

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

30 ANS

30 ans de lutte

Le guide

2025-2026

api ction
nformation
révention

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,

Cette année marque un moment fort pour notre association : les 30 ans de combat d'Elus Locaux Contre le Sida. Trois décennies d'engagement, de prévention, de mobilisation et de solidarité aux côtés de toutes celles et ceux qui luttent contre cette épidémie. C'est avec une émotion particulière que je vous présente cette nouvelle édition de notre guide API "Action Prévention et Information", fruit d'un travail collectif, ancré dans l'urgence d'agir et la volonté d'innover.

En 2025, malgré des progrès majeurs en matière de traitement, de dépistage et de prévention, le Vih reste une réalité trop souvent invisible, marquée par les inégalités, la stigmatisation et les retards de diagnostic. À cinq ans de l'échéance fixée par l'ONUSIDA pour mettre fin au sida d'ici 2030, nous savons qu'il reste encore beaucoup à faire.

Ce guide n'est pas seulement un outil : c'est un appel à l'action, un vecteur d'unité, une boussole pour accompagner tous les acteurs de terrain ; élu-e-s, professionnel-le-s de santé, militant-e-s, associations pour la mise en œuvre de stratégies locales ambitieuses, efficaces et humaines.

Face aux défis qui persistent, nous devons plus que jamais unir nos forces. La lutte contre le Vih/sida ne pourra être gagnée qu'en renforçant nos synergies, en partageant les bonnes pratiques, en adaptant nos réponses aux réalités des territoires et en ne laissant personne de côté.

C'est dans cette perspective que nous avons conçu ce guide : pour vous outiller, vous inspirer et vous soutenir. Vous y trouverez des repères concrets, des éléments actualisés, et les dernières données pour construire, ensemble, des politiques locales de santé plus inclusives et plus audacieuses.

Merci pour votre engagement indéfectible. Continuons, ensemble, à faire reculer le virus, à défendre les droits des personnes vivant avec le Vih, et à avancer vers ce monde sans sida que nous savons possible.

Avec mes salutations les plus solidaires et engagées,



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

sommaire

Le mot du président d'ELCS	2
Les éléments clés :	8
Les chiffres 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
Les discriminations à l'encontre des personnes vivant avec le VIH	
Fausses croyances et stigmatisation : les conséquences de la méconnaissance	10
Des discriminations revendiquées par le manque de connaissances	11
Les différentes types de discriminations subies par les PVVIH	12
Les seniors et le VIH	13
Les jeunes de 15 à 24 ans	14
Les publics vulnérables	
Les discriminations dans le monde qui touchent les personnes vulnérables	16
Les publics vulnérables dans le monde	16
Actualités Vih/Sida 2025	
La lutte contre le VIH menacée par la politique américaine	20
Le CHEMSEX	
Généralités	22
Quelle situation en France ?	23
Qui sont les personnes pratiquant le chemsex ?	24

Actualités Chemsex

Pétition et manifeste “Urgence Chemsex”	27
Les tables rondes en région sur le Chemsex	28
La proposition de résolution, portée par la Députée Brigitte Liso, le 31 mars 2025 à l’Assemblée Nationale	29

Repères 2025 : évolutions et enjeux

Poursuite de l’expérimentation des Centres de Santé Sexuelle et Communautaires (CSSC)	30
Résultats de l’étude Sea, Sex and Chems	31
Transformation des COREVIH en CoReSS en mars 2025	32

État d’avancement depuis le rapport ministériel sur le Chemsex par le Professeur Benyamina

Le Guide “Aller vers les chemsexuels”	33
Vers une meilleure coordination des acteurs face au Chemsex	33
Un “Plan Chemsex 2025” attendu en 2025 par le Gouvernement	34
Comment agir sur le phénomène du chemsex en tant que collectivité locale ?	35

La PrEP

Généralités :	36
En bref, la PrEP	36

Les chiffres en France..... 37

La vaccination..... 38

Le dépistage du VIH

Les trois types existants de dépistage du VIH en France	39
Quelques éléments clés sur le dépistage	39
Le dispositif “Labo sans ordo” - le VIHTest	40



La variole du singe (Monkeypox)

Comprendre le Monkeypox	42
Evolution et statistiques récentes	42
L'Impact disproportionné sur la population HSH	42
Réponses locales et globales	43

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

Les salles de consommation à moindre risque	44
Bilan et actualités sur l'offre de RDR	45

La liberté de circulation et d'établissement des PVVIH

48

Un état des lieux des hépatites virales (VHB et VHC)

en France et dans le monde

48

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

Les porteurs d'hépatites toujours victimes de discriminations	52
---	----

Politiques de réduction des risques liés aux hépatites virales : résumé et perspectives

56

**DE 40 MILLIONS
DE PATIENTS VIH À**

ZÉRO

NOUS SOMMES DÉTERMINÉS.

La personne représentée est un mannequin-photo, uniquement utilisée à des fins d'illustration.

LES ÉLÉMENTS CLÉS

39,9
millions

PERSONNES
VIVAIENT AVEC
LE VIH DANS LE MONDE
EN 2023

ET 77% DE TOUTES LES
PERSONNES VIVANT AVEC
LE VIH AVAIENT ACCÈS À UN
TRAITEMENT.

30,7
millions

DE PERSONNES AVAIENT ACCÈS
À UNE THÉRAPIE
ANTIRÉTRO-VIRALE EN 2023

PERSONNES SONT MORTES
DE MALADIES LIÉES AU
SIDA EN 2023

630 000

1,3
millions

DE PERSONNES
ONT ÉTÉ INFECTÉES PAR
LE VIH EN 2023



En 2023

UNE PERSONNE EST DÉCÉDÉE DU VIH
CHAQUE MINUTE.

88,4
millions

DE PERSONNES
ONT ÉTÉ CONTAMINÉES
PAR LE VIH DEPUIS
LE DÉBUT DE
L'ÉPIDÉMIE

Les chiffres sur le VIH/sida dans le monde

Chiffres ONUSIDA

Les chiffres sur le VIH/sida en France

Chiffres Santé Publique France

5 500

PERSONNES ONT
DÉCOUVERT LEUR
SÉROPOSITIVITÉ VIH EN
FRANCE EN 2023

LES HOMMES CILS REPRÉSENTAIENT
66% DES DÉCOUVERTES DE
SÉROPOSITIVITÉ VIH EN 2023,
LES FEMMES CILS 32% ET
LES PERSONNES TRANS 2%.

43%

DES INFECTIONS À VIH
SONT DÉCOUVERTES À UN STADE
TARDIF DE L'INFECTION.

PERSONNES SONT
SÉROPOSITIVES
MAIS NE LE SAVENT PAS

25 000

200 000

PERSONNES
ENVIRON VIVENT
AVEC LE VIH
EN FRANCE



**Environ
841 000**

SÉROLOGIES
VIH ONT ÉTÉ RÉALISÉES
ET REMBOURSÉES PAR
L'ASSURANCE MALADIE
EN 2023

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

- En 2023, on a dénombré 2 140 nouveaux diagnostics de séropositivité en Île-de-France, sur les 5 500 au niveau national.
- La région francilienne concentre 42% des découvertes de séropositivité pour 19% de la population vivant en France.
- Au premier semestre 2023, 22 360 Franciliens ont eu recours à la PrEP (dont 3 670 en initiation), soit une augmentation de 62% depuis 2021 (Chiffres Observatoire Régional de Santé).
- Plus de 40% des personnes résidant en Ile de France ignorent leur séropositivité.
- 66% des personnes séropositives sont des hommes et 32% sont des femmes.
- Les deux départements d'Ile-de-France les plus concernés sont Paris, qui concentre 41% et la Seine-Saint-Denis (15%) vivant avec le VIH.
- Le délai médian entre l'infection et le diagnostic se situe de 3 à 3,5 ans (équivalent à la moyenne nationale).

La situation en Outre-Mer *Chiffres Inserm et Santé Publique France*

- 8% des nouvelles découvertes de séropositivité se font en Outre-Mer (qui concentre 3% de la population française).
- Parmi les 5500 personnes diagnostiquées séropositives en France en 2023, entre 415 et 450 personnes se trouvaient dans un des départements d'Outre-Mer.
- Au niveau régional, l'épidémie à VIH est marquée par une situation particulièrement préoccupante en Guyane, qui est le département d'Outre-Mer le plus touché, suivie par Mayotte.
- En Guyane, près de 4000 personnes vivaient avec le VIH sur le territoire dont 10% qui ne connaîtraient pas leur statut vis-à-vis de l'infection par le VIH.



Les discriminations à l'encontre des personnes vivant avec le VIH

Fausse croyances et stigmatisation : les conséquences de la méconnaissance

Les fausses croyances et la méconnaissance autour du VIH sont à l'origine de nombreuses peurs infondées, qui nourrissent la discrimination et la stigmatisation des personnes séropositives. L'absence de connaissances fiables ou la persistance de stéréotypes entraînent une perception erronée de la maladie, renforçant les jugements sociaux négatifs. Ces représentations biaisées contribuent à l'exclusion des personnes concernées, tant sur le plan social que professionnel, et constituent un frein majeur à la lutte contre l'épidémie.

Pour les personnes vivant avec le VIH, cette stigmatisation a des répercussions profondes sur leur qualité de vie et leur bien-être. Bien que d'importants progrès aient été réalisés pour améliorer leur quotidien, la désinformation et les préjugés persistent. Dans 75% des cas, c'est la peur d'être contaminé qui amène les personnes à adopter une attitude discriminante. D'après un sondage IFOP réalisé pour l'association AIDES (1984-2024 : la sérophobie en France et les représentations du VIH, 40 ans après sa découverte), publié en septembre 2024, 1 français sur dix continue de se sentir mal à l'aise à l'idée de côtoyer une personne séropositive et selon une étude réalisée par OpinionWay pour Sidaction en mars 2025 indique que 78% des jeunes de 15 à 24 ans estiment qu'une personne séropositive sous traitement peut transmettre le virus lors d'un rapport sexuel non protégé.

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 :

- 73% des français ne savent pas qu'une personne séropositive sous traitement ne peut pas transmettre le VIH.
- 25% des français pensent qu'une personne séropositive peut représenter un danger en exerçant une profession de santé.
- 63% des personnes interrogées considèrent que la séropositivité constitue un critère important pour se lancer ou non dans une relation sentimentale.

Sondage IFOP pour Sidaction “Les idées reçues des jeunes sur le sida”, novembre 2023 :

- Plus d'un quart des jeunes pense qu'une personne séropositive sous traitement peut représenter un danger pour les autres.



- 30% des 15-24 ans pensent que le virus du sida peut se transmettre en embrassant une personne séropositive.
- Un quart des jeunes estime que le VIH se transmet en s'asseyant sur un siège de toilettes publiques, en buvant dans le verre d'une personne séropositive ou en partageant la même assiette.

Rapport de l'Association Aides "VIH-Hépatites. La face cachée des discriminations", 2017 :

- 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.
- 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.

Des discriminations revendiquées par le manque de connaissances

- 73% des Franciliens interrogés estiment que pour éviter les discriminations, une personne séropositive a raison de garder son diagnostic secret. (Enquête KABP – 2010).
- 44% des parents interrogés seraient mal à l'aise si la personne qui garde leur enfant était séropositive. (Sondage IFOP - Novembre 2023).
- 21% des parents se sentiraient mal à l'aise si l'enseignant.e de leur enfant était séropositif.ve. (Enquête CSA pour Aides-2017).
- Un tiers serait mal à l'aise à l'idée de partir en vacances avec une personne séropositive. (Sondage IFOP pour Sidaction - Novembre 2023).
- 1 personne sur 4 serait mal à l'aise si son ou sa collègue de travail était séropositif.ve (Sondage IFOP pour Sidaction - Novembre 2023).
- 24% des français.es seraient mal à l'aise de fréquenter le même cabinet médical d'une personne séropositive. (Sondage IFOP pour Sidaction - Novembre 2023).
- 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).
- Deux-tiers des personnes interrogées estiment qu'il est justifié que l'accès à certaines professions puisse être interdit aux personnes séropositives (Enquête CSA pour Aides-2017).



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).

Les différentes types de discriminations subies par les PVVIH

Que ce soient dans le domaine de la santé, du logement, de l'emploi, les discriminations subies par les personnes vivant avec le VIH sont nombreuses. 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.

• **La santé :**

Une étude a révélé que 60% des personnes vivant avec le VIH ont été confrontées à des situations discriminantes dans le domaine de la santé. Les dentistes sont les professionnels les plus souvent cités, représentant 45% des cas évoqués, bien que toutes les catégories médicales soient concernées. Certains praticiens refusent les soins ou imposent des horaires spécifiques aux patients séropositifs pour éviter qu'ils ne croisent d'autres patients.

Selon l'ONUSIDA, 21 % des PVVIH ont déclaré s'être vu refuser des soins de santé au cours des 12 derniers mois, et 40% ont été contraintes de se soumettre à une procédure médicale ou de santé sans leur consentement éclairé.

Cette stigmatisation a des conséquences graves : près d'un tiers des patients en France sont toujours diagnostiqués à un stade avancé de l'infection par le VIH, avec peu d'amélioration depuis le début des années 2000.

Les discriminations sont également présentes dans les établissements pénitentiaires, psychiatriques et de soins de longue durée, où les PVVIH peuvent être soumises à des traitements non consentis ou à des dépistages forcés.

• **L'emploi :**

Selon une étude conjointe de l'Organisation internationale du travail (OIT) et du Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+), les personnes vivant avec le VIH continuent de faire face à des discriminations, tant dans l'accès à l'emploi que dans le maintien de leur poste. Jusqu'en 2022, elles étaient encore exclues de professions comme la police, la gendarmerie, l'armée ou les sapeurs-pompiers. Ce n'est que depuis novembre 2022 que les personnes séropositives peuvent enfin intégrer la police nationale et l'armée.

À l'échelle mondiale, l'ONUSIDA rapporte que, dans 7 des 11 pays disposant de données, plus de la moitié des pertes d'emploi liées au VIH étaient directement causées ou aggravées par des discriminations. L'étude souligne également que les jeunes vivant avec le VIH sont plus touchés par le chômage, et que les femmes séropositives ont encore moins de chances d'accéder à un emploi que leurs homologues masculins.

Par ailleurs, les travailleurs appartenant aux communautés lesbienne, gay, bisexuelle, transgenre et intersexe (LGBTI) déclarent subir davantage de violences sur leur lieu de travail par rapport à leurs collègues non LGBTI. Ils font également état de discriminations récurrentes durant leur parcours éducatif et professionnel.

• La situation socio-économique :

Une étude pilote "Situation sociale, économique, affective et de santé des personnes séropositives au VIH vieillissantes" menée par l'association Les ActupienNEs en 2022 révèle que les personnes séropositives vieillissantes sont confrontées à un isolement social et à une grande précarité, rendant difficile toute projection dans l'avenir. Parmi les personnes interrogées, 40% vivent seules, un chiffre qui atteint 55% chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Environ 31,5% d'entre elles doivent s'endetter pour subvenir à leurs besoins, et une personne sur cinq a du mal à se nourrir correctement faute de moyens financiers. Par ailleurs, le coût d'une assurance emprunteur pour un prêt de 250 000 euros sur 20 ans est deux fois plus élevé pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD).

Le niveau d'activité des personnes vivant avec le VIH est nettement inférieur à celui de la population générale : 43% des personnes en âge de travailler n'exercent aucune activité professionnelle. En France, 47% des personnes séropositives vivent avec moins de 760 euros par mois, et 22% ne disposent pas de logement personnel. Chez les plus de 50 ans, les revenus sont globalement modestes : moins de la moitié perçoivent plus de 1 500 euros par mois, et près d'un sur deux n'est pas propriétaire. Cette précarité a également des répercussions sur l'accès aux droits à la retraite, souvent difficilement ouverts.

Les seniors et le VIH

En 2023, environ 5 500 personnes ont découvert leur séropositivité au VIH en France. Parmi elles, 22% étaient âgées de 50 ans ou plus, soit environ 1 200 personnes. Cette proportion reste stable depuis plusieurs années, indiquant que les seniors représentent une part significative des nouvelles découvertes de séropositivité.



De plus, le diagnostic tardif demeure préoccupant dans cette tranche d'âge.

Malgré leur expérience des premières décennies de l'épidémie, les seniors continuent de sous-estimer leur exposition au VIH. Une étude de l'IFOP (2022) souligne que, bien que 89 % des plus de 50 ans s'estiment bien informés sur les risques, seuls 50 % déclarent que le sida leur fait peur, contre 63 % des plus jeunes.

Le recours au dépistage et à la prévention reste faible dans cette population. En 2016, 38,3 % des plus de 50 ans ont été diagnostiqués à un stade avancé, contre 25,7 % chez les 25-49 ans. Cette tendance suggère un manque de dépistage régulier et une perception erronée du risque (Sondage IFOP, 2022).

Selon une étude menée en 2014 "Seniors et VIH", on apprend que 88% des seniors interrogés disent ne pas se sentir concernés par le VIH 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). En 2014, 37 % des personnes âgées de 50 à 70 ans ayant eu plusieurs partenaires au cours des cinq dernières années déclaraient n'avoir jamais utilisé de préservatif, tandis que 26 % en faisaient un usage occasionnel. En comparaison, chez les 18-49 ans, ces proportions étaient respectivement de 12 % et 45 %

Les jeunes de 15 à 24 ans

Les chiffres clés à retenir :

- 40% des jeunes pensent qu'il existe un vaccin pour empêcher la transmission du VIH, soit une augmentation par rapport à 2023.
- 39% croient que l'on guérit du sida,.
- 78% estiment qu'une personne séropositive sous traitement peut transmettre le virus lors d'un rapport sexuel non protégé.
- 42% pensent que le VIH peut se transmettre par un baiser.
- 31% croient que boire un verre dans le verre d'une personne séropositive peut transmettre le virus.
- 33 % des jeunes ayant des partenaires sexuels en dehors du couple n'utilisent pas de préservatif.
- 36 % des jeunes sexuellement actifs ont réalisé un test de dépistage du VIH dans



l'année, soit une augmentation par rapport à 2023.

- 70 % considèrent comme peu probable, voire complètement improbable, de contracter un jour le virus.
- 40 % des jeunes pensent que les infections sexuellement transmissibles (IST) sont en baisse chez les 15-24 ans, alors qu'elles sont en forte augmentation.
- 38 % estiment que seules les personnes ayant une sexualité intense sont concernées par les IST. 29 % ont réalisé un test de dépistage des IST dans l'année.

Sondage Opinionway (Insee) pour Sidaction - Mars 2025

Ainsi, selon la Directrice Générale de Sidaction Florence Thune, une intensification de la prévention dans les structures éducatives constitue 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.



Les publics vulnérables

Les discriminations dans le monde qui touchent les personnes vulnérables

Selon l'ONUSIDA, 47 pays imposent encore des restrictions à l'entrée, au séjour ou à la résidence des 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-divulgaration du statut sérologique.

Certains groupes parmi les personnes séropositives sont particulièrement exposés à ces discriminations et à une vulnérabilité accrue.

Les publics vulnérables dans le monde

• Les femmes

Si les femmes sont exposées au VIH de manière accrue, selon divers facteurs biologiques et périodes de la vie d'une femme propices à la contamination (grossesses, règles), en 2023, les femmes représentaient 44% des nouvelles infections au VIH dans le monde et 32% en France selon Sida Info Service. Entre 35% et 49% des femmes d'origine subsaharienne sont infectées après leur arrivée en France. Selon l'enquête ANRS Parcours publiée en 2018, les violences sexuelles sur le territoire français par les femmes migrantes multiplient par 4 le risque d'infection par le VIH. Les femmes migrantes séropositives font face à une triple injustice : victime de violences, de discriminations et d'un accès restreint aux soins.

QUELQUES CHIFFRES :

- En 2024, 1 pays sur 4 a connu un recul des droits des femmes, selon l'ONU.
- Vingt-huit 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.
- 04 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.
- Environ 230 millions de filles et de femmes ont subi des mutilations génitales, avec des taux de prévalence élevés dans des pays comme la Somalie, la Guinée et Djibouti.

• Les consommateurs.trices de stupéfiants

Dans de nombreux pays, les politiques antidrogue restent fondées sur une logique punitive, criminalisant les usagers au lieu de promouvoir une approche de réduction des risques et d'accès aux soins. Cette criminalisation freine l'efficacité des stratégies de prévention, nuit aux efforts de dépistage du VIH, et favorise la stigmatisation. Si certaines évolutions législatives récentes témoignent d'un changement progressif vers des politiques plus humaines et fondées sur la santé, les chiffres actuels rappellent à quel point la situation demeure critique dans de nombreuses régions du monde.

QUELQUES CHIFFRES :

- En 2024, 34 pays appliquent toujours la peine de mort pour des délits liés aux stupéfiants.
- En 2024, plus de 615 personnes ont été exécutées pour des infractions liées à la drogue, représentant plus de 40% des exécutions recensées cette année-là.
- Dans 67 pays au moins, la consommation et/ou la possession de drogues pour un usage personnel constituent une infraction pénale.
- Des avancées notables ont été observées : le Pakistan a aboli la peine de mort pour les infractions liées à la drogue en 2023, et la Malaisie a supprimé l'application obligatoire de cette peine pour certains délits, y compris ceux liés aux stupéfiants.

• Les travailleurs et travailleuses du sexe

Les personnes exerçant le travail sexuel restent, dans de nombreuses régions du monde, exposées à des lois répressives, à des discriminations systémiques et à une forte stigmatisation sociale. La criminalisation partielle ou totale du travail sexuel, encore en vigueur dans une majorité de pays, fragilise leur accès à la santé, à la justice et à la protection contre les violences. Cette répression a des conséquences dramatiques sur la santé publique, notamment en matière de prévention du VIH. Les travailleuses et travailleurs du sexe sont souvent privés de moyens de protection, exposés à des arrestations arbitraires et éloignés des dispositifs de dépistage et de soins. Alors que les données épidémiologiques confirment leur forte vulnérabilité face au VIH, il est essentiel de rappeler que la protection de leurs droits fondamentaux est une condition indispensable pour garantir une réponse efficace et humaine face à l'épidémie.



QUELQUES CHIFFRES :

- 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.
- En 2019, les travailleuses du sexe avaient un risque 30 fois plus élevé de contracter le VIH que la population féminine en général.
- Environ 8% des nouvelles infections à VIH chez les adultes à l'échelle mondiale concernent des travailleur(se)s du sexe.

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

Les droits des personnes LGBTQ+ continuent de faire l'objet d'attaques violentes et systématiques dans de nombreuses régions du monde. Alors même que des avancées législatives et sociales ont été observées dans certains pays, d'autres renforcent au contraire leur arsenal répressif à l'égard des minorités sexuelles et de genre. Ces lois discriminatoires, souvent adoptées au nom de traditions ou de valeurs conservatrices, criminalisent les identités LGBTQ+ et leurs expressions, tout en incitant à la haine et en légitimant les violences. Elles compromettent gravement l'accès à la santé, à la justice, et à la protection des droits humains fondamentaux, exacerbant notamment les risques liés au VIH/sida. Face à cette régression préoccupante des libertés, il est essentiel de documenter les réalités vécues et de défendre sans relâche le principe d'égalité et de dignité pour toutes et tous, quels que soient leur orientation sexuelle ou leur identité de genre.

QUELQUES CHIFFRES :

- En Ouganda, en mars 2023, une loi parmi les plus sévères au monde a été adoptée, prévoyant la peine de mort pour « homosexualité aggravée » et jusqu'à 20 ans de prison pour la « promotion » de l'homosexualité. Cette législation a entraîné une augmentation des violences et la fermeture de nombreuses associations de soutien.
- Au Ghana, en février 2024, le Parlement a adopté une loi criminalisant l'appartenance à la communauté LGBTQ+ et la « promotion » de l'homosexualité, avec des peines allant jusqu'à 10 ans de prison. Des recours sont en cours devant la Cour suprême.
- En Russie, en 2023, la Russie a désigné le mouvement international LGBT comme extrémiste, intensifiant la répression contre les personnes LGBTQ+ et les organisations les soutenant.

- En Europe, en juin 2021, la Hongrie a adopté une loi interdisant la « promotion » de l'homosexualité et du changement de genre auprès des mineurs. Cette législation interdit la diffusion de contenus évoquant l'homosexualité dans les écoles, les médias, les publicités et les librairies destinés aux moins de 18 ans.
- 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, 67 États criminalisaient les relations sexuelles consenties entre personnes de même sexe et 12 pays prévoient la peine de mort pour de tels actes.

• Les personnes transgenres

Selon l'ONUSIDA, le risque de contracter le VIH était 13 fois plus élevé chez les personnes transgenres que parmi le reste de la population adulte. Et paradoxalement, l'accès aux services liés au VIH est plus faible pour les personnes transgenres que pour le reste de la population.

Au moins 47 États membres des Nations Unies interdisent de changer légalement de sexe. En 2019, 32 pays ont signalé à l'ONUSIDA qu'ils criminalisent officiellement ou ont poursuivi des personnes en justice en raison de leur identité ou de leur expression de genre, leur infligeant des châtiments corporels là où les lois sur les relations sexuelles entre personnes de même sexe sont également utilisées contre les personnes transgenres, la peine de mort.

La violence à l'égard des personnes transgenres est très répandue. Dans le cadre d'une étude menée par UNAIDS dans huit pays d'Afrique subsaharienne, 33% des femmes transgenres interrogées ont déclaré avoir été agressées physiquement à un moment donné de leur vie, 28% ont été violées et 27% ont déclaré avoir trop peur d'utiliser les services de santé.



Actualités Vih/Sida 2025

La lutte contre le VIH menacée par la politique américaine

Depuis son retour au pouvoir en janvier 2025, Donald Trump, Président des États-Unis, a engagé une série de mesures drastiques qui mettent en péril des décennies de progrès mondiaux contre le Vih/sida.

En signant un décret gelant presque toute l'aide étrangère des États-Unis, il a gravement fragilisé les piliers de la lutte internationale, notamment le PEPFAR, l'ONUSIDA, le Fonds mondial et l'USAID. Bien que certaines dérogations aient été accordées pour maintenir des services vitaux, les incertitudes financières et administratives restent profondes. L'ONUSIDA anticipe jusqu'à 6,3 millions de décès supplémentaires d'ici 2030 si ces coupes se poursuivent.

Les conséquences concrètes sont déjà visibles : interruption des traitements pour des millions de patients, désorganisation des systèmes de santé dans les pays bénéficiaires, hausse dramatique des infections, et suppression de milliers d'emplois dans les ONG partenaires. Ces décisions, guidées par une idéologie anti-science, suscitent une inquiétude mondiale grandissante, alors que la prochaine conférence de reconstitution du Fonds mondial, prévue en octobre 2025 à Londres, est désormais entourée d'une incertitude critique.

Sources : ONUSIDA, Coalition Plus, Aides



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



OU



SAMU

POMPIERS



LE 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...).

A 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 Ile-de-France, commencent à être sollicités par des usagers à partir de 2008.

Les premières alertes concernant l'usage de substances se manifestent au travers des pratiques dites de slam, une pratique d'injection intraveineuse. Cela implique principalement des nouveaux produits de synthèse (NPS), comme les cathinones (notamment la méphédronne), et plus rarement la kétamine, la cocaïne ou le GHB. Les premiers cas d'abus de cathinones sont signalés dès 2008 au CEIP-A (Centre d'Évaluation et d'informations sur la Pharmacodépendance et d'Addictovigilance) de Paris. Aujourd'hui, selon l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (*Chemsex, retour sur 15 ans d'usages de drogues en contexte sexuel* - Octobre 2024), les substances les plus fréquemment utilisées sont les **cathinones**, le **GHB/GBL** et, plus récemment, la **kétamine**.

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.

Qui sont les personnes pratiquant le chemsex ?

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 les profils et 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.

Les données qualitatives collectées par le Dispositif TREND, par l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (octobre 2024), démontrent une grande diversité des profils sociodémographiques des chemsexuels ; en termes d'âge, de profession, de niveau de revenus et de diplômes. Les chemsexuels sont à la fois des jeunes précaires, des cadres, des étudiants, des chefs d'entreprise. Leurs motivations varient : recherche de plaisir, prolongation des rapports sexuels, sociabilité, réduction de l'isolement ou apaisement des souffrances psychiques.

Le rapport du Dr Benyamina (Rapport Chemsex - 2022) montre que la majorité des usagers du chemsex sont des hommes, avec une forte prévalence de comportements à risque, même si les femmes et les personnes transgenres sont également touchées. Une méta-analyse publiée en 2025 dans la revue Healthcare indiquent que la prévalence du chemsex dans la population générale est estimée à 12,66% tandis que chez les femmes, elle est de 3,50%. Les femmes et les personnes transgenres, dans le contexte du chemsex, sont souvent touchées dans des contextes de vulnérabilités. Une recherche qualitative sur le chemsex chez les femmes spécifiquement est en cours, en 2025, par l'Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Wallonie et à Bruxelles.

Concernant les HSH, en 2022, le Dr Benyamina indiquait que la prévalence du Chemsex en population générale pourrait concerner environ 20% des HSH, soit potentiellement 100 000 à 200 000 personnes en France. L'enquête nationale ERAS publiée en septembre 2024 et menée auprès des HSH montre une prévalence stable mais préoccupante du chemsex. En 2023, 13% des HSH déclaraient avoir pratiqué le chemsex dans les six derniers mois (contre 12% en 2021) et 5% des HSH interrogés

ont pratiqué le chemsex lors de leur dernier rapport sexuel en 2017 (contre 5,8% en 2023). D'après l'étude, ce phénomène concerne majoritairement des hommes âgés de 25 à 45 ans, vivant en milieu urbain, souvent usagers de la PrEP ou vivant avec le VIH.

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.

Les outils numériques comme les applications de rencontres et les réseaux sociaux jouent un rôle central dans l'organisation des sessions chemsex et l'approvisionnement en substances. A 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.

Actualités Chemsex :

Pour ELCS, les années 2023 et 2024 ont été l'occasion de mener un intense plaidoyer à l'intention du gouvernement et des collectivités en ce qui concerne le phénomène du chemsex en expansion. De nombreuses rencontres sur le chemsex ont eu lieu avec des ministres, parlementaires, élu-e-s mais aussi des militants associatifs afin de sensibiliser les décideurs à se pencher sur le phénomène.

Pétition et manifeste “Urgence Chemsex”

En octobre 2024, à l'Hôtel de Ville de Paris, ELCS a organisé une table ronde et réuni élu-e-s locaux et nationaux, professionnel-le-s de santé et responsables associatifs pour rédiger un manifeste à destination du gouvernement, afin de l'interpeller sur la question de santé publique majeure qu'est le Chemsex.

Le but de ce manifeste est d'appeler le gouvernement à mettre en place une politique nationale qui soit déclinée localement avec l'aide des Agences Régionales de Santé (ARS) et des collectivités, afin de répondre de manière ciblée aux besoins locaux, à partir des préconisations suivantes : la réalisation d'un état des lieux épidémiologique, la sensibilisation et la formation des professionnels de santé et acteurs sociaux et judiciaires, l'intégration au dispositif de Prévention, le renforcement des structures de terrain, la mise en place des parcours locaux de prévention, le développement de campagnes de prévention extérieures et enfin, la collaboration avec les plateformes de rencontres.

La publication du manifeste ainsi que le lancement d'une pétition “Urgence Chemsex” en ligne a permis de réunir la signature de plus de 100 parlementaires et plus d'une centaine d'élu-es locaux, de tous horizons politiques.

Pétition disponible
en ligne sur le site elcs.fr





ELCS
ELUS LOCAUX CONTRE LE SIDA

**URGENCE
CHEMSEX**

**URGENCE
CHEMSEX**



Nous appelons le gouvernement à agir enfin!

lien de la pétition : www.change.org/urgencechemsex



Les tables rondes en région sur le Chemsex

Organisée par ELCS en janvier 2025, une nouvelle table-ronde s'est déroulée au sein de l'Hôtel de Ville de Lyon par ELCS réunissant élu-e-s, professionnel-les de santé, militant-es associatif-ves et citoyen-nes afin de mettre en lumière le chemsex comme enjeu de santé publique et développer des solutions concrètes, pour la mise en oeuvre d'une politique de lutte contre les dangers sanitaires et sociaux du chemsex.

Le plaidoyer mené par ELCS en faveur de la régulation du chemsex tend à se poursuivre dans d'autres villes. Une nouvelle table ronde va s'organiser au sein de la Ville de Montpellier afin de sensibiliser les acteurs-trices locaux et interpeller les pouvoirs publics.

Organisée par Brigitte Liso, Députée du Nord et Vice-Présidente d'ELCS, une table ronde a été organisée à Lille le 24 avril 2025 permettant de réunir des médecins, acteurs associatifs, représentants d'Etat pour évoquer ensemble et mettre en lumière des enjeux cruciaux : l'écoute des personnes concernées, la reconnaissance du rôle des associations de terrain, et la nécessité de construire des actions inclusives, concrètes et durables.

La proposition de résolution, portée par la Députée Brigitte Liso, le 31 mars 2025 à l'Assemblée Nationale

La députée du Nord et Vice -Présidente d'ELCS, Brigitte Liso a porté une proposition de Résolution le 31 mars 2025, adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale. Monsieur le Ministre Yannick Neuder s'est donc engagé à intégrer plusieurs de ces incitations dans la future feuille de route pour la santé sexuelle, attendue d'ici la fin de l'année 2025.

Les mesures présentées à l'Assemblée nationale dans le cadre de cette résolution ont été les suivantes :

- Établir un état des lieux épidémiologique précis du «chemsex», afin de mieux comprendre les déterminants et les conséquences sanitaires et sociales d'un phénomène en expansion et y répondre de manière adaptée et ciblée ;
- Sensibiliser, informer largement et développer, en lien avec les associations, une offre de formation à destination de l'ensemble des personnels appelés à être en contact avec les «chemsexers», en premier lieu les professionnels de santé incluant les pharmaciens d'officine, les acteurs médico-sociaux et associatifs, mais également les personnels judiciaires, scolaires et universitaires ;
- Pleinement intégrer l'enjeu du «chemsex» aux différents dispositifs et actions de prévention combinée, la prescription de la prophylaxie pré-exposition ou des traitements comme prévention, les rendez-vous de suivi des risques virus de l'immunodéficience humaine, tout comme les différents dépistages et campagnes de vaccination devant permettre de délivrer des informations et conseils de prévention en santé sexuelle intégrant l'usage de «chemsex», d'identifier de potentielles situations à risque, et les prendre en charge, le cas échéant. La prévention et la sensibilisation au «chemsex» pourraient être abordées pendant la consultation gynécologique proposée aux 15-18 ans ainsi qu'à l'occasion des bilans de prévention mis en place aux âges clefs de la vie ;
- Accompagner les associations et les structures de terrain en première ligne tels que les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic, les centres de santé communautaires, les consultations de prescription PreP les centres addictologie, les équipes de liaison et de soins en addictologie et maisons des adolescents pour renforcer l'accessibilité à des prises en charge globales des «chemsexers», dans une logique d'«aller-vers» ;
- Encourager les parcours de prévention dans des villes volontaires, en lien avec les collectivités locales, sur le modèle, par exemple, de ce qui a été initié à Paris ;



- Mettre en place des campagnes de prévention «hors les murs» et intégrer le «chemsex» aux campagnes, de promotion de la santé sexuelle en soutenant Santé publique France et les associations ;
- Collaborer avec les plateformes, sites et applications de rencontre afin de bâtir avec elles une stratégie de prévention des infections sexuellement transmissibles et sensibiliser les utilisateurs aux risques du «chemsex», en proposant des outils de repérage précoce des usages à risque et des liens associatifs ou gouvernementaux facilitant l'orientation au sein des parcours de prises en charge.

Suite à la Proposition de Résolution portée par Brigitte Liso le 31 mars 2025 à l'Assemblée Nationale, la création d'un "Plan Chemsex 2025" annoncé par Yannick Neuder, Ministre de la santé, est attendu en septembre 2025.

Repères 2025 : évolutions et enjeux

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.

Chaque CSSC accueillent des patient.e.s et sont implantés principalement dans des zones urbaines, ciblant des populations clés telles que les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), les personnes transgenres et les personnes en situation de prostitution

Les CSSC adoptent une approche communautaire, en collaboration étroite avec les associations locales, et une 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 consom-

mations de drogues.

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.

Aussi, ces lieux permettent d'offrir un accompagnement global incluant la santé mentale, la réduction des risques et le soutien psychosocial, notamment un suivi des problématiques addictologiques, grâce au soutien des associations communautaires et d'un soutien par les pairs.

Un protocole national autorise désormais les sages-femmes à réaliser des consultations de santé sexuelle en lieu et place des médecins au sein des CSSC, des CeGIDD (Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic) et des centres de santé sexuelle (ex-CPEF). Cette mesure vise à renforcer l'accessibilité et la réactivité des services proposés.

L'expérimentation des CSSC se poursuit en 2025, avec une attention particulière portée à l'évaluation de leur impact sur l'accès aux soins, la réduction des inégalités et l'amélioration de la santé sexuelle des populations ciblées. Les résultats préliminaires serviront à orienter les décisions concernant une éventuelle généralisation du dispositif à l'échelle nationale.

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-Rousse des Hospices Civils de Lyon, l'étude Sea, Sex and Chems est une enquête médico-sexologique française menée en 2021, visant à explorer les pratiques de chemsex au sein de diverses populations. Elle a été coordonnée par le Dr Dorian Cessa et son équipe, avec le soutien d'acteurs communautaires tels que le collectif Plus Belle La Nuit et présentée lors d'une conférence de presse à la mairie de Paris.

Cette étude a permis un des plus importants recensements en France sur la question du Chemsex avec 2767 réponses dont 1196 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).

Transformation des COREVIH en CoReSS en mars 2025

Depuis le 15 mars 2025, les COREVIH (Comités de coordination régionale de la lutte contre le VIH) ont été officiellement transformés en CoReSS (Comités régionaux de santé sexuelle), conformément aux orientations de la feuille de route Santé sexuelle 2021-2024 du ministère de la Santé. Cette réforme vise à élargir le champ d'action des anciens COREVIH, initialement centrés sur le VIH, les hépatites virales et les IST, à l'ensemble des enjeux de santé sexuelle, incluant notamment la contraception, la prévention des grossesses non désirées, le consentement, les violences sexuelles, ou encore les pratiques émergentes comme le Chemsex. Si cette transformation reflète une volonté de décroisement et de décliner une approche globale de la santé sexuelle, elle suscite aussi des inquiétudes parmi les acteurs de la lutte contre le VIH/sida, qui redoutent une invisibilisation et un affaiblissement de la spécificité et de la priorité donnée au VIH, pourtant toujours bien présent dans les

territoires. Le défi consiste désormais à préserver les acquis de la coordination autour du VIH, tout en s'adaptant aux nouvelles réalités et attentes en matière de santé sexuelle. Cette évolution structurelle pourrait être une opportunité, à condition que les moyens, la gouvernance et la lisibilité de l'action restent à la hauteur des enjeux.

État d'avancement depuis le rapport ministériel sur le Chemsex par le Professeur 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 formulées par le Professeur BENYAMINA avaient notamment pour objectif d'enrichir les actions nationales autour du Chemsex et d'intégrer la feuille de route de Santé Sexuelle 2021-2024.

Le Guide "Aller vers les chemsexuels"

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. Ce projet financé par le Fonds de lutte contre les addictions qui s'inscrit dans les objectifs de la Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 et du Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 s'est appuyé sur des sites pilotes. Plusieurs outils ont été développés depuis pour soutenir les professionnels comme le **Guide «Aller vers les chemsexuels»**, publié en novembre 2024, qui propose des pistes pour accueillir, prévenir et orienter les chemsexuels. Il est basé sur les expérimentations du projet ARPA-Chemsex et les besoins exprimés par les chemsexuels. Aussi, des brochures de réduction de risques et des documents ciblés sur les produits psychoactifs, les pratiques sexuelles et les stratégies de réduction des risques ont été élaborés par l'Association Aides.

Vers une meilleure coordination des acteurs face au Chemsex

Le renforcement des coopérations entre les opérateurs de soins, les structures de prévention et les professionnels impliqués dans la prise en charge des usagers concernés par le Chemsex constituait également un axe prioritaire. Pour cela, la réalisation d'un annuaire et d'une cartographie des structures de santé sexuelle et médico-sociales (telles que les CeGIDD, CSAPA, CAARUD et MDA) a bien été

actée dans le cadre de la Feuille de route santé sexuelle 2021-2024. Cette initiative vise à améliorer la lisibilité et l'accessibilité de l'offre de soins en santé sexuelle sur l'ensemble du territoire français.

Un "Plan Chemsex 2025" attendu en 2025 par le Gouvernement

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'utilisateurs et de consommations problématiques révélées lors de la crise sanitaire liée à la Covid-19 pendant l'année 2020. La résolution parlementaire n°81 (mars 2025) soumise par Brigitte Liso, Députée du Nord, appelle à une stratégie nationale coordonnée, incluant explicitement : le repérage des personnes en situation de vulnérabilité liée au chemsex, le développement de parcours de soins pluridisciplinaires accessibles, notamment pour les personnes éloignées du système de santé, le renforcement de la formation des professionnels sur ces enjeux.

Le communiqué de presse ainsi que le rapport complet du Pr BENYAMINA sont accessibles sur le site du Ministère de la Santé :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2022_03_17_cp_rapport_chemsex_vdef.pdf.

La résolution adoptée par l'Assemblée nationale, pour une stratégie nationale de prévention sur le chemsex le 31 mars 2025, T.A. n° 81 est accessible sur le site de l'Assemblée Nationale :

https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/117t0081_texte-adopte-seance



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.

- Réunir les associations et les acteurs de la santé impliqués par le sujet.
- Former des groupes de travail thématiques.
- Mettre en place une campagne de sensibilisation.
- Identifier et cartographier les lieux de prise en charge des chemsexuels sur le site internet de la collectivité.

POUR *aller* PLUS *loin* ■ ■ ■

COMMUNIQUER ET PRÉVENIR

- . Visibiliser des espaces d'accueil 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

Généralités :

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). Elle est hautement efficace lorsqu'elle est bien suivie : jusqu'à 99% de réduction du risque d'infection par le VIH.

Il s'agit d'un outil complémentaire pour empêcher la transmission du VIH mais ne remplace pas le préservatif car la PrEP ne protège pas contre les autres infections sexuellement transmissibles ou d'hépatites, d'où l'importance d'un suivi médical régulier (tous les 3 mois) incluant dépistage, conseils de prévention, et accompagnement global en santé sexuelle.

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).

En bref, 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.

En France, la PrEP est gratuite et remboursée à 100% par l'Assurance Maladie et prescrite par un médecin hospitalier, dans un CeGIDD, ou en ville depuis 2021 (par un médecin généraliste formé).

De nouvelles recommandations ont été annoncées le 20 novembre 2024 par les autorités de santé pour élargir le traitement préventif PrEP (prophylaxie pré-exposition), alors que la circulation du VIH ne diminue pas en France. En effet, Elle est pres-



crite aujourd'hui exclusivement aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes multipartenaires.

La Haute Autorité de santé (HAS), l'Agence nationale de recherches sur le sida-Maladies infectieuses émergentes (ANRS-MIE) et le Conseil national du sida (CNS) recommandent qu'elle soit étendue «à toutes les situations estimées comme à risque d'exposition au VIH, quels que soient le genre et l'orientation sexuelle des personnes».

Les chiffres en France

- Au 30 juin 2023, 84997 personnes de 15 ans et plus avaient commencé une PrEP par Truvada® ou un de ses génériques en France depuis 2016, soit une augmentation de 31% par rapport à juin 2022.
- Entre juillet 2022 et juin 2023, 20 129 nouvelles initiations ont été enregistrées, avec une moyenne mensuelle de 1 677 initiations, en hausse de 10 % par rapport à l'année précédente.
- Au premier semestre 2023, 52 802 personnes utilisaient effectivement la PrEP (en initiation ou en renouvellement), soit une augmentation de 24 % par rapport au premier semestre 2022.
- 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.
- L'Île-de-France demeure la région la plus représentée (41 % des initiations), suivie par la Région Auvergne Rhône-Alpes, (11 %), Provence-Alpes-Côte d'Azur (9 %) et Occitanie (8 %). La part des utilisateurs résidant dans d'autres régions métropolitaines et dans les départements et régions d'outre-mer est en augmentation.
- La proportion de femmes utilisant la PrEP a augmenté, passant de 4 % en 2022 à 5,7 % en 2024.

(Chiffres ANSM et Aides)

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 personnels et collectifs. 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.

Depuis 2019, la vaccination contre le HPV est recommandée en France pour les filles et les garçons âgés de 11 à 14 ans, avec un schéma de deux doses espacées de six mois. Un rattrapage est possible jusqu'à 19 ans inclus pour ceux qui n'ont pas été vaccinés.

À la fin de l'année 2022, la couverture vaccinale complète contre le HPV en France était d'environ 48 % chez les filles âgées de 16 ans, bien en dessous de l'objectif de 80 % fixé par le plan national cancer pour la période 2021-2025



En effet, le vaccin contre le HPV est préconisé chez les jeunes filles, et recommandé par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) à titre préventif pour les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans, pour les protéger car il peut être à l'origine de plusieurs cancers.

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

Les trois types existants de dépistage du 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 associations

Quelques éléments clés sur le dépistage

Le dépistage du VIH en France repose sur le consentement éclairé de la personne concernée. Il n'est obligatoire que dans des situations spécifiques telles que le don de sang, d'organes, de sperme, d'ovocytes et de lait. Les motifs de dépistage incluent des signes cliniques liés au VIH, des examens de routine, la grossesse, la présence d'autres IST et des contrôles réguliers.

En 2023, environ 7,5 millions de sérologies VIH ont été effectuées en France, marquant une augmentation de 25% par rapport à 2021. Cette progression est notamment attribuée à la mise en place du dispositif VIHTest, permettant de faciliter l'accès au dépistage sans ordonnance ni rendez-vous.

Environ 53 800 autotests VIH ont été vendus en pharmacie en 2023, représentant une baisse de 16% par rapport à 2021. Parallèlement, 51 000 tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) ont été réalisés en milieu communautaire, avec un taux de positivité de 0,75%

Bien que le dépistage du VIH ait connu une augmentation en 2023, les niveaux restent inférieurs à ceux observés avant la pandémie du COVID-19. En 2023, environ 5 500 personnes ont découvert leur séropositivité et parmi ces nouvelles décou-

vertes, 43% ont été diagnostiquées à un stade tardif de l'infection, dont 27% au stade avancé, ce qui souligne la nécessité d'un dépistage plus précoce.

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.

- 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).

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).

L'Etat français a montré qu'il était capable d'inciter au dépistage du Covid19 par de grandes campagnes de sensibilisation. Pour atteindre l'objectif de mettre fin à l'épidémie de Vih/sida en France, une mobilisation similaire à celle observée pour le dépistage du COVID-19 pourrait être déterminante pour inverser la tendance actuelle et progresser vers l'élimination du VIH/sida en France.

Le dispositif “Labo sans ordo” - le VIHTest

Le dispositif «Labo sans ordo», officiellement appelé VIHTest, est une avancée majeure dans la stratégie de dépistage du VIH en France. Mis en place pour faciliter l'accès au dépistage, capter des publics différents de ceux vus en consultation

et réduire le nombre de diagnostics tardifs, ce dispositif s'inscrit dans une volonté de simplifier, démocratiser et élargir l'accès au dépistage, en particulier auprès des publics les plus éloignés du système de santé. Faciliter l'accès au dépistage, notamment pour les personnes ne consultant pas régulièrement un médecin.

Lancé à titre expérimental en 2019 à Paris et dans les Alpes-Maritimes, grâce à l'action de l'association "Vers Paris sans sida" et du COREVIH PACA Est du CHU de Nice, ce dispositif permet de réaliser un test de dépistage du VIH sans ordonnance, sans rendez-vous, et pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie, sans avance de frais. Il est désormais généralisé à l'ensemble du territoire national depuis le 1er janvier 2022, dans le cadre du Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2022.

"Cette généralisation constitue une révolution dans le dépistage. C'est une grande nouvelle dans le combat que nous menons contre le VIH en France" sont les mots prononcés par le Docteur Pascal Pugliese, président du COREVIH PACA Est et président de la Société Française de Lutte contre le Sida (SFLS). En effet, les résultats de ce dispositif sont positifs et marquent une avancée. En 2023, plus de 840 000 tests VIHTest ont été réalisés, soit près de 15% de l'ensemble des tests VIH effectués en France cette année-là. Le dispositif est particulièrement efficace pour rejoindre des publics non suivis, comme les hommes hétérosexuels ou les jeunes n'ayant pas de médecin traitant. De plus, le taux de positivité observé dans les VIHTest est supérieur à celui des tests prescrits : ce qui montre l'efficacité du dispositif pour toucher des personnes à risque.

En 2019, les six premiers mois de l'expérimentation ont montré une augmentation notable du dépistage du VIH en laboratoire : environ +16,8% à Paris (soit 20 000 tests supplémentaires) et +3,7% dans les Alpes-Maritimes (environ 2 000 tests en plus). En 2022, avec l'extension du dispositif à toute la France, 248 500 VIHTests ont été réalisés, représentant près de 5% des sérologies VIH remboursées cette année-là. En 2023, le nombre de VIHTests remboursés a atteint 841 436, soit une augmentation de 235 % par rapport à 2022. (Source ANRS et CNS, Novembre 2024)

Depuis septembre 2024, le dispositif a été élargi à d'autres IST sous le nom de "mon Test IST" : chlamydia, gonorrhée, syphilis et hépatite B. Cela permet un dépistage élargi sans ordonnance pour plusieurs infections sexuellement transmissibles dans tous les laboratoires de biologie médicale.



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 30 juin 2024, le nombre cumulé de cas confirmés en France s'élevait à 4 272 (OMS, 2024). Sur le plan mondial, le nombre de cas confirmés s'élevait à 99 176 cas confirmés et on comptait 208 décès (OMS, 2024).

En 2024, une nouvelle souche plus virulente, le clade 1b, est apparue en Afrique centrale, notamment en République démocratique du Congo (RDC). Cette souche a entraîné une augmentation significative des cas et des décès, avec plus de 40 000 cas et plus de 9 000 cas confirmés signalés en 2024 en RDC. Face à cette situation, l'OMS a déclaré l'épidémie une urgence de santé publique de portée internationale en août 2024.

L'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 le 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. Sur les 151 cas de mpxv recensés en France en 2024, 147 concernaient des HSH, soit environ 97% des cas. En 2022, la couverture vaccinale complète était de 35% dans la population cible. Toutefois, elle atteignait 64% chez les HSH vivant avec le VIH et 77% chez ceux sous PrEP (Source Aides, 2024).



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

Un vaccin antivariolique modifié a été approuvé pour prévenir le monkeypox chez les personnes à haut risque. Les autorités sanitaires françaises ont recommandé en septembre 2024 un rappel vaccinal pour les populations à risque, notamment les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les personnes transgenres avec des partenaires multiples, les travailleurs du sexe et leurs cohabitants.

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.

Les salles de consommation à moindre risque

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 140 salles de consommation dans le monde, dont la grande majorité en Europe.

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'utilisateur 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. Depuis 2016, deux SCMR, également appelées Haltes Soins Addictions (HSA), sont en activité à Paris et 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 inexistantes... Instaurer une vraie politique de RDR en prison est une nécessité : d'une part parce que cela répond à une vraie nécessité sanitaire et, d'autre part, parce que cela permet 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».

Bilan et actualités sur l'offre de RDR

Une étude de l'Inserm publiée en 2021 a indiqué une baisse de 15 à 28% des délits commis par les consommateurs de drogue fréquentant ces salles par rapport à ceux qui ne les fréquentent pas. Des initiatives telles que le «Kit Base» pour l'usage de crack fumé ont été développées pour limiter les risques de blessures et de transmission virale et des projets d'ouverture de nouvelles SCMR sont en cours, notamment à Marseille, bien que confrontés à des oppositions locales. Par ailleurs, des élus tels qu'Anne Souyris, Vice-présidente d'ELCS, ont récemment appelé à pérenniser ces structures par une loi, soulignant leur utilité en matière de santé publique et de sécurité.

Un rapport des inspections des affaires sociales (IGAS) et de l'administration (IGA) publié en novembre 2024 recommande d'inscrire les HSA dans le droit commun

pour permettre l'ouverture de nouveaux espaces de consommation supervisée. Le rapport souligne que ces structures n'augmentent pas la délinquance locale et propose de prolonger l'expérimentation jusqu'en 2025 avec une évaluation scientifique à venir.

La liberté de circulation et d'établissement des PVVIH

En 2023, environ 56 pays dans le monde appliquent des restrictions à l'entrée, au séjour ou à la résidence pour les personnes vivant avec le VIH, dont 7 pays qui refusent catégoriquement l'entrée aux personnes séropositives. 54 pays imposent des conditions spécifiques, telles que des tests de dépistage obligatoires ou des exigences en matière de statut VIH, pour les séjours prolongés. Selon l'ONUSIDA, au moins 20 pays expulsent les personnes non citoyennes vivant avec le VIH lorsque leur statut sérologique est découvert.

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

**Les pays suivants peuvent refuser l'entrée ou expulser les personnes dont le statut VIH est découvert : Brunéi, Chine, Égypte, Guinée Equatoriale, Israël, Malaisie, Oman, Qatar, Russie, Arabie Saoudite, Emirats Arabes, Yémen.*

**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 : ONUSIDA

La liberté de circulation et d'établissement des PVVIH

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

304 millions de personnes vivent avec une hépatite chronique.

1,3 million de décès chaque année sont associés aux hépatites virales (en augmentation par rapport à 1,1 million en 2019). 83% des décès sont dus à l'hépatite B. 17% sont dus à l'hépatite C, ce qui représente 3 500 décès par jour (OMS, 2022).

L'hépatite B reste la forme la plus meurtrière, responsable de 83% des décès. Pourtant, seule 13% des personnes atteintes connaissent leur statut, et 3% bénéficient d'un traitement. L'hépatite C touche 50 millions de personnes, mais malgré des traitements très efficaces, seulement 36% des patients sont diagnostiqués, et 20% traités. L'Afrique subsaharienne concentre 63% des nouvelles infections par le virus B, alors que la région du Pacifique occidental enregistre près de la moitié des décès. Malgré des vaccins efficaces, à peine 45% des nourrissons reçoivent la dose à la naissance recommandée. (OMS, 2022).

En France

Selon les estimations de Santé publique France, environ 280 000 personnes vivent avec une hépatite B chronique, tandis que 160 000 personnes sont porteuses chroniques du virus de l'hépatite C. Cependant, la connaissance du statut infectieux reste insuffisante : seulement 45% des personnes atteintes du VHB et 59% de celles atteintes du VHC sont diagnostiquées. Cette méconnaissance limite l'accès aux traitements efficaces disponibles. En 2022, 37 699 personnes étaient prises en charge pour une hépatite B chronique au titre de l'ALD (affection de longue durée), avec une prédominance masculine (66%) et une concentration dans la tranche d'âge des 30-59 ans. Les complications graves, telles que la cirrhose ou le cancer du foie, sont fréquentes : environ 10% des hépatites B et jusqu'à 85% des hépatites C évoluent vers une forme chronique, augmentant le risque de cancer hépatique.

(Santé Publique France, 2019 et 2024).

Des chiffres particulièrement inquiétants

Les hépatites virales B et C demeurent une menace majeure pour la santé publique mondiale. En 2022, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estimait que 254 millions de personnes vivaient avec une hépatite B chronique et 50 millions avec une hépatite C chronique. Ces infections sont responsables de 1,3 million de décès chaque année, soit environ 3 500 morts par jour, un chiffre comparable à celui de la tuberculose et supérieur à celui du VIH. La majorité de ces décès sont dus à des complications graves telles que la cirrhose et le cancer du foie. Malgré la disponibilité de vaccins efficaces contre l'hépatite B et de traitements curatifs pour l'hépatite C, la couverture en matière de dépistage et de traitement reste insuffisante : seulement 13% des personnes atteintes d'hépatite B et 36% de celles atteintes d'hépatite C connaissent leur statut, et respectivement 3% et 20% bénéficient d'un traitement. (OMS, 2024).

En France, la situation est également préoccupante. Selon Santé publique France, environ 280 000 personnes vivent avec une hépatite B chronique, avec une prévalence plus élevée chez les personnes nées à l'étranger et celles en situation de précarité sociale. Pour l'hépatite C, on estime que 98 000 personnes sont concernées, avec une prévalence particulièrement élevée chez les usagers de drogues injectables et en milieu carcéral. Malgré les efforts de dépistage et de traitement, une proportion significative de ces personnes ignore leur statut, ce qui limite l'accès aux soins et favorise la transmission du virus. (Santé Publique France, 2024).

Le manque de dépistage

Aujourd'hui, l'hépatite C est guérissable grâce à des traitements antiviraux très efficaces, avec un taux de succès supérieur à 95%, tandis que l'hépatite B peut être contrôlée durablement grâce à la vaccination et aux traitements disponibles. Malgré ces avancées médicales majeures, le manque de dépistage reste la principale cause de décès évitables liés aux hépatites, avec plus d'un million de morts chaque année. Chaque vie perdue aurait pu être sauvée si le diagnostic avait été posé à temps et si les patients avaient eu accès aux soins. Pour l'hépatite C, bien que les traitements soient bien tolérés et très efficaces, l'accès reste inégal dans le monde en raison de leur coût encore élevé dans certains pays. Le vaccin contre l'hépatite B, quant à lui, permet d'empêcher des millions d'infections, notamment chez les enfants, contribuant ainsi à réduire la transmission.

Il est urgent de mobiliser une action globale d'envergure, comparable à celles menées contre le VIH/sida ou la tuberculose. Comme le rappelait récemment le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS, « le monde ne peut plus



ignorer la menace des hépatites virales. Il est temps d'agir ensemble pour éliminer ces maladies». Trop longtemps sous-estimée, cette pandémie silencieuse nécessite désormais des campagnes massives de prévention, de dépistage et d'accès aux traitements. L'élimination des hépatites est un objectif réaliste pour 2030, à condition de renforcer la volonté politique et les moyens déployés.

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 entre le VIH et les hépatites virales sont plus fréquentes qu'on ne le pense. Environ 5 à 15% des personnes vivant avec le VIH sont co-infectées par le virus de l'hépatite C (VHC), et 5 à 20% par le virus de l'hépatite B (VHB), (OMS, 2023). En France, la séroprévalence de l'hépatite A chez les personnes vivant avec le VIH varie entre 37% et 73% selon les études, atteignant près de 100% chez les personnes originaires de régions d'Afrique où le virus est endémique (*Santé Publique France*, 2023). Environ 10% des patients co-infectés par le VIH et le VHB sont également porteurs du virus Delta (VHD), qui aggrave significativement la progression de la maladie hépatique (*EASL Clinical Practice Guidelines*, 2023). Par ailleurs, la quadri-infection VIH-VHB-VHC-VHD, bien que rare, est retrouvée chez environ 3% des patients co-infectés par le VIH et le VHB, compliquant la prise en charge thérapeutique (*Inserm* 2022).

Les conséquences pour le patient séropositif

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. A 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 co-infections VIH et hépatites virales s'expliquent en grande partie par la similitude des modes de transmission. Le virus de l'hépatite C (VHC) se transmet principalement par voie sanguine, notamment par le partage de matériel d'injection, et est très peu transmissible par voie sexuelle, sauf lors de rapports à risque avec saignements. En revanche, le virus de l'hépatite B (VHB) partage avec le VIH des modes de transmission sanguins et sexuels. C'est pourquoi une proportion importante de personnes vivant avec le VIH ont été exposées au VHB, même sans développer une hépatite active. En France, des études récentes estiment que la prévalence d'une infection active par le VHB chez les personnes vivant avec le VIH est comprise entre 20 et 40% selon les populations (*Santé Publique France, 2022*).

Les taux de co-infection varient fortement selon les groupes à risque. Chez les usagers de drogues injectables, la co-infection VIH-VHC est particulièrement élevée, avec des prévalences atteignant jusqu'à 70-90%, tandis que chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), environ 10 à 15% sont co-infectés par le VIH et le VHB ou VHC (*ONUSIDA, 2023*).

La lutte contre ces co-infections doit donc s'appuyer sur une politique de réduction



des risques globale, incluant prévention, dépistage et traitements. Même si les traitements antiviraux directs contre le VHC sont très efficaces, le taux de réinfection reste élevé, environ 20 fois supérieur au taux d'infection initial, particulièrement chez les populations à risque. Cela souligne que les traitements ne peuvent remplacer la prévention : la combinaison de mesures prophylactiques, de réduction des risques et d'accès aux soins est indispensable pour maîtriser ces infections.

Les porteurs d'hépatites toujours victimes de discriminations

Des discriminations multiples

Selon le rapport 2023 de la World Hepatitis Alliance, les personnes vivant avec une hépatite virale continuent de faire face à une stigmatisation et à une discrimination importantes dans de nombreux aspects de leur vie. Environ 53% des personnes interrogées rapportent avoir subi une exclusion sociale, 50% évoquent un manque de respect lié à leur statut, et près de 30% ont été victimes d'agressions verbales ou se sont senties menacées.

Sur le plan familial, les conséquences sont lourdes : 37% ont été abandonnées par un conjoint ou des membres de leur famille, 21% estiment qu'une vie maritale leur est compromise, et 10% ont subi un refus de garde d'enfant. Ces expériences de rejet alimentent un isolement social marqué, accentuant les risques de solitude, d'anxiété sociale et de dépression. Cette stigmatisation pousse souvent les personnes porteuses à cacher leur statut sérologique par peur de la discrimination.

Dans le monde professionnel, la situation reste préoccupante : 42% déclarent avoir perdu leur emploi ou une part de leurs revenus à cause de leur infection, 40% dénoncent une exclusion ou une mise à l'écart des opportunités d'emploi, et 14% rapportent une perte de clientèle. Ce rejet professionnel contribue à une précarisation économique et sociale importante.

Les tests obligatoires, encore pratiqués dans certains pays, alimentent également cette discrimination. Par exemple, en Chine, les tests de dépistage de l'hépatite B avant l'embauche ou l'entrée dans les établissements scolaires ont été interdits seulement en 2010. Avant cette interdiction, les personnes testées positives étaient systématiquement exclues de l'éducation et de l'emploi, affectant des millions de porteurs du virus dans le pays.

Un accès différencié au système médical

La discrimination envers les personnes porteuses d'hépatites virales dans le secteur

médical demeure un problème préoccupant, affectant leur accès et la qualité des soins reçus. Selon un rapport récent de la World Hepatitis Alliance (2023), plus de 50% des patients rapportent avoir rencontré des obstacles injustifiés dans leur parcours de soins, et près de 40% se sentent exclus ou stigmatisés au sein du système de santé. Environ un tiers des porteurs estiment que la qualité des soins qui leur est dispensée est inférieure à celle accordée aux patients non infectés.

Cette discrimination s'explique en partie par une méconnaissance persistante des hépatites virales parmi certains professionnels de santé. Par exemple, près de 75% des personnes signalant des symptômes compatibles avec une hépatite C ne sont pas systématiquement orientées vers un dépistage approprié, ce qui retarde le diagnostic et le traitement. Par ailleurs, la stigmatisation affecte aussi les opportunités professionnelles dans le secteur médical : près de 40% des porteurs d'hépatites virales déclarent avoir été exclus ou défavorisés dans des emplois liés à la santé.

Historiquement, l'accès aux traitements antiviraux contre l'hépatite C a longtemps été limité par des critères restrictifs liés au coût élevé des médicaments, notamment avant 2017. En France, comme dans plusieurs autres pays, seuls les patients avec une fibrose avancée du foie (stades F2 à F4) pouvaient initialement bénéficier de ces traitements coûteux. Cette politique a engendré un retard de soins, une dégradation progressive de l'état de santé de nombreux patients, et a poussé certains à recourir à des traitements génériques achetés en dehors des circuits officiels.

Grâce à la négociation de prix entre les gouvernements et les laboratoires, ainsi qu'à la généralisation des traitements antiviraux à action directe (AAD), l'accès aux soins pour l'hépatite C s'est démocratisé depuis 2017. La Sécurité Sociale prend désormais en charge intégralement ces traitements, sans condition de stade de maladie, permettant une guérison dans plus de 95% des cas et réduisant considérablement les inégalités d'accès aux soins.

Une invisibilisation des virus hépatiques et de leurs porteurs

L'affaire du sang contaminé, qui a éclaté en France au début des années 1990, illustre de manière emblématique l'invisibilisation et la sous-estimation durable des conséquences des virus hépatiques, notamment du virus de l'hépatite C (VHC). Si l'attention médiatique et politique s'est initialement focalisée sur le VIH, les contaminations au VHC ont été largement occultées. En effet, on estime que près de 400 000 personnes ont été infectées par le VHC à la suite de transfusions sanguines, soit un nombre environ cent fois supérieur aux contaminations par le VIH liées à ce scandale (*Haute Autorité de Santé, 2019*).

Malgré ces chiffres alarmants, un silence prolongé a entouré les victimes de l'hépatite C, sans procès médiatisé ni campagne d'information majeure, aggravant leur marginalisation sociale et médicale. Pendant de nombreuses années, le traitement des patients infectés par le VHC n'a pas bénéficié d'une prise en charge complète par la Sécurité sociale, contrastant fortement avec l'engagement étatique pour les personnes contaminées par le VIH (*Ministère de la Santé, 2008*).

Cette inégalité s'est aussi manifestée lors des débats parlementaires de décembre 1991 sur l'indemnisation des victimes. Jean-Louis Bianco, alors ministre des Affaires sociales, justifiait l'absence d'indemnisation pour les contaminés par le VHC en raison de la moindre mortalité immédiate de cette maladie comparée au VIH, estimant que seuls « quelques dizaines » de cas graves d'hépatite C nécessitaient une réparation, assimilant ce dossier au risque thérapeutique général et excluant donc le VHC du cadre de l'affaire du sang contaminé (*Assemblée Nationale, 1991*).

Ce n'est qu'en 2008, avec l'adoption de l'article L1221-14 du Code de la santé publique, que les patients contaminés par le VHB ou le VHC ont enfin obtenu une reconnaissance juridique et un cadre officiel d'indemnisation, après des années d'oubli et de lutte (*Legifrance, 2008*).

Cette invisibilisation historique contribue encore aujourd'hui à la stigmatisation et au sous-dépistage des hépatites virales, freinant les efforts de santé publique pour leur élimination.

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 percep-

tion 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 : résumé et perspectives

En France métropolitaine, on estime que 133 000 personnes vivent avec une hépatite C chronique, dont près d'un tiers ignorent leur statut. Ce déficit d'information freine le dépistage et retarde la mise en place d'un traitement, pourtant aujourd'hui efficace dans 99% des cas grâce aux antiviraux d'action directe. Contrairement à l'hépatite B, il n'existe pas de vaccin contre le VHC, ce qui rend la prévention, le dépistage et l'accès rapide au traitement essentiels pour limiter la transmission.

Certaines populations sont particulièrement touchées par le VHC. Près de 62% des usagers de drogues injectables sont infectés, soit environ 50 000 personnes en France. Le virus circule également fortement dans les milieux carcéraux, où le taux d'infection est cinq fois supérieur à la moyenne nationale, avec environ 2,5% des détenus porteurs du virus. Ces chiffres soulignent l'importance cruciale d'une action ciblée, au plus près des populations vulnérables, afin de lutter efficacement contre la pro-



pagation de la maladie qui provoque chaque année environ 3 500 décès dans le pays. La transmission du virus se fait principalement par le sang, ce qui explique pourquoi le partage ou la réutilisation de matériel d'injection (seringues, pailles, coton) est particulièrement à risque. La transmission sexuelle, notamment lors de rapports traumatiques, est possible, surtout chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Dans ce contexte, l'usage systématique du préservatif et la désinfection des objets sexuels sont indispensables. Par ailleurs, le partage d'objets personnels susceptibles de provoquer des micro-lésions, comme les rasoirs ou les brosses à dents, doit également être évité.

Au-delà de la prévention, il est crucial d'informer les personnes infectées sur les facteurs aggravants qui peuvent accélérer la progression de la maladie. La consommation excessive d'alcool est un facteur majeur car elle détériore les cellules du foie et réduit les chances de guérison. De même, le tabac aggrave les lésions hépatiques, tout comme une alimentation trop riche qui favorise l'accumulation de graisses dans le foie, augmentant l'inflammation. Chez les personnes co-infectées par le VIH et le VHC, qui représentent entre 10 et 20% des patients vivant avec le VIH, un ajustement des traitements est souvent nécessaire pour éviter les interactions médicamenteuses.

Pour réduire les risques liés au VHC, l'élargissement de l'accès au dépistage est indispensable. Aujourd'hui, trop peu de tests sont réalisés, alors qu'une détection précoce combinée à un traitement systématique permettrait de réduire significativement le nombre de nouvelles infections. Les programmes d'échange de seringues, les traitements de substitution aux opiacés et les salles de consommation à moindre risque (SCMR) jouent un rôle clé dans la prévention, en particulier auprès des usagers de drogues. Ces dernières, en expérimentation depuis 2016 à Paris et Strasbourg, offrent un cadre sécurisé avec du matériel stérile et un accompagnement médical.

Enfin, un accompagnement global des personnes infectées est nécessaire, incluant un soutien pour le sevrage de l'alcool et du tabac via des consultations spécialisées, souvent remboursées. L'adoption d'un mode de vie sain, comprenant une alimentation équilibrée et une activité physique régulière, contribue également à préserver la santé du foie.

En somme, la lutte contre le VHC repose sur une stratégie globale alliant information, prévention ciblée, dépistage élargi et accès aux traitements, avec une attention particulière portée aux populations vulnérables. Pour cela, une volonté politique forte, associée à une mobilisation sans tabou, est indispensable afin de freiner la propagation du virus et d'améliorer la qualité de vie des personnes concernées.



OSER

**la vaccination
pour viser
l'élimination de
certains cancers**

Parce que la santé a besoin d'audace.

Pionnier dans le domaine de la vaccination, MSD développe et met à disposition des vaccins parmi les plus innovants. Aux côtés des acteurs de santé publique, MSD s'engage activement à protéger les populations dans l'objectif d'éliminer certains cancers grâce à la prévention.



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



ELU.E.S.,

soyons les acteurs de la fin du VIH/SIDA

À retenir des 29^e États Généraux



ACTES DES 29^e ÉTATS GÉNÉRAUX DES ÉLUS LOCAUX CONTRE LE SIDA

Paris, le 27 novembre 2024



XXIX^e ETATS GÉNÉRAUX DES ELUS LOCAUX CONTRE LE SIDA

Sommaire

Ouverture	3
Jean-Luc ROMERO-MICHEL	
Président d'Élus Locaux Contre le Sida	3
Sylvie CARILLON	
Présidente du Crips, maire de Montgeron et	
Conseillère régionale d'Île-de-France	3
Brigitte LISO	
Députée et vice-présidente d'ELCS	6
Sheila – message enregistré	
Présidente d'honneur d'ELCS	9
Focus épidémiologique sur le VIH	9
Professeur Jean-Michel MOLINA	
Infectiologue à l'AP-HP	9
1^{ère} table ronde : lutter contre le VIH à différentes échelles :	
locale, régionale et nationale	16
Christophe MARTET	
Président de Vers Paris Sans Sida	16
Sylvie CARILLON	
Présidente du Crips, maire de Montgeron et	
Conseillère régionale d'Île-de-France	17
Rémi FÉRAUD	
Sénateur et Conseiller de Paris	20
Le grand témoignage des états généraux	25
Cédric FEITO	
Créateur de contenu, responsable du média PAINT,	
et auteur du livre Love Stories	25
Aline FEITO	
Créatrice de contenu, responsable du média PAINT,	
et auteure du livre Love Stories	26



2^e table ronde : combattre le VIH et la stigmatisation,	
hier et aujourd'hui	31
Christophe MARTET	
Président de Vers Paris Sans Sida	31
Nina ROSE	
Artiste, première femme trans porte-parole de la campagne d'AIDES contre la sérophobie, et activiste pour le droit des personnes trans & TDS	33
Jean-Luc VERNA	
Artiste et créateur du premier monument en hommage aux victimes de LGBTphobies	35
Grégory BRAZ	
Chargé de mission sur l'accompagnement des PVVIH à AIDES, présentation de l'étude Ifop pour AIDES : « 1985-2024 : La sérophobie en France et les représentations du VIH »	37
Bernadette RWEGERA	
Présidente d'IKAMBERE	43
Focus sur le Chemsex – Pour une approche médicale et communautaire du Chemsex	49
Thibaut JEDRZEJEWSKI	
Directeur médical au 190 Paris	49
Fred BLADOU	
Activiste RDR et Prévention à AIDES et SOS Addictions	53
Clôture	55
Anne-Claire BOUX	
Adjointe à la mairie de Paris en charge de la santé	56
Jean-Luc ROMERO-MICHEL	
Président d'Élus Locaux Contre le Sida	58



Ouverture

Jean-Luc ROMERO-MICHEL

Président d'Élus Locaux Contre le Sida

Bonjour à toutes et à tous. Merci d'être là pour un moment toujours important, même si l'on sait que mobiliser autour du VIH est devenu très compliqué. La logique est la même dans toute la société.

Merci à la Présidente, Valérie Péresse, de nous recevoir. Elle se trouve à Auschwitz aujourd'hui. Sylvie CARILLON, Présidente du Crips, conseillère régionale et maire, se chargera de l'accueil. Je l'en remercie.

Le slogan d'ELCS est « le sida se soigne aussi par la politique ». Bien évidemment, le sida n'est ni de droite ni de gauche. Il est donc important que l'on travaille ensemble sur cette question compliquée.

Lors de la clôture de la journée, je parlerai de la mobilisation Chemsex. Nous sommes heureux de remarquer que des élus de toutes tendances, notamment de droite et de gauche, se mobilisent. Brigitte aura également l'occasion de nous en parler.

Sylvie CARILLON

*Présidente du Crips, maire de Montgeron et
Conseillère régionale d'Île-de-France*

Monsieur le Président, cher Jean-Luc, Madame la Présidente d'honneur, mesdames et messieurs les parlementaires, les conseillers régionaux, les élus – je vois qu'ils sont peu nombreux – je suis ravie de vous accueillir au siège de la région Île-de-France au nom de la Présidente de Région, Valérie Péresse.

La Région Île-de-France a une longue histoire dans le combat contre le VIH. Cet engagement fort a donné lieu dès 1988, en pleine épidémie de sida, à la création du Crips Île-de-France, dont Jean-Luc ROMÉRO a été le premier président. J'ai aujourd'hui l'honneur de présider cet organisme, qui reste pleinement mobilisé sur ces enjeux, tout en ayant étendu son champ d'intervention à la prévention en santé des jeunes de façon plus générale.

Aujourd'hui, le combat contre le VIH reste d'actualité. Le temps n'est pas encore venu de relâcher nos efforts et notre mobilisation – nous verrons pourquoi par après.

Nous sommes à un moment clé. Si les avancées thérapeutiques ont permis des progrès dans la maîtrise de cette épidémie, celle-ci est toujours très active, singu-



lièrement en Île-de-France, qui demeure la région métropolitaine la plus impactée. Je rappelle que l'on concentre 40% des nouvelles contaminations dans la région.

La Région a encore réaffirmé son engagement, en adoptant, lors de la séance plénière du 29 mai dernier, une nouvelle stratégie pour la période 2024-2028. Sous l'impulsion de sa présidente et de sa vice-présidente, Farida ADLANI, nous poursuivons ainsi l'action engagée aux côtés de tous les partenaires et les acteurs associatifs dans le sillon du premier volet de son agenda pour une Île-de-France sans sida, adopté en 2017.

Cette dynamique nous a conduits à engager plus de 25 millions d'euros depuis 2017 pour agir sur plusieurs leviers, notamment la sensibilisation, l'information, la lutte contre les discriminations et la sérophobie, aux côtés des acteurs de terrain. J'insiste sur cet aspect, car les acteurs de terrain sont incontournables. Sans eux, on ne pourrait rien.

Le dépistage constitue un enjeu majeur, car les études de l'Observatoire régional de santé montrent que la moitié des prises en charge sont tardives. Nous avons déployé 10 000 autotests VIH par an auprès des associations de terrain et dans les universités.

La prise en charge des publics vulnérables est un sujet central. Nous aidons notamment IKAMBERE. Sa présidente, Bernadette RWEGERA, nous rejoindra tout à l'heure, avec de beaux projets de prises en charge de femmes vivant avec le VIH, mais aussi des centres communautaires de santé, comme la Maison du Chemin Vert ou le 190.

Il faut en outre citer la recherche, par le soutien que la Région a apporté aux travaux sur la PrEP, aux équipes du professeur Jean-Michel MOLINA. La présidente de Région vient de le nommer Personnalité qualifiée au sein du Crips. Je le remercie.

Avec l'acte 2 de notre agenda pour une Île-de-France sans sida, la Région reste mobilisée aux côtés des différents acteurs (collectivités locales, ARS, associations, professionnels de santé). Avec le relais essentiel de son organisme associé, Île-de-France prévention santé sida, nous allons continuer à sensibiliser les jeunes, notamment lors des Solidays, et lors des interventions dans les lycées. La Présidente nous a en effet demandé de développer notre action dans les lycées. Nous œuvrons politiquement à la mise en place des trois séances d'éducation à la sexualité, qui ne sont toujours pas de mise.

La Région a également prévu d'accompagner des projets de sensibilisation aux risques du Chemsex, en plein essor. Nous en avons beaucoup discuté avec Jean-Luc. Ce sujet nous tient particulièrement à cœur. Nous allons également renfor-



cer nos efforts en prévention et dépistage. La Région va continuer à diffuser les autotests aux associations. Nous allons mobiliser les acteurs locaux autour d'un mois francilien du dépistage. Nous comptons bien sûr sur votre appui.

Nous allons continuer à agir auprès des publics éloignés des prises en charge, notamment les femmes vulnérables, et lever les freins pour l'accès aux traitements. Les femmes sont encore peu nombreuses à accéder à la PrEP. Nous voulons aussi accompagner les initiatives pour bien vieillir avec le VIH. C'est une réalité : quarante ans après la découverte du VIH, et grâce aux avancées thérapeutiques, 50% des personnes vivant avec le VIH ont plus de 50 ans.

La Région a aussi rejoint le réseau des Fast Track cities, villes et territoires engagés contre le VIH à l'échelle internationale. Si l'Île-de-France représente 40% des nouvelles contaminations, c'est bien entendu en lien avec les échanges internationaux. C'est la raison pour laquelle il ne faut pas relâcher nos efforts en la matière. Tout ce que nous faisons sur le territoire ne suffira pas si nous ne travaillons pas avec les mobilités internationales.

Pour mener à bien toutes ces actions sur notre territoire francilien, nous avons besoin d'élus, d'associations, de personnalités engagées, et de la bonne volonté de tous. C'est tous ensemble que nous pourrons sensibiliser les publics, notamment les jeunes. On note un certain retour en arrière en matière de connaissances chez les jeunes. Rien n'est acquis. Tout est à remettre en question en permanence. À chaque relâchement, on observe des dérapages.

En tout cas, pour cette journée, je vous souhaite de fructueux échanges, de nature à faire avancer les choses. C'est ainsi que l'on partage de l'information et des visions. Il est important de se sentir soutenus et solidaires dans notre action de prévention. Je vous remercie beaucoup.

Jean-Luc ROMERO-MICHEL

Merci beaucoup, Sylvie. Nous sommes en train de réfléchir, les uns et les autres, à un moyen d'être plus efficaces entre la Région, la Ville de Paris, et le Crips sur la question du Chemsex. Une réunion doit prochainement se tenir sur ce sujet.

Je cède la parole à Brigitte LISO, que vous connaissez toutes et tous, et que je remercie pour son implication. Brigitte est ancienne présidente du groupe d'étude sur le sida. J'espère qu'elle sera renommée – et que ce ne sera pas une personne du RN, comme cela a failli être le cas. Brigitte a mené un travail sur le Chemsex. Elle a été victime de la dissolution, en tant que députée, mais aussi parce que sa proposition de résolution sur le Chemsex devait être discutée le 20 juin. Ce fut terrible, d'autant que la ministre, Catherine Vautrin, était favorable à ce texte. Tu



vas nous expliquer tout cela. La parole t'appartient. Je te remercie encore pour tes engagements.

Brigitte LISO

Députée et vice-présidente d'ELCS

Merci beaucoup.

Madame la Présidente du Crips, Sylvie CARILLON, Monsieur l'Adjoint à la mairie de Paris, que je ne présente plus, Président d'ELCS, merci de m'avoir proposé le poste de vice-présidente – j'en suis très flattée, Mesdames et Messieurs les élus, Mesdames et Messieurs les présidents d'association, Mesdames et Messieurs, un an après notre rendez-vous à l'Assemblée nationale, c'est avec un immense honneur, et une profonde fierté que je m'adresse à vous aujourd'hui pour l'ouverture de ces XXIX^e États généraux des élus contre le sida.

Ces événements sont toujours d'une portée exceptionnelle. Merci au Conseil régional et à sa Présidente de nous accueillir.

À quelques jours de la journée mondiale contre le sida, qui se tiendra le 1er décembre, ces États généraux nous offrent une chance unique de renouveler et de réaffirmer avec force notre engagement : bâtir ensemble un avenir sans sida, puisque c'est bien là notre objectif.

ELCS, que tu as fondé, Jean-Luc, illustre parfaitement ce principe. Je veux rappeler notre objectif commun, celui qui nous anime : que la lutte contre le VIH dépasse les cadres institutionnels nationaux. C'est aussi au local et dans nos territoires que chaque Élu, chaque citoyen, chaque association a un rôle déterminant à jouer.

Nous ne pouvons que nous féliciter des résultats concrets des actions menées par ELCS. Je pense ici bien entendu à la signature du manifeste le 17 octobre dernier. Tu disais que de plus en plus d'élus le signent, ce qui est une très bonne nouvelle. Il s'agit là d'un premier pas public. Nous savons toutefois tous ici que nous travaillons en amont depuis bien longtemps sur le sujet.

Ces résultats et ces succès, nous les devons à une énergie collective, impulsée par ELCS. Soyons-en fiers, collectivement !

Vous l'avez dit, Madame la Présidente, le chemin est encore long, mais soyez sûre de notre détermination sans faille.

Le sida n'a pas de frontière, pas de frontière politique, pas de barrière géographique, pas de barrière générationnelle et pas de barrière sociale. Tout le monde, de près ou de loin, peut être impacté par le sida.



Quarante ans après le début de cette pandémie tragique, les résultats sont appréciables. Malgré cela, chaque année, en France, 5 000 personnes découvrent leur séropositivité. Parmi ces découvertes, 43% le sont à des stades tardifs, essentiellement par manque de connaissance et de prise en charge.

Encore quelques chiffres : l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a récemment fait le constat d'une baisse de l'utilisation du préservatif dans le monde. Entre 2014 et 2022, la proportion d'adolescents ayant utilisé un préservatif lors de son dernier rapport sexuel est passée de 70% à 61% chez les garçons, et de 63% à 57% chez les filles. Il ne faut pas absolument pas relâcher la pression.

L'année dernière, lors du vote de la loi de financement de la Sécurité sociale, il a été acté la gratuité des préservatifs. J'ai moi-même porté un amendement qui inclut maintenant les préservatifs féminins.

Le VIH ne connaît ni frontière ni catégorie, mais nous pouvons, ensemble, stopper cette propagation. Cela suppose des moyens de prévention, des moyens pour l'innovation, des politiques publiques inclusives. Vous en avez parlé, Madame la Présidente, cette affirmation est vraie à l'échelle des communes, des régions, et à l'échelle du pays.

Enfin, il faut briser les tabous et les stigmatisations. Je voudrais parler du Chemsex, sujet qui me préoccupe depuis plusieurs années. Il a été mis en exergue par différentes personnalités publiques. Néanmoins, nous le savons tous, c'est un véritable fléau. Les jeunes sont très vite addicts, soit, au produit, soit, à une libido facilitée. Là encore, nous avons besoin de prévention.

Tel était précisément le sujet de proposition de résolution, que je porte toujours. Je n'ai pas baissé les bras. J'ai encore rendez-vous avec la énième ministre de la Santé, Geneviève Darrieussecq, dans les jours à venir. Elle connaît le sujet et je lui en ai déjà parlé. Il faut désormais que cette proposition passe en présentation à l'Assemblée nationale. Je n'en désespère pas.

Depuis 2022, le dépistage VIH est pris à 100% par l'assurance maladie, sans avance de frais, sans ordonnance et sans rendez-vous, dans tous les laboratoires de biologie, et de façon anonyme. À nous de le rappeler, de le faire savoir.

Depuis septembre 2024, quatre nouvelles IST ont été ouvertes au dépistage sans ordonnance et prises en charge à 100%.

Ces efforts visent à briser les barrières financières pour favoriser une adoption massive par les populations. Je veux croire que ces mesures, couplées à des efforts d'accès à l'information, sauront véritablement faire bouger les lignes. Simplification, accès aux soins, démarches d'aller vers, telle doit être notre boussole. Nous ne serons véritablement protégés que lorsque tout le monde le sera. Nous devons



veiller tous les jours que personne ne soit laissé pour compte, agir ensemble avec une réelle solidarité. Telle est la clé pour enfin accéder à un monde sans contamination.

Il faut, bien entendu, investir dans la recherche, renforcer les programmes de prévention, étendre les soins, éduquer, sensibiliser nos proches et nos collègues, éduquer pour promouvoir, toujours dans la bienveillance.

J'en suis convaincue : une éducation complète à la sexualité est essentielle pour combler ces lacunes. La loi de 2001, proposée par Martine Aubry, n'est toujours pas mise en application. Je suis très satisfaite de voir qu'Anne Genetet, actuelle ministre de l'Éducation, a annoncé qu'un nouveau programme d'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle, sera véritablement lancé en 2025.

Vous n'êtes pas sans savoir que de nombreuses associations, familles et personnes s'opposent à cette prévention et à cette éducation dès le plus jeune âge. Là encore, il faudra se battre. Nous serons là. C'est cette bataille sociétale que nous allons devoir gagner avant d'accéder vraiment à notre jeunesse, à la former, à l'éduquer, à lui dire ce que sera sa vie.

Pour revenir plus particulièrement au sujet du sida VIH, il ne faut pas avoir peur des mots : la sérophobie tue aussi. Restons soudés, ensemble, pour aller vers ce monde sans sida.

Jean-Luc l'a rappelé, j'ai été Présidente durant deux ans du groupe d'étude VIH sida à l'Assemblée. Nous avons beaucoup travaillé. J'ai rencontré de nombreux visages que je reconnais ici, à l'occasion des auditions. Nous avons progressé, en attestent la proposition de résolution relative au Chemsex et la prise de conscience élargie.

Il faut agir aujourd'hui, demain, toujours. Si nous voulons y arriver, nous y parviendrons. Je vous remercie.

Jean-Luc ROMERO-MICHEL

Merci beaucoup, Brigitte, pour ton implication sans faille dont nous avons grand besoin dans ce contexte compliqué, où le bruit de fond autour du VIH est de plus en plus difficile à maintenir.

Nous avons un message de Sheila, notre Présidente d'honneur, qui ne peut être là, car elle est en tournée.



Sheila – message enregistré

Présidente d'honneur d'ELCS

Bonjour à tous !

Je ne suis malheureusement pas avec vous, une fois encore, mais nos plannings sont tels que l'on ne se croise pas, ce qui ne veut pas dire que je ne pense pas à vous et que je ne suis pas avec vous.

Je sais le combat que vous menez. Je sais combien il est difficile. Aujourd'hui, on se soigne du sida, ce qui ne veut pas dire que l'on en guérit. Il est important de continuer à persuader les mêmes de sortir couverts, de faire très attention, et de ne pas prendre cela à la légère. Malheureusement, je crois qu'ils n'ont pas véritablement du problème que cela pose et de l'esclavage qu'implique l'entretien d'un traitement constant, avec les séquelles que cela peut entraîner.

Pour tout cela, je vous remercie et vous félicite. Même si je ne suis pas à côté de vous, je suis avec vous par le cœur et par la pensée. Je vous envoie toute mon énergie.

Bien entendu, j'envoie un énorme bisou à Jean-Luc ROMÉRO, mon frère et ami de toujours, et à vous. Je vous remercie.

Jean-Luc ROMERO-MICHEL

Nous avons un point épidémiologique sur le VIH. Nous avons la chance d'accueillir Jean-Michel MOLINA, chef du service des maladies infectieuses de l'hôpital Saint-Louis. Il a été le plus impliqué sur la PrEP à un moment où même au sein de la communauté VIH, certaines contestations émergeaient. Il a porté cette question et on voit à quel point il a eu raison. Merci, Professeur, d'être de nouveau avec nous aujourd'hui.

Focus épidémiologique sur le VIH

Professeur Jean-Michel MOLINA

Infectiologue à l'AP-HP

Merci, cher Jean-Luc.

Je suis très heureux d'être parmi vous aujourd'hui pour partager quelques informations épidémiologiques. Vous m'avez invité l'an dernier et ce fut un plaisir de partager ces informations, mais surtout leur interprétation. Je te remercie en tant que Président d'ELCS de m'inviter à nouveau cette année. Je remercie la Présidente du Crips, de m'avoir fait entrer en tant que membre du Comité scientifique.



Je salue également la députée, toujours présente pour soutenir les actions d'ELCS. Il est essentiel de bénéficier d'un soutien politique, sans quoi les avancées scientifiques ne peuvent être mises en place. Nous avons besoin de l'engagement politique, et associatif. Finalement, nous avons besoin de travailler les uns avec les autres si nous voulons faire avancer la cause du VIH.

Quelques données épidémiologiques pour commencer. Tout d'abord, un aperçu de la situation générale. Globalement, la situation pourrait paraître satisfaisante, puisque par rapport aux années 2010, on note une diminution du nombre de nouveaux diagnostics (moins 39%).

Au cours de l'année 2023, 1,3 million de personnes ont découvert leur infection par le VIH. Dans le monde, on considère qu'environ 40 millions de personnes sont infectées. Malheureusement, même si le nombre de décès a fortement diminué par rapport à 2010, plus de 600 000 personnes sont décédées du VIH en 2023. Depuis le début de l'épidémie, 40 millions de personnes sont décédées.

Dans certaines régions du monde, la situation s'aggrave. En Europe de l'Est et en Asie centrale, on relève une augmentation de 34% du nombre de nouveaux diagnostics. La situation semble pire encore dans des régions proches de chez nous. En effet, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, on observe un doublement du nombre de nouveaux diagnostics de VIH.

On commence à le voir dans les statistiques françaises. Un nombre croissant de personnes diagnostiquées VIH viennent d'Afrique du Nord, notamment de Tunisie, du Maroc et d'Algérie. Peut-être est-ce le début d'une situation complexe à gérer.

Je vais à présent partager avec vous les dernières données présentées par Santé publique France il y a quelques jours de cela, et qui seront partagées à l'occasion de la Journée mondiale du sida. En l'espèce, vous constaterez que les données ne sont pas très rassurantes.

Regardons d'abord – en rouge – le nombre corrigé de nouveaux diagnostics depuis 2012. Nous observons un léger creux en 2020 au moment de l'épidémie du Covid, période au cours de laquelle on a réduit les dépistages, les flux migratoires et les rapports sexuels, puisque les gens restaient chez eux.

Depuis 2020, la courbe remonte. En ce sens, la situation est loin d'être satisfaisante. On remarque un rebond de l'épidémie, du nombre de nouveaux diagnostics. Ce rebond, visible dans tous les pays européens, est plus prononcé en Grande-Bretagne.

Depuis le début de l'épidémie, on relève à peine 10% de réduction du nombre de nouveaux diagnostics. À ce titre, depuis 2012, on n'a pas réalisé de progrès signi-



ficatifs à l'échelle de la population française.

Passons aux départements pour lesquels l'infection par le VIH est la plus importante. Sans surprise, il s'agit des départements d'outre-mer : Guyane, Guadeloupe, Mayotte et Martinique. En métropole, l'Île-de-France détient le record de l'incidence des nouveaux diagnostics.

Passons désormais au sida. Le nombre de cas de sida, en diminution ces dernières années, augmente finalement de 16% depuis 2021. Nous sommes loin d'inverser la courbe et connaissons malheureusement un rebond de l'épidémie du VIH et du nombre de cas de sida.

Cela paraît particulièrement problématique. Le sida touche des sujets jeunes – 45 ans en moyenne. Pire encore : lorsque l'on regarde les personnes ayant développé le sida, on constate que plus des deux tiers ignoraient qu'elles étaient infectées par le VIH. Cela témoigne d'une faille dans les dépistages. De surcroît, entre le moment où les personnes sont contaminées et celui où elles développent le sida, soit une dizaine d'années, elles peuvent potentiellement transmettre le virus à leurs partenaires.

Toutefois, parmi ces personnes, 16% se savaient infectées, mais n'ont pas souhaité se faire soigner. En France, le traitement et la prise en charge sont gratuits. Malgré tout, certaines réticences persistent.

Je propose un focus concernant la prévention. Aujourd'hui, il existe des traitements particulièrement efficaces.

Regardons les «trois 95%» de l'ONUSIDA, qui constituent un objectif pour 2030. S'agissant des deux premiers 95%, 95% des personnes dépistées sous traitement, et 95% des personnes sous traitement affichant une charge virale indétectable empêchant la détection, nous atteignons l'objectif.

En revanche, nous ne sommes pas très bons en termes de nombre de personnes infectées et qui le savent. Pour atteindre l'objectif de 95%, il faut se pencher sur la prévention. En matière de prévention, il existe un certain nombre d'outils et d'actions associés.

On peut réduire le nombre de partenaires. On peut – et on doit – utiliser plus régulièrement les préservatifs. Il faut savoir comment les utiliser.

Par ailleurs, dans certains pays, notamment en Afrique, la circoncision masculine est largement déployée, car elle réduit la transmission de la femme à l'homme. Il s'agit en outre de dépister les personnes à risque et infectées. Ce point constitue un enjeu essentiel en termes de prévention, car en plaçant ces personnes sous traitement, cela évite la transmission à leurs partenaires. Cela évite en outre à ces personnes de développer le sida.



Il convient de mentionner une autre façon d'utiliser les antirétroviraux : soit, chez la femme enceinte pour éviter la contamination de l'enfant – puisque les femmes séropositives peuvent tout à fait donner naissance à des enfants non infectés – soit, après une exposition à risque, que ce soit en milieu hospitalier ou à la suite d'un rapport sans préservatif.

Enfin, il faut citer la PrEP.

Analysons les nouveaux diagnostics :

Depuis la mise en place du dépistage gratuit en janvier 2022, on observe une hausse significative du nombre de dépistages. On relève ainsi +25% de dépistages entre 2021 et 2023, ce qui démontre que cette initiative a porté ses fruits. En France, 7,5 millions de personnes se sont fait dépister. Parmi elles, certaines sont dépistées plusieurs fois.

Les éléments en rouge montrent les personnes dépistées positives. En la matière, on note une certaine stabilité.

Par ailleurs, les ventes d'autotest ne fonctionnent pas très bien (-16%). Cet aspect doit probablement être reconsidéré. Les gens sont réticents. D'une part, ce test n'est pas gratuit. D'autre part, il n'est pas aisé de réaliser le test soi-même et de lire le résultat.

En revanche, les Tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) réalisés par le milieu communautaire sont en augmentation. Ils constituent probablement la voie à suivre.

Un autre cheval de bataille – rappelée par Jean-Luc ROMÉRO-MICHEL, concerne la PrEP. En France, on a commencé à s'y intéresser en 2008. On a connu les premiers résultats en 2015. La PrEP signifie prophylaxie préexposition. Elle consiste à se protéger avant d'être exposé au virus. Pour cela, il faut avoir démarré un traitement avant l'exposition.

Le meilleur parallèle que l'on puisse faire en médecine a trait à la prévention du paludisme. Lorsque vous vous rendez en zone impaludée, en Afrique subsaharienne, vous utilisez un produit chimique contre les moustiques, un répellent, et vous vous mettez sous une moustiquaire. Vous bénéficiez ainsi d'une protection mécanique et d'une protection médicamenteuse par comprimés. En effet, on sait que la moustiquaire peut être percée et que le répellent peut ne pas être vaporisé uniformément. La combinaison d'une prévention mécanique et chimique, c'est ce que l'on devrait appliquer au VIH.

Ainsi que l'a rappelé Jean-Luc, le premier essai conduit avec l'ANRS, Ipergay, a pu être mené grâce à un partenariat très étroit avec le milieu associatif. Une campagne a été lancée dans toute la France pour informer les associations sur

notre volonté d'action. Nous les avons également associées au suivi des personnes participant à l'étude. A ce moment, nous ne connaissions pas l'intérêt de la PrEP. D'ailleurs, les avis étaient très divergents. Il a fallu faire face à beaucoup d'hostilités directes et de menaces.

Le graphique montre l'incidence du VIH. Les éléments en bleu correspondent aux personnes qui prenaient la PrEP. Durant les seize premiers mois de l'étude, aucune contamination n'a été recensée. En ce sens, si la PrEP est bien prise, alors elle permet 100% d'efficacité.

Dans le suivi ultérieur, certaines personnes ont arrêté la PrEP. Elles n'étaient pas certaines de son efficacité, et estimaient ne plus être à risque. Elles ont finalement été contaminées. Les personnes ayant pris un placebo affichent une incidence très élevée, à hauteur de 9%. En d'autres termes, au sein de cette population d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, après un an, 9% d'entre eux étaient contaminés. À ce jour, l'incidence est probablement plus faible, mais elle demeure de l'ordre de quelques pour cent. Il subsiste donc un risque élevé.

Consécutivement à la parution de ces résultats, en 2015, Marisol Touraine, alors ministre de la Santé, avait autorisé la PrEP, permettant son remboursement.

Une campagne de communication – seule campagne correcte menée jusqu'alors – avait été engagée par l'association AIDES : « Un comprimé par jour vous protège du VIH. » Parallèlement à nos résultats, les Anglais ont conduit une étude similaire. L'OMS a alors recommandé la PrEP dès 2015.

Le graphique montre l'utilisation de la PrEP dans le monde. À ce jour, 8 millions de personnes ont démarré la PrEP versus 100 000 personnes en France. Les pays les plus en avance sont ceux où des études ont été réalisées (États-Unis, Brésil, Afrique du Sud, Australie). En Europe, la France et la Grande-Bretagne sont les pays qui utilisent le plus la PrEP.

La PrEP ne s'adresse pas uniquement aux adultes, mais aussi aux adolescents à risque. Récemment, j'ai vu en consultation un jeune homme, venu avec sa mère et sa sœur. Par ses conduites sexuelles, il présentait un risque. Il était donc accompagné en consultation – car mineur – pour bénéficier d'une prescription de PrEP. Il existe des génériques, ce qui minimise le coût du traitement. De surcroît, la PrEP peut être prescrite par un médecin de ville.

La courbe de prescription de la PrEP est très ascendante. En France, 50 000 à 60 000 personnes prennent ce traitement un jour donné. Depuis le début de l'épidémie, cela représente près de 100 000 personnes.

97% des personnes qui prennent de la PrEP sont des hommes. Nous sommes parvenus à cibler les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes,



mais pas les autres groupes à risque. La moitié vit en Île-de-France. Ce département est donc très en pointe sur la délivrance de la PrEP. Les médecins de ville prescrivent de plus en plus de PrEP. Ainsi, près d'un tiers des prescriptions et renouvellements sont réalisés par des médecins de ville.

Tout ceci se traduit par un impact sur les nouveaux diagnostics. Ainsi, on ne note une diminution des nouveaux diagnostics que pour une seule population : les hommes ayant des rapports avec des hommes. Depuis 2012, on remarque une réduction de 36% des nouveaux diagnostics. Parallèlement, on relève une augmentation de 34% chez les femmes nées à l'étranger, de 10% chez les hommes nés à l'étranger, et de 36% chez les homosexuels nés à l'étranger.

En réalité, en France, l'épidémie continue de progresser, sauf chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, probablement du fait d'une meilleure information, d'une meilleure prise de conscience des risques, d'un meilleur dépistage et d'une meilleure utilisation de la PrEP.

Observons ensuite les résultats au regard de l'incidence. Entre le moment où la personne est infectée et celui où elle est dépistée, il s'écoule généralement deux ans. Ici, nous nous intéressons aux personnes infectées dans l'année. Là encore, il n'y a que chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes que l'on observe une franche diminution de l'incidence du VIH.

L'enquête ERAS réalisée en 2023 montre la fréquence d'utilisation, entre 2017 et 2023, de la PrEP, du préservatif ou le non-recours à une quelconque protection lors d'un rapport sexuel anal avec un partenaire de rencontre. On note une augmentation franche de l'utilisation de la PrEP, hélas au prix d'une franche diminution de l'utilisation du préservatif.

Le problème n'est pas uniquement que les gens substituent le préservatif à la PrEP, car les deux sont aussi efficaces. Le problème reste que 20% des personnes n'utilisent ni l'un ni l'autre moyen de protection. Or c'est de cette manière que l'épidémie se perpétue, quand bien même la PrEP offre de beaux résultats.

Comment aller plus loin ?

Nous avons obtenu des résultats très intéressants sur le plan scientifique au cours de l'année 2024. Une étude a été réalisée chez de jeunes femmes en Afrique subsaharienne. Cette même étude a été menée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Grâce à une nouvelle molécule, le Lenacapavir, administrée par voie sous-cutanée sous les six mois, l'étude a montré qu'aucune femme n'avait été infectée après plus de deux ans de suivi. En revanche, chez celles qui prenaient les comprimés – sans doute en raison d'un problème d'observance du traitement – le nombre de contaminations était relativement élevé.



Pour la première fois en Europe, les hôpitaux Saint-Louis et Lariboisière ont commencé l'évaluation de ce traitement en prévention de l'infection par le VIH chez les personnes qui n'ont jamais pris de PrEP. Cette fois-ci, nous espérons faire appel, non seulement à des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, mais aussi à des femmes, ou des personnes ayant arrêté la PrEP. L'idée est de les ramener dans la prévention, avec une modalité de prévention potentiellement plus adaptée à leurs besoins.

En conclusion, l'épidémie du sida n'est pas contrôlée. En effet, non seulement les résultats ne sont pas satisfaisants, mais ils sont inquiétants. Bien entendu, il faut renforcer le dépistage. Il faut poursuivre le déploiement de la PrEP, et pas uniquement chez les hommes ayant des rapports avec les hommes. Il faut sortir de l'image selon laquelle la PrEP est réservée aux hommes gays.

Il faut, bien évidemment, associer les moyens de prévention et remettre le préservatif au centre. Enfin, il faut absolument axer l'action sur l'information.

Ce n'est nullement une critique de Santé publique France, dont l'action est remarquable, mais voici la campagne qui va se mettre en place. Or sur cette image, à mon sens, il manque un préservatif et un comprimé de PrEP, sans quoi la logique est trop complexe. Il convient de simplifier le message et de reparler du préservatif. On doit voir des panneaux d'affichage avec des préservatifs et des comprimés de PrEP.

Nous organiserons en octobre prochain la Conférence européenne sur le VIH et le sida au Palais des Congrès. Je suis très heureux de rassembler de réunir un grand nombre de scientifiques et d'acteurs communautaires. Nous bénéficions du soutien de la Ville de Paris, de la Région, et d'ELCS. Ce sera l'occasion de refaire passer des messages importants.

Pour terminer, je remercie tous les sponsors qui nous ont aidés et accompagnés dans nos projets de recherche au cours des dernières années. Je pense ici au Crips, à la Région, à la Ville de Paris, et l'ANRS. Je conclus en partageant une photographie de mon équipe à l'hôpital Saint-Louis et à l'hôpital Lariboisière. Je vous remercie pour votre attention.

Jean-Luc ROMERO-MICHEL

Je vous remercie, Professeur, pour votre engagement sans faille. Nous serons nombreux et nombreuses au mois d'octobre pour ce grand moment auquel Paris et la Région vous attendent.

Nous allons passer à la suite. Nous avons fait une légère inversion par rapport au programme qui vous a été transmis. La deuxième table ronde va devenir la



première. Je remercie à nouveau Christophe MARTET, Président de Vers Paris Sans Sida, ancien président d'Act Up, journaliste que vous connaissez bien, et qui, chaque année, a la gentillesse d'animer ces tables rondes. Merci à lui pour son implication. Il est désormais soi-disant à la retraite, mais je crois qu'il n'a jamais autant travaillé.

Nous allons recevoir également Sylvie CARILLON et Rémi FÉRAUD, sénateur et conseiller de Paris, mais aussi membre du Conseil d'administration de Paris Sans Sida. Je salue également la directrice de Paris Sans Sida. Merci pour le travail que vous menez.

1^{ère} table ronde : lutter contre le VIH à différentes échelles : locale, régionale et nationale

Christophe MARTET

Président de Vers Paris Sans Sida

Bonjour à toutes et à tous. Merci à la Région de nous recevoir et à Jean-Luc de nous avoir proposé d'animer cette première table ronde. Nous accueillons Sylvie CARILLON, Présidente du Crips, et Rémi FÉRAUD, sénateur et conseiller de Paris.

Depuis 2014, la déclaration de Paris a engagé la ville à lutter contre le VIH. De nombreuses mesures ont été mises en place, notamment la création, en 2016, sous l'impulsion de France Lert, actuelle présidente d'honneur de Vers Paris Sans Sida, de VIH Test. Ce dispositif permet d'avoir un accès gratuit aux tests dans les laboratoires pharmaceutiques de ville. Il est désormais étendu à l'ensemble du pays et montre son efficacité. Ainsi, 20% des tests réalisés en Essonne le sont à travers le dispositif VIH Test, ce qui est considérable. En septembre, le gouvernement a décidé d'élargir le dispositif aux autres IST, avec « Mon IST test ».

Le professeur MOLINA nous a rappelé les chiffres. Ces derniers étaient plutôt bons depuis un certain temps, mais ils se dégradent depuis deux ans. Néanmoins, pour ce qui concerne Paris, on parle tout de même d'une diminution de 33% des nouvelles infections depuis 2014, date de signature de la Déclaration de Paris. Les dépistages ont augmenté de 25%. La PrEP est utilisée par 13 000 personnes à Paris.

Bien entendu, il nous faut rester vigilants et redoubler d'efforts pour que ces actions, dont on constate l'efficacité et la pertinence auprès des populations et avec elles, soient multipliées, poursuivies et amplifiées. Il n'est pas question de baisser la garde, mais bien de parvenir à une fin de l'épidémie en 2030.



Dans cette table ronde, nous allons aborder la question de la lutte contre le sida à différentes échelles (locale, régionale et nationale).

Je vais commencer par Sylvie CARILLON. Récemment, l'enquête CSF, relative à la sexualité des Français, a montré une baisse de l'utilisation du préservatif chez les jeunes lors du premier rapport sexuel. Que comptez-vous mettre en place pour que l'éducation sexuelle, notamment en matière de prévention, soit renforcée auprès des jeunes ?

Sylvie CARILLON

Présidente du Crips, maire de Montgeron et Conseillère régionale d'Île-de-France
Il est vrai que ces éléments sont inquiétants. On remarque une diminution, non seulement du préservatif, mais aussi des moyens de contraception chez les jeunes. On fait face à une régression des connaissances. Ainsi, 20% des jeunes pensent qu'une interruption de grossesse protège du VIH. Il subsiste une confusion entre grossesse et contamination.

Quoi faire ? Le Crips est un fervent défenseur de la loi, qui prévoit des séances d'éducation à la sexualité, qui devraient avoir lieu dans les écoles, collèges et lycées, ce qui n'est absolument pas le cas. Ainsi, 17% des lycéens n'ont jamais reçu d'éducation à la sexualité.

L'éducation à la sexualité est plus vaste que la simple utilisation du préservatif ou de la PrEP. Elle englobe le respect de l'autre, ce que signifie «aimer», ce qui signifie «ressentir des choses», comment s'inscrire dans une dynamique affective. À ce jour, par le biais des réseaux sociaux, ces concepts sont particulièrement mis à mal. Il nous faut lutter contre ces représentations caricaturées et violentes.

Au Crips, nous déployons une politique pour que ces trois séances d'éducation à la sexualité soient appliquées. Nous rencontrons un certain nombre de freins, car l'Éducation nationale ne met pas les moyens nécessaires. Cette volonté, pourtant ée annoncée et revendiquée par le Président de la République, n'est toujours pas mise en place.

Bien évidemment, le Crips s'est proposé pour être acteur de cette démarche, mais cette dernière est souvent confiée aux infirmières scolaires, aux professeurs de biologie, voire aux pompiers. Or nous savons que ces questions sont difficiles. Le contexte religieux joue également. Pour ces raisons, les professeurs n'y vont pas. Tout le monde a peur d'aborder ces problèmes. De surcroît, il n'est pas si facile que cela d'aborder ces sujets. Cela suppose une réelle formation des intervenants, aujourd'hui non dispensée.



En outre, aucune heure n'est réellement dédiée à ces sujets. L'Éducation nationale reçoit l'injonction d'organiser ces séances, mais aucune heure n'est financièrement allouée. La démarche dépend finalement du bon vouloir du professeur, qui va prendre sur son temps d'enseignement général. Ce n'est pas acceptable. Il faut réellement poser les choses, d'un point de vue législatif et obliger à cette éducation.

Christophe MARTET

Vous disposez tout de même du levier des lycées en tant que Région. Vous pouvez intervenir dans les lycées. Que faites-vous concrètement ?

Sylvie CARILLON

On a de la formation sur les temps interscolaires. Nous faisons de la prévention. Nous distribuons des outils, et nous rencontrons les infirmières scolaires. Ce n'est toutefois pas assez massif. Le Crips ne peut pas se déployer tous les ans et impacter tous les enfants chaque année. Il faut absolument un déclic national sur ces questions.

On voit que notre jeunesse ne va pas bien. Je suis maire d'une ville de 24 000 habitants, où se trouve le plus grand lycée de France (3 000 élèves). Les sujets autour de la sexualité sont monnaie courante dans les lycées. Ils s'accompagnent de beaucoup de violence. Il y a donc énormément de choses à faire.

Le Crips s'interroge avec le Conseil scientifique pour toucher les jeunes avec pertinence. La façon dont on s'adresse aux jeunes est spécifique. Ils ne sont pas réceptifs de la même manière que les adultes. Les réseaux sociaux jouent un rôle important. Il subsiste une vraie défiance par rapport à la personne qualifiée, qui ne vaut pas davantage que le copain.

Le Conseil scientifique rappelle que le message doit passer de pair-à-pair. Il est important de former des jeunes afin qu'ils transmettent eux-mêmes les bons messages. En outre, il faut les toucher affectivement pour qu'ils comprennent. Le raisonnement pur ou la peur ne fonctionne pas. Il faut aller les chercher dans leur sensibilité. Or ce n'est pas toujours facile.

Christophe MARTET

Je reviens sur l'enquête CSF, qui montre une plus grande déclaration de personnes LGBT – en tout cas lesbiennes et gays – qu'en 2016. Comment formez-vous les professionnels à inclure ces personnes ? Les politiques, y compris en France,



maintiennent des comportements ou propos homophobes. Certains se sont opposés à la PMA ou au Mariage pour Tous. Comment former les professionnels sur ces questions ?

Sylvie CARILLON

Je pense que ces éléments devraient être intégrés dans leur formation de base. On ne doit pas évacuer ces sujets lorsque l'on veut devenir médecin. Il subsiste un vrai sujet auprès des médecins. On observe un nombre important de personnes infectées qui ne se soignent pas alors même qu'elles se savent contaminées.

Cette situation est très liée à la peur de dire, de s'afficher, de voir son médecin et de lui dire : « Je suis LGBT et j'ai besoin d'un accompagnement. » Il est de la responsabilité des médecins de questionner les patients au moment des consultations, de ne pas mettre de langage barrière. Il s'agirait d'adopter un langage moins discriminant. Lorsqu'on s'adresse à un homme, on a tendance à l'interroger sur « sa femme » alors qu'il potentiellement être en couple avec un homme. Adopter un langage moins stéréotypé paraît nécessaire. Le médecin doit questionner sa population pour laisser la possibilité de la parole, ceci pour prescrire du dépistage et du soin.

Nous sommes de plus en plus présents dans les universités. Par ailleurs, il faut se rendre dans les collectivités, où des regroupements de médecins sont organisés au niveau des territoires, pour leur proposer cette formation.

Christophe MARTET

Si l'on avait respecté le fil conducteur de la journée, nous aurions déjà parlé de sérophobie et de dicibilité, c'est-à-dire de la façon de parler et de lutter contre la sérophobie. Nous verrons notamment le sondage d'Aides sur l'évolution des informations et attitudes des Français vis-à-vis du VIH sida. En tant que Présidente du Crips, comment luttez-vous contre la sérophobie ? Je reconnais qu'il s'agit là d'une vaste question.

Sylvie CARILLON

Dès lors que l'on donne les informations, ce travail doit être mené de façon transversale et partout. Il n'est pas question d'une action isolée, mais de nombreuses petites actions. Cela commence par l'idée d'en parler, de libérer la parole, de ne pas stigmatiser et de partager les bonnes informations.

Par exemple, le Crips a mené une étude qui montre que de nombreuses familles



ne confieraient pas leur enfant à un professeur séropositif. C'est affreux ! Cela signifie qu'elles n'ont rien compris. Lorsque l'on interroge ces familles, le motif est de moins en moins moral. En revanche, elles craignent d'être contaminées. Il subsiste donc un réel problème d'information. Il faut rassurer les gens sur le fait que l'on n'est pas contaminés sous prétexte que le professeur est séropositif. Or si ce savoir n'est pas diffusé, nous ne pouvons pas lutter.

En outre, il faut expliquer que la sérophobie est source de problèmes. Ainsi que l'a expliqué Madame LISO, la sérophobie contamine, car elle empêche les gens de se dépister et de se soigner. En ce sens, elle met en danger la population.

Christophe MARTET

Merci beaucoup.

Nous allons passer à toi, Rémi FÉRAUD. Nous nous connaissons, puisque comme l'a rappelé Jean-Luc, Rémi est Secrétaire général de Vers Paris Sans Sida. Nous allons revenir sur la question de départ : pourquoi est-il important, par rapport aux chiffres et actions à mener, de maintenir un engagement local vis-à-vis du VIH sida ?

Rémi FÉRAUD

Sénateur et Conseiller de Paris

Merci, Christophe, bonjour à toutes et tous.

Après la Déclaration de Paris, lorsqu'Anne Hidalgo a voulu mettre en place en 2014 Vers Paris Sans Sida, j'ai dit que j'étais volontaire pour participer au Conseil d'administration. J'en fais toujours partie et je crois que je suis assidu. Nous étions dans l'idée d'une grande cause, qui ne soit pas seulement un mot, mais une action réelle pour changer les choses. J'ai trouvé cela enthousiasmant.

Je présidais - et c'est encore le cas - le groupe majoritaire socialiste et apparentés. Aussi, je pensais pouvoir apporter un poids politique de soutien et de confortation de cette initiative dans la durée. Il subsiste des arbitrages budgétaires, mais je jugeais utile d'être présent.

Il s'agit d'une initiative originale et locale. Tout d'abord, Paris reste un territoire pas comme les autres. Elle connaît énormément de brassages. Elle est l'une des villes du monde – et demeure la ville de France – historiquement les plus concernées par le VIH. Elle continue à être un territoire d'accueil, à l'instar de la Seine-Saint-Denis, département pour lequel nous avons d'ailleurs élargi l'action de Vers Paris Sans Sida. En effet, les populations bougent entre Paris et sa petite couronne. Les choses ne sont pas figées.



À mon sens, trois moteurs sont extrêmement importants dans Vers Paris Sans Sida :

Tout d'abord, une action politique assise sur un rapport scientifique et des connaissances scientifiques, à commencer par le rapport de France Lert « 90-90-90 ». Ces objectifs, scientifiques, sont portés politiquement.

Ensuite, un discours, et l'idée d'assumer une action destinée aux publics cibles. On sort d'un discours très égalitaire et très universaliste, qui manque les populations visées (ASH, travailleurs et travailleuses du sexe, personnes migrantes). Il est important de mener ces actions spécifiques. L'action générale est bien évidemment essentielle, mais un complément reste nécessaire.

J'ai été très heureux, avant le confinement, de présenter des clips destinés aux populations d'origine africaine dans le nord-est de Paris et en Seine-Saint-Denis. Le but est d'adresser des messages efficaces. Cela signifie s'adresser à tout le monde, mais en prenant en compte les spécificités.

Enfin, une action complémentaire à celle qui est déjà. On finance Vers Paris Sans Sida, notamment les structures associatives, ceci afin qu'elles puissent mener d'autres actions, et non « à la place » ou « en substitution ». L'objectif est d'être efficaces.

Sommes-nous suffisamment efficaces ? Moins que ce que l'on aurait espéré dans les chiffres, mais on note tout de même une diminution d'un tiers des contaminations repérées à Paris. Je reste prudent, car les chiffres ne sont pas exhaustifs, mais on observe une réussite, qui n'existe pas au sein des autres territoires, démontrant un succès.

Il nous faut répondre à de nouveaux défis, à l'instar du Chemsex, sur lequel les pouvoirs publics, dans leur ensemble, font l'autruche. Jean-Luc ROMÉRO, à la ville, nous alerte beaucoup et essaie de faire bouger les choses, mais je suis impressionné par le temps que l'on prend pour mettre en place une action de prévention, qui tarde finalement à émerger.

Il faut aussi s'inspirer de l'histoire de la lutte le VIH, et, à cet égard, mobiliser l'ensemble des acteurs. Certes, il existe « au labo sans ordonnance », mais il faut aussi davantage de dépistages sans rendez-vous. Le nombre de dépistages demeure la clé. Enfin, il faut une approche communautaire, pluridisciplinaire. Il faut soutenir le centre « 190 » et l'aider à mener son action.

On peut mener une action locale. Cette dernière est d'ailleurs nécessaire pour un territoire tel que Paris. J'espère que cela inspirera d'autres territoires. Je ne crois pas aux expérimentations qui restent des expérimentations. Ainsi que le répète Anne Hidalgo, quand on fait des expérimentations, c'est pour les généraliser, sans



quoi cela reste des expérimentations et on n'atteint pas l'ensemble de l'objectif.

Néanmoins, mener une action quand la démarche s'inscrit dans une action plus globale qui va dans le sens inverse est décourageant et contre-productif. Cela ne va pas dans le sens de l'intérêt général. Si l'on veut arriver à bon port, il faut que tout le monde rame dans le même sens.

Il ne sert à rien de fixer des objectifs nationaux de lutte contre le VIH si l'on supprime l'Aide médicale d'État (AME). L'AME est indispensable dans ce cadre. Je sais que vous le pensez tous. Je sais que les médecins le pensent.

Je suis membre de la Commission des finances au Sénat. Nous étudions chaque année le budget santé. Dans le budget de l'État, le budget santé intervient en plus du budget de la Sécurité sociale. Dans le budget santé sont compris les fonds dédiés à la prévention en France et à l'AME.

En Commission, cela se résume finalement à un débat sur l'immigration. C'est lamentable, c'est n'importe quoi, ce n'est pas humaniste, et cela ne sert pas l'intérêt général. L'AME n'est pas uniquement utile à ceux qui en bénéficient, mais bien à toute notre société. La crise Covid aurait dû l'enseigner, le VIH avant cela aurait dû l'enseigner.

Il va falloir se battre pour qu'au-delà des actions locales, on préserve l'Aide médicale d'État et qu'elle ne se transforme pas en Aide médicale d'urgence pour prendre en charge le moins de monde possible, le plus mal possible et le plus tard possible.

Enfin, je ne suis pas venu pour faire campagne. Néanmoins, il est essentiel, face à une grande cause, un objectif à 2030 – qui prendra probablement davantage de temps – de ne pas lâcher en cours de route. Il faut de la continuité, de la persévérance, de la cohérence. Il ne sert à rien de mener des actions durant deux ou trois ans, puis de passer à une autre.

C'est la raison pour laquelle je tiens à ce que Paris poursuive cet objectif avec détermination et avec les budgets associés. Il n'est pas question d'un budget public si considérable. Certes, c'est toujours trop, mais la prévention rapporte aussi de l'argent. À ce titre, mener des actions dans la durée me semble absolument essentiel.

Je vous remercie.

Christophe MARTET

Merci pour ces paroles fortes. J'avais justement l'intention de parler de l'AME, sujet sur lequel nous avons beaucoup travaillé l'année passée. Ma prochaine ques-



tion s'adresse à vous deux, avant de vous libérer. On a parlé de Vers Paris et Seine-Saint-Denis sans sida, mais bien évidemment, l'épidémie ne s'arrête pas aux portes du 93.

L'Île-de-France regroupe un grand nombre de personnes vivant avec le VIH. Il ne faut pas se cacher derrière son petit doigt. Paris et la Seine-Saint-Denis étant à gauche, il est plus compliqué de travailler avec l'Île-de-France, car la Région est à droite. Pour autant, ce qui m'intéresse, c'est de déterminer l'efficacité que l'on peut avoir collectivement. Ainsi que le dit Jean-Luc, le sida se soigne par la politique.

Il existe un consensus sur cette épidémie et sur la façon de la convaincre, même si nous afficherons probablement des divergences sur certains sujets, à l'instar de l'immigration ou de la question des travailleurs et travailleuses du sexe.

Seriez-vous favorables à ce que dans les années à venir, pour atteindre ces objectifs, on parvienne à se coordonner et à travailler ensemble de façon plus pérenne et plus systématique ?

Sylvie CARILLON

Je dois dire que je n'ai pas vu de clivage politique dans nos actions. Au-delà de l'AME, qui comprend de nombreuses questions migratoires sources de débat, j'ai plutôt vu des acteurs et associations à qui l'on ne demande pas l'orientation politique. Nous travaillons avec toutes les associations. Le Crips travaille avec tous les acteurs : la Ville de Paris, l'Île Saint-Denis, etc. Je ne sens pas ce clivage, même si des sujets épidermiques interviennent ponctuellement. En réalité, souvent, ces sujets sont instrumentalisés. Sur le terrain, je ne vois pas de réticences en raison d'une étiquette politique. De la même manière, le Conseil régional n'est nullement réticent pour travailler avec tous les acteurs.

Au Crips, la plupart de nos actions sont tournées vers Paris et le nord de l'Île-de-France, car c'est là que se situent nos besoins. À chaque fois, on trouve des acteurs qui nous accueillent et avec qui nous travaillons très bien.

Pour être plus efficace, il est très important de travailler sur les statistiques. La collecte des informations est très complexe à obtenir. Nous avons vu des schémas qui se sont effondrés en 2020. Néanmoins, allez savoir si c'est parce qu'il y a réellement eu moins de contaminations ou parce que l'on a fait moins de dépistages ? Ces éléments sont très difficiles à apprécier.

En Afrique, quand on augmente le nombre de dépistages, les statistiques augmentent. Il faut donc que ces statistiques soient artificiellement pondérées et retravaillées. Ces données sont très compliquées, mais essentielles pour agir le plus là où



on sera le plus efficace. En effet, si l'on arrose tout le monde de la même façon, on perd en efficacité et on risque de s'épuiser sur des sujets qui ne le nécessitent pas. En revanche, si on cible des populations, des sites géographiques, on sera plus efficaces dans la masse. Nous en avons souvent discuté avec l'ORS. Ce sujet doit véritablement faire l'objet d'une démarche.

Christophe MARTET

Très bien. Je pose la même question sur l'union des forces pour être plus efficace à Rémi FÉRAUD.

Rémi FÉRAUD

S'il y a bien un sujet sur lequel il ne faut pas être sectaire, c'est bien sur ce sujet de santé publique. Il faut travailler de manière complémentaire et dans le même sens. Ce qui changerait tout, ce serait l'extrême droite. Entre les responsables politiques républicains, il faut en tout cas aller dans le même sens. Ensuite, des choix politiques peuvent intervenir. Ils peuvent concerner des territoires différents et peuvent impliquer des choix ou contraintes budgétaires différents.

Chaque fois que les collectivités locales voient leurs ressources diminuer, elles placent moins d'argent sur des missions qui ne sont pas forcément leurs missions premières et incontournables, notamment en matière de santé publique. Pourtant, l'action territoriale ciblée est utile.

Un plan Île-de-France sans sida existe. Si aucun travail quotidien collectif n'est mené, il existe tout de même une convergence et une logique. Peut-être faut-il renforcer davantage la logique territoriale, en accentuant les mutualisations pour faire front ensemble. Peut-être est-ce une des pistes à creuser.

Jusqu'à présent, en dehors d'un engagement budgétaire des autres collectivités que Paris, il n'y a rien d'incompatible. Il faut donc travailler collectivement sur l'ensemble du territoire et de la région. De surcroît, nous avons une vision de nos territoires, mais les gens circulent, particulièrement dans une métropole aussi interconnectée, et d'autant plus lorsqu'ils viennent d'arriver sur le territoire. À ce titre, il faut prendre en compte la réalité des déplacements et de la vie des hommes et des femmes.

Christophe MARTET

Merci, Sylvie CARILLON et Rémi FÉRAUD.

On va faire un pas de côté avec la prochaine intervention, qui sera celle des créateurs de contenu du magazine PAINT.



Le grand témoignage des états généraux

Christophe MARTET

PAINT est un média qui traite en particulier des questions LGBT. Bonjour Aline et Cédric FEITO. Nous avons souhaité vous inviter pour nous parler de votre livre, Love Stories, qui vient de paraître. Dans un premier temps, pouvez-vous nous parler de la création du média PAINT ?

Cédric FEITO

Créateur de contenu, responsable du média PAINT, et auteur du livre Love Stories
Tout d'abord, je vous remercie de nous recevoir. Nous sommes honorés d'être présentés. Nous sommes Aline et Cédric FEITO, jumeaux et homosexuels. En 2017, nous avons créé le média LGBTQA+ PAINT. Nous sommes jumeaux et n'avons jamais eu de référence ou de contenu LGBTQ en grandissant et avons pensé qu'il était pertinent de le créer nous-mêmes.

À la base, nous avons voyagé et vécu dans plusieurs pays, notamment au Canada, en Chine, au Brésil et au Mexique, pour les études. En 2016-2017, nous avons remarqué que dans ces pays, il y avait davantage de contenus LGBTQ qu'en France. Je pense ici à des reportages, des vidéos, des jeux, ou encore des interviews. Certains existaient, mais pas d'une manière très moderne, comme ce pouvait être le cas au Canada. En 2017, nous avons donc décidé de nous rassembler et de créer le média que nous aurions aimé voir durant notre jeunesse.

Ainsi, durant deux ans, PAINT n'était pas la même chose qu'aujourd'hui. Nous avons fait un tour d'Europe durant lequel nous avons proposé des portraits et reportages sur plusieurs personnes LGBTQ, pour voir comment cela se passait ailleurs. Nous avons connu un gros flop. Il s'est agi d'un moment de solitude incroyable, car nous n'avions aucun soutien ni aucune aide financière. De plus, nous faisions tout en anglais et n'avions pas de public et de facto pas d'audience. Les Français détestent l'anglais.

Nous avons donc décidé de revoir la stratégie. Nous souhaitions faire quelque chose pour la France, et pour nous-mêmes. Nous vivions dans le sud et avons déménagé à Paris. Nous avons ainsi créé PAINT en France, avec du contenu en français, en montrant des témoignages et histoires de notre propre pays. Au fil du temps, les gens ont commencé à accrocher et à suivre nos aventures. Aujourd'hui, nous sommes le média le plus suivi sur les réseaux sociaux en termes de communauté LGBTQ, avec plus de 600 000 abonnés sur tous les réseaux sociaux.

**Christophe MARTET**

Aline, qu'est-ce qui différencie PAINT des médias LGBT plus traditionnels comme Têtu, Komitid, Yagg.com ?

Aline FEITO

*Créatrice de contenu, responsable du média PAINT,
et auteure du livre Love Stories*

En réalité, nous avons été le premier média à regrouper toute la communauté. Nous sommes uniquement sur les réseaux sociaux, et pas en Print. En ce sens, on se distingue de Têtu, qui fait beaucoup de travail de Print et qui est connu pour ses revues. Nous sommes reconnus pour tous les vidéos et témoignages que nous proposons.

Au-delà de lire des choses de personnes LGBT, nous nous sommes dit qu'il était important de les voir. En tant que lesbienne, lorsque j'étais jeune, je ne voyais pas de témoignage de lesbienne. On ne voyait pas de personnes trans. On s'est dit qu'il fallait un média qui regroupe tout le monde.

Nous voulions proposer des témoignages visuels pour mettre en lumière toutes nos histoires, mais aussi que ce soit des histoires chouettes, et que l'on ne soit pas dans des trucs tristes.

Ce qui nous différencie aujourd'hui, c'est que notre force de frappe est unique. Si vous voulez parler directement aux gens de la communauté LGBTQIA+ dans son ensemble, vous passez par nous, et nous allons les chercher directement.

Vous faisiez référence aux statistiques. Nous avons une communauté de plus de 600 000 personnes. Aussi, si l'on pose une question «devrait-on faire ceci ou cela» ; «préférez-vous ceci ou cela», on sera le plus d'impact pour trouver des réponses.

Christophe MARTET

Quelle place occupent les questions relatives au VIH sida sur PAINT ?

Cédric FEITO

Elles occupent une place prépondérante, car le sujet est central. On se rend compte, par le biais de nos abonnés, qu'un grand nombre de personnes ne connaît pas grand-chose à ces sujets.

Nous avons la chance de travailler avec Sexosafe, dispositif mis en place par Santé



publique France. Tous les mois, nous proposons des rappels et des publications pédagogiques, où nous expliquons toutes les thématiques du VIH (dépistage, prévention, PrEP). Il est alarmant de constater qu'énormément de jeunes ne sont pas du tout au courant de ces sujets et ne connaissent pas l'épidémie historique du sida.

Aline FEITO

Typiquement, nous venons de publier l'histoire de Dave et Patrick Loiseau dans notre livre *Love Stories*, mais nous proposons aussi un format podcast. C'est particulièrement important, parce qu'ils parlaient justement de l'époque VIH sida, de toutes les morts qu'ils ont dû affronter, et du fait qu'ils se rendaient quasiment tous les jours à l'hôpital pour accompagner leurs amis vers la mort.

Ce sont des témoignages que la jeune génération devrait entendre pour ne pas faire comme si cette épidémie n'existait plus. Il est donc important de faire ce travail intergénérationnel, d'aller chercher les histoires, et de sentir que nous sommes tous impliqués dans cette lutte.

Christophe MARTET

La communauté LGBTQIA+ est diverse et multicolore. Comment faites-vous en sorte que toutes les populations, tous les gays et toutes les lesbiennes, quelle que soit leur origine (né en France, à l'étranger, Noir, Arabe, Asiatique) soient représentées et fassent partie de votre média ?

Cédric FEITO

C'est précisément pour cela que nous nous distinguons par rapport à d'autres médias. Nous voulions donner la place à toute personne de la communauté. Pour nous, il était donc très important de parler de non-binarité, de transidentité, et de donner la voix à des personnes qui n'en avaient pas l'habitude.

On s'en rapidement rendu compte qu'il y avait un besoin, et que ces personnes ne demandent qu'à prendre la parole et à partager leur histoire, car elles sont loin d'être seules. Nous sommes loin d'être seuls. Nous sommes des milliers et des millions. La logique est simple : donner la parole aux personnes concernées.

Avec Aline, nous avons beau être jumeaux et homos, on nous demande parfois pourquoi nous ne mettons pas davantage en avant. En réalité, nous nous mettons déjà en avant et nos abonnés nous reconnaissent très bien. Notre objectif était de mettre la communauté en avant, sur scène. Peut-être est-ce aussi pour cela que les gens nous ont suivis aussi rapidement.



Christophe MARTET

Votre projet de livre a vu le jour : Love Stories. On est ici sur du traditionnel, puisqu'il s'agit d'un – très beau – livre. Pouvez-vous nous en parler et nous dire comment vous est venue cette idée de faire témoigner des couples LGBTQIA+ ?

Aline FEITO

Nous avons fait beaucoup de contenus numériques. Nous trouvions cela très chouette, mais nous avons envie d'avoir quelque chose de tangible, et d'entendre 15 histoires d'amour de couples et de trouples, de gens connus ou moins connus, et de l'écrire sur papier. Nous voulions construire un beau projet à partager avec la communauté.

Ce livre n'est pas uniquement destiné aux gens de la communauté. Il vise aussi les parents qui peuvent l'offrir à leurs enfants comme un acte d'amour, comme un acte d'acceptation. Il peut aussi être offert à des parents et jouer un rôle éducatif.

Finalement, le livre parle à tout le monde. L'amour est un sujet universel. C'est un sujet dont nous avons plus que jamais besoin. Nous proposons aussi des concepts vidéo avec des couples et de l'amour, mais ce livre représente un aboutissement d'un an de travail.

Nous partageons 15 histoires d'amour : celle de Dave, de Barbara Butch et de sa femme, de Marie Patouillet, championne olympique et sa femme, d'un trouple. On peut apprendre de toutes ces histoires, mais on peut aussi sourire. L'idée est de voir que ces histoires d'amour sont belles. Malgré les contextes actuels, on peut s'épanouir et vivre nos propres identités.

Cédric FEITO

Certains sujets fonctionnent très bien sur les réseaux sociaux. Nous avons notamment remarqué que l'amour fonctionne très bien. Dès que l'on met en lumière des couples LGBTQ, quel qu'il soit, cela cartonne toujours et on fait toujours des millions de vues.

On s'est dit qu'il était dommage que les personnes qui n'ont pas forcément accès aux réseaux sociaux n'aient finalement pas accès à ces couples. On a pensé que le livre constituait une solution parfaite.

De plus, le contexte politique est tel que nous nous disons : « Il y a urgence. » Pour combattre l'homophobie, il n'y a parfois pas meilleur moyen que de montrer l'amour, et de montrer qu'il n'y a pas lieu d'avoir peur.

Ici, nous parlons de 15 couples magnifiques. Chaque semaine, nous partageons



sur Instagram une vidéo de l'un des couples. Le dernier concerne Dave et Patrick Loiseau. En tout cas, nous sommes très fiers des 15 couples portés et de la diversité qu'ils représentent, de même que le trouple.

Aline FEITO

Le livre est décliné sous forme de podcast pour celles et ceux qui ont davantage de patience et qui souhaitent se poser une heure pour écouter de belles histoires. On demande ce qu'est l'amour, quelles sont les clés d'un couple qui dure, etc. Ce sont des choses très simples. Ce n'est pas du grand journalisme, mais beaucoup d'humanité. Cela fait du bien d'entendre ces histoires.

Cédric FEITO

Le podcast s'appelle CONTRE-NATURE. Nous l'avons créé il y a deux ans de cela. Nous y traitons de nombreux sujets. En ce moment, nous parlons de ces 15 histoires d'amour.

Christophe MARTET

En conclusion, vous avez en face de vous des membres d'associations, des politiques. Les réseaux sociaux représentent parfois le pire – je pense à X. Le meilleur reste évidemment PAINTE. En tout cas, quels conseils donneriez-vous à des politiques ou des associations pour être efficaces sur les réseaux sociaux ?

Aline FEITO

Le premier conseil serait de travailler avec nous.

Cédric FEITO

Nous avons justement choisi les réseaux sociaux, car c'est par ce biais que l'on peut faire passer les messages. C'est là où les jeunes générations passent la plupart de leur temps. Il est primordial d'être sur les réseaux sociaux et de travailler avec les personnes qui ont accès aux cibles et audiences voulues. Il est essentiel de proposer du contenu pédagogique, bienveillant, respectueux et pouvant parler au plus grand nombre.

**Aline FEITO**

Nous sommes référents dans ce que nous faisons, mais malgré tout, nous ne sommes que deux. Nous avons construit PAINT il y a quatre ans. D'ailleurs, nous n'avons pas de bureau et nous en cherchons toujours. Le fait est que nous sommes arrivés là où nous en sommes par constance et par travail. Nous avons commencé «petit» et sommes parvenus à grandir. Le conseil est finalement de persévérer dans ce que vous proposez, de le faire avec bienveillance. Peu à peu, on arrive à ce que l'on veut si l'on est véritablement déterminés.

Pour nous, le parcours a été très difficile et il l'est encore, car nous ne bénéficions d'aucune aide. Notre business model est purement établi avec des marques ou des réseaux sociaux. En ce sens, ce n'est pas très stable. Nous faisons face à ces problématiques et ces enjeux, mais par notre notoriété, il nous appartient de trouver des solutions.

Cédric FEITO

C'est aussi notre plus grande fierté. Nous sommes parvenus à être le média le plus suivi sur les réseaux sociaux pour la communauté LGBTQ sans aucune médiatisation. Les abonnés disent : «On ne vous a pas vus dans Quotidien ou sur France 5.» En effet, nous n'avons absolument pas été médiatisés. Malgré cela, nous sommes parvenus à rassembler beaucoup de monde sur les réseaux. Nous ne sommes pas jumeaux pour rien. Nous sommes fusionnels et très solidaires.

Aline FEITO

C'est important, sans quoi on ne tiendrait pas.

Cédric FEITO

Nous écrirons peut-être un deuxième tome sur les coulisses et les galères de PAINT. En tout cas, nous sommes très fiers de ce que nous pouvons proposer, y compris le livre, qui peut constituer une idée de cadeau de Noël très sympathique pour les tontons homophobes et même les entreprises.

Christophe MARTET

On peut vous féliciter pour votre action. Petite auto-promo Instagram : @Dr-Naked, compte de Vers Paris Sans Sida, est le premier compte français sur la santé sexuelle. Nous n'atteignons pas vos audiences, mais affichons tout de même



22 000 abonnés. Je vous invite à le consulter. En tout cas, merci infiniment Aline et Cédric.

Aline FEITO

Je souhaite passer le message de toujours être fier de soi. Le plus important est d'être safe et de faire comprendre aux gens de la communauté qu'ils peuvent être qui ils sont. Tout le monde est impliqué. Dans notre média, on ne parle pas uniquement aux personnes de la communauté. On s'adresse aussi aux alliés, primordiaux dans ce combat pour être soi-même et aimer ouvertement et librement.

Cédric FEITO

Merci à toutes et à tous de faire ce que vous faites. On fait finalement tous la même chose et il s'agit là d'un travail d'équipe. Aucun d'entre nous ne serait là sans entraide. Bravi pour votre action.

Christophe MARTET

Jean-Luc a prévu un programme très chargé. Sans trop tarder, je propose de passer à la deuxième table ronde.

2^e table ronde : combattre le VIH et la stigmatisation, hier et aujourd'hui

Christophe MARTET

Président de Vers Paris Sans Sida

J'invite Nina ROSE, Jean-Luc VERNA, Grégory BRAZ et Bernadette RWEGERA, à me rejoindre pour aborder ces questions.

Nous allons aborder ce sujet, qui devait être la première table ronde, car nous voulions démarrer l'après-midi par des témoignages de personnes vivant avec le VIH. Si nous sommes toutes et tous réunis, c'est bien pour mettre en avant, en valeur et en action les personnes concernées.

Je vais commencer avec vous, Nina ROSE. Vous êtes une femme artiste et trans. Vous avez participé en 2021 à une campagne d'AIDES contre la sérophobie, au travers d'un clip que nous allons regarder.

Diffusion d'un clip.

Nous pouvons l'applaudir. Tout d'abord, pourquoi était-ce important pour vous de



participer à cette action contre la sérophobie en 2021 ?

Nina ROSE

Artiste, première femme trans porte-parole de la campagne d'AIDES contre la sérophobie, et activiste pour le droit des personnes trans & TDS

Bonjour à toutes et à tous. Merci de me recevoir. En tant que femme trans, on est pratiquement invisible dans la lutte contre le VIH. On est invisible dans les médias, et invisible un petit peu partout.

J'ai été diagnostiquée trois ans auparavant. J'étais au tout début de ma transition et j'avais réalisé quatre ou cinq mois de traitement hormonal. AIDES m'a appelée et m'a proposé de participer. Je me suis juste dit : « Je vais le faire. » Je ne me suis pas rendu compte de l'impact que cela allait entraîner pour ma propre communauté, et plus particulièrement pour les femmes trans.

La démarche était très importante pour moi. Dès le moment où j'ai été diagnostiquée séropositive, je n'ai jamais compris pourquoi on me disait qu'il fallait que je le cache, qu'il ne fallait pas que j'en parle, qu'il ne fallait pas que je sois publique, qu'il ne fallait pas que je dise ce que j'ai à dire en tant que femme trans vivant avec le VIH.

De plus, cela n'a pas été dit dans le clip, je suis travailleuse du sexe. Il était donc très important pour moi de montrer cette représentation.

Christophe MARTET

Les personnes trans sont très discriminées. En tant que militant de longue date, je suis particulièrement reconnaissant et admiratif du combat des associations. Je pense ici à Acceptess-T, au PASTT, OUTrans et autres associations communautaires de femmes et d'hommes trans. Cette implication communautaire est-elle très importante pour vous ?

Nina ROSE

C'est très important. Je ne suis pas Française, je suis Belge, et je viens de Bruxelles. J'ai eu l'occasion de travailler et de mon développer mon activisme au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, en Belgique et en France. Quand on fait partie de la communauté trans, on est obligé de se battre.

J'entends souvent dire : « Vous avez énormément de courage. » Ce n'est pas du courage, mais de la survie. Il est absolument nécessaire d'en parler et de rester



soudés. Je me permets de le dire, car je ne vis pas en France, mais votre pays a dernièrement voulu faire passer des lois anti-trans. Nous vivons dans un monde où Trump vient d'être réélu et où des lois anti-trans vont clairement passer.

En tant que femme trans, sex-workeuse, et séropositive, je fais partie de la première ligne de la marginalisation. Je fais partie des personnes qui reçoivent directement les conséquences de ces lois. Il est donc très important d'en parler.

Le travail associatif est essentiel, tout comme la prise de parole et la visibilité. J'ai reçu un nombre considérable de femmes trans concernées, voire de personnes séropositives qui ne se sentent pas représentées dans les campagnes. Mon apparition en 2021 les a boostées et leur a permis une prise de conscience permettant un dépistage. Cette visibilité change tout. Il faudrait que nous soyons plus visibles encore.

Il est toutefois difficile de trouver des personnes vivant avec le VIH et volontaires pour en parler, car il y a eu des conséquences suite à cette campagne.

Christophe MARTET

Quelles ont été les suites de cette campagne ?

Nina ROSE

Je risque d'être un petit peu émotive. J'avais 24 ans lors de la campagne et j'étais hormonée depuis cinq mois. Je n'avais plus de contacts avec mes parents depuis deux ans.

Cette hypervisibilité m'a énormément exposée. J'ai reçu énormément d'amour le 1er décembre, Journée internationale de lutte contre le VIH sida.

Seulement, j'ai finalement été vue comme un symbole et non comme un être humain avec ses propres problématiques. J'ai l'impression que la vision des autres s'est perdue sur le « symbole » Nina, femme trans séropositive travailleuse du sexe.

Passées les Fêtes, je me suis retrouvée seule. J'ai continué mon travail d'artiste. En février 2022, j'ai fait une tentative de suicide. Je n'ai pas été aidée. Personne ne m'est venu en aide dans le milieu associatif.

À la suite de cela, la fissure familiale a grandi et la chute de privilèges aussi. Le travail du sexe ne servait plus à subvenir à ma transition, mais à subvenir à tous mes besoins. J'ai connu une précarité extrême. De très nombreux clients m'ont reconnue consécutivement à la campagne.

J'ai également reçu de très nombreux messages de haine, parce que je suis trans,



séropositive, travailleuse du sexe. Il a été très difficile de me relever de tout cela.

Christophe MARTET

Comment avez-vous fait ?

Nina ROSE

J'ai suivi une thérapie cognitive. Cela ne fait que dix mois que cela va. J'ai avancé dans ma transition. Je suis « allée me chercher toute seule ». Mes « sœurs », d'autres femmes trans, étaient là. Elles m'ont aidée, relevée, rappelé qui j'étais, ce que j'ai fait. Elles m'ont rappelé qu'il était important que je sois présente aujourd'hui – j'ai hésité à venir. J'hésitais à reprendre cette place. Finalement, je l'embrasse, parce que j'ai 27 ans, que je fais un travail sur moi-même, que je suis résiliente, combattive, que j'ai un tas de choses à dire et que l'on doit être là, les uns pour les autres.

Christophe MARTET

Merci, Nina ! Bravo !

On va continuer à parler. Je me tourne vers Jean-Luc VERNA, artiste dont l'actualité sera particulièrement forte l'année prochaine, notamment à l'initiative de Jean-Luc ROMÉRO. Vous avez en effet créé le premier monument en hommage aux victimes des LGBTphobies.

Jean-Luc, vous participez régulièrement à des expositions. Vous avez réalisé un dessin sur lequel il est écrit : « We are all HIV+ ». Qu'avez-vous cherché à exprimer avec ce dessin ?

Jean-Luc VERNA

Artiste et créateur du premier monument en hommage aux victimes de LGBTphobies

Ce dessin est un portrait de la chanteuse Diamanda Galas, dont le frère est mort du sida au début des années 1990. Elle, femme hétérosexuelle, séronégative, s'est fait tatouer : « We are all HIV+ » sur les phalanges. Elle s'est fait connaître avec un concert donné dans une église à New York, Saint John, où, couverte de sang, elle chantait The Plague Mass, ou the Divine Punishment, des extraits du lévitique, des compositions personnelles, des vieux gospels, ainsi que des chants très durs, comme Sono l'Antichristo, pour dénoncer le fait que son frère soit mort dans un hôpital, mal soigné, coupé de la plupart des contacts, car il était pestiféré.

J'ai fait un parallèle avec ma propre vie. Je suis séropositif depuis trente-cinq ans.

La première chose que j'ai faite en l'apprenant est de me faire tatouer en gros sur la hanche « HIV+ ». Je me disais, un petit peu comme le Port-Salut : « C'est écrit dessus. » C'est une façon de se présenter sans honte.

C'est aussi la façon dont je me présente sans honte et de manière informative à mes étudiantes et étudiants, puisque je suis professeur aux Beaux-Arts depuis une trentaine d'années. Cela me permet de dire le plus simplement du monde ce que je suis, ne serait-ce que pour leur dire qu'on peut en parler très simplement, que l'on peut en parler avec moi, que je suis aussi un ancien travailleur du sexe, puisque de 15 à 21 ans, c'est ainsi que je pouvais survivre.

Dans les différentes écoles que j'aie traversées, j'ai donc toujours été « Monsieur sida », « Monsieur travailleur du sexe », mais aussi beaucoup « Monsieur dessin et histoire de l'Art » - car c'est pour cela que j'ai été invité. L'idée est de leur dire que l'on peut bâtir une vie même quand, dans la vingtaine, on est frappé parce ce qui semble être, pour certains, une malédiction, ou pour d'autres, un arrêt brutal de tous les espoirs, et que l'on peut bâtir une carrière plutôt bonne.

Christophe MARTET

En quoi l'art peut-il justement lutter contre les discriminations et la sérophobie ? Est-ce son rôle ?

Jean-Luc VERNA

L'art joue de nombreux rôles. L'art doit s'adresser au plus grand nombre. Il y a ceux qui peuvent se l'offrir, mais aussi ceux qui peuvent le regarder et le comprendre. Ce ne sont malheureusement pas toujours les mêmes.

Le rôle d'un artiste est éminemment politique. Le rôle d'un artiste, c'est d'infuser dans les formes qu'il emploie, dans les différents médiums, de façon plus ou moins frontale – je fais toujours des choses infusées dans le filigrane, mais on peut aussi proposer des choses plus frontales et plus littérales suivant la manière dont on exerce son ou ses arts. J'ai plusieurs casquettes et je ne suis pas uniquement plasticien.

L'idée est de faire comprendre aux gens, par le biais d'une forme, quelle qu'elle soit, d'autres choses que juste cette forme. Il y a des choses derrière : il y a une pensée, des symboles, une histoire, une histoire de l'art, une histoire des idées. Quand l'art est bon et qu'il trouve la chance d'être suffisamment disséminé dans la société, cela doit entraîner des échos et une vraie utilité.

**Christophe MARTET**

J'en ai parlé en vous présentant, mais pouvez-vous partager quelques informations sur ce monument qui sera normalement inauguré en mai 2025 par la Ville de Paris ? Comment avez-vous travaillé sur ce projet qui rendra hommage aux victimes de toutes les LGBTphobies ?

Jean-Luc VERNA

Je suis évidemment l'auteur de ce monument, mais je suis avant tout le dernier maillon d'une chaîne de travail. Il faut bien entendu citer Jean-Luc ROMÉRO-MICHEL, la merveilleuse Laurence PATRICE, Anne HIDALGO, et l'inflorescence d'associations, Les Oubliés de la mémoire, qui regroupe de très nombreuses associations, notamment sur les oubliés des déportations LGBTQIA+ de la dernière guerre mondiale.

Ils ont pensé à moi, non pas parce que je suis homosexuel, non pas parce que je suis séropositif, mais parce que – je l'espère – je ne suis pas un mauvais artiste. Je dis cela, car en tant qu'homosexuel, si un très beau moment avait été réalisé par un hétérosexuel, j'en aurais également été très satisfait.

On m'a demandé si j'avais une idée. Il se trouve que j'en ai eu une assez rapidement. Je l'ai présentée aux différents acteurs, qui m'ont permis d'accéder à ce désir de monument. L'idée leur a plu. Et ce sera en mai.

Christophe MARTET

Ce sera en mai.

Jean-Luc VERNA

Je ne vais pas tout vous déflorer, parce qu'il faut venir à l'inauguration. Je peux vous faire une presque description de ce que cela sera. C'est une œuvre en acier, qui sort de terre, comme doit sortir de terre la mémoire des oubliés et oubliées. Il s'agit d'un ouvrage qui aura deux couleurs : une couleur sera portée vers le public, une couleur sera celle du passé, c'est-à-dire un noir profond et mat.

L'édifice sera penché vers les gens. Il enverra aussi au sol, à certaines heures du jour, une ombre portée informative des différentes ombres portées sur le futur des droits que nous avons – ou que nous avons presque. On sait l'état du monde, et on sait que rien n'est acquis. On sait que ce qu'il s'est passé pour se reproduire.

La deuxième phase sera miroitante, plutôt tournée vers le ciel, couleur du temps



qui passe, comme la robe de Peau d'Âne, qui a été si difficile à coudre. Cela concerne le présent.

Cette œuvre est légèrement penchée, car elle est comme une sorte d'idée d'un abri, quelque chose où l'on peut se retrouver, que l'on homme, femme, transsexuel ou hétérosexuel compréhensif – parce qu'il y en a beaucoup, et heureusement qu'ils sont là.

Christophe MARTET

On a hâte d'être au mois de mai pour découvrir cette œuvre. Tu as réussi à la rendre presque présente, vivante, auprès de nous. Merci infiniment. Nous voulions commencer cette table avec des témoignages, et avec vos actions. Il ne s'agit pas uniquement de témoigner. Vous êtes dans l'action et vous réagissez – comme tu l'as fait, Nina – sur l'actualité.

Je me tourne vers Grégory BRAZ, chargé de mission sur l'accompagnement des PVVIH à AIDES. Tu viens nous présenter les résultats d'une enquête menée par l'association AIDES avec Ifop, intitulée « 1984-2024 : La sérophobie en France et les représentations du VIH. » Peux-tu nous donner les principaux enseignements ?

Grégory BRAZ

Chargé de mission sur l'accompagnement des PVVIH à AIDES, présentation de l'étude Ifop pour AIDES : « 1985-2024 : La sérophobie en France et les représentations du VIH »

Merci, Christophe, pour cette introduction. Merci à ELCS d'avoir invité AIDES à présenter les résultats de ce sondage commandé à l'Ifop dans le cadre de notre quarantième anniversaire.

Ce sondage a été réalisé sur 1 500 personnes représentatives de la population française, âgées de plus de 18 ans, dans le cadre d'un questionnaire auto-administré en juin dernier.

La première partie porte sur le rapport au VIH sida. Assistes-t-on à une baisse de la vigilance ? Aujourd'hui, la proportion de personnes qui considèrent que les risques d'être contaminé par le virus du sida sont faibles a triplé en trente-cinq ans. En 1988, ils étaient 14% à le penser contre 40% à ce jour. On assiste à une forme de désengagement des questions du VIH. Probablement est-ce lié au contexte historique, puisque l'on est passés de la découverte d'un virus mortel et inconnu à une épidémie plus ou moins maîtrisée du fait de l'arrivée des antirétroviraux. Le VIH n'est plus considéré comme un enjeu de santé publique. Cela doit contribuer

à cette perception générale d'un risque moindre.

La peur d'être contaminé reste cependant présente pour la moitié de la population : 38% des personnes ont peur d'attraper le sida contre 39% en 1988. Par ailleurs, 40% des personnes ont peur de découvrir qu'elles sont séropositives. Seulement 49% des personnes connaissent la différence entre une personne malade du sida et une personne séropositive contre 61% en 1988. On constate ici un très large recul des connaissances parmi la population générale, et une nécessaire éducation.

Les améliorations apportées par les traitements contre le virus du sida ne sont pas forcément connues par l'ensemble de la population. À l'affirmation «on peut être contaminé par le virus du sida lors d'un rapport sexuel non protégé avec une personne séropositive sous traitement», 77% des personnes sont d'accord avec cette affirmation erronée. Si l'on regarde les tranches d'âge, on voit que le taux d'adhésion est plus élevé chez les populations les plus âgées.

À l'affirmation «une personne séropositive pour avoir une espérance de vie équivalente à celle d'une personne séronégative», 76% des Français sont d'accord. On constate que les 65 ans et + ont un taux d'adhésion moindre.

On constate une méconnaissance au sein de la population, qu'une personne séropositive sous traitement ayant une charge virale indétectable ne peut pas transmettre le VIH lors d'un rapport sexuel sans préservatif, et ce dix ans après la démonstration : «Indétectable = intransmissible». On voit que l'information ne passe pas au sein de la population française. De même, on voit que l'impact des ARV sur l'espérance de vie des personnes est encore insuffisamment connu et qu'il faut renforcer ce message pour casser les préjugés.

Sérophobie dans la société : évolution et permanence :

La quasi-totalité des Français continuerait à voir des personnes de leur entourage séropositives - on pourrait croire à une bonne nouvelle – à l'exception de leur partenaire sexuel.

Si l'on regarde dans le détail, 93% des personnes continueraient à voir un membre de leur famille s'il était séropositif, 91% des personnes continueraient à voir un de leurs amis si celui-ci était séropositif, soit 8 points de plus depuis 1988. Néanmoins, seulement 46% des Français continueraient à voir une personne avec qui ils ont eu des relations sexuelles si elle était séropositive. 33% refuseraient de la voir et 21% ne se prononcent pas.

En ce sens, on constate que la discrimination et le rejet sont très importants, notamment en contexte sexuel, probablement nourri par des craintes infondées et des peurs sur les risques de transmission, ainsi qu'une méconnaissance du principe «indétectable = intransmissible».



Ce n'est pas sans conséquence sur l'estime de soi et sur la santé mentale des personnes séropositives, qui peuvent s'interdire, ne plus concevoir d'avoir une vie amoureuse et sexuelle par crainte du rejet, et peuvent rester isolées socialement.

Marqueur de la sérophobie dans les années 1980 :

Les mesures d'isolement des malades du sida ne remportent plus qu'un faible soutien au sein de la population générale, mais il subsiste une petite inquiétude au niveau des jeunes générations. Ainsi, 8% des Français sont favorables à ce que l'on isole les personnes séropositives. Chez les 25-34 ans, ce taux d'adhésion est deux fois supérieur, pour atteindre 16%.

11% des Français sont favorablement à l'isolement des malades du sida, soit 13 points qu'en 1988, où ils étaient 24% à partager cette mesure. Le taux d'adhésion est assez élevé chez les 25-34 ans. Il subsiste donc un point de vigilance et une nécessité à éduquer les plus jeunes.

Plus de 1 Français sur 10 continue de se sentir « mal à l'aise » à l'idée de côtoyer des personnes séropositives. Ainsi, 21% des Français seraient mal à l'aise à l'idée d'avoir un enseignant séropositif pour leurs enfants – cela a été évoqué précédemment par la Présidente du Crips. Ce chiffre est équivalent à celui de 2017. 16% des Français seraient mal à l'aise à l'idée de côtoyer une personne séropositive. 16% des Français seraient mal à l'aise à l'idée d'avoir un collègue séropositif. 14% des Français seraient mal à l'aise à l'idée de fréquenter le même cabinet médical qu'une personne séropositive. Ce taux est en hausse de 4 points par rapport à 2017. On constate finalement une persistance des fausses croyances sur les modes de transmission, ce qui paraît très inquiétant.

Séropositivité = normalité :

71% des Français jugent qu'il est difficile, pour une personne séropositive, de parler de séropositivité à son entourage. Ils étaient 93% à le penser en 2005. On constate donc plutôt un recul.

En outre, 55% des Français jugent qu'il est difficile, pour une personne séropositive, de mener une vie de couple normale. 48% jugent qu'il est difficile, pour les personnes séropositives, d'avoir des projets et de penser à l'avenir. Ils étaient 90% à le penser en 2005.

Par ailleurs, 34% des Français jugent qu'il est difficile, pour une personne séropositive, contre 86% en 2005.

On remarque une sous-estimation des difficultés rencontrées et rapportées par les personnes vivant avec le VIH.

Cependant, assez paradoxalement, 78% des Français pensent que les personnes



séropositives sont victimes de discrimination. Si l'on fait un zoom sur la perception de discrimination selon le positionnement idéologique, on note que les personnes qui se positionnent à gauche sont plus en phase avec la notion de discrimination que celles qui votent à droite ou à l'extrême droite.

Enfin, 37% des Français pensent que les personnes séropositives sont victimes de discrimination par des professionnels de santé. Les publics les plus jeunes adhèrent plus facilement à cette idée.

L'étude montre une persistance des méconnaissances du VIH. Les données scientifiques, comme « I = I » restent largement méconnues et doivent être martelées.

Christophe MARTET

Merci, Grégory, pour cette présentation très intéressante. J'imagine que toutes les personnes qui se trouvent dans la salle peuvent demander le PowerPoint à AIDES si elles n'ont pas pu noter tous les chiffres.

Ces données permettent aussi d'orienter les politiques. Ce sondage vous a-t-il conduit à demander certains types de mesures pour lutter contre ces fausses croyances, représentations et discriminations typiques envers les personnes vivant avec le VIH ?

Grégory BRAZ

Nous n'avons pas attendu la publication de ce sondage pour avoir des revendications. Nous avons pu travailler ces éléments collectivement des états généraux des personnes vivant avec le VIH, qui se sont tenus en mai dernier. Près de 200 personnes vivant avec le VIH ont pu réfléchir durant un week-end sur le constat qu'elles vivent et ce qu'elles souhaitent proposer pour améliorer la situation.

Je classifie les pistes de réflexion sur trois niveaux :

Le premier concerne les moyens et ressources pour continuer à accompagner les personnes au long de leur vie avec le VIH. Lorsque l'on fait un diagnostic de VIH, on nous a rapporté des annonces de séropositivité extrêmement stigmatisantes, et particulièrement impactantes sur l'entrée dans le parcours de soins et dans le maintien dans le soin.

16% des personnes connaissent leur statut sérologique. Peut-être faut-il s'interroger sur la posture des soignants et la façon dont ils rentrent dans le soin. Les associations ont probablement un rôle à jouer pour accompagner les personnes au long de leur maladie et pour développer un parcours de santé global, pluridisciplinaire, et qui réponde aux besoins des personnes.



Il convient de proposer des espaces de parole et de rencontres de personnes séropositives sur la base de la pair-aidance, qui puissent être ouverts aux personnes séronégatives présentes dans l'entourage de personnes séropositives. Il y a aussi un devoir d'inclusion des associations de lutte contre le VIH, qui doivent penser au poids qui pèse sur les épaules des personnes séropositives, qui doivent mener un travail de dicibilité extrêmement difficile.

Le deuxième niveau d'intervention a trait à la formation des professionnels de santé au long de leur parcours professionnel. Il subsiste trop de rejet et de discrimination. Dès la formation initiale, et tout au long de leur parcours professionnel, ils doivent bénéficier d'informations sur « I = I » et considérer les malades comme des égaux et de véritables partenaires pour leur santé.

Le troisième niveau s'inscrit à l'échelle des pouvoirs publics. Il s'agit de demander des politiques capables de lutter efficacement contre les discriminations, notamment le cumul des discriminations. Il s'agirait aussi de changer la loi, notamment dans le cadre des discriminations et refus de soins, afin que soit renversée la charge de la preuve lors de contentieux et de discriminations. Il appartiendrait alors au médecin, par exemple, de prouver qu'il n'a pas refusé l'accès aux soins, plutôt que ce soit aux personnes séropositives de le faire.

Je terminerai sur les actions que les associations doivent mener. AIDES comme d'autres travaillent à la création d'un Observatoire des discriminations et refus de soins. On nous dit trop souvent qu'il s'agit de cas isolés, non représentatifs. Or nous avons besoin de données quantifiées pour faire la démonstration scientifique et quantitative de ces discriminations, ceci afin d'aller à la rencontre des pouvoirs publics et de les inviter à faire évoluer les lois.

Christophe MARTET

Merci beaucoup.

Nina et Jean-Luc, je vous vois réagir face à ces chiffres. Souhaitez-vous formuler un commentaire ?

Nina ROSE

Il est positif que ces chiffres existent et que l'on puisse quantifier. Étant sur le terrain d'une certaine communauté, je peux affirmer que concernant les femmes trans séropositives, les pourcentages sont plus élevés encore. Il existe une véritable peur d'aller chez le médecin. Dans mon cas, cela concerne le chirurgien, dentiste, psychologue et généraliste. Pour ces quatre canaux, j'ai dû travailler,



dans ma thérapie, pour me dire «je mérite de me faire soigner».

En ce qui concerne les relations amoureuses, je n'ai pas besoin de rentrer dans les détails. Le fait est que tout cela est très compliqué. Quand des personnes concernées font des campagnes, l'impact est différent. Lorsque je vois des personnes comme Nicolas, Yassine, l'impact est différent. C'est rare, mais l'impact est différent. Je pense qu'il faut mettre ces personnes en valeur. Nous n'avons pas peur de témoigner. D'une certaine manière, nous n'avons rien à perdre.

Je voudrais partager un chiffre de l'OMS sur les femmes trans. Les femmes trans représentent la catégorie sociale ayant 66 fois plus de chance de contracter le VIH qu'une autre catégorie. Cela s'explique par mille et une raisons. Quand on est une personne trans, on ne vous apprend pas à vous aimer. On ne vous apprend donc pas à prendre soin de vous. Les approches sur le travail sexuel et le risque de viol doivent aussi être prises en compte. Les personnes trans sont nettement plus violées que n'importe quelle autre catégorie sociale.

Qui dit public concerné dit public qui va s'informer, qui va agir pour lutter contre ces discriminations.

En ce qui concerne les pouvoirs publics, je pense que la logique est à peu près la même partout. En Belgique, les choses sont encore compliquées. Dans le Code pénal, il subsiste une zone grise. On ne sait pas, alors certaines personnes peuvent prendre trois mois à cinq ans de prison avec surpris au motif qu'elles ont couché avec une personne alors qu'elles sont séropositives, mais au statut indétectable.

Il est difficile de changer les choses avec les pouvoirs publics quand on sait que ces derniers n'ont rien fait durant dix ans. Il y a «de bons morts» et «de mauvais morts». Je vous remercie.

Jean-Luc VERNA

Pour prendre un crédit à la banque, beaucoup de personnes sont obligées de mentir sur leur statut sérologique. Très curieusement, énormément de médecins du travail font remonter les informations, non pas à la Sécurité sociale, mais à l'employeur, bien que ce ne soit pas légal.

Je fais partie d'une catégorie hyper privilégiée, mais des personnes très proches ont été directement impactées. Elles ont été claires avec la médecine du travail, mais l'information est allée directement à l'employeur, lequel les a stigmatisées, mis au placard, puis virées. Cela arrive très souvent. Il y a de très nombreuses dysfonctions de ce type.

**Christophe MARTET**

Nina, ainsi que vous l'avez dit, vous avez eu la force de témoigner, sans doute parce que votre communauté vous a soutenue. Peut-être est-ce plus facile quand on est séropositif comme moi, depuis quarante ans, dans un milieu communautaire, de le dire.

Je me tourne vers vous, Bernadette RWEGERA. Vous êtes la fondatrice et la directrice d'IKAMBERE, association formidable qui accompagne, informe, fournit des clés, des outils et le pouvoir aux femmes migrantes, en particulier afrodescendantes, pour prendre en charge leur maladie et leur séropositivité. Sans doute la dicibilité est-elle plus difficile encore quand on est aussi discriminé par rapport à la couleur de sa peau et son origine.

Comment avez-vous perçu l'évolution de la sérophobie au sein de la communauté que vous accompagnez ?

Bernadette RWEGERA

Présidente d'IKAMBERE

Bonsoir à tous. Je suis directrice et fondatrice de l'association IKAMBERE, qui est un lieu d'accueil des femmes vivant avec le VIH. Il s'agit d'un accueil de jour, d'une prise en charge globale, d'un accompagnement holistique. La personne accueillie est au cœur de l'accompagnement. Nous organisons des activités à partir de ses besoins. Tous les projets et toutes les activités sont mis en place à partir des besoins des femmes.

Nous proposons un repas. La plupart des femmes que nous accompagnons vivent mal et se trouvent dans des situations précaires, vont au 115. Pour certaines, il s'agit du meilleur repas de la journée. Comme elles n'ont pas la possibilité de faire la cuisine au 115, nous nous devons de leur offrir un repas équilibré et bien soigné pour qu'elles se sentent bien.

Les valeurs de notre maison comprennent la bienveillance et la sécurité. Nous voulons offrir un cadre sécurisant aux femmes et leur faire confiance, pour qu'elles puissent se relever. Il faut que les femmes qui viennent se sentent vivantes. Il faut qu'elles aient confiance en elles.

Nous avons vu la discrimination des personnes avec le VIH. Quand on conjugue vivre avec le VIH, être noire et être femme, on obtient une triple vulnérabilité. C'est la raison pour laquelle nous devons leur donner confiance.

On peut expliquer notre travail par la pyramide de Maslow, où l'on commence par les besoins physiologiques : donner à manger, prendre la personne en charge,

l'écouter ; les besoins de sécurité, mettre à l'abri, mettre à l'hôtel. En effet, lorsqu'il n'est pas possible de faire appel au 115, nous hébergeons les femmes à l'hôtel. Nous avons une convention avec la Fondation des femmes qui permet d'héberger des femmes à l'hôtel. Nous-mêmes avons cinq appartements et six places, mais celles-ci sont toujours occupées.

Nous devons aussi penser que ces femmes discriminées et rejetées ont besoin d'être considérées et aimées. Le besoin d'amour et d'appartenance est essentiel. IKAMBERE est une association communautaire. Les femmes se retrouvent, discutent. On aurait tendance à s'imaginer que ces femmes noires, avec leur triple vulnérabilité, sont tristes, malheureuses et pleurent tout le temps. Ce n'est pas le cas. Si vous venez à IKAMBERE, vous verrez que les femmes rient et plaisantent. Le lieu est très convivial, très gai et très chaleureux.

Nous répondons aussi au besoin d'estime de soi. L'annonce elle-même est telle que la personne se sent diminuée, dégradée et dévalorisée. Nous travaillons sur l'estime de soi au travers de nombreuses activités, comme le sport, les activités socio-esthétiques. Nous avons tissé des partenariats avec des entreprises qui viennent proposer des ateliers de coaching. Nous faisons beaucoup de choses.

Enfin, il faut citer le besoin d'accomplissement. Les femmes que nous accompagnons doivent absolument être autonomes, actrices de leur santé, actrice de leur vie. Elles doivent avoir un logement, sortir du 115, avoir des papiers bien entendu, et un travail. Elles doivent être actrices au niveau santé, social, et en matière d'insertion professionnelle.

Christophe MARTET

IKAMBERE est une association formidable. Je vous invite à aller à Saint-Denis. L'association est difficile à trouver, mais lorsqu'on y est, on s'y trouve très bien. Bernadette, comment l'association accompagne-t-elle les femmes qui souhaitent se libérer du poids du secret ? Il est difficile de dire que l'on est séropositif, mais on est content de le faire. L'idée est de se libérer de ce secret. Comment accompagnez-vous les femmes qui souhaitent en parler à leur entourage, ou ne serait-ce qu'à un médecin ou une personne de confiance ?

Bernadette RWEGERA

Notre travail consiste vraiment à donner des billes, à accompagner les femmes pour qu'elles se sentent capables. Chaque femme décide. Je pense que le milieu africain n'est pas très africain. Pas plus tard qu'hier, je suis arrivée à la cafétéria dans la salle de convivialité et y ai vu une jeune femme, en manteau, qui pleurait beaucoup. Je



me suis mise à côté d'elle et lui ai demandé ce qu'il se passait, et pourquoi elle pleurait. Elle m'a dit : « J'étais chez ma tante, et elle m'a mise dehors, parce que je lui ai dit que je vivais avec le VIH. Je suis allée chez ma cousine. Elle ne m'a pas mis dehors, mais comme je suis esthéticienne, j'ai trouvé un petit boulot au noir et elle s'est arrangée pour dire aux personnes avec lesquelles je travaille que je vis avec le VIH. Du coup, je n'ai plus de clients. »

Chaque fois que les gens arrivent, les autres filles qui travaillent avec elle s'arrangent pour dire à la personne qu'il ne faut pas y aller, qu'elle vit avec le VIH. Du coup, elle ne peut pas travailler et est très malheureuse.

Il subsiste une histoire de discrimination. Les gens ne sont pas bien informés, y compris dans le couple. Nous menons un travail d'information. Les médecins viennent régulièrement échanger avec les femmes. Les femmes adhèrent au traitement et sont très respectueuses des rendez-vous et traitements. Elles sont indétectables et savent qu'elles ne peuvent pas contaminer leur partenaire.

Pour autant, elles ne peuvent pas le dire. Cela reste compliqué. Le partenaire en face ignore que sa femme est indétectable et qu'elle ne peut pas le contaminer. La seule chose qu'il voit, c'est le sida. Il subsiste un énorme manque d'informations. C'est ce qui fait que le VIH ne peut pas s'arrêter. La discrimination ne permet pas à la personne de partager son histoire. Pourtant, comme tu le dis, le partager permet de retirer un poids. Cela reste très difficile.

Pour les femmes qui le partagent, en attestent les témoignages que je reçois à IKAMBERE, cela reste un moment douloureux. Un homme qui était avec sa femme durant vingt ans l'a abandonnée pour se trouver une autre jeune fille. Il a profité que sa femme ait le VIH pour en parler à tout le monde, alors même que ce n'est pas la véritable raison. « Je ne peux pas vivre avec elle, car elle a le sida. » Le manque d'informations suscite un problème d'acceptation.

Christophe MARTET

Rémi FÉRAUD a parlé de l'Aide médicale d'État. Des discussions assez odieuses ont eu lieu parmi les députés pour la supprimer. Pour l'heure, cela a été repoussé. Néanmoins, quels impacts cela pourrait-il entraîner pour les femmes d'IKAMBERE ? J'imagine que beaucoup ont besoin de l'AME. En avez-vous parlé ? Les femmes en ont-elles parlé ?

Bernadette RWEGERA

Les femmes m'en parlent tout le temps. Outre l'AME, il y a le sujet de la carte



de séjour. Aujourd'hui, pour faire une demande de carte de séjour, il faut justifier d'un an de présence sur le territoire. Ensuite, cela prend encore un an. Ces difficultés d'accès aux droits sont de nature à favoriser la contamination, à fragiliser les malades et à les placer dans une situation dans laquelle elles ne sont pas responsables. Une femme n'est par exemple pas en mesure de négocier le préservatif. Nous en avons beaucoup parlé.

Fort heureusement, les médecins qui soignent les femmes sont très humains. Aucune femme a manqué de soins au motif qu'elle n'avait pas l'AME.

Christophe MARTET

Il nous reste quelques minutes avant de passer au sujet suivant. Jean-Luc, Nina, Bernadette ou Grégory, avez-vous quelque chose à dire en guise de conclusion ?

Jean-Luc VERNA

Quand on parle de séropositivité et du sida, il se pose aussi la question des seringues partagées. Dans la psyché commune, encore très travaillée par de vieilles questions de moral, des idéologies dures et des religions, ce n'est pas une affection longue durée comme les autres. Dans l'esprit des gens, cette affection est surtout liée à la sexualité. Or la sexualité demeure un sujet tabou en France et dans les pays méditerranéens, nettement moins dans les pays du nord. Il ne faut pas oublier que la France est la fille aînée de l'église. Pour des questions de morale, la sexualité, le péché originel, le sujet du plaisir constituent des couches de condamnations successives à cette chose, qui n'est autre qu'une affection de longue durée.

On peut parler d'autres affections de longue durée sans en avoir honte. Ici, la honte est livrée avec le fait que cette maladie est liée à la sexualité. Pourtant, quasiment tout le monde a une sexualité. Cela reste tabou pour un tas de raisons, relatives à des héritages culturelles et idéologiques.

Le rapport de honte aux sexualités différentes constitue une couche supplémentaire qui appuie le fait de ne pas se déclarer, de ne pas se faire dépister, de continuer à transmettre la séropositivité.

Nina ROSE

Je te rejoins sur tellement de choses, et particulièrement sur la honte. Quand on vit avec le VIH, on porte le poids de la honte des autres. Personnellement, je ne porte pas le poids de ma honte. Cela m'est arrivé et c'est comme cela. La manière dont cela m'est arrivé me regarde. Mon statut sérologique me regarde, et je ne le dois à personne.



En Belgique, et c'est ce qui est étrange avec la législation de mon pays, si l'on n'a pas envie de le dire, on ne le dit pas, qu'il s'agisse des médecins ou des partenaires. En effet, dès lors que l'on est indétectable, on n'est pas un danger pour les autres, et surtout pas un danger pour soi-même.

Le regard social perçoit le VIH sida avec le visage de la mort, des pertes, et de quelque chose de sale. À ce titre, les personnes qui vivent avec le VIH portent cela sur elles. J'ai dû énormément travailler pour laisser cela de côté.

Dans ma pièce de théâtre, *Hurler à la mer*, j'ai écrit une phrase : « Ah, cette société qui a toutes les cartes en main pour conscientiser ses individus, mais qui n'en fera rien. » Quand je parle de la société, je parle plus particulièrement des pouvoirs publics. Les moyens sont là. Tout est accessible. Je fais partie de la génération qui précède la Gen Z. Tout est accessible sur TikTok et sur les réseaux sociaux.

J'ai envie de dire aux personnes : « Informez-vous, parce que cela vous concerne tous, y compris les hétéros. » En Belgique, les chiffres montrent une hausse de 13% du taux d'infection en un an, majoritairement chez des personnes hétérosexuelles de plus de 35 ans.

Au sein de la communauté LGBT, on parle de la PrEP, de la TPE. Je fais partie de la Ballroom Scene et du Voguing. Je dis à mes enfants : « Tu commences à avoir une sexualité. On va aller faire ton rendez-vous PrEP. C'est tout. »

Par ailleurs, même si nous n'en avons pas encore spécialement parlé, j'aborde le sujet, car je suis une ex-addict, le Chemsex doit être évoqué. Il faut parler des pratiques, il faut informer ce public, et surtout la jeune génération qui est en train de tomber dedans. J'alerte énormément mes enfants sur ce sujet. Il n'y a pas que le VIH. Les hépatites et la syphilis, en hausse, peuvent également être graves.

D'une certaine manière, j'ai l'impression que tout le monde s'isole, alors que pour une telle cause, on devrait tous se tenir la main et mettre en valeur toutes les personnes concernées. Il existe des communautés. Je pense beaucoup aux femmes, qu'elles soient racisées, trans, etc. Le soir de la dernière de ma pièce de théâtre, nous avons organisé un bord de plateau. La dernière question a été posée par une femme qui n'avait jamais révélé son statut sérologique, qui est séropositive depuis 1987 et qui a dit : « C'est la première fois que j'en parle publiquement. » Elle a beau avoir 60 ans et moi 27, on se comprend. On se comprend, car nous sommes des femmes vivant avec le VIH.

Nous sommes tous là et nous devons nous tenir la main. Il est temps que les choses changent. Il faut mettre en première ligne des personnes qui vivent avec le VIH pour en parler. Je ne le répéterai jamais suffisamment.

**Christophe MARTET**

Merci beaucoup.

Bernadette, avez-vous un mot de conclusion en réaction à ce que vient de dire Nina, sur l'idée d'en parler ?

Bernadette RWEGERA

Aujourd'hui, le VIH est une maladie chronique. Bien évidemment, les malades vivent avec beaucoup de souffrances et de vulnérabilités. Ils connaissent le rejet et de nombreux problèmes sociaux. Néanmoins, le plus important est de les sensibiliser à se faire accompagner, à avancer, à se prendre en charge. Il ne faut pas se laisser abattre, ne pas rester seul. La solitude tue.

Il faut encourager les personnes que vous connaissez à se tourner vers les associations. Il existe des associations très actives, comme AIDES, IKAMBERE, Arcat, etc. Il faut les inciter à ne pas rester seuls. Rester seul, c'est la mort. À l'inverse, être avec les autres permet le partage d'expériences, la pair-aidance, l'accompagnement. On a des amis, on entre dans une communauté de pairs, et cela devient une vie. Il est très important de ne pas s'isoler.

Il n'y a pas de problèmes qui ne trouvent pas de solutions. Bien entendu, les malades restent longtemps dans la précarité, mais lorsqu'ils sont accompagnés, on parvient toujours à trouver des alternatives. Il ne faut pas que les personnes restent seules. Il ne faut pas hésiter à les orienter.

Grégory BRAZ

On parle beaucoup de 2030 comme fin de l'épidémie. Ce sera compliqué, notamment du fait de la persistance des discriminations. La discrimination constitue un frein au dépistage, à l'entrée et au maintien dans le soin. Elle entraîne un impact sur la santé mentale des personnes vivant avec le VIH. À ce titre, il existe un enjeu majeur à lutter contre la discrimination.

Cela ne pourra pas se faire sans la mobilisation des personnes concernées. Je vous remercie pour vos témoignages. J'ai présenté des chiffres affligeants, mais ils ne sont pas grand-chose face à la force de vos témoignages. Je voulais donc vous remercier.

Il y a un gros travail à mener pour que les publics les plus exposés et les personnes concernées puissent s'approprier le message « indétectable = intransmissible », qu'elles puissent maîtriser leur dicibilité et ne plus avoir honte de leur statut sérologique. Or cela ne se fera pas sans les personnes vivant avec le VIH.

**Bernadette RWEGERA**

Merci beaucoup pour votre attention. Jean-Luc, un grand merci. On s'est connus à la création d'IKAMBERE et tu ne m'as jamais lâchée. Tu me mets toujours à l'honneur. Merci infiniment.

Christophe MARTET

Merci beaucoup. Merci, Nina, merci, Jean-Luc, merci, Gregory, et merci Bernadette.

Nous allons maintenant aborder un sujet dont Nina a quelque peu parlé. Nous souhaitons en effet proposer un focus autour du Chemsex.

Focus sur le Chemsex – Pour une approche médicale et communautaire du Chemsex

Christophe MARTET

Je ne peux pas aborder ce sujet sans parler de Christophe Roméro-Michel, que j'ai bien connu et qui était une personne formidable. Je voudrais témoigner de la force que Jean-Luc a eue pour surmonter cette épreuve et lutter contre le Chemsex, à travers son rôle d'homme politique.

Pour parler de ce sujet, j'accueille Fred BLADOU, activiste de la RDR et de la prévention à AIDES et à SOS Addictions, ainsi que Thibaut JEDRZEJEWSKI, directeur médical au 190 Paris, pour nous parler – malheureusement en quelques minutes – des actions menées.

Le 190 est un centre de santé communautaire dans Paris. Que peux-tu nous dire, Thibaut, sur les actions du 190 en matière de prise en charge et d'accompagnement des usagers de produits dans le cadre du Chemsex ?

Thibaut JEDRZEJEWSKI

Directeur médical au 190 Paris

Bonjour et merci beaucoup pour l'invitation. Je n'ai pas beaucoup de temps. Je vais donc tenter d'être très concis. Au 190, nous faisons beaucoup de choses. Le 190 est un centre de santé sexuelle communautaire, qui a une file active de 86% d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Il existe depuis quinze ans. Nous avons travaillé depuis quinze ans avec la communauté, puisque nous sommes principalement des médecins gays. Nous travaillons avec les patients sur les questions de santé.

Le 190 est le centre des HSH. Notre spécificité est que nous recevons des personnes séronégatives comme des personnes vivant avec le VIH. Ces dernières peuvent être suivies dans notre centre. En ce sens, nous avons tous les aspects de la communauté. Nous sommes le seul centre à le faire. Aucun autre centre ne regroupe les deux populations au sein d'un même espace et de façon mélangée dans les consultations.

Nous travaillons sur le Chemsex depuis son émergence. Nous avons commencé les consultations spécifiques au Chemsex en 2011 ou 2012. Les besoins liés au Chemsex ont émergé à ce moment-là. Il s'agissait au départ de réduction des risques.

Je n'étais pas encore présent, puisque je suis Directeur médical depuis le mois de janvier et travaille au centre depuis six ans. En tout cas, des médecins se sont préoccupés de ces sujets avec les personnes concernées : « Que peut-on faire pour vous ? » Telle est la question de base.

Il faut différencier le Chemsex et ses complications. J'ai entendu des confusions par rapport à cela. On s'occupe des complications du Chemsex. En d'autres termes, on ne va pas à l'encontre du Chemsex, mais à l'encontre de ses complications. On cherche à les comprendre et non à lutter contre l'usage de drogues en tant que tel, sur lequel la médecine a assez peu de prise.

Nous avons développé des consultations de réduction des risques et d'accompagnement. Il y a trois ans de cela, nous avons mis en place un dispositif innovant dans une antenne du centre de santé, qui se trouve dans les locaux du spot Beaumarchais – structure d'AIDES. C'est la raison pour laquelle le lieu s'appelle désormais « le spot et l'antenne ». Il s'agit d'un local partagé.

Dans ces locaux, nous avons monté « le Parc » : Parcours d'accompagnement renforcé communautaire. Dans ce dispositif de trois mois, nous incluons 10 à 12 personnes, en l'occurrence des chemsexuels en difficulté avec leur consommation. Le but du dispositif est très large. Il s'agit de comprendre les objectifs des personnes, de les amener à avoir des objectifs clairs et importants, mais pas forcément de leur faire arrêter les produits.

L'idée est de travailler sur la qualité de vie, la qualité de vie sexuelle, la vie affective, ce qui va déterminer les complications, voire l'usage. L'usage peut en effet être déterminé par des difficultés quotidiennes (sexuelles, affectives, difficultés à avoir des partenaires, mal vivre son homosexualité). Néanmoins, ce n'est pas uniquement cela.

Les produits sont aussi utilisés pour le plaisir. Il existe finalement un tas de situations différentes. L'objectif est de faire un tri, de poser les choses, d'amener les



personnes à un objectif clair et de rendre leur vie plus facile via ce dispositif, qui propose des consultations régulières avec des médecins, des psychologues et des accompagnateurs communautaires. Nous travaillons en équipe et avons des réunions régulières au cours desquelles nous parlons des situations.

Tout au long de la semaine, nous proposons des ateliers d'activité physique adaptée, d'écriture, d'arts plastiques. Depuis peu, nous organisons un atelier drague, dédié à la question de la performance, de la féminité. Ces sujets traversent les questions de Chemsex.

Le but est de faire le point sur les choses au global, sans se concentrer spécifiquement sur la consommation. L'idée est de comprendre ce qu'est le plaisir, comment on amène les gens à différentes sources de plaisir. Il s'agit aussi de définir ce qui est important pour les personnes, ce qu'est leur vie sexuelle idéale, etc.

Finalement, nous allons à l'encontre de ce qui peut se faire : « Il faut arrêter les drogues, ce n'est pas une bonne chose. » Nous prenons le problème à la source et différemment.

Christophe MARTET

Avez-vous suffisamment de moyens – tu vas me répondre que non – pour travailler ? Parvenez-vous à répondre à la demande et aux besoins des personnes ? De quels moyens supplémentaires auriez-vous besoin ?

Thibaut JEDRZEJEWSKI

Nous avons eu la chance d'obtenir un financement du fonds Addiction de l'ARS pour trois ans. Néanmoins, ce n'est pas suffisant pour financer le dispositif. Nous avons aussi la grande chance d'avoir un Contrat de gestion avec AIDES, qui nous soutient par rapport à nos déficits. Nous travaillons avec le Spot, qui est financé par AIDES, et nous avons d'autres financements en parallèle. Il s'agit finalement d'un montage particulier et compliqué.

Quoi qu'il en soit, nous avons toujours besoin d'argent. AIDES ne peut clairement pas subvenir à tout. De plus, ce n'est pas le rôle d'une association que de soutenir un dispositif de santé publique. Nous sommes un centre de santé. Nous devrions donc fonctionner sur des revenus publics.

L'enjeu financier est très important, y compris sur la question de la pérennité d'un tel dispositif. Au mois de septembre, nous avons initié une évaluation du dispositif, qui doit durer un an et demi. Nous n'aurons les résultats que dans deux ans, ce qui est plutôt long. Néanmoins, nous espérons montrer l'adhésion au dispositif



et prouver son impact sur la qualité de vie, la qualité de vie sexuelle, et sur les symptômes d'addiction lorsqu'ils existent.

Ces symptômes pourrissent la vie. Une addiction est très compliquée. Aujourd'hui, l'addiction est très mal comprise. Peu de gens savent de quoi il s'agit réellement. On dit aux gens : « Arrête. » Or le principe même de l'addiction est de ne pas pouvoir arrêter. La consommation est plus forte que soi et la volonté ne suffit pas. Ce message doit très largement être diffusé dans la sphère publique.

Par ailleurs, au 190, nous avons la chance de voir les personnes avant les consommations ou au début. Nous avons une lunette précise sur la communauté HSH Île-de-France. Les gens arrivent dans notre centre pour de multiples raisons. Nous voyons aussi des gens qui vont bien.

À cet égard, en matière de réduction des risques vis-à-vis du Chemsex, nous avons une prise sur la prévention. Nous pouvons prendre les facteurs de risques de complications avant qu'ils ne surviennent. Nous pouvons ainsi réduire les risques avant que les complications ne soient ancrées et bien établies.

Sur ce point, un travail conséquent doit être mené et suppose des financements. Il existe l'antenne et le spot, mais pour le 190, les financements sont également précaires et insuffisants. Par exemple, cette année, nous n'avons pas pu remplacer une infirmière partie en congé maternité. Cela nous désorganise et rend les soins plus compliqués. Nous rencontrons régulièrement des problèmes de secrétariat. Quand un secrétaire est absent, nous ne pouvons pas le remplacer.

Tout cela précarise le soin et complique l'accès aux soins. Sur ce point, nous aimerions bénéficier de soutiens organisationnels et financiers.

Nous parlions de statistiques. Nous disposons d'une base de données énorme, et ce depuis quinze ans. Nous ne pouvons néanmoins pas l'exploiter, faute de financement pour obtenir un technicien. C'est très dommage, car nous pourrions diffuser de nombreux chiffres et pourrions creuser de nombreux aspects sur notre file active. Nous pourrions publier des données très intéressantes sur la santé des HSH en Île-de-France, mais nous ne le faisons pas, faute de financement.

Christophe MARTET

Sylvie me fait de grands signes et m'indique que Thibaut peut se mettre en contact avec l'ORS, la mairie de Paris et la Région. Tout le monde est présent.

On voit que la mobilisation contre le sida est plus difficile aujourd'hui. Certes, il faut parler de santé sexuelle et il y a d'autres soucis de santé, mais clairement, nous avons besoin de cette mobilisation. Votre action fonctionne et est nécessaire.



Elle est aussi communautaire. On part du besoin des personnes. Merci beaucoup, Thibaut.

Fred, je te lance le défi d'être relativement bref et de parler de la pétition que tu as contribué à lancer autour de la question du Chemsex.

Fred BLADOU

Activiste RDR et Prévention à AIDES et SOS Addictions

Je ne l'ai pas lancée : il s'agissait de Jean-Luc et de Brigitte LISO. Je remercie les intervenants précédents, qui sont mes frères et sœurs séropositifs. Tout comme toi, Christophe, je vis depuis trente-huit ans avec le VIH.

Je voudrais donc commencer par cela : le Chemsex est le double stigmat. Il est celui de son orientation sexuelle, celui d'être homosexuel, de le dire. Il concerne le manque de dicibilité, les violences ressenties par de nombreux gays. Le deuxième stigmat est celui d'être usager de drogues.

Nous sommes ici dans une journée idéale, où tout le monde s'aime, et où il n'existe aucune différence entre la droite et la gauche, où tout le monde soutient les usagers de drogues et les personnes vivant avec le VIH, ainsi que les migrants et l'AME. Pour moi, cette journée est magnifique, car nous sommes arrivés à la fin de nos combats. Je peux rendre mes pancartes d'activiste et les brûler au milieu de la cour.

En vérité, ce n'est pas cela. Tel est l'intérêt du manifeste d'Élus locaux contre le sida sur le Chemsex et l'amélioration de la prise en charge des chemsexuels. Je rejoins mon camarade Thibaut : les chemsexuels ne sont pas tous dans des conduites addictives. Ils ne souffrent pas tous de pathologies psychiatriques.

En général, les usagers de drogues ne sont pas des malades délinquants que nous devrions enfermer. Je m'oppose à ce discours médiatique catastrophique qui éloigne du soin les chemsexuels, les séropositifs, les personnes migrantes, et toutes les personnes qui n'ont pas une égalité des droits.

Ensuite, on sait ce qui peut fonctionner. Thibaut a longuement parlé du centre de santé communautaire 190, associé à AIDES et ses principes d'approche communautaire, qui connaît un succès.

On parle beaucoup de Paris, ce qui est normal, mais j'aimerais aussi parler des initiatives en région, car ELCS concerne toute la France. Nous avons mené une expérimentation durant trois ans, ARPA-Chemsex, plébiscitant l'approche pluridisciplinaire. Les chemsexuels ont des besoins. 30% d'entre eux disent souffrir des conséquences de leurs pratiques. Pour les autres, peut-être cela viendra-t-il



un jour, mais en tout cas, au moment de l'étude, tel n'est pas leur ressenti. C'est la raison pour laquelle il convient de les laisser tranquilles, sans quoi ce n'est qu'une histoire de morale, de pénalisation et de prohibition, et ce n'est pas notre souci en matière de santé publique. Je suis ici pour faire de la santé. Je ne suis pas assistant au ministère de l'Intérieur.

Notre approche pluridisciplinaire concerne d'abord la prévention sexuelle. Aujourd'hui, les chemsexuels sont le groupe le plus exposé au VIH, avec une incidence de 28 points, ce qui est très élevé. Oublier la santé sexuelle et entendre parler dans la presse des conduites addictives n'est pas la solution. Plusieurs IST sont en augmentation depuis des années.

Il faut prendre en compte la santé globale des chemsexuels à travers des centres d'approche pluridisciplinaire, qui gèrent la santé sexuelle, la réduction des risques drogues. Je vois des collaborateurs d'Anne SOUYRIS, qui n'est pas là ce soir, mais à qui je transmets mes amitiés, et Rémi FÉRAUD, avec qui nous nous battons depuis de nombreuses années sur la réduction des risques, comme l'ouverture d'une salle de consommation à moindre risque près de la gare du Nord. Aujourd'hui, on dirait que ces sujets font consensus, mais ce n'est pas le cas. On attend que celle de Marseille veuille bien ouvrir. On attend que les fonds, dépensés à Lille pour en ouvrir une autre, soient à nouveau débloqués pour ouvrir une salle de consommation. Pour l'heure, je vois des usagers de drogues en grande souffrance, à la rue, sans logement, sans prise en charge médicale, et totalement abandonnés par les pouvoirs politiques.

Le troisième point concerne l'orientation vers le soin. À ce jour, 36% des chemsexuels sont isolés du soin et n'ont aucun recours à nos structures ou à la médecine. Ils sont isolés de la PrEP et de la prévention. Ce chiffre doit absolument diminuer. Il est le fruit des stigmatisations : homosexualité, usage de drogues. Comme aller voir un médecin et lui dire : « Bonjour, je suis un mec trans. Tous les week-ends, j'ai 10 ou 15 partenaires et je m'injecte des drogues de synthèse. » Imaginez la tête des médecins qui ne sont pas formés, préparés et éduqués.

Notre principe d'action communautaire est essentiel. Il faut absolument réduire le nombre de personnes qui n'ont pas accès au soin. Je n'inclus même pas les personnes migrantes, pour qui la difficulté est encore plus grande, particulièrement si elles ne parlent pas français. Ces éléments sont à prendre en compte. Des efforts doivent être fournis.

Nous avons besoin d'un réel soutien politique dans toutes les grandes villes. Il faut que des centres référents soient financés dans chaque grande ville pour que les chemsexuels et que l'offre mise en place en direction de ces derniers soit éga-



litaire. Il n'est pas concevable que seule une dizaine de centres soit en capacité d'accueillir des chemsexuels à l'échelle de la France. Il n'est pas audible de renvoyer vers les services de psychiatrie addictologie de l'hôpital public, saturé par manque de moyens. Cette logique, aberrante, ne remplit pas toutes les attentes.

Tu as demandé à Thibaut s'il avait besoin d'argent. Il a répondu de manière très élégante et diplomate, ce qui n'est pas mon cas. Nous avons besoin d'argent, même si nous savons que le PLFSS est complexe et que l'on annonce de l'austérité toute la journée. La santé et la prévention coûtent moins cher que la maladie, la co-infection et les conduites addictives. J'espère que ce message sera hyper clair.

Christophe MARTET

A-t-on le lien vers la pétition ?

Fred BLADOU

Il se trouve dans l'entrée. Signez ce manifeste et signez la PPR de Brigitte LISO. Nous avons besoin que Brigitte LISO reprenne la présidence du groupe sida à l'Assemblée nationale. Pour une fois, nous avons des élus militants qui ne nous parlent de Chemsex pour nous dire que l'on contribue à enrichir des réseaux mafieux. Nous nous préoccupons de santé publique et nous avons besoin du soutien de tout le monde.

Christophe MARTET

Merci beaucoup, Fred.

Nous accueillons Anne-Claire BOUX, adjointe à la maire de Paris en charge de la santé, qui va parler avec nous, et Jean-Luc ROMÉRO pour conclure cet après-midi. J'aurais aimé que nous puissions faire participer la salle, mais le programme était trop chargé.

Clôture

Christophe MARTET

Nous sommes à quelques jours du 1er décembre. Anne SOUYRIS doit-elle venir ?

Jean-Luc ROMERO-MICHEL

Non, elle est au Sénat dans une Commission mixte paritaire. Elle est engagée et



toujours là, mais aujourd'hui elle travaille dans l'intérêt général – même si je ne suis pas certain qu'elle puisse faire grand-chose pour le projet de financement de la Sécurité sociale.

Anne-Claire BOUX

Adjointe à la mairie de Paris en charge de la santé

Nous avons failli voir dans le PLFSS la fin de l'expérimentation avec AIDES. Normalement, nous sommes parvenus à avoir un amendement du gouvernement pour que le financement soit prolongé – ce qui constitue une bonne nouvelle.

Cher Président des ELCS, cher Jean-Luc ROMÉRO-MICHEL, chers élus, chers partenaires, mesdames et messieurs, je suis très heureuse d'être présente pour conclure cette journée avec vous, avec Jean-Luc ROMÉRO-MICHEL, avec qui nous portons cet engagement et ce combat commun à la mairie de Paris. Cher Jean-Luc, je t'adresse tout mon respect et mon amitié. Ayant remplacé Anne SOUYRIS – je salue son action – il était important de les avoir en soutien dans cette délégation à la santé.

Pour moi, ce mot de clôture est l'occasion de vous remercier pour votre action et votre engagement. Je tiens aussi à renouveler le soutien de la Ville de Paris dans ce combat. ELCS se mobilise depuis près de trente ans. Nous nous mobilisons aussi, mais il est précieux d'avoir un réseau, à Paris, pour agir ensemble au mieux et répondre aux besoins.

Nous nous mobilisons aussi avec Vers Paris Sans Sida. Cher Christophe et chère Élodie, merci pour ce travail que nous réalisons ensemble vers cet objectif que nous nous sommes fixé : 0 contamination, 0 décès et 0 discrimination à 2030. Nous nous tournons fermement vers cet objectif, avec beaucoup de détermination. De nombreux progrès ont été réalisés, mais on constate un certain nombre de stagnations des contaminations chez certaines populations. C'est finalement ce «dernier kilomètre» qu'il nous faut franchir.

C'est la raison pour laquelle la Ville de Paris réaffirme chaque année – et tout au long de l'année – sa volonté de lutter contre le VIH. Nous avons réalisé ensemble une campagne importante l'année passée pour sensibiliser à nouveau le grand public. On constate en effet une réelle méconnaissance sur la PrEP, sur les facteurs de transmission. Il est hallucinant, après quarante ans de lutte contre le VIH, de voir la méconnaissance du grand public sur ce sujet. Nous allons continuer à nous battre.

C'est pourquoi nous poursuivons une action grand public et une action de santé communautaire avec les premiers concernés. Nous allons dans les bars, les



saunas, nous nous adressons à la communauté afrodescendante et proposons des romans dessinés.

Nous essayons d'être avant-gardistes et pilotes, à l'instar de « mon labo sans ordonnance ». Je me réjouis notamment du lancement, par l'État, suite au vœu déposé en Conseil de Paris, du programme « IST sans ordo ». Il y a toujours matière à innover dans le champ de la lutte contre le VIH et les IST.

Nous essayons également d'agir à l'échelle internationale. Depuis 2001, 30 millions d'euros de projets ont été soutenus par Paris au niveau international. Chaque année, nous apportons notre contribution dans la lutte internationale. Nous avons célébré les 10 ans de la Déclaration de Paris à l'initiative d'ONUSIDA, qui a permis de mobiliser les villes du monde entier. La maire de Paris reste très mobilisée sur le sujet.

Je rejoins également les propos tenus s'agissant de continuer à avancer sur la santé sexuelle. Paris renouvelle sa feuille de route sur la santé sexuelle. Nous avons fait une concertation pour continuer à aller plus loin et à innover. Il se pose aussi des parcours d'accompagnement pour les personnes en transition de genre. L'idée est de réussir à avancer sur ces sujets et que nos centres de santé sexuelle soient réellement inclusifs et prennent en compte les besoins des personnes.

J'ai demandé un rendez-vous avec le recteur de l'Éducation nationale. Pour l'heure, je n'ai pas encore obtenu de réponse, mais je ne désespère pas. Nous avons un travail d'ampleur à mener avec l'Éducation nationale sur l'éducation à la vie affective et sexuelle, qui existe dans le Code de l'Éducation, mais qui n'est pas réalisée dans les faits.

En attendant, nous investissons et Paris soutient le planning familial ainsi que d'autres acteurs pour engager nous-mêmes des démarches d'éducation à la vie affective et sexuelle dans les établissements scolaires. Cette action intervient en complément de l'Éducation nationale alors même qu'elle devrait relever de cette dernière.

En tout cas, nous ne nous décourageons pas et essayons de créer cette dynamique avec l'Éducation nationale. La démarche sera plus efficace si l'Éducation nationale la porte elle-même dans une logique de formation de l'équipe éducative et d'intégration complète dans l'établissement que des interventions ponctuelles financées par la Ville de Paris. Quoi qu'il en soit, la question de l'éducation à la vie affective et sexuelle est cruciale. Là encore, nous ne lâchons rien.

Je ne peux pas conclure sans parler du Chemsex et saluer l'action de Jean-Luc ROMÉRO-MICHEL et Anne SOUYRIS, qui ne pouvait pas être là, car ils ont lancé un travail engagé à Paris. La façon dont on parle du Chemsex dans le débat



public à chaque fait de société autour de personnalités connues est affligeante.

Notre philosophie, à Paris, est de s'inscrire dans la logique rappelée par Fred BLADOU de prévention, de réduction des risques et d'accompagnement de personnes qui le vivent mal. Nous ne sommes pas des moralisateurs. Chacun fait ce qu'il souhaite. Nous sommes présents pour prévenir, réduire les risques et pour accompagner, en lien avec la politique ambitieuse sur la santé sexuelle, et avec Vers Paris Sans Sida, sur la question de la santé mentale au globale, laquelle irrigue un certain nombre de ces thématiques. Je vous salue pour le guide que vous avez réalisé. Il connaît un franc succès et on m'en demande souvent. Ce document permet de faire de l'orientation sur la question de la santé mentale dans une communauté friendly et propose un programme d'ambassadeur en santé mentale.

Ces projets nous occupent fortement. Néanmoins, nous pouvons encore faire mieux. Nous allons donc continuer en ce sens. Nous ferons mieux avec vous. À ce titre, nous avons besoin de vous pour nous challenger, nous donner vos bonnes idées. Il est important de continuer à travailler ensemble pour faire mieux. Il existe de nouveaux enjeux, comme le Chemsex. Il faut donc être capable d'agir quand ces enjeux se présentent à nous. Bien entendu, en matière de Chemsex, je soutiens Brigitte LISO – même si elle n'est pas de ma couleur politique – pour qu'il y ait enfin une action nationale. La seule Ville de Paris ne pourra pas régler tous les problèmes.

Vous pouvez compter sur nous, Ville de Paris, et sur la maire de Paris pour continuer à avancer et atteindre cet objectif de 2030 «0 contamination, 0 décès et 0 discrimination».

Christophe MARTET

Jean-Luc ROMÉRO-MICHEL.

Jean-Luc ROMERO-MICHEL

Président d'Élus Locaux Contre le Sida

Je vais surtout faire des remerciements, car vous avez tous dit l'essentiel.

Tout d'abord, je te remercie, Christophe, car tu as une nouvelle fois été un animateur performant. Tu as tenu les temps dans un programme lourd. Merci pour le travail que tu fais au sein de Vers Paris Sans Sida. Merci à Élodie et à Rémi FÉRAUD, secrétaire général. Pour nous, il est essentiel de vous avoir à nos côtés.

Merci, Christophe, pour l'homme que tu es et le militant que tu es. Tu es censé être à la retraite depuis quelques semaines. Pour autant, ton emploi du temps est



fort compliqué, et ce pour l'intérêt général. Je rappelle que tu es président bénévole de Vers Paris Sans Sida. Tu es un président d'une grande présence. Avoir un président séropositif à la tête de Vers Paris Sans Sida est essentiel.

J'ai toujours une mauvaise posture. Certaines associations de séropositifs ne me trouvent pas légitime, parce que je suis politique. En politique, on trouve que j'en fais trop et parle trop du VIH. Ce n'est jamais simple.

En tout cas, je trouve important que les personnes séropositives continuent à porter cette lutte et à avoir les vraies responsabilités. Rappelons-nous Denver en 1983. Certains l'ont oublié. Quand la maire de Paris a souhaité que tu sois le président, c'était bien entendu pour tes compétences, mais l'aspect symbolique était essentiel. Avoir, dans la ville européenne la plus concernée par le VIH, un président séropositif.

Merci de tout ce temps que tu donnes, de cette énergie, de tes coups de gueule que l'on connaît depuis longtemps et que tu partages avec Fred. Pour moi, c'est toujours un honneur de t'avoir. Merci d'être un ami auquel je tiens beaucoup et pour lequel j'ai énormément d'admiration. Nous pouvons t'applaudir, car tu as travaillé encore aujourd'hui, et ce bénévolement.

Merci, Anne-Claire, pour le travail que tu mènes. Certes, tu es en poste à la santé depuis un an, mais tu es adjointe depuis le début de ce mandat. Nous avons beaucoup travaillé ensemble sur la promesse républicaine. Cela nous a permis de nous connaître. Ces thèmes et ces questions sont importants pour toi depuis très longtemps.

Je suis heureux de les porter avec toi. Nous sommes complètement raccords. Ce n'est pas toujours simple. On peut être dans la même majorité, mais ne pas partager les mêmes options. C'est d'ailleurs le cas avec certains s'agissant de la question du travail du sexe, par exemple. Il est important d'être en harmonie, car nous traitons de sujets difficiles. Nous sommes dans un moment extrêmement compliqué, où les questions de santé et les questions sociales ne sont pas la préoccupation de tous les responsables politiques, même si nous étions aujourd'hui dans un certain consensus, puisque nous comptons aujourd'hui des personnes engagées, qu'importe leur étiquette.

Sylvie CARILLON est partie, mais je voulais la remercier. Elle est restée une grande partie de la journée. Il peut y avoir des divergences sur ce que l'on fait avec la Région, mais celle-ci est aussi engagée dans la lutte contre le sida. Il faut que l'on soit de plus en plus dans la synergie sur toutes ces questions, notamment s'agissant du Chemsex.

Je remercie le professeur MOLINA qui est encore avec nous. Nous avons tous



beaucoup d'admiration pour lui. Quand il a commencé à parler de la PrEP, cela n'a pas été simple. Comme à l'habitude, AIDES était en pointe à ses côtés. Je fais d'ailleurs partie de ceux qui ont fait une vidéo. Certaines associations ont fait preuve d'une grande violence contre la PrEP, mais le professeur MOLINA a tenu, comme il le fait toujours, et comme il porte ces questions à l'échelle nationale comme internationale.

Quand je pense à lui, je pense aussi au professeur Rozenbaum, qui a porté ce sujet – et continue à le faire. Il fait d'ailleurs toujours partie de son équipe, même s'il est également à la retraite. Merci, Jean-Michel. Nous attendons avec impatience ce moment fort qui aura lieu à Paris en octobre prochain.

Anne-Claire l'atteste également, mais sachez que nous vous accueillerons du mieux possible. La mairie de Paris fera tout ce que vous souhaitez. Il est important que pour ce moment fort, où des scientifiques du monde entier se réunissent à Paris, nous sachions vous recevoir. Au-delà des scientifiques, l'objectif est que cela déborde, que tout Paris soit concerné, à commencer par les personnes vivant avec le VIH.

À ce titre, je vous remercie d'avoir invité les associations de personnes vivant avec ce virus à participer à l'organisation de ces journées.

Merci, Nina ROSE, pour ce témoignage très présent. La visibilité – ce n'est pas moi qui vais affirmer le contraire – reste très importante, car elle demeure difficile. En 2024, il reste difficile de dire que nous vivons avec ce virus.

Je remercie Jean-Luc VERNA, qui lui aussi témoigne. Tout d'abord, il est un grand artiste, un homme courageux. Ensuite, il va faire ce monument, que nous attendons depuis longtemps à Paris, et que nous avons voulu, car il devient lassant de se faire attaquer sur ce que ne ferait pas la Ville de Paris. Je leur conseille de regarder ce qu'il se passe ailleurs. En la matière, je pense que l'on fait énormément.

J'aimerais que d'autres collectivités et l'État en fassent autant que la ville de Paris. Ce monument, qui constitue un monument national – et j'ai une pensée pour les Oubliés de la mémoire, à l'origine du projet – sera intégralement financé par Paris. Certains trouveront sans doute que ce n'est pas suffisant, en attestent les messages reçus sur les réseaux sociaux par rapport à certains membres du collectif pour les archives. Nous les défendons.

Ces derniers jours, certains membres ont tenu des propos d'une violence inouïe, notamment à mon encontre et à l'encontre de la maire de Paris. Je trouve cela inacceptable. Quand on arrive à tenir des propos aussi vulgaires, cela témoigne d'un réel problème.

En tout cas, la mairie de Paris, Anne-Claire, et nous tous attendons ce monument



avec grande impatience. Il devait voir le jour l'année dernière, mais cela n'a pas été le cas. Au final, ce n'est pas plus mal. En effet, l'artiste que nous allons avoir est symbolique de nos luttes. Il a lui-même subi ces violences. Nous ne pouvions donc pas espérer mieux que Jean-Luc VERNA. Réservez votre 17 mai. Ce sera un moment très fort que ce monument, qui se trouvera dans un lieu permettant d'organiser des rassemblements, à proximité de la Bastille. Merci, Jean-Luc.

Que dire de Bernadette ? Inlassable militante. Bernadette est présente depuis le début de ces combats. Nous savons à quel point cela reste difficile au sein de certaines communautés, notamment chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne. On sait à quel point vivre sa séropositivité n'est pas simple. Il faudra qu'Anne-Claire, Christophe, Élodie et moi revenions prendre un repas au sein de l'association. Nombre de ces femmes se trouvent dans des hôtels et ne peuvent pas se faire à manger le soir. Il s'agit donc du seul moment où elles peuvent partager un repas et parler librement. Merci, Bernadette, d'avoir ouvert cet espace.

Je remercie Grégory pour son étude. Il est intéressant de voir si les choses évoluent. Certains chiffres demeurent extrêmement inquiétants. 11% des Français souhaitent que l'on isole les personnes séropositives. Cela représente 1 Français sur 10. Ce chiffre m'a estomaqué. Je sais que Castro l'a fait à Cuba il y a trente ans, mais nous en sommes en France et en 2024. Cette étude est en tout cas très utile.

Merci à Aline et Cédric, de PAINT. Leur témoignage était passionnant.

Je terminerai par Thibaut et Fred. La question du Chemsex n'était bien entendu pas centrale dans le combat d'ELCS, mais elle l'est devenue par la vie et par ce qu'il se passe dans notre pays et ailleurs. Je vous remercie tous les deux.

Thibaut, que je connais moins que Fred, même si je l'ai rencontré à plusieurs reprises, et dont j'admire le travail, la ténacité et les coups de gueule. Cela fait toujours plaisir, car on a l'impression de rajeunir en l'écoutant. On sent que les nouvelles générations sont bel et bien présentes, et portent les paroles que nous avons besoin d'entendre, notamment sur la question des drogues. Nous avons besoin de cet éternel débat, que nous attendons tous et qui nous désespère. L'aura-t-on un jour ? Je l'ignore. En tout cas, il est important que de jeunes médecins et de jeunes militants se saisissent de ces sujets.

Fred va quant à lui rejoindre d'autres fonctions et quitter AIDES. En tout cas, Fred fait partie des personnes qui apportent le plus dans nos débats. J'ai beaucoup d'affection pour lui et une grande admiration. Je sais que tu vas continuer ce combat. Je ne sais pas comment nous ferions sans toi. Nous avons absolument besoin de toi.

J'espère que vous avez signé le manifeste et la pétition qui ne fonctionne pas très



bien auprès du public, mais qui progresse auprès des politiques. Nous espérons atteindre les 100 parlementaires. Les maires des plus grandes villes ont signé, de même que de nombreux d'élus, et de plus en plus de professionnels. N'hésitez pas à signer et à nous prévenir quand vous le faites. Cela paraît important, car il faut que le ministre se bouge !

Nous attendons avec impatience de voir ce que fera Madame Darrieussecq le 1er décembre. Ces dernières années, il est vrai que nous avons eu de mauvaises surprises. J'espère que nous entendrons Madame Darrieussecq, ainsi que le Président de la République.

J'espère en outre que les candidats qui vont se présenter aux municipales nous diront être les maires de la fin du sida. En effet, leur mandat coïncidera avec 2030. Se dire «je serai le maire de la fin du sida» est possible. Politiquement, nous avons besoin de gestes forts en la matière. Nous avons besoin d'entendre la ministre de la Santé sur la question globale du VIH sida, parce que l'on approche du 1er décembre.

Auparavant, tout le monde portait un nœud rouge à la télévision ce jour-là, et les émissions politiques comportaient toujours une question sur le VIH. Or ces dernières années, ce n'est pas le cas.

J'espère que l'on va renouer avec cette tradition qui me paraît extrêmement importante, et que l'on entendra Madame Darrieussecq sur le Chemsex. Où sont les ministres de la Santé successifs sur cette question ? Cette question n'est pas tombée du ciel. Nous avons besoin de les entendre.

Je sais que cela les ennuie. S'il faut parler profondément du sujet sur le statut des drogues, on a évidemment un souci. On l'a vu avec les faits divers rappelés par Anne-Claire. Aujourd'hui, il n'existe qu'un discours répressif. Nous n'entendons que les ministres de l'Intérieur successifs – de pire en pire. Le dernier a comparé les usagers de drogues à des délinquants. Où est la parole du ministère de la Santé ? Nous n'avons pas entendu les cinq derniers ministres de la Santé.

Or la question de l'addiction doit reposer sur ses deux jambes : d'un côté la santé, et l'autre la répression des trafics. En l'espèce, où est la parole de la Santé ?

Dans l'affaire Palmade, nous pouvons remercier l'association des journalistes LGBT, qui a évité de revivre ce que l'on a vu le jour du procès. Néanmoins, alors même que Fred et d'autres ont fait des plateaux télévision sur le Chemsex, le ministère de la Santé n'a jamais pris la parole. Ce n'est plus possible.

On ne peut pas, dans notre pays, qui bat tous les records en matière d'addiction, ne pas aborder l'aspect médical. Je pense ici au cannabis comme aux médicaments psychoactifs, que certains consomment en refusant d'admettre leur addiction.



Nous avons besoin d'une parole en santé publique. Or elle n'existe plus. C'est un vrai problème.

C'est la raison pour laquelle je lance un appel à la ministre. Nous devons l'entendre sur le Chemsex et sur l'AME. En ce qui concerne l'AME, nous avons perdu le combat. Nous avons passé notre temps à expliquer que les sans-papiers ne sont pas mieux soignés que les Français. Pourtant, et malgré les chiffres, les Français le croient.

L'AME représente moins de 0,5% des dépenses de santé. Les dépenses de santé globales s'élèvent à 244 milliards d'euros tandis que les dépenses 2022 pour l'AME n'atteignent pas le milliard. La moitié des personnes qui devrait en bénéficier n'y vont pas. Ces personnes, sans-papiers, ont peur d'entrer dans le soin.

Malgré cela, dans notre pays, en toute bonne foi, des Français croient que les étrangers sont mieux soignés et que la solution, pour notre sécurité sociale, est de supprimer l'AME. On rêve ! Nous devons faire attention, car c'est très grave. C'est tout d'abord très grave pour ces personnes qui arrivent en soins trop tard, mais aussi pour la société d'une manière générale.

On se félicite de la possibilité de se rendre dans un laboratoire sans ordonnance. Je rappelle que Paris et Nice ont participé à l'expérimentation. Lors de l'expérimentation à Paris, tout le monde pouvait en bénéficier. Aujourd'hui, les étrangers sans-papiers ne le peuvent plus. Cette restriction est grave. Mais qui s'en est inquiétée à part nous ?

Il est totalement contre-productif d'agir ainsi. Nous devons mener un véritable chantier pour redonner la parole et expliquer aux gens que ce qu'ils entendent n'est pas juste, avec des journalistes qui, souvent, ne répondent pas. Lorsqu'un politique affirme que les étrangers sont moins soignés, les journalistes devraient demander une preuve. En l'occurrence, je n'ai jamais entendu aucune preuve de cela – et pour cause, il n'y en a pas !

S'agissant des usagers de drogues, les considérer comme des délinquants constitue un retour en arrière. Plus personne ne disait cela. La politique de réduction des risques, mise en place par Michèle Barzach avec Jacques Chirac, après Simone Veil, était entrée dans les pratiques. Nous revenons finalement en arrière et il nous faut y prendre garde, car cela paraît extrêmement inquiétant.

Anne-Claire, tu évoquais les salles de consommation à moindre risque, mais il n'en existe que deux en France et nous sommes encore dans une expérimentation. On connaît les besoins en la matière, mais l'on en reste au discours des soi-disant «salles de shoot». Ces dernières sont totalement insuffisantes dans notre pays et nous les attendons avec impatience. Sur ces questions, nous devons reprendre la



parole. Toutes les études académiques montrent un besoin évident.

Nous avons encore de nombreux chantiers à mener. La lutte contre les discriminations doit se poursuivre. Aujourd'hui, être séropositif est toujours difficile pour chacune et chacun, y compris au sein de sa propre communauté, ou chez les plus jeunes.

Action Traitement propose une très belle campagne en rappelant qu'une personne séropositive n'infecte pas forcément. Il ne s'agit pas de revenir sur ce que le professeur MOLINA et les autres intervenants ont expliqué, mais de prouver que nous avons encore beaucoup de travail dans ce domaine. Les enquêtes proposées par AIDES nous le démontrent.

Nous pouvons parvenir à ce monde sans sida. Christophe et les plus anciens d'entre nous n'auraient pas imaginé, dans les années 1985, que nous en serions là. Nous pensions que nous ne verrions pas nos 30 ans, et que nous n'arriverions jamais à la retraite. Nous serions passés pour des fous en parlant de la fin de la transmission du VIH. Or aujourd'hui nous en sommes là et nous pouvons arriver à la fin de la transmission du VIH.

C'est la raison pour laquelle, plus que jamais, nous devons nous mobiliser. J'ai envie de voir de mon vivant un monde sans VIH sida !

Merci à tous d'avoir été présents cet après-midi.

Jean-Luc Romero-Michel,
président de l'Udr Locaux contre le Sida
présente

L'ESPOIR D'UNE FRANCE sans sida

Moulin

UN LIVRE POUR 30 ANS DE MOBILISATION

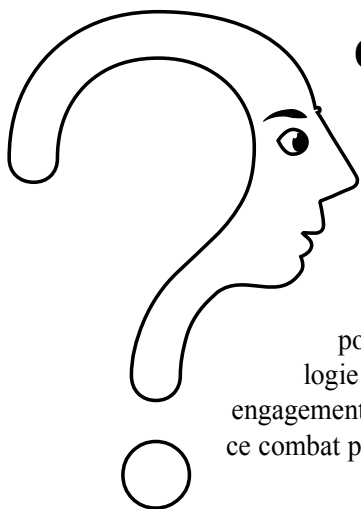
La publication du livre
“L’espoir d’une France sans Sida”,
portée par ELCS

À l’occasion de ses 30 ans, l’association Elus Locaux Contre le Sida publiera à l’automne 2025, un ouvrage inédit nommé “L’espoir d’une France sans Sida” rassemblant les témoignages de personnes engagées dans la lutte contre le Vih/sida. Ce livre, pensé comme un manifeste de mobilisation et de sensibilisation, mettra en lumière les parcours et les combats qui ont marqué trois décennies d’engagement. Il s’agit de croiser les regards de celles et ceux qui ont contribué à faire évoluer les mentalités et pour remettre la lutte contre le vih au cœur des conversations.

Car, aujourd’hui encore, en France, environ 180 000 personnes vivent avec le VIH, dont plus de 10 000 sans le savoir. Et chaque année, 5 500 personnes sont encore contaminées. Ces chiffres ne baissent plus. Ils stagnent. À travers une pluralité de voix issues de différents horizons ; monde politique, santé, associations, culture ou encore sport, l’ouvrage propose un regard intergénérationnel sur le vih/sida, tout en soulignant les défis qui restent à relever pour atteindre l’objectif d’un monde sans sida d’ici 2030.

Dans la continuité de cette publication, une exposition itinérante présentera portraits et extraits de témoignages pour prolonger la parole, valoriser les engagements, et renforcer la sensibilisation du grand public. L’inauguration de l’exposition aura lieu lors de nos Etats Généraux qui se tiendront à l’Hôtel-de-Ville de Paris, le lundi 24 novembre 2025.

Cette initiative, portée par ELCS avec le soutien institutionnel de Gilead, les Editions Michalon et le travail du photographe Patrick Messina, vise à remettre la lutte contre le Vih/sida au cœur du débat public et à souligner l’urgence de poursuivre la mobilisation et à rappeler que cette lutte reste plus que jamais d’actualité.



Comment s'engager en tant qu'élu.e ?

Alors que près de 5500 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 Nos actions ou Adhésion collectivité locale



Présentation

Créée en 1995 par Jean-Luc ROMERO-MICHEL, premier élu à avoir publiquement révélé sa séropositivité en France, l'association Elus Locaux Contre le Sida (ELCS) est une structure non lucrative et transpartisane qui oeuvre sur les questions des IST, des hépatites, de la réduction des risques pour les usagers de drogues et de la lutte contre les discriminations.

Le sida se soigne aussi par la politique

Partant de l'idée simple que "le sida n'est ni de droite, ni de gauche", l'association Elus Locaux contre le Sida regroupe des élu-e-s de toutes tendances politiques, uni-e-s dans la lutte contre le Vih/Sida, les hépatites virales et les discriminations. Depuis la création de l'association, plus de 17 000 élu-e-s ont signé le manifeste de l'association, créant ainsi un engagement moral fort en faveur de la prévention, de l'information et de la solidarité envers les personnes vivant avec le VIH.

Les missions principales de l'association

La mobilisation des élu-e-s

Depuis sa création, Elus Locaux Contre le Sida oeuvre au coeur des régions et s'engage à mobiliser les élu-e-s locaux de toutes tendances politiques dans la lutte contre le Vih/sida, la réduction des risques et les hépatites virales. Parce qu'ils sont au plus proche des citoyen-ne-s, les élu-e-s locaux jouent un rôle clé pour porter des messages de prévention, d'éducation et de non discrimination. Leur engagement est essentiel pour agir concrètement, en accord avec les valeurs de Liberté, Égalité, Fraternité.

Depuis 2012, pour récompenser les Villes qui mènent une politique ambitieuse de lutte contre le Vih/Sida, et renforcer leur mobilisation, ELCS leur décerne un label “Ville engagée contre le sida”. La labellisation des villes démontrent combien les élu-e-s locaux peuvent être des acteurs essentiels dans la prévention, la sensibilisation et le soutien aux personnes vivant avec le Vih.

L'information et la sensibilisation

ELCS s'attache à mener un intense plaidoyer sur les sujets du Vih/Sida et du chemsex en organisant des réunions, des tables-rondes locales, départementales et régionales, réunissant de nombreux acteurs politiques, institutionnels et associatifs. L'association joue un rôle clé en diffusant des informations essentielles sur les enjeux du Vih/Sida, ainsi qu'auprès des associations, patients, entreprises et professionnels de santé. Elle leur fournit les outils nécessaires pour mettre en place des actions efficaces de prévention, d'information et d'éducation, tout en favorisant la solidarité envers les personnes séropositives.

Chaque fin d'année, ELCS organise les Etats-Généraux, son principal évènement annuel réunissant de nombreux acteurs (élu-e-s locaux, décideurs de santé, politiques) autour des thématiques du Vih/Sida et des discriminations, permettant de dresser le bilan des politiques publiques en matière de lutte contre le sida et d'être force de propositions. Ces moments offrent un espace d'échanges, de témoignages et de réflexion pour faire progresser les droits et la dignité des personnes concernées.

ELCS publie le guide API chaque année (API pour Action, Prévention, Information), à destination des élu-u-s, militant-e-s, professionnel-le-s de santé avec pour objectifs de diffuser l'information globale sur les questions du Vih/Sida, réduction des risques et discriminations mais aussi, d'apporter des éléments de compréhension sur les défis actuels de la lutte (dépistage, traitement comme outil de prévention, etc.).

La lutte contre les discriminations

La lutte contre les discriminations envers les personnes vivant avec le VIH est une priorité pour Elus Locaux Contre le Sida. Stigmatisation, inégalités d'accès aux soins, discriminations à l'emploi ou dans la vie quotidienne : trop de personnes séropositives sont encore victimes de préjugés. ELCS agit pour défendre leurs droits, sensibiliser les élu-e-s et l'opinion publique, et promouvoir des politiques inclusives garantissant égalité, dignité et respect. L'association veille ainsi à combattre les idées reçues autour du Vih/Sida, et mobiliser tous les acteurs pour une société plus juste et solidaire.

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)
Trésorière	Mme Elisabeth RAMEL Ancienne élue de Strasbourg (67)
Vice-présidents	M. Eddie AÏT Maire de Carrières-sous-Poissy (78) 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 M. Rémi FÉRAUD Sénateur de Paris (75) Mme Brigitte LISO Députée du Nord (59) Mme Laurence PATRICE Adjointe à la Maire de Paris (75)

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

Mme Anne SOUYRIS
Sénatrice de Paris (75)

Mme Anne-Claire TYSSANDIER
Conseillère de Paris (75)

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



ELCS
ÉLUS LOCAUX CONTRE LE SIDA

BUREAU 2025-2027

 JEAN-LUC ROMERO-MICHEL Président (Adjoint à la Mairie de Paris)	 SHEILA Présidente d'honneur (Paris)	 PATRICK TESSIÈRE Secrétaire général (Adjoint au Maire de Nanterre)	 ELISABETH RAMEIL Trésorière (Ancienne Élu(e) de Strasbourg)	 EDDIE AIT Vice-Président (Maire de Courcouronnes (Seine-et-Marne))	 JOËLLE CÉCALDI-RAYNAUD Vice-Présidente (Ancienne Mairie de Paris)	 LAURA CINIÉRI Vice-Présidente (Conseillère Municipale de Saint-Denis)
 ROSELINE BACHELOT-NARDUIN Membre (Ancienne Ministre de la Santé)	 DOMINIQUE CILLOT Membre (Ancienne Ministre de la Santé)	 RÉMÉ PÉRAUD Vice-Présidente (Conseiller de Paris)	 BRIGITTE LISO Vice-Présidente (Adjointe au Maire)	 LAURENCE PATRICE Vice-Présidente (Adjointe à la Mairie de Paris)	 EMMANUELLE PIERRE-MARIE Vice-Présidente (Maire de Paris 12 ^e)	
	 ANNE SOUYRIS Vice-Présidente (Sénatrice de Paris)	 ANNE-CLAIRE TYSSANDIER Vice-Présidente (Conseillère de Paris)	 JULIEN BÉRAUD Secrétaire Général adjoint (Adjoint au Maire de Moissy-Cramayel)	 HABIBA BIGDADE Secrétaire Générale adjointe (Ancienne Élu(e) de Nanterre, conseillère de la SDG)		



COMMENT SOUTENIR ELCS ?

Nous sommes heureux de vous présenter quatre modes de soutien à notre association. Ils sont dissociables mais compatibles.

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 :

- ☐ personnelles (de préférence)
- ☐ celles de ma collectivité locale d'élection
- ☐ 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. Cotiser pour ELCS, c'est nous permettre de poursuivre nos actions en faveur de la sensibilisation et de l'information des élu-e-s en faveur de la lutte contre le sida et nous aider à maintenir un bruit de fond autour de cette maladie qui concerne 5000 personnes supplémentaires par an.

Possibilité de cotiser sur HelloAsso via notre site internet elcs.fr / Rubrique Adhésion individuelle

L'ADHÉSION COLLECTIVITÉ

pour les villes, agglomérations, départements et régions

Les collectivités peuvent également adhérer à Élus Locaux Contre le Sida. En tant que collectivité adhérente à Élus Locaux Contre le Sida, vous recevrez en priorité l'ensemble de nos publications et invitations en faveur de la lutte contre le sida. Pour adhérer à ELCS, vous pouvez nous contacter au 01 42 72 36 46 ou par mail : info@elcs.fr. Des informations sont également disponibles sur le site elcs.fr/ rubrique Adhésion collectivité locale.



Le label est décerné par l'association Elus Locaux Contre Le Sida aux mairies investies, pour les récompenser de leur mobilisation en faveur de la lutte contre le VIH/sida, selon plusieurs critères liés à l'action de la ville sur cette thématique, tant en matière de prévention et d'information que de soutien aux personnes et aux acteurs associatifs. Aujourd'hui, notre combat inclut toujours plus de départements et de régions.

Comment devenir «ville engagée» ?

- ❶ Se mobiliser et soutenir la lutte contre le sida à l'échelle locale.
- 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 pour adhérer à ELCS au 01 42 72 36 46 ou par mail : info@elcs.fr

Découvrez la liste des villes sur elcs.fr / Rubrique Nos partenaires



Cérémonie de remise du label à Cannes en mars 2025

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.

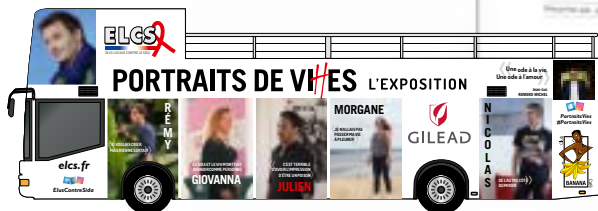
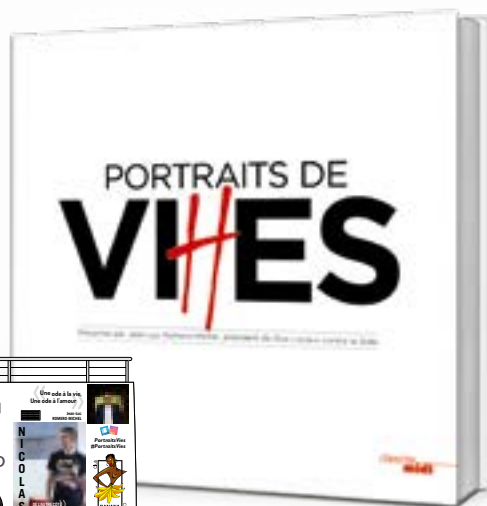
Quinze rencontres indispensables, déchirantes, urgentes. Quinze coups au cœur qui nous rappellent qu'aujourd'hui, vivre avec le VIH est en France parfois plus difficile qu'il y a trente ans, et que la vie des 150 000 personnes séropositives reste une lutte au quotidien : contre le virus, contre le regard 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](https://twitter.com/PortraitsVies)**



En savoir plus sur elcs.fr / Portraits de Vi(h)es ou sur twitter [@PortraitsVies](https://twitter.com/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 // 1^{ère} 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.
- 2024** // Déploiement du dispositif « Mon test IST » permettant de réaliser sans ordonnance et sans rendez-vous le dépistage de cinq infections sexuellement transmissibles (IST), dont le VIH, en laboratoire de biologie médicale.
- 2024** // Recommandations de la Haute Autorité de Santé pour que la PrEP soit prescrite plus largement, et non exclusivement qu'aux HSH.
- 2025** // Transformation des COREVIH qui remplacent les Comités de Coordination Régionale de la Santé Sexuelle (CoReSS).
- 2025** // Proposition de résolution en faveur du chemsex présentée à l'Assemblée Nationale par la Députée Brigitte Liso, demandant une stratégie nationale de prévention.

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*

LA NOUVELLE FEUILLE DE ROUTE SANTÉ
SEXUELLE EST ATTENDUE POUR
LA FIN DE L'ANNÉE 2025.

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 fréquentées 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

pour leur soutien à la sortie de ce Guide.

Sheila, notre présidente d'honneur, Roselyne BACHELOT-NARQUIN et
Dominique GILLOT, nos marraines.

Simon MASSET-DENÈVRE, les membres du bureau et les bénévoles d'ELCS
ainsi que leurs amis dévoués.

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 ViiV Healthcare, Gilead, MSD.



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
Simon Masset-Denèvre, Coordinateur national d'ELCS
Guénaelle Colin, Chargée de mission en affaires publiques et communication

Société Ubiquis pour la retranscription des États Généraux des Elus Locaux Contre le Sida

Guide API 2025-2026
Publié par l'association ELCS en juin 2025
84, rue Quincampoix - Paris 3^e
elcs.fr
Courriel : info@elcs.fr - Téléphone : 01 42 72 36 46

Dépôt légal : Juin 2025

Imprimerie ARLYS - Tél. 01 34 53 62 69

LE GUIDE API 2025-2026

est publié par l'association

Élus Locaux Contre le Sida (ELCS)

Les thèmes de cette édition sont :

- **Etat des lieux sur la situation épidémiologique en France et dans le monde**
- **Focus sur des publics clés (personnes trans, HSH,...) et les discriminations**
- **Les actualités concernant le Vih/Sida et le Chemsex**
- **Focus sur les hépatites virales et la réduction des risques**
- **Les moyens d'action à l'échelle locale**

Aujourd'hui, plus de 18 000 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...

Action — Prévention — Information

elcs.fr



ElusContreSida

