



# Vers Paris sans SIDA

1<sup>er</sup> février 2016

Propositions pour atteindre l'objectif des 3 x 90 en 2020  
et la fin de la transmission du VIH en 2030 à Paris

---

France Lert, *épidémiologiste*

---



Paris, le 22 MAI 2015

Madame,

Le 1er décembre dernier, j'ai engagé Paris aux côtés d'ONUSIDA et d'une trentaine de villes du monde à redoubler d'efforts face au VIH-SIDA et à adopter les mesures qui doivent permettre de mettre un terme à l'épidémie d'ici 2030. Pour atteindre cet objectif, il faudra faire en sorte de réduire à moins de 200.000 les nouveaux cas annuels de personnes séropositives dans le monde en 2030.

C'est dans cette optique que chaque ville signataire de l'appel de Paris s'est engagée, d'ici à 2020, à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour atteindre l'objectif dit 90 – 90 – 90 : que 90% des personnes séropositives connaissent leur statut sérologique, que 90% des personnes qui connaissent leur séropositivité reçoivent des traitements antirétroviraux et que 90% des personnes sous traitements antirétroviraux aient une charge virale indétectable.

Si cet objectif est d'ores et déjà atteint à Paris pour la mise sous traitement et le contrôle de la virémie pour les personnes traitées, les efforts doivent porter sur l'intensification du dépistage pour atteindre l'objectif de 90% de personnes séropositives connaissant leur statut. Paris apportera ainsi une contribution déterminante à l'éradication de l'épidémie.

Pour remplir cet objectif, notre ville peut s'appuyer sur des ressources institutionnelles et associatives dynamiques et mobilisées depuis 30 ans, qui ont toujours mis les populations au cœur de leurs actions. Les avancées scientifiques récentes ouvrent de nouvelles voies pour renforcer l'efficacité de la prévention grâce à la prévention combinée. Un travail considérable a été mené, qui permet déjà d'affirmer que l'objectif 90 – 90 – 90 en 2020 n'est pas une utopie pour notre collectivité. Il s'agit à ce stade d'améliorer les résultats des actions de prévention et de dépistage là où cela est nécessaire et prioritaire, surtout vis à vis des populations vulnérables et/ou à risque (HSH, transgenres, prostitué(e)s, migrants, usagers de drogues).

Compte tenu de votre expertise et de votre connaissance des acteurs tant institutionnels qu'associatifs, mais également des enjeux propres à chacune des populations concernées et des stratégies qui ont pu se révéler efficaces, je souhaite vous missionner pour élaborer les propositions d'organisation et d'actions qui permettront à Paris d'atteindre l'objectif 90 – 90 – 90 en 2020.

Vous pourrez travailler en concertation avec nos principaux partenaires engagés face au VIH, issus du tissu associatif et institutionnel, et pourrez rencontrer les interlocuteurs que vous jugerez utiles à l'accomplissement de la mission

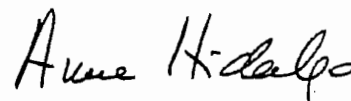
~~Votre mission devra aboutir le 1er décembre 2015, avec la présentation d'un rapport opérationnel définissant la stratégie et les options/scénarios possibles pour la Ville de Paris à décliner au cours des 5 prochaines années en articulation avec les partenaires (ARS, DGS, ANRS, associations). Vous préciserez également les indicateurs de suivi pertinents.~~

Vous organiserez et coordonnerez ce travail en lien avec Bernard JOMIER, mon Adjoint chargé de la santé et avec mon cabinet. Vous pourrez également vous appuyer sur les services de la Ville.

Je vous remercie sincèrement d'accepter de mener cette mission qui doit permettre à Paris de confirmer son statut de ville exemplaire dans la construction d'une riposte locale, d'accueillir sereinement la Conférence Internationale de Lutte contre le Sida en juillet 2017 et, surtout, de mettre fin à l'épidémie de VIH - SIDA en 2030.

Je vous prie de croire, Madame, à l'assurance de mes salutations les meilleures.

*Bien à vous,*



Anne HIDALGO

**Ont participé à la préparation de ce rapport, dans le cadre du Comité parisien des 3x90**

Fati ABDOU SEINI  
Jocelyne ADRIANT-MEBTOUL  
Marie AHOUANTO-CHASPOUL  
Pierre ALBERTINI  
Antonio ALEXANDRE  
Rafaël ANDREOTTI  
Bertrand AUDOIN  
Nathalie BAJOS  
Christine BARBIER  
Luc BARRUET  
Hervé BAUDOIN  
Sasha Alycia BAVOL  
Romain BLANCHARD  
Lucile BLUZAT  
Alain BONNINEAU  
Michel BOURRELLY  
Elisabeth BOUVET  
Patrick BRUNET  
Stéphane CALMON  
Monique CALON  
Pauline CAMPA  
Emmanuelle CAMPO  
Laurent CASTRA  
Karen CHAMPENOIS  
Marie-Christine CHARANSONNET  
Julie CHAS  
Antoine CHERET  
Vincent COQUELIN  
Dominique COSTAGLIOLA  
Tom CRAIG  
Philippe DEBRUYN  
Jean-René DEDIEU  
Coraline DELEBARRE  
Nicolas DERCHE  
Franck DESBORDES  
Djiba-Kane DIALLO  
Marc DIXNEUF  
Radia DJEBBAR  
Gwenaël DOMENECH-DORCA  
Stéphanie DOMINGUEZ  
Véronique DORE  
Johann DRUELLE  
Caroline DUPONT

Gilles ECHARDOUR  
Flore EGAS  
Christine ETCHEPARE  
Hugues FISCHER  
Sophie FLORENCE  
Bruno FLOURY  
Etienne FOUQUAY  
Sandrine FOURNIER  
Marc FREMONDIERE  
David FRIBOULET  
Mathieu GASNIER  
Jules GASTE  
Nicolas GATEAU  
Arnauld GAUTHIER  
Luc GINOT  
Pierre-Marie GIRARD  
Pénélope GIRARDY  
Daniel GOSSET  
Tim GREACEN  
Marion GUINCESTRE  
Sandrine HALFEN  
Serge HEFEZ  
Didier JAYLE  
Sandra JEAN-PIERRE  
Bernard JOMIER  
Christine KATLAMA  
Hervé LATAPIE  
Corinne LE HUITOUZE  
Vincent LECLERCQ  
Tim LEICESTER  
Hélène LEPINAY  
Jeffrey LEVY  
Stéphane LOPEZ  
Florence LOT  
Nathalie LYDIE  
Michel MANGIN  
Aude MARZLOFF  
Céline MAURY  
Romain MBIRIBINDI  
Coline MEY  
Laurence MEYER  
Jean-Michel MOLINA  
Anne-Sophie MONCEAU

François MYARA  
Michel OHAYON  
Nicole PARENTI  
Jessica PARIENTE  
Marie-Dominique PAUTI  
Andres PEDREROS  
Cédric PEJOU  
Gilles PIALOUX  
Nadège PIERRE  
Eve PLENEL  
Marc POINTEL  
Anne-Lise POLACK  
Thierry PRESTEL  
Marjolaine PRUVOST  
Pascal REVAULT  
Nelly REYDELLET  
Giovanna RINCON  
Axelle ROMBY  
Charles RONCIER  
Elisabeth ROUVEIX  
Christine ROUZIOUX  
Willy ROZENBAUM  
Bernadette RWEGERA  
Philippe SAGOT  
Inoussa SAWADOGO  
Aude SEGOND  
Taraneh SHOJAEI  
Alain SOBEL  
Virginie SUPERVIE  
Jean-Michel TASSIE  
Floran THEROND  
Florence THUNE  
Nadia VALIN  
Claudine VALLAURI  
Arnaud VEISSE  
Annie VELTER  
Khalda VESCOVACCI  
Jean-Paul VIARD  
Bastien VIBERT  
Jean VOZA-LIZULU  
Xavier VUILLAUME  
Mikaël ZENOUDA



## Vers Paris sans SIDA

---

Des propositions pour engager la ville sur la trajectoire des 3x90 en 2020  
et la fin de la transmission du VIH en 2030

---

France Lert

Je remercie Madame Anne Hidalgo de l'honneur qu'elle m'a fait en me confiant la mission de proposer une stratégie pour aller vers la fin de la transmission du VIH à Paris. Ma reconnaissance va aussi à Monsieur Bernard Jomier qui a stimulé et soutenu l'approche la plus large et libre possible pour construire les propositions présentées ici. Que celles et ceux qui ont partagé leurs savoirs, leur expérience, leurs idées, et leur temps, souvent si contraint acceptent ma gratitude. Elles et eux pourront trouver ces propositions naïvement optimistes, pas assez audacieuses, faisant une part trop belle à la médecine, ignorantes des contraintes structurelles ou trop confiantes dans une époque de contraintes financières. En effet, les propositions présentées ici sont fondées sur cette mise en commun. Elles se veulent dans la continuité de ce qui a fait la lutte contre le sida depuis les années 80, en particulier à Paris, l'engagement des personnes concernées, des soignants, des scientifiques et des politiques. À cette époque si sombre, nous n'avions que cet engagement et « un-gramme-cinq de latex » pour faire face au sida, aujourd'hui nous avons des moyens puissants pour soigner et prévenir, mais c'est l'engagement qui reste la clé de l'avenir .

Janvier 2016

<b>Vers Paris sans sida Des propositions pour engager la ville sur la trajectoire des 3x90 en 2020 et la fin de la transmission du VIH en 2030.....</b>	<b>6</b>
<b>La mission et le comité parisien des 3x90.....</b>	<b>8</b>
L'objet de la mission .....	8
Une démarche collective .....	8
<b>Une stratégie positive, inclusive et scientifiquement fondée et évaluée en continu .....</b>	<b>9</b>
Une stratégie fondée et évaluée par la recherche.....	9
Une stratégie de bien-être et de santé sexuelle .....	10
Une stratégie inclusive.....	10
L'ancrage dans les communautés.....	11
La place de Paris dans son environnement francilien et national .....	11
L'ouverture aux expériences menées dans les autres pays.....	11
<b>Les constats partagés sur la situation du VIH à Paris et pour une stratégie de santé sexuelle .....</b>	<b>12</b>
Constats et potentialités.....	12
<b>Les moyens de la prévention combinée.....</b>	<b>16</b>
Une offre de PreP selon les recommandations du groupe d'experts .....	16
Une promotion renouvelée du préservatif .....	16
La facilitation du traitement post-exposition .....	17
Le dépistage répété combinant les différents types de tests et de dispositifs.....	17
Les tests .....	17
Les dispositifs .....	18
Le dépistage et traitement régulier et exhaustif des IST et des hépatites.....	19
Les professionnels de santé de première ligne, médecins généralistes et centres de santé.....	19
La médiation sanitaire .....	21
<b>Les programmes.....</b>	<b>21</b>
Les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) .....	22
Propositions.....	24
Gays / HSH.....	25
Propositions.....	28
Les migrants d'Afrique Sub-Saharienne et d'autres régions du monde.....	32
Propositions.....	34
Les personnes Trans .....	35
Propositions.....	37
Les travailleuses/rs du sexe .....	38
Propositions.....	38
<b>La mise en œuvre.....</b>	<b>39</b>
Des instruments de suivi.....	39
Un comité stratégique, un forum et un coordinateur.....	39
Un agenda et des tâches urgentes.....	40
Une fondation public privé .....	40

La Déclaration de Paris, portée par la Ville de Paris avec l'ONUSIDA, ONUHabitat et IAPAC (International Association of Providers of AIDS Care) et signée par Anne Hidalgo le 1<sup>er</sup> décembre 2014, engage les villes du monde à donner un accès pérenne aux tests de dépistage du VIH, au traitement antirétroviral et aux moyens de prévention et à mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination. Deux cents villes l'avaient signée fin 2015. Elles s'engagent à s'entraider pour mobiliser les ressources financières et tirer parti de leurs expériences dans le déploiement de programme et ainsi parvenir à l'objectif « 3X90 » en 2020 (90 % des personnes connaissant leur statut sérologique, 90 % des personnes dépistées sous traitement et 90 % des personnes vivant avec le VIH traitées avec une charge virale indétectable<sup>1</sup>). Le but est, à l'horizon 2030, l'extinction de la transmission du VIH entre les individus. C'est à la construction d'une stratégie pour atteindre ces objectifs que l'exécutif parisien à la demande de Anne Hidalgo a mis en place cette mission et le comité parisien des 3x90.

## La mission et le comité parisien des 3x90

### L'objet de la mission

L'objet de la mission était d'élaborer des stratégies opérationnelles en s'attachant aux enjeux propres à chacune des populations concernées (Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), transgenres, prostitué(e)s, migrants, usagers de drogue).

### Une démarche collective

Les moyens mis en œuvre à ce jour ont été insuffisants pour juguler l'épidémie dans les groupes de forte prévalence, en France, les HSH et les populations migrantes d'Afrique Sub-Saharienne. Le besoin d'une nouvelle impulsion, l'exigence d'un nouveau départ, fondés sur les connaissances les plus récentes sont fortement ressentis par les acteurs médicaux, associatifs, institutionnels et politiques. La situation actuelle peut être vue comme une « perte de chance collective » à un moment où les moyens de freiner puis d'arrêter la transmission du VIH dans les populations adultes sont théoriquement efficaces.

En effet, ces moyens ont été largement renouvelés par les connaissances acquises dans les dernières années. En 2015, la recherche française a pris une part importante à ces progrès avec l'essai ANRS-Temprano en Côte d'Ivoire démontrant la réduction de la mortalité et de la morbidité sévère grâce au traitement précoce et l'essai ANRS-Ipergay apportant la preuve de l'efficacité de la PreP (Pre-exposure prophylaxis) intermittente dans les rapports entre hommes. Bénéfice individuel du traitement immédiat, efficacité préventive du traitement, efficacité de la PreP renouvellent la donne de la stratégie VIH, enjoignent à redéfinir les stratégies et ceci sans attendre: « There can now be no excuse for inaction » comme le dit A. Fauci<sup>2</sup>. Ces découvertes récentes ont été traduites dans les recommandations de l'OMS/ONUSIDA<sup>3</sup> et dans les recommandations françaises<sup>4</sup> avec le traitement universel, c'est-à-dire pour toute personne chez laquelle est fait le diagnostic d'infection VIH, en France depuis 2013, par l'OMS pour le monde entier depuis 2015. Ces avancées sont bien connues des acteurs du VIH à Paris qui sont en relations constantes à travers les Corevih (cinq en Île-de-France), l'animation de la recherche, l'animation associative, la SFLS ou leur partenariat

---

<sup>1</sup> Cet objectif pour ambitieux qu'il soit laissera encore près de 30% des personnes infectées avec une charge virale non contrôlée.

<sup>2</sup> Fauci AS, Marston HD. Ending the HIV-AIDS Pandemic-Follow the Science. N Engl J Med. 2015 Dec 3;373(23):2197-9. doi: 10.1056/NEJMp1502020. Epub 2015 Dec 1. PubMed PMID: 26624554.

<sup>3</sup> Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/>

WHO expands recommendation on oral pre-exposure prophylaxis of HIV infection (PrEP). <http://www.who.int/hiv/pub/preppolicy-brief-prep-2015/en/>

Consolidated guidelines on HIV testing services <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>

dans des projets communs. Ces liens sont anciens et robustes malgré une fragilisation du tissu associatif dans les dernières années<sup>5</sup>.

L'objectif de la mission était de construire une stratégie en s'appuyant sur l'histoire du VIH à Paris, l'expérience des acteurs, les aspirations des populations les plus concernées, la structure de l'offre de prévention et de soins, la place de Paris dans sa région. C'est donc logiquement que le travail a reposé pour l'essentiel sur des discussions collectives entre les acteurs afin de faire émerger des points de vue convergents sur la situation parisienne et sur l'articulation la plus efficace des moyens de la prévention combinée.

Près de 130 personnes ont participé à ce travail collectif. Elles appartiennent au monde associatif, au secteur médical, aux administrations de la santé et à la communauté scientifique. Les pistes proposées ici découlent de ces discussions.

## Une stratégie positive, inclusive et scientifiquement fondée et évaluée en continu

### Une stratégie fondée et évaluée par la recherche

Les progrès scientifiques et médicaux, la compréhension de l'épidémie par de multiples disciplines et l'expertise des données disponibles pour l'action de santé publique et les soins forment le socle scientifique de la réflexion conduite. La recherche continue et elle apportera mois après mois des données nouvelles qui seront intégrées à la stratégie parisienne. La recherche à travers une association étroite avec l'ANRS est centrale dans le programme présenté ici pour tester de nouvelles approches, évaluer le passage à l'échelle de la combinaison des méthodes et l'impact épidémiologique et sociétal du programme parisien.

L'accompagnement scientifique du programme parisien sera coordonné à l'ANRS par un groupe de travail « Éliminer la transmission du VIH à Paris » (recherche, observation et modélisation de l'épidémie). Le programme ANRS a pour pivot le programme Prévenir dirigé par Jean-Michel Molina (AP-HP, Hôpital Saint-Louis). Son objectif est d'aider à la montée en charge rapide de la PrEP à Paris (dans ses aspects quantitatifs et qualitatifs) en lien étroit avec le milieu associatif et AIDES en particulier, et la PrEP couplée aux autres méthodes de prévention et en particulier l'augmentation du dépistage (implicite avec l'offre de PrEP) et la proposition de traitement immédiat des personnes infectées. Il devrait permettre d'avoir un véritable impact sur l'épidémie dans les 3 ans à Paris et de voir enfin une diminution significative du nombre de nouvelles infections par le VIH.

En outre, l'ajustement de nouvelles approches aux besoins des populations africaines en Île-de-France est l'objet d'un programme de recherche en préparation sous la responsabilité de Vinh Kim Nguyen (Collège d'études mondiales, Fondation Maison des sciences de l'homme), Annabel Desgrées du Loû (Ceped, IRD-Paris-Descartes) et Jean-Daniel Lelièvre (AP-HP, Hôpital Henri Mondor).

---

<sup>4</sup> Depuis 1990, les recommandations de prise en charge de la maladie VIH sont actualisées année par année, par un processus associant scientifiques, cliniciens et associatifs pour traduire en pratiques cliniques et de santé publique les avancées de la recherche et ainsi les diffuser de la façon la plus égale possible à tous ceux qui peuvent en bénéficier. Les dernières recommandations générales datent de 2013 et des chapitres spécifiques ont été mis à jour depuis pour rendre opérationnels les avancées les plus récentes : Ph. Morlat. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Actualisation 2015. Prophylaxie pré-exposition. [http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/experts-vih\\_prep2015.pdf](http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/experts-vih_prep2015.pdf)

<sup>5</sup> Haut Conseil de Santé Publique. Avis sur l'évaluation du 5ème Plan gouvernemental VIH-Sida et IST. En préparation.



## Une stratégie de bien-être et de santé sexuelle

Les connaissances récentes ont levé les questionnements qui existaient sur la possibilité d'avoir une action préventive efficace en dehors de la protection des rapports sexuels par le préservatif en ajoutant des moyens qui réduisent considérablement la transmissibilité (le traitement des personnes infectées) et empêchent avec une forte efficacité la contamination (la PrEP: combinaison du tenofovir et d'emtricitabine en prophylaxie de l'acquisition du VIH). Cette nouvelle donne permet désormais de situer la prévention du VIH dans une perspective de santé et de bien-être puisque il existe des alternatives au préservatif pour ceux et celles qui, eux ou leurs partenaires, n'en veulent pas, plus ou pas tout le temps. Pour autant, pour le plus grand nombre dans les différentes populations, le préservatif dans son usage préventif du VIH et des IST, ou comme contraceptif, restera promu car il ne peut être proposé et utilisé que s'il fait partie d'une norme partagée, c'est-à-dire un moyen reconnu par tous comme efficace et accepté. Il est désormais possible pour chacun d'exercer un choix entre les méthodes dès lors qu'elles sont réellement disponibles, c'est-à-dire connues, offertes et accessibles. Ces choix devraient alléger le poids de responsabilité, voire de culpabilité ou de déni, généré par une norme à laquelle il était devenu impossible à certains de se conformer. Les programmes doivent être pensés et mis en œuvre autour d'un axe de santé sexuelle qui approche la personne dans sa globalité et dans toute l'étendue de ses besoins en termes de sexualité.

## Une stratégie inclusive

Les populations les plus concernées à Paris par le VIH sont des populations discriminées sur la base de leur orientation sexuelle, de leur couleur de peau, de leur nationalité ou de leur origine. La discrimination fondée sur la séropositivité est aussi fréquente dans de multiples contextes et pour tous les groupes concernés<sup>6</sup>. L'attention politique à la problématique des discriminations légales et sociales comme une forme majeure d'inégalité s'est accrue dans les trente dernières années. Certaines discriminations légales ont disparu (par exemple par la légalisation du mariage entre personnes du même sexe) mais pas toutes<sup>7</sup>, les pratiques discriminatoires ou qui font obstacle à l'égalité persistent: par exemple les procédures nécessaires au changement d'état-civil pour les personnes Trans, l'interdiction des soins funéraires aux personnes séropositives. Enfin certaines évolutions législatives envers les étrangers ou le travail sexuel portent atteinte aux capacités des individus menacés dans leur identité de prendre soin d'eux-mêmes. Les attitudes et pratiques discriminatoires sont encore fréquentes dans le soin comme le montre le « testing » auprès des dentistes et gynécologues réalisé par AIDES en 2015. L'idéal d'égalité va de pair avec celui de santé sexuelle.

Il exige donc au sein de ce programme une attitude active de tous les acteurs pour faire changer les pratiques et les représentations mais aussi des mesures de tous ordres pour les faire progresser ici et maintenant: prise de position politique en faveur de l'évolution du droit, saisine du défenseur des droits, campagnes, diagnostic des pratiques discriminatoires dans les services de santé, labellisation de services LGBT-*friendly*, formation des personnels des services administratifs, sociaux ou sanitaires.

---

<sup>6</sup> Marsicano E, Dray-Spira R, Lert F, Aubrière C, Spire B, Hamelin C; ANRS-Vespa2 study group. Multiple discriminations experienced by people living with HIV in France: results from the ANRS-Vespa2 study. *AIDS Care*. 2014;26Suppl 1:S97-S106. doi: 10.1080/09540121.2014.907385. Epub 2014 Apr 16. PubMed PMID: 24738926

<sup>7</sup> <http://www.aides.org/rapport-discriminations>. Dans ce rapport établi en lien avec le Défenseur des Droits, AIDES mentionne la persistance d'une exclusion pour l'entrée dans la magistrature en raison du critère d'existence d'une maladie non guérie ouvrant droit à un congé de longue durée qui est le cas de l'infection VIH ; dans l'armée qui affecte à l'infection VIH un coefficient élevé dans le calcul du score d'inaptitude qui peut conduire à une exclusion pour l'accès aux différentes écoles/emplois militaires.

## L'ancrage dans les communautés

Les associations sont nombreuses, diverses et très actives à Paris. Elles sont de longue date soutenues par la ville. L'ère du VIH a fait émerger un principe d'inclusion des communautés dans les décisions de politique du VIH, dans la recherche, dans la mise en œuvre des programmes de santé<sup>8</sup>. C'est cette pratique qui permet que la recherche se réalise<sup>9</sup>, que ses résultats se diffusent rapidement, que les actions s'ajustent aux réalités de terrain. Le programme parisien se dotera d'un comité stratégique composé de personnes émanant des associations, de la recherche, de la médecine et des administrations santé qui suivra et mettra à jour le programme parisien. Un forum annuel des acteurs sera réuni chaque année.

## La place de Paris dans son environnement francilien et national

La Ville a engagé une démarche politique pour mettre en synergie ses acteurs autour de l'objectif d'élimination de la transmission du VIH avec une situation épidémiologique particulière et préoccupante à Paris. Dans la région, les populations vont et viennent de part et d'autre du périphérique parisien pour se soigner, se tester, travailler ou se distraire. Pour une part des populations de la région exposées à la discrimination et à une maladie stigmatisée, la diversité des services offerts à Paris pour le VIH offre un accès plus facile et plus de confidentialité. La configuration de l'offre de soins dans la région mais aussi des transports, des activités et de l'offre de loisirs impose de penser le programme parisien en lien étroit avec les besoins de la région et donc en lien étroit avec l'Agence régionale de santé, l'Agence nationale de santé publique (qui réunira dans les prochains mois l'InVS, Institut de veille sanitaire, l'Inpes, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, et l'EPRUS, établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires) et le ministère de la santé.

## L'ouverture aux expériences menées dans les autres pays

La Déclaration de Paris associe les grandes villes du monde dans l'objectif 3X90 et dans l'esprit d'apprendre les uns des autres. Certaines villes comme San Francisco ont déjà avancé et obtenu des résultats<sup>10</sup>. De la même façon la Ville de Paris apportera son expérience et son soutien à d'autres villes pour déployer des programmes innovants.

---

<sup>8</sup> [http://data.unaids.org/pub/ExternalDocument/2007/gipa1983denverprinciples\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/ExternalDocument/2007/gipa1983denverprinciples_en.pdf)

<sup>9</sup> Les associations sont présentes dans toutes les instances, actions coordonnées et comités scientifiques des projets de recherche de l'ANRS.

<sup>10</sup> Volk JE et al. *No new infections with increasing use of HIV preexposure prophylaxis in a clinical practice setting*. *Clinical Infectious Diseases*, early online publication. doi: 10.1093/cid/civ778.

# Les constats partagés sur la situation du VIH à Paris et pour une stratégie de santé sexuelle

## Constats et potentialités

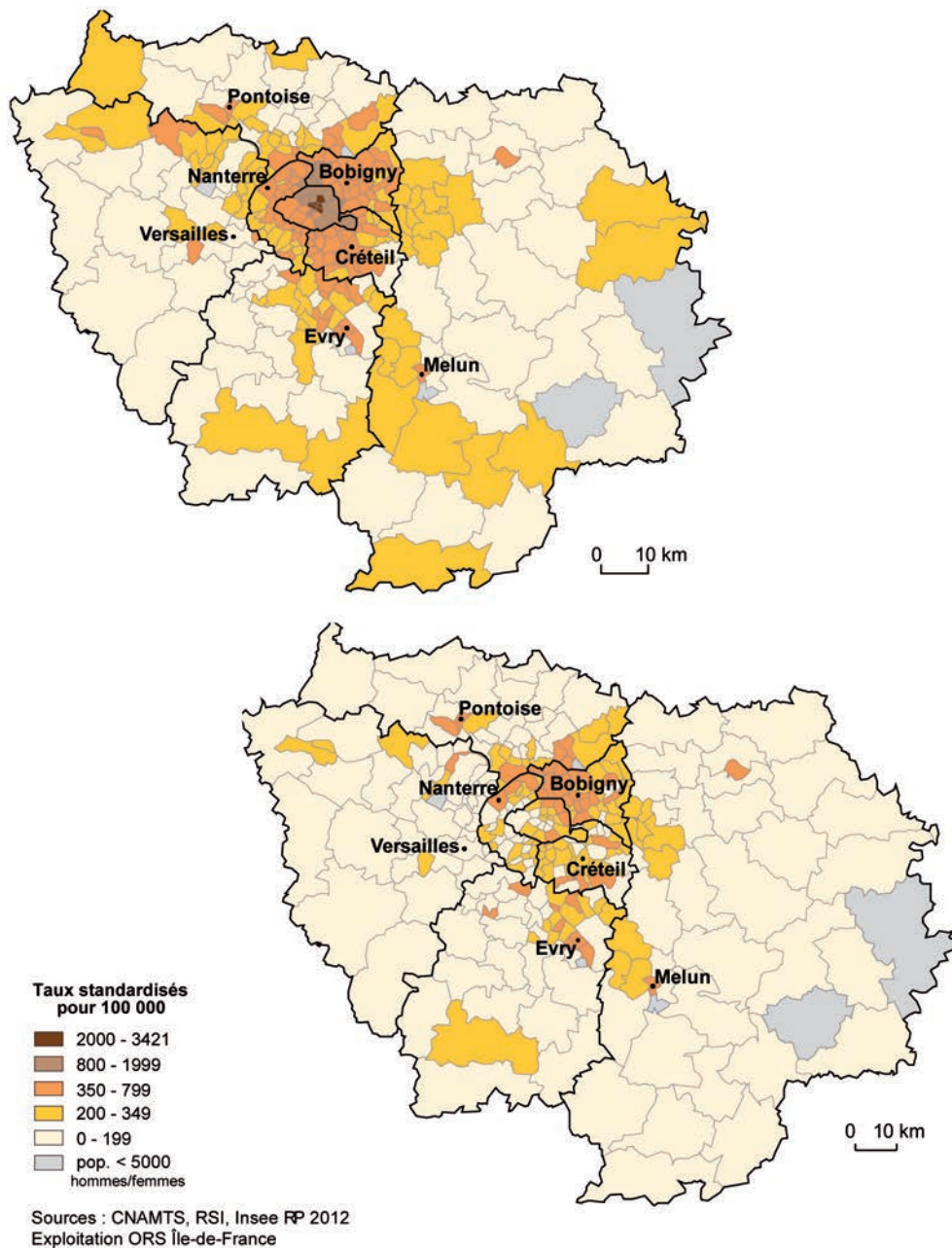
L'objectif est d'atteindre en 2020 les 3X90 pour aller vers l'élimination de toute nouvelle infection en 2030. Une grande partie du chemin est déjà parcourue pour les deux « derniers » 90. La base de données hospitalière (FHDH ANRS CO4) observe pour la France entière qu'en 2014, 96 % des personnes en soins sont traitées et 94 % des personnes traitées depuis au moins 6 mois ont une charge virale indétectable, cependant la proportion de personnes séropositives diagnostiquées n'est que de 81 %<sup>11</sup> avec des variations selon les populations.

**Nouvelles déclarations en France en 2014:** mise en perspective de la situation de Paris par rapport à l'Île-de-France, les régions et la France entière. (source : InVS, extraction Paris)

	Population		Déclaration obligatoire – nouveaux cas*			
	En millions d'habitants	%	Nombre	Dernière année avec un nombre voisin	Taux par million d'habitants et intervalle de confiance	%
France entière	66,1	100 %	6584	2008	100 (92-107)	100 %
Régions métropole hors Île-de-France	51,9	79 %	3032	2006 et 2012	58 (53-64)	46 %
Île-de-France	12,0	18 %	2935	2010	244 (221-268)	45 %
<b>Paris</b>	<b>2,2</b>	<b>3,4 %</b>	<b>1311</b>	<b>2007</b>	<b>585 (482-683)</b>	<b>20 %</b>

<sup>11</sup> Des estimations plus récentes et au niveau régional seront disponibles au premier trimestre 2016 dans le cadre de l'AC23 Épidémiologie du VIH et des hépatites, ANRS.

## Taux standardisés\* de bénéficiaires de l'ALD pour VIH (ALD 7) en 2013 pour 100 000 personnes par canton ou ville en Île-de-France



\* Standardisation sur l'âge en prenant comme structure de référence la population de la France en 2012

### La situation épidémiologique de Paris est marquée par :

- I Une épidémie importante**, cinq fois plus élevée que la moyenne française (en 2014, 585 découvertes de séropositivité par million pour 100 pour la France entière), plus de 2 fois plus élevée que l'Île-de-France et près de 10 fois plus élevée que la métropole hors Île-de-France. Les cas parisiens représentent un cinquième du chiffre France entière pour un peu plus de 3 % de la population.
- I Une épidémie concentrée** au sein de la population des HSH (52,5 %) et des populations migrantes contaminées par voie hétérosexuelle (38,3 %) principalement d'Afrique Sub-Saharienne. Le nombre des nouveaux cas parmi les usagers de drogue injectable est devenu très bas (moins de 15 en 2014); pour ce groupe, la préoccupation porte aujourd'hui surtout sur la transmission et le traitement de l'hépatite C.
- I Une épidémie concentrée au plan géographique**. Les données de l'assurance maladie indiquent qu'à Paris vivaient avec une affection longue durée (ALD) VIH en 2013 au moins 17 501 personnes (3 586 femmes et 13 915 hommes) dont près de 3 800 qui se sont ajoutées entre 2011 et 2013. La carte établie par l'ORS-Île-de-France montre l'hétérogénéité de la prévalence basée sur le nombre d'ALD rapporté aux populations par cantons et villes d'Île-de-France et, pour Paris par arrondissement parisiens. L'épidémie est concentrée dans les quartiers centraux (1<sup>er</sup> à 4<sup>e</sup> arrondissements) et dans le Nord Est (10, 11, 18, 19 et 20<sup>e</sup> arrondissements) mais aussi dans le 13<sup>e</sup><sup>12</sup>.
- I Une épidémie à la hausse**. Un accroissement du nombre de cas découverts par rapport aux années récentes, particulièrement parmi les HSH pour lesquels le nombre de cas déclarés est le plus élevé depuis la mise en place de la déclaration obligatoire (DO) de séropositivité en 2003. Une baisse depuis 2003 est observée dans les autres groupes avec des fluctuations, fluctuation légèrement à la hausse pour les étrangers en 2014.
- I Une épidémie non repérée précocement avec un diagnostic trop tardif de l'infection** empêche l'effet protecteur du traitement sur la transmission de jouer pleinement. Le dépistage au stade sida ou à un stade avancé reste élevé mais baisse de façon continue, mais les diagnostics rapides après la contamination (caractérisés par la primo-infection au diagnostic ou une infection de moins de 6 mois estimée par le test d'infection récente) ne progressent pas dans les dernières années.
- I En revanche**, la baisse du nombre de cas de sida corrobore la baisse partielle des diagnostics très tardifs et l'efficacité des traitements. Cette baisse est particulièrement marquée à Paris (Paris compte 12 % des cas de sida parmi ceux observés en France pour 20 % des nouveaux diagnostics).

---

<sup>12</sup> S.Halfen. Évolutions récentes du VIH dans les populations et les territoires franciliens. Bulletin de Santé. Épidémiologie en Île-de-France, ORS-IDF, 2015, 22.

## Évolution des caractéristiques des nouveaux diagnostics à Paris depuis 2003 (Source InVS - Données de la DO - extraction Paris, cas rapportés au domicile de la personne)

	2014 Nombre et % avec leur intervalle de confiance	Comparaison avec les années antérieures depuis 2003
<b>Par groupe de transmission</b>		
HSH	689 (556-822) 52,5 % (48,4-58,7)	Année la plus forte depuis 2003
UDI	6 (0-15) 0,4 %	2003 année la plus forte (n=34), 2014 année la plus basse
Hétérosexuels français hommes et femmes	Hommes: 64 (34-95) Femmes: 34 (13-56)  Hommes: 4,9 % (2,7-7,1) Femmes: 2,6 % (1,1-4,2)	Hommes: 2006 année la plus forte (n=74); 2003 et 2006 année les plus basses (48 et 54)  Femmes: Chiffre stable
Hétérosexuels étrangers hommes et femmes	Hommes: 238 (178-298) 18,2 % (14,9-21,4)  Femmes: 263 (99-327) 20,1 % (16,7-23,4)	Hommes: baisse depuis 2003 mais augmentation en 2014 par rapport aux années 2011-3.  Femmes: baisse importante depuis 2003, augmentation en 2014 par rapport à 2011-3.
<b>Par source de la déclaration obligatoire</b>		
Hôpital	849 (691-1008) 65 % (61-69)	Répartition relativement stable dans les dernières années
Ville	462 (365-558) 35 % (37-56)	
<b>Par caractéristique de la maladie au diagnostic: indicateurs de précocité et de diagnostic tardifs</b>		
Primoinfection	161 (113-208) 12,3 % (9,4-15,2)	Nombre absolu le plus élevé en 2010, % quasiment stable depuis 2011
Infection de moins de 6 mois	373 (291-455) 28,6 % (25-32)	Nombre absolu voisin de celui de 2012 mais proportion en baisse par rapport à toutes les années antérieures (% égal à celui de 2003)
Stade avancé (<200 CD4 ou sida)	286 (214-359) 21,8 % (17,9-25,8)	Depuis 2008 (première date disponible), % en baisse régulière; en nombre dernière année avec un chiffre du même ordre 2011 (289).

Du côté de ses atouts, Paris possède une offre de soins très diverse avec une quinzaine de services dans les hôpitaux de l'AP-HP qui sont autant de sites de recherche clinique, 11 CeGIDD (Centres gratuits d'information de dépistage et de diagnostic) agréés début 2016 (5 sur 6 sites hospitaliers, 3 de la Ville de Paris, 3 dans des centres associatifs), 8 programmes de dépistage communautaire déployés *en outreach* dans Paris auprès des différents publics, plusieurs dont les dossiers sont en cours d'examen, un centre de santé qui développe une offre de santé sexuelle vers les HSH prin-

cipalement (Le 190) et un centre ambulatoire de prise en charge globale du VIH (Institut Alfred Fournier), une pluralité associative avec un large éventail d'activités<sup>13</sup>, de positions et de publics, un engagement très fort des équipes hospitalo-universitaires dans la recherche.

## Les moyens de la prévention combinée

La prévention combinée repose sur une information renouvelée et des messages clairs envers les différents publics, le dépistage et le traitement qui en augmentant la couverture thérapeutique réduisent la transmissibilité du VIH, la promotion du préservatif et la PreP, le contrôle des infections sexuellement transmissibles (IST), la prise en charge globale des personnes atteintes. Les moyens sont les mêmes pour toutes les populations mais c'est leur conjugaison qui définit des programmes adaptés aux différents groupes exposés, à leur épidémiologie et à leurs modes de vie. C'est pourquoi ce programme s'organise en 5 programmes populationnels.

## Une offre de PreP selon les recommandations du groupe d'experts

L'approbation d'une RTU (recommandation temporaire d'utilisation)<sup>14</sup>, la décision de remboursement, la préparation et l'engagement des services hospitaliers spécialisés à dispenser la PreP et la possibilité dans un futur proche de prescription dans les CeGIDD permettent de mettre la PreP à disposition des différents publics exposés. En octobre 2014, le comité d'experts réuni par le Pr Ph. Morlat a précisé les indications et contre-indications, le cadre de prescription et de suivi médical et biologique pour les différentes populations. Actuellement l'énoncé des indications semble - dans sa lettre - limiter l'indication à la fraction la plus exposée des HSH et dans les autres populations à des indications sur la base du niveau d'exposition au niveau individuel. Les données épidémiologiques incitent à s'appuyer sur la PreP pour aller vers l'objectif attendu, principalement chez les HSH. Ceci demande une montée en charge rapide de la communication et de l'offre de PreP et une vigilance particulière dans cette population tant qu'un niveau suffisant d'hommes couverts par cette prophylaxie n'est pas atteint.

## Une promotion renouvelée du préservatif

La préconisation concernant la PreP laisse donc une large place pour les préservatifs qui restent la seule méthode disponible au plus grand nombre pour se protéger du VIH et des IST. Il est donc essentiel que son accessibilité et son acceptabilité restent fortes pour que ceux et celles qui souhaitent l'utiliser puissent se procurer le préservatif qui leur convient et voient leur demande acceptée par leurs partenaires. Ceci passe par une relance de la promotion des préservatifs dans une optique de santé sexuelle: forte efficacité, auto-contrôle, performance des produits disponibles en termes de finesse, variété des tailles, des matières et des conditionnements, faible coût. La promotion via les supports classiques et les outils numériques doit aussi être portée par les acteurs de terrain.

---

<sup>13</sup> Les activités associatives vont de la défense des intérêts des populations clés, à l'autosupport, la prévention de terrain, le dépistage hors des lieux de soins à des modalités très variées d'aide sociale (des « petits bonheurs » aux services sociaux structurés tels les Appartements de coordination thérapeutique ou les SAVS (Services d'accompagnement à la vie sociale).

<sup>14</sup> La RTU, recommandation temporaire d'utilisation, est une modalité particulière apparentée aux ATU (autorisation temporaire d'utilisation) accordées par l'Ansm pour traiter des maladies graves avec des médicaments qui n'ont pas d'AMM pour cette indication, et dont l'efficacité et la sécurité sont présumées. Dans le cas de Truvada, il s'agit d'une indication prophylactique d'une combinaison de molécules utilisée pour le traitement de l'infection VIH, pour laquelle l'association AIDES a demandé en 2012, à l'Ansm l'approbation d'une RTU. En effet, le dossier d'AMM de Truvada pour cette indication n'a pas été à ce jour soumis pour l'Europe à l'agence européenne du médicament par la firme Gilead. Par contre, cette indication a été approuvée aux Etats Unis par la Food and Drug Administration dès 2012.

## La facilitation du traitement post-exposition

Le TPE (traitement post-exposition) a été dispensé jusqu'à maintenant par les services spécialisés hospitaliers et les services d'urgence hospitaliers. Il devrait être prochainement autorisé dans les CeGIDD ce qui facilitera son utilisation. Son niveau d'utilisation n'est pas connu car il ne faisait plus l'objet d'un suivi ces dernières années<sup>15</sup>. Le TPE, jusqu'à maintenant peu promu, sera encouragé de façon plus large et sera l'occasion pour les personnes qui se présentent d'une évaluation de l'intérêt de la PreP pour elles et le cas échéant d'une initiation ou d'une orientation vers les services qui la proposent.

## Le dépistage répété combinant les différents types de tests et de dispositifs

La stratégie de dépistage n'a pas produit toute l'étendue des effets escomptés. Il existe des marges de progrès importants de l'effet communément dit effet TasP (*treatment as prevention*) en réduisant le délai entre contamination, diagnostic et contrôle du virus par le traitement. Les modélisations mathématiques indiquent qu'une fraction très large des nouvelles infections survient alors que les personnes sources ne connaissent pas leur séropositivité. En effet, s'il y a un recul des diagnostics aux stades avancés de la maladie VIH on ne note pas dans les données les plus récentes de progrès significatifs sur la précocité du diagnostic pour atteindre un objectif de 90 % de personnes infectées diagnostiquées dans l'année de la contamination<sup>16</sup>.

## Les tests

Les messages sur le dépistage envers les publics exposés peuvent être simplifiés. Les trois types de test disponibles (autotest sanguin, test rapide et test ELISA de 4<sup>e</sup> génération) ont des très bonnes performances techniques/biologiques et peuvent être utilisés indifféremment dès lors qu'ils sont accompagnés d'un message très clair sur la primo-infection. Les indices d'une exposition récente ou les signes de primo-infection (insuffisamment détectée par les tests rapides) doivent amener la personne à consulter sans délai pour la réalisation d'un test ELISA de 4<sup>e</sup> génération et/ou d'une charge virale. L'objectif d'un dépistage très précoce amène à diffuser le message sur la répétition rapprochée des tests pour les personnes exposées (tous les 3 mois chez les HSH sexuellement actifs et les multipartenaires).

Le dépistage gagnerait aussi d'une utilisation plus large des tests rapides que ne le préconisaient les recommandations de la HAS (Haute Autorité de santé) de 2008, dans les services de santé et les centres de dépistage<sup>17</sup> afin de favoriser l'attractivité du dépistage, le rendu des résultats<sup>18</sup> et d'optimiser les ressources humaines, notamment en mettant en place une délégation de tâches aux infirmiers/ères, très efficaces comme l'ont montré les études réalisées dans les urgences franciliennes<sup>19</sup>.

---

<sup>15</sup> Un recueil systématisé est en cours de mise en place dans les établissements franciliens

<sup>16</sup> Sur la période à Paris 2008-2014,, les informations de l'InVS indiquent que la proportion de diagnostics au stade avancé a baissé de de 27% à 22% tandis que la proportion de personnes ayant une infection de moins de 6 mois fluctue sur la période autour de 30%.

<sup>17</sup> Groupe de travail de la HAS, «Dépistage de l'infection par le VIH en France - Modalités de réalisation des tests de dépistage», octobre 2008, [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

<sup>18</sup> Cependant, lorsque des dépistages IST sont associés au test rapide VIH, le taux de rendu de leurs résultats est un peu plus bas. Prazuck T, Ducasse E, Huard E, Languille A, Sandberg F, Guinard J, et al. Tests rapides d'orientation et de diagnostic (TROD) en CDAG : impact sur le rendu des autres sérologies et intérêt de la mise en place de mesures de rappel des consultants perdus de vue. Bull Epidemiol Hebd. 2013;(30):369-76

<sup>19</sup> Leblanc J, D'Almeida KW, Lert F, Cremieux AC. Participation soignante et autonomie infirmière dans le cadre d'un dispositif de dépistage du VIH/SIDA. Rech Soins Infirm. 2012Mar;(108):43-52. French. PubMed PMID: 22616364.



## Les dispositifs

Les CeGIDD joignent et élargissent les missions des anciens CDAG et CIDISST. La liste des centres agréés en Île-de-France a été publiée en décembre 2015. Ils constituent le dispositif de référence pour le dépistage à l'initiative de la personne tant en population générale (notamment les jeunes) que pour les populations les plus exposées. Le dispositif doit être coordonné pour s'assurer que son offre est accessible aux différents publics en termes de plages horaires et de services effectivement proposés. Il est essentiel que les CeGIDD, d'une part soient préparés à prendre en charge pour leur santé sexuelle les personnes séropositives (promotion de l'efficacité du traitement antirétroviral, IST, conseil pour les partenaires, etc.) qui consulteront plus rarement les spécialistes hospitaliers, et d'autre part s'assurent du lien avec le soin pour les personnes dépistées positives pour le démarrage immédiat de la prise en charge. Enfin, ce dispositif renouvelé justifiera d'une évaluation.

Depuis 2011, le dépistage communautaire dans des locaux associatifs ou dans des espaces de vie ou de rue s'est développé et montre des résultats probants en termes d'attractivité des personnes restées à distance du dépistage et des différents publics très exposés (30 % des tests chez les HSH, 28 % parmi les migrants et 36 % dans les autres populations). Avec peu de tests eu égard à la masse de ceux réalisés (60 000 sur les plus de 5 millions de tests faits et un peu plus de 500 cas identifiés en France en 2014), le nombre et taux de positifs est beaucoup plus élevé que les autres systèmes, y compris les CDAG qui attirent des personnes plus exposées<sup>20</sup>. Ce dispositif est toutefois mal financé (subvention calculée sur le nombre de tests réalisés valorisés à 26 €), avec un prix qui ne couvre pas les activités nécessaires à une bonne organisation du dépistage (exploration des sites, concertation avec les associations de terrain, accompagnement des personnes, documentation de l'activité, etc.)<sup>21</sup>. Le dépistage communautaire sera augmenté avec un financement adéquat, une stratégie réfléchie en termes d'emplacements, de publics et d'articulations avec les associations représentant les populations d'intérêt. Un suivi et une cartographie sont mis en place par l'ARS.

L'autotest, dont une seule marque est disponible à ce jour en France, peut produire des effets multiples et très positifs et il répond particulièrement bien aux besoins de certaines personnes<sup>22</sup>. Son prix élevé (28 €) peut constituer un obstacle et sa distribution par les associations n'a pas encore commencé faute d'enveloppe financière disponible à ce jour. Des voies seront explorées avec UNITAID pour disposer de volumes significatifs à des prix plus bas. De nouveaux tests notamment salivaires seront sans doute validés dans les prochaines années et permettront d'élargir les usages et les publics. Les usages de l'autotest et son impact font l'objet du projet ANRS/V3T (VIH : Teste-toi, toi-même)<sup>23</sup>. Le projet actuel sera complété pour expérimenter des stratégies facilitant la répétition du test.

L'autoprélèvement a été testé en France avec succès auprès des jeunes dans le projet Inpes Chlamyweb, (screening via Internet, envoi d'un kit d'autoprélèvement, envoi des prélèvements au laboratoire, retour des résultats par SMS ou téléphone). Un nouveau programme est en cours sous l'égide de l'Inpes en population générale associant VIH, VHB et VHC auprès de 15 000 personnes. Un autre projet en CeGIDD à Paris est en cours de réflexion par l'Inpes, un CeGIDD parisien et Le Kiosque. Un tel système est déjà implanté en Grande Bretagne tant pour le VIH que pour les autres IST par Public HealthEngland<sup>24</sup>.

---

<sup>20</sup> Données pour l'Île-de-France présentées lors de la journée ARS, novembre 2015.

<sup>21</sup> Données réunies pour la France dans le rapport HCSP sur le 5eme plan VIH-Sida et IST (rapport en préparation)

<sup>22</sup> Présentation faite par Nathalie Lydié au comité 3x90, cf. CR du 6 octobre 2015.

<sup>23</sup> Ce projet V3T (VIH teste-toi toi-même) est conduit par Tim Greacen et Karen Champenois (Laboratoire de recherche de Maison Blanche).

<sup>24</sup> <https://www.gov.uk/government/news/free-hiv-home-sampling-launched-to-increase-hiv-testing>

## Le dépistage et traitement régulier et exhaustif des IST et des hépatites

Depuis le début des années 2000, les IST n'ont cessé d'augmenter, notamment chez les HSH, en particulier chez les hommes séropositifs<sup>25</sup>. Le dépistage systématique et complet des IST dans les CeGIDD, les centres de santé sexuelle et dans les services spécialisés VIH avec une périodicité variable selon les populations, est à la fois une mesure individuelle et populationnelle. De nouvelles recommandations pour la prévention, le dépistage et le traitement des IST dans les différents publics et classes d'âge seraient absolument nécessaires car elles restent le parent pauvre de la santé sexuelle.

## Les professionnels de santé de première ligne, médecins généralistes et centres de santé

Les services de première ligne, médecins généralistes, centres de santé, PASS, Permanences médico-sociales de la Ville, services humanitaires sont au contact des populations exposées et tout particulièrement dans certains arrondissements. L'enquête réalisée en 2013 auprès d'un échantillon de 477 généralistes à Paris<sup>26</sup> reflète la géographie de l'épidémie dans la ville. Elle indique que les médecins du Nord Est de Paris et du centre sont plus de la moitié à avoir plus de 10 patients séropositifs dans leur file active et/ou à avoir prescrit plus de 10 tests dans le dernier mois. Elle relève également que les médecins les plus jeunes, les femmes et ceux du secteur 1 prescrivent davantage de tests. L'enquête indique aussi que moins de la moitié connaissent les recommandations de la HAS et leurs pratiques déclarées évoquent beaucoup d'occasions manquées<sup>27</sup> de dépistage.

Les médecins de ville réalisent 35 % des déclarations obligatoires de séropositivité à Paris. Les médecins et services de première ligne jouent un rôle important mais le VIH représente une part limitée de leur activité étant donné le suivi spécialisé en milieu hospitalier, à l'exception d'un petit nombre de médecins de ville qui assurent le suivi principal de files actives nombreuses de patients séropositifs.

Les centres qui reçoivent des populations précaires dont beaucoup étrangères et encore « sans papier », ont des pratiques de dépistage systématique qui améliorent la précocité du diagnostic<sup>28</sup>. Il est impossible d'appréhender l'application de la recommandation de dépistage généralisé du programme national 2010-14, le nombre global de tests a augmenté, mais la part de la médecine de ville dans les déclarations obligatoires est restée stable voire en légère baisse et seuls les dépistages très tardifs ont reculé. Ce constat, qui n'est pas propre à Paris, suggère que l'information et les recommandations doivent être précisées, en particulier à l'intention des praticiens et des services qui exercent dans les arrondissements les plus concernés.

---

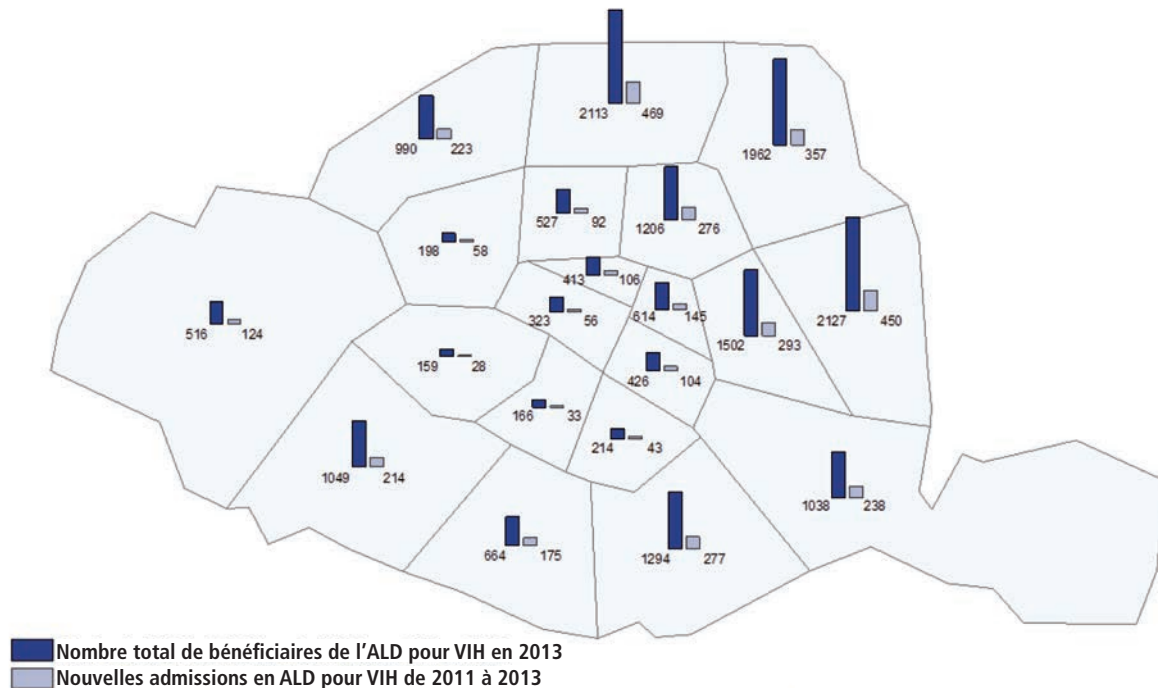
<sup>25</sup> InVS. Infection par le VIH et IST. Point épidémiologique au 23 novembre 2015.

<sup>26</sup> Rocchetti V, Viard JP. Family practitioners screening for HIV infection. *Med Mal Infect*. 2015 May;45(5):157-64. doi: 10.1016/j.medmal.2015.03.007. Epub 2015 Apr 9.

<sup>27</sup> Champenois K, Cousien A, Cuzin L, Le Vu S, Deuffic-Burban S, Lanoy E, Lacombe K, Patey O, Béchu P, Calvez M, Semaille C, Yazdanpanah Y. Missed opportunities for HIV testing in newly-HIV-diagnosed patients, a cross-sectional study. *BMC Infect Dis*. 2013 May 2;13:200. doi: 10.1186/1471-2334-13-200.

<sup>28</sup> Résultats encore non publiés de l'enquête Parcours (A. Desgrées du Lou, R. Dray-Spira, N. Lydié).

## Bénéficiaires de l’Affection de longue durée (ALD) pour VIH à Paris par arrondissement



Sources : CNAMTS, RSI - Exploitation ORS-Île-de-France

- Apporter une information et des recommandations adaptées au contexte parisien et aux spécificités de quartier sur la base de la cartographie établie par l’ORS Île-de-France.

Les recommandations aux services de première ligne seront précisées dans un document diffusé via la CPAM ou les services de santé de la Ville ou l’Agence Nationale de Santé Publique. Ce document rappellera quelques données épidémiologiques localisées, les signes ou pathologies qui doivent donner lieu à un test VIH<sup>29</sup> pour éviter les occasions manquées, les critères d’exposition sous la forme simple testée dans le projet ANRS DICI<sup>30</sup>, la nécessité de répéter les tests des personnes appartenant à des populations exposées (donc y compris chez les personnes immigrées d’Afrique sub-saharienne) pour réduire la période prédiagnostic, des modalités précises pour assurer l’entrée immédiate dans le soin, notamment une liste à jour des consultations dédiées au premier contact dans les services parisiens et franciliens (cartographie pratique en cours de construction par le CRIPS (Centre régional d’information et de prévention du sida) et SIS (Sida Info Service). Des tests rapides pourront être distribués aux praticiens et aux services qui le souhaitent. Cette diffusion sera renforcée par des contacts de visu avec les médecins et les services dans les quartiers parisiens les plus concernés par l’infection VIH. Une information sera également diffusée aux biologistes de ville.

<sup>29</sup> Raben D, Mocroft A, Rayment M et al , HIDES Audit Study Group. Auditing HIV Testing Rates across Europe: Results from the HIDES 2 Study. PLoS One. 2015 Nov 11;10(11):e0140845. doi: 10.1371/journal.pone.0140845.

<sup>30</sup> Etude ANRS-DICI, essai en cross-over du ciblage du dépistage rapide par autoquestionnaire dans 8 services d’urgences parisiens, dirigé par AC Crémieux et J Leblanc. Résultats en cours d’analyse.

■ Inclure les médecins généralistes dans la stratégie de prise en charge

Dans les toutes prochaines années, le suivi médical de l'infection VIH restera à l'hôpital mais les médecins généralistes en particulier dans les arrondissements du Nord Est et du centre de Paris, auront une file active croissante de personnes séropositives à prendre en charge pour les problèmes de santé courants. Le parcours de santé de ces personnes nécessitera des formes renouvelées de lien entre généralistes et spécialistes hospitaliers comme c'est le cas pour de nombreuses maladies chroniques sévères. Pour le VIH, les modalités de cette prise en charge partagée restent à mettre à jour.

Les CeGIDD dans leurs nouvelles missions ont à assurer un rôle d'expertise et de conseil aux professionnels de santé de leur aire géographique.

La médecine de première ligne sera représentée dans le pilotage du programme parisien.

## La médiation sanitaire

Parmi les populations particulièrement exposées à l'infection VIH, une proportion importante sont des personnes pour lesquelles l'accès aux droits et l'accès aux services sont compliqués par des barrières sociales, juridiques, linguistiques ou psychologiques et par des pratiques professionnelles ou institutionnelles inadéquates et parfois discriminatoires. La médiation sanitaire est un instrument au service de l'égalité d'accès pour ces personnes<sup>31</sup>. Elle a été largement utilisée dans le champ du VIH en s'appuyant sur les pairs et les acteurs associatifs pour accompagner les étrangers, les travailleur/ses du sexe, les usagers de drogue ou les personnes très précaires. Elle est restée longtemps mal reconnue car ne correspondant pas à un métier structuré dans l'univers médico-social, souvent exercée par des pairs/es qui tirent leurs compétences d'une expérience partagée avec les personnes qu'elles accompagnent et non par un diplôme, et souvent soutenue par des financements faibles et fragiles. La reconnaissance de la médiation sanitaire par la loi du 17 décembre 2015 ouvre la voie au renforcement et à la pérennisation de la médiation sanitaire comme une composante à part entière au sein des services et des associations contribuant au programme parisien.

## Les programmes

En 2014, comme indiqué plus haut, les nouveaux diagnostics sont concentrés pour 90 % parmi les HSH et les migrants dont la majorité est originaire d'Afrique sub-saharienne. D'autres populations comme les travailleurs/ses du sexe et les transgenres (information introduite en 2011 dans la DO) ont des besoins en termes de santé, notamment de santé sexuelle et d'accès aux droits et aux soins au sein desquels le VIH est un levier pour une approche globale. Ces groupes sont représentés par des acteurs communautaires différents. L'accent mis sur la prévention et la forte efficacité individuelle et populationnelle des traitements ne doivent pas laisser sous-estimer les besoins des personnes séropositives en termes de santé sexuelle et d'inclusion sociale. C'est pourquoi le programme parisien se décomposera autour de principes communs en programmes spécifiques proposant des priorités et des combinaisons différentes à ces populations : personnes vivant avec le VIH, HSH, migrants, personnes Trans, travailleuses/rs du sexe.

---

<sup>31</sup> La médiation sanitaire est utile dans de nombreux secteurs de la santé et du soin et le PRAPS (Programme régional d'accès à la prévention et aux soins) d'Île-de-France comporte un volet de formation et de sensibilisation pour son développement.

Les usagers de drogue n'apparaissent pas dans ce texte avec des propositions spécifiques. Pourtant ils ont payé un très lourd tribut au sida puisqu'ils ont été touchés très massivement, très tôt, et surtout trop tôt pour bénéficier suffisamment des progrès des tri-thérapies en 1996. La décision de Michèle Barzach de libérer la vente de seringues en 1987, la mobilisation de la communauté VIH pour les usagers de drogue, son engagement pour « limiter la casse » et pallier l'aveuglement des spécialistes de la toxicomanie à l'époque, a permis le déploiement de la politique de réduction des risques à partir de 1995<sup>32</sup>. Aujourd'hui les cas d'infection VIH sont devenus très rares à Paris (moins de 15 en 2014). Le programme de réduction des risques et sa mise à jour à mesure de l'évolution des usages et des populations restent absolument nécessaires dans toutes ses dimensions sociales et médicales, avec un objectif de prévention du VIH et de l'hépatite C: l'aménagement d'une salle de consommation à Paris, la poursuite des programmes bas-seuil, le déploiement de nouvelles stratégies pour éduquer aux pratiques plus sûres d'injection ou prévenir l'entraînement à l'entrée dans l'injection<sup>33</sup> et surtout l'accès des usagers de drogue au traitement par antirétroviraux à action directe contre le VHC pour un bénéfice individuel et peut-être collectif.

## Les personnes vivant avec le VIH (PVVIH)

Aujourd'hui en France, 96 % des personnes infectées par le VIH prises en charge reçoivent un traitement antirétroviral et 94 % ont une charge virale contrôlée. Ces chiffres excellents peuvent être légèrement sur-estimés par la sortie temporaire du soin de certains patients qui dès lors n'apparaissent plus dans la statistique<sup>34</sup>. Les traitements ARV permettent ainsi une vie sans impact sur la santé physique pour l'immense majorité des personnes atteintes avec une espérance de vie proche de celle de la population générale chez les personnes ayant plus de 500 CD4<sup>35</sup>. Certaines cependant ont des séquelles de formes avancées de la maladie, d'autres sont diagnostiquées malades et ont une santé altérée parfois durablement. Avec le temps les traitements sont devenus mieux tolérés, plus simples et d'autres avancées sont étudiées (traitement simplifié, traitement à longue durée d'action, schémas d'allègement, etc.)<sup>36</sup>. L'avancée en âge engage de nouvelles épreuves avec la survenue de comorbidités dont la fréquence, l'intensité et l'étiologie sont encore incomplètement caractérisées<sup>37</sup>.

L'hôpital est resté au centre de la prise en charge médicale de l'infection VIH avec un suivi de plus en plus espacé (tous les 6 ou 12 mois quand tout va bien) favorisant l'intégration des nouvelles stratégies ou molécules thérapeutiques à mesure des avancées de la recherche clinique. Ce contexte - hospitalo-centré avec une périodicité longue du suivi - invite à porter une attention particulière au parcours de santé des PVVIH afin que les problèmes de santé courants, les comorbidités et la santé sexuelle soient correctement pris en charge. D'où l'émergence de projets sur les alternatives hospitalières, l'importance de l'information des médecins généralistes et une offre de santé sexuelle réellement ouverte aux personnes séropositives.

---

<sup>32</sup> A. Coppel. Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques. La Découverte, Paris, 2002.

<sup>33</sup> Programmes AERLI menés sous l'égide de l'ANRS pour sa partie expérimentale et expérimentation Change le programme actuellement mené par l'Inpes.

<sup>34</sup> Dans Vespa2, en 2011, 5% des personnes enquêtées et donc revenues dans le soin rapportent avoir eu au moins une année d'interruption dans les 3 dernières années (entre 2008/9 et 2011), et de façon plus importante en Île-de-France (7%), outre la consommation excessive d'alcool, ce sont les facteurs sociaux (niveau d'étude primaire, faible qualification professionnelle, conditions de vie matérielle défavorables et faible soutien de l'entourage) qui sont associés à ces interruptions (Picard J, Fréquence et facteurs associés à la rupture de suivi médical, SFLS, 2013).

<sup>35</sup> Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE) in EuroCoord. All-cause mortality in treated HIV-infected adults with CD4  $\geq$ 500/mm<sup>3</sup> compared with the general population: evidence from a large European observational cohort collaboration. *Int J Epidemiol.* 2012 Apr;41(2):433-45. doi: 10.1093/ije/dyr164. Epub 2011 Nov28.

<sup>36</sup> <http://vih.org/20150925/essais-anrs-strategies-dallegement-therapeutique/135906>

<sup>37</sup> [http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/dias\\_experts2013\\_comorbidites.pdf](http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/dias_experts2013_comorbidites.pdf)

Le versant social n'a pas connu les mêmes avancées que le médical. Le recul de la reconnaissance de handicap en lien avec l'amélioration de l'état de santé, s'est traduit par une augmentation du chômage<sup>38</sup> et non de l'emploi et comparé à la population générale, le niveau de précarité et de pauvreté matérielle est plus élevé. Les inégalités sociales sont aussi fortement marquées parmi les personnes séropositives. La vie sociale et personnelle est affectée par les discriminations liées à la séropositivité, à l'identité sexuelle, des discriminations racistes ou xénophobes dans les situations de la vie quotidienne<sup>39</sup>. Le rejet (et la crainte du rejet), la baisse de l'estime de soi, se marquent dans le domaine relationnel et dans la vie sexuelle et affective. Le secret sur la maladie, l'éloignement des proches pour des raisons multiples, l'isolement, parfois les séquelles de traumatismes sont fréquents et on observe parmi les séropositifs des niveaux de dépression très et anormalement élevés<sup>40</sup>. Le Corevih Île-de-France Est dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens avec l'ARS conduit un diagnostic régional des besoins d'accompagnement médico-social avec un focus sur les risques de rupture dans les parcours de prise en charge et les profils complexes.

Ces situations à Paris ont été rapportées par les associations au cours des réunions portant sur l'accompagnement des personnes vivant avec le VIH.

### **Texte rédigé par Basiliade, ARCAT et Aurore (voir texte complet en annexe)**

Ces profils dits complexes répondent aux critères suivants :

- Cumul de plusieurs pathologies, le plus souvent chroniques et évolutives, impliquant plusieurs suivis médicaux avec différents médecins spécialistes, et nécessitant une coordination des différents acteurs de santé. Le plus souvent ces pathologies sont associées à un ou plusieurs autres problèmes de santé (fatigue, douleurs, pertes de la mobilité...).
- Problèmes psychiques, addictions.
- Les pathologies et les problèmes de santé ont un retentissement sur les actes essentiels de la vie quotidienne et professionnelle.
- Isolement social et/ou défaut d'entourage.
- Inadaptation persistante de l'aide professionnelle aux besoins de la personne.
- Pauvreté en condition de vie et difficultés sociales et administratives.
- Le cumul de difficultés médico-sociales est non seulement un frein à l'accès aux soins mais également au maintien dans un parcours de soin tout au long de la vie. Il est ainsi à l'origine du décrochage du soin avec des conséquences individuelles (dégradation de l'état de santé des personnes concernées) et collectives (non mise en œuvre de l'effet préventif du traitement) ayant un impact sur la dynamique de l'épidémie en IDF.

---

<sup>38</sup> Annequin M, Lert F, Spire B, Dray-Spira R; VESPA2 Study Group. Has the employment status of people living with HIV changed since the early 2000s? AIDS. 2015 Jul 31;29(12):1537-47. doi: 10.1097/QAD.0000000000000722. PubMed PMID:26244393.

<sup>39</sup> Marsicano E, op.cit.

<sup>40</sup> 28% des PVVIH ont eu un épisode de dépression majeure au cours des 12 derniers mois contre 6% chez les hommes et 10% chez les femmes en population générale. Feuillet P. Etude de la prévalence de la dépression chez les PVVIH (Enquête ANRS VESPA2) et comparaison avec la population générale (Inpes-Baromètre Santé) – article en préparation. IPLESP, Inserm.

- Ces profils complexes nécessitent une coordination médico-psycho-sociale et un accompagnement global qui est à ce jour partiellement assuré par quelques associations parisiennes hors financement Établissement sanitaire et médicosocial (ESMS), mais nécessite d'être renforcé.

Les associations font également état de diverses difficultés dans les démarches administratives auprès de la MDPH (engorgement du service et documentation incomplète ou imprécise des formulaires par les médecins), auprès de la CPAM (demandes de pièces non obligatoires pour l'accès à l'AME), de la CAF (demande de pièces non obligatoires qui interrompt le versement de l'AAH) ou pour la domiciliation des personnes sans domicile par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris (CASVP). Ces difficultés aggravent la vulnérabilité des personnes les plus fragiles (cf. annexe, compte-rendu Accompagnement, 22 septembre 2015).

## Propositions

Des recommandations détaillées ont été faites dans le chapitre « Conditions de vie pour un succès thérapeutique » du rapport d'experts et gardent toute leur validité et leur actualité à Paris qui soutient de longue date les associations du champ social.

Les propositions visant à améliorer la santé et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH comportent les points suivants :

- Réduire par une intervention de la ville les obstacles administratifs à l'accès effectif aux droits auprès de la préfecture et des services du champ social (CPAM, MDPH, CAF, CASVP).
- Soutenir les alternatives à la prise en charge hospitalière des PVVIH pour favoriser la diversification des parcours de soins. Aujourd'hui quelques médecins généralistes de ville, Le 190 et l'Institut Alfred Fournier assurent un suivi médical extra-hospitalier pour des files actives importantes. Dans certains arrondissements parisiens, plus de la moitié des médecins ont au moins 10 patients séropositifs dans leur patientèle ce qui requiert des liens avec les services spécialisés. L'équipe de l'hôpital Saint-Antoine a soumis aux instances sanitaires un projet de maison médicale pluridisciplinaire pour prendre en charge globalement la santé des personnes atteintes d'infections virales chroniques et contribuer à la formation des non-spécialistes.
- Enfin les associations intervenant auprès des plus fragiles proposent de compléter les dispositifs sociaux non résidentiels pour les cas « complexes » par une coordination médicale « à domicile » (cf. note en Annexe).
- Le message sur la prévention de la transmission par le traitement reste encore mal connu et inégalement porté par les cliniciens et les brochures de prévention jusqu'à maintenant. Il doit être affirmé et largement diffusé. L'attention nécessaire à la dicibilité de la séropositivité au partenaire, les inquiétudes dans une relation sérodifférente, la portée préventive des antirétroviraux selon les résultats du traitement, les troubles sexuels et les IST justifient que les personnes séropositives soient pleinement prises en compte dans les dispositifs de santé sexuelle à l'hôpital et en extra-hospitalier.
- S'assurer de la continuité du traitement et rechercher les personnes en interruption de soins, tâche d'autant plus nécessaire et compliquée que la périodicité du suivi médical s'espace.

- Promouvoir à côté des formes classiques d'éducation thérapeutique du patient (ETP) en milieu hospitalier souvent centrée sur le traitement, des programmes alternatifs : dans un cadre associatif, offrant une approche globale de la santé, incluant la santé sexuelle, comportant l'éducation par les pairs ou transversale à diverses maladies chroniques.
- Soutenir une médiation sanitaire pérenne au sein des services ou des associations pour l'accompagnement des personnes les plus fragiles.
- Soutenir les associations de personnes atteintes qui offrent des espaces d'échange, d'information, de convivialité et de soutien nécessaires pour faire face à l'annonce du diagnostic, à la vie avec la maladie et le traitement, à l'isolement ou aux difficultés de relations avec l'entourage.
- Utiliser tous les dispositifs de lutte contre les discriminations, notamment juridiques pour poursuivre la lutte contre la discrimination à l'encontre des personnes séropositives.

## Gays / HSH

- Une population massivement touchée par le VIH, hier et aujourd'hui, mais insuffisamment protégée jusqu'à maintenant eu égard au niveau de l'exposition

Comme dans toutes les grandes métropoles occidentales, la population HSH connaît une épidémie extrêmement élevée. À Paris, elle s'est aggravée en 2014. Une épidémie croissante s'accélère en raison de la contribution des cas non diagnostiqués aux nouvelles contaminations dans une population caractérisée par la multiplicité des partenaires<sup>41</sup>. Par rapport à l'ensemble de la France et au sein de la région, Paris a une situation particulièrement préoccupante avec un haut niveau de la prévalence (autour de 20 % des HSH seraient séropositifs), associée aux caractéristiques sociologiques de sa population gay, à son rôle dans la sociabilité gay, et au fait que la capitale est aussi un lieu de brassage sexuel.

Au niveau national, la situation est critique avec une forte augmentation des nouveaux cas estimés chez les jeunes hommes de moins de 15 à 24<sup>42</sup> ans (on ne dispose pas de chiffres sur les jeunes gays pour Paris).

La situation épidémiologique, qui 'est aussi caractérisée par la hausse des IST depuis une quinzaine d'années, est à mettre en lien avec l'évolution rapide des modes de vie et des comportements sexuels : utilisation d'Internet et des messageries de rencontre dans la drague, pratique de *Chem-Sex* (pratique associant sexe et usage de drogue), notamment du Slam.

---

<sup>41</sup> Phillips AN, Cambiano V, Nakagawa F, Brown AE, Lampe F, Rodger A, Miners A, Elford J, Hart G, Johnson AM, Lundgren J, Delpuch 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. doi: 10.1371/journal.pone.0055312. Epub 2013 Feb 15. PubMed PMID: 23457467; PubMedCentral PMCID: PMC3574102

<sup>42</sup> InVS, présentation de l'actualité épidémiologique VIH aux associations, Paris, 23 novembre 2015.



### **Caractéristiques des HSH parisiens comparés à ceux des départements de la petite couronne, de la grande couronne et des autres départements français. Source EPGL, 2011, Annie Velter, InVS).**

Parmi les répondants masculins à l'Enquête Presse Gays et Lesbiennes (n=2080), les Parisiens sont plus âgés que les autres répondants (âge médian 38 ans), ils sont plus diplômés (67 % de diplôme des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles universitaires vs. 37 % en petite couronne (n=636), 49 %, en grande couronne (n=878), 40 % dans les autres départements français (n= 6726). Ils s'identifient plus majoritairement homosexuels (91 % vs 84 %, 86 %, 86 %) et ont une sexualité plus souvent exclusivement masculine au cours de leur vie (64 % vs. 64 %, 60 %, 59 %). Ils fréquentent plus souvent les backrooms (73 % vs. 51 %, 60 %, 57 %) ou les saunas (46,5 % vs. 41 %, 43 %, 42 %). Il existe peu de différence concernant l'utilisation d'Internet entre les zones comparées. Les gays parisiens ont également plus de partenaires sexuels masculins dans l'année: en médiane 9 pour Paris, 5 pour la petite couronne, 4 pour la grande couronne et les autres départements. Pour les Parisiens, les hommes de plus de 35 ans ont plus de partenaires que leurs cadets (en médiane : 10 versus 6 à 30-34 ans et 5 à 25-29 ans).

Les Parisiens sont plus testés pour le VIH au cours de leur vie que les autres. Ils sont plus nombreux à se déclarer séropositifs pour le VIH (24 % vs. 11,1 %, 15,9 % et 12 %). Ces hommes séropositifs ont en médiane 20 partenaires dans l'année contre 5 pour les hommes se déclarant non infectés.

Parmi les répondants non séropositifs testés dans la vie, 64 % des Parisiens ont réalisé un test de dépistage VIH dans les 12 mois. Ces hommes ont en médiane 10 partenaires masculins dans l'année.

Pour ce qui concerne l'occurrence d'au moins un rapport anal non protégé avec un partenaire de statut différent ou inconnu dans les 12 mois (37 %), il n'est pas constaté de différence selon le lieu de résidence. Les observations selon les statuts VIH ne diffèrent pas de manière significative selon la région. Pour Paris, 60 % des hommes séropositifs ont eu un rapport anal non protégé.

En dépit d'une offre de dépistage beaucoup plus accessible grâce à la multiplicité des lieux de dépistage (rappelons qu'en 2011 toutefois les sites communautaires n'existaient pas encore ou débutaient), le niveau du dépistage dans les 12 derniers mois ne diffère pas de celui des autres départements. Dans les données les plus récentes on ne note pas d'augmentation significative des cas diagnostiqués en période d'infection récente.

Ainsi malgré la disponibilité à Paris, d'une présence associative forte, de services de soins et de prévention fortement engagés, des incitations au dépistage et l'initiation du traitement ARV dès le diagnostic, la situation ne s'est pas améliorée.

#### **I Un large consensus pour changer**

Jusqu'à récemment et la confirmation de son efficacité, la PreP a suscité de fortes réticences tant des professionnels de santé que dans la communauté gay avec de multiples arguments: mise en cause du caractère éthique de l'essai ANRS-Ipergay, interrogations sur l'efficacité de la PreP dans la vraie vie en dehors des essais, risque de dévalorisation du modèle de prévention par le préservatif, crainte d'une accélération de la hausse des IST et de l'hépatite C, désresponsabilisation des individus, médicalisation de la sexualité, emprise de l'industrie pharmaceutique, coût élevé, etc.

Après les résultats de l'essai Iprex en 2010 qui avait montré une efficacité modérée en population mais laissaient supposer une efficacité élevée avec une bonne observance, les essais PROUD et ANRS-IPergay réalisés respectivement à Londres et en France et au Canada, ont montré une très forte efficacité (86 %) dans des conditions d'exposition très voisines et avec des schémas d'étude différents<sup>43</sup>. Ces résultats et les appels de leaders de la communauté scientifique<sup>44</sup> ont fait évoluer l'opinion et les institutions en faveur de la PreP. Ceci se traduit à l'international par des recommandations de l'OMS (septembre 2015), de la Société Européenne sur le VIH (EACS en octobre 2015) après celles du centre européen de contrôle des maladies (ECDC) pour les HSH dès avril 2015<sup>45</sup>. La France est le premier pays européen à inscrire grâce à la RTU la PreP dans son offre préventive de façon accessible à tous : recommandations du groupe d'experts définissant les conditions d'éligibilité, de prescription et de suivi (9 octobre 2015), décision d'une RTU par l'Agence Nationale de sécurité du médicament (ANSM, 29 octobre 2015), décision de la ministre Marisol Touraine (23 novembre 2015), vote favorable de l'InterLGBT<sup>46</sup> (novembre 2015) et *in fine* mise à disposition effective de la PreP début janvier 2016<sup>47</sup>. S'il existe un large consensus pour introduire la PreP en France, son étendue reste sujette à des attitudes variées allant d'un très large optimisme à des attitudes plus modérées, attitudes similaires à celles qui se sont manifestées dans le passé pour modérer « l'optimisme thérapeutique » envers les trithérapies (1996)<sup>48</sup> ou lors de la mise à disposition du TPE pour les expositions sexuelles (1998). Cette méfiance s'est aussi exprimée au sein du comité parisien des 3x90 de façon minoritaire mais significative : dévalorisation possible des usagers de préservatifs, confiance excessive dans un nouveau « *magic bullet* », prédiction d'une explosion des IST, ciblage de la PreP sur les seuls plus exposés, réduction de la PreP à un outil pour faire face à l'échec avec le préservatif, occultation du mal-être des HSH lié à l'homophobie et impactant la vie sexuelle.

### I Une homophobie qui résiste malgré les progrès de la société et du droit

La reconnaissance par le droit de l'égalité des personnes quelle que soit leur orientation sexuelle, la sanction des discriminations qui seraient fondées sur celle-ci sont un indéniable progrès qui reste à parachever. Les attitudes de la population générale vis-à-vis de l'homosexualité ont progressé mais un homme jeune sur cinq continuait à penser en 2006 que l'homosexualité était une sexualité contre nature, deux fois moins parmi les femmes<sup>49</sup>. Les populations LGBT ont été heurtées par les attitudes homophobes qui se sont exprimées pendant le débat parlementaire sur le mariage entre personnes du même sexe, relayées par des partis politiques puissants. La communauté LGBT subit encore fortement cette homophobie<sup>50</sup> et la pression à l'hétérosexualité. Ces pressions s'exercent dès l'adolescence dans l'école et la famille et sont parmi les causes de la sur-suicidalité des populations LGBT, notamment des jeunes<sup>51</sup>. La poursuite du combat mené à Paris pour parachever l'inclusion des populations LGBT est donc partie intégrante d'un programme de santé sexuelle et de lutte contre le VIH.

<sup>43</sup> Molina JM, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I, Tremblay C, Le Gall JM, Cua E, Pasquet A, Raffi F, Pintado C, Chidiac C, Chas J, Charbonneau P, Delaugerre C, Suzan-Monti M, Loze B, Fonsart J, Peytavin G, Cheret A, Timsit J, Girard G, Lorente N, Préau M, Rooney JF, Wainberg MA, Thompson D, Rozenbaum W, Doré V, Marchand L, Simon MC, Etien N, Aboulker JP, Meyer L, Delfraissy JF; ANRS IPERGAY Study Group. N Engl J Med. 2015 Dec 3;373(23):2237-46.

McCormack S, Dunn DT, Desai M et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. Lancet. 2015 Sep 9.pii:S0140-6736(15).

<sup>44</sup> Beyrer C, Bekker LG, Pozniak A, Barré-Sinoussi F. Pre-exposure prophylaxis works--it's time to deliver. Lancet. 2015;385:1482-4.

<sup>45</sup> [http://www.who.int/hiv/pub/guidance\\_preplen/](http://www.who.int/hiv/pub/guidance_preplen/) ; [http://www.eacsociety.org/files/guidelines\\_8\\_0-english\\_web.pdf](http://www.eacsociety.org/files/guidelines_8_0-english_web.pdf) ; [http://ecdc.europa.eu/en/activities/sciadvicelayouts/forms/Review\\_DispForm.aspx](http://ecdc.europa.eu/en/activities/sciadvicelayouts/forms/Review_DispForm.aspx)

<sup>46</sup> <http://www.inter-lgbt.org/spip.php?article1345>

<sup>47</sup> <http://ansm.sante.fr/S-informer/Actualite/La-RTU-Truvada-dans-la-prophylaxie-Pre-Exposition-PreP-au-VIH-etablie-par-l-ANSM-est-effective-Point-d-Information>

<sup>48</sup> Van de Ven P, Kippax S, Knox S, Prestage G, Crawford J. HIV treatments optimism and sexual behaviour among gay men in Sydney and Melbourne. AIDS. 1999 Nov 12;13(16):2289-94. PubMed PMID: 10563714.

<sup>49</sup> Bajos N, Bozon M, Beltzer N. Enquête sur la sexualité en France: Pratiques, genre et santé, La Découverte, Paris, 2008.

<sup>50</sup> [https://www.sida-info-service.org/sites/sida/IMG/pdf/SIS\\_Obs\\_-\\_Vecu\\_orientation\\_sexuelle\\_homo\\_bi\\_2013\\_plaquette-3.pdf](https://www.sida-info-service.org/sites/sida/IMG/pdf/SIS_Obs_-_Vecu_orientation_sexuelle_homo_bi_2013_plaquette-3.pdf)

<sup>51</sup> F.Beck, JM Firdion, S.Legleye, MA Schiltz. Les minorités sexuelles face au risque suicidaire. Inpes, 2014.

## Propositions

### I Une offre de santé et de bien-être

La situation épidémiologique appelle un discours d'optimisme préventif nouveau et attractif en direction des populations gay qui s'appuie sur l'apport de la PreP, des services orientés vers la santé sexuelle et la promotion du bien-être sexuel et psychique. Sur le plan des méthodes de prévention, l'accent sera mis sur la PreP, la promotion du préservatif, le dépistage tous les trois mois, le dépistage et le soin des IST. Il ne s'agit pas d'imposer un nouveau dogme préventif mais d'offrir un véritable choix entre des moyens efficaces et accessibles<sup>52</sup>.

Les acteurs du VIH à Paris s'accordent sur la nécessité d'une approche holistique de la santé des populations LGBT avec pour axe « être heureux d'être gay » et d'avoir une sexualité sereine sans être en permanence inquiet de la contamination du VIH. Ce programme axé sur le bien-être comporterait :

- I la promotion de la vie LGBT dans sa diversité renforçant le sentiment d'appartenance et l'estime de soi ;
- I une mobilisation de la communauté gay sur la problématique de la vie psychique et de ses difficultés ;
- I la prise en charge individuelle et collective des troubles psychologiques par des professionnels, psychiatres ou psychologues, formés aux enjeux de l'homosexualité, déjà mobilisés dans les réseaux existants (ESPAS, Psygay) ou dans des centres de dépistage ou de soins (Le 190 et jusqu'à l'interruption de son financement au Kiosque) ou encore dans le cadre d'activités développées par le Centre Gay et Lesbien ;
- I une formation des acteurs associatifs et professionnels dans les services de la ville à l'accueil des HSH ;
- I le développement d'un programme de bien-être psychologique par les outils numériques.

Toutes ces dimensions sont déjà présentes à Paris dans des activités au sein des associations, par des réseaux de professionnels gay friendly, par l'Inpes qui prépare un programme sur ce champ. Il s'agit d'organiser ces mesures, de les développer, de renforcer les articulations (Défenseur des Droits, Agence Nationale de Santé publique, associations communautaires et professionnelles) et de communiquer sur ce thème en direction du public gay et HSH.

### I Une communication soutenue sur la nouvelle donne préventive

Dans un contexte de renouvellement du discours préventif, la communication est essentielle dès le début du programme. L'information circule rapidement sur la PreP, mais l'information est encore imprécise et les avis encore très divers. Il est important de diffuser une information claire sur ce qu'est la PreP et son offre à Paris en combinant les moyens de communication :

- I La formulation d'un message positif : « la prévention change, celle qui vous convient existe. Informez-vous et choisissez » ;

---

<sup>52</sup> En matière de contraception depuis plusieurs années, l'accent est mis sur les préférences et les choix dans les campagnes nationales menées par l'Inpes : <http://www.choisirscontraception.fr/>

- Une communication intensive en écho des préoccupations exprimées par les principaux intéressés, les hommes gays;
- Une information complète de la part de l'Agence Nationale de Santé Publique et des associations (SIS, AIDES, Le Kiosque, Act Up notamment);
- Des outils de communication numériques avec une large ouverture à l'interactivité (forum, chats, etc.);
- Des événements publics réguliers pour la population HSH animés par les leaders médicaux, scientifiques et associatifs;
- La promotion de ces nouveaux messages par les acteurs de terrain de la prévention (ENIPSE, AIDES, Le Kiosque) et du dépistage.

### ■ Un large programme de mise à disposition de la PreP

Le comité d'experts définit la PreP comme un outil additionnel ou complémentaire pour les personnes à haut risque d'acquisition du VIH au sein d'une stratégie de prévention diversifiée. Pour les HSH, l'indication est définie par des rapports anaux non protégés avec au moins deux partenaires en 6 mois ou plusieurs IST ou recours au TPE dans l'année, ou usage de drogue sont des indications de prescription. À Paris, ces indications concernent une large proportion des HSH sexuellement actifs - au moins dans certaines tranches de leur parcours de vie - et suggèrent donc une large diffusion de la PreP<sup>53</sup>. Celle-ci est d'autant plus nécessaire que l'incidence est forte, qu'il existe probablement un fort brassage sexuel entre générations, entre résidents de différentes régions ou pays, entre hommes de modes de vie divers. Il serait risqué de proposer une prévention dominante par le préservatif et de réserver la PreP à un « core group » limité de sujets fortement exposés. La montée en charge rapide de l'offre de PreP est donc une priorité dans les services de l'AP-HP et rapidement dans les CeGIDD et les centres de santé sexuelle. L'agenda de cette montée en charge est à mettre au point avec l'ARS, les médecins et les associations à Paris. Le projet ANRS-PREVENIR apportera les éléments clés permettant de comprendre la montée en charge et les résultats obtenus tant au niveau individuel qu'épidémiologique.

### ■ La promotion du préservatif

L'usage du préservatif a baissé en France comme ailleurs, selon l'enquête EPGL-2011 il est utilisé systématiquement par 55 % des HSH non infectés et par 22 % des hommes séropositifs avec une charge virale contrôlée et 13 % de ceux ayant une virémie détectable. Le message sur le préservatif est présent dans toutes les brochures de réduction des risques sexuels. Il est cependant l'objet d'un discours négatif plus ou moins explicite, y compris des acteurs de prévention. Sa contribution à la prévention est pourtant très forte: en Angleterre, Phillips<sup>54</sup> a estimé par une modélisation que si l'usage du préservatif s'était arrêté en 2000, l'incidence du VIH entre 2001 et 2006 aurait été multipliée par 5 (+424 %) par rapport à ce qui a été observé. La stratégie test répété et traitement immédiat sans baisse de l'utilisation du préservatif aurait réduit l'incidence par près de 3.

---

<sup>53</sup> Aux Etats-Unis, si les recommandations pour l'indication de la PreP sont appliquées, ce sont 25% des HSH, soit près de 500 000 hommes qui pourraient bénéficier de la PreP. Smith DK, Van Handel M, Wolitski RJ, Stryker JE, Hall HI, Prejean J, Koenig . Vital Signs: Estimated Percentages and Numbers of Adults with Indications for Preexposure Prophylaxis to Prevent HIV Acquisition - United States, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2015 Nov 27;64(46):1291-5. doi:10.15585/mmwr.mm6446a4.

<sup>54</sup> Phillips AN, Cambiano V, Nakagawa F, Brown AE, Lampe F, Rodger A, Miners A, Elford J, Hart G, Johnson AM, Lundgren J, Delpach 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. doi: 10.1371/journal.pone.0055312. Epub 2013 Feb 15. PubMed PMID: 23457467; PubMedCentral PMCID: PMC3574102.

Il est donc nécessaire de poursuivre la promotion du préservatif sur des bases renouvelées. Cependant il ne faut pas en attendre un impact fort sur l'inflexion de l'épidémie. Les préservatifs sont présents dans les campagnes, distribués par l'ENIPSE dans les lieux de sexe sur la base d'un achat par les exploitants et dans les CeGIDD. Le modèle standard distribué<sup>55</sup> est l'objet de plaintes qui se sont exprimées dans les réunions. Toutefois la seule façon de satisfaire les utilisateurs est l'achat de préservatifs adaptés aux besoins individuels. Le renouvellement de cette promotion pourrait se faire autour d'un message mettant en valeur la maîtrise, la sécurité et surtout l'adéquation aux besoins individuels : « il y a toujours un préservatif qui vous va ».

### **I Le dépistage tous les 3 mois**

L'épidémie est aujourd'hui principalement alimentée par les séropositivités non diagnostiquées avec une forte transmission pendant la primo-infection. Pour réduire l'incidence à 1 pour mille dans cette population, Phillips calcule pour l'Angleterre qu'il faudrait passer à 90 % de dépistage des nouvelles infections dans l'année (pour 60 % à l'heure actuelle)<sup>56</sup>. La recommandation de la HAS datant de 2009 actuellement en vigueur est de répéter le dépistage chaque année. Cette périodicité est trop longue dans une population dans laquelle le multipartenariat est fréquent (10 partenaires en médiane dans l'année à Paris) et les couples ouverts à des relations extra-conjugales (49 % des HSH en France dans l'enquête EPGL-2011). Une périodicité de 3 mois pour tous les HSH sexuellement actifs avec un recours immédiat en cas de signes de primo-infection ou une notion d'exposition certaine se sont dégagés de la discussion (cf. CR 15 décembre 2015). L'articulation lors du counselling entre dépistage et orientation vers la PreP est évidemment essentielle. La demande de PreP et sa répétition tous les 3 mois, sont aussi des occasions de dépistage du VIH notamment pour les hommes qui sont les plus exposés.

### **I S'adresser aux jeunes gays**

Au cours des réunions, les participants ont mis en avant la spécificité des modes de communication et des modes de relations des adolescents et des jeunes hommes attirés par les hommes et leur distance aux messages et canaux d'information de la communauté gay, leur sous-estimation de l'exposition. Au sein de l'interLGBT, les jeunes sont aussi peu présents. De fait, malgré plusieurs tentatives, le comité parisien des 3x90 n'a pas réussi à inclure les associations de jeunes LGBT, à l'exception du Caëlif Etudiants LGBT, fédérant les associations étudiantes d'Île-de-France. L'augmentation des nouvelles infections chez les moins de 25 ans incite à déployer vers eux une action spécifique en commençant par les étudiants au sein des universités et des écoles post-bac avec des méthodes à inventer sur les campus et sur les territoires numériques. Il s'agit de les sensibiliser à une problématique qui les concerne tout en mettant en avant les ressources nouvelles pour fabriquer les stratégies préventives qui leur conviennent. Cette démarche est déjà amorcée par le CRIPS avec l'application Tony Jeune gay (<http://www.lecrisp-idf.net/miscellaneous/tony-web-application.htm>).

---

<sup>55</sup> Les préservatifs distribués par l'ENIPSE sont en latex avec une demi-circonférence de 53/54mm (vs. 52 en standard) avec une lubrification de 550mg. Ces préservatifs acquis par la centrale d'achat font l'objet de contrôles réguliers par le LNE.

<sup>56</sup> Phillips AN(1),Cambiano V, Miners A, Lampe FC, Rodger A, Nakagawa F, Brown A, Gill ON, De Angelis D, Elford J, Hart G, Johnson AM, Lundgren JD, Collins S, Delpech V. Potential impact on HIV incidence of higher HIV testing rates and earlier antiretroviral therapy initiation in MSM. AIDS. 2015 Sep 10;29(14):1855-62. doi: 10.1097/QAD.0000000000000767.

### **I Une approche de réduction des risques du ChemSex**

En France comme dans les autres pays occidentaux<sup>57</sup>, la pratique associant la prise de produits psychoactifs et les rapports sexuels, souvent en groupe, préoccupe les médecins et les associations investies auprès des HSH. Elle facilite la baisse de vigilance, la transmission sexuelle du VIH et des IST, y compris de l'hépatite C par mise en commun de seringue ou de paille, la survenue d'abcès aux sites d'injection et peut conduire à d'authentiques addictions. La réponse à cette situation a commencé à se construire par une recherche menée par AIDES<sup>58</sup>, un embryon d'offre addictologique (par exemple : consultation addictologique au 190), des brochures de prévention (actuellement brochure en préparation au Kiosque), l'échange d'expérience avec les acteurs de terrain de la réduction des risques (RESPADD, AIDES notamment) auprès des usagers de drogue ou avec les addictologues.

Il existe donc les conditions d'une structuration d'une réponse de réduction des risques qui pourrait associer l'information des équipes de soins et des addictologues, l'élaboration de conseils préventifs, un forum de « slameurs », le renforcement de l'offre addictologique (présence d'addictologues dans certains centres et orientation vers les services d'addictologie préparés à accueillir ces situations).

### **I Des services dédiés à la santé sexuelle des HSH**

Les besoins des HSH en matière de santé sexuelle sont spécifiques (être compris dans les situations ou questions exprimées, ne pas être jugé, être correctement examiné, être correctement dépisté pour les IST, être conseillé quant aux situations sexuelles vécues, être efficacement soigné). En ce sens, le principe d'universalisme du soin ne peut pas être opposé à la spécificité des compétences nécessaires à la réponse aux besoins des HSH. Un tel argument conduit à dénier la nécessité de services orientés vers le public HSH, le plus exposé à l'infection VIH. Les services dédiés doivent être soutenus financièrement à la hauteur des besoins et des services proposés qui associent soin et prévention.

---

<sup>57</sup> Understanding Chemsex. Terence Higgins Trust. <http://www.tht.org.uk/~lmedia/950B2C16283E41DEAE5B464F0090FE76.pdf>

<sup>58</sup> <http://www.aides.org/lactu/evenement/slam-premiere-enquete-qualitative-en-france-1873>

## Les migrants d'Afrique sub-saharienne et d'autres régions du monde

L'épidémie chez les migrants, concerne Paris, le département de Seine-Saint-Denis et diverses aires plus dispersées en Île-de-France (cf. la carte des ALD). Les enjeux et les propositions présentés ici ont donc vocation à être mis en commun avec les acteurs de la région.

### I Diversité des situations et vulnérabilité

Les cas acquis par transmission hétérosexuelle chez des personnes nées à l'étranger représentent 38 % des nouvelles découvertes de séropositivité déclarées à Paris avec une légère domination des cas féminins (263 vs 238 de cas masculins en 2014). L'Île-de-France et Paris ont connu une baisse pendant plusieurs années puis une légère augmentation en 2014. L'étude ANRS-Parcours parmi les immigrés d'Afrique sub-saharienne a estimé qu'une partie importante de ces infections était acquise en France (49 % chez les hommes et 35 % chez les femmes) et que les conditions de vie difficiles, notamment l'absence de logement pendant les années suivant l'immigration étaient associées indirectement à l'acquisition du VIH<sup>59</sup>. Des données encore non publiées de la même étude indiquent qu'une bonne partie des infections acquises avant la migration était diagnostiquée rapidement notamment par les services de soins ouverts aux plus précaires (comme le COMEDE, les CASO de Médecins du Monde ou encore les PASS ou les permanences médico-sociales des centres de santé de la Ville) ou à l'occasion d'une hospitalisation pour les hommes ou d'une grossesse pour les femmes. En revanche, une partie des infections étaient diagnostiquées avec retard faute de répétition du dépistage ou de difficultés d'accès, notamment en banlieue en raison de la moindre densité de l'offre médicale<sup>60</sup>. Le retard au dépistage se traduit par une surmortalité et a des effets persistants - mais limités - sur la réponse thérapeutique<sup>61</sup> et contribue à la persistance de l'épidémie, et ce d'autant que les réseaux sexuels sont en grande partie à l'intérieur des communautés<sup>62</sup>.

La situation sociale des personnes migrantes séropositives d'Afrique sub-saharienne est beaucoup plus difficile que celle des autres personnes vivant avec le VIH en France sur le plan économique, relationnel et professionnel. Cette différence est attribuable principalement aux lourdes conséquences de politiques restrictives envers les étrangers en France<sup>63</sup>. L'impossibilité *de facto* pour les personnes séropositives sous le régime du séjour des étrangers malades de passer à un statut de résident ancre les personnes dans une situation de précarité et obère leur intégration professionnelle et économique.

<sup>59</sup> Desgrées-du-Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Supervie V, PanjoH, 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). doi:10.2807/1560-7917.ES.2015.20.46.30065. PubMed PMID: 26607135. Desgrées-du-Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Le Guen M, Gosselin A, Panjo H, Bajos N, Lydie N, Lert F, Dray-Spira R; 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. [Epubahead of print] PubMed PMID: 26558722.

<sup>60</sup> Massari V, Lapostolle A, Gruposso MC, Dray-Spira R, Costagliola D, Chauvin P. Which adults in the Paris Metropolitan area have never been tested for HIV? A 2010 multilevel, cross-sectional, population-based study. BMC Infect Dis. 2015 Jul 22;15:278. doi: 10.1186/s12879-015-1006-9. PubMed PMID: 26198690; PubMed Central PMCID: PMC4509770.

<sup>61</sup> Mocroft A, Lundgren JD, Sabin ML, and Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE) study in EuroCoord. Risk factors and outcomes for late presentation for HIV-positive persons in Europe: results from the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe Study (COHERE). PLoS Med. 2013;10(9):e1001510. doi: 10.1371/journal.pmed.1001510. Epub 2013 Sep

<sup>62</sup> Marsicano E, Lydié N, Bajos N. 'Migrants from over there' or 'racial minority here'? Sexual networks and prevention practices among sub-Saharan African migrants in France. Cult Health Sex. 2013;15(7):819-35. doi: 10.1080/13691058.2013.785024. Epub 2013 May 10

<sup>63</sup> A. Gosselin, A. Desgrées du Loû, É Lelièvre, F Lert, R. Dray-Spira, N Lydié for the PARCOURS Study Group. Understanding sub-saharan migrant settlement in France through a capability approach: evidence from a life-event history survey. Ceped, Working papers, dec 2015.

### **I Inquiétude sur les droits réels des étrangers dans un contexte de crise de la société française**

L'immigration est au centre des débats politiques depuis plusieurs années en France comme dans le reste de l'Union Européenne et les droits des étrangers vis-à-vis du séjour en France et de l'accès à la santé sont contestés par de larges franges de l'échiquier politique. Sont mis en cause l'admission au séjour des étrangers malades (1998) et l'AME créée par la loi Aubry en même temps que la CMU en 1999. Une nouvelle révision de ces dispositions dans un sens restrictif est en cours d'adoption au Parlement et inquiète les acteurs intervenant auprès des étrangers.

Enfin les associations coordonnées dans l'Observatoire des malades étrangers ont objectivé à Paris des pratiques administratives non conformes à la réglementation<sup>64</sup> (cf. Document rédigé par N. Derche, ARCAT, en annexe joint au CR du 22 septembre).

#### **Pratiques non conformes à la réglementation**

##### **I Refus d'enregistrer une demande de titre de séjour pour soins pour toute personne ayant une demande d'asile en cours.**

Cette pratique n'est pas conforme à la loi qui n'empêche pas d'instruire plusieurs demandes de régularisation simultanément pour des motifs distincts.

##### **I Exigence d'un an de résidence habituelle en France**

La condition de résidence habituelle n'est pas une obligation légale pour demander un titre de séjour pour raison médicale : l'article R. 313-22 du Ceseda précise que : « *l'étranger [...] qui ne remplirait pas la condition de résidence habituelle peut recevoir une autorisation provisoire de séjour renouvelable pendant la durée du traitement* ».

Toutefois à Paris, un délai de résidence d'un an est exigé et conditionne le dépôt de la demande. Cette pratique est une entrave à l'enregistrement d'une première demande de titre séjour pour raison de santé, et maintient pendant plus d'un an les personnes dans une situation de grande précarité, délétère pour leur état de santé et leur inscription dans un parcours de soin.

##### **I Exigence abusive de pièces justificatives**

L'article R 313-1 du Ceseda, fixant la liste des pièces à fournir lors du dépôt de la demande, énonce qu'il est nécessaire « de fournir les indications relatives à son état civil » et ne vise pas spécifiquement le passeport en tant que seul document susceptible d'établir l'identité du requérant. Cette disposition a pourtant été rappelée par l'instruction interministérielle santé – intérieur du 10 mars 2014.

##### **I Exigences de documents médicaux non prévus pouvant mettre mal le secret médical**

La préfecture de police de Paris exige depuis 2014 pour le dépôt de la demande un certificat médical non descriptif émanant d'un praticien hospitalier ou d'un médecin agréé. Outre que cette pièce n'est pas prévue par la procédure, cette pratique est susceptible de violer le secret médical, l'en-tête du certificat pouvant renseigner indirectement sur la pathologie.

---

<sup>64</sup> <http://www.aides.org/actulle-3eme-rapport-de-l-observatoire-malades-etrangeurs-de-aides-sur-le-droit-au-sejour-pour-soins->



De même, pour établir les preuves de résidence, les préfectures d'Île-de-France exigent une preuve de résidence par mois, les preuves de rendez-vous médicaux étant particulièrement appréciées.

### **I Discrimination des étrangers malade pour l'accès à la carte de résident (valable 10 ans)**

Alors que la loi ne prévoit pas de distinguer les demandeurs d'une carte de résident selon la nature de leur droit au séjour (santé ou autre), dans la pratique, il existe de nombreuses restrictions susceptibles par les étrangers titulaires d'une carte de séjour pour raisons médicales. Couplées au pouvoir discrétionnaire du préfet, elles rendent très difficile l'accès à une carte de résident pour cette population.

Il existe donc dans le cadre de la réglementation en vigueur et des recommandations concernant le dépistage et les soins de larges marges à gagner sur le terrain du VIH par une stratégie plus efficace.

## **Propositions**

L'enjeu est de mettre à disposition des populations d'Afrique sub-saharienne les moyens de la prévention combinée c'est-à-dire d'agir sur leurs conditions de vie, d'amener ces moyens aux individus et aux populations et d'en assurer la disponibilité réelle.

### **I La lutte contre la précarité par une attention à l'application du droit des étrangers et à l'accès aux soins**

Les acteurs de terrain souhaitent que la Ville pèse de tout son poids en faveur du maintien des droits au séjour et aux soins des populations étrangères et veille auprès de la préfecture de Paris au strict respect des procédures réglementaires déjà lourdes et coûteuses (notamment droit de visa de 340 € souvent payé par les associations à des personnes totalement démunies).

À Paris, dans le cadre du Pacte parisien<sup>65</sup>, la CPAM s'est engagée à traiter les demandes d'AME dans un délai de 30 jours.

### **I L'appui à la médiation sanitaire avec les associations VIH**

L'apport des moyens préventifs au sein des communautés africaines repose sur la mobilisation par les associations VIH, notamment AIDES et Afrique Avenir à Paris, des associations ou acteurs qui animent la vie communautaire des populations migrantes (événements festifs, associations des pays et régions d'origine, etc.). C'est donc le renforcement de ces associations qui est essentiel avec un volet de médiation sanitaire pérennisée.

### **I La prévention combinée: Effet préventif du traitement, dépistage et PreP**

Le traitement des personnes séropositives peut jouer un rôle préventif beaucoup plus important qu'actuellement au sein de ces populations qui arrivent plus tard au diagnostic. Le dépistage est un levier majeur pour réduire l'incidence dans cette population. Le dépistage doit atteindre les personnes nouvellement immigrées mais aussi être répété de façon régulière, avec une attention particulière aux hommes qui fréquentent moins que les femmes le système de santé. C'est donc la combinaison du rôle des médecins de première ligne (y compris les PASS) et d'un dépistage en *outreach* amené de façon réfléchi au sein des communautés.

---

<sup>65</sup> <http://www.paris.fr/actualites/lutte-contre-la-grande-exclusion-le-pacte-parisien-adopte-au-conseil-de-paris-2012>

La PreP est recommandée dans les populations hétérosexuelles sur une base individuelle. Les femmes migrantes qui arrivent en France de plus en plus seules sont particulièrement vulnérables dans les années de précarité administrative où elles n'ont pas toujours les ressources d'imposer l'utilisation du préservatif à leurs partenaires. La PreP peut donc leur être utile en leur permettant de se protéger quelle que soit l'attitude de leur partenaire. Elle a aussi sa place pour les couples sérodifférents tant que l'efficacité virologique du traitement n'est pas obtenue. Elle doit pouvoir leur être offerte par les services spécialisés et les CeGIDD.

L'information sur cette nouvelle donne préventive (effet préventif du traitement, TPE, diversité des moyens de dépistage, PreP) par l'Agence Nationale de Santé Publique qui propose de nombreux outils de communication doit être renouvelée tant vers les populations elles-mêmes, mais aussi vers les associations et les acteurs sociaux et médicaux généralistes.

### I Une offre de santé sexuelle dédiée

Les besoins en matière de VIH relèvent aussi envers cette population d'une offre de santé sexuelle associant les dépistages (VIH, hépatites, etc.), les vaccinations, la contraception, le suivi des grossesses, les préoccupations vis-à-vis de la stérilité, l'approche du couple, la prévention du VIH incluant la PreP, la prévention et la réparation des mutilations génitales féminines<sup>66</sup>. Une telle offre pourrait être pensée dans le cadre d'un CeGIDD comme l'autorise le décret du 1<sup>er</sup> juillet 2015<sup>67</sup>. Elle pourrait constituer aussi un lieu de formation pour les professionnels de santé et de recherche en prévention.

## Les personnes Trans

La diversité des parcours personnels de la transsexualité et de définition de soi amène à parler de « Personnes Trans » plutôt que de populations transgenre: « la transsexualité est un puzzle d'expériences »<sup>68</sup>.

### I Invisibilité, inégalité, discrimination

Les personnes Trans ne sont pas vraiment comptées en France (une fourchette de 1 pour 50 000 à 1 pour 10 000 était donnée par la HAS en 2010)<sup>69</sup>. Dans les enquêtes générales, elles sont quasiment absentes et même dans des enquêtes portant sur la sexualité ou les minorités sexuelles, leur effectif est trop faible pour mener des analyses statistiques spécifiques. Les enquêtes dédiées aux Trans par le biais d'Internet ou des médecins spécialistes ou par les associations peuvent cependant recruter des échantillons non négligeables. Cette « inexistence » démographique ajoutée à l'incompréhension et au stigmate associés à la transsexualité entretient une invisibilité des personnes transgenres de la scène politique. Celle-ci a pour corollaire l'inégalité sociale, l'inégalité dans la santé et l'absence de prise en compte de la voix des personnes Trans. C'est pourquoi il existe de nombreuses revendications fortes pour la prise en compte de la transidentité.

Les personnes Trans sont organisées en associations (OUtrans, Acceptess-T, PaSST et en collectifs associatifs notamment Existrans et Santé Trans+) Leur action porte sur la question du droit, de la médecine et de la santé et du travail sexuel. L'expérience d'actes transphobes (discrimination, insultes, violences) concerne 85 % des personnes Trans<sup>70</sup>.

---

<sup>66</sup> A. Andro et M Lescingland. Les mutilations sexuelles féminines. Le point sur la situation en Afrique et en France, Populations et Société, 2007, N°438.

<sup>67</sup> Décret du 1er juillet 2015. Art. D. 3121-23 al 1 La situation épidémiologique au regard des virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles, ainsi que les besoins de santé des populations, notamment celles les plus concernées, appréciés au niveau régional ;

<sup>68</sup> A. Alessandrin et K. Espineira. La transphobie. Comité IDAHO et République et Diversité, 2014.

<sup>69</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_894315/fr/situation-actuelle-et-perspectives-d-evolution-de-la-prise-en-charge-medicale-du-transsexualisme-en-france](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_894315/fr/situation-actuelle-et-perspectives-d-evolution-de-la-prise-en-charge-medicale-du-transsexualisme-en-france)

<sup>70</sup> Op.cit.

Dans le domaine de la santé, les collectifs Trans ont une plate-forme de revendications qui couvrent notamment la contestation de la psychiatrisation, les pratiques médicales et surtout les parcours imposés pour les modifications corporelles qui ne se résument pas à la chirurgie de réassignation sexuelle.

### I Besoins de santé et infection VIH

La problématique VIH n'est pas centrale dans l'expérience des personnes Trans. Elle constitue cependant un levier de changement de la transsexualité tant sur la question des droits que de la santé grâce aux connexions avec les associations communautaires du champ VIH. Les actions communautaires permettent de soutenir les personnes Trans les plus précarisées, notamment les étrangères travailleuses du sexe et progressivement d'élargir le champ à d'autres situations sociales. D'autres associations comme Pasaje Latino (ARCAT) et des services hospitaliers (Ambroise Paré et Bichat) interviennent pour l'accompagnement et le soin. En 2011, la modalité transgenre a été ajoutée dans le formulaire de DO de séropositivité et 20 cas ont été déclarés comme tels en 2012, cependant les épidémiologistes de l'InVS considèrent qu'il s'agit d'un nombre sous-estimé<sup>71</sup>. Dans les enquêtes, la prévalence du VIH est élevée parmi les femmes Trans travailleuses du sexe<sup>72</sup>. En matière de VIH, les personnes Trans ont été souvent englobées dans une large problématique LGBT alors que les besoins de santé et de prévention sont particuliers.

---

<sup>71</sup> Le nombre des personnes concernées par la transsexualité n'est pas compté en France et aucune démarche n'est faite en ce sens à la différence d'autres pays. En Grande-Bretagne, pour disposer d'une information de base pour le suivi des inégalités liées à l'orientation sexuelle, l'Office of National Statistics a réalisé une étude auprès d'un échantillon national de 180 000 personnes sur l'orientation sexuelle qui dénombre les identités sexuelles déclarées (gay/lesbian, heterosexual, other, no answer) mais ne décompte pas les personnes Trans. Le dénombrement des personnes Trans a donné lieu à une prise de position sur les outils d'enquête pour caractériser selon des catégories appropriées toutes les personnes qui ne se reconnaissent pas dans leur sexe de naissance (sexual variant). <http://www.ons.gov.uk/lons/rell/integrated-household-survey/integrated-household-survey/january-to-december-2012/info-sexual-identity.html>

De telles démarches démographiques existent dans d'autres pays, notamment aux Etats-Unis et dans certains autres pays européens. A notre connaissance, une telle démarche n'existe pas au sein du CNIS (Conseil National de l'Information Statistique) ou de l'Insee et n'est pas revendiquée par les associations communautaires.

<sup>72</sup> Étude auprès de 381 personnes réalisée en 2010 par A. Giami, E. Beaubatie et J. Le Bail. Publiée dans le BEH : [http://aihus.eu/prod/data/publications/transsexualisme/BEH\\_42\\_2011.pdf](http://aihus.eu/prod/data/publications/transsexualisme/BEH_42_2011.pdf), Plus récemment, Santos A, Freire-MarescaPlenel E et al. Acceptabilité du dépistage rapide dans la population des travailleuses du sexe transgenres. Premiers résultats de l'expérimentation CUBE au Pasaje Latino, SFLS, octobre 2015.

Extrait du texte adressé au comité parisien des 3x90 par Acceptess-T (voir texte complet en annexe)

# ACCEPTESS-T

## Recommandations relatives aux personnes transgenres

[90-90-90: Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida]

- › **Renforcer la voix des personnes transgenres dans la politique locale de lutte contre le VIH (Ville de Paris)**
- › **Contactier directement (*outreach*), soutenir et accompagner les femmes transgenres qui sont les plus exposées, ou vivant déjà avec le VIH – ex: primo-arrivantes; débuts de transition de genre, etc.**
- › **Promouvoir les approches de proximité, les projets pairs-à-pairs, et le travail de médiation culturelle**
- › **Développer la formation médicosociale sur la diversité des parcours de transidentité et les spécificités liés au VIH et à la santé trans**
- › **Prendre en compte la santé globale et l'environnement local (affectif, social, économique, etc.) des femmes transgenres, et celles de publics émergents comme les hommes trans, notamment HSH**
- › **Agir sur les facteurs de risques sociétaux associés à la migration, au travail sexuel et à la transidentité (transphobie)**

## Propositions

Les propositions s'organisent autour de trois axes:

- **Visibilité et lutte pour l'inclusion en lien avec les services du Défenseur des droits**
  - **Communication donnant de la visibilité à la transsidentité et aux personnes Trans et soutien aux mesures favorisant la reconnaissance de la transsidentité**
- **Inclusion dans la démarche de diagnostic, de label et de formation des personnels d'accueil des services de santé de la ville à l'accueil respectueux des personnes Trans (par exemple: utilisation des civilité et nom d'usage déclarés par la personne et non ceux des documents administratifs)**
- **Offre de santé sexuelle**

La santé sexuelle des personnes Trans comporte tous les moyens de la prévention combinée, concernant notamment le dépistage, la PreP et le dépistage des IST. Elle nécessite également la définition d'une palette particulière des moyens de prévention propres aux pratiques sexuelles des personnes Trans, palette qui reste à définir de façon plus précise. Concernant la PreP, les résultats pour les personnes Trans demandent à être encore consolidés car dans les études menées en Europe, les personnes Trans incluses dans les études ne sont pas analysées à part, sans doute

pour des raisons d'effectifs. Au sein de l'étude Iprex, la PreP n'est pas trouvée efficace parmi les personnes Trans (14 % des participants) mais en raison d'une observance très basse à la prise de Truvada<sup>73</sup>. L'éligibilité des personnes Trans à la PreP figure dans les recommandations françaises. La montée en charge de la PreP dans le cadre du projet ANRS et de la cohorte de suivi permettra de recueillir des informations supplémentaires sur l'adhérence dans le cadre d'un réel accompagnement et des interactions entre l'ARV et les hormones prescrites pour la transition de genre.

La problématique de l'accessibilité aux services de santé est clé pour les personnes Trans. Des réseaux de soins informels se sont constitués et doivent être renforcés (activité menée par les COREVIH Nord et Ouest). C'est pourquoi, le programme comportera d'une part, des lieux communautaires offrant des espaces de convivialité, des aides à l'accès aux droits et d'accès à la prévention incluant les partenaires des personnes Trans, d'autre part la médiation sociale sur une base pérenne comme élément clé de l'accès aux droits et à la santé.

## Les travailleuses/rs du sexe

L'exercice du travail sexuel est diversifié en Île-de-France. Il est caractérisé par les aires isolées de prostitution hors de Paris, la place croissante d'Internet, les salons de massage et en termes démographiques, par le fait que beaucoup de personnes sont étrangères, souvent non régulières et avec peu de pratique du français. Ces populations ont aussi une forte mobilité (mobilité entre territoires de prostitution, aller-retour vers le pays d'origine). Les associations au contact des plus précaires observent une montée de l'intolérance du voisinage envers la prostitution, une montée des violences de tous ordres (rapports sans préservatif contraints, viols, violences physiques, séquestrations etc.), l'extorsion financière pour le logement ou les papiers et l'absence de réponse judiciaire à ces violences. Quelques associations travaillent auprès de cette population, Médecins du Monde (Lotus Bus), Les Amis du Bus des Femmes, ARCAT (PasaJe Latino), notamment avec des bus y compris hors Paris et agissent sur la santé et l'accès au droit.

Dans ce contexte, le VIH n'est qu'une facette des besoins de santé qui sont pris en charge au premier niveau par les associations et grâce à des liens privilégiés avec quelques PASS hospitalières et quelques services hospitaliers. L'accompagnement dans les démarches notamment dans les services administratifs et de santé est une composante importante de l'activité, en raison des pratiques discriminatoires auxquelles ces personnes sont en butte.

## Propositions

Un programme vers les travailleurs/ses du sexe reste indispensable à Paris. Les besoins en termes d'information et d'accès aux dépistages et aux soins concernent autant la santé sexuelle (gynécologie, dépistage des IST et du VIH) que la santé générale. Ils requièrent des approches spécifiques notamment des consultations médicales dans les dispositifs hors les murs, et des dispositifs nouveaux comme l'autoprélèvement pour le dépistage des chlamydiae et des gonocoques et l'équipement en analyseur en temps réel pour ces IST envisagé à l'Hôtel-Dieu.

Le soutien aux associations intervenant auprès des travailleurs/ses du sexe doit être poursuivi autour de ces activités et notamment :

- la production d'outils communautaires (ex: Hustlers, guide conçu au sein des Amis du Bus des femmes) prenant en compte les diverses formes d'exercice du travail sexuel, y compris pour atteindre les personnes exerçant via Internet

---

<sup>73</sup> Deutsch MB(1), Glidden DV(2), Sevelius J(2), Keatley J(2), McMahan V(3), Guanira J(4), Kallas EG(5), Chariyalertsak S(6), Grant RM(7); iPrExinvestigators. HIV pre-exposure prophylaxis in transgender women: a subgroup analysis of the PrEx trial. *Lancet HIV*. 2015 Dec;2(12):e512-9. doi: 0.1016/S2352-3018(15)00206-4. Epub 2015 Nov 6.

- la médiation sanitaire par des personnes issues des communautés, l'interprétariat professionnel
- la création et le renforcement de réseaux pour les soins
- la desserte des lieux de travail sexuel hors Paris
- le renforcement des partenariats santé, administratif et juridique
- la formation des personnels des services de santé les plus susceptibles d'être au contact des travailleurs/ses du sexe.

## La mise en œuvre

La ville définira son programme dans les prochaines semaines. Ce programme devra être dynamique pour intégrer les données scientifiques et épidémiologiques à mesure de leur publication, les indicateurs qui rendront compte de la réalité de sa mise en œuvre et de son impact et les retours des acteurs de terrain qui témoigneront des réactions et des attentes des différents publics.

La ville assurera un leadership politique et une cohérence d'ensemble mais c'est avec l'état, le ministère de la santé, l'ARS, l'Assurance-maladie, l'Agence Nationale de Santé Publique que le déploiement et le financement du programme devront être mis sur pied dans une concertation resserrée et continue.

## Des instruments de suivi

L'infection VIH est un champ de la santé très bien documenté et permettra de définir un tableau de bord détaillé du déploiement du programme et de ses effets. Les données recueillies par des systèmes divers (surveillance épidémiologique et comportementale, travaux de recherche) auxquels peut s'ajouter l'exploitation du SNIIRAM (cf. CR de la réunion du 3 décembre). Des enquêtes simplifiées auprès des deux populations très exposées et à périodicité resserrée devront être mises en place pour mesurer l'impact en population du changement de paradigme de la prévention. Les programmes de recherche engagés par l'ANRS apporteront aussi des données sur les résultats des actions nouvelles et les processus qui les expliquent.

## Un comité stratégique, un forum et un coordinateur

La démarche collective et partenariale sera concrétisée par un comité stratégique de dix à quinze personnes correspondant aux divers secteurs concernés par le programme qui suivra l'exécution du programme de façon resserrée et par un forum annuel à l'image des acteurs qui ont participé au comité parisien des 3x90.

À ce stade et une fois les propositions retenues, un intense travail de construction détaillée des programmes avec leurs porteurs devra être entrepris sur des champs très divers nécessitant l'engagement par la ville d'un/e chargé /e de mission qui coordonne et stimule la mise en œuvre, la concertation et l'enracinement communautaire.

## Un agenda et des tâches urgentes

La situation épidémiologique impose un démarrage rapide de ce programme. Les mesures retenues devront être mises en œuvre sans attendre pour celles qui peuvent l'être et en parallèle avant la fin du premier semestre 2016 un agenda précis pour les 4 années qui séparent de 2020 pour les mesures nouvelles qui nécessitent des collaborations interinstitutionnelles nouvelles ou la construction de programmes plus détaillés. L'opérationnalité complète des mesures retenues devra être en place au plus tard le 1<sup>er</sup> septembre 2016.

Dans l'immédiat, les tâches urgentes sont la mise en place d'un comité en charge de la construction d'une stratégie de communication sur les options retenues et en particulier la PreP et le dépistage, la concertation avec l'AP-HP pour donner aux services les moyens d'une montée en charge rapide de la PreP à Paris, la définition d'un programme de dépistage vers les publics les plus exposés, dans les sites les plus concernés et utilisant tous les dispositifs, enfin la préparation des CeGIDD à une réelle offre de santé sexuelle.

## Une fondation public privé

Le programme proposé nécessite un financement augmenté dans une période de contraintes budgétaires pour les services de l'État, l'assurance maladie, les collectivités territoriales et de baisse de la collecte caritative. Le financement du programme parisien repose sur le financement des soins par l'assurance maladie, le FIR pour les services de prévention et de dépistage, l'action sociale, les financements de la Ville et de la région. Le déploiement du programme nécessitera des fonds supplémentaires. C'est pourquoi la ville étudiera la faisabilité de la mise en place d'une fondation public-privé.

Création graphique/mise en page :  
Laurent-Xavier Arnaud/Anne Catrou/Chantal Martinie  
Mairie de Paris  
DASES Mission communication  
8.16.G.S.IP.DA - février 2016  
Impression : Mairie de Paris DVD





**Vers Paris  
sans SIDA**