

Plan national
de lutte contre le VIH-Sida
& les infections
sexuellement transmissibles
2010-2014

Déclinaison en région Rhône-Alpes
des programmes en faveur des hommes
ayant des rapports sexuels avec des hommes,
et des lesbiennes, bisexuel(le)s et transsexuel (les)
et en faveur des migrants

> Synthèse finale des groupes de travail – Décembre 2011



Préambule

Le 5^e plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) 2010-2014 a été publié le 4 novembre 2010. Il vise à infléchir radicalement la dynamique de l'épidémie à VIH, à réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH et au SIDA mais aussi, à combattre les autres infections sexuellement transmissibles.

Il constitue désormais, et pour les cinq ans à venir, un cadre de référence pour les actions des Agences régionales de santé (ARS), ainsi que pour les partenaires professionnels et associatifs, dans le champ de la prévention, du dépistage, de la prise en charge médicale et sociale et de la recherche.

Pour procéder à la mise en œuvre de ce plan au niveau de la région, l'ARS Rhône-Alpes souhaite s'appuyer sur un large processus de concertation avec les différents acteurs. Au regard de la richesse du plan, cette déclinaison se fera en plusieurs étapes.

Pour 2011, il a été proposé d'aborder les publics les plus exposés et les plus vulnérables par rapport au risque de transmission du VIH et des IST mais également des hépatites, à savoir les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les lesbiennes, bi et transsexuels (les HSH-LBT) et les migrants.

L'ARS Rhône-Alpes a donc mis en place et animé avec le Centre régional d'information et de prévention du sida (CRIPS) Rhône-Alpes un groupe de travail pour chacune de ces deux populations. De nombreux acteurs, associatifs (bénévoles et salariés), professionnels de santé, institutionnels, représentants des trois Comités de coordination régionale de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) de la région Rhône-Alpes, ont participé à ces travaux. Je les remercie vivement pour leur implication et pour la qualité des échanges.

A l'issue de cette phase de concertation, j'ai le plaisir de vous communiquer la synthèse finale de ces deux groupes de travail, résultante d'une réflexion collective riche et diversifiée.

Ce document de travail constitue un cadre de référence qui permettra d'alimenter la politique régionale et d'éclairer l'ensemble des décideurs et des acteurs. Il servira d'outil pour la programmation des actions de prévention par l'ARS Rhône-Alpes. Cette réflexion pourra également alimenter les commissions des trois COREVIH de la région Rhône-Alpes.

La même démarche sera poursuivie durant l'année 2012 pour deux autres thématiques essentielles : le dépistage et l'accompagnement des personnes vivant avec le VIH.

L'ARS Rhône-Alpes est pleinement investie dans la lutte contre le VIH, les IST et les hépatites virales, au côté des différents acteurs de terrain.

Christophe JACQUINET
Directeur général de l'ARS Rhône-Alpes

Documents de référence

- Plan national de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010-2014
Ministère de la santé et des sports, 2010
- Plan national de lutte contre les hépatites B et C : 2009-2012
Direction générale de la Santé (DGS), 2009
- Rapport du groupe d'experts présidé par le Professeur YENI
relatif à la prise en charge médicale des personnes infectées
par le VIH de juillet 2010
- L'infection à VIH-sida en France en 2009 : dépistage, nouveaux diagnostics
et incidence – Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH),
Institut de veille sanitaire (InVS) novembre 2010
- Le VIH/sida, Recensement de l'activité en Rhône-Alpes, 2010
ARS Rhône-Alpes
- Les hépatites virales, Recensement de l'activité en Rhône-Alpes, 2009
ARS Rhône-Alpes
- Surveillance des IST en Rhône-Alpes
Cellule de l'InVS en région (Cire) Rhône-Alpes, septembre 2011

1. Méthodologie & objectifs de travail

Pour procéder à la déclinaison des plans nationaux VIH/IST et hépatites, l'ARS Rhône-Alpes a annoncé, en mars 2011, la mise en place de deux groupes de travail, en s'appuyant sur l'approche populationnelle du plan VIH/SIDA. Il a ainsi été proposé aux acteurs rhônalpins de réfléchir à la mise en œuvre des actions s'adressant à deux publics prioritaires :

- Les HSH-LBT*,
- Les migrants*.

En invitant une quinzaine de personnes à participer à chacun des groupes de travail, l'ARS Rhône-Alpes a souhaité constituer des collectifs resserrés, capables de réfléchir à des préconisations concrètes, mais également représentatifs des cultures associatives, des approches professionnelles et des réalités géographiques.

Les objectifs assignés à ces deux groupes de travail étaient les suivants :

- Initier le déploiement du plan national VIH/SIDA et les IST en région Rhône-Alpes,
- Améliorer la synergie avec le plan hépatites,
- Définir les priorités régionales d'actions en lien avec les acteurs de terrain, les collectivités territoriales et les COREVIH,
- Favoriser les partenariats.

Pour chaque groupe de travail, quatre réunions ont été organisées, d'avril à octobre 2011. Elles ont permis de valider un état des lieux régional des actions de prévention (HSH-LBT et migrants) et d'arrêter un certain nombre de propositions d'actions. Ces préconisations serviront de référence pour initier en 2012, puis élargir en 2013, une démarche de contractualisation entre l'ARS Rhône-Alpes et les acteurs structurants de la région.

Tout au long de ce processus de concertation, l'ARS a fait appel à l'expertise du CRIPS Rhône-Alpes qui est intervenu en appui méthodologique, dans l'animation des groupes de travail et la rédaction des propositions finales.

*Définitions

HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes,

L : Lesbiennes (femmes homosexuelles identitaires),

FSF : Femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes,

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

T : Trans. Populations désignées ou auto-désignées comme transsexuelles, « transgenres » ou « transidentitaires ».

Migrant (ou immigré) : Personne vivant actuellement en France née étrangère dans un pays étranger. Un immigré peut être étranger ou français, s'il a acquis la nationalité française.

En 2004, 4,5 millions d'immigrés de plus de 18 ans vivaient en France métropolitaine, soit 9,6 % de la population totale (données Insee). Plus d'un immigré sur trois est de nationalité française.

PVVIH : Personnes vivant avec le VIH.

2. Éléments de contexte

2.1 Les enjeux épidémiologiques

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

Environ 40 000 à 50 000 personnes seraient infectées par le VIH sans le savoir. Ainsi, un nombre important de diagnostics survient à un stade avancé de l'immunodépression : 55 % des découvertes de séropositivité se font à moins de 350 CD4/mm³ et plus d'un tiers à moins de 200 CD4. On estime à 6 700 le nombre de personnes nouvellement contaminées par le VIH en France durant l'année 2009. La quasi-totalité de ces contaminations est due à un contact sexuel.

Les grandes tendances :

- Une tendance à la baisse de l'incidence en population générale depuis 10 ans,
- Une épidémie concentrée sur certaines populations (HSH, personnes de nationalité étrangère, usagers de drogue (UD) et dans certains territoires (Ile-de-France, départements français d'Amérique),
- Une augmentation de l'espérance de vie des personnes atteintes grâce à des traitements efficaces faisant désormais considérer l'infection comme une maladie chronique,
- Une situation préoccupante vis-à-vis des hépatites virales B et C (500 000 personnes adultes touchées en France métropolitaine ; trois fois plus fréquentes chez les personnes en situation de précarité),
- Des infections sexuellement transmissibles en augmentation voire en résurgence, sur l'ensemble du territoire.

2.2 Repères épidémiologiques Rhône-Alpes

En région Rhône-Alpes, la file active VIH des patients suivis dans les services spécialisés était de 6 627 patients en 2010 (dont 234 nouveaux patients dépistés). Parmi les nouveaux cas de séropositivité au VIH dépistés en 2010, le mode de contamination par rapports sexuels entre les hommes est prépondérant avec 51% des cas, le mode hétérosexuel représente 46% des cas. Parmi ces nouveaux cas de séropositivité 71% sont des hommes, et la tranche d'âge des 30-44 ans représente 43%.

Les 2 pôles de référence des hépatites de Lyon et de Grenoble ont pris en charge en 2009 382 nouveaux patients porteurs du virus de l'hépatite C (VHC positifs) dont 353 (92%) présentaient un ARN positif signe de portage du virus de l'hépatite C.

Les données issues de la Déclaration obligatoire (DO) 2009 indiquaient une quinzaine d'hépatites B aiguës en Rhône-Alpes. Quant aux chiffres du réseau de surveillance des IST « RésIST » en Rhône-Alpes, ils recensent une quarantaine de cas de syphilis, en moyenne par an, de 2003 à 2009 et un pic à 61 en 2010. Le nombre annuel de gonococcies varie de 12 en 2005 à 67 en 2010 et apparaît en augmentation depuis 2008, comme cela est globalement observé au niveau national.

2.3 Contexte par populations

2.3.1 Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)

La population des Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes correspond à une urgence en termes de santé publique car c'est la population la plus touchée avec un taux d'incidence estimé à 1 006 contaminations par an pour 100 000 HSH (soit un taux d'incidence de 1 % par an). Par rapport à la population hétérosexuelle exclusive française, le taux d'incidence est 200 fois supérieur dans la population des HSH. Ce taux d'incidence reste stable depuis plusieurs années. La dernière enquête sur le web « netgay baromètre 2009 » (publication avril 2010, portant sur 20 000 HSH fréquentant 9 sites de rencontre) publie des données alarmantes parmi les HSH ayant répondu en ligne : un multipartenariat très important (36 partenaires dans l'année précédente pour les HSH séropositifs et 14 partenaires pour les HSH séronégatifs), des rapports anaux sans protection de façon régulière pour 57 % des HSH séropositifs et 12 % des HSH séronégatifs. L'estimation de la prévalence de l'infection par le VIH parmi les HSH reposait jusqu'en 2009 sur les déclarations de séropositivité des répondants aux enquêtes comportementales. Ainsi, la prévalence déclarée variait entre 13 % et 15 % selon les enquêtes.

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

2.3.2 Femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes (FSF)

En France, peu de données fiables existent sur le VIH, les IST et les hépatites concernant les Femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes. Les femmes qui déclarent des pratiques homosexuelles (enquête « Contexte sur la sexualité en France » (CSF)) sont plus à risque d'IST que les femmes hétérosexuelles. Dans cette enquête, elles rapportent plus souvent un épisode d'IST dans les cinq dernières années que les femmes hétérosexuelles (12 % versus 3%).

2.3.3 Trans

La population Trans est très hétérogène et les comportements à risque sont spécifiques à chaque sous-groupe. Les personnes Trans cumulent plusieurs facteurs les exposant à des prises de risque vis-à-vis du VIH, des IST et des hépatites :

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

2.3.4 Migrants

Les données épidémiologiques reflètent le risque accru d'infection par le VIH dans la population migrante. Sur la période 2003-2008, les étrangers représentent près de la moitié de l'ensemble des découvertes de séropositivité (46 %) en France, alors qu'ils ne représentent qu'à peine 6 % de la population vivant en France (source Insee 2006).

Par rapport à la population hétérosexuelle française, le taux d'incidence du VIH est 9 fois supérieur chez les personnes hétérosexuelles de nationalité étrangère. Les personnes originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne sont particulièrement touchées, puisque les taux d'incidence chez les hommes et les femmes sont respectivement 29 fois et 69 fois supérieurs à ceux de la population hétérosexuelle française. Néanmoins, comme chez les femmes et hommes de nationalité française, contaminés par des rapports hétérosexuels, l'incidence a diminué depuis 2003 chez les personnes de nationalité étrangère, de façon comparable dans les deux sexes.

Concernant les IST, les réseaux de surveillance existants permettent d'estimer qu'une proportion non négligeable de cas de syphilis, d'infections à gonocoque et de chlamydiae concerne des migrants d'origines diverses, et notamment d'Europe de l'Est et d'Afrique (du nord et subsaharienne).

Enfin, le plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 souligne l'attention particulière à porter aux personnes originaires de zones de moyenne et forte endémie (Afrique, Asie du sud-est, Europe de l'Est, Afrique du Nord...) pour l'hépatite B, précisant que la prévalence de l'antigène HBs chez les personnes résidant en France métropolitaine est variable selon le continent de naissance des personnes (ex : Afrique subsaharienne 5,25 %).

3. Bilan de l'existant

3.1 Diagnostic partagé

Le travail de concertation pour déterminer les priorités régionales a permis aux acteurs de confronter un certain nombre de réalités de terrain et de partager des éléments de réflexion sur les freins et les leviers concernant la prévention et l'éducation à la santé en direction des deux publics les plus exposés et les plus vulnérables par rapport au risque de transmission du VIH et des IST. L'ensemble de ces éléments forme un diagnostic partagé qui peut servir de socle de référence aux acteurs de terrain.

3.1.1 HSH-LBT

▪ Prendre en compte les sous-communautés et les problématiques transversales

Dans le public cible HSH-LBT, certains prennent plus de risques que d'autres et les liens existent moins qu'avant entre les différents groupes. Il y a nécessité d'adapter les actions et les messages. De leur côté, les lesbiennes, les bi, les Trans, les jeunes homosexuels et les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes non gays n'ont pas forcément conscience du risque VIH.

Par ailleurs, la prise en compte de problématiques transversales telles que « les pratiques sexuelles et la consommation de produits » ou « les HSH et la prostitution » peut s'avérer une bonne passerelle pour toucher, autrement, le public cible.

Il convient également de mieux se coordonner avec les autres services de l'Etat, principalement la Police et la Gendarmerie, qui pourraient considérer que permettre des actions de prévention sur les lieux de drague, c'est autoriser la consommation de sexe dans les lieux publics.

▪ Prévention combinée, prévention positive, santé sexuelle

La prévention combinée (préservatif, indications élargies de dépistage, traitement antirétroviral précoce et Traitement Post Exposition (TPE)) est un principe nouveau et relativement complexe qui doit être expliqué clairement et soutenu. Néanmoins, les acteurs conviennent qu'il ne faut pas se focaliser sur le biomédical au détriment du comportemental ni oublier les informations « de base » qui doivent être actualisées (ex : délai pour le dépistage VIH).

Ils estiment également, compte tenu du taux de prévalence sur les lieux de drague, que prévention primaire et prévention secondaire doivent être associées.

La prise en compte de la santé sexuelle des LGBT et des personnes séropositives passe également par la lutte contre les discriminations, y compris au sein même des communautés.

▪ Prévention des IST et des hépatites

Selon les dernières études, les hommes sont trois fois plus contaminés par le virus de l'Hépatite B (VHB) que les femmes et près d'un HSH sur cinq a été en contact avec le virus de l'hépatite B. Le «sur-risque » pour les HSH est donc une donnée probante qu'il s'agit de porter à leur connaissance. Par ailleurs, compte tenu des différents modes de transmission, la vaccination contre l'hépatite B est recommandée pour toute personne ayant des relations sexuelles avec des partenaires multiples (Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) n° 16/17, 20 avril 2009). Au regard des réalités de leur sexualité, les HSH sont concernés par cette recommandation. Cette remarque s'applique également au vaccin contre l'hépatite A. Ainsi, un effort doit être fait pour informer et mobiliser ce public.

Concernant les IST, il y a de réelles difficultés à les dépister rapidement et les Centres d'Information de Dépistage et de Diagnostic des IST (CIDDIST) ne sont pas connus comme des lieux de traitement.

Pour la Syphilis, la contamination se fait souvent en réseau dans des sous-communautés. Les connaissances mobilisées avant les années 70 dans la lutte contre la syphilis se sont perdues.

▪ Repérage des primo-infections

La primo-infection est une période marquée par une forte probabilité de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (forte charge virale, statut sérologique présumé négatif). Les professionnels de santé, les acteurs de prévention mais également les populations prioritairement concernées doivent penser à cette phase devant des signes même bénins (syndrome pseudo grippal, éruption...).

3.1.2 Migrants

▪ Mobilisation des populations migrantes

Il n'y a pas une population migrante mais des populations migrantes. Il est impératif de prendre en compte cette grande diversité : origine géographique, ancienneté de l'immigration, conditions d'installation, connaissance du Français...

En s'appuyant sur des personnes relais issues de l'immigration, la démarche communautaire facilite la prévention et l'éducation à la santé. Ces personnes relais sont des acteurs clés de la santé des migrants mais il est parfois difficile de travailler dans la durée, parce que ces relais peuvent, eux-mêmes, devoir faire face à des difficultés (emploi, logement...), parce que la problématique VIH peut avoir un effet stigmatisant et parce qu'il y a un « turn over » important dans les associations communautaires.

▪ Lutte contre les discriminations

Le statut administratif des migrants est une question fondamentale qui est directement corrélée aux difficultés sociales et sanitaires. Les restrictions apportées à l'Aide Médicale de l'Etat (AME), la limitation du droit au séjour pour soins sont considérées par les acteurs de terrain comme des mesures défavorables à la santé des migrants.

Un dépistage positif, au VIH ou aux hépatites notamment, modifie le projet de migration et la peur de la stigmatisation peut générer des stratégies d'évitement. Le tabou autour de la sexualité, le secret autour de la maladie ne favorisent pas le dépistage et le soin. Les discriminations existent à l'intérieur même des communautés : vis-à-vis des Personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et des homosexuel(le)s.

▪ Approche globale de la santé

Le VIH, les IST et les hépatites ne sont pas les questions prioritaires des migrants mais plutôt l'alimentation, le diabète ou encore les cancers. Il convient de répondre aux besoins de santé des migrants tels qu'ils s'expriment, d'avoir une porte d'entrée « santé globale » permettant, ensuite, des passerelles avec le VIH, les IST et les hépatites.

Les questions de santé mentale et de santé sexuelle doivent également être prises en compte par les professionnels de santé et les acteurs de terrain.

On peut constater également une mauvaise connaissance des différents dispositifs chez les personnes migrantes. La mobilisation des acteurs doit donc chercher à réduire les difficultés d'accès à la prévention, au dépistage et aux soins, dans un objectif de prise en charge globale de la santé des migrants.

3.2 Actions mises en place

Les groupes de travail populationnels HSH-LBT et migrants ont travaillé à un état des lieux régional des actions de prévention et d'éducation à la santé en direction de ces deux publics prioritaires. Cet état des lieux servira de point de repère pour suivre la mise en œuvre des actions proposées.

4. Priorités & actions pour déployer les plans nationaux

4.1 Programme en direction des HSH-LBT

Priorité 1

Améliorer les connaissances des HSH-LBT sur le VIH, les IST et les hépatites virales

Action 1.1 : Renforcer les actions de prévention et de réduction des risques auprès des personnes fréquentant des lieux de convivialité ou de rencontres sexuelles, dans un souci « d'aller vers ».

- Mise à disposition et accompagnement d'outils d'information et de prévention,
- Promotion de la prévention combinée : prévention comportementale (le préservatif reste la norme), indications élargies de dépistage, traitement antirétroviral précoce et Traitement post exposition (TPE),
- Information sur les interactions entre consommation de produits psycho-actifs et risques sexuels,
- Impliquer les personnels des établissements concernés comme acteurs de prévention,
- Sensibiliser les organisateurs de rencontres sexuelles et les aider à mettre en place des outils d'information et de prévention.

Lieux identitaires gays, FSF mais également bars et discothèques « hétérofriendly » (pour cibler les HSH non gays) et établissements libertins. En effet, le groupe de travail HSH-LBT a estimé que les libertins devaient faire partie du public cible, le lien étant le multipartenariat et la bisexualité (fréquente dans les pratiques libertines).

Action 1.2 : Mener des actions de prévention via les nouveaux modes de communication.

- Renforcer l'utilisation des réseaux sociaux et des applications i phone /Smartphone,
- Renforcer les interventions sur les sites web de rencontres LGBT,
- Partager et modéliser les expériences d'interventions sur Internet.

Priorité 2

Faciliter la prise en compte de la santé sexuelle des HSH-LBT et des personnes séropositives

Action 2.1 : Renforcer le soutien à la vie psychique, affective et sexuelle des PVVIH.

- Groupes de paroles,
- Ateliers thématiques,
- Soutien par les pairs,
- Entretiens individuels (informations personnalisées, soutien pour la divulgation au partenaire...).

Action 2.2 : Promouvoir la santé sexuelle.

- Recenser et mieux faire connaître les prestations des structures impliquées dans le champ de la santé sexuelle (dépistage VIH/Hépatites, consultations IST, vaccinations contre les virus de hépatite A et de l'hépatite B (VHA+VHB) et le virus du papillome humain (HPV), consultations d'endocrinologie, de sexologie, de gynécologie, de proctologie, d'urologie...), et pouvant accueillir les HSH, FSF et Trans,
- Renforcer le partage d'expériences en santé sexuelle entre professionnels du secteur médico-social et associations communautaires,
- Promouvoir le concept de « prévention positive » auprès des professionnels de la santé et du médico-social (sensibilisation, formation),
- Poursuivre la réflexion sur mise en place de consultations de santé sexuelle pour les gays, les FSF et les Trans, associant expertise médicale et démarche communautaire,
- Mise en place de commissions thématiques « santé sexuelle » au sein des COREVIH.

Action 2.3 : Remobiliser les associations identitaires sur les questions de santé.

- Favoriser l'intervention d'associations identitaires dans les territoires où il n'en existe pas,
- Création ou poursuite de « commissions santé » portées et animées par les associations communautaires.

Priorité 3

Lutter contre les discriminations envers les personnes homosexuelles, transgenres ou séropositives

Action 3.1 : Poursuivre les actions de sensibilisation sur le respect du choix des orientations sexuelles, les rapports de genre et la non stigmatisation des PVVIH.

- En direction de la population générale,
- Au sein même des différentes communautés lesbiennes, Gays, Bisexuels et Transgenres (LGBT).

Action 3.2 : Soutenir les associations prenant en charge des victimes d'homophobie, de lesbophobie ou de transphobie, en souffrance ou rupture sociale.

Priorité 4

Adapter et diversifier l'offre de dépistage pour le public HSH-LBT

Action 4.1 : Former les acteurs de terrain à l'utilisation des Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) (cf. cahier des charges formation COREVIH Arc alpin).

- Renforcer les connaissances sur les risques et les modes de transmission du VIH et des IST associés aux différentes pratiques des populations et individus,
- Connaître les différents outils de dépistage, dont les tests rapides font partie, et connaître leurs modalités d'utilisation,
- Proposer un enseignement pratique, en vue d'une habilitation à l'utilisation des TROD,
- Savoir investir le temps d'un rendu d'un test négatif pour poursuivre la démarche de prévention et orienter vers d'autres tests,
- Comprendre les articulations entre acteurs et favoriser l'orientation des consultants en vue d'une prise en charge post-test de qualité.

Action 4.2 : Développer des offres alternatives de dépistage par test rapide pour les HSH-LBT.

- Proposer un dépistage communautaire dans des locaux associatifs,
- Mettre en place des actions de dépistage hors les murs, dans des lieux de rencontres sexuelles,
- Confronter et évaluer la faisabilité et l'efficacité du type d'actions menées.

Action 4.3 : Proposer un dépistage régulier du VIH, des IST et des hépatites virales aux HSH multipartenaires.

- Inciter les professionnels de santé à proposer aux HSH multipartenaires un dépistage du VIH et un recours au traitement post-exposition (TPE) lors des accidents de prévention,
- Communiquer auprès du public gay sur l'intérêt, collectif et individuel, d'un dépistage répété du VIH et de consulter lors des accidents de prévention en vue d'un TPE,
- Inciter les professionnels de santé à dépister les IST chez leurs patients HSH en dehors de tout contexte clinique ou notion de prise de risque,
- Informer les HSH de l'intérêt de dépister et traiter les IST, facteurs de co-transmission du VIH,
- Informer les HSH de l'intérêt de dépister les hépatites B et C,
- Sensibiliser les professionnels et les HSH aux signes cliniques de la primo-infection VIH,
- Promouvoir la vaccination contre l'hépatite B et l'hépatite A,
- Mobiliser les professionnels communautaires.

Action 4.4 : Proposer un dépistage régulier des IST et des hépatites virales aux HSH séropositifs.

- Inciter les professionnels de santé à proposer aux HSH séropositifs un dépistage régulier des IST et des hépatites virales,
- Informer les HSH séropositifs de l'intérêt de dépister et traiter les IST et les hépatites virales,
- Informer les HSH séropositifs des possibilités de vaccination contre l'hépatite B et l'hépatite A.

Action 4.5 : Informer et mobiliser les FSF sur l'intérêt d'un suivi gynécologique et d'un bilan régulier des IST.

- Mobiliser les associations identitaires,
- Informer les FSF à travers différents supports ou actions de proximité.

4.2 Programme en direction des migrants

Parce qu'ils cumulent les facteurs de vulnérabilité, les migrants sont particulièrement concernés par les inégalités sociales de santé. Les priorités et actions présentées ci-dessous entendent réduire les difficultés d'accès à la prévention et l'éducation à la santé, au dépistage et aux soins, dans un objectif de prise en charge globale de la santé des Migrants.

Priorité 1

➤ Améliorer les connaissances des migrants sur le VIH, les IST et les hépatites virales pour favoriser l'accès à la prévention et aux soins

Action 1.1 : Renforcer les actions de proximité, dans une approche de santé globale, en favorisant la démarche communautaire.

- Prendre en compte la diversité des populations migrantes,
- Prendre en compte le contexte de migration dans les questions de santé,
- Diversifier les lieux d'intervention (lieux de vie, lieux où les personnes prennent des risques, territoires « politique de la ville »)
- Aborder la thématique VIH/ IST/hépatites virales dans une approche de santé globale de la prévention aux soins,
- Favoriser l'intervention des pairs en tant que relais de proximité.

Action 1.2 : Renforcer l'appropriation par les femmes migrantes des stratégies de prévention :

- Développer des programmes de réduction des risques liés à la sexualité animés par et pour des femmes migrantes : ateliers santé sexuelle, groupes de paroles... (la santé sexuelle recouvre non seulement le dépistage et la prévention du VIH, des IST et des hépatites virales mais également la contraception, la prise en charge des troubles sexuels et les projets parentaux),
- Soutenir les actions de formation de femmes migrantes (personnes relais, médiateurs de santé et interprètes).

Action 1.3 : Mobiliser les professionnels sociaux et médico-sociaux comme acteurs de prévention VIH/ IST/hépatites virales.

- Inscrire la thématique santé dans les programmes régionaux (Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) et Programme régional d'insertion des populations immigrées (PRIPI)),
- Sensibiliser/former les acteurs professionnels aux enjeux de la prévention, du dépistage et de la prise en charge médicale.

Priorité 2

↳ Soutenir la mobilisation et l'expertise des acteurs

Action 2.1 : Favoriser le partenariat entre acteurs associatifs (bénévoles et salariés), sociaux et médico-sociaux.

- Renforcer les connaissances des professionnels,
- Partager les expériences,
- Développer la prise en compte de la thématique VIH/ IST/hépatites virales dans une approche de santé globale (prévention, dépistage et accès aux soins),
- Proposer un appui aux associations communautaires,
- Faciliter les actions de proximité,
- Soutenir et adapter le fonctionnement des groupes de travail existants,
- Favoriser la mise en place d'un réseau dans l'Arc alpin, en s'appuyant notamment sur le COREVIH de ce territoire.

Action 2.2 : Sensibiliser les professionnels sanitaires, sociaux et administratifs aux droits relatifs à la santé des étrangers vivant en France.

- Connaître les dispositifs législatifs et réglementaires,
- Réduire les difficultés de mise en œuvre de ces dispositifs.

Priorité 3

↳ Lutter contre les discriminations dues à l'orientation sexuelle ou à la séropositivité

Action 3.1 : Prendre en compte les questions de l'homosexualité entre hommes et entre femmes et de la bisexualité dans les populations migrantes.

- Sensibiliser la population migrante dans son ensemble au respect du choix de l'orientation sexuelle,
- Sensibiliser les hommes migrants ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes aux risques VIH, IST et des hépatites dans les lieux de rencontres sexuelles.

Action 3.2 : Poursuivre les actions de sensibilisation sur la non-stigmatisation et la non-discrimination des personnes migrantes vivant avec le VIH et/ou une hépatite B ou C.

- Au sein même des différentes communautés,
- En direction des professionnels sanitaires et sociaux.

Priorité 4

↳ Adapter et diversifier l'offre de dépistage pour les Migrants en vue d'une prise en charge appropriée

Action 4.1 : Renforcer le recours des migrants aux dispositifs de dépistage et de prise en charge du VIH, des IST et des hépatites virales.

- Mieux faire connaître les Centres de dépistage anonyme et gratuit et les Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CDAG-CIDDIST) à l'occasion des actions de proximité ou au travers des médias communautaires,
- Faciliter les consultations de dépistage (recours à l'interprétariat, accompagnement physique par des relais associatifs de proximité),
- Améliorer la visibilité des dispositifs et les articulations entre les différents acteurs (associations, services de soins, réseaux de santé, secteur médico-social...) en vue d'une prise en charge post-test de qualité,
- Communiquer auprès des migrants sur l'intérêt, collectif et individuel, de consulter lors des accidents de prévention en vue d'un traitement post exposition (TPE).

Action 4.2 : Organiser des actions de dépistage hors les murs dans des lieux fortement fréquentés par des migrants.

- Utiliser des moyens mobiles pour aller au-devant des publics,
- S'appuyer sur les acteurs locaux associatifs, sociaux et médicaux,
- Proposer éventuellement des tests rapides,
- Améliorer la visibilité des dispositifs et les articulations entre les différents acteurs (associations, services de soins, réseaux de santé, secteur médico-social...) en vue d'une prise en charge post-test de qualité.

Action 4.3 : Former les acteurs de terrain à l'utilisation des Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) (cf. cahier des charges formation COREVIH Arc alpin).

- Renforcer les connaissances sur les risques et les modes de transmission du VIH et des IST associés aux différentes pratiques des populations et individus,
- Connaître les différents outils de dépistage, dont les tests rapides font partie, et connaître leurs modalités d'utilisation,
- Proposer un enseignement pratique, en vue d'une habilitation à l'utilisation des TROD,
- Savoir investir le temps d'un rendu d'un test négatif pour poursuivre la démarche de prévention et orienter vers d'autres tests,
- Comprendre les articulations entre acteurs et favoriser l'orientation des consultants en vue d'une prise en charge post-test de qualité.



Composition des groupes de travail

Composition du groupe HSH-LBT

Animation : D^r Christophe JULIEN (ARS Rhône-Alpes) et Pascal POURTAU (CRIPS Rhône-Alpes)

Nom	Organisme
AUTHIER Danièle	FRISSE
BEAUCHET Anthony	Le Thianty
BOURGOIN Florian	AIDES
BUFFET Myriam	Ville de Lyon
CAMBAU Sébastien	SNEG
COLLS Michel	Actis
DUBRUC Gaëlle	COREVIH Arc alpin
FAUCHET Camille	Le Thianty
D ^r GRATACAP-CAVALLIER Bénédicte	CIDAG Isère
D ^r GUGLIELMINOTTI Claire	COREVIH Auvergne Loire - CDAG Saint-Etienne
KHARBOUCH Iliès	Keep Smiling
JARDEL Françoise	Ville de Lyon
KARON Stephen	Keep Smiling
LETERTRE Louis	Chrysalide (s'est retiré du groupe après la 1 ^{re} réunion)
D ^r LIVROZET Jean-Michel	HCL – Réseau Virages Santé
MASSONAT-MODOLO Isabelle	HCL – Réseau Virages Santé
MAURIS Kévin	Cabiria
D ^r PELLOTIER Eve	CIDAG Isère
PRADINES-GRILLET Josiane	Contact 69
D ^r RETORNAZ Geneviève	COREVIH Lyon-Vallée du Rhône – ALS
ROUBY Sylvie	Warning

Composition du groupe migrants

Animation : Jean-François SIMATIS (ARS Rhône-Alpes) et Pascal POURTAU (CRIPS Rhône-Alpes)

Nom

AOUSTIN Françoise
BAUDE Sylviane
BOURDIN Valérie
BRISSON Marc
CARPENTIER Isabelle
CRIEDLICH Stéphane
D' FERNANDEZ Christine
GAGUIN Jocelyne
GARCIA Florence
GILG Marie-Elisabeth
HADDADI-COLLET Dalila
HILLERET Marie-Noëlle
JARDEL Françoise
KABERUKA Albert
KOFFI Joseph
QUARD Jonathan
LIONET Laurence
MBALA Bernadette
PABINGUI Albertine
RIFAUD Claudie
SAHAJIAN Frédéric
WANDSCHEER Maya

Organisme

ADHEC
Axès (s'est retirée du groupe après la 1^{ère} réunion)
ALS
ODPS
ARS Rhône-Alpes
Actis
CDAG Croix-Rousse
ARS Rhône-Alpes
Cabiria
CDAG HEH
Actis
Prométhée Alpes Réseau
Ville de Lyon
Da Ti seni
AIPES (s'est retiré du groupe après la 1^{ère} réunion)
AIDES
Prométhée Alpes Réseau
Mutualité Française du Rhône
COREVIH Lyon-Vallée du Rhône – Da Ti Seni
ADES du Rhône
ADHEC
Prométhée Alpes Réseau



Liste des abréviations

AME	Aide médicale d'Etat
ARS	Agence régionale de santé
BEH	Bulletin épidémiologique hebdomadaire
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CIDDIST	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CIRE	Cellule de l'InVS en région
COREVIH	Coordination régionale de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine
CSF	Contexte de la sexualité en France
DGS	Direction Générale de la Santé
FSF	Femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes
HSH	Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
InVS	Institut de veille sanitaire
IST	Infection sexuellement transmissible
LBT	Lesbiennes, bisexuel(le)s et transsexuel(les)
LGBT	Lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les populations en situation de précarité
PRIPI	Programme régional d'intégration des populations immigrées
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Humaine Acquise
TPE	Traitement post exposition
TROD	Test rapide d'orientation diagnostique
UD	Usager de drogues
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Agence régionale de santé
Rhône-Alpes

129 rue Servient
69418 Lyon cedex 03
Tél. : 04 72 34 74 00

www.ars.rhonealpes.sante.fr

