santé), le Spot Longchamp à Marseille et le Spot de Montpellier, gérés par Aides. Si le CSSC de Lyon est encore en cours d'ouverture, les 3 autres centres ont déjà pu accueillir des patientes et des patients depuis plusieurs mois. Chaque CSSC dispose de deux ans pour faire remonter le fruit de cette expérimentation.

Un des grandes modalités de fonctionnement de ces centres repose sur le principe du "test and treat", si possible sans rendez-vous, de manière à pouvoir proposer un traitement rapidement, si possible dans la journée. Il y est bien évidemment possible de se faire suivre pour de multiples problématiques de santé sexuelle, dont les outils de prévention tels que la PrEP (Prophylaxie Pré-Exposition au VIH), les TPE (Traitement Post-Exposition) ou encore les autres moyens de protection. On retrouve dans la majorité de ces centres des moyens de Réduction des Risques et des Dommages (RdRD) dans le cadre du Chemsex et des autres consommations de drogues. Une partie d'entre eux propose également un suivi des problématiques addictologiques, y compris grâce au soutien des associations communautaires et d'un soutien par les pairs.

L'objectif annoncé par le ministère est notamment de faciliter le dépistage des IST (Infections Sexuellement Transmissibles) mais aussi de favoriser le traitement de ces dernières. Avec l'espoir donc de faire baisser l'incidence du VIH, des hépatites (VHB, VHC et VHA) et de l'ensemble des IST en mettant à disposition une offre de soins adaptés à des publics particulièrement exposés.

Résultats de l'étude Sea, Sex and Chems

Conduite par le CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) de la Croix-Rouge des Hospices Civils de Lyon et Dr CESSA Dorian, l'étude Sea, Sex and Chems a été présentée lors d'une conférence de presse à la mairie de Paris en novembre 2021. Elle a permis un des plus importants recensements en France sur la question du Chemsex avec 2767 réponses dont 1 196 personnes ayant déjà pratiqué le Chemsex. Elle a recensé une population diversifiée par la mise en marche d'un réseau divers et varié (comprenant des associations, des services hospitaliers, des centres de soins communautaires, des acteurs culturels et festifs, des espaces militants, des influenceurs, des organes de santé publique, des applications de rencontres...).

Il s'agit d'une des premières études du pays à ouvrir la problématique à d'autres populations que les HSH avec plus de 25% de l'effectif non-HSH. Au sein de son groupe Chemsex, 883 HSH (73,7%), 198 femmes (16,5%), 65 hommes hétérosexuels (5,4%) et 50 personnes non-cisgenres (personnes trans, de genre neutre et non-binaire - 4,2%). Elle met donc en avant des populations qui pratiquent le Chemsex, ce qui est inédit dans une étude médicale française. *Sea, Sex and Chems* révèle des mutations de la pratique du Chemsex et une possible diffusion au-delà de sa population historique des HSH. En prenant en compte de nombreux éléments en lien avec les questions de sexualité (dont la question de l'addiction comportementale sexuelle), de prises de risque mais aussi les questions autour des pratiques et de la satisfaction sexuelle, cette étude a permis de mettre en avant un ensemble de facteurs de risques de pratique du Chemsex et de risques d'addiction. Elle souligne alors l'importance des éléments de sexualité, sans oublier le rôle important des cathinones de synthèse et du GHB. On retrouve alors les antécédents de violences sexuelles, l'entrée dans la vie sexuelle précoce, l'expérimentation du travail du sexe ou encore la préexistence d'un dysfonctionnement sexuel souvent associés aux risques d'addictions. La séropositivité au VIH reste associée à une augmentation du risque de pratique du Chemsex.

La mise à jour de ces données revient aussi sur les risques addictifs par sous-population dans laquelle on trouve des risques notables d'addiction aux substances chez plus de 80% des pratiquantes et pratiquants du Chemsex (risque relatif multiplié par 2,6). Le risque d'hypersexualité (ou addiction comportementale sexuelle) est aussi largement majoré parmi la population pratiquant le Chemsex (multiplié par 3).



Remise du Rapport Ministériel coordonné par le Pr Benyamina :

Commandé en septembre 2021 au Pr BENYAMINA (Chef du service de psychiatrie et d'addictologie de l'Hôpital Paul-Brousse (AP-HP) et Président de la Fédération française d'Addictologie), le Rapport Ministériel sur le Chemsex a été remis au Ministère des Solidarités et de la Santé le 17 Mars 2021. Il fournit un état des lieux sur l'ampleur du phénomène, les risques associés aux produits psychoactifs utilisés et les impacts sanitaires engendrés par ces pratiques.

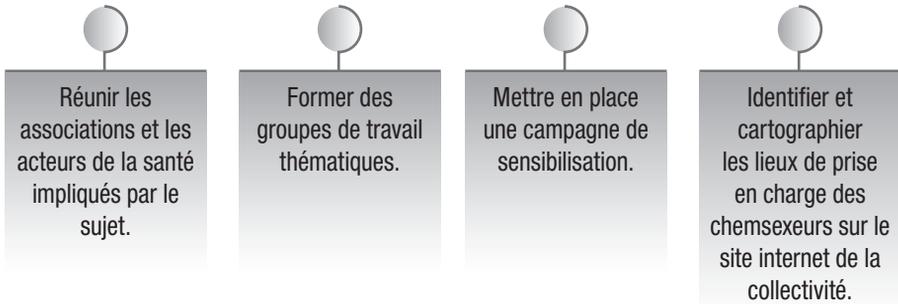
Les recommandations qui y sont formulées doivent enrichir les actions nationales autour du Chemsex et intégrer la feuille de route de Santé Sexuelle 2021-2024. Parmi les mesures déjà en place, on peut évoquer le projet ARPA-CHEMSEX (Accompagnement en Réseau Pluridisciplinaire Amélioré), co-porté par les associations Aides et la Fédération Addictions. Le renforcement des liens se fait entre les différents opérateurs de soins, les structures de prévention et les professionnels prenant en charge les usagers pratiquant le Chemsex. La réalisation d'un annuaire et d'une cartographie autour de la santé sexuelle et des structures de soin ou médico-sociales (CeGIDD, CSAPA, CAARUD et MDA) a été actée.

L'amélioration du repérage et de la prise en charge des personnes pratiquant le Chemsex y est présentée comme un des principaux objectifs. Il s'agit d'une priorité dans un contexte où les remontées des acteurs associatifs sur le terrain font état d'une augmentation du nombre d'usagers et de consommations problématiques révélées lors de la crise sanitaire liée à la Covid-19 pendant l'année 2020.

Le communiqué de presse et le rapport complet sont accessibles sur le site du Ministère de la Santé.

Comment agir sur le phénomène du chemsex en tant que collectivité locale ?

Les collectivités locales ont un rôle à jouer pour prévenir des risques du chemsex et aider à la prise en charge des usagers. La Ville de Paris a été la première à s'engager sur le sujet. Cette fiche-action inspirée de ce que fait la Ville de Paris, retrace ce qu'une collectivité peut faire pour agir efficacement.



Pour aller plus loin...

Communiquer et prévenir

- Visibiliser des espaces d'accueils pour les chemsexuels
- Attention aux messages alarmistes
- Soutenir et développer les lieux de prise en charge.
- Renforcer les lieux de santé sexuelle globale. Améliorer l'accessibilité aux psychologues-sexologues
- Créer des antennes spécifiques dans des clubs ou lieu de rencontre de la "scène" HsH.

Développer l'accès à la RDR (Réduction Des Risques)

- Permettre l'accès au matériel spécifique dans un ou plusieurs automates
- Renforcer l'éducation à l'injection et créer des ateliers d'accompagnement à la consommation
- Pérenniser et renforcer les outils d'accompagnement à distance
- Formation des professionnels de santé, du secteur addictologique et de la santé sexuelle
- Sensibilisation des pompiers, des urgences et des services de police
- Identifier un référent Chemsex au sein de chaque CSAPA-CARRUD.

Mettre en place un réseau

- Travail en partenariat entre structures spécialisées et non spécialisées pour améliorer la prise en charge et le parcours de soin
- Création d'une instance publique spécifique coordonnant des réseaux de soins spécifiques et favorisant la recherche
- Centralisation des ressources, des interlocuteurs, des parcours de soins
- Échanges de pratiques, mutualisation des ressources, des expériences. S'inscrire dans un travail commun de partage et de complémentarité.



La PrEP

La PrEP (prophylaxie pré-exposition au VIH) est une stratégie de prévention basée sur la prise d'un médicament antirétroviral qui permet à une personne séronégative à haut risque d'acquisition du VIH de réduire ce risque. Par définition, "prophylaxie", c'est éviter une infection et "pré-exposition", le traitement doit se prendre avant (et après dans le cas de la PrEP).

C'est un outil complémentaire pour réduire la transmission du VIH dans des populations à hauts risques, mais qui ne remplace pas le préservatif, notamment concernant la transmission d'autres infections sexuellement transmissibles ou d'hépatites.

Les études, notamment Proud (Royaume-Uni) et celle de l'ANRS sous le nom de "Ipergay", ont prouvé l'efficacité de la PrEP en prise continue et en prise à la demande sur le risque d'infection au VIH.

Aujourd'hui, la PrEP est fortement recommandée pour les personnes très exposées, par leurs pratiques sexuelles, par différentes organisations comme le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS), la Haute Autorité de santé (HAS) ou encore l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

La PrEP :

- réduit considérablement le risque d'infection du VIH,
- ne protège pas des autres infections transmissibles sexuellement (syphilis, gonococcie, chlamydiae, ...) ou par le sang (hépatite C),
- peut entraîner des effets indésirables graves mais rares (insuffisance rénale et fragilité osseuse),
- a une efficacité maximale uniquement si le schéma de prise (continue ou discontinue) est strictement respecté.

Les chiffres en France

- Le nombre total de personnes de 15 ans et plus ayant initié la PrEP par Truvada® ou un de ses génériques en France était de 64 821 à la fin juin 2022, soit une augmentation de 39% par rapport à juin 2021.

- Plus de 42 000 personnes avaient utilisé la PrEP au premier semestre 2022 par rapport à l'année 2021, soit une augmentation de 40% par rapport au premier semestre 2021 (31 000). Parmi ces 42 000 personnes sous PrEP, 22% l'avaient initiée au cours du semestre et 78% antérieurement.

- Le public de la PrEP est toujours constitué en majorité d'hommes (97%), âgés



de 36 ans en moyenne. Seuls 7% sont bénéficiaires de la CMU-C et moins d'1% bénéficient de l'AME, ce qui indique une faible proportion de personnes précaires parmi les utilisateurs.

- Mais les femmes doublent leur proportion à 4%, avec un nombre qui après avoir stagné depuis 2016 a doublé sur un an.

Chiffres ANSM

Les jeunes de 15 à 24 ans

Les chiffres à retenir

- 23% des jeunes interrogés estiment être mal informés sur le VIH/sida, soit une augmentation alarmante de 22 points par rapport à 2009.

- Moins d'1 jeune sur 2 s'estime bien informé sur les lieux où aller se faire dépister pour le test du VIH/sida.

- 32% considèrent qu'il existe des médicaments pour guérir du sida (+5 points par rapport à 2022).

- 23% estiment encore que la pilule contraceptive d'urgence peut empêcher la transmission de virus soit une augmentation inquiétante de 4 points en un an.

- Entre 12 et 17% des personnes sondées estiment qu'on peut contracter le VIH en entrant en contact avec la transpiration d'une personne séropositive, en buvant dans son verre, en lui serrant la main ou en l'embrassant.

- 43% pensent qu'il y a de moins en moins de contamination chez les jeunes.

- 67% des 15-24 ans disent ne pas avoir bénéficié d'un enseignement de 3 cours par an à l'éducation à la vie affective et sexuelle.

- 84% que le nombre de cours d'éducation à la sexualité à l'école n'est pas suffisant aujourd'hui.

- 75% auraient voulu être mieux informé.e.s et accompagné.e.s au début de leur vie affective et sexuelle.

Ainsi, selon la Directrice Générale de Sidaction Florence Thune, une intensification de la prévention dans les structures éducatives constituent un levier d'action central pour lutter contre le VIH/sida et pour une meilleure sensibilisation des jeunes. Il est notamment urgent que les idées reçues sur la transmission du virus du sida soient combattues pour faire face aux discriminations que subissent au quotidien les personnes vivant avec le VIH.

Sondage Ifop pour le Sidaction 2024



La vaccination

ELCS alerte depuis de nombreuses années les collectivités sur l'importance de soutenir et de mettre en place des opérations de vaccination notamment sur l'hépatite B (VHB) et le Papillomavirus (HPV).

Le rapport du comité d'orientation issu de la concertation citoyenne sur la vaccination, de novembre 2016, présidé par Alain Fischer, professeur de médecine au Collège de France, indique clairement qu'un effort d'information et de communication autour de la vaccination doit être fait.

Le vaccin engendre des bénéfices à la fois personnel et collectif. Bénéfice personnel d'abord car il provoque la création d'anticorps qui immunisent les individus contre certaines maladies infectieuses. Bénéfice collectif également parce que le vaccin permet aussi de couper les "chaînes" de transmissions de maladies infectieuses.

Les élus locaux ont une responsabilité dans la mise en œuvre de la politique vaccinale. Chaque élu doit se saisir de la question pour répondre de manière adaptée aux besoins et spécificités de leurs territoires, car le sentiment de réticence envers les vaccins est différent selon les territoires. Les élus locaux sont des acteurs clés pour lancer des campagnes de vaccination à l'intention de la population mais aussi du personnel médical, en fonction de l'avancée épidémiologique de certaines maladies infectieuses dans les territoires qu'ils administrent. Le rôle des élus locaux est aussi d'appliquer la loi tout simplement et de veiller à un contrôle assidu au suivi des vaccins obligatoires via le carnet de santé et notamment dans le milieu scolaire ; le respect de la vaccination obligatoire étant une condition d'entrée en collectivité pour les enfants – à la fois pour leur épanouissement personnel et pour le bien-être de la collectivité.

Le VHB est une infection chronique qui concerne plus de 280 000 personnes en France dont environ 1 500 décès par an. Aujourd'hui, la vaccination est la principale mesure de prévention de l'hépatite B. Les complications de cette infection sont la cirrhose et le cancer du foie.

Le vaccin contre le HPV est préconisé chez les jeunes filles, à titre préventif, pour les protéger car il peut être à l'origine de plusieurs cancers. La vaccination est recommandée par le Haut Conseil de la Santé publique (HCSP) chez les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans.

Le papillomavirus est la principale cause du cancer du col de l'utérus. Les HPV de types 16 et 18 sont responsables d'environ 70% des cancers du col de l'utérus,



75 à 80% des cancers de l'anus, 70% des lésions précancéreuses de la vulve et du vagin et 75% des lésions précancéreuses de l'anus. Les HPV de type 6 et 11 sont responsables d'environ 90% des verrues génitales. La défiance à l'égard des vaccins ne doit pas être un frein à la prévention.

Le dépistage du VIH

Alors que les dépistages du VIH ont fortement diminué durant la crise du Covid19, ils n'ont toujours pas retrouvé leur niveau d'il y a quatre ans. Le dépistage est pourtant essentiel et il permettrait, s'il était utilisé à une large échelle, de mettre fin au VIH/sida en France.

En effet, si toutes les personnes séropositives sont dépistées et mises sous traitement, nous arrêterons la propagation du VIH/sida en France.

L'État français a montré qu'il était capable d'inciter au dépistage du Covid19 par de grandes campagnes de sensibilisation. Il doit en être de même pour le VIH/sida. Nous n'avons que trop attendu.

Trois types de dépistage du VIH

Il existe trois types de tests de dépistage au VIH en France :

- › le test Elisa en CeGIDD ou laboratoire,
- › le test rapide ou Trodd (test rapide d'orientation diagnostique) en CeGiDD ou associations,
- › l'autotest à domicile ou dans des associations

Le dépistage du VIH, en France, est une démarche volontaire liée au consentement de la personne. Il n'y a pas de dépistage forcé ou fait à l'insu et sans consentement. Le test n'est obligatoire que dans quelques rares cas: don de sang, d'organes, de sperme, d'ovocytes et de lait.

En France, l'activité de dépistage du VIH est très importante avec près de 6 millions de tests réalisés par an (voir les éléments clés ci-dessous).

Le dépistage a un intérêt tant sur le plan individuel que collectif.

Sur le plan individuel, le dépistage de l'infection au VIH permet de bénéficier d'une discussion et de conseils de prévention personnalisés au plus près des pratiques de la personne. En cas de découverte d'une séropositivité, cela permet d'accéder à la prise en charge la plus précoce possible. Sur le plan collectif, le dépistage



limite la propagation de l'épidémie par la responsabilisation des personnes vivant avec le VIH et par l'action des ARV sur la transmission du VIH (la prise d'un traitement antirétroviral efficace rend la charge virale indétectable et annule donc automatiquement le risque de transmission du VIH).

Les chiffres sont alarmants et soulèvent la nécessité d'intensifier les opérations de dépistage :

- De 25 000 à 30 000 personnes ignorent leur séropositivité en France : elles ne représentent que 20 % des personnes porteuses du VIH et on estime qu'elles sont à l'origine de 60 % des nouvelles infections chaque année.
- En 2021 en France, 29 % des infections à VIH ont été découvertes à un stade avancé de l'infection, proportion qui ne diminue pas depuis plusieurs années. Ceci constitue une perte de chance en terme de prise en charge individuelle, et un risque de transmission du VIH aux partenaires avant la mise sous traitement antirétroviral.

Le dépistage est l'une des priorités de la politique de lutte contre le VIH et les IST. L'objectif énoncé est de réduire tant le retard au diagnostic que le nombre important des personnes ignorant leur séropositivité.

Cet objectif repose sur trois axes d'intervention :

- la proposition de test par les professionnels de santé dans le cadre de recours aux soins (concrètement, une proposition de dépistage est proposée par le médecin généraliste ou par les services de premier secours),
- le développement des tests rapides en direction des populations à forte incidence (HSH et migrants),
- la rénovation du dispositif de dépistage pour une prise en compte plus large de la santé sexuelle (réforme CDAG/Ciddist créant les Cegidd).

Motif du dépistage en France métropolitaine

- Signes liés au VIH (33 %)
- Routine (54 %)
- Grossesse (5 %)
- Autres IST (7 %)
- Contrôle (1 %)



Le dispositif “Labo sans ordo”

Depuis le lundi 1^{er} juillet 2019, il est possible de faire un test de dépistage du VIH sans ordonnance, pris en charge à 100 % sans avance de frais, sur simple demande et sans rendez-vous, dans tous les laboratoires d’analyses médicales de Paris et des Alpes-Maritimes, grâce à l’action de *Vers Paris sans sida* et du COREVIH PACA Est du CHU de Nice. L’expérimentation devait initialement prendre fin 2021 dans les 158 laboratoires à Paris et 106 dans les Alpes-Maritimes participants. Toutefois, au vu de son succès, l’expérimentation locale de dépistage gratuit du VIH sans ordonnance dans les laboratoires de biologie médicale a été étendue à la France entière, dans le cadre du Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2022.

Présenté fin 2018, ce nouveau dispositif appelé officiellement VIHTEST en partenariat avec l’Assurance maladie et les Agences régionales de Santé (ARS), avait pour but de simplifier le réflexe du dépistage du VIH dans la population, et en particulier chez les populations exposées. Les évaluations à 6 mois avaient déjà montré que cette nouvelle offre avait contribué à une augmentation nette du dépistage du VIH en laboratoire dans les deux départements: de l’ordre de 20 000 tests à Paris (+16,8 %) et 2 000 dans les Alpes-Maritimes (+3,7 %). Mieux encore, le taux de positivité global de ces dépistages est plus important que les autres modes, toute en attirant une population différente de celle ayant recours aux tests prescrits par un médecin : plus d’hommes hétérosexuels, de personnes exposées au VIH ou des populations éloignées du système de soins. (source : *vih.org*)

Le docteur Pascal Pugliese, président du COREVIH PACA Est et président de la Société Française de Lutte contre le Sida (SFLS) se dit “fier de ce travail local qui inspire aujourd’hui la France entière”. “Cette généralisation constitue une révolution dans le dépistage. C’est une grande nouvelle dans le combat que nous menons contre le VIH en France. En effet, 5 000 personnes découvrent chaque année leur séropositivité en France, souvent trop tardivement. Multiplier les lieux – il existe près de 4 000 laboratoires en France aujourd’hui – et les possibilités de dépistage sans ordonnance, comme le permet VIHTEST, est un nouvel outil qui va nous permettre de prendre en charge plus rapidement les personnes touchées, de leur proposer plus rapidement un traitement et de contribuer à casser la chaîne de transmission du virus.”



autotest VIH®

Le lancement des autotests en septembre 2015 constitue un élément d'autonomisation de la personne et un outil important à destination de celles et de ceux qui ne veulent ou ne peuvent pas avoir recours au dépistage via les CeGIDD (centres de dépistage) ou les associations.

Depuis 2017, plusieurs municipalités (Paris, Nice, Lyon, Bordeaux...), régions (Île-de-France) ou COREVIH (COREVIH Arc Alpin, COREVIH Océan Indien...) ont initié des programmes locaux de lutte contre le SIDA et développent l'offre de dépistage par des **autotest VIH®** qu'ils achètent, personnalisent et donnent aux acteurs concernés (centres de santé, associations, centres de dépistage...).

Quelques données sur autotest VIH® :

- Fabriqué en France et assemblé depuis juillet 2018 à l'ADEP (Association de Défense et d'Entraide des Personnes handicapées) en Île-de-France
- Fiabilité proche de 100% pour une infection au VIH de plus de 3 mois
- Bande contrôle de sécurité pour l'utilisateur (qui garantit la fiabilité du résultat négatif)
- Disponible dans plus de 11 000 pharmacies en France
- Test réalisé en quelques minutes à partir d'une microgoutte de sang
- Lauréat du Prix Galien International 2018 (équivalent d'un Prix Nobel pour la Recherche Pharmaceutique)
- Notice d'utilisation et vidéos de démonstration disponibles dans plus de 15 langues sur www.autotest-sante.com
- Application smartphone «AUTOTEST», disponible sur Apple Store et Android pour accompagner l'utilisateur de l'autotest VIH® dans sa réalisation. Cette application permet aussi de géolocaliser les associations et centres de dépistage de la ville.

Source AAZ

Que faire pour une ville / un département / une région ?

Les acteurs locaux doivent participer à cette dynamique territoriale. Ils peuvent :

- mettre à disposition des autotests dans les centres de santé et les associations ou dans les CeGIDD,
- organiser une semaine du dépistage du VIH dans la ville,
- inciter au dépistage par les autotests avec les pharmaciens de la commune, ex. :

distribution par la ville de coupons pour aller retirer gratuitement son autotest en pharmacie (puis échange des coupons au pharmacien par des autotests achetés par la ville),

- intégrer les autotest VIH® lors du parcours éducatif de santé dans les établissements scolaires de la ville.

*Extrait des enjeux de la lutte contre le VIH/Sida
en partenariat avec le Crips Île-de-France*

Si vous souhaitez commander des autotests et les personnaliser avec le logo de votre collectivité, vous pouvez contacter le fabricant français AAZ.

Tél : 01 46 00 40 40 / email : contact@azlab.fr / www.autotest-sante.com



SPECIAL COVID : AAZ fournit des cartons anonymes adaptés à l'envoi postal d'autotest VIH à domicile pour favoriser le dépistage à distance



La variole du singe (Monkeypox)

Comprendre le Monkeypox

Le monkeypox est une infection virale causée par le virus du monkeypox, qui appartient à la même famille que celui de la variole. La transmission peut se faire par contact étroit avec des animaux infectés, des matériaux contaminés, ou d'humain à humain. Les symptômes incluent de la fièvre, des douleurs musculaires, et une éruption cutanée caractéristique qui évolue de macules à des pustules avant de croûter (OMS, 2022).

Evolution et statistiques récentes

En mai 2022, la France a enregistré ses premiers cas de monkeypox, marquant le début d'une série de flambées en Europe. À fin 2022, la France comptait plus de 3 000 cas confirmés, illustrant une propagation rapide parmi des populations non traditionnellement exposées à ce virus (Santé publique France, 2022). Au niveau global, plus de 40 000 cas ont été rapportés dans des régions non endémiques, signalant une alerte internationale (Centers for Disease Control and Prevention, 2022).

Impact disproportionné sur la population HSH

L'épidémie de monkeypox en 2022 a révélé une incidence élevée parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), surtout dans les pays occidentaux. Les données issues de diverses études et rapports de santé publique indiquent que cette population a été particulièrement vulnérable à l'infection.

Selon les données publiées par les Centers for Disease Control and Prevention et d'autres agences de santé, jusqu'à 90% des cas de monkeypox diagnostiqués dans les régions comme l'Europe et l'Amérique du Nord concernaient des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Ces chiffres reflètent les cas identifiés jusqu'à la mi-2022.

Reconnaître l'impact du monkeypox sur les HSH est essentiel pour une réponse épidémiologique efficace et équitable. En adressant spécifiquement les facteurs de risque et les barrières rencontrées par cette communauté, les autorités de santé peuvent mieux contrôler la propagation de la maladie tout en respectant les droits et la dignité de toutes les personnes affectées.

Réponses locales et globales

Les autorités sanitaires recommandent la surveillance active des cas, le suivi des contacts, ainsi que l'isolement des personnes infectées. Un vaccin antivariolique



modifié a été approuvé pour prévenir le monkeypox chez les personnes à haut risque. Les élus peuvent contribuer en promouvant la vaccination et en soutenant les campagnes de sensibilisation pour limiter la stigmatisation des communautés touchées.

En France, la réponse rapide incluant la mise en place de centres de vaccination ciblée et la diffusion d'informations précises sur les modes de transmission a été clé pour contenir les premières flambées. Cette approche proactive a permis de limiter l'impact de la maladie sur les systèmes de santé locaux. Cela témoigne du rôle clef que joue le dépistage dans la lutte contre les virus (Journal de Médecine Infectieuse, 2022).

L'expérience avec le monkeypox souligne l'importance de la vigilance, de la préparation et de la réponse rapide des élus face à des maladies infectieuses émergentes. L'engagement envers des actions fondées sur la science est crucial pour protéger les communautés.



La réduction des risques en direction des usagers de drogues (RDR)

La politique de réduction des risques (RDR) basée sur l'information, l'accès au matériel stérile et les traitements de substitution est une des politiques de santé les plus efficaces : elle a notamment permis une baisse très importante des infections au VIH chez les usagers de drogues (- de 2 % aujourd'hui).

Cette politique a été légalisée par la loi du 13 août 2004. Une centaine de CAARUD ont été créés depuis 2005. Au niveau international, la déclaration de Vienne de 2010 a clairement élevé la RDR comme solution face à des politiques répressives dont les impacts sont très limités sur le plan sanitaire et social.

Aujourd'hui, les défis sont incontestablement la précarité et l'hépatite C. Ainsi, la prévalence au VHC s'établit à près de 60 % et la prévalence de la co-infection VIH/VHC est une des plus élevées en Europe. La précarité est extrêmement problématique au sein des usagers de CAARUD : 21 % ne disposent d'aucun revenu, 54 % d'un revenu social, uniquement.

Face à cela, la solution est bel et bien l'approfondissement de la politique de RDR et cela passe notamment par le développement de salles de consommation à moindre risque. Il existe actuellement plus de 90 salles de consommation dans le monde dont la grande majorité en Europe. Le premier de ces centres à avoir obtenu une autorisation légale s'est ouvert en Suisse à Berne en 1986.

Dans la décennie suivante, plusieurs pays européens (Pays-Bas, Allemagne, Espagne) ont suivi cet exemple, ainsi que l'Australie et le Canada. Elles ont été créées suite au constat que les dispositifs de RDR (échange de seringues, etc) ne touchaient pas une population d'usagers de drogues particulièrement précarisée.

Ce type de structure accueille en priorité les consommateurs d'héroïne ou de cocaïne par injection qui viennent avec leur drogue. La structure ne fournit en aucun cas de drogue. L'intérêt est la sécurité sanitaire : la salle de consommation permet de réduire principalement les risques d'infection au VIH ou VHC, en fournissant un lieu propre et sécurisé, des seringues, sous la surveillance de personnel médical pour prévenir notamment toute overdose.

La SCMR permet à l'usager de ne pas s'injecter dans la rue. Ce faisant, ce type de structure a un intérêt en termes de santé publique puisqu'il permet une prévention de la contamination au VHC et au VIH mais également en termes de sécurité publique (notamment quant à l'absence de matériel d'injection sur la voie publique). Cet intérêt est largement reconnu : ainsi, dans le cadre du référendum

tenu le 30 novembre 2008, la Suisse a appuyé à 68 % la révision de la loi sur les stupéfiants basée sur quatre piliers dont les salles de consommation à moindre risque et le traitement avec prescription d'héroïne sous contrôle médicalisé.

Le débat en France a été long mais les expertises de l'INSERM ou de la Haute Autorité de santé ont permis à cette expérimentation de voir le jour dans la loi de santé.

À Paris, la première salle de consommation à moindre risque est ouverte depuis novembre 2016 pour une expérimentation de 6 ans dans le 10^e arrondissement de Paris, suivie par une autre salle à Strasbourg.

Les innovations en matière de RDR peuvent aussi prendre d'autres formes, notamment la délivrance d'héroïne sous contrôle médicalisé. Les innovations peuvent aussi viser d'autres publics : ainsi, un collectif d'associations a élaboré un outil de réduction des risques, "Kit Base", pour l'usage de crack fumé. Cet outil est issu de l'expérience de ces associations auprès des usagers (accompagnés) et vise à limiter le risque de blessures et la transmission virale ; l'outil a récemment reçu un avis favorable de la part de la Direction Générale de la Santé. Outre l'innovation en termes d'outils, il nous faut penser la RDR en termes de champ d'application. La prévalence du VIH en prison est très inquiétante puisqu'elle est estimée à 2 %. Pour l'hépatite C, c'est pire puisque la prévalence est estimée à 4,8 %.

Face à ce constat, l'offre de RDR est bien trop faible par rapport au milieu libre : un accès très inégal aux traitements de substitution, un accès à l'eau de javel non systématique, des programmes d'échange de seringues inexistant... Instaurer une vraie politique de RDR en prison est une nécessité : d'une part parce que cela répondrait à une vraie nécessité sanitaire et, d'autre part, parce que cela permettrait de respecter la loi, celle du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, qui reconnaît dans son article L110-1 que "le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous les moyens disponibles au bénéfice de toute personne (...), les autorités sanitaires (...) contribuent à garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé" et ainsi "assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible".

Et le bilan, six ans après à Paris ?

Plus de six ans après l'ouverture de la première SCMR, une moyenne de 165 actes quotidiens de consommation a été comptabilisée, soit 53 582 consommations en un an (dont 38 058 injections), selon l'association Gaïa qui gère la salle. Au total, ce sont 242 027 consommations évitées dans l'espace public, trois fois moins de



seringues retrouvées dans l'espace public et 4 859 consultations sanitaires. La première substance consommée est le Skenan, un puissant antidouleur à base de morphine, loin devant l'héroïne (seulement 1 % des actes). Les consommations se font toujours sous la supervision d'un soignant.

Les seniors et le VIH

La situation

Après une forte augmentation de découverte de séropositivité entre 2003 (13 %) et 2014 (21 %), depuis 2015, les découvertes pour les plus de 50 ans sont stables, autour de 20 % de nouvelles découvertes sur la population globale.

Au quotidien

Les résultats de l'enquête "Seniors et VIH (2014)" montrent que les seniors s'estiment autant informés que les plus jeunes (18-49 ans). Ainsi, 70 % des seniors déclarent connaître le VIH dans les grandes lignes, 54 % se disent plutôt bien informés et 90 % connaissent les modes de transmission.

En revanche, 88 % des seniors interrogés disent ne pas se sentir concernés par le VIH (contre 72 % chez les plus jeunes) dès lors qu'ils ne font pas partie des groupes vulnérables (homosexuels, usagers de drogues par injection, etc). Très peu d'entre eux ont recours au dépistage : près de 60 % des personnes interrogées ayant eu plusieurs partenaires au cours des 5 dernières années reconnaissent n'avoir jamais fait de test (contre environ 40 % des moins de 50 ans).

Parmi les plus de 50 ans ayant une vie sexuelle avec des partenaires multiples, 40 % déclarent n'avoir jamais utilisé de préservatif au cours des 5 dernières années (contre 12 % chez les moins de 50 ans).

Vivre avec

L'enjeu important pour les prochaines années, c'est le "vivre avec", enfin surtout le "vieillir avec".

La liberté de circulation et d'établissement des PVVIH

En 2019, 48 pays appliquent des restrictions à la liberté de circulation et d'établissement des personnes touchées par le VIH/sida.

19 pays expulsent les personnes séropositives quand leur statut est découvert.



Depuis 2015, quatre pays ont pris des mesures pour lever leurs restrictions de déplacement liées aux VIH : le Bélarus, la Lituanie, la Corée du Sud et l'Ouzbékistan.

Depuis 2015, quatre pays ont pris des mesures pour lever leurs restrictions de déplacement liées aux VIH : le Bélarus, la Lituanie, la Corée du Sud et l'Ouzbékistan.

**Les 48 pays et territoires appliquant toujours une forme de restriction de déplacement liée au VIH sont : Angola, Aruba, Australie, Azerbaïdjan, Bahreïn, Belize, Bosnie-Herzégovine, Brunéi Darussalam, Îles Caïmanes, Îles Cook, Cuba, République Dominicaine, Égypte, Indonésie, Irak, Israël, Jordanie, Kazakhstan, Koweït, Kirghizistan, Liban, Malaisie, Maldives, Îles Marshall, Maurice, Nouvelle-Zélande Oman, Palaos, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Paraguay, Qatar, Fédération de Russie, Saint-Kitts-et-Nevis, Samoa, Arabie Saoudite, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Singapour, Îles Salomon, Soudan, République arabe syrienne, Tonga, Tunisie, Turkménistan, Îles Turques et Caïques, Tuvalu, Ukraine, Émirats arabes unis et Yémen.*

Source ONUSDA

La situation est grave. ELCS mène, depuis plusieurs années déjà, un intense combat contre ces restrictions, aussi inhumaines que dangereuses, tant sur le plan individuel que collectif. Ces restrictions constituent une atteinte grave aux droits humains. Tout d'abord, au regard de la personne qui découvrirait sa séropositivité par un test imposé à l'entrée. Également pour la personne qui se sait touchée : une expulsion du territoire est forcément traumatisante. Refuser l'admission ou l'installation d'une personne séropositive au seul motif de son statut sérologique renvoie à une vision perverse du malade, celle du séropositif comme vecteur de maladie et comme possible contaminateur. Cela ne fait que renforcer le niveau de stigmatisation et de discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et décourager, tant les nationaux que les étrangers, d'avoir recours aux services de prévention, de dépistage et de prise en charge du VIH.

Ces restrictions ont également des effets dramatiques sur l'efficacité des politiques de santé. Elles mettent à mal les fondements de toute politique de prévention qui reposent tant sur les personnes touchées que sur les personnes séronégatives. C'est ce que l'on nomme la notion de responsabilité partagée, notion que les associations défendent, notamment le Conseil national du sida et des hépatites. Il faut l'affirmer haut et fort : les personnes séronégatives comme séropositives sont responsables de leur propre prévention, et cette affirmation est toujours plus vraie au regard des évolutions de la lutte qui fait du traitement un outil majeur de prévention.



Au-delà de leur inefficacité, de telles restrictions peuvent se révéler contre-productives et être la cause d'une baisse de la vigilance et de l'augmentation des pratiques à risques. Comment ?

Tout simplement en créant un sentiment de fausse sécurité, en laissant à penser que le sida est une maladie d'étrangers et que le VIH vient de l'extérieur. Ce raisonnement peut mettre à mal des années de politique de prévention basées sur la connaissance de la maladie, l'éducation et la responsabilisation individuelle et collective. Lutter contre le sida en luttant contre les malades et non contre la maladie est une erreur fatale qui met en péril la politique de lutte contre le sida et conduit clairement à une moins bonne protection de la santé publique.

L'argument économique qui voudrait que ces restrictions soient justifiées par le contrôle des dépenses de santé est d'une part faux, et d'autre part insupportable. Faux, car la personne séropositive est un acteur de la société qui contribue à sa richesse en travaillant et en payant des impôts. Sa venue permettra souvent de pallier un manque de main d'œuvre ou un manque de personnel dans tel ou tel secteur de l'économie. De plus, compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie des personnes touchées, il est impossible d'affirmer que les séropositifs coûteront davantage qu'ils n'apporteront de bénéfices au cours de leur séjour. Insupportable au regard de la vision que cela donne de la personne touchée par le VIH/sida.

Depuis des années, ELCS martèle ce message. Un message entendu par l'Association internationale des maires francophones, Metropolis (association regroupant les plus grandes villes du monde) ou encore l'Assemblée des Français de l'étranger qui ont toutes voté un vœu appelant à la levée de ces restrictions.

Ces prises de position constituent des leviers très importants pour ELCS.

En savoir plus : www.hivtravel.org



Un état des lieux des hépatites virales (VHB et VHC) en France et dans le monde

Le 28 juillet est la journée mondiale de lutte contre les hépatites virales. Elle permet d'informer massivement les populations de l'ampleur de la pandémie mais également de la nécessité d'agir pour l'endiguer au plus vite. Aujourd'hui, les hépatites virales sont relativement méconnues, alors même qu'elles touchent un humain sur 25. Plus que jamais, un tour d'horizon s'impose.

Dans le monde, 325 millions de personnes vivent avec une hépatite chronique. 1,1 million de décès chaque année sont associés aux hépatites virales. Les hépatites B (VHB) et C (VHC) sont responsables de 96% de la mortalité due aux hépatites.

Environ 240 millions de personnes sont porteuses chroniques du virus de l'hépatite B (VHB).

L'Afrique subsaharienne et l'Est de l'Asie ont une prévalence de l'hépatite B la plus importante. 27 millions (10%) de personnes vivant avec l'hépatite B connaissaient leur statut vis-à-vis de l'hépatite B dont 4,5 millions (17%) de personnes atteintes d'hépatite B qui ont reçu un traitement en 2016.

Environ 150 millions sont porteuses chroniques du virus de l'hépatite C (VHC). 9,4 millions de personnes sont traitées pour une hépatite C chronique. Les régions les plus touchées par l'hépatite C sont l'Afrique et l'Asie centrale et orientale. 13,1 millions (19%) de personnes vivant avec l'hépatite C connaissaient leur statut vis-à-vis de l'hépatite C en 2017 dont 5 millions de personnes atteintes d'hépatite C qui avaient été traitées au moyen d'antiviraux à action directe (AAD) à la fin de 2017.

Chiffres OMS 2022

En France, 257 000 personnes sont infectées de façon chronique par le virus de l'hépatite B (VHB).

160 000 personnes sont infectées par l'hépatite C (VHC) dont 75 000 ne seraient pas encore dépistées.

Seulement 45 % et 59 % des personnes infectées respectivement par le virus de l'hépatite B et celui de l'hépatite C ont connaissance de leur statut.

1 507 décès par an liés au VHB. 3 618 décès par an liés au VHC.

Par le diagnostic et les traitements, le VHB peut être contrôlé chez 80 % des patients.

10% des hépatites B et 65% à 85% des hépatites C évoluent vers une forme chronique aboutissant à terme au cancer du foie.

Chiffres ANRS, Santé Publique France et Institut Pasteur.



Des chiffres particulièrement inquiétants

Dans le monde, 325 millions de personnes sont atteintes d'une hépatite B ou C. À cela s'ajoutent les 6 à 10 millions de nouvelles infections chaque année. En guise de comparaison, c'est dix fois plus que le nombre de personnes vivant avec le VIH.

Les chiffres sont impressionnants. Et pour cause, l'hépatite B est l'infection sexuellement transmissible la plus répandue et la plus meurtrière au monde. Actuellement, 257 millions de personnes sont atteintes de l'hépatite B chronique et 71 millions de l'hépatite C chronique. Elles sont à l'origine de plus d'1,34 million de morts chaque année, les rendant de ce fait aussi meurtrières que la tuberculose et davantage que le VIH. Les décès causés par les hépatites virales prennent soit la forme d'affections chroniques du foie (720 000 décès liés à une cirrhose), soit celle de cancers primitifs du foie (470 000 décès liés au carcinome hépatocellulaire).

Dans 96% des cas, ce sont les hépatites B et C qui en sont responsables. Réunies, les hépatites B et C expliquent deux décès sur trois des suites de cancer du foie. Cela fait de l'hépatite B la deuxième cause de cancer après le tabac et de l'hépatite C la cause majeure de cirrhose et de cancer primitif du foie.

Si la pandémie parvient à se développer de la sorte, c'est notamment parce que le virus est grandement contagieux : le virus de l'hépatite B est effectivement 100 fois plus transmissible que le VIH.

Qu'en est-il de la France ?

Pour ce qui est de la France, celle-ci dénombre 280 000 personnes atteintes du virus de l'hépatite B, responsable de 1 500 décès par an. Parmi ces personnes, la moitié ignore son statut sérologique. Les modes de contamination sont divers : un rapport sexuel (38,5%), un voyage en zone d'endémie du virus (21,5%), la prise par injection de drogue (4.6%)...

L'hépatite C touche quant à elle 98 000 français métropolitains. En outre, elle est à l'origine de 2 600 décès par an. Les populations fragilisées sont les plus touchées puisque l'on recense une prévalence de plus de 25% en milieu carcéral et de 60% parmi les usagers de drogues injectables. Si les chiffres de la pandémie sont impressionnants, ils paraissent d'autant plus démesurés lorsqu'on sait que l'on a aujourd'hui les moyens de l'endiguer, que ce soit par la vaccination ou par la prise de traitements. La science est prête à mettre fin aux hépatites, pourtant cela ne semble pas être une priorité pour le moment.



Une épidémie silencieuse profitant du manque de dépistage

Puisqu'une très grande majorité des personnes infectées par des hépatites virales (95 %) l'ignore, celles-ci peuvent aisément se propager. On peut être infecté pendant plusieurs années voire plusieurs décennies sans manifester le moindre symptôme. Néanmoins, le fait qu'une hépatite soit asymptomatique ne signifie pas qu'elle n'agit pas sur l'organisme : plus de 60 % des cancers du foie sont dus à un dépistage et à un traitement trop tardif du virus. Il est donc plus que nécessaire de dépister les porteurs d'hépatites afin qu'ils aient accès au plus vite aux soins dont ils ont besoin. En France, 75 000 personnes ignorent porter l'hépatite C.

Ainsi, l'ONG World Hepatitis Alliance lançait il y a un an jour pour jour le programme "Trouvons-les. Sauvons des millions de vies", une campagne de sensibilisation et de mobilisation sur trois ans dont l'objectif est d'informer et d'encourager les politiques de dépistage nationales. Dans le monde, 300 millions de personnes ignorent vivre avec une hépatite virale, il s'agit donc de les identifier.

La fin de l'épidémie à portée de main

Aujourd'hui, l'hépatite C peut être soignée et l'hépatite B traitée : en bref, nous pouvons faire disparaître ces virus. Le manque de dépistage est responsable de la mort de millions de personnes chaque année. Chacune de ces personnes aurait pourtant pu être sauvée si elle avait été traitée à temps. Pour ce qui est de l'hépatite C, il existe des traitements, très bien tolérés par les patients et efficaces dans 97 % des cas (bien que l'accès à ceux-ci reste limité dans certains pays du fait de leur prix élevé). L'hépatite B quant à elle peut être évitée grâce au vaccin. On estime que celui-ci permet de prévenir 4,5 millions infections d'enfants par an.

Comment peut-on accepter que 1,34 million de personnes meurent chaque année d'un virus que l'on est pourtant capable d'endiguer ?

"Il est temps de mobiliser une action mondiale contre l'hépatite d'une ampleur comparable à celle qui a été engagée pour combattre d'autres maladies transmissibles, comme le VIH/sida ou la tuberculose" déclarait Dr. Margaret Chan, alors Directrice générale de l'OMS, estimant que "le monde a ignoré l'hépatite à ses risques et périls".

Trop longtemps son ampleur fût minimisée, c'est justement à cause de cela qu'elle a pu se développer de la sorte. À nous de lancer de vastes campagnes de prévention et de dépistage, la fin des hépatites est pour 2025 !



Les enjeux posés par les cas de co-infections VIH-VHB et VIH-VHC

Co-infections VIH-VHB et VIH-VHC : les chiffres

Les co-infections sont plus fréquentes que ce que l'on pourrait penser. Effectivement, on estime que 5 à 15 % des personnes vivant avec le VIH présentent une co-infection par le virus de l'hépatite C et 5 à 20 % au virus de l'hépatite B. Pour ce qui est de la séroprévalence de l'hépatite A au sein de la population infectée par le VIH, elle varie de 37,2 % à 72,7 % dans les quelques études françaises sur le sujet et serait proche de 100 % chez les personnes originaires de pays d'Afrique. Enfin, 10 % des patients co-infectés par le VIH et le VHB, le sont également au virus Delta. La quadri-infection VIH-VHB-VHC-VHD est même retrouvée chez environ 3 % des patients co-infectés aux VIH et VHB.

Quelles conséquences pour le patient ?

Les co-infections VHB-VIH ou VHC-VIH ont de lourdes répercussions sur la santé du patient. Effectivement, le VIH tend à aggraver l'hépatite. De fait, les personnes co-infectées par un VIH non traité et une hépatite C paraissent être plus susceptibles aux troubles hépatiques que les personnes uniquement infectées par une hépatite C. Une personne vivant avec le VIH et développant une hépatite C aiguë a également moins de chances que les autres que celle-ci guérisse d'elle-même (11 à 32 %).

Le VIH impacte aussi la progression de l'hépatite C chronique en conduisant notamment à une plus forte contagiosité (liée à la quantité de virus dans l'organisme plus élevée), à une augmentation du risque de cancer du foie (liée à la progression plus rapide de la fibrose du foie vers un stade sévère) ou encore à une augmentation par 2 à 5 du risque de cirrhose. À l'inverse, l'hépatite C n'influe pas sur l'évolution du VIH.

En France, et plus généralement dans les pays ayant accès aux meilleures offres de soin, les maladies du foie sont désormais une des causes principales d'hospitalisation et de décès chez les personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine. Ces maladies sont le résultat des problèmes hépatiques provoqués par les VHB et VHC. Ainsi, la première cause de mortalité chez les co-infectés VIH-VHC est hépatique puisqu'elle est responsable de 43 % des décès.

Le traitement des hépatites virales peut-il influencer sur le traitement du VIH, ou inversement ? Il semblerait que non. Pour ce qui est du traitement contre le VIH, il peut être utilisé sans danger et de façon efficace en cas de co-infection avec une hépatite B. Il peut arriver que certaines personnes aient une forte inflammation



du foie au commencement de leur traitement anti-VIH, mais celle-ci ne dure pas : elle est la conséquence de la reconstitution du système immunitaire déclenchée par le traitement anti-VIH, qui améliore ainsi sa réponse aux infections telles que l'hépatite B.

Le traitement anti-VIH peut également être utilisé de manière tout à fait normale en cas de co-infection à l'hépatite C, il se peut même qu'il ralentisse la progression du VIH. Cependant, certains traitements contre le VIH peuvent avoir des effets secondaires au niveau du foie. Il faut donc trouver des médicaments adaptés à la co-infection, auquel cas il est tout à fait possible de traiter les deux infections en même temps.

Des similarités expliquant les co-infections

Les chiffres des co-infections s'expliquent notamment par la similitude des modes de propagation. De ce fait, les groupes à risques sont les mêmes pour ce qui est du VIH ou des hépatites virales. Le VHC n'est pratiquement pas transmissible par voie sexuelle (hormis lors de rapports pouvant entraîner des saignements), il est majoritairement transmis par le sang. Le VHB quant à lui se transmet par voie sanguine et sexuelle, comme le VIH. Cela explique pourquoi bon nombre de personnes vivant avec le VIH ont déjà été en contact avec le VHB, sans toutefois développer l'hépatite B. On estime qu'en France en 2004, la prévalence d'une infection VHB active était d'environ 37.6% chez les porteurs du VIH.

Les chiffres des co-infections dépendent également du mode de contamination. Pour ce qui est des usagers de drogues injectables, ils sont de loin les plus touchés puisque 90% d'entre eux ont une co-infection. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont quant à eux 10% à être co-infectés.

Ainsi, une politique de réduction des risques efficace doit prendre en compte autant le VIH que les hépatites virales. Si des traitements contre les hépatites existent, cela ne suffit pas pour autant à les faire disparaître totalement. Effectivement, le taux de réinfection après un traitement efficace au VHC est 20 fois plus important que les taux d'infection initiaux. Les traitements ne peuvent donc pas se substituer à la prévention et à la protection. De fait, traitements et politiques de réduction des risques doivent aller de pair.

Les porteurs d'hépatites toujours victimes de discriminations

Des discriminations multiples

Selon le rapport de WorldHepatitis Alliance, les porteurs d'hépatites virales sont



régulièrement confrontés à de la discrimination, et ce, dans quasiment toutes les sphères de leur vie sociale : 53 % évoquent de l'exclusion sociale, 50% mentionnent le manque de respect et 30 % ont déjà été victimes d'agressions verbales ou se sont déjà senti menacés.

La vie familiale va également être impactée puisque 37% déclarent avoir été abandonnés par leur conjoint et/ou leur famille, 21 % ne pourraient plus envisager une vie maritale et 10% se sont vu refuser la garde de leur enfant. Ces expériences de rejet isolent socialement les individus, les rendant de fait plus vulnérables à la solitude, à l'anxiété sociale et à la dépression. Par extension, elles contribuent à rendre honteux le fait d'avoir une hépatite virale, les porteurs eux-mêmes en viennent à avoir peur de parler de leur statut sérologique.

Pour ce qui est du domaine professionnel, il n'est pas en reste : 42% déclarent avoir perdu leur emploi ou certains de leurs revenus, 40% parlent d'exclusion au travail, 40% de la mise à l'écart d'opportunités d'emplois et 14% évoquent la perte de leur clientèle. Cette mise à l'écart du domaine professionnel peut mener à une fragilisation économique et sociale des personnes porteuses d'hépatites virales.

Les tests obligatoires sont également évoqués par 20% des répondants. Ces tests peuvent se révéler être particulièrement discriminants pour les porteurs d'hépatites. Le gouvernement chinois par exemple n'a interdit les tests pré-embauche à l'hépatite B qu'en 2010. Jusqu'alors, les candidats à un emploi ou à l'entrée dans un établissement d'enseignement devaient subir ces tests. Les personnes qui étaient positives se voyaient alors être refusées, excluant de ce fait les millions de porteurs du VHC du pays des études et de l'emploi.

Un accès différencié au système médical

La discrimination dans le secteur médical se traduit généralement par une mise à l'écart injustifiée du système de soins d'une partie des porteurs d'hépatites virales.

L'enquête sur les discriminations de World Hepatitis Alliance met également en avant le fait que celles-ci ne se restreignent pas uniquement à la vie sociale. Chose qui pourrait paraître surprenante : il n'est pas rare que les porteurs d'hépatites virales soient stigmatisés voire rejetés du système de santé. 52% des personnes porteuses d'hépatite virale ont rencontré des obstacles injustes complexifiant leur accès aux prestations sanitaires et 38% se disent exclues du système de santé. Pour un tiers d'entre elles, la qualité des soins reçus serait inférieure à celle reçue par les personnes n'ayant pas d'hépatite virale.

La méconnaissance des hépatites virales par certains acteurs de la santé peut



également nuire aux patients. Près de 80% des personnes ayant signalé à leur médecin des symptômes de l'hépatite C n'ont pas été orientées vers un test de dépistage. Ou encore : 39% des porteurs d'hépatites virales ont déjà été écartés d'une opportunité d'emploi dans le secteur de la santé. Tout comme pour les soins de conservation, qui leur étaient interdits jusqu'en 2017, ces traitements différenciés semblent être fondés sur une peur irrationnelle des virus qui ne se transmettent pourtant pas dans ces cas de figure si les normes d'hygiène sont respectées.

Jusqu'à fin 2016, une partie des porteurs de l'hépatite C se voyait refuser le traitement. Cela posait alors un véritable problème d'égalité face à l'accès aux soins, puisque seule une partie des patients avait donc le droit d'être soignés. Compte tenu des prix démentiels exigés par les laboratoires, le gouvernement rationnait l'accès aux soins, limitant les prescriptions aux personnes ayant une fibrose du foie avancée (F2 dit sévère, F3, F4) et encadrant les prescriptions dans des réunions de concertation pluridisciplinaires en nombre limité.

L'état des patients dont on avait refusé l'accès aux traitements se dégradait ainsi peu à peu, jusqu'à ce qu'il soit considéré comme suffisamment alarmant pour être pris en charge. Certains achetèrent sur internet des médicaments génériques produits en Inde, en Egypte ou au Bangladesh, afin de pouvoir suivre un traitement pour un prix d'environ 500€. Suite à de fortes mobilisations, depuis fin 2016, le traitement du VHC est enfin disponible pour tous. Les accords entre l'Etat et les laboratoires ayant permis une baisse des prix, la Sécurité Sociale a alors pu prendre en charge l'intégralité des traitements nécessaires.

Une invisibilisation des virus hépatiques et de leurs porteurs

L'affaire du sang contaminé de 1991 est une parfaite illustration de l'invisibilisation et de la sous-estimation des conséquences des virus hépatiques. Lorsque ce scandale éclate, on ne parle initialement que des infections au VIH.

Pourtant, on estime à 400 000 le nombre de patients contaminés par le VHC des suites d'une transfusion, soit cent fois plus que pour le VIH. Malgré l'ampleur de ces chiffres, un silence de plomb pèse durant de longues années sur tout une partie du plus gros scandale sanitaire du XX^e siècle. Il n'y a en effet aucun procès retentissant, aucune campagne d'information à ce propos. Les victimes du VHC sont alors véritablement laissées pour compte. Ajouté à cela que leur traitement n'était pas entièrement pris en charge par la sécurité sociale.

Cette différence de traitement entre victimes infectées par le VIH et celles



infectées par le VHC est d'autant plus flagrante lors du débat parlementaire de décembre 1991, portant sur l'indemnisation des transfusés infectés. Lorsque certains députés font remarquer qu'il serait injuste de refuser aux contaminés par le VHC les réparations financières pourtant accordées à ceux contaminés par le VIH, la réponse de Jean-Louis Bianco, alors ministre des Affaires sociales est pour le moins claire : il n'y aura pas d'indemnisation car l'hépatite C n'est pas toujours mortelle.

Il avance que le nombre de transfusés ayant été contaminés par une forme grave d'hépatite (et donc potentiellement mortelle) est du même ordre de grandeur que le nombre habituel de contaminations du VIH -du fait de la fenêtre de séroconversion- lors d'une transfusion : "quelques dizaines, entre vingt et quarante par an". Selon lui, la question de l'hépatite doit donc être traitée dans le cadre du projet de loi sur le risque thérapeutique et non dans celui de l'affaire du sang contaminé. Il faudra attendre 2008 pour que l'article L1221-14, relatif au dédommagement des patients contaminés par les VHB ou VHC, soit adopté.

Les lourdes conséquences de la stigmatisation

La stigmatisation et la méconnaissance des hépatites semblent faire système et se renforcer. Et pour cause, le manque d'information au sujet des virus hépatiques est particulièrement flagrant. En guise d'illustration, rappelons que moins d'une personne sur quatre avait entendu parler de l'hépatite C avant de recevoir son diagnostic. Ou encore : seules 13 % de ces personnes se sont fait dépister du fait de leurs connaissances au sujet de l'hépatite C et seules 5 % d'entre elles ont reçu des informations sur la maladie dans le cadre d'une campagne gouvernementale. Ce manque d'information généralisé freine considérablement les efforts de dépistage et permet de ce fait au virus de se propager. En outre, il est responsable de la persistance des idées préconçues par rapport aux virus hépatiques et donc de la stigmatisation dont sont victimes ses porteurs.

Ainsi, près d'un tiers des personnes porteuses du VHC se sentiraient mal à l'aise de parler de leur hépatite à leurs patrons ou collègues. Si ces derniers en viennent à cacher leur statut sérologique, c'est avant tout parce qu'ils ont intériorisé la perception négative que la société a de leur virus. Plus de 70 % d'entre eux sont conscients de s'auto-stigmatiser. Le sentiment de honte lié à la peur de se faire rejeter pousse certains à garder secret leur diagnostic.

C'est précisément ce mécanisme qui renforce l'invisibilisation de ce problème sanitaire et de ses victimes, et ce, avec les conséquences qui en découlent : pas de campagnes massives de prévention/d'information, pas de campagnes nationales



de dépistage, pas de réels investissements de fonds... De fait, cette stigmatisation décourage les dépistages constituant ainsi un obstacle important à la mise sous traitement de nombreuses personnes.

Les groupes à risque sont, par extension, aussi victimes de ces discriminations. Cela peut les rendre plus vulnérables encore car cela contribue à les exclure -ou les faire se sentir exclus- des programmes de prévention ou de dépistage existants. De fait, ils sont le plus souvent marginalisés et à l'écart du système de soins : les personnes qui s'injectent des drogues, les migrants, les personnes détenues ou anciennement détenues. En France, où la politique de réduction des risques est inscrite dans la loi, un tiers des personnes usagères de drogues injectables a pourtant un accès difficile au matériel et aux programmes de prévention, et ces dispositifs ne sont pas disponibles en prison.

D'importants moyens doivent être investis dans l'information et la prévention au sujet des hépatites virales. Tant que celles-ci seront méconnues, elles continueront de se propager, faisant chaque année des millions de morts et d'isoler socialement leurs porteurs, les exposant à toutes formes de discriminations.

Politiques de réduction des risques liés aux hépatites virales : changeons de paradigme !

Le VHC en chiffres

On estime à 133 000 le nombre de personnes atteintes d'hépatite C chronique en France métropolitaine. Une personne sur trois ignore qu'elle est infectée par le VHC. Le dépistage qui permet la mise en route d'un traitement amène aujourd'hui 99% des cas à la guérison.

Les hépatites sont aujourd'hui encore mal connues des populations. Et s'il existe un vaccin pour se protéger d'une infection au VHB, il n'en existe aucun pour le VHC. Le dépistage, l'information, la prévention et le traitement systématique en cas d'infection deviennent alors nécessaires pour faire baisser le chiffre des nouvelles contaminations... sans oublier pour autant les populations les plus touchées : on estime que près de 62% des usagers de produits psychoactifs seraient porteurs du VHC. Ils seraient ainsi près de 50 000 sur le territoire national. Le taux de contamination au sein des populations carcérales est également alarmant : en France, 2,5% des détenus, soit 1 500 personnes, sont infectés par le VHC. C'est cinq fois plus que le taux moyen de contamination à l'échelle nationale !

Le rôle des acteurs locaux en matière de lutte contre ce virus responsable de la mort de près de 3 500 français chaque année est particulièrement important. La



prévention doit se faire au plus près des populations susceptibles de contracter cette maladie, dans les milieux carcéraux, les centres de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), et les centres de santé sexuelle notamment.

Les comportements à risque

Le virus responsable de l'hépatite C se transmet par le sang, et dans certains cas lors de rapports sexuels traumatiques. Ainsi, certains comportements à risque, tels que le partage ou la réutilisation de matériel d'injection lors de l'usage de drogues (seringues, pailles, coton...) sont à proscrire. Lors de rapports sexuels, particulièrement chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), la désinfection des jouets sexuels et l'usage systématique du préservatif sont recommandés. La transmission du virus peut en effet se produire au cours de l'acte par le biais de micro-lésions. De même, le partage de certains ustensiles tels que les brosses à dents, rasoirs, coupe-ongles, ainsi que certains bijoux (piercings, anneaux...) sont à éviter.

Les facteurs d'aggravation

S'il convient d'informer les populations sur les pratiques et comportements à risque afin de lutter contre le VHC, il convient également d'informer les personnes infectées sur les facteurs d'aggravation liés à ce virus et de mettre en place des mesures visant à les aider à se détourner d'éventuelles addictions ou comportements dangereux.

En cas de contamination au VHC, certains facteurs peuvent en effet accélérer, voire aggraver la maladie, parmi lesquels la consommation excessive d'alcool. Une forte consommation d'alcool a pour effet de détériorer les cellules hépatiques. Ainsi, couplée avec une contamination chronique au VHC, une trop forte consommation d'alcool aurait pour effet d'accélérer la détérioration des cellules du foie et donc de réduire les chances de rétablissement du malade.

Parallèlement à la prise en charge du patient contaminé, il convient donc de lui proposer des solutions adaptées pour se sevrer (prise de rendez-vous avec un addictologue ou au sein d'un centre médico-psychologique). Il en va de même pour la consommation de tabac qui augmente la sévérité des lésions hépatiques. Comme pour l'alcool, le sevrage du tabac dans le cadre d'une contamination au VHC est remboursé par l'assurance maladie. Par ailleurs, dans le cas d'une alimentation sur-calorique, les cellules hépatiques deviennent moins résistantes aux lésions et s'enflamment plus aisément en raison de l'accumulation de graisses dans le foie. Une bonne hygiène alimentaire ainsi qu'une pratique du sport sont



ainsi fortement recommandées afin de réduire les risques liés à une infection au VHC.

Enfin, 10 à 20% des personnes infectées par le VIH le sont également par le VHC. Dans ce cas, une modification du traitement trithérapeutique de la personne infectée est à envisager afin que celui-ci n'interfère pas avec le traitement du VHC.

La réduction des risques liés à l'hépatite C passe donc avant tout par de la prévention auprès des populations les plus à même d'être infectées par ce virus, mais également par une bonne information auprès des personnes infectées sur les différents facteurs d'aggravation. Une prise en charge précoce d'une personne infectée associée à l'abandon de mauvaises pratiques telles que l'alcool ou le tabac augmente ses chances de rémission.

Élargir l'offre de dépistage et accroître les politiques de réduction des risques.

De façon plus large, la réduction des risques liés au VHC passe également par l'optimisation de l'accès au dépistage : une personne concernée sur trois ignore qu'elle est contaminée au VHC, et de nos jours, tout comme pour le VIH, trop peu de sérologies sont réalisées chaque année. Couplé avec une offre de traitement systématique en cas de détection du virus, le dépistage permettrait de réduire les nouveaux cas de contamination chaque année.

Par ailleurs des traitements de substitution à l'héroïne ou aux opiacés, un accompagnement vers le sevrage des personnes dépendantes est une étape-clé dans la réduction des risques de transmission du virus responsable de l'hépatite C. La prévention des risques liés au VHC, au VIH et à la consommation de drogues au sein du milieu carcéral n'est pas à négliger non plus. En ne disposant pas de programme d'échange de seringues, ni d'une offre concrète de traitements de substitution, la population carcérale ne fait pas l'objet d'une politique de réduction des risques adaptée aux besoins actuels. Enfin, parmi les mesures permettant de réduire les risques d'infection au VHC liés à l'usage de drogues, le développement des salles de consommation à moindre risque (SCMR) sont devenues incontournables. Les SCMR, actuellement en cours d'expérimentation depuis 2016 à Paris et Strasbourg, ont la particularité de proposer aux consommateurs de drogues des locaux sains et du matériel stérile en présence de professionnels de santé.

Les pistes pour réduire les risques liés à l'hépatite C sont là. Nous avons désormais besoin d'une volonté politique forte qui s'appuie sur une stratégie qui prenne en compte la réalité du terrain sans tabou.

J'ai arrêté de travailler depuis deux ans, c'est là que j'ai commencé à perdre confiance. « Ils n'ont pas besoin d'un mec comme moi. Je n'ai pas envie d'être le nouveau qui a le VIH. De toutes façons je suis pas assez bon pour ce boulot... ». Bref je trouvais toujours une excuse.

POUR TIRER UN TRAIT SUR LE MAL-ÊTRE
et mieux vivre avec le VIH, parlez-en à votre médecin.





ELU.E.S.,

Soyons les acteurs de la fin du VIH/SIDA

Pour mieux comprendre les enjeux de la lutte contre le VIH/sida,
les hépatites virales et les discriminations



ACTES DES 28^e ÉTATS GÉNÉRAUX DES ÉLUS LOCAUX CONTRE LE SIDA

Assemblée Nationale

29 novembre 2023



28^e ÉTATS GÉNÉRAUX

Ouverture

Jean-Luc ROMERO-MICHEL

Président d'Élus Locaux Contre le Sida

Bonjour à toutes et à tous.

Tout d'abord, je tiens à exprimer ma gratitude envers Brigitte Liso, qui représente non seulement sa propre personne, mais également la Présidente de l'Assemblée nationale. Nous apprécions vivement l'aide qu'elle a apportée à l'organisation de cette manifestation. Comme nous le savons, l'organisation d'événements dans les Palais nationaux devient de plus en plus complexe, comme nous avons pu l'observer l'année dernière au Sénat. Sans son soutien précieux, il aurait été difficile de mettre en place ces États généraux ici. Je tiens à la remercier sincèrement.

Permettez-moi également de souligner que nous partageons une proximité d'âge. Nous avons réalisé récemment que nous étions tous les deux très jeunes. Nous partageons de nombreux combats, même si certains d'entre eux s'éloignent quelque peu du thème central d'aujourd'hui. Je tiens à lui exprimer ma reconnaissance pour son engagement notoire sur les questions liées au droit de mourir dans la dignité. Ce sujet, bien que distinct de notre thème principal, présente un lien significatif avec l'histoire du VIH. Merci, chère Brigitte, de ta mobilisation continue sur cette question.

Tu es bien sûr par ailleurs la présidente du groupe d'études sur le sida, groupe que tu mènes avec beaucoup d'énergie et beaucoup d'efficacité. Ton engagement mérite reconnaissance, car si la fin du sida est possible, pour y parvenir, il faut en parler et se mobiliser. Nous avons l'habitude de souligner ici que le sida se soigne aussi par la politique. Nous t'exprimons notre gratitude pour ton implication. Je souhaite également te remercier pour ton engagement sur un autre sujet que nous aborderons aujourd'hui et qui est l'un de nos grands combats : la question du Chemsex. Nous sommes conscients que l'engagement politique sur cette question est difficile, non seulement en France, mais également à l'échelle mondiale. Merci sincèrement pour ton travail dans ce domaine. Tu auras l'opportunité d'inaugurer officiellement, dans quelques instants, ces États généraux.

Par la suite, nous aurons le plaisir d'accueillir Anne-Claire Boux. Anne Hidalgo devait être des nôtres, mais malheureusement, le préfet a décidé d'organiser hier une conférence de presse sur les Jeux Olympiques et naturellement, la Maire de Paris devait y participer. Elle a été constamment présente, depuis l'origine, auprès de l'association des Élus locaux contre le sida. Surtout, elle est à la tête de l'Appel



de Paris, qui a incité des centaines de villes dans le monde à s'engager dans la lutte contre le sida. L'année prochaine, nous célébrerons les dix ans de cet appel. La Maire de Paris vient d'annoncer ce jour aux associations de lutte contre le sida que, l'année prochaine, à l'occasion de cet anniversaire, nous avons pour projet de réunir à Paris tous les maires du monde qui se sont engagés, car nous avons constaté que cette réponse, avant tout nationale, fonctionnait lorsqu'au plus près du terrain, les élus locaux sont pleinement mobilisés.

Mes remerciements s'adressent donc à Anne-Claire, la nouvelle adjointe à la Maire de Paris en charge de la santé qui a remplacé Anne Souyris. Nous avons une pensée pour Anne, qui interviendra dans une table ronde. Nous souhaitons la saluer et la remercier pour le travail qu'elle a mené à nos côtés, particulièrement sur le sujet du sida et bien sûr du Chemsex.

Anne-Claire était déjà adjointe et nous avons eu l'occasion de travailler ensemble, notamment sur un rapport concernant la promesse républicaine. Cela a renforcé notre connaissance mutuelle. Je me réjouis de la retrouver aujourd'hui dans le cadre de notre collaboration sur cette question. Je connais les engagements d'Anne-Claire, surtout dans le domaine de la santé, sujet qui la passionne. Je me réjouis qu'elle ait remplacé Anne. Je sais qu'elle exercera cette nouvelle délégation avec une grande force.

Nous ferons ensuite un point épidémiologique en compagnie du Professeur Jean-Michel Molina, que je tiens à remercier particulièrement. Il officie dans un hôpital qui m'est cher, l'hôpital Saint-Louis, puisque j'y suis suivi au sein de son service. Je le remercie d'autant plus qu'il est considéré comme le père de la PrEP et qu'il demeure constamment mobilisé sur le sujet. Avoir une personnalité de sa stature à nos côtés est essentiel et je tiens à lui exprimer ma gratitude. Nous aurons également une pensée pour le Professeur Willie Rosenbaum, que nous recevons régulièrement ici. Nous avons tous une pensée pour lui alors qu'il prend progressivement sa retraite de médecin actif, même s'il reste encore un peu présent dans votre service.

Par la suite, Christophe Martet prendra la suite pour animer la première table ronde.

Brigitte LISO

*Députée du Nord et Présidente du groupe d'étude sur le sida
à l'Assemblée nationale*

Madame la Ministre, Mesdames et Messieurs les députés, Madame la représentante de la Maire de Paris, adjointe à la santé, Madame Anne-Claire Boux,



Monsieur l'Adjoint au Maire de Paris, cher Jean-Luc, Mesdames et Messieurs les élus, Mesdames et Messieurs les représentants des associations, Mesdames et Messieurs, je suis très heureuse et émue, et plus encore en t'écoutant, cher Jean-Luc, de vous accueillir ici pour cette vingt-huitième édition des Etats généraux des élus locaux contre le sida, dans ce magnifique salon de l'hôtel de Lassey. Vous y êtes les bienvenus.

Avant toute chose, permettez-moi d'excuser Yaël Braun-pivet, notre Présidente. Retenue par des engagements de longue date, elle ne peut nous honorer de sa présence, mais elle le regrette. Je connais son engagement et l'intérêt qu'elle porte à cette cause. N'en doutez pas. Soyez assurés de ses salutations les plus amicales.

En 2016, lors des XXI^e États généraux des Elus Locaux Contre le Sida, déjà, le Président Bartolone évoquait l'idée d'une France sans sida.

À ce sujet, je souhaite exprimer ma reconnaissance et retracer brièvement l'histoire, en mettant en lumière une figure exceptionnelle, Line Renaud, la première à s'être mobilisée avec Pierre Berge contre cette maladie. Revenons en arrière pour comprendre la réalité du sida à cette époque : la peur, la discrimination, la honte, le rejet. Soulignons la détermination dont elle dû faire preuve pour mobiliser et persuader les pouvoirs publics, qui étaient alors très réticents. Le Sidaction n'existerait pas sans elle. Merci, Madame. Comme elle le souligne souvent, le sida ne choisit pas sa cible, c'est le combat de tous, et nous en apporterons la preuve ici aujourd'hui.

Je ne trouve pas de meilleur résumé pour nous rassembler aujourd'hui.

Cher Jean-Luc, je sais combien à ses côtés, tu as poursuivi cette lutte, dont tu es le digne héritier. C'est toi, aujourd'hui, qui nous guides et nous te remercions aussi pour cela.

Tu le sais, je m'inscris totalement dans cette dynamique. Mon objectif est aussi ambitieux que limpide : zéro nouvelle contamination au VIH d'ici 2030.

Depuis quarante ans, la littérature, le cinéma, la télévision et les associations n'ont cessé de nous sensibiliser.

Comment oublier l'interprétation remarquable de Tom Hanks dans Philadelphia ? Comment oublier le baiser courageux de Clémentine Célerié à un malade porteur du VIH à une époque où cela était franchement impensable ? Comment ne pas être ému par le poignant 120 battements par minute, ou encore l'engagement remarquable de Daniel Defert, fondateur de l'association Aides ? Leur héritage est colossal. Il nous oblige.

Comme beaucoup d'entre vous, j'ai vécu la dure réalité des années 80 : l'impuissance



du corps médical, les souffrances de nos concitoyens, la longue descente aux enfers, les tabous, la peur et l'horreur de la mort. L'injustice de ces vies brisées par un virus qui nous punissait d'aimer et dont on ne savait rien ou presque rien, et qui à ce jour, a fait 39 millions de morts à travers le monde.

Soyons un peu plus optimistes, bien sûr. Les progrès de la recherche et les traitements couplés à l'engagement constant des associations ont été déterminants. Je tiens ici à saluer chaque jour ceux qui accompagnent, informent et rassurent les malades et leurs familles. Ils méritent, je le pense, nos applaudissements.

Applaudissements.

Les politiques aussi ont été un peu actifs. Depuis 2017, nous avons voté des mesures fortes qui portent déjà leurs fruits. Je vous rappelle pêle-mêle Tous au labo sans ordo pour les moins de 26 ans, mais également les préservatifs gratuits pour les garçons et aussi, depuis le dernier PLFSS, pour les femmes. Je n'oublie pas bien sûr la mobilisation de nos territoires. C'est l'objet de l'action menée par les Elus Locaux Contre le Sida sous ton impulsion, cher Jean-Luc, donc j'ai la fierté d'être vice-présidente. Merci.

Ton engagement pour la labellisation des villes engagées contre le sida, comme Lille – je n'oublie pas d'où je viens – et Paris, mais également certaines régions qui seront aussi labellisées, est absolument admirable. A ce maillage local se couple la solidarité internationale initiée par la France. Je n'oublie pas que notre pays est le deuxième donateur au Fonds mondial de lutte contre le sida, preuve du caractère universel de notre lutte.

Si ces leviers sont bel et bien efficaces, le combat n'est pas terminé pour autant, loin de là. Nous n'avons toujours pas atteint les trois objectifs fixés par la stratégie "90, 90, 90" portée par l'ONU, à savoir 90 % de dépistés, 90 % de personnes sous traitement et 90 % de charge virale à supprimer. Notons un chiffre édifiant : en France, 29 % des personnes dépistées le sont à un stade déjà avancé de la maladie. C'est véritablement une perte de chance, autant individuelle que collective, dont nous ne pouvons nous satisfaire.

Le COVID a également joué un mauvais rôle. Depuis, le taux de dépistage stagne et les contaminations se poursuivent, en particulier dans certaines catégories de population. Je pense aux travailleurs du sexe, mais également aux personnes migrantes, notamment des personnes d'Afrique subsaharienne. Nos efforts, plus que jamais, doivent porter sur le dépistage – j'en suis convaincue. Il faut continuer l'"aller vers", vers ceux qui ne savent pas ou ceux qui ne peuvent pas. Ensemble, nous pouvons y arriver, éduquer, alerter et renforcer la pédagogie.



En effet, le sida reste encore trop souvent méconnu. On entend encore des phrases comme “on ne meurt plus du sida”, “le sida, ça n'existe plus”, “les capotes, ça ne sert plus à rien”. Vous les entendez comme moi. Ces fausses vérités nous rappellent pourquoi nous sommes là aussi aujourd'hui.

Nous constatons également une réelle fragilité dans l'information sur le VIH. 64 % des Français pensent encore que le préservatif est le seul moyen de protection. Je pense que le Professeur MOLINA nous ouvrira d'autres horizons. Nous devons encore et toujours développer nos politiques publiques de l'“aller vers” et diversifier encore plus nos outils d'accompagnement. C'est une attente forte des associations et de tous les acteurs de terrain. Nous devons aussi et avant tout sensibiliser les plus jeunes pour lever les tabous et combattre les idées reçues. Le chemin est encore long. Leur rappeler que le VIH tue encore. Ce déficit de prévention en milieu scolaire, en particulier, est confirmé par les parents d'élèves eux-mêmes : 43 % estiment que leurs enfants ne sont pas suffisamment informés en matière de prévention contre le VIH. La prévention concerne pourtant tous les âges. Ce constat est encore plus vrai malheureusement dans les territoires ruraux.

Nous devons également lutter contre toutes les formes de sérophobie, partout où elles se trouvent. Elles freinent l'accès au dépistage et perpétuent des stigmatisations qui n'ont plus lieu d'être aujourd'hui dans notre pays.

Présidente du groupe d'études contre le sida, j'ai débuté mon mandat en rappelant la détermination qui doit être la nôtre pour intensifier nos efforts et jamais je ne quitterai cet axe. Nous le devons bien sûr à tous ceux qui ont perdu la vie, à leurs proches, mais aussi à ceux qui, chaque jour, se battent contre la maladie et dont on ne parle pas. Je pense à tous ceux qui vivent avec le VIH dans des structures d'accueil, par exemple les EHPAD. Je pense à nos concitoyens isolés et sans famille. 50 % des personnes séropositives ont plus de 50 ans et 16 % d'entre elles ont plus de 60 ans.

C'est vrai, on vit plus longtemps avec le VIH, mais il faut bien vivre.

Je pense également aux personnes étrangères qui, loin de chez elles, font face au sida malgré des parcours de vie vraiment très difficiles. Délaisser cette cause, c'est délaisser ces personnes. Nous devons absolument mieux les accompagner encore et toujours.

Après avoir dit cela, loin des slogans et des idées vaines, je voudrais vous lancer un message à vous, citoyens engagés, associations, collègues parlementaires de toutes sensibilités politiques, élus locaux, élus nationaux, ministres. Faisons que l'éradication du sida soit véritablement notre combat commun. Nous ne pouvons admettre que la France n'arrive pas à vaincre cette épidémie.



Je souhaite que ce rassemblement soit le dernier kilomètre pour nous mener enfin à une France sans sida en 2030. Bien sûr, ici comme ailleurs, l'Assemblée nationale se mobilise pour sensibiliser les députés, leurs collaborateurs, les fonctionnaires de l'Assemblée, en particulier en cette semaine du 1^{er} décembre. Des préservatifs à messages sont distribués dans de nombreuses pièces de l'Assemblée et des autotests sont disponibles à l'infirmerie.

Pour conclure, je formule le vœu que ce ruban rouge que nous arborons devienne très vite obsolète.

Je vous remercie.

Anne-Claire BOUX

Adjointe à la Maire de Paris chargée de la Santé

Bonjour à toutes et tous.

Je salue Madame la députée. Merci de nous accueillir. Notre présence ici, aujourd'hui, est plus que symbolique. Merci, cher Jean-Luc, en tant que président, en tant aussi que collègue élu adjoint à la Maire de Paris. Je tiens à te dire à quel point ton combat est inspirant et m'oblige, moi, en tant que nouvelle adjointe à la santé. Je sais que je pourrai compter sur ton soutien. Je t'en remercie vraiment sincèrement. Je voudrais aussi saluer mes collègues de la Mairie de Paris, collègues adjointes, mais aussi la maire du 12^e arrondissement qui se trouve parmi nous, représentants et représentantes d'associations. Merci à vous d'être présents.

Comme annoncé précédemment, cette lutte nous tient particulièrement à cœur. La bataille contre le VIH occupe nos préoccupations depuis quarante ans, période au cours de laquelle d'énormes progrès ont été réalisés. J'ai souri en entendant mentionner le "dernier kilomètre", une expression que j'utilise également. Comment réussir à franchir ce dernier kilomètre, souvent le plus complexe ? Je suis ravie que ce sujet puisse de nouveau figurer à l'agenda. Permettez-moi de saluer ici le Président de *Vers Paris sans sida*. A partir d'aujourd'hui, dans les rues de Paris, vous pourrez voir une belle campagne intitulée *La vie prend le dessus*. Cette campagne colorée diffuse un message positif pour remettre dans nos esprits le sujet de la lutte contre le VIH tout en s'attaquant aux discriminations. C'est un aspect très important pour nous. Je vous encourage à relayer cette campagne pour accroître sa visibilité.

Nous poursuivrons ce travail également vers des populations cibles directement concernées, en totale collaboration avec elles, pour adapter notre accompagnement, en lien avec notre objectif de zéro contamination, zéro décès et zéro discrimination



de 2030. C'est une ambition que nous devons poursuivre avec détermination et engagement.

Nous devons également travailler en partenariat avec toutes les villes partenaires d'Elus Locaux Contre le Sida. Il est important de reconnaître que d'autres villes et d'autres pays peuvent parfois prendre des initiatives avec plus de succès que nous. Ces partenariats sont donc essentiels pour partager nos expériences, comme en témoigneront les tables rondes à venir, afin de progresser et de franchir ce dernier kilomètre, et de prendre, en tant qu'élus, notre part de l'effort collectif.

Le sida se soigne aussi par la politique, c'est un aspect qu'il ne faut jamais oublier. Je suis ravie de participer à cet événement aujourd'hui, de représenter la Maire de Paris, et de souligner son engagement profond pour cette cause. Je vous souhaite d'excellentes discussions et vous remercie.

Point épidémiologique

Jean-Luc ROMERO-MICHEL

Je tiens à exprimer une nouvelle fois ma gratitude au Professeur Molina pour l'ensemble du travail accompli. Il a été un précurseur et a porté notamment la PrEP à une époque où cela ne faisait pas l'unanimité, au milieu de nombreuses controverses. Sa vision avant-gardiste a été déterminante, et je souhaite le remercier sincèrement, car nous constatons aujourd'hui l'importance incontestable de la prévention combinée, sans oublier l'usage du préservatif. C'est un élément indispensable dans notre stratégie pour atteindre un monde et une France sans sida.

Pr. Jean-Michel MOLINA

Infectiologue, Hôpital Saint-Louis APHP

Merci beaucoup Jean-Luc.

Mesdames, Messieurs les élus, Mesdames et Messieurs, je suis honoré d'être parmi vous aujourd'hui pour présenter une analyse de l'épidémiologie mondiale du VIH, avec un accent particulier sur la situation en France, tout en explorant des perspectives d'amélioration.

Commençons par un aperçu mondial du VIH. Selon l'ONUSIDA, en 2022, 39 millions de personnes vivaient avec le VIH, et 1,3 million de nouveaux diagnostics sont intervenus au cours de cette année. Bien que ce chiffre demeure



significatif, il montre une amélioration de 32 % par rapport à 2010. De plus, grâce aux progrès réalisés notamment dans l'accès au traitement, les décès ont diminué de 52 % en 2022 par rapport à 2010. Cependant, cette situation positive n'est pas uniforme dans le monde, avec des régions comme l'Europe de l'Est et l'Asie centrale confrontées à une propagation continue de l'épidémie.

En France, les données de Santé publique France révèlent une réalité complexe. Au cours des dix dernières années, le nombre de nouveaux diagnostics n'a diminué que de 10 % entre 2012 et 2022, ce qui représente encore plus de 5 000 nouveaux diagnostics de VIH en 2022. Cette tendance contraste avec la baisse temporaire en 2020 due à la pandémie de COVID-19. Les régions en France où le plus grand nombre de diagnostics ont été portés restent la Guyane, la Guadeloupe, Mayotte, la Martinique et en métropole, l'Île-de-France. Notons que seulement 30 % de ces diagnostics concernent des infections récentes. En effet, le délai moyen entre l'infection et le diagnostic est d'environ trois ans.

En examinant les diagnostics de sida au cours des trois dernières années, nous observons une certaine stabilité. Les régions où ces diagnostics sont les plus nombreux restent les territoires d'outre-mer et en métropole, l'Île-de-France. Au moment du diagnostic de sida (et non pas de séropositivité), 67% des personnes ignoraient leur statut sérologique, alors qu'elles ont été infectées en moyenne depuis une décennie déjà. Cette ignorance a potentiellement conduit à des transmissions involontaires du virus.

En outre, 18 % de ces personnes savaient qu'elles étaient infectées, mais n'avaient pas été traitées, sans quoi elles n'auraient pas développé le sida. Cela souligne l'importance de continuer à renforcer la prise en charge.

Concentrons-nous maintenant sur la prévention du VIH, car il est essentiel d'éviter les contaminations. Des mesures telles que la réduction du nombre de partenaires, l'utilisation du préservatif et la circoncision masculine, préconisée par l'OMS dans certaines régions où la transmission hétérosexuelle est très importante, sont reconnues pour leur efficacité. Le dépistage précoce suivi d'un traitement rapide est également un élément important de prévention, car il réduit la charge virale à un niveau indétectable, minimisant ainsi le risque de transmission lors d'un rapport sexuel sans préservatif. Cela souligne la nécessité d'un dépistage renforcé et d'une mise en route du traitement immédiate.

Les antirétroviraux jouent également un rôle crucial de prévention, empêchant la transmission de la mère à l'enfant et offrant une protection post-exposition, par exemple, en cas d'accident d'aiguille après une prise de sang par une infirmière. Ce même principe est utilisé après un rapport sans préservatif.



Enfin, la prophylaxie préexposition, ou PrEP, a été mise en avant.

Une enquête qui a été réalisée ces jours-ci montre que malheureusement, la connaissance du public français sur la PrEP est très faible. Moins de 10% des Français savent qu'elle existe.

Dans le cadre de la prévention, le dépistage est un aspect essentiel. Les nouveaux chiffres dont nous disposons montrent que l'activité de dépistage en France ces dernières années est croissante. Il y a eu plus de six millions de tests de diagnostic du VIH effectués en 2022. Cette croissance est satisfaisante, témoignant d'un engagement accru dans le dépistage. Une tendance rassurante est également observée dans la diminution de la proportion de tests positifs, suggérant une avancée encourageante. On constate que les territoires et départements d'outre-mer maintiennent une forte dynamique de dépistage, tout comme en métropole, l'Île-de-France et la région PACA.

Passons maintenant à la PrEP. Il s'agit d'administrer un traitement à des personnes non séropositives pour les protéger du risque de contamination. Actuellement, ce traitement se présente sous forme de comprimés, identiques à ceux utilisés pour le traitement des personnes séropositives. En les prenant quotidiennement ou au moment des rapports sexuels, avant et après, on peut prévenir la contamination. Ce concept est similaire à celui utilisé pour la prévention du paludisme lors des voyages en Afrique subsaharienne, par exemple.

avant le fait qu'un comprimé pouvait vous protéger du VIH. Une étude française a été menée en 2012 chez des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en région parisienne, population particulièrement exposée qui n'utilise pas systématiquement le préservatif, pour savoir si la PrEP les protégerait. Ils ont accepté, par tirage au sort, de recevoir soit des comprimés d'antirétroviraux, soit un placebo. Ces participants se sont soumis à un suivi régulier tous les deux mois, au cours duquel des préservatifs leur étaient bien sûr fournis pour une utilisation éventuelle, et des dépistages d'autres maladies sexuellement transmissibles étaient effectués. De plus, le traitement post-exposition leur était proposé, et ils étaient étroitement accompagnés tout au long de cette démarche. Cet essai n'aurait jamais pu être réalisé sans le soutien des associations.

Il s'agit d'une étude construite en collaboration avec ces associations. Un travail préparatoire approfondi a été réalisé en France, nécessitant de parcourir le pays pour expliquer la nature de l'étude et sa nature éthique. Nous avons proposé aux participants de prendre des comprimés au moins deux heures avant le début du rapport sexuel et dans les 48 heures qui suivaient.



Au cours du temps, il est apparu que les personnes n'ayant pas pris le traitement se sont contaminées, alors que celles qui prenaient le traitement sont restées indemnes de VIH pendant plus d'un an et demi. Les rares cas de contamination qui ont été observés chez les personnes qui étaient dans le groupe qui devait recevoir le traitement, sont des personnes qui avaient interrompu le traitement parce qu'elles pensaient n'être plus à risque avec un partenaire qui n'était pas infecté.

Cette étude a permis de démontrer la forte efficacité de la PrEP, à plus de 86%. Je le rappelle, cette étude est française. Elle a conduit l'OMS à faire des recommandations d'utilisation de la PrEP dans le monde entier.

Quelques mois après la présentation de ces résultats, le ministre de la Santé de l'époque, Marisol Touraine, actuellement présidente de United, qui facilite l'accès au traitement dans de nombreuses régions du monde, a permis l'approbation en France de la PrEP. En janvier 2016, presque dix ans plus tard, seulement 10% de la population était au courant de ce traitement.

La PrEP a été recommandée par l'OMS dès 2015, et si l'on examine la situation mondiale en 2023, plus de 5 millions de personnes dans le monde prennent de la PrEP. La PrEP est particulièrement utilisée en Amérique du Nord, au Brésil, dans certains pays d'Afrique subsaharienne, en Australie, dans certains pays d'Asie du Sud-Est, et en Europe, notamment en France et en Grande-Bretagne.

Aujourd'hui, la PrEP est remboursée et disponible depuis janvier 2016 pour les adultes et les adolescents à risque. Des génériques de traitement sont disponibles, rendant le traitement très abordable. En fait, si vous prenez le traitement à l'hôpital, une boîte de 30 comprimés, suffisante pour un mois ou deux, ne coûte que 10 euros, ce qui est moins cher qu'un préservatif. Aujourd'hui, tous les médecins, y compris les médecins généralistes, sont habilités à prescrire la PrEP, et de plus en plus de médecins généralistes le font.

Les données les plus récentes du système national des données de santé montrent qu'environ 50 000 personnes continuent de prendre la PrEP en France. Cependant, depuis 2016, 84 000 personnes l'ont initiée à un moment donné. 97% d'entre elles sont des hommes, avec un âge médian de 34 ans. Près de la moitié vit en Île-de-France. Cependant, un aspect préoccupant est que 23% de ceux qui ont commencé ont arrêté dans les six mois qui ont suivi. Malheureusement, seule une petite proportion de ces prescriptions provient des médecins généralistes, bien que cette proportion soit en croissance. La prescription et le renouvellement de la PrEP sont en augmentation constante, bien que l'augmentation ne soit pas assez rapide. Ces chiffres se traduisent par des résultats concrets.



La PrEP, à titre individuel, offre une protection quasi à 100%, la rendant aussi efficace qu'un préservatif. Selon les dernières données françaises sur les nouveaux diagnostics d'infection par le VIH, pour la première fois, on observe des résultats très satisfaisants, avec une diminution significative d'environ 30% au cours des dix dernières années dans le groupe des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Cette diminution est attribuée à l'adoption de la PrEP par cette population. Cette amélioration n'est observée que dans ce groupe spécifique, soulignant l'impact positif de la PrEP sur la réduction des nouvelles infections.

Lorsqu'on interroge les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sur l'utilisation de la PrEP lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire de rencontre, on constate une augmentation significative entre 2017 et 2021, passant de 8/10% à près de 30% d'utilisation. Malheureusement, cette utilisation est plus faible chez les jeunes, atteignant seulement 14% en 2021.

Le problème réside dans la place du préservatif. Le préservatif reste malheureusement un peu invisible aujourd'hui. Lorsqu'on interroge ces mêmes personnes, on observe une régression de la place du préservatif, ce qui est préoccupant. En effet, le préservatif, qui était utilisé dans 70% des cas, ne l'est plus que dans 40 à 50% des cas.

Que disent les données les plus récentes, notamment à Paris ? La proportion d'utilisateurs de la PrEP ne cesse d'augmenter et atteint près de 40%. Malheureusement, la proportion d'utilisateurs du préservatif, elle, continue de diminuer.

Il subsiste toujours une base de 20% de personnes exposées au risque, ne recourant ni à la PrEP ni au préservatif. Cibler ces individus est indispensable pour améliorer la prévention et réduire les diagnostics d'infection par le VIH dans cette population.

Bien que l'épidémie de sida ne soit pas encore maîtrisée en France, elle l'est dans certains groupes grâce à l'utilisation de la PrEP. Il faut bien sûr renforcer le dépistage et le traitement contribue de manière significative au contrôle de l'épidémie. Comme on a pu le voir, la PrEP diminue considérablement le risque d'infection par le VIH, mais il est impératif de l'utiliser en combinaison avec l'utilisation du préservatif. Le message de prévention à ce sujet doit être renforcé. Les campagnes d'information sur le dépistage, le préservatif et la PrEP sont aujourd'hui insuffisantes dans l'espace public. Je regrette que ces informations ne soient pas davantage visibles, et j'espère que la nouvelle campagne menée par Vers Paris sans sida contribuera à renforcer ces messages de prévention auprès de tous les publics.



Je conclurai en exprimant ma gratitude pour votre attention, en remerciant mon équipe et tous les soutiens dont nous avons bénéficié au fil des années pour nos recherches, en particulier celui de l'Agence nationale de recherche sur le sida.

Première table ronde : le rôle du dépistage dans la fin du VIH/sida en France d'ici 2030

La table ronde est animée par Christophe Martet, journaliste et militant, président de Vers Paris sans sida.

Participent à la table ronde :

Jérôme André, Directeur de HF Prévention

Laura Signeri, Conseillère municipale Santé, Saint-Etienne

Arthur Delaporte, Député du Calvados

Anne Souyris, Sénatrice de Paris.

Jean-Luc ROMERO-MICHEL

Je cède la parole à Christophe Martet nouveau président de *Vers Paris sans sida*, et je le félicite pour cette magnifique campagne que l'on trouve actuellement sur les murs de Paris.

Christophe MARTET

Merci Jean-Luc. Je parle aussi en tant que personne vivant avec le VIH depuis 1985. Les personnes séropositives ne sont pas invisibles aujourd'hui en France. Nous sommes présents, vivants, aimants, et actifs professionnellement. Avant d'aborder le sujet, permettez-moi de faire une brève mise au point.

Nous nous trouvons à l'Assemblée nationale, où le projet de loi sur l'immigration sera discuté dans les prochains jours. Bien que le projet en lui-même ne soit pas terrible, je tiens à mettre l'accent sur deux points particuliers. Il est impératif de ne pas supprimer l'Aide Médicale d'État (AME). Je m'adresse aux députés pour souligner que la suppression de l'AME est non seulement humainement répréhensible, absurde, mais aussi empreinte de racisme. Du point de vue médical, elle est totalement injustifiable. Assurons-nous donc que l'AME soit maintenue et faites en sorte également de ne pas compromettre ce droit en négociant sur les



visas pour les soins.

J'avais déjà fait scandale lors de Sidaction il y a une trentaine d'années pour défendre le principe selon lequel les personnes malades présentes sur le territoire français, quelles que soient leurs pathologies, doivent rester en France. Il est important de ne pas céder à un marchandage au rabais. Certes, des traitements sont disponibles dans certains pays d'Afrique ou ailleurs, mais il existe une différence entre leur disponibilité et leur distribution effective à ceux qui en ont besoin.

La campagne qu'évoque Jean-Luc s'intitule La vie prend le dessus sur le VIH. Un sondage a révélé que seulement 51 % des personnes sont au courant de l'existence du dispositif Au labo sans ordo, qui permet de se rendre en laboratoire sans ordonnance, sans avance de frais, et sans rendez-vous. Nous avons voulu souligner cette possibilité, mais aussi informer sur certaines avancées positives, en rappelant notamment que grâce aux traitements, on peut partager la vie de quelqu'un, mais pas son VIH. Que les traitements permettent à une personne séropositive de ne pas transmettre le VIH à ses partenaires sexuels. Nous montrons que grâce au test en laboratoire sans ordonnance, il est possible de dépister le VIH sans complications inutiles.

Abordons justement la question du dépistage. J'appelle à la barre, pour ainsi dire, sur l'estrade, Jérôme André, directeur de HF Prévention, Arthur Delaporte, député de Calvados, Anne Souyris et Laura Signeri, conseillère municipale santé à Saint-Etienne.

Il a déjà été question des zéro infection, zéro mort du sida, et zéro discrimination. Certains ont évoqué la cascade, les fameux "trois 95" : 95 % des personnes dépistées, 95 % traitées avec succès, et 95 % sans charge virale détectable. Cependant, nous ne sommes pas performants sur le premier critère, celui du dépistage, en France.

Laura Signeri, en tant que conseillère municipale santé à Saint-Étienne, quelles actions vous entreprenez pour relever ce défi du dépistage, souvent considéré comme le maillon faible de notre lutte contre le VIH ?

Laura SIGNERI

Tout d'abord, je tiens à souligner l'importance d'un engagement politique fort pour soutenir des actions concrètes. Il est essentiel de le rappeler. Nous avons eu la chance de bénéficier d'un engagement politique fort à Saint-Étienne, notamment grâce à notre maire, qui a initié cette démarche dès son premier mandat après une belle rencontre avec Jean-Luc. Il a exprimé son désir de poursuivre cet engagement



au-delà de la labellisation par des actions concrètes. Pour cela, nous avons réuni les associations locales, car les idées les plus pertinentes émergent du terrain. Une table ronde a permis à chaque association de présenter ses actions et ses besoins. Nous leur avons demandé comment la ville pouvait apporter son soutien. Peu de personnes sont conscientes que les municipalités peuvent mener des actions de prévention. Il est toutefois important de hiérarchiser ces actions.

Le financement joue un rôle essentiel et nous avons accordé des subventions à nos associations partenaires, notamment Enipse et Aides, qui sont très actives à Saint-Étienne. Cette année, nous avons profité du quarantième anniversaire de la découverte du VIH et de la Journée mondiale de lutte contre le sida le 1^{er} décembre pour organiser une vaste opération de dépistage à grande échelle. Trois sites seront ouverts le vendredi, et un site municipal sera maintenu le samedi pour cette grande opération de dépistage. Nous avons baptisé cette initiative J'aime, donc je me fais tester, et notre service communication a créé une campagne percutante en collaboration avec nos partenaires sous forme d'une large présence par affichage dans toute la ville.

Nous avons également sollicité la participation des associations étudiantes, car le dépistage concerne aussi les jeunes. Des équipes effectueront de l'aller vers, car nous comprenons que compter uniquement sur les personnes pour venir à nous peut être compliqué. Ces équipes, composées d'infirmiers de prévention de la ville et de représentants d'associations, seront présentes pour accueillir le plus grand nombre de personnes dans ces centres de dépistage.

Christophe MARTET

Passons maintenant à une action concrète avec Jérôme André, un ami de longue date. Jérôme dirige des initiatives au sein de l'association HF Prévention, principalement axées sur le dépistage, et souvent ciblées sur des publics spécifiques. L'aller vers fait partie intégrante de l'ADN de son association. Jérôme, c'est à toi.

Jérôme ANDRÉ

Je suis effectivement directeur de HF Prévention, un opérateur du ministère de la Santé et de l'Agence régionale d'Île-de-France. Parfois, d'autres agences régionales font appel à notre expertise. Nous sommes reconnus pour deux principales thématiques. La première concerne l'innovation en prévention santé. Nous avons récemment introduit une intelligence artificielle conversationnelle permettant aux jeunes, voire à tous les groupes d'âge, d'avoir des discussions sur la santé sexuelle.



De plus, en tant que premier opérateur de dépistage en Île-de-France, nous avons réalisé 14 000 dépistages dans des lieux spécifiques tels que les parkings, les forêts et les aires d'autoroutes, où des hommes, souvent hétérosexuels, pères de famille mariés, ont des relations sexuelles avec d'autres hommes. Depuis 2011, nous nous concentrons particulièrement sur les milieux ouverts ciblés tels que les centres commerciaux, les universités et les cœurs de cité pour avoir un impact significatif sur la lutte contre l'épidémie.

Sur ces 14 000 tests, nous avons un taux de prévalence élevé, découvrant en moyenne 1,63 % de personnes séropositives. Notre efficacité réside également dans le diagnostic que nous posons.

Vous nous connaissez peut-être grâce à notre initiative TUP, qui visait à faciliter l'accès aux préservatifs et aux lieux de dépistage dans toute la France. TUP est une application qui a fonctionné pendant plus de neuf ans et a rassemblé plus de 380 000 utilisateurs. Aujourd'hui, cette application a évolué pour devenir Sacha, une nouvelle intelligence artificielle conversationnelle qui génère plus de 180 000 conversations chaque mois.

Nous sommes également fortement engagés dans la lutte contre le sida, tout en abordant d'autres problématiques telles que le diabète, la nutrition, les problèmes cardiovasculaires, ainsi que les infections sexuellement transmissibles (IST), le VIH et les hépatites. Nous mettons en œuvre des “game changers” pour modifier durablement les comportements des individus, en utilisant des approches innovantes basées sur les nudges et les neurosciences (Virus Wars, Contraception Back...) afin d'influencer de manière significative les comportements dans l'aspect préventif.

Nous intervenons auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), ainsi que les publics en situation de prostitution, qu'elle soit assumée ou non. Il est important de noter que nous rencontrons de plus en plus de publics qui ne sont pas des travailleurs du sexe, mais qui se prostituent de manière occasionnelle, tels que des mères au foyer, des étudiants. Cela témoigne de la complexité de la prévention dans le contexte de la prostitution souterraine, notamment via AirBnB ou des réseaux Internet. Nous travaillons également avec des hétérosexuels ayant de multiples partenaires.

Nous pratiquons l'*outreach*, inspiré des concepts canadiens, en nous déployant dans les lieux de rencontre extérieure. Notre approche ne se limite pas aux maraudes ; nous déployons des unités de dépistage qui fournissent des informations préventives et, surtout, des tests rapides des tests rapides d'orientation au diagnostic (TROD) et de nombreux autotests, dont 14 000 TROD pour le VIH et 24 000 avec



les hépatites. Grâce au soutien du ministère de la Santé, nous distribuons en moyenne plus de 8 000 autotests par an. Certaines villes et Île-de-France sans sida fournissent en moyenne 2 000 autotests supplémentaires.

Les autotests sont un complément important pour nous, car ils sont disponibles pour les individus même lorsque nous les perdons de vue. Nous réalisons plus de 400 opérations d'outreach en Île-de-France chaque année, couvrant l'ensemble de la région. Pour ce qui est des lieux ouverts ciblés, nous menons environ 80 opérations par an, principalement dans les centres commerciaux, les universités et les cœurs de cité.

Notre approche est respectueuse des publics, calibrée au fil des années avec la collaboration de sociologues, et a été modélisée pour une implantation dans d'autres régions à la demande du ministère de la Santé. Cette expansion a été réalisée avec succès dans les Hauts-de-France, où nous disposons d'un organe de formation interne pour former d'autres intervenants.

Une particularité de notre approche réside dans les études comportementales et les diagnostics de lieux, lesquels diffèrent des structures associatives traditionnelles qui ciblent des établissements spécifiques tels que bars, saunas et discothèques, fréquentés par des publics qui nous intéressent. Nous faisons l'inverse : nous diagnostiquons des lieux. Nous les catégorisons à partir d'Internet. Nous catégorisons les publics, et nous géolocalisons les zones d'activité sexuelle. Nous disposons ainsi d'une carte très précise, grâce à la big data, de toutes les zones d'activités sexuelles dans toute la France. Cela nous permet de disposer de points d'alerte précis, ville par ville, sur l'activité sexuelle, que ce soit via nos applications ou grâce aux données que nous collectons. Cette approche rend le dépistage plus pertinent au kilomètre zéro, nous permettant de fournir des services de dépistage là où les gens sont sexuellement engagés.

Ce travail est également effectué région par région, département par département. De plus, nous utilisons le code IRIS, largement employé par la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie), ce qui nous permet de cibler nos interventions quartier par quartier. En effet, chaque ville a des zones spécifiques qui nécessitent une attention particulière, et cette approche nous permet de déployer nos actions de manière très ciblée pour maximiser leur efficacité.

Nous observons aujourd'hui la prévalence des milieux ouverts. Cela s'explique par notre capacité à établir, lieu par lieu, un indice de pertinence. Cet indice nous permet de prédire le nombre de dépistages à réaliser, le nombre d'unités mobiles de dépistage à déployer, ainsi que les ressources financières nécessaires à chaque endroit spécifique. Nos prédictions sont très précises, lieu par lieu et zone par zone.



Pour donner un ordre d'idées, nous identifions en moyenne 1,63 % de personnes séropositives sur 14 000 dépistages, soit environ 250 séropositifs identifiés par an. Il est important de noter que les centres de dépistage anonymes et gratuits, qui accueillent le public venu à eux, dont le travail n'est pas comparable au nôtre, ont une moyenne nationale de 0,2 %. Sur des lieux identitaires type Aides, ENIPSE, etc., la moyenne est de 0,6 %. Notre taux élevé de 1,63 % s'explique par la pertinence de nos actions. Lorsque nous organisons une journée de dépistage, nous réalisons entre 250 et 300 dépistages par jour, et le taux de découverte est aussi lié à nos diagnostics préalables. Ces diagnostics réalisés en amont nous permettent de cibler nos actions au bon endroit et au bon moment, assurant ainsi le dépistage le plus précis possible. Nous ne procédons pas à des actions au hasard. Nous nous basons sur des données consolidées depuis 2011.

Toutes ces statistiques, combinées dans nos bases de données, sont remises en cause à chaque action, ce qui nous permet de planifier la fréquence de passages et le nombre de dépistages nécessaires. Pour rendre notre offre de prévention de santé sexuelle encore plus pertinente, nous avons créé une intelligence artificielle conversationnelle, Sacha.

Une vidéo de présentation de Sacha est projetée.

“Grandir, c'est se poser des questions, mais certaines questions sont plus délicates que d'autres à poser. Accident de capote, de pilule, dépistage, contraception d'urgence, à qui s'adresser ? Ses parents ? Gênant. Ses potes ? Pas sûr. Un médecin OK, mais en pleine nuit, on fait quoi ? Qu'on soit ado ou adulte, la santé sexuelle est une question de santé publique et trouver le bon interlocuteur à tout moment n'était pas toujours simple. HF Prévention présente avec le soutien institutionnel de Gilead, Sacha, la première intelligence artificielle qui répond aux questions de santé sexuelle 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Conçue à partir de milliers d'entretiens et de questions, Sacha a réponse à tout. Sacha repousse les limites de l'intelligence artificielle.

Sacha peut détecter et gérer les émotions pour mieux accompagner les usagers. Sacha s'adresse à tout le monde, quel que soit le niveau d'éducation, et pardonne même les fautes d'orthographe. Et comme une vraie personne, Sacha est capable de se souvenir de vos échanges et d'apprendre avec le temps. Mais pas de panique, tout reste anonyme et sécurisé. Aujourd'hui sur iOS, Android, Google Home et demain sur tous les supports, du site web aux messageries vocales. En bref, Sacha, c'est 4 ans de développement et de tests, plus de 68 000 conversations par mois, jusqu'à 1 200 000 prévues par an, une innovation technologique au service



d'une grande cause sociétale, faire avancer la lutte contre le VIH et la santé sexuelle à tous les âges et pour tous les publics.

Une question, Sacha est là.”

Jérôme ANDRE

Contrairement à ce qui a été évoqué dans le film, datant d'il y a un peu plus d'un an, nous en sommes à 180 000 conversations par an. Il est important de noter qu'il serait impossible de répondre à tout le monde de manière pertinente. Sacha, à l'instar de l'application TUP, fournit des informations pertinentes sur les préservatifs, les conseils d'utilisation, mais oriente aussi vers les lieux de dépistage, répondant ainsi à une réelle nécessité.

Le défi à venir réside dans la possibilité d'étendre l'autotest, ou le dépistage au kilomètre zéro. Cela signifie que pour ceux qui ne peuvent pas se rendre dans un centre de dépistage en raison de contraintes telles que des horaires inadaptés, nous pourrions envoyer un autotest directement par la poste. De plus, pour garantir l'anonymat complet, nous pourrions le faire livrer dans une structure type Amazon Locker. Je tiens à exprimer ma gratitude envers Jean-Luc Romero-Michel, qui est le parrain de Sacha, ainsi que Jean Spiry, également présent et coparent de Sacha. Un grand merci à tous. J'espère sincèrement que la lutte contre le sida progressera avec des diagnostics se rapprochant le plus possible de la réalité et des enjeux de terrain.

Christophe MARTET

Pour les nouveaux cas de séropositivité, les enquêtes parcours pour la population générale et Ganymède pour la population HSH indiquent qu'un nombre significatif de personnes migrantes contractent le VIH à leur arrivée ou peu de temps après leur arrivée en France. Cela soulève une préoccupation majeure dans le contexte du dépistage.

Arthur Delaporte, je me tourne vers vous, car récemment, j'ai eu l'occasion de vous voir dans un reportage à la frontière italienne, où vous discutiez avec la représentante locale de LR sur le sujet. J'aimerais recueillir votre point de vue sur cet aspect de dépistage et la lutte contre le sida en général.

Arthur DELAPORTE

Bonjour à toutes et tous, et merci de votre présence.



Je vais aborder un sujet d'une actualité pressante à l'heure actuelle. La commission des lois a commencé, il y a dix minutes, la discussion sur l'article relatif à l'AME. Hier soir, nous avons déjà eu une première discussion à ce sujet, concernant le titre de séjour pour raison de santé. À ce sujet, je pensais qu'il n'y aurait pas de débat. Je pensais que la majorité, ayant déclaré qu'elle ne toucherait pas à l'AME, supprimerait également ce qui avait été introduit par le Sénat. Or il n'en est rien.

Dans la quête d'un éventuel accord, à chaque fois, les représentants de la majorité reprennent le texte du Sénat et ne changent que quelques mots. Par exemple, sur la question des quotas, ils appellent cela des objectifs chiffrés. Sur la question de la limitation des titres de séjour pour raison de santé, ils maintiendront la question de l'effectivité de l'accès. Aujourd'hui, dans le titre de séjour pour soins, on reconnaît le fait d'obtenir un titre notamment si, dans le pays d'origine, il n'y a pas d'effectivité de l'accès aux soins. Les sénateurs ont choisi de supprimer cet élément du droit et la majorité a conservé cette rédaction dans le projet de loi. Il reste encore un combat à mener en séance publique, mais ce que je dénonce, ce qu'en dépit des affirmations selon lesquelles on ne touche pas à l'AME, en tout cas dans l'immédiat, on a commencé à détricoter une partie de l'accès aux soins pour les migrants, comme cela a été évoqué. Le titre de séjour pour raison de santé est accordé à des personnes déjà présentes sur le sol français. Ce n'est pas un visa accordé à un étranger qui a besoin d'être soigné, mais un titre accordé à un immigré malade. Or parmi les étrangers présents en France qui sont détectés, plus de 35 % ont contracté le sida quand ils étaient en France. Ils ne sont pas venus pour faire du tourisme médical.

Je suis représentant de l'Assemblée nationale au Conseil national du sida. Le Conseil national du sida a pris une position claire et adressé un courrier au Président de la République pour lui recommander de ne pas toucher à l'AME, sur la base d'un certain nombre d'arguments bien connus. Il faut rappeler que la moitié des étrangers qui auraient droit à l'AME n'y ont pas recours. De plus, l'AME est placée sous condition de ressources, nécessitant de gagner moins de 800 euros par mois. Par ailleurs, la dépense de santé par étranger bénéficiaire de l'AME est quasiment deux fois inférieure à la moyenne nationale de dépenses de santé par habitant en France. Pour les étrangers présents avec un titre de séjour pour raison de santé, la consommation de dépenses de santé est d'environ 3 000 euros par an, alors que la moyenne nationale pour les Français est de 4 600 euros par an. Il est donc essentiel de mettre fin à ces fantasmes selon lesquels l'AME nous coûte cher.



Abordons à présent la question du dépistage. Comme nous venons de le constater, le dépistage ciblé s'avère bien plus efficace que celui destiné à la population générale. En effet, le dépistage communautaire affiche environ 1% de réussite et une approche encore plus pointue consisterait à dépister les partenaires des personnes infectées. C'est un enjeu de santé publique considérable, car on estime entre 10% et 80% le pourcentage de contaminations chez ces partenaires. Il est donc impératif de concentrer nos efforts sur cette dimension. Cependant, des obstacles subsistent, notamment d'ordre légal, liés à la protection du secret médical. À cet égard, l'outil conçu dans le cadre des recommandations de Santé publique depuis 2017, permettant la notification aux partenaires, se présente comme une avancée pertinente, qu'il conviendrait d'examiner, tout en respectant scrupuleusement la protection des données personnelles. Une évolution de la loi sur ce point pourrait s'avérer nécessaire. De même, la question des prescriptions médicales mérite une attention particulière. Actuellement, un médecin ne peut prescrire des antirétroviraux qu'à une personne présente physiquement devant lui. Bien que certains médecins contournent cette règle, il serait judicieux de revoir la législation à ce sujet.

Le législateur peut jouer un rôle crucial dans l'amélioration du dépistage en examinant ces questions, mais également en se penchant sur la question des moyens.

Aujourd'hui, il y a deux niveaux, deux échelles d'action, puisque l'objectif est mondial.

La question de l'engagement international de la France dans la lutte contre le sida est essentielle. Bien que la France contribue déjà de manière significative, il reste des possibilités d'amélioration. On peut aussi envisager des mécanismes de financement tels que les taxes sur les billets d'avion pour soutenir la coopération en matière de développement. Au niveau national, les préoccupations portent sur le budget de Santé publique France, qui semble afficher un recul de 12% l'année prochaine. Cette diminution a des conséquences directes pour les associations comme Aides et Sida InfoServices, dont les dotations publiques sont considérablement réduites. Des baisses de financement entraînent inévitablement une réduction des activités de prévention, de conseil et d'orientation vers le dépistage.

Le budget devrait au contraire être augmenté. Le CEGID à Caen a réussi à obtenir des équivalents temps plein supplémentaires, ce qui lui permet d'accroître le nombre de créneaux de dépistage. Cependant, environ un tiers des demandes de rendez-vous ne peuvent être satisfaites, ce qui augmente le risque de voir



les personnes concernées disparaître et ne pas être dépistées. Cela souligne la nécessité de renforcer les moyens pour répondre à la demande croissante, afin que toutes ces demandes soient prises en compte.

Ces aspects devraient mobiliser le législateur, de manière défensive ou proactive. Il est important aussi d'avoir orchestré une manifestation à l'Assemblée nationale, offrant ainsi une occasion unique de sensibiliser les députés présents. Les individus déjà investis et sensibles à la cause jouent un rôle majeur, mais il est tout aussi important de poursuivre l'effort de sensibilisation auprès d'autres membres du Parlement. Je vais donc m'efforcer de porter cette parole au sein de la commission des lois.

Christophe MARTET

Je tiens à souligner ici, au sein de l'Assemblée nationale, l'importance de se détacher de l'obsession des réseaux sociaux et des fausses informations diffusées par certaines chaînes télévisées. La lutte contre le sida s'appuie avant tout sur la science et l'expérience des personnes pour mettre en œuvre des approches qui sont efficaces. Quand Michèle Barzach a mis en place la vente libre des seringues en 1986, malgré les nombreuses idées erronées circulant sur la toxicomanie, d'emblée, la contamination a diminué chez les usagers de drogue.

Nous disposons des moyens nécessaires pour mettre fin à cette épidémie, en nous appuyant sur la science, les communautés et les associations. Nous sommes donc engagés dans une approche rationnelle et utile.

Arthur DELAPORTE

D'un point de vue rationnel, investir dans des programmes de dépistage massifs et précoces peut non seulement sauver des vies, mais également générer des économies substantielles en termes de dépenses de santé publique. On estime que des dépistages précoces permettraient potentiellement d'économiser jusqu'à 100 millions d'euros en coûts de santé publique.

Christophe MARTET

Anne, c'est sous ton mandat de conseillère à la santé qu'a été lancé VIH Test d'abord à Paris, puis dans toute la France. L'objectif était d'augmenter le dépistage, et les résultats ont montré une augmentation de 8% de dépistage chez des personnes moins enclines à se faire dépister. En tant que sénatrice, quelles sont tes réflexions actuelles sur l'utilité du dépistage ?



Anne SOUYRIS

La question du dépistage demeure centrale, car nous sommes toujours environ à deux ans entre le moment du dépistage et le diagnostic. Cette période prolongée contribue indubitablement à la persistance des nouvelles infections. Résoudre cette équation serait une victoire majeure. Je distingue trois piliers essentiels pour aborder cette question.

Tout d'abord, il est impératif de rendre le dépistage accessible et facile. Mon initiative parisienne Labo sans Ordo à l'époque, maintenant appelée le VIH Test, visait à atteindre cet objectif. Cependant, entre l'expérimentation parisienne et la généralisation nationale, une partie de la population a été exclue, les personnes sans couverture sociale, notamment les primo-arrivants, qui sont particulièrement vulnérables. Cela représente un véritable enjeu de santé publique. Exclure cette population de la généralisation est une erreur monumentale. Il est impératif de rétablir une généralisation totale, sans aucune discrimination d'aucune sorte.

Le deuxième point concerne la santé communautaire. En France, il existe toujours un débat sur le ciblage, craignant qu'il ne conduise à la discrimination. Cependant, cibler les actions offre la possibilité aux personnes concernées de se défendre contre la maladie et de prendre des mesures proactives. Il reste encore beaucoup de travail à faire dans ce domaine, en particulier en ce qui concerne la question du Chemsex. Il est essentiel de développer des interventions dans des endroits ciblés, objets de discrimination et de non-dits, en fournissant des kits, en rendant les autotests accessibles. Il s'agit d'élaborer des stratégies pour lutter contre l'omerta qui recouvre ces situations. Cela nécessite également des actions pour réduire la peur de l'identification, en garantissant plus de droits pour éviter les discriminations.

Troisièmement, en matière de lutte contre la discrimination, on doit également s'attarder sur les personnes les plus marginalisées, notamment les étrangers avec l'AME. J'ai tenté, sans succès, au Sénat, de promouvoir l'idée selon laquelle si malheureusement l'AME venait à disparaître, l'AMU qui pourrait la remplacer pourrait permettre au moins de traiter les ALD, notamment les personnes atteintes du VIH. Malheureusement, cette proposition a été rejetée. Cela souligne le niveau actuel de débat, qui est non seulement dramatique d'un point de vue humaniste, mais qui l'est également du point de vue de la santé publique. Il est contradictoire de prétendre lutter contre le VIH tout en excluant de cette lutte certaines parties de population. Il est temps de mettre fin à ce mensonge, car nous disposons des moyens quantifiables de lutter contre cette épidémie et d'agir efficacement.

Je souhaite également aborder brièvement la question des TDS, symboliques du



manque de droits. En accordant plus de droits aux personnes, elles peuvent mieux se défendre, accéder à la prévention, aux soins, à la PrEP. Le VIH est véritablement la maladie de la discrimination. L'attention aux lois est cruciale. Des législations telles que la loi de 2016, qui a criminalisé le client, n'ont fait qu'accentuer les difficultés et réduire la capacité des personnes de se défendre et de se protéger contre le VIH, mais également contre diverses formes de violences. Toutes ces discriminations qui se surajoutent empêchent d'agir concrètement.

Bien que je sois sénatrice depuis peu et que mon arrivée coïncide avec la période de la loi sur l'immigration, j'ai constaté la réelle difficulté d'agir concrètement sur la question de l'AME. J'espère que des commissions d'enquête pourront être organisées au Sénat. Malgré la tendance actuelle très à droite du Sénat, la capacité à mener de telles enquêtes demeure une de ses qualités essentielles. Cela nous permettra de réfléchir, de quantifier les phénomènes et de ne pas nous laisser influencer par des fake news qui conduisent à nous priver des moyens nécessaires pour agir efficacement. J'espère que lorsque nous reviendrons sur les questions liées à l'AME, grâce à ces éléments factuels, nous pourrons agir de manière plus réaliste et raisonnable.

Merci à tous d'être présents pour poursuivre cet engagement.

Jérôme ANDRÉ

Il est assez tragique que le processus de dépistage, l'accompagnement vers les soins, et la mise en place de boucles de soins soient des démarches complexes. En tant que vice-président d'une coordination régionale de l'APHP, le CoreVIH Île-de-France Sud. Nous sommes confrontés à la difficulté de créer ces boucles de soins pour les personnes séropositives, qui ne peuvent prétendre à l'AME, qui se situent sur le territoire français et peuvent parfois faire l'objet d'une OQTF. Ces personnes subissent une double peine. Non seulement elles sont séropositives et diagnostiquées sur le territoire, mais en plus, elles font l'objet d'une procédure de reconduite à la frontière. Cette situation est particulièrement difficile et ces individus risquent potentiellement de propager la maladie sur le territoire.

Laura SIGNERI

Nous sommes tous convaincus de l'importance du dépistage. Il faut désormais convaincre la population. Chacun agit avec ses moyens. La volonté politique doit être présente, ce combat est transpartisan. Toutes nos politiques doivent contribuer à soigner le sida. Nous travaillons ensemble à ce combat, avec les associations, en



nous inspirant des expériences des uns et des autres. Nous avons encore beaucoup de travail à mener ensemble.

Le Grand Témoignage des États généraux

Jean-Luc ROMERO-MICHEL

La tradition veut que nous programmions lors de ces Etats généraux un témoignage portant sur un thème significatif mobilisant notre association et notre pays. Notre choix s'est porté cette année sur Corentin. Il se peut que plusieurs d'entre vous aient visionné le remarquable reportage de France 3, qui se distingue des précédents discours et présentations sur le Chemsex au cours des derniers mois. Corentin a eu le courage de partager son témoignage, un acte qui s'avère malheureusement difficile, compte tenu des difficultés à faire témoigner les acteurs et actrices du Chemsex. Cela nous rappelle ce que nous avons pu connaître avec le sida. Il y a quelques années, nous avons réalisé le livre et l'exposition intitulés *Portrait de vie*, mettant en scène des individus séropositifs témoignant à visage découvert. Ce fut une entreprise difficile à mettre en place, mais nous y sommes parvenus. Cependant, au sein d'ELCS, malgré les financements alloués depuis trois ans, nous éprouvons des difficultés à reproduire cette démarche dans les territoires d'outre-mer. Ceci souligne l'impact persistant de la stigmatisation. Tant que cette stigmatisation persistera, comment pouvons-nous aspirer à mettre fin à l'épidémie du VIH/sida ?

Le problème persiste, notamment dans nos territoires d'outre-mer, où témoigner en Guadeloupe, en Guyane ou ailleurs demeure une tâche délicate. Malgré ces défis, ELCS ne renonce pas. Nous espérons voir un jour des témoignages à visage découvert dans ces régions. C'est important.

Nous souhaitons aborder le thème du Chemsex, car il revêt une importance particulière pour nous, comme évoqué au début de la réunion. Nous croyons que le rôle des élus n'est pas de se substituer aux associations, mais certainement d'aider à sensibiliser autour de cette question. Il est frappant de constater le tabou et la honte qui entourent cette problématique. À ce jour, aucune étude épidémiologique n'a été lancée par l'État. Brigitte s'est saisie de ce combat, et nous nous battons également pour l'obtenir. J'avais prévu de rencontrer le ministre de la Santé il y a quelques jours, mais notre rencontre a été reportée. J'espère qu'il s'emparera enfin du rapport Benyamina, qui propose diverses pistes, dont cette évaluation



épidémiologique. Cette question demeure essentielle et il est impératif de donner la parole aux personnes directement concernées.

Corentin, je tiens à te remercier d'être présent, car je sais qu'il n'est jamais aisé de s'exprimer devant une telle assemblée. Peut-être pourrais-je te demander pourquoi tu as accepté de participer à ce reportage de France 3 et de partager ton message, qui représente désormais une carte blanche qui t'est offerte.

Corentin HENNEBERT

Auteur et metteur en scène

J'ai pris part à ce reportage pour plusieurs raisons. Tout d'abord, j'ai co-écrit et co-mis en scène une pièce de théâtre sur le Chemsex, que nous jouerons demain pour la première fois. Vous pouvez aisément imaginer mon état d'esprit actuel, empreint d'une certaine zénitude... Ensuite, j'ai choisi de témoigner principalement parce que le sujet me semblait essentiel. En vivant cette expérience, en m'en extirpant, j'ai constaté l'impact significatif que cette pratique pouvait avoir sur plusieurs personnes de mon entourage. J'ai jugé important de sensibiliser et d'informer à ce sujet. Pour moi, l'idée de le faire à visage découvert n'a jamais posé de problème, car cela semblait très naturel. En réalité, je ne me suis même pas posé la question. Je propose de vous donner lecture de mon témoignage.

Quand j'ai su que j'étais convié à venir livrer mon témoignage sur mon parcours au travers du Chemsex, j'ai mis du temps à savoir par où commencer.

Ce qui est étrange, c'est qu'après avoir témoigné à l'occasion d'un documentaire sur France 3, co-écrit et co-mis en scène une pièce sur le sujet, ou encore en avoir parlé avec mes amis en long en large et en travers, je me rends compte que je n'ai jamais vraiment déroulé le fil entier de cette histoire, de ce passage de ma vie, passage qui concerne tout de même l'intervalle entre mes 20/21 ans et mes 28 ans. Aussi, je me suis demandé quel axe devait prendre ce témoignage, s'il fallait inclure d'autres paroles que la mienne et surtout en quel honneur je m'exprime moi, combien même l'on m'ait invité en cet endroit prestigieux. J'en profite pour vous remercier infiniment, Monsieur Romero-Michel. Je vais commencer par cela.

Je ne suis le messenger de personne et je ne prends la parole qu'en mon nom, au nom de mon parcours et de mon Chemsex. Je prends la parole sans avoir la prétention de le faire pour tous, mais en m'efforçant de ne rien trahir ou temporiser. Je dis mon Chemsex, car il est bien là le sujet. Il y a autant de Chemsex que de Chemsexeurs. 28 ans, j'ai 28 ans et je m'adresse à des gens à l'Assemblée nationale. C'est



complètement dingue. Un jour, tu tombes au plus bas dans ta vie et pour cette même raison, on t'invite. Je suis stressé aussi. J'espère ne pas me tourner en ridicule devant la représentation nationale, cela la foutrait mal. 28 ans, cela fait un an que j'ai arrêté et six mois que je n'ai pas dérapé. Demain, on va jouer cette fameuse pièce qui a pris cinq ans de ma vie. Une lecture à l'Assemblée, c'était l'idéal pour gérer le stress la veille d'une première.

28 ans, je viens d'avoir 28 ans ce 1^{er} juin 2023. Je viens aussi de déraiper. En fait, non, je n'ai pas dérapé. J'ai fait une sortie d'autoroute. Je suis en colère, triste et surtout en descente. Je me suis mis en danger. J'ai passé trois jours sans dormir, sans manger. C'est désespérant. Mais là, je le sais, je le sens, c'est mon déclat, il le fallait.

27 ans, bonne année 2023, bye 2022. Quelle année ? L'année des résolutions, l'année des accomplissements, l'année des échecs aussi. 27 ans, c'est mon anniversaire aujourd'hui et je réfléchis. Je sais que je dois arrêter, mais en fait, je n'en finis plus d'arrêter. Cela me gave. Je ne sais vraiment pas si je vais y arriver. Cela fait cinq ans que je l'ai quitté, lui et ses prods.

23 ans, septembre 2018, je viens de le quitter. Il était temps. Je me suis infecté le nez et j'ai une otite. Je pèse 47 kilos. Mes joues sont des cratères d'os et de peau. J'ai les yeux vides, la peau grise. Je fais deux repas par semaine et dors trois nuits par semaine également. Et puis, il y a eu cette lettre qui a tout changé.

23 ans, juillet 2018, en ouvrant ma boîte aux lettres, je découvre une lettre dans une enveloppe à moitié déchirée. Dessus, il est écrit sobrement Corentin. C'est une lettre manuscrite de mon meilleur ami sur six petits feuillets d'écoliers, avec des lignes bleues et blanches. Elle commence comme ça. *“Coco, j'ai vraiment l'impression de t'avoir perdu pour de bon. Ça planait au-dessus de nos gueules depuis au moins quatre mois, depuis ta dernière overdose et les réactions qui ont suivi.”* Je continue à lire en diagonale. J'arrive à imprimer certaines phrases qui retentissent comme des coups de feu dans la nuit. *“Te voir agir comme ça est une épreuve de plus en plus difficile à supporter. Je t'en veux de la manière où tu m'as dit quelques jours après cette overdose, la prochaine fois, je ferai plus attention. J'ai fini par comprendre que le problème était plus grand que je l'avais imaginé, c'est laid de voir un ami se détériorer devant ses yeux. Tu vas finir par te tuer et ça, je ne veux pas y assister. Si tes parents ou moi avaient été présents au moment de tout cela, tu aurais fini à l'hôpital en soins intensifs. Tu seras toujours la priorité. Prends soin de toi, Coco, je t'aime.”* Je termine la lettre, la pose sur la table basse, vérifie que mon appartement est propre et bien aéré.

Je sors de chez moi, je vais chez mon mec qui habite à dix minutes à pied. J'arrive



chez lui, il me propose une trace. Je prends une paille et prends deux énormes rails d'un coup. Je ne lui parle pas de la lettre.

22 ans, on est en mai et je viens de faire mon cinquième G Hole. C'est un excédent de GHB dans le corps. C'est peut-être que le GHB est pas fait pour moi. Je vais me contenter de 3-MMC, c'est largement suffisant. J'ai dit à Alex, mon meilleur pote, que ça allait. Je ne veux pas qu'il s'inquiète. Il ne sait pas que ce n'est pas la première fois. J'évite le métro, les lieux publics, ça m'angoisse. En fait, je n'ai pas envie que les gens me voient. Il faut dire que quand je suis défoncé, ça se voit à 15 kilomètres. Je fais une crise d'angoisse en pleine pharmacie. Je me mords tellement la langue que je n'arrive plus à manger. Je n'arrivais déjà pas à manger en temps normal. J'ai deux plaies ouvertes qui m'empêchent de parler normalement. Boire un jus d'orange est un supplice. Cela dit, quand je prends une trace, je suis anesthésié. Donc, je continue.

22 ans, on est en février. Un mec me parle sur une application de rencontre. On se parle, le courant passe bien. Il me propose un plan Chems, j'accepte. On finit par se voir et on passe la nuit, puis la journée d'après ensemble. Il y avait une assiette débordante de 3-MMC sur sa table à manger. Cette assiette sera mon quotidien pendant six mois. Le mec deviendra mon mec par la force des choses.

22 ans, c'est le soir du réveillon 2017. Je travaille dans un supermarché, donc je ne fêterai pas Noël en famille. Je vois un mec avec qui je parle depuis longtemps. Il est seul comme moi ce soir et comme moi, quand il est seul et se sent seul, il a envie de commander un gramme et d'appeler des mecs. Ce que je trouve fou, c'est que ce soir, un 24 décembre, plein de mecs me répondent sur les applications de rencontre et sont libres. Lui, il s'appelait Félix, arrive. Il a emmené une grande quantité de drogues diverses, surtout de la cocaïne et la MDMA. On passe la nuit ensemble, puis il part de chez moi. Je n'ai plus de nouvelles. Une semaine passe et je reçois un message sur Facebook. Une fille que je ne connais pas m'interpelle et me dit qu'on va enterrer Félix bientôt, car son autopsie est terminée. On l'a retrouvé chez lui, décédé d'un arrêt cardiaque. Il est probable que je sois la dernière personne à l'avoir vu vivant. J'apprendrai plus de détails lors de ma convocation auprès de la brigade des stupéfiants. Je verrai même une photo mal cachée par le policier du corps de Félix.

À 21 ans, on me propose un plan Chems. Je ne sais pas ce que c'est. Enfin si, mon coloc m'en a parlé, mais le terme est nouveau. Au début, je pensais que c'était le mot cheum pour le verlan de moche et qu'on me proposait un plan cul entre moches. C'était assez vexant.

20 ans, mon coloc disparaît de plus en plus de chez nous. C'est souvent le sujet de



plaisanterie. C'est un fêtard discret. Il revenait à des heures pas possibles, creusé, un peu à mille à l'heure, puis il s'écroulait dans son lit pendant 24 heures. Il arrivait souvent en retard à son boulot. Le voir courir dans l'appartement en pestant, car il n'avait pas entendu son réveil était aussi un sujet de plaisanterie. Un jour, il me dit qu'il a découvert le cul avec un nouveau truc qu'on achète sur Internet, de la 2-MMC puis de la 3-MMC. Apparemment, c'est ouf, mais il me rajoute en écarquillant les yeux *“touche pas à ça, franchement, je ne sais pas comment je vais faire pour baiser sans maintenant”*, qu'il ajoute. Soudainement, tout cela n'est plus trop un sujet de plaisanterie.

19 ans, je découvre la fête à Paris. Il faut dire que pour un petit gay de province, ici, c'est le paradis, le scintillement partout. Je peux enfin être qui je suis, faire la fête sans limite. Je suis parti directement à Paris pour suivre des études théâtrales. Je viens de Maubeuge. Paris, c'est pour moi l'occasion de vivre pleinement ma vie, ma sexualité, d'être moi. Très vite, j'ai découvert le monde scintillant et magnifique de la nuit, découvert les lieux de sociabilisation LGBTQ+, découvert aussi par la force des choses que pour s'amuser, bien souvent, on ne se contentait pas toujours de boire.

18 ans, juin 2013, j'ai mon bac littéraire. Je vais enfin pouvoir partir à Paris et m'épanouir et faire ce que je veux faire, du théâtre. Je vais me retrouver seul, mais ce n'est pas grave. Enfin, pour le moment, ce n'est pas grave.

Dois-je remonter plus loin encore ? Je n'ai pas vocation à vous écrire et dérouler mon autobiographie. Je crains que ce ne soit pas vraiment passionnant. Je sais cependant que ma vie est similaire à beaucoup d'autres.

Je sais surtout que mon parcours a été traversé par une blessure ouverte, lancinante, que j'ai seulement appris à guérir aujourd'hui, celle de la solitude. Je sais que quand j'étais avec tous ces mecs, nous étions seuls ensemble, mais jamais ensemble. Je sais que je ne compte plus le nombre de fois où j'ai appris qu'untel s'est donné la mort, untel a fait un arrêt cardiaque, motif souvent donné quand il s'agit d'une overdose, ou un autre a disparu, comme ça. Ne reste d'eux que des photos souriantes sur Facebook avec des commentaires attristés en dessous.

Je ne pouvais pas prendre la parole sans avoir une pensée pour Aurélien, 39 ans. Il a mis fin à ses jours cette année et nous a rappelé à tous combien la situation est urgente. Il a laissé derrière lui une lettre terrible, juste aussi, c'est aussi pour ça qu'elle est aussi terrible. Je voudrais vous en lire un extrait.

“J'ai cru que la drogue me permettrait d'échapper à ce monde froid et dur, mais elle me rattrape toujours, toujours plus dur. La drogue n'est pas festive, elle est addictive, vicieuse et vous détruira tôt ou tard, rapidement ou lentement. Peu de



gens, en dehors de la nuit, connaissent mon addiction, car je la cache derrière mon sourire. Je la cache au travail, en famille, mais je me bats depuis sept ans maintenant avec elle. Tout ça pour arriver à la conclusion : soyez bienveillants et à l'écoute de l'autre, car au fond, vous ne savez pas quel est l'état psychologique de la personne en face de vous. Il sourit peut-être en façade, mais crie à l'intérieur."
Fin de la citation.

Puis il y a moi, du haut de mes 28 ans et de la chance que j'ai de les avoir atteints. Un jour, j'ai bu un café avec ce meilleur ami qui m'a écrit cette lettre. Il m'a demandé *"Tu te vois où dans dix ans ?"* Vous savez, cette phrase à la con en entretien d'embauche. Je n'ai pas su répondre. Ça doit être il y a cinq ans et je n'ai pas su répondre parce qu'au fond, je me voyais déjà mort.

Mais aujourd'hui, je voudrais aussi vous dire à quel point je suis fier et heureux, déjà parce que je pense gagner mon combat contre l'addiction. Ce n'est jamais tout à fait gagner.

Disons que j'ai entrepris un combat à vie. Aussi parce que j'en ai fait une force, et l'ai retranscrit dans une pièce qui sera jouée demain et dirigé cela en une envie viscérale d'aider, de prévenir et d'informer.

Je crois nécessaire de dire à celles et ceux qui traversent cela qu'on peut toujours s'en sortir, qu'il y aura toujours quelqu'un pour vous écouter, un organisme pour vous aider et une association pour vous soutenir. Je voudrais vraiment que l'on entende qu'on n'est jamais vraiment seuls. Se laisser croire cela, c'est laisser ses parts d'ombre gagner.

Bon, maintenant que j'ai apesanti votre journée avec mon parcours, je me suis demandé comment conclure tout cela, et puis je me suis dit que citer les paroles d'une chanson serait plus simple, d'autant qu'elles incarnent mon état d'esprit, le message que je voudrais faire passer à travers elles. Il s'agit de la magnifique chanson chantée par le grand Serge Reggiani, *Le temps qu'il reste*. Ils dit à peu près ceci :

Combien de temps...

Combien de temps encore

Des années, des jours, des heures combien?

Quand j'y pense mon cœur bat si fort...

Mon pays c'est la vie.

Combien de temps...

Combien

Je l'aime tant, le temps qui reste...

Je veux rire, courir, parler, pleurer,



*Et voir, et croire
Et boire, danser,
Crier, manger, nager, bondir, désobéir
J'ai pas fini, j'ai pas fini
Voler, chanter, parti, repartir
Souffrir, aimer
Je l'aime tant le temps qui reste
Je ne sais plus où je suis né, ni quand
Je sais qu'il n'y a pas longtemps...
Et que mon pays c'est la vie
Je sais aussi que mon père disait:
Le temps c'est comme ton pain...
Gardes en pour demain...
J'ai encore du pain,
J'ai encore du temps, mais combien?
Je veux jouer encore...
Je veux rire des montagnes de rires,
Je veux pleurer des torrents de larmes,
Et danser, crier, voler, nager dans tous les océans
J'ai pas fini, j'ai pas fini
Je veux chanter
Je veux parler jusqu'à la fin de ma voix...
Je l'aime tant le temps qui reste...
Combien de temps...
Combien de temps encore?
Des années, des jours, des heures, combien?
Je veux des histoires, des voyages...
J'ai tant de gens à voir, tant d'images..
Des enfants, des femmes, des grands hommes,
Des petits hommes, des marrants, des tristes,
Des très intelligents et des cons,
C'est drôle, les cons, ça repose,
C'est comme le feuillage au milieu des roses...
Combien de temps...
Combien de temps encore?
Des années, des jours, des heures, combien?
Je m'en fous mon amour...
Quand l'orchestre s'arrêtera, je danserai encore...*



Quand les avions ne voleront plus, je volerai tout seul...

Quand le temps s'arrêtera..

Je t'aimerai encore

Je ne sais pas où, je ne sais pas comment...

Mais je t'aimerai encore...

D'accord?

28 ans, j'ai 28 ans et promis, je vais m'offrir encore de nombreuses et belles années.

Merci beaucoup.

Jean-Luc ROMERO-MICHEL

Merci pour ce magnifique témoignage. Où sera donnée ta pièce ?

Corentin HENNEBERT

La pièce *Amours chimiques* sera jouée par la Compagnie Les Adelphe de la Nuit dans l'espace Anim'Les Halles, mais nous sommes complets et j'espère que nous serons programmés ailleurs.

Jean-Luc ROMERO-MICHEL

Nous vous inviterons certainement à l'auditorium de la Mairie de Paris afin que les élus puissent profiter de cette pièce. Merci encore pour ce témoignage.

Deuxième table ronde :

La stratégie de vaccination contre le HPV

La table ronde est animée par Thierry Guerrier, journaliste et animateur

Participent à la table ronde :

Pr Laurent Abramowitz, gastroentérologue, proctologue,

Anne-Claire Boux, Adjointe à la Maire de Paris en charge de la Santé publique

Amélie Verdier, Directrice générale de l'ARS Île-de-France

Thierry Guerrier

Notre deuxième sujet concerne le HPV, le papillomavirus humain et toutes les problématiques associées en termes de dépistage et de pathologies.

Professeur Abramowitz, vous êtes médecin, chirurgien, proctologue, spécialisé dans les problématiques liées au HPV. Vous allez sans doute souligner les difficultés que nous rencontrons avec le HPV, illustrées parfois de manière



explicite, mais nécessaire, pour aborder la réalité de cette maladie. Certains d'entre nous ont déjà fait l'expérience de la disparition d'un proche. C'est mon cas et c'est l'une des raisons pour lesquelles, étant très sensible à ce sujet, j'ai accepté l'invitation de Jean-Luc. En effet, un ami très proche âgé de 45 ans est parti en un an et demi, lui-même médecin, victime d'un cancer lié au HPV. Cette épidémie est actuellement sous-estimée.

Ensuite, nous aborderons en compagnie la Directrice de l'ARS Île-de-France la campagne de prévention et de vaccination, et la politique menée pour alerter les publics concernés, en particulier les jeunes, car la question se pose dès l'adolescence.

Pour faire le point sur cette épidémie, Professeur Abramowitz, je vous cède la parole.

Laurent ABRAMOWITZ

Je vous remercie de m'avoir convié à partager mon quotidien et de celui de nombreuses personnes, étant gastroentérologue et proctologue. Chaque jour, je m'engage dans une consultation de proctologie avec 15 à 20 personnes, et deux fois par semaine, je me retrouve au bloc opératoire pour opérer des patients atteints de maladies de l'anus. Tous les jours, je rencontre des patientes et des patients présentant des affections anales liées au virus HPV. Plus tôt, j'ai écouté attentivement mon collègue évoquer l'incidence de l'infection à HPV, qui dépasse les 5 000 cas par an. Il est important de noter que nous avons presque autant, voire un peu plus de cancers attribuables à l'HPV chaque année, soit 6 400 nouveaux cas de cancers liés à ce virus chaque année en France, ce qui est considérable. Comme vous l'avez souligné, ce virus demeure méconnu. On entend fréquemment des remarques telles que : "Ah oui, je pensais que cela concernait seulement le col de l'utérus. Pourquoi parlez-vous d'ORL, de l'anus ?" L'idée fondamentale à retenir est que tout le monde est infecté par ce virus, homme ou femme, à un moment ou à un autre de sa vie. On peut ensuite l'éliminer ou non. Il s'agit ici du virus du papillomavirus humain (HPV), différent de l'herpès (HSV). Dès les premiers contacts de la vie, lors de sa première rencontre avec d'autres individus, on se contamine, que ce soit par pénétration ou par des caresses.

Il existe 200 génotypes, soit 200 types de virus HPV identifiés, dont 110 affectent les humains. Il faut distinguer les virus oncogènes, responsables du cancer, des non-oncogènes, qui provoquent d'autres affections également gênantes, comme nous le verrons par la suite. Les types oncogènes, tels que le 16 et le 18, en particulier le 16, sont les principaux responsables de l'essentiel des cancers de l'anus et du col de l'utérus, ainsi que des cancers ORL, représentant désormais



40% des cas. Les souches à faible risque entraînent des verrues. L'HPV1, par exemple, est responsable des verrues que l'on peut contracter à la piscine. Les souches HPV6 et 11, quant à elles, provoquent des condylomes.

Souvent, dans nos discussions avec les instances orientant les dépenses de santé, l'accent est mis sur la prévention du cancer. Cependant, il est essentiel de rappeler que l'HPV6 et l'HPV11, responsables uniquement des condylomes, des verrues au niveau de l'anus et/ou du sexe, représentent un fardeau considérable pour les patients.

Un jeune de 18 à 25 ans, ou un moins jeune, qui présente des condylomes au niveau de l'anus, subira un traitement particulièrement intrusif. On procédera à la cautérisation de son anus tous les deux ou trois mois. Imaginez-vous subir une cautérisation de l'anus et/ou du sexe tous les deux ou trois mois. C'est la réalité du traitement appliqué aujourd'hui, utilisant soit le bistouri électrique, soit une pommade, cette dernière brûlant également. Cette pommade brûle tellement que dans près de 50% des cas, il est nécessaire d'interrompre le traitement.

Pour un individu jeune, subir la cautérisation régulière de son périnée, tous les deux ou trois mois, sur une période d'un à deux ans, car il faut du temps pour s'en débarrasser, représente une charge significative, même si ce ne sont que des lésions bénignes.

Dès qu'il y a contact, le virus peut se propager via des caresses, par les mains, au niveau du sexe et de l'anus.

Thierry GUERRIER

Cela concerne les hommes comme les femmes, et les relations hétérosexuelles comme homosexuelles.

Laurent ABRAMOWITZ

Exactement.

Bien entendu, le virus est plus fréquemment détecté dans l'anus lors de rapports anaux, mais il peut également être présent au niveau des organes génitaux lors de relations hétérosexuelles. J'ai pris la liberté de qualifier ce virus de "serial killer", étant donné qu'il est responsable de 6400 cancers chaque année, tels que les cancers anaux, ORL, du col de l'utérus, mais également ceux du pénis, de la vulve et du vagin.

Je m'excuse par avance pour une image qui sera présentée plus tard, montrant le traitement du cancer de la vulve par vulvectomie et celui du cancer du pénis, que vous imaginez.

En France, ce virus HPV est à l'origine de 6400 cancers chaque année, avec une



augmentation de plus de 5 % par an pour les cancers anaux. Il en va de même pour le cancer ORL, une nouveauté, car on ignorait jusqu'à récemment que près de 40 % des cancers ORL sont causés par ce virus. Cela inclut les cancers de la gorge. Jusqu'à présent, le cancer de la gorge était majoritairement lié à la consommation d'alcool et de tabac. Les campagnes de dépistage ont été efficaces en France pour réduire les cas de cancers liés à ces facteurs, mais le cancer ORL dû à l'HPV augmente de manière exponentielle. Aux États-Unis, il est sur le point de dépasser en nombre les cancers ORL liés à l'alcool et au tabac.

Le problème en France est que nous sommes en retard : seulement 41 % des filles sont vaccinées à l'âge de 16 ans, et 8 % des garçons, et seulement 60 % des femmes sont dépistées pour le cancer du col de l'utérus. Il existe deux principaux moyens de prévenir ces cancers : la prévention des lésions causées par le virus et l'évitement de l'infection par le virus. Malheureusement, nous ne sommes actuellement efficaces dans aucun des deux cas.

Thierry GUERRIER

Vous avez une connaissance approfondie de cette maladie, ce qui n'est pas notre cas. Deux questions se posent : comment se fait le dépistage, à la fois collectif et individuel ? Quel comportement adopter pour mener une investigation personnelle. Est-il préférable de consulter son médecin généraliste ou de procéder à des tests dès le départ ? En ce qui concerne la dimension curative, la clarté fait défaut. Vous avez évoqué le cas du traitement du cancer du pénis, pardon, mais je n'ai pas très bien compris votre propos.

Laurent ABRAMOWITZ

Hé bien, on coupe le pénis !

L'idée fondamentale est l'amélioration du dépistage, particulièrement complexe au niveau ORL en raison de l'absence de lésions précancéreuses. L'infection par le virus dans la bouche peut éventuellement conduire à un cancer 20 à 30 ans plus tard, créant un vide dans les stratégies de prévention. La vaccination en amont émerge comme seule solution pour éviter l'infection.

S'agissant de la prévalence des cancers ORL dus au virus HPV, en France et en Europe, elle est d'environ 40 %, tandis qu'aux États-Unis, la proportion augmente à 56 %. Les cancers ORL attribuables au virus HPV explosent, alors que ceux liés à l'alcool et au tabac diminuent grâce aux efforts de prévention.

Le défi majeur réside dans le dépistage du cancer ORL, qui représentera bientôt la moitié des cancers liés au virus HPV. Il est dépisté trop tard. Il est souvent identifié lorsque la tumeur est déjà présente, entraînant des traitements lourds.



Le cancer anal est lui aussi souvent associé à la présence de l'HPV. Dans les populations non VIH, il présente 12% des cancers anaux chez les hétérosexuels masculins, 50% chez les homosexuels masculins, et 40% chez les femmes. Lorsqu'on effectue un double frottis anus et col, l'anus présente toujours une prévalence plus élevée d'HPV. L'HPV apprécie particulièrement cette zone et s'y loge plus facilement. En outre, plus de 50% des patients infectés par le VIH présentent du HPV au niveau de l'anus. La prévalence est considérable.

Thierry GUERRIER

Qui devrait effectuer le diagnostic ? Est-ce que cela concerne toutes les tranches d'âge ou est-ce spécifique aux adolescents ? Comment peut-on procéder au diagnostic ou vérifier si l'on est concerné ?

Laurent ABRAMOWITZ

L'idée centrale ici est que la présence du virus HPV n'est pas une source d'inquiétude en soi. Lorsqu'on prélève un écouvillon dans le nez, on trouve divers micro-organismes tels que le Staphylocoque, le Streptocoque, et d'autres. Les recherches actuelles auxquelles je participe se concentrent sur la compréhension des facteurs qui déterminent pourquoi certains individus sont infectés par le HPV sans développer de cancer, tandis que d'autres, beaucoup plus rares, développent un cancer. Des éléments comme la méthylation et la persistance de l'HPV font l'objet d'études. Cependant, il n'est pas nécessaire de rechercher la présence du HPV chez tout le monde.

En revanche, les nouvelles recommandations de la Société française de Proctologie suggèrent un dépistage ciblé avec un frottis HPV16, qui identifie le HPV associé au cancer, pour trois catégories spécifiques :

- les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes infectés par le VIH de plus de 30 ans ;
- les femmes avec des antécédents de lésions précancéreuses ou de cancer de la vulve ;
- et les femmes avec des antécédents de transplantation d'organes solides depuis plus de dix ans.

Ces catégories présentent un risque significativement plus élevé de développer un cancer anal.

Thierry GUERRIER

Est-ce lié à une perte de l'immunité ?

**Laurent ABRAMOWITZ**

À ce stade, nous n'avons pas toutes les réponses, mais il est évident que la diminution de l'immunité, en particulier au niveau local, joue un rôle. De plus, d'autres facteurs de biologie moléculaire font l'objet de recherches.

Il existe également d'autres catégories de personnes qu'il est crucial d'alerter. Pour tous ceux ici présents, le message fort des proctologues est le suivant : tout symptôme anal tel que douleur, saignement, ou masse doit faire l'objet d'un examen, car cela n'est pas anodin, même si la probabilité de cancer est faible (deux cas pour 100 000). D'autres pathologies peuvent se manifester. Il est essentiel de briser le tabou associé aux symptômes anaux et d'encourager la consultation médicale en cas de symptômes, tout comme on le ferait pour tout autre symptôme, comme ceux au niveau des oreilles.

Thierry GUERRIER

Vos propos sur la bouche sont un peu désespérants.

Laurent ABRAMOWITZ

Je ne suis pas ORL, mais je perçois le message que mes collègues ORL partagent. Si vous constatez une angine persistante ou un ganglion qui ne disparaît pas, il est conseillé de consulter. Cela peut être le signe d'un cancer, et il est souvent plus aisé de traiter un cancer à un stade précoce plutôt qu'à un stade avancé.

Thierry GUERRIER

Nous allons discuter de la campagne de vaccination avec l'ARS (Agence Régionale de Santé) et la mairie de Paris. L'objectif est de promouvoir la vaccination contre le HPV. Qui devrait être concerné par cette campagne ? Est-ce principalement les populations plus jeunes ? Pourquoi les adolescents sont-ils souvent mis en avant dans ces discussions ? Jusqu'à quel âge une personne est-elle susceptible d'être menacée par le HPV ? Est-il pertinent de poursuivre la vaccination plus tard dans la vie ? Ces questions méritent d'être examinées du point de vue médical avant d'entendre le point de vue de ceux qui sont responsables de ces politiques publiques.

Laurent ABRAMOWITZ

Je ne suis pas à l'origine des politiques publiques, sans quoi je choisirai de vacciner tout le monde. Il est essentiel de suivre les recommandations officielles, ce qui représenterait déjà un grand pas en avant. Actuellement, ces recommandations concernent la vaccination des filles et des garçons de 11 à 14 ans avec deux doses,



et après de 15 à 19 ans avec trois doses. Les garçons HSH peuvent se faire vacciner jusqu'à 26 ans, avec trois doses.

Ces limites d'âge sont liées aux études publiées, même si d'autres études ont montré un bénéfice au-delà. Éthiquement, il est impératif de vacciner les garçons, y compris pour prévenir la transmission du virus aux filles, comme le soutient un plaidoyer signé par 50 sociétés savantes. Actuellement, les garçons peuvent se faire vacciner jusqu'à 26 ans, ce qui soulève le problème éthique de ne pas vacciner les filles entre 19 et 26 ans !

Des données issues d'études, dont l'une du New England Journal of Medicine, démontrent de manière convaincante les avantages de la vaccination avant 17 ans pour réduire le risque de cancer du col de l'utérus, avec une division par 8 de ce risque. Mais aussi une division par deux de ce risque lorsque la vaccination intervient entre 17 et 30 ans. Cela justifie, selon moi, l'extension de la vaccination jusqu'à 26 ans.

Thierry GUERRIER

Contre quoi vaccine-t-on ?

Laurent ABRAMOWITZ

On vaccine contre le virus lui-même, non pas contre les infections qu'il pourrait provoquer par la suite.

Le vaccin est élaboré à partir des protéines protectrices du virus, qui sont inactives. Il ne contient pas l'ADN du virus. Lorsqu'on administre le vaccin à une personne, celle-ci développe des anticorps dirigés contre ces composants inactifs. Ainsi, en cas de contact ultérieur avec le virus, la personne dispose d'une multitude d'anticorps pour le neutraliser.

Thierry GUERRIER

Ce n'est donc pas le même mécanisme que le vaccin contre le COVID.

Laurent ABRAMOWITZ

Il ne s'agit pas d'un ARN messenger, mais tout de même d'une protection en amont. Un autre domaine de recherche concerne le vaccin thérapeutique, qui s'applique également au VIH. Actuellement, les progrès dans ce domaine sont limités, et il n'existe pas encore de vaccin thérapeutique disponible.

Thierry GUERRIER

Je vais maintenant donner la parole à la Directrice générale de l'ARS Île-de-France.



Amélie Verdier, pourriez-vous nous expliquer les objectifs de cette campagne de vaccination dans le cadre de la couverture vaccinale HPV en Île-de-France ?

Amélie VERDIER

Merci à Jean-Luc Romero-Michel pour son invitation, qui nous offre l'opportunité de discuter des papillomavirus et de la campagne de vaccination qui commence. C'est un enjeu essentiel, et nous l'abordons en collaboration avec les collectivités locales. Pour résumer simplement, la vaccination des jeunes est nécessaire, car la plupart d'entre nous sont exposés aux papillomavirus. L'enjeu majeur est de vacciner avant les premières expositions sexuelles.

Malheureusement, les chiffres en Île-de-France ne sont pas encourageants. Seulement 40% des filles de moins de 15 ans ont reçu une première dose, soit un peu plus d'une sur trois. Les garçons de moins de 15 ans sont encore moins nombreux, avec seulement 11% ayant reçu la vaccination, soit un peu plus d'un sur dix. C'est assez catastrophique.

L'idée initiale de se concentrer sur la vaccination des filles peut sembler contre-intuitive, mais telle était la direction choisie. C'est pourquoi nous menons actuellement une campagne de santé publique large auprès de tous les élèves de cinquième. En Île-de-France, cela représente 150 000 personnes, une classe d'âge, avec cette idée qu'effectivement, on le fait de manière générale, on le fait à l'école, au collège, en l'espèce, ce qui est aussi intéressant en santé publique, avec un caractère qu'on souhaite systématique, même si on n'y est pas.

Pour la première année, nous visons à peu près un tiers d'une classe d'âge. Nous n'y sommes pas encore. Nous sommes plutôt autour de 20%, les résultats sont très variables et riches d'enseignements sur la façon dont nous devons reconduire ces campagnes de vaccination dans les collèges. Nous constatons des variations de taux allant de quelques pour cent, de 7 à 8%, jusqu'à dépasser les 40%, en fonction de la préparation, de l'investissement et de l'explication que nous fournissons. Anne-Claire apportera des compléments sur nos collaborations avec les collectivités et les enseignements que nous tirons des raisons pour lesquelles la campagne ne fonctionne pas toujours aussi bien que souhaité.

Revenons un instant sur la question de l'âge. L'idée principale est de sensibiliser les jeunes avant leur première exposition. Cette réflexion soulève une question cruciale aujourd'hui : à quel moment abordons-nous la santé sexuelle, quels sont les rôles de l'école dans cette discussion, et comment assumons-nous ces responsabilités de manière claire ?

Le choix a été fait d'explicitier que nous disposons d'un outil puissant contre des cancers répandus, 6400 par an, une réalité non négligeable. Bien entendu, la



santé sexuelle est également abordée à cette occasion, mais la manière dont nous expliquons les choses est un sujet culturel important. Nous nous rendons dans les collèges pour rencontrer à la fois les enseignants, les médecins ou infirmières scolaires et les jeunes afin d'évaluer ce qu'ils ont retenu. Il est indéniable que parler du cancer suscite un fort engagement. Cela relève également d'une approche pragmatique sur les points que nous mettons en avant.

Thierry GUERRIER

Avec qui organisez-vous ces campagnes dans les collèges ?

Amélie VERDIER

La compétence en matière de vaccination dans notre région appartient soit à l'État, soit aux collectivités départementales. En Île-de-France, la répartition est équitable entre les deux. Ainsi, nous avons la possibilité de tester diverses approches. L'ARS joue un rôle d'entité liante. Nous prenons en compte la compétence du conseil départemental qui détermine les centres de vaccination à déployer dans les collèges. Bien que les infirmières scolaires sensibilisent, ce ne sont pas elles qui administrent les vaccins. Nous projetons une équipe externe sur place pour cela. Nous collaborons étroitement avec les équipes des collèges. Notre première démarche a été de jumeler chacun des 1 200 collèges d'Île-de-France avec un centre de vaccination, en travaillant directement avec eux ou en collaboration avec les collectivités lorsque la compétence relève du département. Ensuite, nous devons aborder les aspects logistiques et pratiques, tels que la planification des dates d'intervention. Le recueil des consentements constitue également une étape cruciale, et la question se pose de savoir si ce sont les enfants eux-mêmes ou les parents qui donnent leur accord. La réponse est claire : ce sont les parents, et idéalement, les deux parents. Nous veillons également à la vérification systématique de la présence du carnet de vaccination, car au cours de la première semaine, nous avons constaté un taux de plus de 10 % d'enfants arrivant sans leur carnet. Nous sommes engagés dans une campagne que nous voulons réactive. Nous avons sollicité et obtenu des tolérances de la part de la Direction générale de la santé, en précisant que si un enfant ne dispose pas de son carnet de santé, le collège, de quelque manière que ce soit, peut contacter les parents pour obtenir leur autorisation. Bien entendu, cela ne signifie pas que nous agissons de manière irresponsable, mais cela simplifie le processus de vaccination. Nous sommes engagés dans une campagne où nous apprenons à améliorer les futures initiatives de santé publique et de vaccination à l'école.

**Thierry GUERRIER**

Prenons un autre exemple que Paris, puisque Paris va s'exprimer. Le Val-de-Marne, par exemple, qui vaccine ?

Amélie VERDIER

Nous faisons appel à des centres de vaccination urbains, éventuellement avec des équipes de professionnels libéraux en renfort, intervenant directement au sein du collège. Ce sont véritablement des intervenants externes qui se rendent dans le collège à une date et une heure prédéterminées. Nous effectuons le recueil des informations, vérifions les autres vaccinations et en profitons pour examiner l'état général du carnet de santé.

Thierry GUERRIER

Vous indiquez que vos résultats sont moyens. Pouvez-vous expliquer quelles sont les raisons derrière ces performances moyennes et quels sont les obstacles et les freins auxquels vous faites face ? Certains évoquent des aspects culturels, le lien avec la sexualité, ce qui peut entraîner des réticences de la part des parents. Pourriez-vous approfondir cette question ?

Amélie VERDIER

Je parle de résultats moyens parce que la campagne n'est pas encore terminée, et qu'il s'agit de la première année de mise en œuvre, ce qui rend les résultats actuels compréhensibles. Il existe un potentiel d'amélioration significatif pour les années à venir.

Une observation intéressante est que les taux de vaccination des garçons se situent au même niveau que ceux des filles. Il reste à voir si cela reflète un rattrapage du côté des garçons, possiblement parce que le message a été mieux reçu par les filles au départ, pour compenser les écarts de taux antérieurs. Cette convergence entre les taux de vaccination peut être considérée comme une première victoire, suggérant une évolution des perceptions par rapport aux anciennes recommandations.

Par ailleurs, bien que nous ayons été attentifs aux réticences éventuelles, il n'y a actuellement aucune manifestation organisée d'un mouvement anti-vaccin. Bien qu'il y ait eu quelques interrogations ponctuelles, aucun mouvement structuré ne s'est exprimé jusqu'à présent.

En cas d'interrogations, nous appliquons toujours les mêmes principes, à savoir la transparence et l'explication des phénomènes. Je tiens à remercier le Professeur Abramowitz de nous avoir éclairés sur les conséquences. Il est important de souligner qu'un drame s'est produit à Nantes, bien que cela ne concerne pas l'Île-



de-France, où un collégien est tombé. Une enquête a été menée, rendue publique, et cela n'a aucun lien avec le vaccin. Cependant, dans le cadre d'une campagne de vaccination, il est crucial d'expliquer clairement ce qui se passe et de ne pas succomber aux théories du complot, qui peuvent rapidement émerger. Quant à la question de savoir pourquoi la campagne ne fonctionne peut-être pas aussi bien, cela peut être attribué au fait qu'il s'agit d'une nouvelle campagne, et il est peut-être nécessaire de prendre le temps pour qu'elle se déploie pleinement.

Thierry GUERRIER

Madame la Maire adjointe, comment la campagne se déploie-t-elle actuellement à Paris ? Vous avez déjà entendu certaines de mes questions, vous pouvez faire part de vos réponses à partir de votre expérience à Paris.

Anne-Claire BOUX

La campagne de vaccination à Paris est menée en partenariat avec l'ARS, impliquant les équipes de la Direction de la Santé publique de la Ville de Paris. Ces équipes coordonnent les campagnes dans les collèges, avec l'intervention de professionnels libéraux pour administrer les vaccinations.

Un aspect clé de la stratégie consiste à mobiliser en jouant le rôle d'acteurs locaux pour renforcer la sensibilisation. Il est important de souligner que le vaccin offre une protection contre 90% des infections à HPV à l'origine des cancers, ce qui constitue un argument central dans la communication.

Bien que les chiffres actuels de la vaccination ne correspondent pas encore aux objectifs, cette première année a permis de vacciner 17% des collégiens de cinquième visés, avec une parité notable, 54% de garçons ayant été vaccinés. L'accent est également mis sur la création d'outils de communication, tels que des vidéos et des supports d'information multilingues diffusables sur des plateformes comme WhatsApp, pour atteindre les parents de manière adaptative. L'objectif est d'augmenter progressivement ces chiffres au fil des années en maintenant une régularité dans les campagnes de vaccination.

D'un collège à l'autre, les taux de vaccination sont très différents. Pour cette première année, l'objectif principal sera de faire un bilan afin d'identifier d'éventuelles similarités entre les collèges ayant des taux de couverture moins importants. Nous observons clairement que la mobilisation de l'équipe éducative, son travail de rappel, et son initiative d'appeler les parents lorsque le carnet de santé n'est pas présent le jour J ont un impact significatif sur le taux de vaccination. C'est un aspect crucial que nous allons analyser en détail. Nous avons déjà entrepris un travail d'information préliminaire avec les équipes éducatives,



et nous continuerons à le faire, car cela semble être une variable clé. De manière encourageante, nous n'avons pas rencontré d'opposition contre l'organisation de ces campagnes de vaccination, ce qui constitue un point assez positif. Il devient impératif d'approfondir notre compréhension des dynamiques en jeu. Nous devons déterminer si certains parents, même sans l'exprimer ouvertement, manifestent une certaine réticence à faire vacciner leurs enfants. Il est essentiel d'analyser progressivement ces comportements afin de mieux les décrypter.

Thierry GUERRIER

Qu'est-ce qui bloque ? Le lien avec la sexualité ? Comment dépasser ces freins ?

Anne-Claire BOUX

Il est nécessaire d'analyser en profondeur les résultats de cette première année de vaccination. Certains établissements privés semblent être plus réticents, peut-être en raison de tabous persistants autour de la santé sexuelle. La Ville de Paris a lancé les Assises de la santé sexuelle, comprenant des ateliers, dans le but de traiter ouvertement ces sujets et de lever les tabous. La santé sexuelle sera intégrée dans la stratégie globale de la Ville de Paris pour accompagner les jeunes, en favorisant des discussions intelligentes et éclairées sur ces questions. Des échanges ont déjà eu lieu avec les jeunes dans certains établissements, montrant qu'ils étaient bien informés et conscients des enjeux liés à la santé sexuelle.

Laurent ABRAMOWITZ

La tabou est une réalité. Lorsque vous expliquez à une mère que vous allez vacciner sa fille ou son fils à l'âge de 11 ans en prévision de futures relations sexuelles, elle peut réagir en vous considérant comme déconnecté de la réalité. Je pense qu'il est impératif de changer cette perception. Le premier message à transmettre, pour mobiliser efficacement, est la nécessité de prévenir le cancer.

Si nous ne mettons pas en place les mesures nécessaires dès maintenant, les 6 000 cancers annuels que nous observons actuellement pourraient se multiplier dans dix ou vingt ans. Si, à ce moment-là, une mère perd sa fille à cause d'un cancer, elle pourrait se retourner vers les instances qui n'auraient pas pris les mesures nécessaires pour prévenir ces 6 000 cancers annuels, soit 60 000 au bout de dix ans. Il est essentiel de débiter par cette prise de conscience. Actuellement, Mesdames et Messieurs, votre enfant risque de développer un cancer de l'anus, du col de l'utérus, ou ORL, représentant 6 000 cas annuels, ce qui n'est pas négligeable. Souhaitez-vous lui donner la possibilité d'éviter, dans 90 % des cas, ces types de cancers ?



Je ne critique pas les chiffres actuels, sachant que la vaccination à l'école a commencé en septembre et atteindre 90% actuellement serait difficile. Nous devrions privilégier une sensibilisation à long terme pour améliorer l'éducation sexuelle. Actuellement, l'information sur la sexualité est inefficace, mais il existe un potentiel d'amélioration significatif, en exploitant les outils actuels créés par les jeunes pour eux-mêmes. Il est essentiel d'éduquer, en s'inscrivant sur le long terme, et l'efficacité pourra être évaluée dans trois à cinq ans. En outre, il est essentiel d'informer tous les publics, y compris les professionnels de la santé, avec des messages adaptés à chaque étape pour garantir une compréhension et une adhésion maximales à la vaccination et à la prévention des cancers.

Amélie VERDIER

Nous avons rencontré six collégiens lors de ma première semaine de déplacement dans un collège. Nous avons constaté qu'ils avaient tous le même professeur de SVT et avaient tous été sensibilisés aux sujets de santé sexuelle par le biais de ses cours.

Nous avons choisi de cibler ces jeunes âges et d'amorcer la discussion sur le cancer, ouvrant ainsi la porte à une conversation sur la santé sexuelle, sans tabous. Il est en outre nécessaire de souligner que la vaccination contre les HPV n'est pas une autorisation pour des pratiques sexuelles irresponsables.

Nous devons adapter nos messages en fonction des différents groupes d'âge, tenant compte des spécificités de chacun. Nous sommes à l'écoute des collectivités locales et les associations. L'utilisation de boucles WhatsApp proposée par la Ville de Paris permet par exemple d'aller vers certains groupes dans une approche proactive. Actuellement, nous constatons une plus forte adhésion des collégiens issus des CSP+. Nous devons donc changer collectivement notre manière de faire, avec les collectivités, les associations. Il reste très encourageant de voir l'enthousiasme général que suscite la campagne de santé publique qui a été initiée et dont l'efficacité est prouvée.

Thierry GUERRIER

Mon meilleur ami est mort à 45 ans d'un cancer foudroyant, en moins d'un an et demi. Cela signifie-t-il que les plus anciens doivent aussi entrer dans un processus de dépistage, voire de vaccination ?

Laurent ABRAMOWITZ

Le risque de cancer augmente effectivement avec l'âge. Plus on vieillit, plus il est crucial d'entrer dans le cycle de dépistage. Nous avons établi un seuil à 30 ans



pour les HSH VIH. Il faut débiter le dépistage, notamment avec le frottis HPV16, à partir de 30 ans en cas d'infection par le VIH. Si vous n'êtes pas infecté par le VIH, soyez alerté et consultez en cas de symptôme anal. Ce risque croît avec le temps. Par exemple, l'âge moyen du cancer de l'anus chez les femmes est de 60 ans. Ainsi, il est rare d'avoir un cancer de l'anus à 40 ans.

Thierry GUERRIER

En conclusion, que retenir de cette table ronde ?

Laurent ABRAMOWITZ

Un mot clé, c'est qu'il faut avoir une approche multimodale, car il n'existe pas de remède absolu. A l'heure actuelle, je constate que des changements significatifs sont en cours : l'élargissement de la vaccination aux garçons et l'initiative de proposer enfin la vaccination à l'école. Bien que la mise en place puisse rencontrer des difficultés, il est impératif de s'engager pleinement dans ce sens. L'extension de la vaccination aux pharmacies, aux infirmières et aux sages-femmes est une stratégie qui vise à diversifier les partenaires capables de proposer cette vaccination. En optant pour une approche plus étendue, et en multipliant les efforts éducatifs, nous pourrions atteindre nos objectifs.

L'OMS s'est fixé pour objectif d'éliminer les cancers liés au HPV d'ici à 2030. Bien que cet objectif puisse sembler ambitieux, nous disposons actuellement des moyens nécessaires. Nous avons réussi à prévenir de nouvelles infections liées au VIH, et de même, nous pouvons éradiquer les cancers liés au HPV en favorisant la vaccination. Les pays les plus en pointe à ce niveau sont ceux où l'on vaccine le plus, tel que l'Australie.

Thierry GUERRIER

En tant qu'élue, qu'est-ce qui vous semble essentiel pour parvenir à une réelle mobilisation ? Quels sont les plans concrets que vous envisagez de mettre en œuvre dès demain avec vos équipes à Paris afin d'accélérer l'atteinte des objectifs que vous vous êtes fixés ?

Anne-Claire BOUX

Il est impératif de surmonter les obstacles liés à l'obtention des autorisations des deux parents pour l'accès au carnet de santé. Les protocoles existent, mais leur stricte observance est cruciale, car c'est là que réside la complexité. La sensibilisation et l'utilisation d'outils appropriés joueront un rôle déterminant dans ce processus. La communication envers les parents, nécessite une attention



particulière. Compte tenu du délai nécessaire pour sensibiliser, il est essentiel de mettre en place dès maintenant des stratégies anticipant la prochaine campagne. En ce qui concerne la partie dépistage-accompagnement, elle sera intégrée dans la stratégie cancer en cours de redéfinition au niveau de la Ville de Paris. Les discussions avec les différents acteurs sont en cours, et il est essentiel de l'intégrer pleinement, à l'instar d'autres types de cancer. égalité des différentes pratiques, faisant écho au témoignage poignant que nous avons entendu sur le Chemsex. Il est essentiel d'aborder la réalité de manière ouverte, sans tabou, sans susciter de polémiques inutiles.

Thierry GUERRIER

Merci à tous les trois.



Clôture

Jean-Luc ROMERO-MICHEL

Président d'Élus Locaux Contre le Sida et adjoint à la Maire de Paris

Avant de laisser la conclusion à madame la ministre, Agnès Firmin Le Bodo, je tiens à remercier Madame la Présidente de l'Assemblée nationale qui nous accueille dans ces lieux, même si elle n'a pu être présente. J'adresse également un merci particulier à Brigitte Liso, députée du Nord, une région qui me tient particulièrement à cœur, en tant que natif de cette région. Son travail est remarquable, transcendant souvent les clivages politiques, notamment en tant que présidente du Groupe d'études sur le sida. Je tiens à saluer son rôle crucial dans la revitalisation de ce groupe, auquel elle a donné une impulsion essentielle pour parler de la fin du sida. Vous pouvez être les députés de la fin du sida, et votre mobilisation est essentielle. J'ai évoqué le travail commun sur la fin de vie que nous partageons avec Brigitte. J'ajoute qu'elle a déposé une proposition de résolution pour une stratégie nationale de prévention sur le Chemsex. Brigitte réussit à rassembler autour d'elle de plus en plus de députés sur cette question, ce qui est encourageant.

Je remercie tous ceux qui sont intervenus, avec un mot spécial pour Corentin, qui a partagé son témoignage sur le Chemsex avec simplicité, émotion et force. Cette question me touche personnellement, car elle est le résultat d'une histoire individuelle devenue un combat collectif. Libérer la parole sur ce sujet est essentiel.

Merci également à ma collègue Anne-Claire Boux, que je suis ravi de retrouver ici, dans le cadre de sa délégation à la santé.

Merci à vous tous et toutes ici présents.

Le VIH est toujours présent. Chaque minute, une personne meurt du VIH/sida dans le monde. C'est une réalité que nous ne devons pas oublier, bien que notre pays ne soit pas dans cette situation critique. Parvenir à la fin du sida nécessite des ressources financières. Actuellement, il manque 8 milliards de dollars par an dans le monde, une somme importante, mais relativement modeste à l'échelle mondiale. Nous devons œuvrer ensemble et nous mobiliser pour parvenir à l'objectif de la fin du VIH/sida.

En France, tout est en place, à condition que les lois ne soient pas détricotées. Les connaissances se sont effondrées. Christophe, président de Vers Paris sans sida, ancien président emblématique d'ActUp, nous a rappelé qu'à peine 12% des Franciliens connaissent l'existence de la PrEP. De plus, seulement



26% des Franciliens, soit moins d'un sur trois, sont conscients du fait qu'une personne séropositive sous traitement, avec une charge virale indétectable, ne peut pas transmettre le virus, en Île-de-France. À peine 50% des personnes sont au courant de l'existence de la démarche Labo sans Ordo. Ces données révèlent une lacune dans la diffusion d'informations, malgré les ressources disponibles dans notre pays. La méconnaissance de la PrEP par une partie de la population, y compris son absence de proposition par certains médecins, met en lumière le retard considérable pris dans ce domaine.

Au-delà de ces considérations, une problématique cruciale, particulièrement pour nous, membres d'ELCS et élus est incontestablement la question des discriminations. Comme cela a été souligné à maintes reprises, la fin du VIH/sida demeure hors de portée tant que la discrimination persistera à l'encontre de certaines populations, surtout à l'échelle mondiale. Il est préoccupant de constater que, dans le monde, 70 pays maintiennent encore des lois pénalisant l'homosexualité. Il est difficile d'imaginer parvenir à éradiquer le VIH dans ces régions lorsque des segments de la population concernée sont stigmatisés et ignorés. Il est à noter que la France s'engage activement dans cette problématique et a désigné un ambassadeur dédié aux questions LGBT, et Paris démontre également un fort engagement sur cette question. Il est impératif de progresser dans ce domaine, car il est inacceptable de tolérer que des pays continuent de criminaliser l'homosexualité de nos jours. De plus, stigmatiser les usagers de drogue se révèle manifestement contre-productif, comme l'a souligné Christophe Martet. En 1987, la décision de Michèle Barzach autorisant la vente libre de seringues a été rapidement adoptée par les usagers de drogue, et aujourd'hui, ils constituent l'une des catégories les moins touchées par le VIH, représentant moins de 1% des nouvelles infections dans notre pays.

Cela démontre clairement que lorsqu'on donne les moyens aux individus, ils en font usage, réfutant ainsi l'idée que la stigmatisation et la moralisation, évoquées à plusieurs reprises, sont des approches efficaces. De même, la stigmatisation des migrants se révèle inefficace. Alors que nous sommes en plein débat parlementaire sur la loi sur l'immigration, la question de l'aide médicale d'État a été abordée à plusieurs reprises. Le rétablissement de cette mesure est accueilli positivement, car il permet de sortir de ce débat controversé.

Dimanche, le président de LR affirmait dans une interview télévisée, sans être contredit par le journaliste, que les étrangers sont mieux soignés que les Français en France. Cette affirmation, insupportable, est une contre-



vérité. Ces contre-vérités sont légion, même parmi les personnes informées. Il est temps de mettre fin à de telles déclarations qui contribuent à alimenter des perceptions inexactes et nuisent à la compréhension globale des enjeux médicaux et sociaux.

La récente focalisation sur le coût de l'AME est déconcertante. L'AME représente 1,3 milliard sur un budget global de 470 milliards, une somme qui, en fin de compte, est minime. Cette instrumentalisation est non seulement préjudiciable pour les personnes concernées, mais également pour l'opinion publique française. Il est impératif de rappeler qu'un investissement rapide dans le traitement des personnes malades est une mesure préventive essentielle, évitant ainsi des coûts bien plus élevés à long terme, notamment en cas d'aggravation des conditions de santé et dans le contexte d'épidémies. Nous tenons à vous exprimer notre gratitude, Madame la Ministre, pour avoir tenu bon sur le sujet, et nous avons également entendu les déclarations du ministre de la Santé. Il est tout à fait inacceptable de permettre la persistance d'allégations infondées.

Pour conclure, nous souhaitons souligner l'importance d'actions substantielles de la part du gouvernement sur la question du Chemsex. Actuellement, alors que 11 à 28 % des homosexuels ont pratiqué le Chemsex, il ne s'agit plus d'un phénomène marginal. Cette réalité nécessite une discussion et l'État, sans s'y substituer, doit accompagner les associations dans leurs efforts. L'État doit aussi accompagner les professionnels de santé, doit fournir l'information nécessaire, encourager le renforcement du testing des produits, dont bon nombre ne correspondent pas à ce que les utilisateurs croient consommer. Nous observons actuellement des lacunes dans la connaissance des produits utilisés, de leur mélange, chez les pratiquants du Chemsex.

Il n'est pas possible de laisser les associations livrées à elles-mêmes. Notre mobilisation à Paris, et notre plan stratégique sur le Chemsex en particulier, reposent sur une collaboration étroite entre tous les acteurs, y compris les associatifs et les professionnels de la santé. Il est essentiel de ne pas détourner le regard face à cette réalité. Nous sommes convaincus que chacun a un rôle à jouer. La situation actuelle peut rappeler les débuts de la lutte contre le sida, où l'attention était limitée, car la maladie était perçue comme concernant principalement des homosexuels. Il est indispensable d'avoir une idée claire de la situation actuelle et de consacrer à la prévention les moyens nécessaires. Nous remercions encore Brigitte LISO de contribuer à la mobilisation des parlementaires sur cette question, et nous espérons que le nouveau ministre de la Santé s'engagera activement dans ce dossier.



Un monde sans sida est une possibilité réaliste. Des bases essentielles pour lutter contre le VIH ont été posées. En France, nous disposons aujourd'hui de moyens complets en termes de dépistage et de soins, avec le développement significatif de la PrEP, même si son accès doit être élargi, comme le souligne le Professeur Molina. C'est ainsi que nous parviendrons à la fin de cette transmission.

En tant que personne vivant avec le VIH depuis plus de 35 ans, je n'aurais jamais imaginé être avec vous ici aujourd'hui. Il y a quelques décennies, je voyais mourir tous mes amis âgés de 20 ou 25 ans. J'ai été bénévole sur Fréquence Gay, où nous étions une centaine. Il ne reste aujourd'hui que 10 survivants, les autres sont quasiment tous morts du VIH/sida. Pourtant, aujourd'hui, l'espoir existe, mais il faut concrétiser ces progrès médicaux par des avancées sociétales. En la matière, les progrès n'ont pas été à la hauteur. Il reste difficile pour les personnes nouvellement diagnostiquées, de simplement partager leur statut sérologique. De jeunes gays sont parfois encore rejetés par leurs amis lorsqu'ils apprennent qu'ils sont séropositifs. Le travail sociétal doit être intensifié et achevé, car la fin du sida dépend également de la fin des discriminations. La fin du sida est possible, à condition de continuer à nous mobiliser, à porter la bonne parole, car j'insiste sur un point, le sida se soigne aussi par la politique.

Je vous remercie et donne la parole à Agnès Firmin-Le Bodo.

Agnès FIRMIN LE BODO

Ministre déléguée auprès du ministre de la Santé et de la Prévention,
chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé

Madame la Députée, chère Brigitte Liso, Monsieur le Président des Elus locaux contre le sida, cher Jean-Luc Romero, Mesdames et Messieurs les élus locaux, Madame la Directrice de l'ARS, Mesdames et Messieurs, en tant que professionnelle de santé, le premier réseau dans lequel je me suis inscrite il y a 30 ans, était le réseau sida.

L'élue locale que je suis est très honorée de s'adresser à vous aujourd'hui en clôture de ces Etats généraux de l'association des Elus locaux contre le sida qui agit au quotidien en dépassant les clivages politiques au nom du principe selon lequel le sida se soigne aussi par la politique.

Merci, cher Jean-Luc, de cette invitation à l'avant-veille de la 35^e Journée mondiale de lutte contre le sida. Cette journée est devenue rituelle et nous



rappelle chaque 1^{er} décembre qu'il nous faut poursuivre les efforts.

Alors que le virus du sida a été découvert voici quarante ans, le sujet reste d'une très grande actualité, malheureusement, comme tu l'as dit.

Pourtant, la science a réalisé d'immenses avancées. Pourtant, tout un système d'engagement et d'initiative s'est déployé. Pourtant, le dépistage et les traitements permettent de prendre en charge les malades. Oui, mais notre société doit encore avancer afin d'assurer que chacun et chacune d'entre nous, quels que soient son origine, son âge ou son milieu de vie, soit en mesure d'appréhender effectivement les enjeux de la lutte contre le sida et de la vie avec le VIH.

Car quarante ans après la découverte du virus et malgré l'action déterminée et remarquable de l'ensemble des parties prenantes, vivre avec le VIH expose, toujours, à des discriminations et ces situations sont bien trop nombreuses, que ce soit sur le plan privé, social ou dans le milieu professionnel.

Alors, il nous faut continuer d'informer, de sensibiliser pour lutter contre les préjugés et les fausses représentations, afin d'assurer la pleine efficacité de la politique de prévention, de promotion du dépistage du virus, d'atteindre les trois fois 95 d'ici 2030. Il nous faut continuer pour que 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 95 % des personnes qui connaissent leur séropositivité reçoivent un traitement et 95 % des personnes sous traitement aient une charge virale supprimée de sorte que leur système immunitaire reste fort et que le risque qu'elle transmette l'infection soit nul.

Et je souhaite, à ce titre, réaffirmer ma vigilance et mon volontarisme en faveur de la prévention et de la prise en charge précoce du VIH et des IST.

Nous sommes avec Aurélien Rousseau fortement engagés dans la lutte contre le sida, notamment dans le cadre de la feuille de route sur la santé sexuelle 2021-2024. Pour rebondir sur le débat précédent, oui, l'éducation sexuelle est un enjeu majeur et doit être évoquée sans aucun tabou.

Vous le savez, la prescription initiale des médicaments utilisés pour la prophylaxie en préexposition au VIH est ouverte depuis deux ans à l'ensemble des médecins, notamment aux médecins généralistes, afin de simplifier le parcours des personnes concernées et de renforcer son accès pour les personnes les plus exposées au VIH, s'inscrivant dans une démarche de santé sexuelle globale. Le VIH TEST permet de se faire dépister dans n'importe quel laboratoire, sans ordonnance et gratuitement, depuis janvier 2022. Nous avons encore beaucoup à faire pour atteindre nos objectifs ambitieux afin d'en finir avec l'épidémie du sida d'ici à 2030, mais je suis confiante dans notre capacité collective à les réaliser.



Nous avons su nous mobiliser sans relâche ces vingt dernières années, notamment à travers la recherche médicale. Les efforts ont permis l'arrivée d'un traitement pour stopper la transmission du VIH par les personnes séropositives, sauvant ainsi plus de 50 millions de vies. Aussi, j'ai une pensée émue à cet instant particulier pour Line Renaud, égérie de cette lutte pendant tant d'années, dont la force et l'engagement restent intacts. Line nous dirait certainement que le préservatif reste le seul moyen de se protéger de toute IST. Or, vous le savez, depuis janvier 2023, ils sont disponibles gratuitement, sans ordonnance, pour les moins de 26 ans en pharmacie.

Il faut le faire savoir, trop de personnes interrogées indiquent ne pas être suffisamment informées. De même pour le dépistage, car connaître son statut, c'est briser la chaîne de contamination et se donner la chance d'être mis sous traitement le plus rapidement possible. Notre rôle en tant qu'élus locaux est essentiel dans la poursuite de ces objectifs, afin de véhiculer les messages volontaristes de prévention, d'éducation et de tolérance auprès de nos concitoyens. Je salue à ce titre le nombre croissant de villes et de collectivités labellisées pour leur engagement contre le sida depuis le lancement de ce label par votre association en 2011.

Je salue également les efforts de pédagogie et de partage d'informations que vos différents guides nationaux et locaux viennent de soutenir de manière très efficace. Mais il nous faut toujours et encore former et en former.

Je vous suis très reconnaissante pour votre mobilisation au quotidien, pour votre engagement individuel et collectif, pour les multiples actions que vous avez entreprises cette année encore.

On a parlé d'AME. Le débat a lieu actuellement et l'amendement de rétablissement de l'AME vient d'être voté en commission sur l'examen du projet de loi immigration. La position du gouvernement sur ce sujet est claire. L'AME doit rester telle qu'elle est. L'AME est bien un enjeu de santé publique. C'est bien la position que nous tenons et que nous tiendrons. Il faut être très clair sur ce sujet. S'il faut apporter à la marge des aménagements, nous ne sommes pas contre, mais en réaffirmant que l'AME est inscrite dans le Code de l'action sociale et des familles et qu'elle est bien un enjeu de santé publique. Nous tenons à rester sur cette ligne-là.

Sur le Chemsex, puisque vous m'avez interpellée sur le sujet, nous devons travailler ensemble, avec les parlementaires, les associations. C'est un enjeu important. Vous nous le rappelez régulièrement et, bien sûr, notre porte au ministère est ouverte pour travailler avec vous sur ce sujet, tant en termes de prévention que de prise en charge.



Merci à tous de poursuivre cette lutte. Merci pour votre participation active dans l'intensification des efforts pour lutter contre le sida, afin que nous gagnions face à ce terrible virus, car 2030, c'est presque demain.

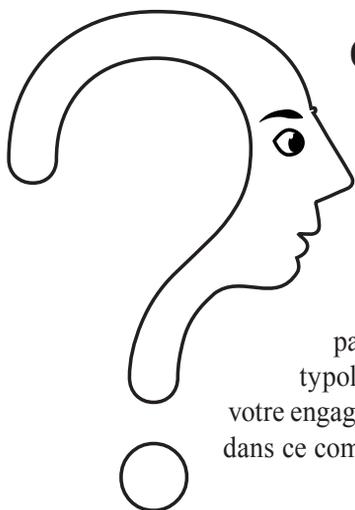
Un grand merci à vous.

JUSQU'AU
JOUR OÙ

**NOUS
VAINCRONS**

NOUS SOMMES À VOS CÔTÉS JUSQU'À LA FIN DU VIH.

Les personnes représentées sont des mannequins-photo, uniquement utilisées à des fins d'illustration.



Comment s'engager en tant qu'élu.e ?

Alors que plus de 6 000 personnes sont infectées chaque année au VIH, nous pensons, tout comme vous, que le sida se soigne aussi par la politique ! Au-delà des textes, au-delà de la typologie de votre mandat électoral, c'est bel et bien votre engagement qui compte plus que tout, votre engagement dans ce combat pour la vie, pour l'égalité, pour l'humain !

Agir au quotidien

L'échelon local est reconnu par toutes et tous comme le plus pertinent et le plus efficace pour agir.

Plusieurs pistes s'offrent à vous :

- Informer sur le dépistage et la prévention diversifiée,
- Aider à la mise en œuvre d'opérations de dépistage rapide,
- Promouvoir le préservatif féminin et masculin,
- Mettre à disposition des préservatifs offerts par votre collectivité,
- Lancer des campagnes d'information,
- Apporter une information claire et objective au sein du bulletin de votre collectivité,
- Organiser des manifestations : cinés-débats, forum-santé autour des grands événements annuels : Sidaction, Journée mondiale de lutte contre le sida...,
- Organiser des sessions d'information à destination des élu.e.s et du personnel de la collectivité.

En savoir plus sur elcs.fr / Espace Élu.e.



L'association ELCS (Élus Locaux Contre le Sida) est une association à but non lucratif et non partisane.

L'association soutient et met en place des actions d'information et de prévention à destination des élus mais aussi auprès des patients et du grand public dans un but de prévention, d'information et d'action.

«Le sida n'est ni de droite ni de gauche» : partant de cette idée simple, l'association ELCS a été créée en 1995 par Jean-Luc Romero-Michel, premier et seul élu à avoir parlé publiquement de sa séropositivité dans notre pays. Unique dans le paysage associatif, cette association regroupe des élus français de tous bords politiques ! Notre association n'est rattachée à aucun parti ou mouvement politique : sur une question aussi importante, il est nécessaire de dépasser les clivages. Au-delà de la question du VIH/sida, nous travaillons aussi sur la question des IST, des hépatites, de la réduction des risques en direction des usagers de drogues et de la lutte contre les discriminations.

Nous œuvrons pour une prévention et une information plus efficaces, que ce soit auprès du grand public ou des publics les plus vulnérables, nous combattons les inégalités et les injustices touchant les personnes vivant avec le VIH/sida ou une hépatite et nous sommes force de proposition pour la réalisation d'actions innovantes.



Notre liberté, c'est notre force !

Aujourd'hui, plus de 16 000 élus de toutes tendances ont signé le manifeste d'ELCS qui crée une obligation morale et de résultat, les engageant à se mobiliser dans ce combat pour la vie. ELCS œuvre au cœur des régions avec l'organisation de tables-rondes départementales et régionales sur le VIH/sida, réunions qui sont destinées à rencontrer - et également à faire se rencontrer- les acteurs locaux de la lutte contre le sida, les élus locaux et le monde médical (vous pouvez suivre nos tables-rondes partout en France sur elcs.fr ou avec le hashtag #TourDeFranceContreLeSida). Au cours de ces réunions (notre Tour de France... mais contre le sida !), qui sont les plus importantes manifestations d'élus contre le sida organisées depuis le début de l'épidémie, les intervenants font le point sur la situation dans chacun des départements visités, sur les actions développées par les collectivités locales mais aussi et surtout réfléchissent à la mise en place de projets communs.

Chaque fin d'année, autour de la Journée mondiale de lutte contre le sida, sont organisés les États Généraux, manifestation qui permet de dresser le bilan des politiques publiques en matière de lutte contre le sida et d'être force de proposition via des solutions innovantes pour le futur. Ces États Généraux sont le cadre d'intervention de nombreuses personnalités françaises et internationales notamment de nombreux ministres mais aussi, au plus haut sommet de l'État français dont les présidents de la République, Nicolas Sarkozy (2007-2012) et François Hollande (2012-2017).

Pour plus de visibilité, nous avons lancé en 2012 le label « Ville engagée contre le sida » pour que les villes les plus engagées dans cette lutte puissent, après acceptation de leur dossier, afficher fièrement leur soutien dans ce combat pour la vie.

Notre association est organisée en réseau, composée en délégations régionales et départementales.

Les publications de l'association sont : ELCS Infos (lettre d'information trimestrielle), le Guide API annuel et diverses publications à destination des élus, patients, professionnels de santé et du grand public.



La gouvernance au sein des Elus Locaux Contre le Sida

Présidente d'honneur	SHEILA Artiste
Marraines d'ELCS	Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN Ancienne Ministre de la Santé Mme Dominique GILLOT Ancienne Secrétaire d'État en charge de la Santé

Le bureau d'ELCS

Président	M. Jean-Luc ROMERO-MICHEL Adjoint à la Maire de Paris (75)
Secrétaire Général	M. Patrick TEISSÈRE Adjoint au Maire du Havre (76) Conseiller départemental de la Seine-Maritime
Trésorière	Mme Elisabeth RAMEL Ancienne élue de Strasbourg (67)
Vice-présidents	M. Eddie AÏT Maire de Carrières-sous-Poissy (78) M. Stéphane AUJE Conseiller municipal de Gagny (93) Mme Marine BRENIER Adjointe au Maire de Nice (06) Mme Joëlle CECCALDI-RAYNAUD Maire de Puteaux (92) Vice-Président du territoire Paris Ouest la Défense Mme Laura CINIERI Adjointe au Maire de Saint-Etienne (42) Conseillère métropolitaine de Saint-Etienne Mme Brigitte LISO Députée du Nord (59)



Mme Laurence PATRICE
Adjointe à la Maire de Paris (75)

Mme Emmanuelle PIERRE-MARIE
Mairie du 12e arrondissement de Paris (75)

M. Jean SPIRI
Vice-Président du CRIPS
Ancien élu local

M. Ludovic TORO
Maire de Coubron (93)
Conseiller métropolitain du Grand Paris
Conseiller régional d'Île-de-France

Secrétaires
Généraux
adjoints

M. Julien BERAUD
Adjoint au Maire de Moissy-Cramayel (77)

Mme Habiba BIGDADE
Ancienne Adjointe au Maire de Nanterre (92)

M. Jonathan DENIS
Militant associatif

Mme Elisabeth RAMEL
Conseillère municipale (PS) de Strasbourg (67)

M. Stéphane GEMMANI
Conseiller régional d'Auvergne-Rhône-Alpes

M. André STAUT
Directeur d'agence d'événementiel

M. Fragan VALENTIN-LEMENI
Adjoint au Maire de Brest (29)



SIGNEZ LE MANIFESTE D'ÉLUS LOCAUX CONTRE LE SIDA

Élu.e local.e, je m'engage à :

1. Sensibiliser mes citoyens sur la nécessité de la prévention contre le sida et sur la solidarité à l'égard des personnes séropositives ou ayant déclaré la maladie,
2. Mettre en œuvre une politique de lutte contre le VIH/sida planifiée sur la durée de mon mandat et dans la collectivité locale dont je suis élu(e). Cette politique sera définie en concertation avec les pouvoirs publics, les intervenants locaux, les associations nationales et locales de lutte contre le sida.

Nom

Prénom

Mandat(s) électif(s) :

Collectivité locale

Adresse

Code Postal

Ville

Tél.

Fax.

@

Les coordonnées ci-dessus sont : o personnelles (de préférence)
o celles de ma collectivité locale d'élection
o professionnelles

Fait à : le : Signature :

À retourner à Élus Locaux Contre le Sida (ELCS) - 84, rue Quincampoix - 75003
Paris

Ou par e-mail : info@elcs.fr



LA COTISATION PERSONNELLE

pour une personne physique

Depuis la création de l'association, les cotisations de nos adhérent.e.s ont permis d'amplifier notre action de terrain et de mobiliser les élu.e.s.

L'association ELCS est ouverte à tous, **aux élu.e.s comme aux non élu.e.s.**

En tant que cotisant, vous recevrez en priorité notre lettre d'information ELCS Infos, notre Guide - *pour mieux comprendre les enjeux de la lutte contre le VIH/sida et les chiffres clés* -, ainsi que l'ensemble de nos publications et invitations.

ADHÉSION COLLECTIVITÉ

pour les villes, agglomérations, départements et régions

Les collectivités peuvent également adhérer à Élus Locaux Contre le Sida depuis quelques années.

En tant que collectivité adhérente à Élus Locaux Contre le Sida, vous recevrez en priorité l'ensemble de nos publications et invitations. De plus, en tant que collectivité adhérente, un permanent d'ELCS répondra à vos questions en priorité par téléphone au 01 42 72 36 46 ou sur rendez-vous.

LA SUBVENTION

Depuis la création d'ELCS en 1995, les subventions des collectivités locales ont permis de maintenir notre action de terrain sur l'ensemble du territoire français, y compris en outre-mer.

Si vous votez une subvention à notre association, vous avez les mêmes avantages qu'une collectivité adhérente.

LABEL «VILLE ENGAGÉE CONTRE LE SIDA»



« Ville engagée contre le sida » est un label créé et décerné par l'association ELCS pour les villes engagées dans le domaine de la lutte contre le VIH/sida ».

Pour devenir « ville engagée » vous devez :

- ❶ Soutenir la lutte contre le sida, en acceptant le principe de notre « Manifeste des Élus Locaux Contre le Sida ».
- ❷ Soutenir notre action, en étant collectivité adhérente ou en votant une subvention à notre association.
- ❸ Déposer un dossier de candidature auprès d'ELCS (renseignements auprès d'ELCS en contactant notre siège national).

Découvrez la liste des villes sur elcs.fr / Rubrique Ville Engagée contre le sida



Cérémonie de remise du label à Marseille en décembre 2022



PORTRAITS DE VI(H)ES

Un livre et une exposition itinérante !

Portraits de Vi(h)es est un livre et une exposition itinérante avec le témoignage de quinze personnes séropositives.

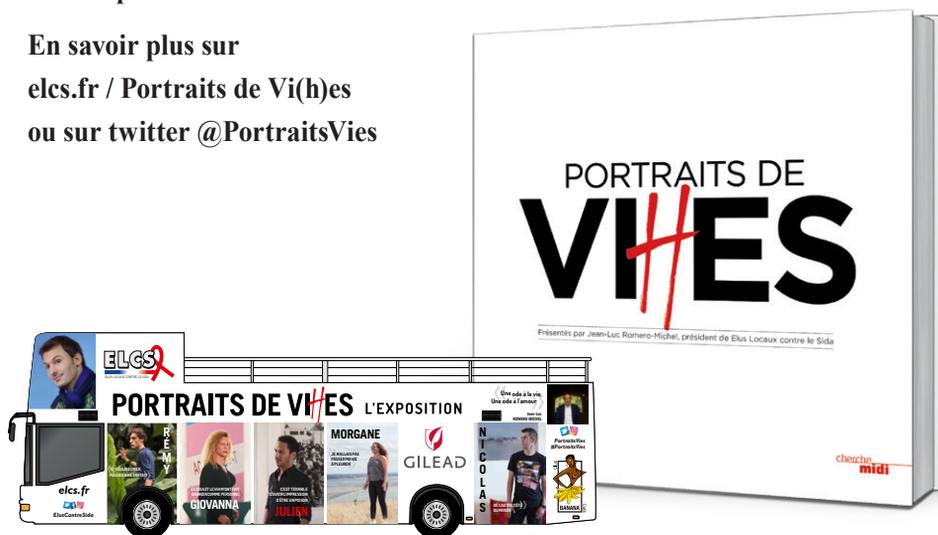
Quinze rencontres indispensables, déchirantes, urgentes. Quinze coups au cœur qui nous rappellent qu'aujourd'hui, vivre avec le VIH est en France parfois plus difficile qu'il y a trente ans, et que la vie des 150 000 personnes séropositives reste une lutte au quotidien : contre le virus, contre le regard des autres, contre la discrimination, contre le chômage, contre les lois, contre la culpabilité, contre une société qui leur intime l'invisibilité...

Face à cet insupportable et indigne silence imposé, la parole est un combat qui libère autant ceux qui témoignent - qui peuvent ensuite se battre plus efficacement - que notre collectivité toute entière qui par ignorance ou bêtise condamne ses propres enfants.

Ces paroles nous parlent de peur et de souffrance, mais plus encore d'amour et d'espoir. L'espoir fou, mais absolument réaliste, que demain sera un monde sans sida.

**N'hésitez pas à demander
cette exposition !**

**En savoir plus sur
elcs.fr / Portraits de Vi(h)es
ou sur twitter @PortraitsVies**



En savoir plus sur elcs.fr / Portraits de Vi(h)es ou sur twitter @PortraitsVies



L'HISTOIRE du VIH/sida en quelques dates

1981 // Premiers articles aux Etats-Unis sur des cas de personnes immunodéprimées.

1983 // Découverte du virus.

1985 // Premiers tests de dépistage mis au point.

1986 // Premiers essais cliniques de l'AZT (AZT : premier traitement contre le VIH).

1987 // Décret autorisant la vente libre des seringues en pharmacies.

1^{re} campagne française de prévention.

Loi autorisant la publicité pour les préservatifs.

1988 // 1ère journée mondiale de lutte contre le sida.

Création des Centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG).

1989 // Premiers programmes d'échanges de seringues.

1991 // Le ruban rouge devient le symbole mondial de la lutte contre le VIH/sida.

Mort de Freddy Mercury.

1992 // Agence française de lutte contre le sida : grande cause nationale.

1993 // L'opération « préservatif à 1 franc » est lancée par l'Agence française de lutte.

1994 // Le dépistage devient anonyme et gratuit.

1995 // Décret autorisant la distribution gratuite de seringues et d'aiguilles.

Autorisation de mise sur le marché de la méthadone.

Création d'ELCS.

1996 // Arrivée des premières trithérapies (combinaison de traitements anti-VIH).



- 1997** // Généralisation du TPE (traitement post-exposition).
Début de la vente des antirétroviraux en France.
- 2000** // Première conférence internationale sur le sida en Afrique.
- 2002** // Création du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, avec le soutien de Bill Gates.
- 2005** // Sida, grande cause nationale.
- 2008** // Professeur Hirschel : le traitement devrait être considéré comme un outil de prévention ; si une personne est correctement traitée et qu'elle a une charge virale indétectable, le risque de transmission du VIH est quasi-nul.
- 2010** // Fin de l'interdiction de séjour sur le territoire américain pour les personnes séropositives.
- 2011** // Etude HPTN 052 (il est démontré une réduction de la transmission de 96% au partenaire séronégatif lorsque le partenaire séropositif est sous traitement).
- 2014** // Déclaration de Paris par laquelle les villes s'engagent à mettre fin au sida d'ici 2030.
- 2015** // Lancement des autotests.
Autorisation de la PrEP.
- 2016** // Ouverture de la première salle de consommation à moindre risque à Paris.
- 2018** // Fin de l'interdiction des soins de conservation pour les personnes séropositives.
- 2023** // Fin de l'interdiction des personnes séropositives dans la police nationale et l'armée.



DÉCLARATION de Paris

Mettre fin à l'épidémie de sida :

les villes s'engagent pour atteindre les objectifs 90-90-90 d'ici 2020

90% des personnes séropositives connaissent leur statut sérologique.

90% des personnes qui connaissent leur séropositivité reçoivent des traitements antirétroviraux.

90% des personnes sous traitements antirétroviraux ont une charge virale indétectable.

Nous sommes aujourd'hui à un moment déterminant de la riposte au sida. Grâce aux derniers progrès scientifiques, à l'activisme associatif et à un engagement politique constant, avec une volonté partagée d'atteindre des objectifs communs, nous avons une réelle opportunité de mettre fin à l'épidémie de sida dans le monde d'ici à 2030.

Les villes ont longtemps été à l'avant-garde de la riposte au sida. Elles demeurent dans une position unique pour une accélération de la mise en œuvre effective des objectifs «90-90-90» d'ici à 2020: 90% des personnes séropositives connaissent leur statut sérologique; 90% des personnes qui connaissent leur séropositivité reçoivent des traitements antirétroviraux; et 90% des personnes sous traitements antirétroviraux ont une charge virale indétectable.

Dans nos villes, nous pouvons mettre un terme à toutes les nouvelles infections par le VIH et prévenir les décès liés au sida, y compris ceux liés à la tuberculose. Nous pouvons mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination. Chaque habitant de nos villes doit avoir accès aux services de base en matière de prévention, de traitement, de soins et de soutien pour le VIH et la tuberculose. En travaillant ensemble, les villes peuvent mener des actions locales qui auront un impact mondial. En nous appuyant sur notre leadership politique, nos infrastructures, nos ressources et moyens humains, nos villes vont œuvrer pour un avenir plus équitable, inclusif, prospère et durable pour leur population - indépendamment de leur sexe, âge, statut social et économique ou de leur orientation sexuelle..



NOUS, LES MAIRES, NOUS ENGAGEONS À :

1 // Mettre fin à l'épidémie de sida dans les villes

Nous nous engageons à tout faire pour atteindre les objectifs «90-90-90» de traitement du VIH d'ici à 2020, et ainsi à réduire rapidement les nouvelles infections au VIH et le nombre de décès liés au sida, y compris par la tuberculose, un chemin accéléré qui nous rapproche de la fin du sida en 2030. Nous nous engageons à assurer un accès pérenne aux tests, au traitement et aux services de prévention. Nous mettrons fin à la stigmatisation et à la discrimination.

2 // Placer les personnes au cœur de toutes nos actions

Nous allons mettre l'accent sur les personnes, en particulier celles et ceux qui sont vulnérables et marginalisés. Nous allons respecter les droits humains et n'abandonner personne. Nous allons agir localement et en partenariat avec l'ensemble de la société afin de galvaniser le soutien international pour des sociétés en bonne santé et résilientes, et un développement durable.

3 // Traiter les causes de risque, de vulnérabilité et de transmission

Nous allons utiliser tous les moyens à notre disposition y compris administratifs et juridiques pour traiter les facteurs qui rendent les personnes vulnérables au VIH, à la tuberculose et à d'autres maladies. Nous travaillerons en étroite collaboration avec la société civile, les prestataires de services, les services administratifs, sociaux et judiciaires, et d'autres partenaires, ainsi que les populations marginalisées et vulnérables, notamment les résidents des bidonvilles et les personnes déplacées, les jeunes femmes, les travailleurs du sexe, les consommateurs de drogues, les migrants, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, et les personnes transgenres, pour construire et promouvoir la tolérance et les inégalités qui les frappent.

4. // Utiliser notre riposte au sida pour une transformation sociale positive

Nous userons de notre leadership politique pour optimiser les transformations sociales innovantes et construire des sociétés justes, équitables, résilientes et pérennes. Nous intégrerons les programmes sociaux et de santé pour améliorer la prestation des services aux personnes, y compris pour le VIH, la tuberculose et d'autres maladies. Nous utiliserons les progrès des sciences, des technologies et de la communication pour conduire ce programme.



5 // Construire et accélérer une riposte adaptée aux besoins locaux

Nous développerons et assurerons la promotion de services innovants, sûrs, accessibles et équitables sans aucune stigmatisation et discrimination. Nous encouragerons et favoriserons le leadership et l'engagement de la société civile afin que la demande et l'offre de services soient pleinement adaptées aux besoins locaux.

6 // Mobiliser des ressources pour la santé publique et un développement intégré

Investir ensemble dans la riposte au sida, avec un engagement fort pour la santé publique, est un bon investissement pour le développement durable de nos villes en favorisant l'efficacité économique, une prospérité et un bien-être partagés. Nous adapterons les plans et les ressources de nos villes pour permettre la mise en œuvre d'une riposte accélérée. Nous développerons des mécanismes de financement innovant et mobiliserons des ressources additionnelles et des stratégies pour mettre fin à l'épidémie du sida d'ici 2030.

7 // Nous rassembler en tant que leaders dans des actions conjointes

Nous nous engageons à mettre en œuvre un plan d'action commun et à nous organiser en un réseau de villes pour faire de cette Déclaration une réalité. Travaillant en une large concertation avec tous les acteurs concernés, nous allons mesurer et évaluer régulièrement nos résultats et adapter nos réponses afin qu'elles soient plus rapides, plus intelligentes et plus efficaces. Nous allons aider d'autres villes, partager nos expériences, nos connaissances et nos données sur ce qui fonctionne et ce qui peut être amélioré. Nous rendrons compte annuellement des progrès réalisés.

Le 1^{er} décembre 2014



MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

*Liberté
Égalité
Fraternité*



PRIORITÉ PRÉVENTION

RESTER EN BONNE SANTÉ TOUT AU LONG DE SA VIE



Synthèse de
la feuille de route
Santé Sexuelle
2021-2024

La feuille de route santé sexuelle 2021-2024 : 30 actions et 7 déclinaisons ultra-marines pour les 3 ans à venir

La feuille de route santé sexuelle 2021-2024 est le fruit d'une co-construction dans le cadre d'un comité de pilotage pluripartenarial et interministériel.

Elle s'inscrit tout à la fois dans la continuité des actions menées lors de la précédente feuille de route 2018-2020, et dans un contexte de crise sanitaire qui a renforcé la prégnance des enjeux de santé publique en matière de santé sexuelle, et l'urgence à agir de manière résolue pour rattraper la baisse des dépistages de l'infection par le VIH et les infections sexuellement transmissibles et des interventions de prévention.

Elle mobilise tous les leviers pour améliorer la santé sexuelle et reproductive de la population, selon une approche globale et transversale, et une action en proximité des personnes.

Pour cela, elle :

● **Renforce la lutte contre l'épidémie d'infection par le VIH, les IST en faisant un pas décisif dans la diversification de l'accès au dépistage et aux outils de prévention** afin de réduire au maximum les occasions manquées de prévenir une infection par le VIH, les IST ou les hépatites :

- Faciliter l'accès au dépistage grâce à une simplification des parcours (**actions 11, 12, 13**)
- Faciliter l'accès aux traitements comme outils de prévention en accompagnant mieux les personnes sous PrEP (**action 14**)
- Améliorer l'accessibilité du traitement post exposition (TPE) (**action 15**).

● **Poursuit résolument l'information, la promotion et la formation à la santé sexuelle dans tous les milieux, à toutes les étapes de vie** pour agir en profondeur sur la perception de la santé sexuelle et favoriser l'égalité de genre, ainsi que la lutte contre les discriminations et les violences sexistes et sexuelles :

- Faire de chacun et chacune un acteur de sa santé sexuelle en promouvant la santé sexuelle et les différents outils de prévention dans une communication adaptée à toute et tous (**actions 1,2,4**)
- Renforcer l'éducation à la sexualité des jeunes en milieu scolaire, universitaire, et extrascolaire (**actions 3, 5, 6**)
- Former largement les professionnels des champs social, médico-social, santé et justice (**action 7**).

● **Accroît et renforce l'offre en santé sexuelle** en la rendant plus accessible et plus lisible pour nos concitoyennes et concitoyens :

- Assurer meilleure disponibilité de l'information sur l'offre près de chez soi (**action 9**)
- Mieux structurer l'offre publique en santé sexuelle, pour qu'elle soit plus intégrée et mieux coordonnée avec les professionnels du premier recours (**actions 8 et 10**)
- Développer la télémédecine en santé sexuelle (**action 11**)
- Renforcer l'accès à la contraception régulière, à la contraception d'urgence et étudier tous les types de contraception (**actions 16 et 25**)
- Renforcer l'accès à l'IVG (**action 17**)
- Favoriser l'égalité entre les genres et de mieux répartir la charge de la contraception en traitant de la contraception masculine (**action 26**).

● **Fait de la proximité un principe d'action et adapte en conséquences, les modes d'agir** aux spécificités des territoires ou des besoins des populations notamment celles les plus éloignées du système de santé :

- Tenir compte des besoins particuliers liés aux situations de vie des personnes en situation de handicap (**action 18**)
- Prendre en compte les besoins des personnes migrantes (**action 19**)
- Mieux comprendre et accompagner les personnes pratiquant le chemsex (**action 23**)
- Mieux répondre aux besoins des personnes transgenres (**action 20**)
- Adapter les réponses aux vulnérabilités spécifiques des personnes en situation de prostitution (**actions 22 et 27**)
- Renforcer les liens entre la santé mentale et la santé sexuelle dans la prise en charge des adolescents (**action 21**)
- Mieux prendre en compte la santé sexuelle et des personnes âgées (**étude E3S de 2022**).

● **Tient compte de la diversité des territoires et tout particulièrement des outre-mers :**

Elle comporte ainsi deux actions communes à l'ensemble des outre-mers (**action 29 et 30**), et **pour la première fois 7 déclinaisons** travaillées par chaque territoire ultra marin pour être spécifiquement adapté à son contexte épidémiologique et ses enjeux en matière de santé sexuelle.

● **Se donne les moyens de connaissance pour agir de manière réactive** et anticiper sur les évolutions médicales, sociétales et les besoins nouveaux :

- Créer un « tableau de bord » des données disponibles en santé sexuelle et reproductive (**action 24**)
- Améliorer le système d'information et le recueil des données épidémiologiques en santé sexuelle à échelle régionale comme nationale (**action 28**).

30 actions nouvelles pour les trois prochaines années (2021-2024)

Promotion de la santé sexuelle et reproductive, information et formation, éducation à la sexualité

Action n°1 : Promouvoir la prévention combinée

Action n°2 : Concevoir et diffuser des outils de promotion de la santé sexuelle accessibles aux publics en situation de handicap et allophones

Action n°3 : Renforcer les connaissances en santé sexuelle des jeunes dans le cadre du Service National Universel (SNU)

Action n°4 : Transformer la semaine du dépistage en semaine de promotion de la santé sexuelle

Action n°5 : Renforcer l'éducation à la sexualité à l'École pour toutes et tous

Action n°6 : Former les étudiants relais santé (ERS) sur les questions de santé sexuelle dans l'enseignement supérieur

Action n°7 : Former et sensibiliser l'ensemble des professionnels intervenant dans le champ social, médico-social, santé et justice à la santé sexuelle et reproductive

Action n°8 : Étendre les compétences des professionnels de santé en matière de santé sexuelle et reproductive

Parcours : dépistages, prévention biomédicale et prise en charge

Action n°9 : Faire de Santé.fr l'annuaire de référence pour trouver l'offre en santé sexuelle et reproductive près de chez soi

Action n°10 : Garantir une offre lisible, accessible et coordonnée de santé sexuelle et reproductive au niveau territorial

Action n°11 : Renforcer l'accessibilité des CeGIDD grâce à la téléconsultation en santé sexuelle

Action n°12 : Développer une plateforme d'offre de dépistage pour des publics éloignés de l'offre de soins, en direction des jeunes, et des populations vulnérables et exposées

Action n°13 : Diversifier les opportunités de dépistage : assurer le dépistage gratuit et sans ordonnance dans les laboratoires de biologie médicale, renforcer l'accessibilité des auto-tests VIH

Action n°14 : Expérimenter un parcours « prévention longue durée » (PLD) pour les populations à haut risque d'acquisition du VIH sous PrEP

Action n°15 : Renforcer l'accessibilité du Traitement Post Exposition (TPE)

Action n°16 : Garantir l'accès à la contraception

Action n°17 : Améliorer l'accès à l'IVG

Action n°18 : Améliorer l'éducation à la sexualité et la prise en charge gynécologique des personnes en situation de handicap accueillies dans les Etablissements et Services Médico-Sociaux (ESMS)

Action n°19 : Améliorer le recours aux soins des personnes migrantes primo-arrivantes

Action n°20 : Améliorer le parcours de prise en charge des personnes Transgenres dans une démarche de santé globale

Action n°21 : Accompagner les Maisons des Adolescents (MDA) dans le repérage et la prise en charge des questions traitant de la santé sexuelle

Action n°22 : Renforcer les actions de réduction des risques à destination des Personnes en Situation de Prostitution (PSP)

Action n°23 : Améliorer le repérage et la prise en charge des chemsexers

Connaissances pour agir

Action n°24 : Réaliser un tableau de bord de l'ensemble des données existantes en santé sexuelle et reproductive, l'analyser et en tirer des recommandations

Action n°25 : Mener une étude sur les freins à la contraception définitive : en population générale et chez les professionnels de santé

Action n°26 : Saisir la HAS sur la contraception masculine

Action n°27 : Mener une enquête sur la santé des personnes en situation de prostitution

Action n°28 : Améliorer les remontées en temps réel des données et SI sur le VIH, les IST et les hépatites (SI-LAB)

Outre-Mer

Concernant les Outre-Mers, des actions spécifiques pour ces territoires ont été identifiées en raison de leurs besoins particuliers en matière de santé sexuelle et reproductive. Aussi, en accord avec les acteurs de terrain, cette feuille de route prévoit-elle pour la première fois **une action adaptée à chaque territoire ultramarin**.

Action n°29 : Renforcer les actions de santé sexuelle au sein du Service Militaire

Action n°30 : Renforcer l'intégration régionale des territoires ultramarins, avec leurs pays voisins et dans les instances de coopération régionale

Guyane : Appuyer la mise en place d'un projet pilote de dispositif mobile en santé sexuelle et reproductive

Martinique : Améliorer la prévention du HPV par la vaccination

Guadeloupe : Mener une campagne de promotion de la prévention diversifiée et d'information autour de la contraception

Mayotte : Assurer une campagne de promotion de la contraception adaptée au territoire

La Réunion : Appuyer la mise en place d'un programme de réduction des risques liés au genre et à la sexualité auprès des jeunes en difficultés

Wallis et Futuna : Accompagner la prévention et la prise en charge de la santé sexuelle et reproductive

Saint-Pierre-et-Miquelon : Soutenir la mise en **œuvre** d'un programme d'éducation à la sexualité par les pairs



MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Liberté
Égalité
Fraternité



Recommandations à l'intention des élu.e.s locaux (extrait en partenariat avec le CRIPS Île-de-France)

L'échelon local dans la lutte contre le VIH/sida

- Cartographier et diagnostiquer votre territoire pour connaître les besoins et les ressources.
- Utiliser les moyens de communication de la collectivité (magazine, panneaux d'affichage) pour faire passer les messages de prévention et de lutte contre les discriminations.
- Subventionner, à la hauteur du défi, les associations locales ayant un projet de lutte contre le VIH/sida, notamment en direction des publics exposés.
- Intégrer un volet «Lutte contre le VIH/sida» dans les accords de jumelage avec des collectivités fortement touchées par l'épidémie de VIH/sida.
- Candidater au label «Collectivité engagée contre le sida» décerné à des collectivités particulièrement engagées dans la lutte contre le VIH/sida.

Une prévention diversifiée

- Former le personnel municipal aux enjeux du VIH/sida via une sensibilisation dédiée.
- Mettre à disposition dans les lieux publics de votre commune des préservatifs internes et externes.
- Mener des campagnes d'information auprès du grand public sur recours à la PrEP. Médicament qui permet d'éviter une contamination dans plus de 90% des cas et qui peut désormais être prescrit par des médecins généralistes depuis du 1^{er} juin.
- Mettre en place des campagnes de sensibilisation en lien avec les associations sur les nouveaux phénomènes d'addiction tel que le chemsex.
- Placer des brochures d'information sur les outils de prévention diversifiée dans les lieux de passage de votre collectivité.
- Organiser des événements d'ampleur autour du Sidaction et du 1^{er} décembre, Journée mondiale de lutte contre le VIH/sida, en affichant au moins le ruban rouge sur le fronton de la collectivité.
- Mettre en place un plan d'interventions renforcé dans les structures du territoire accueillant des personnes exposées au VIH/sida.
- Réunir, a minima une fois par an, l'ensemble des acteurs du territoire engagés directement ou indirectement dans la lutte contre le VIH/sida (associations, institutions, élus, structures municipales, professionnels des secteurs sanitaire, social et de la jeunesse) pour dresser un bilan et réfléchir aux projets efficaces à mettre en place.



Dépistage du VIH

- Soutenir activement le développement et la mise en place d'actions de dépistage à destination des publics vulnérables.
- Ne pas prendre de mesures répressives sur les lieux de rencontres extérieures fréquentés par les personnes LGBT, mesures qui pourraient éloigner ces publics de l'action des associations et de l'offre de dépistage.
- Faciliter l'organisation des actions de dépistage rapide via une procédure accélérée quant aux autorisations d'occupation du domaine public.
- Mettre à disposition un stock d'autotests du VIH pour les associations de votre collectivité.
- Organiser une semaine spéciale « Dépistage » dans votre collectivité, mobilisant la diversité des acteurs du territoire : acteurs de la jeunesse, acteurs du sanitaire et du social, acteurs communautaires.

Informier et mobiliser les jeunes

- Proposer des actions de prévention organisées par des associations spécialisées au sein des structures jeunesse du territoire (missions locales, maisons des adolescents, BIJ ou PIJ, etc.).
- Former les professionnels de la jeunesse aux enjeux du VIH et de la santé sexuelle, au counseling, mais aussi aux approches issues de l'éducation populaire et de l'entrepreneuriat social privilégiant l'émergence et la création de projets par et pour les jeunes.
- Organiser des temps de sensibilisation et d'échanges avec les parents autour de la santé sexuelle et d'une vision positive de celle-ci.

Lutter contre les discriminations

- Planifier une mobilisation particulière autour de l'IDAHOT (Journée internationale de lutte contre l'homophobie et la transphobie), le 17 mai.
- Décider d'une politique de logement social et d'hébergement d'urgence permettant un accès rapide à un logement pour les personnes vulnérables (personnes LGBT en rupture familiale, personnes migrantes, personnes usagères de drogues).
- Mettre en place des événements socioculturels autour de la vie avec le VIH : * installer l'exposition « Portraits de VI(H)ES » d'ELCS, une exposition de quinze photographies et témoignages de personnes vivant avec le VIH ; * organiser des animations ou ciné-débats autour de « Vivre », une série de six portraits audiovisuels de personnes vivant avec le VIH, réalisée par le Crips Île-de-France.

Le traitement « I=I »

- Mettre en place une campagne d'information dédiée au « I=I » dans votre collectivité : en effet, ce message, aussi révolutionnaire soit-il, n'est pas assez connu. Ce message scientifique de santé publique ne trouvera sa pleine puissance que s'il est relayé par le monde politique, que s'il inonde les territoires, que s'il imprègne le quotidien des Françaises et des Français.





Remerciements

Mme Anne HIDALGO
Maire de Paris

Mme Valérie PECRESSE
Présidente de la région Île-de-France

Jean-Louis TOURAINE
Ancien Député du Rhône et vice-président du groupe d'étude
sur le sida à l'Assemblée nationale

pour leur soutien à la sortie de ce Guide.

Sheila, notre présidente d'honneur, Roselyne BACHELOT-NARQUIN et
Dominique GILLOT, nos marraines.

Jérôme ENNEZAT, Andrés VARGAS, Mathieu DELMESTRE
les dévoués amis et bénévoles d'ELCS

Dorian CESSA, Willy ROZENBAUM, Christophe MARTET, Anne SOUYRIS,

Nos partenaires qui soutiennent l'édition de ce guide, avec comme institutions
publiques suivantes : Ministère des Solidarité et de la Santé, Région Île-de-
France, la Ville de Paris et les entreprises ViiVHealthcare, Gilead, MSD, AAZ, et
le Trombinoscope.





À la mémoire de Christophe Michel-Romero

Christophe Michel-Romero était l'unique salarié d'Elus Locaux Contre le Sida jusqu'à ce qu'il nous quitte brutalement en 2018. Il faisait vivre notre association et portait brillamment nos couleurs et nos projets. Christophe avait imaginé et conçu "Portrait de Vi(h)es", l'exposition itinérante d'ELCS qui circule partout en France, et a donné lieu à la publication d'un magnifique ouvrage. Il avait également organisé notre première participation à la Marche des Fiertés 2018.

Nous lui devons aujourd'hui encore la plupart de nos réalisations, dont le présent guide API.

ELCS, notre association, est orpheline. Nous avons perdu un ardent militant et ami. Notre reconnaissance éternelle, notre affection, notre tendresse l'accompagnent.

Nous ne l'oublions pas.

Philippe Lohéac

Ont participé à la rédaction du guide :
Jean-Luc Romero-Michel, Président d'ELCS
Jérôme Ennezat, coordinateur d'ELCS
Simon Masset-Denèvre, chargé de mission en affaires publiques et communication

Société Ubiquis pour la retranscription des États Généraux des Elus Locaux Contre le Sida
Crédits photographiques : M. Mathieu Delmestre

Guide API 2024-2025
Publié par l'association ELCS en juin 2024
84, rue Quincampoix - Paris 3^e
elcs.fr
Courriel : info@elcs.fr - Téléphone : 01 42 72 36 46

Dépôt légal : Juin 2024

Imprimerie ARLYS - Tél. 01 34 53 62 69

LE GUIDE API 2024-2025

est publié par l'association

Élus Locaux Contre le Sida (ELCS)

Les thèmes de cette édition sont :

- * **État des lieux sur la situation épidémiologique en France et dans le monde**
- * **Focus sur des publics clés (personnes transgenres, HSH, ...)**
- * **La question du chemsex**
- * **Les moyens d'action à l'échelle locale**

Aujourd'hui, plus de 16 000 élu.e.s ont rejoint ELCS dans ce combat pour la vie : c'est beaucoup et peu à la fois. Alors que plus de 6 000 de nos concitoyens sont infectés chaque année par ce virus, nous avons de plus en plus besoin du « politique ». En effet, au-delà du combat médical, le VIH/sida est devenu une maladie porteuse de discriminations. C'est pourquoi, le sida se soigne aussi par la politique...

elcs.fr

   **ElusContreSida**

Action – Prévention – Information

api
clion
information
révention

 **VILLE ENGAGÉE**
contre le sida

ELCS
ÉLUS LOCAUX CONTRE LE SIDA