

La Seine-Saint-Denis,
un Département engagé
pour la fin du sida
en 2030

Dirigé par France Lert,
épidémiologiste

Table des matières

Démographie et épidémiologie du VIH assignent de fortes responsabilités aux acteurs du département.....	3
Un engagement du Département.....	6
Quelles lignes de force ?	7
Un puissant dispositif assurant la prévention combinée.....	7
Un programme centré sur les populations prioritaires et les jeunes	7
Le soutien aux associations du champ VIH et de l'accès aux droits	9
Les composantes d'une stratégie départementale de prévention combinée.....	11
Une prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH.....	11
Un programme de dépistage volontariste centré sur les populations les plus exposées.....	11
Une prévention renforcée par des contenus élargis en santé sexuelle et l'accès à la PreP.....	14
Des programmes vers les populations prioritaires	16
Les personnes vivant avec le VIH	16
Les hommes et les femmes migrants d'Afrique Sub-saharienne	18
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.....	23
Les jeunes	27
Travailleurs. ses du sexe	28
Une impulsion et une coordination par le Département	30

La proposition d'une stratégie allant vers la réalisation des 3x90 (90% des séropositifs diagnostiqués, 90% traités par les antirétroviraux, 90% avec une charge virale indétectable) en 2020 et la fin de la transmission du VIH en 2030 en Seine-Saint-Denis répond à l'injonction à agir maintenant de la part des scientifiques, des spécialistes de santé publique ou de l'ONUSIDA qui mettent en avant les acquis scientifiques des dernières années¹. Le concept de prévention combinée associant la baisse de l'exposition au VIH dans la population grâce au diagnostic le plus large possible des personnes infectées et leur traitement et à une élévation de la protection des personnes séronégatives en associant préservatif et PreP selon les comportements et les choix individuels, s'est imposé au niveau international. A partir des recommandations d'experts sur les outils de la prévention² et du traitement et de l'épidémiologie du VIH dans les populations du département, il s'agit de définir comment ce but peut être atteint en s'appuyant sur la grande diversité et richesse des ressources pour la prévention existant en Seine Saint-Denis. C'est l'objectif de la mission décidée par Stéphane Troussel, Président du Conseil départemental.

La réflexion qui donne corps à ce rapport a été menée à partir de réunions, d'entretiens et de données épidémiologiques et scientifiques. Faisant suite au travail mené à Paris, elle a bénéficié de ces réflexions antérieures sur de nombreux aspects et des évolutions de l'année 2016 : préparation de la campagne de Santé Publique France sur la prévention diversifiée vers les HSH, nouvelles données sur l'estimation de l'épidémie, nouvelles données sur l'impact de la prévention combinée à San Francisco qui l'a adoptée depuis quelque temps³.

1

□ Les chercheurs, notamment les pionniers comme Françoise Barré-Sinoussi et Anthony Fauci, l'OMS et l'Onusida appellent à déployer tous les moyens efficaces sans tarder moyens biomédicaux, information en agissant sur les barrières structurelles et financières. La déclaration de Paris signée par la Ville de Paris, Onusida, OnuHabitat et IAPAC invitent les responsables politiques à s'engager pour réaliser l'objectif d'arrêter l'épidémie en 2030.

2

□ Les recommandations nationales sont mises à jour régulièrement par les groupes d'experts sous l'égide du Pr Philippe Morlat. En 2015 et 2016, les recommandations sur la PreP et sur le traitement ont été émises ou actualisées, d'autres chapitres sont en cours de révision, notamment prévention et dépistage et seront publiés en juillet 2017. De son côté la Haute Autorité a publié de nouvelles recommandations de dépistage début 2017. Le ministère de la santé a rendu publique en avril 2017 une stratégie de santé sexuelle qui inclut la stratégie VIH.

3

□ VIH.org. San Francisco : baisse du nombre des infections VIH et mise sous traitement plus rapide malgré des inégalités d'accès, 15 septembre 2016 et à Londres les deux grands centres de soins s'adressant au public gay ont vu une baisse de 42% des nouveaux cas découverts

Démographie et épidémiologie du VIH assignent de fortes responsabilités aux acteurs du département

En Seine-Saint-Denis, en 2014, pour une population de plus d'1,5 million d'habitants soit 2,35% de la population française et 13% de la population d'île de France, les nouveaux diagnostics (389 cas, nombre le plus bas depuis 2003) représentent 5,9% des nouveaux cas en France et 13 % des cas d'île de France; le taux rapporté à la population est de 250 par million soit 2,5 à 3 fois la moyenne nationale et 4 à 5 fois le taux métropolitain hors Île-de-France. Il est cependant environ deux fois moindre que le taux parisien (566 par million) (données Santé Publique France). Quant à la population vivant avec le VIH dans le département qui peut être approchée par le nombre d'ALD (Affection Longue Durée pour infection VIH), ce sont au total près de 9000 personnes résidant dans le département qui étaient suivies en 2013⁴. Sur la base des entrées en ALD VIH tous groupes et nationalités confondus, les taux pour 100 000 habitants sont pour les hommes 566 [548-584] (plus bas que Paris), et pour les femmes 402 [388-417] à comparer à 317 pour Paris et 252 pour la région (données fournies par l'ORS Île-de-France).

Depuis 2006, en Seine Saint-Denis, les hommes sont plus nombreux que les femmes parmi les nouveaux diagnostics avec une augmentation du nombre et de la proportion de cas chez les HSH (26% en 2014) et une baisse chez les hommes non HSH et les femmes. En 2014, 71% des nouvelles découvertes concernent des personnes nées à l'étranger parmi lesquelles 15% sont nées en Côte d'Ivoire, 10% au Cameroun, 4% au Congo, 4% en Guinée, 4% au Mali et moins de 4% pour chacun des autres pays (Haïti, Pakistan etc.). Au total, seulement 12% des cas concernent des hétérosexuels nés en France (données Santé Publique France).

La distribution par commune n'est disponible que sur la base des entrées en ALD VIH en groupant les années 2011-13. Elle indique que les cinq communes qui ont les taux rapportés à la population les plus élevés sont les mêmes pour les deux sexes : Saint-Denis, Bobigny, Aubervilliers, Pierrefitte et Stains. Ces données par commune ou canton indiquent que dans 10 communes sur 30, le nombre d'hommes est au moins 1,5 fois celui des femmes (données fournies par l'ORS Île-de-France) suggérant une répartition des diagnostics HSH dans l'ensemble des communes du département.

L'Inserm évalue à 200 pour chaque sexe le nombre de nouvelles contaminations parmi les personnes nées à l'étranger, soit environ 1/3 des nouvelles infections en Ile de France dans cette population (modélisation réalisée par Virginie Supervie). Pour les homosexuels et les autres hétérosexuels, les estimations au niveau départemental ne peuvent être effectuées en raison d'une marge d'incertitude trop large due à des effectifs trop faibles.

On sait aujourd'hui que le bénéfice pour les personnes atteintes et pour les populations est maximisé par un diagnostic très précoce ouvrant la voie au traitement immédiat. Or si on observe une baisse constante du nombre de diagnostics très tardifs (28% : sida et stade avancé), les infections récentes au moment du diagnostic (<6 mois : 25%) sont stables au cours du temps avec une tendance à plus de découvertes au stade précoce (37% : PI ou CD4>500).

La Seine Saint-Denis réalise 3% des tests enregistrés en France, soit environ 100 tests pour 1000 habitants (taux plus élevé que le reste de l'île de France hors Paris). Le nombre total de tests a augmenté de 12 % en 2014 par rapport à l'année 2010 (année de lancement du plan gouvernemental). En outre, 39 % des diagnostics sont déclarés par la médecine de ville (données Santé Publique France). Les dépistages faits dans d'autres départements par des habitants de la Seine Saint-Denis ne sont pas dénombrés.

4

⁴L'ORS Île de France établit des taux d'ALD VIH (nombre total en cours et nouvelles entrées) par département et par communes ou regroupement de communes ce qui permet de disposer d'une cartographie plus précise que la DO qui donne des informations au niveau du département. Selon les études de la CNAM, les ALD VIH représentent 80% des individus recevant des soins pour une infection VIH.

La Seine Saint-Denis est le département d'île de France le plus jeune, avec une forte population étrangère et immigrée, un niveau de revenu médian inférieur d'un tiers à celui de l'île de France et donc une réelle pauvreté pour une partie de la population : 20% de la population vit dans un quartier dont le revenu est inférieur au seuil de pauvreté contre 5,5% pour la région. Ainsi près de la moitié des Franciliens vivant dans un quartier pauvre habitent la Seine Saint-Denis. L'emploi y est en augmentation en raison du dynamisme économique du département, mais les emplois créés bénéficient peu à la population active habitant le département dont plus de la moitié travaillent à l'extérieur⁵. Les niveaux d'inactivité et de chômage y sont ainsi plus élevés que dans le reste de la région. Cependant cette situation démographique et socio-économique est inégalitaire au sein du département avec une concentration de la pauvreté et de la précarité dans certaines communes. Ce phénomène est renforcé par une mobilité sélective intra et extra-départementale⁶.

L'analyse fine de la démographie étrangère en Seine-Saint-Denis⁷ met en exergue la forte présence des étrangers dans le département (21% en 2011) avec une surreprésentation par rapport à la région (13%) et à la métropole (6%) et ceci avec une contribution croissante à l'accueil des étrangers: ainsi c'est avec le Val de Marne, la Seine-Saint-Denis qui accueille le plus les nouveaux arrivants (10 000 environ des 66 000 arrivées en Ile de France entre 2006 et 2011). La distribution sur le territoire conduit à des proportions d'étrangers de plus de 30% dans 5 communes de l'ouest du département avec une forte proportion de populations originaires d'Afrique subsaharienne. En 2013, le département compte environ 151 000 immigrés du Maghreb et 102 000 immigrés des autres régions africaines⁸. Les variations à la hausse ou à la baisse des nouveaux arrivants sont diverses selon les pays d'origine. Concernant la population africaine, elle est concentrée dans les villes de Plaine Commune et Est Ensemble avec des logiques d'implantation par nationalité qui facilitent l'intégration des nouveaux arrivés. Malgré la croissance économique en Afrique, les migrations restent importantes avec une féminisation des arrivants et un niveau d'étude croissants⁹. La difficulté des conditions d'arrivée, accrue par des politiques de plus en plus restrictives et accompagnées dans les dernières années de discours politiques et médiatiques teintés de xénophobie, se traduisent par de longues périodes de précarité administrative et matérielle¹⁰, une déqualification durable dans l'emploi qui confinent les immigrés dans des emplois précaires, mal payés et avec des conditions de travail pénibles, comme le montrent les données de l'Insee et celles de l'étude Parcours¹¹.

L'instabilité résidentielle marque les premières années de la vie en France pour beaucoup avec l'hébergement par des proches, le logement sans titre dans les foyers ou des loyers exorbitants dans des logements dégradés,

5

□ Seine Saint-Denis. Portrait d'un territoire. Décembre 2014.

6

□ CAF, Ctrad. La mobilité résidentielle des allocataires séquanodionysiens. Mars 2016.

7

□ Département de Seine-Saint-Denis. La population étrangère en Seine-Saint-Denis. État des lieux 2011 et évolution 2006-2011. Décryptage. Avril 2016.

8

□ Recensement INSEE de 2013

9

□ Migrations subsahariennes les idées reçues à l'épreuve des chiffres. N°29, novembre 2015. <http://www.afd.fr/jahia/webdav/site/afd/shared/PUBLICATIONS/RECHERCHE/Scientifiques/Question-developpement/29-question-developpement.pdf>

10

□ Gosselin A. Desgrées du Loû, Lelièvre E et al. Migrants subsahariens. Combien de temps faut-il pour s'installer en France ? Populations et société, n°533, mai 2016.

11

□ Annequin M, Dray-Spira R, Annabel Desgrées du Loû et al : travaux en cours de publication sur la qualification des immigrés d'Afrique Subsaharienne au sein de l'étude ANRS-Parcours. Et op cit.

voire l'absence totale de domicile et se traduit par une proportion importante dans certaines communes du département, de personnes récemment arrivées, fragiles et contraintes à la mobilité¹².

Enfin l'offre de soins de ville est la moins forte de la région notamment en ce qui concerne les médecins généralistes, les médecins spécialistes et les autres professions de santé. De plus, au sein du département on retrouve une forte inégalité¹³.

Ainsi cette dynamique démographique générale en Seine Saint-Denis avec la place particulière des populations originaires du Sud du Sahara, nombreuses, croissantes, concentrées, mobiles, particulièrement précaires assigne des responsabilités supplémentaires aux acteurs institutionnels (État, Région, Département) dans la prise en charge du VIH, « sur-responsabilités » qui doivent être reconnues et ce d'autant que l'offre de soins est en déficit par rapport à la région dans son ensemble.

12

[□] Pan Khé Son JL et Scodellaro C. L'habitat des immigrés et des descendants : ségrégation et discriminations perçues in Beauchemin C, Hamel C et Simon P. Trajectoires et Origines. Enquête sur la diversité des populations en France. INED. 2016.

13

[▣] <https://www.seine-saint-denis.fr/IMG/pdf/tableaudebordediton2013.pdf>

Un engagement du Département

La lutte contre le VIH est une responsabilité de l'État dans le cadre d'un plan définissant des axes stratégiques et des programmes d'actions, mis en œuvre à travers les programmes définis par les ARS. En Seine-Saint-Denis, le Conseil départemental est engagé de longue date dans la lutte contre le VIH. Il a fait le choix en 2004 de conserver la compétence recentralisée, en délégation de l'État, de lutte contre les IST-VIH-hépatites. Il portait 6 structures agréées en tant que centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST). Il est désormais, depuis le 1^{er} janvier 2016, habilité en tant que CeGIDD, avec un site principal et 4 antennes.

L'assurance maladie et l'ARS financent la plus grande partie des actions contribuant à la prévention complétée par les collectivités territoriales et des actions ou des financements caritatifs.

Fin 2016 lors des discussions qui ont donné lieu au présent rapport, la stratégie gouvernementale n'était pas encore actualisée. Un plan de santé sexuelle a été publié en avril 2017 et ne remet pas en cause les orientations présentées ici. Il en va de même pour les recommandations de dépistage révisée en 2017 par la Haute Autorité de Santé. Le groupe d'experts prépare des recommandations en termes de prévention après avoir actualisé les recommandations de traitement et celles pour la PreP en 2015 et 2016. Les CeGIDD sont habilités depuis le 1^{er} janvier 2016 et l'ARS pilote la mise en œuvre de leurs nouvelles missions. S'ajoute à ces institutions, les COREVIH qui ont de larges missions de coordination et de services, notamment de formation, sur le territoire pour tous les volets de la stratégie combinée ; la Seine Saint-Denis est répartie début 2017 entre deux COREVIH franciliens (Ile de France Nord et Ile de France Est pour la plus grande partie).

Le rôle du Département comme collectivité territoriale est cependant essentiel ; il est d'assurer la proximité avec les populations prioritaires parce que c'est sa responsabilité vis-à-vis des populations et parce qu'il déploie avec les autres collectivités territoriales des politiques publiques et des services de proximité qui sont les véhicules de la stratégie aujourd'hui universelle de prévention combinée. Le Département de la Seine-Saint-Denis, en tant que porteur d'un CeGIDD, contribue également à la prévention au sens information et dépistage du VIH.

La stratégie proposée ici consiste à déployer une offre de prévention combinée qui répondent aux besoins de ces populations en les incluant le plus possible dans la définition de cette réponse. Les actions VIH ont ainsi besoin de s'appuyer sur les services médicaux de proximité, sur les actions d'insertion sociale, sur les multiples formes de proximité au sein des populations.

Le positionnement d'une stratégie VIH départementale doit donc s'articuler de façon pragmatique et transparente au sein de l'architecture complexe des compétences réparties entre l'État, la Région, le Département et les communes.

De plus dans l'agglomération parisienne, les personnes circulent pour travailler, régler des questions administratives, se soigner, rencontrer des proches ou des personnes de la même communauté, faire leur marché, se distraire et les acteurs eux-aussi, associations communautaires ou du champ VIH et services hospitaliers ont une vocation qui déborde les frontières administratives des territoires, surtout avec Paris, mais aussi entre communes ou avec les départements limitrophes.

La coordination notamment entre les programmes parisiens et ceux de Seine Saint-Denis est donc indispensable pour affirmer une cohérence vis-à-vis des publics et des professionnels et s'assurer que tous reçoivent la meilleure offre possible, notamment les groupes minoritaires.

Quelles lignes de force ?

La prévention combinée renouvelle le dispositif préventif. Elle met l'accent sur la promotion de la santé sexuelle par la mise à disposition effective d'un ensemble de ressources préventives efficaces au niveau collectif pour les populations et pour les individus les plus exposés du fait de la prévalence.

Un puissant dispositif assurant la prévention combinée.

En France comme ailleurs, aucun instrument seul, traitement, dépistage ou augmentation du niveau de protection des rapports sexuels ne permettra d'avancer rapidement vers l'objectif de ramener au plus bas les nouvelles infections par le VIH¹⁴. L'atteinte de cet objectif repose sur la synergie des services hospitaliers spécialisés (7 dans le département¹⁵ et la proximité avec les services parisiens) et des CeGIDD, d'un programme de dépistage volontariste, d'une forte implication des services de santé généraux (pour les soins, le dépistage et la prévention dont la PreP) et le déploiement de « l'aller vers » au sein ou en plus de l'existant par les associations et dans les communes ou communautés de communes.

Un programme centré sur les populations prioritaires et les jeunes

Le croisement des données épidémiologiques et démographiques souligne la nécessité absolue d'un programme centré sur les populations les plus exposées au premier rang desquelles les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les populations immigrées d'Afrique Subsaharienne. Ceux-ci constituent de loin la part la plus importante de la population immigrée exposée au VIH, toutefois les étrangers d'Haïti viennent au 10^{ème} rang des nationalités du département et compte tenu de la prévalence en Haïti, doivent aussi faire l'objet d'une attention particulière.

Aucune donnée épidémiologique n'indique une surexposition de la population des jeunes du département à l'infection VIH. Cependant les IVG sont plus fréquentes en Seine Saint-Denis que dans le reste de l'Île de France, et notamment chez les moins de 18 ans¹⁶. La promotion de la santé sexuelle est donc un enjeu de santé publique important à travers les actions en milieu scolaire, en extrascolaire et l'offre très large de centres de planning familial (plus de 110 lieux de consultation). Il est important d'y intégrer les données scientifiques actuelles sur le VIH afin que les jeunes, garçons et filles, tirent parti au mieux des ressources en prévention et en dépistage existant dans le département. Ces actions et les contacts avec le dispositif permettront le repérage des vulnérabilités individuelles à l'infection VIH et aux IST en lien avec les relations homosexuelles entre hommes, l'usage à risque de drogue, ou le sexe transactionnel.

Les travailleurs du sexe exercent ou habitent en Seine Saint-Denis. Elles/Ils sont fragilisés par la réglementation et son application et ce d'autant que beaucoup sont étrangers. Diverses associations spécialisées, les associations à caractère social ou travaillant en réduction des risques auprès des usagers de drogue les rencontrent dans leur travail de terrain. Il importe de mieux connaître la situation et de s'assurer que

14

□ Il n'existe pas de modélisation de l'épidémie pour la France ou d'autres pays européens selon différents schémas de prévention. Les estimations réalisées pour les pays de forte prévalence indiquent que ce n'est qu'un panier d'interventions qui permettra une inflexion forte et rapide de l'épidémie.

15

□ Les hôpitaux Robert Ballanger à Aulnay-sous-bois, Avicenne à Bobigny, Jean Verdier à Bondy, le CHI Le Raincy-Monfermeil, André Grégoire à Montreuil, Delafontaine à Saint-Denis et l'EPS de Ville-Evrard.

16

□ http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2015/Tableau_de_bord_perinatIdF2015.pdf : en 2013, le taux d'IVG chez les femmes de 15 à 49 ans est de 24 pour mille et chez les moins de 18 ans de 16 pour mille dans le département vs. 18 et 10,4 pour mille en Île de France,

les moyens renouvelés de la prévention combinée soient mis à disposition de ces personnes en tenant compte de la globalité de leurs besoins.

Les usagers de drogue, en particulier les enfants de l'immigration maghrébine, ont payé un très lourd tribut à l'épidémie dans les années 80¹⁷. Les mesures de réduction des risques ont permis une quasi disparition des nouvelles infections VIH, l'hépatite C est maintenant au premier plan avec l'impératif d'une prévention renouvelée et d'accès au traitement par les ARV à action directe qui permet une guérison. Sur le plan social, de nouvelles populations avec de petits effectifs et souvent très localisées (immigrés des pays de l'ex-bloc soviétique et d'Europe de l'Est) et l'usage du crack et ses effets désocialisants sont au cœur des préoccupations des acteurs de la réduction des risques. Les actions en faveur de ces populations n'ont pas été envisagées dans le cadre de ce programme centré sur le VIH et la santé sexuelle.

La lutte contre les discriminations envers les populations LGBT et les personnes vivant avec le VIH.

La lutte contre les discriminations constitue déjà un axe fort de la politique publique en Seine Saint-Denis avec deux dimensions dominantes : la diversité et l'égalité homme-femme¹⁸. Les populations du département subissent plus fortement que partout ailleurs en France, les effets de la ségrégation urbaine, d'une image péjorative de leur environnement quotidien dans le discours public et les media, beaucoup d'habitants du département sont exposés dans de nombreuses circonstances de la vie à des discriminations sociales et raciales. Les discriminations des séropositifs se manifestent dans de multiples sphères de la vie sociale et dans la famille. Elles manifestent l'intolérance des sexualités différentes des normes majoritaires dictées par les rapports de genre et sont ainsi une expression du sexisme et de l'homophobie¹⁹. Elles sont plus marquées au sein des populations africaines et contribuent à l'isolement des PVVIH²⁰. Dans ce contexte, appeler à la lutte contre la stigmatisation des séropositifs et à la lutte contre l'homophobie doit être abordé sous l'angle de l'inclusion et non de la dénonciation des comportements sérophobes, homophobes ou sexistes.

En France, comme le montre bien l'enquête Trajectoires et Origines qui a enquêté auprès des populations majoritaires, originaires des DOM et des immigrés et de leurs descendants, les Africains subsahariens sont le groupe qui rapporte le plus de discrimination dans les différentes sphères de la vie sociale (emploi, logement, services publics et de santé et éducation)²¹. La manifestation des discriminations dans les médias comme celles infligées par les acteurs de la vie quotidienne de façon plus ou moins délibérée ou par l'adoption irréfléchie de normes dominantes appelle des réponses à tous les niveaux dans les sphères politique, professionnelle ou administrative. Ces réponses reposent autant sur l'appel au respect des droits fondamentaux dans les principes et

17

□ Parmi les usagers de drogue séropositifs enquêtés en 2011, 35% étaient des descendants d'immigrés principalement d'Algérie ou de Tunisie, Lert F, Annequin M, Tron L et al. Situation socio-économique des PVVIH en métropole en 2011. Premiers résultats de l'enquête Vespa2. BEH, 2013, 26-27, 293-306.

18

□ Rapport du Conseil général. Présentation et engagements du département pour l'égalité et contre les discriminations, 30 mai 2013. La Seine Saint-Denis, 1^{er} département à obtenir le Label Diversité. Communiqué de Presse, 8 février 2016.

19

□ Marsicano E, Hamelin C. Lert F. Ça se passe aussi en famille. Les discriminations envers les personnes vivant avec le VIH/sida en France. Terrains et Travaux, 2016, 2/2, 65-84.

20

□ Afrique-Avenir. Inpes. Afrobaromètre Santé 2011. Enquête auprès des personnes Africaines et Caribéennes en Île de France, janvier 2013.

21

□ Brinbaum Y, Safi M, Simon P. Les discriminations en France : entre perception et expérience. in Beauchemin C, Hamel C et Simon P. Trajectoires et Origines. Enquête sur la diversité des populations en France. INED. 2016.

dans les actes notamment par le soutien et l'inclusion des acteurs qui portent les intérêts des groupes lésés (cf. plus bas).

La mobilisation des dispositifs généralistes dans le secteur sanitaire, social et associatif.
La capacité d'aller vers, d'être proche, le fait de servir déjà les populations prioritaires et les individus en leur sein constitue un moyen d'agir majeur pour le programme départemental. Pour certains acteurs déjà très impliqués dans la problématique du VIH, pour d'autres peu ou pas, l'information sur le VIH doit souvent être mise à jour des avancées scientifiques et médicales, des fondements des priorités de santé publique pour que le rôle de chacun dans la prévention combinée puisse être bien défini, identifié et finalement consenti et mis en actes.

C'est le cas de la médecine générale pratiquée en libéral, en centres de santé, en centres humanitaires ou dans les PASS hospitalières : la médecine générale est consultée par toutes les populations. Elle a adopté en particulier dans le département des pratiques de santé publique et réalise la plus grande partie des tests VIH. La médecine générale peut hausser le niveau de la proposition du dépistage et surtout sa répétition régulière pour les populations prioritaires. C'est le cas aussi des services d'éducation et de planification familiale habilités pour le dépistage depuis plus de 25 ans, plus d'une centaine dans le département.

De façon plus large, certaines communes ou intercommunalités ont mis en place des programmes de promotion de la santé (Ateliers santé-Ville, Contrats Locaux de santé) qui sont autant de vecteurs de contenus préventifs à ajuster aux populations et personnes auxquels ils s'adressent. Les services d'insertion sociale et d'accès aux droits très divers (ateliers sociolinguistiques, centres sociaux de quartiers, accueil des femmes ayant subi des violences, bus santé itinérants, boutiques pour les personnes précaires), nombreux, actifs et animés de gens motivés qui existent dans le département constituent des lieux où les échanges se nouent, les besoins s'expriment, les informations circulent, et où leur appropriation individuellement ou collectivement se réalise.

Il s'agit dans leur immense majorité d'acteurs qui ont déjà une bonne expérience du VIH et de nombreuses et anciennes connexions avec les services dédiés. Au-delà d'eux, la mise à jour des connaissances, des possibilités de la prévention combinée et du renforcement de leur place pour réussir les objectifs épidémiologiques peuvent se diffuser rapidement avec une implication active des COREVIH Ile de France Nord et Ile de France Est.

Le soutien aux associations du champ VIH et de l'accès aux droits

L'implication du tissu associatif hors du champ VIH est ressortie comme un levier important pour promouvoir la prévention et le dépistage lors de la réunion régionale organisée par l'ARS et le COREVIH Ile de France Est fin novembre 2016. Ce tissu est très dense, très divers et très atomisé. Les associations du champ VIH sont le maillon nécessaire pour le resserrer et le mobiliser. Les soutenir par la reconnaissance de leur place et le financement est le meilleur moyen de renforcer les liens entre les institutions, les services de santé et les populations. Plusieurs associations du champ VIH sont anciennement présentes et actives dans le département, Ikambere, AIDES, Afrique Avenir, Bamesso et ses amis en lien tant avec les professionnels du VIH qu'avec des associations de l'accès aux droits comme La Marmite et maintenant le COMEDE avec une antenne à l'hôpital Avicenne.

La recherche pour innover dans l'implication des communautés et le déploiement de nouvelles stratégies.

La recherche a apporté de façon continue des progrès dans la lutte contre le VIH d'abord en permettant aux personnes atteintes de vivre le plus normalement possible, longtemps et en bonne santé, ensuite en offrant des nouveaux outils (autotests par exemple) ou de nouvelles approches (PreP, dépistage communautaire). La

recherche opérationnelle qui permet de comprendre où sont les obstacles et les facilitateurs dans l'accès au dépistage, à la prévention et aux soins prend une place accrue dans la phase actuelle où il s'agit de déployer rapidement un nouveau concept de la prévention. L'appui sur une recherche pluridisciplinaire est donc une ressource complémentaire dans le programme actuel avec des équipes de sciences sociales et de santé publique déjà engagées et travaillant en étroite relation avec les services hospitaliers de recherche et les associations. Ainsi plusieurs équipes du département sont engagées dans le projet ANRS Prévenir (Pr JM Molina, AP-HP, Saint Louis) sur le déploiement de la PreP et dans un projet de recherche interventionnelle (A. Desgrées du Loû, Ceped, IRD, Paris, les associations ARCAT et Afrique Avenir) portant sur la capacité à agir (*empowerment*) communautaire et individuel des migrants africains et soutenu par l'ARS et l'ANRS.

Les composantes d'une stratégie départementale de prévention combinée

Une prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH

L'offre hospitalière de soins et de suivi de la maladie VIH repose sur sept services hospitaliers qui ont une longue expérience tant médicale, scientifique qu'en matière de prise en charge globale, incluant un volet social très important. Le suivi des PVVIH de Seine-Saint-Denis est aussi assuré dans des services parisiens ou des départements limitrophes sans que la répartition soit connue.

Au cours de la période de préparation de ce rapport, il n'a pas été possible d'organiser une réunion sur la prise en charge médicale compte tenu des impératifs de nombreux potentiels participants. Les recommandations de traitement, de coordination médicale et de prise en charge sociale sont régulièrement actualisées par les experts médicaux, scientifiques et associatifs. Début 2017, ces actualisations sont en cours sous la présidence de Philippe Morlat et constitueront le cadre de référence pour cette partie.

On se limitera donc ici à rappeler les points de vigilance dans l'organisation de l'offre de soins VIH :

- Le lien entre les acteurs du dépistage et les services de soins pour entamer la prise en charge dès le premier résultat positif.
- L'importance cruciale du travail social pour l'accès au droit et l'initiation de la prise en charge hospitalière
- Le développement de la médiation sanitaire dans les associations et dans les services. La médiation sanitaire est déjà fortement développée en Seine Saint-Denis et devrait être renforcée par le DU qui sera mis en place dans les prochains mois par le COREVIH Ile de France Est.
- La prévention et le suivi des perdus de vue en regard de la forte mobilité liée à la précarité administrative et résidentielle.
- L'importance de poursuivre et de développer l'éducation thérapeutique autour des besoins spécifiques des populations prises en charge pour les besoins liés directement au VIH et pour la santé globale et l'insertion, à l'hôpital ou dans les associations.
- La prise en charge des cas complexes pour lequel des protocoles ont été élaborés sur l'impulsion du COREVIH.

Un programme de dépistage volontariste centré sur les populations les plus exposées

Atteindre 90% de personnes séropositives diagnostiquées est un des instruments actuellement les plus efficaces pour infléchir fortement l'épidémie. Environ 160 000 tests avec environ 500 tests positifs sont décomptés par LaboVIH (données de Santé Publique France) dans le département auxquels s'ajoutent les tests non dénombrés réalisés par des habitants de Seine Saint-Denis à Paris et dans les autres départements de la région. Les actions hors les murs sont aussi réalisées par diverses structures, des associations, le CeGIDD départemental et par certains programmes locaux (à Aubervilliers, le bus Escalé Santé, l'hôpital Delafontaine en complément de ses activités CeGIDD effectuée de sessions hors les murs, AIDES pionnier du dépistage communautaire en réalise

une très grande partie etc.). Toutes ne donnent pas lieu à des décomptes, mais quand ces interventions sont bien ciblées le taux de découvertes est élevé : en 2015, Afrique Avenir 1262 tests, 7 positifs, 0,55% ; AIDES, 3469 tests, 27 positifs, 0,8%.

La médecine de première ligne en libéral, en centre de santé ou dans les centres pour l'accès aux soins contribue déjà fortement au dépistage. Le rattrapage pour le diagnostic des personnes infectées depuis plusieurs années nécessite une augmentation très importante du nombre de dépistages que seule la contribution de tous les services de santé peut réaliser. Il est donc nécessaire d'intensifier le dépistage dans ces services de première ligne car c'est l'institution de santé la plus proche des populations. En médecine de ville, la proposition de dépistage peut apparaître aux médecins une démarche complexe associant l'intrusion dans la vie privée, la peur de stigmatiser et l'appréhension d'annoncer un résultat positif. S'y ajoute pour les services s'adressant à des populations vulnérables la prééminence de l'urgence. Les données disponibles montrent que cette crainte n'est pas fondée : les études menées dans les services d'urgence²² ont montré que la proposition de test était acceptée par plus de 60% des personnes sollicitées.

Ce n'est pourtant une tâche facile. Depuis plusieurs années, sous la présidence du Pr. Willy Rozenbaum, le COREVIH Ile de France Est s'est fortement impliqué pour intensifier le dépistage dans les départements de son ressort géographique²³. Différentes stratégies ont été utilisées avec des semaines du dépistage pour les entrants de tous les hôpitaux de son ressort (DEPIWeek), la proposition de dépistage lors des séances de vaccination fréquentées par beaucoup de migrants africains, une proposition dans les centres d'orthogénie, une action auprès des médecins de ville via un courrier cosigné avec la CPAM ; action évaluée sur la base des données de l'assurance maladie. Le bilan est dans l'ensemble décevant pour les promoteurs de ce programme volontariste. Un nouveau programme est en préparation en collaboration avec des services volontaires dans les hôpitaux pour un dépistage systématique des entrants.

Cette expérience à grande échelle témoigne de la difficulté de l'intensification du dépistage et de la nécessité de convaincre les médecins tant en ville qu'à l'hôpital d'avoir une pratique systématique et ciblée.

Tout dépistage s'entend comme respectant toujours les critères des 5C de l'OMS : Consentement, Confidentialité, Counseling, résultats corrects, liens avec le soin (Connection)²⁴.

La concentration de l'épidémie dans la population HSH et les immigrés subsahariens amène à organiser le dépistage en priorité pour atteindre ces populations.

22

□ Casalino E, Bernot B, Bouchaud O, et al. Twelve months of routine HIV screening in 6 emergency departments in the Paris area: results from the ANRS URDEP study. *PLoS One*. 2012;7(10):e46437. d'Almeida KW, Kierzek G, de Truchis P, et al, Modest public health impact of nontargeted human immunodeficiency virus screening in 29 emergency departments. *Arch Intern Med*, 2012. 172(1): p. 12-20.; Leblanc J, Rousseau A, Hejblum G et al. The impact of nurse-driven targeted HIV screening in 8 emergency departments: study protocol for the DICI-VIH cluster-randomized two-period crossover trial, *BMC Infect Dis*, 2016. 16(1): 51

23

□ Le territoire du COREVIH Ile de France Est correspond à 27 établissements hospitaliers (22 non AP-HP, 4 AP-HP, 1 PSPH) situés dans les 2, 3, 9 et 10ème arrondissements de Paris et une partie des départements de Seine et Marne, Essonne, Val de Marne et Val d'Oise ainsi que la Seine Saint-Denis (sans l'hôpital Delafontaine rattaché au COREVIH Île de France Nord).

24

□ WHO, Consolidated Guidelines on HIV testing services, 5Cs Consent, Confidentiality, Counselling, Correct results and Connection, juillet 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926_eng.pdf?ua=1&ua=1

- Définir un programme de dépistage en pensant tous les programmes et la répartition des ressources en fonction de l'implantation et des modes de recours des populations prioritaires, personnes immigrées d'Afrique subsaharienne et HSH.
- Favoriser l'initiative individuelle du dépistage en renforçant l'information sur les lieux de dépistage, CeGIDD et centres de santé offrant des consultations dédiées au dépistage.
- Proposer le dépistage lors des consultations en sollicitant les praticiens de médecine générale (cabinets de ville, centres municipaux de santé, PASS, CASO) non seulement lors d'un premier contact avec un consultant, mais dans les populations prioritaires de le répéter chaque année en raison de leur exposition élevée et sans tenir compte du comportement sexuel rapporté. Le taux de nouveaux tests positifs sera relativement bas (inférieur à 1% et probablement de 0,5% soit 200 tests pour 1 cas environ) mais c'est la condition pour atteindre les personnes qui ne se sentent pas exposées ou oublient qu'elles l'ont été, négligent de se dépister et retardent leur entrée en soins. Il s'agira donc de définir un mode de communication avec les médecins généralistes selon les modes d'exercice qui informe sur la situation, des arguments en faveur de leur implication dans le dépistage, sur le circuit de soin et les résultats du dépistage dans le département.
- Renforcer le rôle des centres de planification familiale dans le dépistage et la prévention combinée. Depuis 1992, les centres de planification familiale de Seine-Saint-Denis (quelques 120 installés dans des centres municipaux de santé, hôpitaux, universités etc.) sont agréés pour le dépistage gratuit du VIH. Certains ont des liens privilégiés avec des associations et les services VIH spécialisés pour le suivi du VIH et les services de gynéco-obstétrique qui suivent les femmes enceintes séropositives. Ces centres sont des vecteurs de communication et d'intensification du dépistage chez les femmes migrantes.
- Aller vers les populations prioritaires avec le dépistage hors les murs/communautaires par tests rapides. Ce dépistage est coûteux en exploration (identifier les lieux et horaires propices), en installation (autorisation de stationnement, installation des tentes etc.), en personnel (pour aller au-devant des publics et réaliser le test et le counselling). C'est pourquoi, le dépistage hors les murs ne doit plus être considéré comme un moyen de promotion du dépistage en population générale mais uniquement d'atteindre les groupes dans lesquels la prévalence des cas non diagnostiqués est la plus forte.
- Expérimenter de nouvelles approches tel le projet « Hermetic » mené en 2016/17 par AIDES de dépistage basé sur des visites à domicile avec des tests proposés soit dans le bus soit à domicile soit dans le bus.
- Inclure le dépistage dans les consultations des voyageurs fréquentées en particulier en Seine-Saint-Denis par les immigrés à l'occasion des visites ou des vacances dans leur pays de naissance, ce qui implique de les doter en tests rapides.
- Promouvoir l'autotest. En France, les autotests sanguins sont en vente en pharmacie depuis le 15 septembre 2015 et en 12 mois 88 000 ont été vendus dans les pharmacies, dont 32000 en Ile de France (36%). Une étude réalisée auprès d'acheteurs par des pharmacies en ligne indique que 28% sont achetés par des HSH et 40% n'avaient jamais fait de test antérieurement. Le prix reste cependant élevé, 27€, ce qui limite l'utilisation. En décembre 2016, l'OMS a recommandé d'ajouter les autotests à l'offre globale de dépistage, sur la base de leur validité en situation réelle, de leur capacité à atteindre des personnes jamais testées et d'augmenter la répétition du test sans effet négatif caractérisé. La DGS autorise les associations habilitées pour la réalisation des TROD à distribuer gratuitement des

autotests et leur accorde une dotation à partir de 2017. Sur la base des recommandations de l’OMS, les autotests pourraient être en priorité distribués aux HSH avec la recommandation de répéter le test tous les trois mois, aux hommes hétérosexuels des populations migrantes qui sont la population la plus éloignée du dépistage. L’autotest peut aussi être distribué par les programmes hors les murs à des personnes qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas se faire tester dans ce cadre. La remise à une personne testée, positive ou négative, pour son/sa partenaire, doit rester évaluée au cas par cas en évitant toute pression et en s’assurant que la personne s’estime à l’abri de toutes conséquences négatives.

Une prévention renforcée par des contenus élargis en santé sexuelle et l’accès à la PreP

Pendant trois décennies, le préservatif a été le seul moyen de prévenir la transmission du VIH. Sa promotion par la communication publique, l’éducation à la santé, les formes très variées de communication ciblée en ont changé l’image. Ces actions de prévention dans la durée ont conduit les jeunes à l’utiliser de façon très majoritaire lors de leurs premières relations sexuelles (plus de 85%), les adultes à l’utiliser souvent au début d’une nouvelle relation mais peu dans la durée²⁵, tandis que les homosexuels qui restent plus forts utilisateurs²⁶ que tout autre groupe en ont diminué l’usage depuis plusieurs années, tendance observable dans tous les pays occidentaux. La protection individuelle par le préservatif est forte, l’effet populationnel est important (en Angleterre, Phillips estime que sans le préservatif le nombre d’infections chez les HSH britanniques aurait été multiplié par 5 entre 2001 et 2006²⁷), mais il ne permettra pas seul d’arrêter l’épidémie.

La prévention de la transmission du VIH par le traitement antirétroviral et la PreP apportent des alternatives au préservatif et peuvent faire baisser l’épidémie au niveau collectif. Très efficace, remboursée par l’assurance-maladie, mais nécessitant un suivi médical et biologique rapproché, coûteux en ressources humaines et financières, la PreP est considérée comme adaptée aux contextes de risque élevé. Ils sont bien caractérisés pour les HSH mais beaucoup moins pour les autres types de partenariat et de modes de vie dans le contexte des pays à faible prévalence. Ainsi la protection par le préservatif restera le seul moyen pour se protéger du VIH pour le plus grand nombre, quelle que soit la population, et pour tous contre les IST (la protection par le préservatif est variable selon les IST mais réel).

C’est pourquoi la promotion du préservatif (communication, information, disponibilité d’un large éventail de produits et de conditionnements, accessibilité) reste un élément incontournable de la prévention combinée avec des formes à renouveler dans chaque public.

La PreP est déjà disponible dans les services et les CeGIDD hospitaliers du département et sera étendue aux CeGIDD non hospitaliers. Elle est sortie du cadre de Recommandation temporaire d’Utilisation mise en place en janvier 2016. L’autorisation de mise sur le marché de Truvada® dans cette indication par l’Agence Européenne du Médicament permet depuis le 1^{er} mars 2017 de déployer le dispositif largement avec le remboursement intégral du médicament. Après les initiatives associatives, à l’automne 2016 une première campagne publique nationale « Les situations varient. Les modes de protection aussi » s’est adressée aux HSH au-delà des cercles en avant-garde de l’information pour présenter les outils de la prévention diversifiée. Il reste à amplifier au

25

□ Dans l’attente des données nouvelles issues du Baromètre Santé réalisé en 2016 par Santé Publique France, les chiffres présentés datent de l’enquête KABP de 2010. Ils montraient une stabilité voire une baisse parmi les adultes par rapport à 2004: [//www.anrs.fr/content/download/3953/21176/file/rapport_KABP_2011.pdf](http://www.anrs.fr/content/download/3953/21176/file/rapport_KABP_2011.pdf)

26

□ 58% des HSH séronégatifs déclaraient l’utiliser systématiquement avec leurs partenaires occasionnels, 40% des ‘sérointerrogatifs’ et 49 % des jamais testés. Velter A, Saboni L, Bouyssou A, Semaille C. Comportements sexuels entre hommes à l’ère de la prévention combinée - Résultats de l’Enquête presse gays et lesbiennes 2011. BEH. 2013, 39-40,510-6.

27

□ Phillips AN, Cambiano V, Nakagawa F, Brown AE, Lampe F, Rodger A, Miners A, Elford J, Hart G, Johnson AM, Lundgren J, Delphech VC. Increased HIV incidence in men who have sex with men despite high levels of ART-induced viral suppression: analysis of an extensively documented epidemic. PLoS One. 2013;8(2):e55312.

niveau départemental les relais d'information de proximité et le repérage lors des consultations pour le dépistage, les IST ou le traitement post-exposition du VIH des personnes qui pourraient en bénéficier. C'est toute cette mise en réseau qui doit soutenir le déploiement réel de la PreP vers les personnes qui peuvent en bénéficier dans la poursuite des démarches déjà engagées (à voir rôle important des COREVIH).

Des programmes vers les populations prioritaires

Les personnes vivant avec le VIH

Dans l'approche de prévention combinée, les PVVIH restent centrales avec pour enjeux, l'accès au diagnostic et aux soins, la santé dans sa globalité et leur inclusion sociale.

La possibilité d'une vie normale sur le plan personnel et social et la quasi-disparition grâce au traitement du risque de transmission à ses partenaires et aux enfants à naître ne sont réalisées que si les facteurs structurels permettent cet accès, si les personnes sont soutenues à l'annonce de la séropositivité et si le stigmate qui pèse encore sur elles recule.

La réalisation de ces objectifs repose sur l'activité d'une chaîne de services, d'associations et de personnes. En Seine-Saint-Denis, le réseau des acteurs généré par des années d'expérience et de travail en commun (permanences associatives dans les services, travail social mené dans les équipes tant associatives qu'hospitalières, confiance entre les personnes) permet souvent de lever les obstacles dans la gestion des dossiers individuels comme l'ont affirmé plusieurs participants au groupe de travail.

Les associations sont historiquement très bien implantées en Seine Saint-Denis s'adressant avec des activités spécifiques à des groupes différents de PVVIH : Sol-en-si vers les familles avec enfants, Ikambere avec une offre d'activité très large vers les femmes séropositives, Uracca, AIDES auprès de publics variés en milieu hospitalier, dans ses locaux ou dans des activités menées avec d'autres associations.

Orientations

Plaidoyer pour l'accès aux droits.

Le Défenseur des Droits²⁸ a identifié et dénoncé les multiples formes de l'atteinte aux droits fondamentaux des étrangers, notamment dans les pratiques administratives qui se traduisent par des abus eu égard à la réglementation elle-même (demande de délai de présence sur le territoire abusive, demande abusive de pièces justificatives etc.). Un rapport annuel publié conjointement par AIDES et le Défenseur des droits en fait un tableau qui concerne plus particulièrement le champ du VIH²⁹.

L'AME est régulièrement menacée dans son existence même par certains partis politiques. Son obtention reste selon les termes du Défenseur des Droits « un parcours du combattant » même si en Seine Saint-Denis, les travailleurs sociaux sont particulièrement aguerris pour gérer ces dossiers. Le passage de l'AME à la couverture universelle assurée par la CMU hier serait fragilisé par les dispositions qui la remplacent depuis 2016, la PUMa (Protection Universelle Maladie) et qui ne permettrait pas le maintien des droits en cas de perte du titre de séjour.

Enfin la suppression par le nouvel exécutif francilien de l'aide au Pass Navigo pénalise les étrangers malades conduits à voyager souvent sans titre de transport alors qu'ils ont à se déplacer pour leurs soins et pour leurs innombrables démarches administratives. Les associations rapportent que le contrôle des titres de transport souvent appuyé par la présence policière dissuade leurs déplacements et les fragilise. Le retour sur cette suppression est donc un axe du plaidoyer auprès du Conseil Régional.

Un repli sur les droits des étrangers menacerait l'efficacité de la prévention combinée. Le plaidoyer pour ces droits doit se déployer à plusieurs niveaux en particulier dans une période politique où ils sont explicitement menacés : action des élus auprès du gouvernement et dans les arènes politiques, intervention auprès des services préfectoraux qui délivrent les titres de séjour ou sociaux pour la couverture maladie, soutien aux associations qui soutiennent les étrangers malades.

28

□ Défenseur des Droits. Les droits fondamentaux des étrangers en France. Mai 2016.

29

□ AIDES. VIH Hépatites. La face cachée des discriminations. Rapport 2016.

Soutien au tissu de services et associations

Dans une période où s'accroissent et menacent de s'accroître les coupes dans les budgets publics, les ressources pour le tissu serré d'acteurs qui agissent auprès des PVVIH doivent être maintenues : travailleurs sociaux formés dans les services, pluralité de l'offre associative d'information, de soutien face à l'isolement, de promotion de l'estime de soi, d'aides matérielles.

Lutte contre la sérophobie

L'expérience discriminatoire et l'isolement caractérisent encore la vie des PVVIH. Comme indiqué plus haut, la sérophobie associe la peur, les normes rigides sur la sexualité et est une des formes de l'homophobie et du sexisme. Elle s'avère très difficile à combattre. La peur peut reculer avec le nouveau visage du VIH comme maladie chronique bien contrôlée et désormais rendue non transmissible par un traitement bien suivi. Ce message a été encore peu transmis et l'image ancienne du sida perdure encore dans de larges fractions des publics. Il devrait être transmis de façon beaucoup plus large et plus claire par les médecins spécialistes, par des campagnes et dans les interventions dans les différents publics que mènent les associations. Pour ce qui renvoie au sexisme, à l'homophobie ou au racisme, elle relève des actions inclusives indiquées précédemment.

Les hommes et les femmes migrants d'Afrique Subsaharienne

Sur le plan épidémiologique, outre les informations apportées par la surveillance épidémiologique (cf. ci-dessus), plusieurs données permettent de fonder la stratégie de prévention combinée pour la population migrante :

- Un délai entre l'infection et le diagnostic très longs surtout pour les hommes hétérosexuels migrants³⁰.
- La survenue des infections après l'arrivée en France : a minima 49% des hommes et 35% des femmes³¹.
- Une acquisition de l'infection après l'arrivée en France favorisée par la précarité et les relations occasionnelles, transactionnelles (femmes) et concomitantes (hommes).³².
- Un nombre estimé de personnes séropositives non diagnostiquées nées à l'étranger élevé : 600 hommes et 500 femmes³³.

Orientations

La prévention combinée, dépistage et traitement pour agir sur l'exposition d'une part, augmentation du niveau de la protection d'autre part, amène à renforcer de façon importante le dépistage et à tout faire pour une initiation immédiate du traitement et à renforcer la protection en agissant à la fois sur l'information et la lutte contre la sérophobie et en offrant l'alternative PreP ou préservatifs.

Communication

La stigmatisation des personnes vivant avec le VIH est particulièrement forte dans la communauté immigrée africaine et fait frein à la prévention comme au dépistage. Les discriminations résultant de la sérophobie sont plus fréquentes envers les femmes séropositives, et parmi elles, les femmes d'Afrique Subsaharienne subissent aussi les discriminations racistes et xénophobes³⁴. La lutte contre ces discriminations est un processus de longue haleine avec aujourd'hui des engagements forts d'une partie du corps social et des institutions mais aussi la manifestation croissante de forces contraires.

La communication sur le VIH doit donc être portée par des acteurs qui sont capables d'associer la connaissance des enjeux actuels du VIH, d'aider dans l'accès aux droits, d'apporter du soutien, d'agir en faveur du renforcement des capacités d'agir. Les associations du champ VIH constituent des ponts puissants vers les nombreux acteurs au contact des populations migrantes. Les canaux et contenus d'information et de

30

□ Données non publiées de l'enquête ANRS Parcours : Après l'arrivée en France, le délai au diagnostic d'infection VIH pour les personnes séropositives est en médiane de 2 ans tant pour les hommes que pour les femmes, mais un quart des hommes seront diagnostiqués au bout de 4 ans ou plus et un quart des femmes après 3 ans.

31

□ Desgrées-du-Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Supervie V, Panjo H, Bajos N, Lert F, Lydié N, Dray-Spira R; Parcours Study Group. Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013. Euro Surveill. 2015 Nov 19;20(46).

32

□ Desgrées-du-Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, et al. Parcours Study Group. Is hardship during migration a determinant of HIV infection? Results from the ANRS PARCOURS study of sub-saharan African Migrants in France. AIDS. 2015 Nov 30.

33

□ Estimation réalisée par V. Supervie (IPLESP, Inserm, U1136)

34

□ Marsicano E., Dray-Spira R, Lert F, Hamelin C. Les personnes vivant avec le VIH face aux discriminations en France métropolitaine. Population et sociétés, N°516 novembre 2014.

communication vers les migrants de Santé Publique France sont ici des supports majeurs : journal « Et la santé, on dit quoi ? » distribué dans les lieux fréquentés pour la vie quotidienne, brochures, guides, émissions sur les canaux télévisés et les radios communautaires etc. Leur mise à jour a déjà commencé et se poursuivra en 2017.

Accès aux droits

La question de l'accès aux droits est majeure dans un département où une grande partie des personnes concernées par l'infection VIH sont étrangères. Les associations et des PASS sont les acteurs essentiels de cet accès à l'assurance maladie et à l'autorisation de séjour. Les participants aux réunions ont confirmé les pratiques administratives abusives mais aussi la surcharge des services administratifs qui allongent les délais, découragent et pénalisent les individus.

Les acteurs de l'accès aux droits, très motivés et expérimentés doivent donc être soutenus à la fois financièrement et politiquement par un plaidoyer pour l'accès aux droits des étrangers, la qualité des services administratifs et la dénonciation des abus.

Promotion et intensification du dépistage : amener le dépistage là où sont les populations

En Seine Saint-Denis, le nombre estimé de personnes migrantes non diagnostiquées est de 1100 en 2013. Grossièrement, les nouveaux diagnostics en 2013 se répartissent en un gros tiers de diagnostics précoces (Primo-infection ou CD4>500), autour de 30% à un stade avancé (<200 CD4 ou sida) et donc un autre tiers en stade d'infection chronique.

L'intensification du dépistage est le moyen principal de réduction de l'exposition et in fine de l'incidence du VIH. Il s'agit de gagner le plus de temps possible à l'arrivée en France pour le 1er dépistage puis de le répéter au moins annuellement comme le recommandait la Haute Autorité de santé en 2009 (cf. supra).

Dans l'étude Parcours, à la date de l'enquête, le médecin généraliste indiquait que 35% des consultants n'avaient pas été testés ou qu'il ne savait pas s'ils l'avaient été, que 36% avaient un dépistage datant depuis plus d'un an, avec des chiffres plus défavorables pour les hommes que pour les femmes. Ces données sont confirmées par l'analyse de la date du premier dépistage. Un tiers des hommes et des femmes ne sont pas testés l'année de leur arrivée et plus d'un quart resteront non testés au moins 8 ans pour les hommes et 5 ans pour les femmes (2 ans en médiane, avec un IQR de 1-8 ans pour les hommes et de 1-5 ans pour les femmes). De plus, parmi les personnes testées, le dépistage spontané ne représente qu'environ un test sur quatre des premiers tests et un sur six pour les femmes. La proposition de dépistage est accélérée par les hospitalisations pour les hommes et les femmes, et pour celles-ci aussi par la grossesse³⁵.

Ces informations soulignent le rôle, déjà majeur aujourd'hui de la médecine de première ligne et des hospitalisations dans l'offre de dépistage, rôle qui peut être renforcé et complété par le dépistage proposé hors des lieux de soins pour gagner plusieurs mois ou années dans l'entrée en soins des personnes séropositives.

Les PASS hospitalières et les services humanitaires tels le CASO de MDM à Saint-Denis sont souvent le premier contact des migrants avec le système de soins après leur arrivée. Ce sont donc des lieux privilégiés pour le diagnostic des personnes ayant acquis une infection dans leur pays et qui ne le savent pas.

A titre d'exemple, au CASO de Médecins du Monde, le dépistage est proposé de façon systématique à l'occasion des consultations ou des interventions des animateurs de prévention sur place. C'est l'occasion d'un premier bilan combiné (VIH et hépatites) avec une orientation vers le CeGIDD le plus proche du domicile de la personne ou vers les permanences hebdomadaires tenues par le CeGIDD départemental sur place. Une permanence d'une demi-journée tous les 15 jours propose des tests rapides. Actuellement les soignants du centre, pour beaucoup bénévoles, ne sont pas formés au test rapide VIH.

35

³⁵Limouzi F. et al. Sub-Saharan Africa migrants in France : When and in what circumstances do they do the HIV test? article en preparation.

Les données disponibles sur les tests réalisés entre 2007 et 2015 –données qui ne sont pas exhaustives car les orientations ne donnent pas toujours lieu à un retour d’information, et portant sur plus de 4000 tests indiquent des taux de positifs de 2% pour le VIH, de 7,6% pour l’antigène Ag-HBs+ et de 7,4% pour l’hépatite C ; pour les trois années 2013-15, ces taux sont encore plus élevés de 2,3%, 9,9% et 7,7%. Ainsi, pour le VIH, il s’agit de chiffres très élevés comparables à ceux qui sont observés chez les HSH parisiens.

Plus de 6000 personnes ont fréquenté le centre en 2015, pratiquement tous étrangers, pour 45 % venant d’Afrique Subsaharienne, trois sur quatre sont en France depuis moins d’un an, 97% sans assurance maladie ouverte³⁶. Ces données indiquent la nécessité d’accroître dans un tel centre le dépistage très rapidement sur site pour permettre le diagnostic des personnes le plus rapidement possible en démultipliant les possibilités de dépistage du VIH par une présence significativement accrue du CeGIDD (permettant un bilan complet) et par une offre étendue de tests rapides par les professionnels et bénévoles formés ou par la présence d’association de dépistage communautaire.

L’augmentation de la proportion de personnes testées passe par l’actualisation de la formation des équipes, l’habilitation des personnels bénévoles à la pratique du test rapide, la systématisation de la proposition du dépistage, l’augmentation de l’offre in situ du dépistage classique via les permanences CeGIDD permettant des dépistages multiples et l’augmentation de l’offre de tests rapides.

Le dépistage communautaire et hors les murs. Les services habilités pour le dépistage rapide sont plus nombreux depuis 2016 (cf. données de l’ARS Ile de France). C’est un outil privilégié pour atteindre en particulier les hommes qui fréquentent peu le système de soin, ont des horaires de travail particuliers en lien avec les métiers exercés (restauration, nettoyage, sécurité notamment), pour hommes et femmes lors d’événements festifs ou communautaires, dans les lieux de rencontre pour la vie quotidienne (marchés, coiffeurs ou les loisirs). Les foyers de travailleurs migrants qui hébergent aussi des personnes occupantes sans titre et qui sont aussi des lieux de rencontre pour des personnes originaires des mêmes pays, régions ou villages sont des lieux propices à l’information et à la communication mais ne doivent pas être seuls privilégiés (proportion plus élevée d’hommes sans ou avec peu de relations sexuelles, observation de l’absence de tests positifs par les associations, manque de discrétion).

Santé sexuelle, prévention et PreP

Les hétérosexuels entrent dans le champ des recommandations pour la PreP s’ils sont selon la rédaction de celles-ci à risque élevé d’acquisition (partenaire d’un pays où la prévalence est supérieure à 1%). Les recommandations présentent la PreP comme une prescription individuelle et non comme une mesure populationnelle faute de données suffisantes pour caractériser le rapport bénéfice-risque pour les populations hétérosexuelles dans le contexte européen. La recommandation de l’Agence européenne du médicament pour Truvada en PreP permet de passer à un régime normal de dispensation. Pour autant, il reste à élaborer une communication adéquate comportant à la fois des messages, les informations pertinentes pour des hommes et des femmes hétérosexuels et à établir des pratiques de prescription (en continu ou intermittente) et d’accompagnement spécifiques.

Dans les derniers mois, à l’exemple des programmes lancés en Afrique pour promouvoir la PreP pour les populations hétérosexuelles, la réflexion sur l’accès de la PreP pour les migrants s’est intensifiée en Europe et en France : appel de chercheurs européens dans le Lancet³⁷, recherche exploratoire conduite par Annabel Desgrées du Loû (IRD-Paris Descartes), Olivier Bouchaud (AP-HP, Avicenne) et Vinh Kim Nguyen (EHSS, Paris)³⁸,

36

□ Médecins du Monde. Observatoire de l’accès aux droits et aux soins. Mission France. 2016.

37

□ Loos J, Nöstlinger C, Reyniers T, Colebunders R, Jespers V, Manirankunda L, Berghe WV, Vuylsteke B, Laga M. PreP for African migrants in Europe? A research agenda. Lancet HIV. 2016 Nov;3(11):e505-e507

38

séminaire prévention diversifiée et PreP pour les migrant.e.s originaires d'Afrique et des Caraïbes du RAAC (Réseau des associations africaines et caribéennes, Coline Mey) le 1^{er} octobre 2016 à Lille³⁹.

A l'automne 2016, un travail collectif associant cliniciens et associations du nord de Paris et de Seine Saint Denis à l'hôpital Bichat-Claude Bernard a dessiné un cadre pour progresser dans l'offre de PreP aux hommes et femmes hétérosexuels notamment les migrants :

Les acteurs proposent de mettre sur pied une communication et une offre adaptée aux femmes africaines: communication par les associations et leurs canaux vers les communautés, facilitation de l'orientation des personnes intéressées vers les médecins impliqués dans la PreP (noms et téléphones individualisés des praticiens, consultations spécifiques ou non, consultations avec ou sans rendez-vous etc.), approche de santé sexuelle (IST, dépistages, vaccinations), pluridisciplinarité des consultations associant des travailleurs sociaux pour l'accès aux droits. Cette construction de l'offre à partir des services hospitaliers VIH qui ont une longue expérience à la fois des populations et des antiviraux devrait s'étendre à travers les CeGIDD dans et hors de l'hôpital.

Promotion d'une offre de santé sexuelle pour les hommes

Le sexisme et les violences envers les femmes ont conduit à développer une législation et des services qui couvrent un vaste champ, notamment en santé sexuelle. De ce point de vue la Seine Saint-Denis a des structures pionnières comme l'Observatoire des violences faites aux femmes ou la Maison des femmes récemment ouverte. Aujourd'hui encore, la sexualité masculine ne se dessine qu'en creux, et de façon souvent négative (hommes présentés comme insouciants sur la contraception et la prévention, volages, sexistes, violents et parfois agresseurs). Or les hommes immigrés africains acquièrent leur infection pour près de la moitié en France en lien avec leur situation de précarité sociale et administrative⁴⁰, et sont ceux qui sont diagnostiqués le plus tard. La réponse en termes de dépistage est cruciale mais elle serait sans doute plus efficace associée à un réel contenu de santé sexuelle. Or beaucoup d'hommes ont une vie sexuelle contrainte par leurs conditions de vie. Un cinquième des hommes, plus encore parmi les moins de 35 ans et ceux qui vivent en foyer ou hébergés par des proches, n'ont pas d'activité sexuelle⁴¹. Dans ses recommandations pour une stratégie nationale de santé sexuelle, le HCSP définit celle-ci comme un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité de la naissance à la vieillesse pour l'ensemble de la population⁴². Force est de constater que dans la pensée de santé publique, l'homme hétérosexuel reste « l'irresponsable », image que dénonçait Brenda Spencer en 1999⁴³ montrant comment les représentations font obstacle à un discours positif sur la sexualité masculine et sur le déploiement de services adaptés aux hommes. C'est évidemment encore plus vrai pour les hommes immigrés.

Il est donc temps en particulier dans un département qui lutte contre les discriminations, pour des rapports de genre équilibrés et qui a su développer une action forte pour d'inclusion de développer une telle approche en faveur de la santé sexuelle pour les hommes.

³⁹ Hadj L. Assessing the role of PreP for people from HIV endemic countries living in France, rapport du contrat d'initiation ANRS, septembre 2016.

39

⁴⁰ Dossier Prévention dans la revue Gingembre, 2016,28.

40

⁴¹ Desgrées du Lou, 2016, Op.cit.

41

⁴² Données non publiées de l'enquête Parcours parmi les hommes recrutés dans les centres de santé et les centres de soins humanitaires

42

⁴³ HCSP. Santé sexuelle et reproductive, mars 2016.

43

⁴³ Spencer B. La femme sans sexualité et l'homme irresponsable. Actes de la recherche en sciences sociales, 1999, 128, 29-33.

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Les acteurs de terrain rapportent une forte prégnance de l'homophobie et la nécessité pour de nombreux homosexuels du département de vivre leur orientation sexuelle dans le secret vis-à-vis de l'entourage et parfois de leur famille : afficher une attirance hétérosexuelle voire se marier, présenter les partenaires comme des copains, s'habiller conformément aux codes vestimentaires du moment et se changer en arrivant à Paris pour sortir etc. Il n'existe pas d'établissements gay dans le département et seulement deux espaces de rencontre extérieurs sont identifiés où AIDES intervient régulièrement. C'est à Paris, dans un espace plus anonyme et dans le Marais ou ses abords que ces hommes pourraient vivre leur homosexualité dans l'espace public. Toutefois pour les plus jeunes, les barrières sociales entre les jeunes des banlieues et les milieux plus aisés de la capitale, persistent là comme ailleurs. Les établissements gay parisiens proposent des soirées « Black Blanc Beur » pour attirer particulièrement cette population. Localement, les messageries instantanées facilitent désormais les rencontres de façon discrète. L'action communautaire est donc difficile pour rencontrer les HSH dans l'espace public ; AIDES fait des maraudes dans les lieux de drague extérieurs, propose des cyber-actions sur des sites de rencontres communautaires, initie des « espaces solidaires » comme des « apéros meks » ou « week-ends santé ». L'association rencontre aussi les HSH lors ses actions avec propositions de TROD dans les quartiers, les cités et les gares RER ou routière. Ces actions extérieures sont un moyen de les rencontrer au milieu d'un public plus large. L'association Afrique-Arc-en-ciel Paris IDF qui s'adresse aux hommes et femmes issues des migrations africaines, maghrébines ou des DOM est basée au centre LGBT de Paris et monte des événements festifs avec une intervention préventive et l'offre de tests rapides.

Les racines de l'homophobie sont souvent attribuées aux religions et aux cultures ou dans les communautés immigrées au déni de l'homosexualité dans les pays d'origine⁴⁴ tandis qu'Éric Fassin⁴⁵, sans nier le phénomène, mettait déjà en garde en 2010 contre une telle interprétation qui opposerait « eux » (les banlieues) et « nous » (la ville métropole), reproduisant sur le terrain de la sexualité, les ségrégations et les discriminations des catégories populaires et des populations immigrées des « quartiers ». Ce risque n'a fait que s'accroître depuis. Si la lutte contre l'homophobie s'impose pour arrêter les violences verbales, psychologiques et physiques contre les hommes et femmes homosexuels, elle ne peut se faire sans être incluse dans le discours positif sur les populations et leur diversité d'origine, de classe, de sexe et d'orientation sexuelle.

En dehors des témoignages, on dispose de peu de données sur les HSH vivant dans le département. Les données de l'enquête EPGL (2011) pour les hommes vivant dans la petite couronne montrent qu'ils se distinguent des répondants parisiens et sont très proches dans leurs réponses des HSH de la grande couronne ou de province : un niveau d'étude moins élevé, une moindre désignation de soi comme gay (84%, 91% à Paris et 86% en grande couronne et en province), une moindre fréquentation des bars (51% vs 73% pour les parisiens et 58-59% ailleurs) mais une plus forte des saunas (comme en province et grande banlieue). Ils ont aussi moins de partenaires (un quart plus de 10 dans l'année, comme les provinciaux ou les hommes de grande banlieue contre 41% des parisiens). L'indicateur d'exposition (rapport non protégé avec un homme de statut sérologique non

44

□ Voir notamment le livre d'Eric Chaumont *Homo-ghetto. Gays et lesbiennes dans les cités : les clandestins de la République*, Paris : Le Cherche midi. Naït-Balk, Brahim *Un homo dans la cité. La descente aux enfers puis la libération d'un homosexuel de culture maghrébine*, Paris : Calmann-Lévy et les échanges sur le site d'Atlantico à la suite de l'interview de MH Bourcier. <http://www.atlantico.fr/decryptage/pourquoi-est-difficile-etre-homosexuel-en-banlieue-marie-helene-bourcier-603950.html> ou encore <http://culture-et-debats.over-blog.com/article-je-suis-homosexuel-et-je-vis-mal-en-banlieue-par-perrine-chercheve-124088595.html>

45

▣ Fassin E. Homosexuels des villes, homophobes des banlieues ? <http://www.metropolitiques.eu/Homosexuels-des-villes-homophobes.html>

connu, 37% environ, est homogène parmi les répondants. En revanche parmi les hommes de la petite couronne, 17% n'ont jamais fait de test, ceux qui ont été testés, déclarent avec la même fréquence partout avoir été testés dans les 12 mois, 11% se déclarent positif, soit beaucoup moins qu'à Paris (24%).

Malgré les limites de ces données⁴⁶, des indications se dégagent pour l'action : la nécessité d'un effort marqué sur le dépistage pour rencontrer les hommes jamais testés ; en complément d'une offre locale à améliorer, l'intérêt d'utiliser les actions menées dans Paris pour atteindre les hommes vivant hors de Paris, et donc de calibrer les services parisiens pour les accueillir, notamment pour le dépistage, l'écoute et la PreP ; l'attention aux barrières sociales dont témoignent les différences de niveaux d'étude et qui selon les associations sont marquées⁴⁷.

Les services de santé y compris les CeGIDD doivent renforcer leur capacité pour mieux accueillir cette communauté et ainsi adapter leurs pratiques. Ces services, en effet, ne sont pas trouvés franchement gay-friendly par les intéressés, c'est encore plus vrai des urgences ou d'autres services médicaux, sociaux ou administratifs.

Orientations pour la stratégie HSH

Les HSH représentent une part croissante des nouveaux diagnostics en parallèle à ce qui se passe en France et en particulier en Île de France et à Paris. C'est donc une priorité pour le Département dans un contexte de déni à de multiples niveaux. Ils sont une population prioritaire dans la marche vers 0 transmission en 2030 avec trois axes : la lutte contre l'homophobie, le déploiement d'une approche de santé sexuelle des outils de la prévention combinée dans le département et en lien avec l'offre parisienne, le soutien des jeunes homosexuels.

Un engagement du Département et des communes volontaires contre l'homophobie

Un engagement du Département d'inscrire la lutte contre l'homophobie (comprenant les différentes populations LGBT) dans ses priorités de mandature au sein d'une démarche de promotion des populations du département : l'engagement auprès des minorités sexuelles est une dimension de l'inclusion de toutes les populations dans la société pour aujourd'hui et pour demain, un atout sur la scène politique du département. Cet engagement est à promouvoir auprès des exécutifs municipaux. Ceci peut se traduire par une parole forte et concrètement par le soutien à des événements marquants (notamment lors de la Gay Pride ou le 17 mai, journée mondiale contre l'homophobie et la transphobie), le soutien matériel et financier aux associations LGBT, une action pour un accueil respectueux des LGBT dans les services de santé, le milieu scolaire, les services administratifs, la police.

Des services de santé sexuelle qui répondent aux besoins des HSH

La promotion de la santé sexuelle HSH suppose d'abandonner la notion de comportement à risque, au profit de la notion d'exposition au VIH et aux IST et de promotion du bien-être sexuel par le choix des méthodes de prévention correspondant aux choix sexuels et préventifs.

Les composantes de santé sexuelle pour les gays et HSH doivent comporter :

- La communication préventive sur les outils de prévention en s'appuyant sur les actions proposées par Santé Publique France (campagne prévention diversifiée en novembre 2016 et ouverture du site Internet Sexosafe.fr), sur les outils associatifs.

46

[□] S'agissant d'une enquête par Internet, les biais de recrutement sont mal connus et concernant les résultats présentés ici, ils agrègent les départements de la petite couronne sans isoler ceux de Seine-Saint-Denis.

47

[□] Entretien avec Ariel Ju, Afrique-Arc-en-ciel Paris IDF.

- La poursuite de l'action de AIDES qui intervient sur les messageries de rencontre, des maraudes, des interventions sur les lieux de rencontre extérieurs, mobilisation à travers les activités d'animation visant l'empowerment par les « espaces solidaires » comme des « apéros meks » ou « week-ends santé ».
- Le renforcement et l'amélioration du rôle des CeGIDD vis-à-vis des HSH, notamment mise au point et déploiement de contenus adaptés aux besoins des HSH : accueil gay friendly , connaissance actualisée des pratiques sexuelles entre hommes de façon à améliorer l'écoute et le counselling, attitude de non jugement, évaluation des besoins en prévention et orientation vers la PreP sur place ou dans les services du département ou de Paris, dépistage systématique des IST asymptomatiques, accueil des HSH séropositifs pour leurs besoins IST.
- Dépistage communautaire sous des formes adaptées au contact avec les populations HSH : locaux associatifs, maraudes, espaces publics identifiés.
- Offre de PreP gay-friendly dans les hôpitaux du département et les CeGIDD
- Amélioration de l'offre de préservatifs en qualité et en quantité

Dans la consultation menée à Paris en 2015, les associations ont souligné les besoins en santé mentale des hommes homosexuels, jeunes et moins jeunes, et la stratégie Vers Paris sans sida propose de promouvoir la santé mentale et de développer une offre de services pour ceux qui ont besoin de prise en charge. Dans un contexte de besoins importants face à une offre en difficulté, il n'est pas proposé ici d'en faire un axe prioritaire propre au Département mais de le porter pour les HSH de la région au niveau parisien qui dispose d'une offre plus large dans le secteur privé et associatif.

Programmes de soutien pour les jeunes homosexuels et lesbiennes

Les adolescents et les jeunes sont ceux qui souffrent le plus de la pression à l'hétérosexualité et des violences symboliques, psychologiques ou physiques et se traduit par une suicidalité accrue⁴⁸. L'ouvrage de l'Inpes publié en 2014 fait un point exhaustif de la littérature scientifique, des outils d'intervention et des pistes d'action.

- Action accrue contre les agressions et injures homophobes dans l'espace public et en milieu scolaire (notamment porter une attention accrue à la prise en charge des jeunes garçons et filles agressés⁴⁹)
- Travail dans la durée avec les associations LGBT des universités et établissements d'enseignement supérieur du département (60 000 étudiants dont sans doute une bonne partie résidant dans le département). Le GLUP⁵⁰ est présent au sein de l'université Paris8 à Saint-Denis et est ouvert à des activités centrées sur le VIH. A l'université Paris 13, les actions contre l'homophobie sous l'angle culturel et politique sont menées par l'association étudiante d'Amnesty International.

48

⁴⁸ F.Beck, JM Firdion, S.Legleye, MA Schiltz. Les minorités sexuelles face au risque suicidaire. Inpes, 2014.

49

⁴⁹ http://cache.media.eduscol.education.fr/file/Valeurs_republicaines/89/8/2015_Guide-Comprendre-pour-agir_-lhomophobie_516898.pdf ; http://cache.media.education.gouv.fr/file/10_-_octobre/48/1/Non-Au-Harcelement_2016_Protocole-de-traitement-dans-les-colleges-et-les-lycees_648481.pdf

50

⁵⁰ Le GLUP, Groupe LGBT (Lesbien, Gay, Bisexuel et Transgenre) des Universités de Paris, est une association qui regroupe des étudiants de toutes les universités parisiennes autour de projets conviviaux (soirées "PULPE", apéros, pique-niques), culturels (sorties cinéma, concerts, théâtre, expositions), militants : surveillance des discriminations, participation à des manifestations et aux journées symboliques comme le 17 mai, la Marche des Fiertés) et préventifs (tenue de stands sur la prévention et la santé sexuelle dans les universités, distribution de préservatifs).

- Utilisation des media numériques pour les contacts et éventuellement des forums etc.
- Identification de programmes visibles en direction des jeunes homosexuels et lesbiennes dans les actions en direction des jeunes, notamment à l'espace Tête-à-Tête.

Les jeunes

Le Département a une politique forte en direction de la jeunesse à travers de multiples dispositifs. C'est le cas aussi de nombreuses communes. Ceci en parallèle de la mise en œuvre qu'on sait inégale et insuffisante du programme d'éducation à la sexualité en milieu scolaire qui fait l'objet des circulaires et guides du ministère de l'éducation nationale⁵¹. L'observation des responsables académiques lors de la première réunion du groupe de travail rejoint les résultats de l'enquête KABP montrant que les jeunes ont aujourd'hui une moins bonne compréhension du VIH, des IST et de la prévention que ceux des générations enquêtés dans les années 90 et 2000⁵². L'exposition au VIH en population générale et en particulier chez les jeunes est aujourd'hui très basse (cf. supra) et justifie l'intégration du VIH à une approche globale de la santé sexuelle plutôt que par une activité spécifique. C'est le cas dans l'approche déployée par la Mission de prévention des conduites à risque (MMPCR) et son espace dédié aux 13-25 ans Tête-à-Tête et à travers les centres d'éducation et de planification familiale. Les acteurs de terrain auprès des jeunes ont repéré l'apparition de pratiques de sexe transactionnel en particulier chez des jeunes roumains en situation d'errance ou vivant dans des camps roms, ainsi que de jeunes filles exposées à des conduites préprostitutionnelles, appelées «michetonnage » par les jeunes eux-mêmes⁵³. Outre les formations proposées sur ce sujet, la MMPCR promeut des outils spécifiques pour développer les approches préventives dans ce domaine⁵⁴.

Aujourd'hui, ce qui importe est de mettre à jour les connaissances des acteurs de la prévention auprès des jeunes, sur le champ particulier du VIH, épidémiologie du VIH en Île de France, efficacité actuelle des traitements qui permettent une vie normale et une espérance de vie proche de la moyenne, moyens de dépistage (tests rapides, autotests) et de prévention (prévention par traitement des personnes atteintes, PrEP). Cette actualisation des connaissances passe par l'identification du besoin d'information complémentaire pour les acteurs de la prévention envers les jeunes et par l'implication des spécialistes du VIH sur le territoire.

51

□ <http://eduscol.education.fr/pid23366-cid46864/les-enjeux-de-l-education-a-la-sexualite.html>

52

□ Beltzer N, Saboni L, Sauvage C et al. An 18-year follow-up of HIV knowledge, risk perception, and practices in young adults. *AIDS*. 2013 Mar 27;27(6):1011-9.

53

□ Regards croisés des professionnels du soin, du social et de l'éducatif : Le « michetonnage », une conduite à risques pré-prostitutionnel chez les mineurs : document issu de synthèses de déjeuner-débats organisés par la MMPCR et des travaux réalisés par un groupe de professionnels dans le cadre d'une formation-action organisée par la MMPCR et l'association Charonne, intitulée « Le Michetonnage chez les ados : comprendre le phénomène pour repérer et agir », qui s'est déroulée entre janvier et juin 2016. MMPCR et Florence Raynal.

54

□ Guide pratique : Prévenir le « michetonnage » chez les ados : comprendre le phénomène pour repérer et agir).

Travailleurs.es du sexe

Le travail du sexe et les personnes qui l'exercent sont présents en Seine Saint-Denis de différentes façons. D'abord parce que certaines personnes y résident comme le rapportent les associations de terrain et aussi parce qu'elles y exercent ou sont mobiles au sein de cette partie du territoire du Nord de Paris. Il n'existe pas dans le département de scènes ouvertes de prostitution clairement identifiées, cependant la législation et les pratiques policières refoulent et dispersent le travail du sexe toujours davantage vers les périphéries et notamment sur les bordures entre Paris et la Seine Saint-Denis. Les types et les lieux de prostitution sont souvent regroupés par pays d'origine puisque une part importante des travailleuses.rs du sexe sont étrangers venant notamment de certains pays subsahariens, de Roumanie ou d'Ukraine.

Selon les acteurs, il existe ainsi une prostitution dans les cafés de certaines communes, dans des foyers, des jeunes gens d'Europe de l'Est autour de certaines gares à Paris ou dans le département, une prostitution de femmes chinoises sous différentes formes, des lieux de prostitution dans l'espace public autour de la zone Périphérique, et aussi des formes variées de sexe transactionnel contraint par la fragilité sociale et administrative de femmes étrangères sans papier et sans ou sans assez de ressources ; travail sexuel associé à l'usage de drogue ; existence de salons de massage ; recrutement des clients par Internet. Enfin dans certaines communes est identifiée par la MMPCR une activité de sexe transactionnel de très jeunes filles et garçons, en partie encore scolarisés, pour financer leur vie quotidienne (cf. jeunes).

Plusieurs associations rencontrent ces populations dans leurs activités de terrain, permanences mobiles dans Paris, maraudes ou locaux associatifs avec des approches diverses : santé, accès aux droits, soutien social ou sortie de la prostitution. Néanmoins, en dehors de ce qui concerne les jeunes gens (la MMPCR mène une réflexion sur le sujet), ces populations ne font pas l'objet jusqu'à présent d'une attention spécifique de la part du Département.

Les structures susceptibles d'intervenir auprès de ces populations sont les associations déjà investies comme MDM et le Lotus Bus, Les amis du Bus des Femmes, Pasaje Latino (ARCAT), AIDES, les associations locales de Réduction des risques liés à l'usage de drogue (Proses, l'association Charonne) et les associations d'insertion (Amicale du Nid). Ces associations ont des champs différents et pour celles qui agissent directement auprès des personnes concernées, ont des positions divergentes sur le travail sexuel, positions qui reflètent celles qui existent de façon plus large dans le public et parmi les élus autour de la réglementation de la prostitution. Néanmoins en termes de santé l'approche de réduction des risques prévaut envers cette population fragile.

Les avancées médicales dans le domaine du VIH et des hépatites doivent pouvoir être proposées aux personnes concernées par le travail du sexe : dépistage VIH avec les différentes formes de test, dépistages associant VIH, hépatites et IST, traitement immédiat de l'infection VIH et accès au traitement des hépatites. La problématique de la PreP ne remet pas en question pour le moment selon les acteurs de terrain la règle des rapports protégés par le préservatif dans l'exercice du travail sexuel ; néanmoins il est possible que la fragilisation de la prostitution par les logiques évoquées ci-dessus se traduise par une acceptation par nécessité de rapports non protégés. La combinaison PreP et préservatif selon les besoins de chacun.e doit aussi être proposée. C'est pourquoi la PreP doit être accessible aux personnes exposées selon les critères recommandés. A ce titre, l'information doit être complète sur la PreP auprès de cette population et les services hospitaliers ou CeGIDD offrant la PreP doivent prendre en charge les personnes selon les recommandations générales et en fonction de ces modes d'expositions particuliers. L'ARS a réuni les acteurs sur ce point et la PreP vers les personnes non HSH est en cours de déploiement dans les hôpitaux qui desservent les populations du nord de Paris et de Seine Saint-Denis.

Orientations

Concevoir le diagnostic et les programmes en coordination entre Paris et la Seine-Saint-Denis, compte tenu du petit nombre de partenaires associatifs et de la mobilité des personnes concernées.

Établir un diagnostic précis de la situation en Seine Saint-Denis sur les pratiques du travail sexuel et les populations concernées en se fondant sur l'expérience des différentes associations et services susceptibles de les recevoir dans des conditions non discriminatoires.

- Réviser les modalités d'intervention nécessaires prenant en compte les besoins des populations concernées en Seine Saint-Denis au regard de ce diagnostic sur la base d'une approche en 3 axes :
 - o de santé sexuelle globale incluant VIH, Hépatites, IST, santé gynécologique, addictologie et santé mentale avec des modalités adaptées. Certaines méthodes existant à petite échelle ou expérimentées telles l'auto-prélèvement pour les IST, les autotests, les consultations mobiles, l'interprétariat, la médiation sanitaire doivent être développées.
 - o d'accès non discriminatoire aux services de santé « TS-friendly » en identifiant des services d'accès aux droits administratifs et sociaux
 - o et de protection contre les violences de toutes sortes et d'où qu'elles viennent, y compris d'exigence de leur sanction.

Une impulsion et une coordination par le Département

La feuille de route pour engager dès 2017 la stratégie envisagée dans ce rapport repose sur les éléments suivants :

Définir et partager la stratégie du Département

1. Un engagement visible et partagé avec l'ARS autour des priorités de populations (HSH, migrants) et des méthodes (Promotion et intensification du dépistage, accès aux droits des étrangers, lutte contre les discriminations homophobes et sérophobes).
2. Un accord avec l'ARS sur les objectifs et le calendrier du plan du Département.
3. Un partenariat avec les structures et acteurs volontaires intervenant auprès des populations prioritaires principalement les villes les plus concernées par les populations surexposées, les acteurs associatifs, les professionnels à l'hôpital ou en ville en s'appuyant sur l'expertise des COREVIH.
4. Un partenariat avec Paris sur des volets spécifiques du plan

Concrétiser la priorité au dépistage

5. Définir une stratégie qui ne se limite pas aux CeGIDD mais englobe l'ensemble des opportunités de dépistage. Si nécessaire, redéployer des ressources financières et humaines vers les hommes et femmes migrants.
6. Mobiliser les services de soins généraux en libéral, centre de santé, PASS et centres humanitaires en s'appuyant sur les COREVIH. Ceci en commençant par les volontaires, leaders dans leur territoire.
7. Expérimenter une approche territorialisée dans les villes où l'épidémie est la plus forte. Il s'agit de promouvoir le dépistage par tous les moyens en populations (accroître la demande ou l'acceptation de la proposition) et par une mobilisation locale via les dispositifs sociaux au contact des populations.
8. Réviser la carte et le déploiement du dépistage hors les murs avec une priorité aux hommes migrants.

Compléter la lutte contre les discriminations

9. Ajouter à la stratégie départementale de lutte contre les discriminations de façon inclusive la lutte contre l'homophobie et contre la sérophobie.

Faciliter l'accès aux droits au séjour et à l'Aide Médicale État en respectant la réglementation

10. Faciliter l'accès aux droits pour les étrangers par une application stricte et non abusive de la réglementation de l'accès au titre de séjour et au titre de séjour étranger malade d'une part à l'AME d'autre part.

Promouvoir la santé sexuelle

11. Santé sexuelle vers les hommes ayant des rapports avec des hommes : Construire une offre gay friendly dans les CeGIDD, soutenir aux associations de terrain pour les activités en outreach et les activités communautaires, lien avec les associations parisiennes.
12. Offrir la PreP aux populations prioritaires : Soutenir le déploiement la PreP dans les structures hospitalières locales ou mitoyennes dans Paris pour les populations prioritaires.

13. Envers les jeunes : actualiser les apports scientifiques sur VIH auprès des acteurs de santé sexuelle vers les jeunes en milieu scolaire et en extrascolaire.
14. Pour les travailleurs.ses du sexe : Confier le diagnostic de la situation du travail sexuel dans le département à une association pour définir des modes d'intervention adaptés.

Merci à celles et ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce rapport :

Les équipes du Département, du SPAS, de la DPAS et des autres directions :

Betty Azocar, Carole Barbelane-Biais, Audrey Comte, Aude De Calan, Jean-Paul Espie, Mathilde Marmier, Isabelle Nicoulet, Emmanuelle Piet, Florence Sarthou

Les associations : Ba Aïssana, Michel Allamel, Caroline Andoum, Nicolas Derche, Michela Frigiolini, Yanncey Maisonneuve, Romain Mbiribindi, Mireille Mfeto, Christelle Moÿse, Marie-Dominique Pauti, Bernadette Rwegera, Capucine Pomart, Camille Spire, Armand Totouom

Les villes : Philippe Basse, Clothilde Bignon, Glade Kibinda, Elida Kocani, Jean Malibert, Axelle Romby

Les contributeurs médecins cliniciens, chercheurs, experts, institutionnels, de l'APHP, de l'ARS et du CRIPS : Marie Ahouanto-Chaspoul, Olivier Bouchaud, Michel Bourrelly, Elisabeth Bouvet-Koskas, Bobeker Brahim, Pascal Dauthieux, Vicente Delcazo Jorro, Annabel Desgrées du Loû, Mamou Dieye, Véronique Doré, Gabriel Femenias, Julie Figoni, Maud Gelly, Fabienne Gentil, Emilie Henry, Caroline Izambert, Ariel Ju, Catherine Kapusta-Palmer, Marie-Aude Khuong, Timothy Leicester, Nathalie Lydié, Agnès Malet-Longcoté, Louis Millimoun, Abbas Mroudjae, Cécile Mukeshimana, Hervé Pelagheu, Pauline Penot, Bao-Chau Phung, Gilles Pialoux, Eve Plenel, Charles Roncier, Willy Rozenbaum, Adèle Salaun, Jean-Michel Tassié, Françoise Vlaemyck, Yazdan Yazdanpanah

www.seinesaintdenis.fr

Partagez



#SSD93