

LIVRE BLANC

DU COREVIH GRAND EST

2023

Oeuvre collective des membres du COREVIH Grand Est

Préambule

Ce livre blanc, fruit d'une réflexion collective et d'une élaboration concertée, a été coordonné par :

Christian Verger, Vice-président, co-auteur,

Avec le comité d'écriture-relecture, composé de :

- Marie-Odile Brass, personne qualifiée et membre du Bureau du COREVIH
- Dr Sarah Obergfell, référente médicale du COREVIH Grand Est
- Aline Waring, infirmière en CeGIDD
- Marine Picard, chargée de mission du dispositif carcéral du COREVIH GE
- Jacques Schuurman, Directeur de SOS hépatites Champagne Ardenne et membre du Bureau du COREVIH
- Michel Bonnefoy, Président de l'Observatoire Européen de la Santé Transfrontalière (OEST) – Directeur Honoraire ORS Grand Est

Et avec l'ensemble des acteurs et membres du COREVIH ayant contribué aux réflexions, au décours :

- **de la plénière du COREVIH de janvier 2023,**
- **du séminaire de travail du Bureau,**
- **des contributions écrites,**
- **des participations aux réunions thématiques en visioconférence en avril 2023 :**

BISCH Michaël, Médecin, Responsable du Dpt Addictologie, CPN Laxou • BONNEFOY Michel, Président Observatoire Européen de la Santé Transfrontalière • BOUFERGUENE Martine, Chargée de projets, SOS Hépatites Alsace Lorraine • BRASS Marie Odile, Représentante du Collège 4, Bureau du COREVIH GE • CERABONA Maud, Cheffe de service, Association Addictions France • CHAVANNE OLIVEIRA Caroline, Chargée de mission santé publique, Pôle Santé Ville de Nancy • DAOUD Mehdi, Coordinateur Champ Ardennes, AIDES GE • DECKER Aurélie, Sage-femme coordinatrice PMI, Conseil départemental 54 • DELABAYS Fabienne, Assistante de coordination, COREVIH GE • DELESTAN Mikael, Data Base Manager COREVIH, CHRU Nancy • DEL FABRO Verginio, Médecin, CeGIDD Metz • FEVRE Lydie, Technicienne d'Etudes Cliniques COREVIH, CH de TROYES • FISCHER Patricia, Technicienne d'Etudes Cliniques COREVIH, CHRU Strasbourg • FISCHMEISTER Marie, Coordinatrice Lorraine, AIDES GE • GIULIANO Yann, Animateur d'actions, AIDES GE • GRANDIN Marie-Pierre, Technicienne d'Etudes Cliniques COREVIH, CHRU Nancy/CH Epinal • HUGOT-JEANNARD Aurélie, Cadre de santé, CeGIDD Centre Hospitalier de Troyes • JAGOU Cécilia, Chargée de projets santé, Ville de Strasbourg • KMIEC Isabelle, Technicienne d'Etudes Cliniques COREVIH, CHU Reims • KLEIN SCHEIDT Florence, Responsable Accompagnement qualité, ARSEA GALA • KOWALCZYK Jakub, Médecin, CeGIDD GHRMSA Mulhouse • LAURENT Valérie, Assistante Sociale, Le Trait d'Union CHRU Strasbourg • L'HÔTE Sandra, Directrice, CSAPA CAARUD La Croisée AVSEA •

MALFRAIT Philippe, Responsable régional AIDES GE, Président COREVIH GE • MAUDRY Lise, Animatrice d'actions, AIDES GE • MISBACH Anne, Coordinatrice, COREVIH GE • MOREAU Camille, Chargée de mission, ORS Grand Est • OBERGFELL Sarah, Médecin, Référente médicale, COREVIH GE • PALLAS Jérôme, Directeur, CAARUD 52 • PITTINI Virginie, Infirmière, CeGIDD CHR Metz-Thionville • RADENNE Roxane, Cadre de santé, CHVSM USMP St Mihiel et Montmedy • ROMAIN Aurore, Chargée de projets, Médecins du Monde Nancy • ROBERT Céline, Médecin, Service d'infectiologie CHR Metz-Thionville • ROMARY Laurence, Animatrice d'actions, AIDES GE • SABOURIN Géraldine, Animatrice d'actions, AIDES GE • SCHURMAN Jacques, Directeur, SOS Hépatites Champagne Ardenne • TONYE Herax, Animateur d'actions, AIDES GE • VERGER Christian, Vice-Président COREVIH GE, AIDES GE • WARING Aline, Infirmière, CeGIDD CH Sarrebourg • WARYNSKI Françoise, Médecin, Planning Familial 68 •

Ce livre blanc a été validé par le Bureau du COREVIH du 29 août 2023 puis délibéré et approuvé en plénière du COREVIH le 10 octobre 2023.

01. PRÉSENTATION

.....

Ce livre blanc a pour objectif de construire un pont entre le passé, le présent, et le futur de la démocratie en santé.

Comme son titre l'indique, il se veut être un « white paper » au sens premier du terme, soit un outil d'aide à la prise de décision politique.

En ce sens, il ambitionne d'être :

- un outil d'aide à la prise de décision politique pour les instances du COREVIH,
- une contribution en forme d'expertise à destination de l'ARS (Agence Régionale de Santé),
- un document à destination des COREVIH de France,
- une contribution au rapport de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) sur l'organisation des structures de prévention et de prise en charge de la santé sexuelle (1), pour la part correspondant aux COREVIH.

Il dresse un tableau factuel et documenté des réflexions actuelles du COREVIH Grand Est sur les enjeux de la lutte contre le VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) et les IST (Infections Sexuellement Transmissibles), assorti d'une mise en perspective.

Ce faisant, chaque chapitre traite des points d'état des lieux et de diagnostics partagés entre les membres, propose des pistes de travail pour l'avenir, et émet des recommandations.

Le document est composé de **6 chapitres principaux** (articulés autour de six questions fondamentales que se sont posées les membres du COREVIH Grand Est) et aboutit à la formulation de **37 recommandations.**

Ces recommandations sont destinées à éclairer les décideurs sur les missions qui pourraient être celles du futur COREVIH Grand Est, et de poser les contours des éventuelles évolutions de celui-ci pour le mandat à venir.

L'attention est cependant portée sur le fait qu'il s'agit d'un livre prospectif dont la lecture doit être complétée par celle du rapport d'activité du COREVIH, et de ses réalisations dans le cadre de son plan d'action actuel.

C'est ainsi que ce livre blanc pourra contribuer en appoint à définir les contours d'un futur plan d'action du COREVIH voire d'un éventuel CPOM.



02.MÉTHODE

02.MÉTHODE

La méthode de rédaction est communautaire, dans le sens où toutes les personnes membres du COREVIH et des CeGIDD (Centre Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic) ont été concertées et associées lors de plusieurs étapes.

Le lancement des travaux s'est fait durant une journée de réunion plénière du COREVIH le 12 janvier 2023, avec six ateliers de réflexion et de recueil de contributions. Sur cette base de travail, le bureau du COREVIH, réuni en séminaire sur une journée le 30 janvier, a également produit quelques réflexions et défini un calendrier de travail.

Un comité de rédaction et de relecture a été constitué, pour organiser les notes, les retravailler et donner corps au livre blanc.

De plus, 6 ateliers thématiques ont été organisés et se sont tenus en visio-conférence, les 20 - 27 et 28 mars 2023. La participation à ces ateliers a regroupé entre 5 et 12 personnes selon le thème abordé. L'objectif étant de permettre aux personnes n'ayant pu participer à la plénière de janvier, ou à des personnes ayant réfléchi aux thématiques, ou encore à des partenaires, de contribuer. Chaque thématique a également été soumise à contributions écrites via une adresse e-mail dédiée.

De cet ensemble de notes, le document a ainsi abouti, été relu et amendé lors de la séance du Bureau du COREVIH du 29 août 2023, puis soumis à la relecture de l'ensemble des membres du COREVIH, pour de dernières délibérations et ajustements, assortis d'une approbation en réunion plénière le 10 octobre 2023.

Le tout représentant environ 750 heures de travail, donc 90% de bénévolat.

C'est à l'issue de ce processus de 10 mois que ce livre blanc a été publié pour être remis publiquement :

À l'IGAS pour compléter le rapport remis au Ministre de la Santé le 15 mars 2023 et publié le 9 juin 2023 (1) sur la partie COREVIH ;

Aux autres COREVIH de France pour compléter la réflexion de l'inter COREVIH sur le devenir des COREVIH ;

À l'ARS Grand Est pour lui transmettre notre expertise sur la politique de santé publique en matière de VIH et d'IST sur la région, dans le but d'aider à la prise de décisions quant aux axes stratégiques à déployer dans les prochaines années ;

Aux membres du COREVIH et aux CeGIDD du Grand Est pour aider à la réflexion et à la prise de décision quant aux priorités à fixer pour la prochaine mandature du COREVIH ;

À tous les partenaires du champ de la lutte contre le VIH en Grand Est notamment, pour permettre de mieux comprendre les enjeux de la lutte contre le VIH et les IST en Grand Est, et partant, de s'y associer, chacun, avec ses compétences et ses possibilités.



03. LES MISSIONS DU COREVIH

03. Les missions du COREVIH

Celle-ci sont définies par le Décret n° 2017-682 du 28 avril 2017 relatif à la coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine. (2)

Dans ce cadre :

« Le comité de coordination est chargé de :

Coordonner dans son champ, et selon une approche de santé sexuelle mentionnée à l'article L. 3121-2 du présent code, les acteurs œuvrant dans les domaines du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de la formation, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé ;

Participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients dans les domaines du soin, de la prévention et des dépistages, ainsi qu'à l'évaluation de cette prise en charge et à l'harmonisation des pratiques, notamment pour la prise en compte des besoins spécifiques des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine ou exposées à un risque d'infection par ce virus ;

Recueillir et analyser l'ensemble des données épidémiologiques mentionnées à l'article D. 3121-36, ainsi que toutes les données régionales utiles à l'évaluation de la politique nationale en matière de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine ;

Concourir par son expertise à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques nationales et régionales de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine et dans le domaine de la santé sexuelle, ainsi que, sur demande du directeur général de l'agence régionale de santé, au projet régional de santé prévu à l'article L. 1434-1 du présent code ;

Établir et mettre en œuvre un **rapport annuel d'activité.** »



03. Les missions du COREVIH

Ce décret est complété par l'Instruction n° DGOS/R4/DGS/SP2/2018/94 du 5 avril 2018 relative à la compétence territoriale et au fonctionnement des comités de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine.⁽³⁾

Dans ce cadre, et pour rappel :

« **La stratégie nationale de santé sexuelle (SNSS)(4) fixe le nouveau cadre stratégique national :**

Lancée en mars 2017 dans une démarche globale et positive d'amélioration de la santé sexuelle, elle vise à garantir une vie sexuelle autonome, satisfaisante et en toute sécurité, avec la liberté et la capacité de concevoir ou non des enfants.

Elle affiche une **ambition forte à l'horizon de 2030** notamment avec zéro nouvelle infection à VIH, zéro décès lié au SIDA et zéro discrimination, et l'objectif que les personnes vivent avec le VIH longtemps et en bonne santé, avec une qualité de vie optimale.

Il s'agit aussi d'éliminer les épidémies d'IST en tant que problèmes majeurs de santé publique.

Le périmètre de la SNSS est plus large que celui des COREVIH, ceux-ci devront contribuer notamment aux priorités des axes suivants de la stratégie :

- **Axe II** : « Améliorer le parcours de santé en matière d'IST : prévention, dépistage, prise en charge »;
- **Axe IV** : consacré aux réponses aux besoins spécifiques à apporter aux populations les plus vulnérables aux VIH et IST ;
- **Axe VI** : consacré à la prise en compte des spécificités de l'outremer pour mettre en œuvre l'ensemble de la stratégie de santé sexuelle.

Les COREVIH doivent contribuer à ce que l'épidémie de SIDA cesse d'ici 2030 et faire en sorte qu'au moins 95 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, qu'au moins 95 % des personnes qui connaissent leur séropositivité au VIH reçoivent un traitement antirétroviral et qu'au moins 95% des personnes sous traitement aient une charge virale durablement indétectable d'ici 2020.

Il s'agit de prendre en compte, dans une approche globale de santé sexuelle, les enjeux suivants :

- La lutte contre l'épidémie cachée du VIH ;
- La prévention diversifiée ;
- La réduction des inégalités dans l'accès, le recours et le maintien aux soins ;
- La qualité de vie, de la prévention et de l'accompagnement dans un parcours de soins, des comorbidités et du vieillissement des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ;
- La lutte contre les discriminations, les stigmatisations, les violences liées au genre, des PVVIH et des personnes vulnérables à ce virus et aux IST.



03. Les missions du COREVIH

Les enjeux de la mobilisation collective pour en finir avec l'épidémie du SIDA d'ici 2030 et éliminer les épidémies d'infections sexuellement transmissibles en tant que problèmes majeurs de santé publique.

Les défis qui restent à relever pour enrayer l'épidémie et réduire la morbidité/mortalité liées au VIH sont immenses au niveau national et dans les territoires, y compris les territoires ultramarins.

Il s'agit de réduire les infections non diagnostiquées, les diagnostics tardifs du VIH, les retards de soins, source d'initiation trop tardive du traitement antirétroviral, ainsi que les ruptures dans le parcours de santé, source de non observance au traitement et de nouvelles contaminations.

Il s'agit également de réduire les nouvelles infections, notamment pour les populations clés. La territorialisation en matière de lutte contre le VIH et les IST est organisée comme suit :

L'ARS est responsable de la programmation stratégique.

Le Projet Régional de santé (PRS) est arrêté par le directeur général de l'ARS pour cinq ans.

Les priorités de la stratégie de santé sexuelle ont vocation à être déclinées au niveau régional, en prenant en compte les spécificités des territoires, dans le cadre du schéma régional de santé, sur la base du diagnostic territorial partagé réalisé par l'ARS.

Il s'agit de :

- Investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive ;
- Améliorer le parcours de santé en matière d'IST dont le VIH et les hépatites virales ;
- Répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables. Par ailleurs, l'ARS est chargée de la programmation stratégique, de la coordination, du suivi et de l'analyse des activités des CeGIDD. Elle peut confier la mise en œuvre opérationnelle des missions de coordination, de suivi et d'analyse des activités à un CeGIDD, à un COREVIH ou à un autre organisme compétent.

L'extension du champ d'action et des missions des COREVIH aux IST dans une approche globale de santé sexuelle

La réussite de la mission de coordination repose sur le respect des principes suivants :

- Le COREVIH représente équitablement l'ensemble du territoire de référence et l'ensemble de ses membres sans se substituer à l'un ou l'autre de ceux-ci ;
- Il ne doit pas y avoir, au sein du COREVIH, de positionnement hiérarchique d'un ou de l'autre des acteurs ;
- Le COREVIH doit effectuer l'ensemble des missions définies par l'article D. 3121-35 du code de la santé publique qui sont détaillées ci-après.



03. Les missions du COREVIH

Mission 1 (coordination)

Les COREVIH répondent en premier lieu aux enjeux actuels de la lutte contre l'épidémie à VIH et des IST en :

- Adaptant l'organisation des parcours de santé aux caractéristiques de l'épidémie ;
- Améliorant l'organisation du dépistage pour faire baisser « l'épidémie cachée » ;
- Favorisant l'égal accès à la prise en charge sur l'ensemble du territoire de référence ;
- Améliorant le parcours de soins des PVVIH dans la prise en charge de l'ensemble des facteurs de risque cardio-vasculaires, des cancers, du tabagisme et de l'hypertension artérielle ;
- Améliorant la prise en compte des besoins des PVVIH et des populations clés ;
- Participant à la diffusion des actions de marketing social en partenariat avec Santé publique France

Le COREVIH n'est pas un opérateur direct auprès des usagers. Il coordonne les actions menées par les différents acteurs afin d'en améliorer la complémentarité et la cohérence et afin d'assurer la diffusion des bonnes pratiques.

Mission 2 (la qualité et de la sécurité de la prise en charge)

Cette mission s'attache à l'ensemble du parcours de santé tant des PVVIH que des personnes vulnérables à ce virus et/ou aux autres IST.

Le COREVIH veille à l'égalité d'accès au parcours de santé et de soins, sur l'ensemble de son territoire.

Il s'appuiera, notamment sur :

- Les priorités définies par la SNSS ;
- Les recommandations du rapport d'experts sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH (ainsi que les recommandations européennes et internationales) et participera à la diffusion et à l'appropriation par les acteurs de ces recommandations ;
- Les données et travaux produits par les différentes agences et instituts nationaux : l'ANRS (Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites), l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale), SpF (Santé publique France), l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé), la HAS (Haute Autorité de Santé), Expertise France, le CNS (Conseil national du sida et des hépatites virales) ;
- Les données et travaux de la CNAM (Caisse nationale de l'assurance maladie), des CPAM (Caisses Primaires d'Assurance Maladie), des ORS (Observatoires régionaux de santé) ;
- Toutes autres données épidémiologiques et études concernant le territoire de référence du COREVIH.

Mission 3 (recueillir et analyser l'ensemble des données épidémiologiques)

Le décret du 28 avril 2017 apporte une nouveauté sur ce point : l'article D. 3121-36, 2e alinéa, du code de la santé publique permet désormais aux COREVIH de recueillir des données médico-épidémiologiques auprès des professionnels et laboratoires de ville volontaires, en coordination avec les délégations de Santé publique France en région (CIRE / Cellule d'Intervention en Région).



03. Les missions du COREVIH

.....

La mission vise, en coordination avec les CIRE, à faciliter le recueil d'indicateurs au niveau régional, départemental et infra-départemental, pour servir de base à la construction de stratégies de prévention diversifiée mieux ciblées, en combinant différentes approches (surveillance pérenne, enquêtes ponctuelles, modélisations).

Pour réaliser ces missions, le COREVIH veille à l'adhésion des professionnels de santé à la déclaration obligatoire du VIH/sida, via e-DO (déclaration obligatoire en ligne), dans le but d'améliorer son exhaustivité. Seule une bonne exhaustivité permet de produire des indicateurs clés, tels que l'incidence ou l'épidémie cachée, aux niveaux géographiques les plus fins.

Concernant les IST, le COREVIH s'assure de la participation des professionnels de santé aux réseaux de surveillance volontaires existants, notamment au réseau de cliniciens RésIST.

Le COREVIH veille également au recueil et au contrôle qualité des données médico-épidémiologiques des établissements de santé sur l'infection à VIH afin qu'elles soient transmises au niveau national à raison d'une fois par an à la FHDH-ANRS CO4, selon les procédures préconisées et permettant la production d'un rapport national standardisé.

Le recueil de ces données régionales est notamment fait par les TEC (techniciens d'études cliniques) dont le rôle au sein des comités reste essentiel.

L'analyse de ces données constitue un des éléments d'aide à la décision pour les ARS dans leur politique de lutte contre les IST dont l'infection à VIH.

Mission 4 (concourir par son expertise à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation)

L'ARS est responsable de la programmation stratégique et du pilotage de la lutte contre le VIH et les IST et de l'élaboration du parcours de santé des personnes vivants

ou vulnérables au VIH et aux IST en s'appuyant sur les acteurs du territoire, en particulier les COREVIH, et sur la base d'un diagnostic territorial partagé.

Les COREVIH y participent dans le cadre de leurs missions prévues par l'article D.3121-35 du code de la santé publique,

Les COREVIH pourront être consultés du fait de leur expertise par les autres instances de démocratie sanitaire en région : la CRSA (Conférence régionale de la santé et de l'autonomie), les conseils territoriaux de santé et les commissions de coordination des politiques publiques.

Les COREVIH seront amenés à renseigner les indicateurs de la SNSS qui relèvent de leur champ, sur leur territoire »

Enfin, il faut compléter ces missions par trois missions complémentaires, déléguées par l'ARS Grand Est :

- **Le dispositif de RdRD** (Réduction Des Risques et dommages liés à la consommation de produits psychoactifs) en milieu carcéral : cf Chapitre 4.
- **Le dispositif de mise à disposition de matériel de prévention** – mis en place depuis fin 2020, date à laquelle l'ARS a été en charge, à la suite de Santé publique France, d'organiser la diffusion de préservatifs sur le territoire. Cette organisation établie au sein du COREVIH permet une couverture optimale des besoins, une souplesse dans la personnalisation des outils de prévention et contribue ainsi à la coordination des actions menées dans les territoires.
- **La coordination médico administrative des CeGIDD** du Grand Est (confiée au COREVIH par l'ARS Grand Est en 2019, sans pour autant faire l'objet d'une lettre de mission détaillée).



Chapitre 1.

Que reste-t-il à faire dans la lutte contre le VIH ?



Contexte

• • • •

Les derniers chiffres de l'épidémie dans notre région du Grand Est nous ont interpellé.

Après une période d'épidémiologie stable sur les dernières années, après une crise sanitaire (qui a entraîné une baisse des nouveaux diagnostics), des indicateurs suggèrent une baisse de l'incidence chez certaines populations.

Est-ce un effet de la PrEP (Prophylaxie pré-exposition au VIH) ? Est-ce que la prévention commence à porter ses fruits ? Est-ce un effet induit de la crise COVID ? Il nous a semblé alors nécessaire de transformer ces questionnements en hypothèses.

Par exemple, proche de nous, les Anglais ont réussi, notamment à travers le centre communautaire de santé sexuelle de Dean Street à Londres dédié aux publics vulnérables, à faire baisser drastiquement l'incidence du VIH en s'appuyant sur deux démarches :

- **Le dépistage répété des populations clés**
- **La mise sous PrEP de tous les publics vulnérables**

Ainsi, quels moyens voulons-nous mettre en place pour réussir la même démarche dans notre région ?

Sur le plan de la qualité de suivi et de prise en charge des PVVIH, tous les pays européens se sont saisis depuis une dizaine d'années de la question du vieillissement des PVVIH, sauf la France (malgré des études et rapports réalisés depuis plusieurs années).

Pourtant leur nombre ne cesse de grandir, et cette population vit de plus en plus longtemps avec le VIH et ses comorbidités, voire ses pathologies connexes, notamment iatrogènes ou intercurrentes.

Ces deux situations contextualisantes nous amènent à formuler deux autres questions de départ :

Avons-nous des choses à en dire ? Des actions à réfléchir et à poser ?

Autres questions : Quid de la qualité de vie ? Quid des droits des migrants ? Quid de la PrEP pour les femmes ?

Avons-nous d'autres combats qui restent à mener ? Lesquels, et dans quels objectifs ?



Etat des lieux et diagnostic partagé

Globalement l'épidémie de VIH est stabilisée, mais pas stoppée. Et la pathologie, devenue chronique, reste incurable à ce jour.

Le Grand Est compte 5,560 millions d'habitants, une surface équivalente à deux fois la Belgique, et la répartition des moyens de dépistage et de suivi sont inégalement répartis sur le territoire.

Concernant les 5644 personnes suivies en Grand Est, leur répartition par ante-région est la suivante :

- **45% des personnes prises en charge (2509 personnes) sont suivies en Alsace** (1,9 millions d'habitant avec une densité de 228 hab./km² proche de la densité du Land Baden Wurtemberg)
- **24 % des personnes prises en charge (1349 personnes) sont suivies en Champagne-Ardenne** (1,330 millions d'habitants et une densité de 52 hab./km²)
- **Et 31% des personnes (1786 personnes) sont prises en charge en Lorraine** (2,3 millions d'habitants avec une densité de 98 hab./km²).

Il reste de plus une épidémie cachée qui se propage à bas bruit, selon des vecteurs identifiés grâce aux travaux de l'INSERM (5) sur la question, car trouver les personnes séropositives qui s'ignorent nécessite une étude épidémiologique fine, qualitative et analysée.

Il apparaît que globalement il faille chercher du côté des publics vulnérables, et surtout des publics cumulant les vulnérabilités, et organiser les dépistages prioritairement dans cette direction afin de trouver les personnes séro-ignorantes et les accompagner dans un parcours de soins. **On estime ainsi que 1000 à 1500 personnes ignoraient leur séropositivité, dans le Grand Est.**

Géographiquement, cette épidémie cachée suit globalement les trajectoires des infrastructures de transport et des zones urbaines (Mulhouse, Strasbourg, Metz, Nancy, Reims et Troyes).

Sur le plan des axes de transports : Mulhouse et sa proximité avec Bâle et Zurich ; Strasbourg et sa proximité avec Kehl, Sarrebruck, Karlsruhe, Stuttgart... ; Metz et sa proximité avec Luxembourg et le triangle belgo-néerlandais ; Reims et sa proximité avec Paris et donc Bruxelles...

Tout cela induit également la question des virus circulants, et donc du nécessaire travail de prévention et de partage d'expérience, ainsi que le développement d'actions concertées avec nos voisins transfrontaliers (Wallonie, Sarre, Bade-Wurtemberg, Suisse alémanique, Luxembourg).

Sur le plan de la cascade épidémiologique, le Grand Est est proche de **l'objectif 95-95-95** des recommandations de l'OMS (Organisation mondiale de la Santé) (6), avec cependant des disparités selon les ante-régions, ainsi qu'une vigilance à apporter sur le plan du délai entre une contamination et la mise sous traitement. Encore près d'un tiers des personnes contaminées découvrent leur séropositivité à un stade avancé de l'infection.



Etat des lieux et diagnostic partagé

Les **traitements médicamenteux** ont connu d'importants progrès, permettant une espérance de vie comparable à celle de la population générale (moyennant cependant des traitements quotidiens à vie et donc une chronicisation de la pathologie).

De ce fait, le nombre de personnes séropositives ne fait que croître, lentement mais sûrement, et l'allongement de la durée de vie induit la problématique du vieillissement avec le virus, complexifiée par les questions sociales et les comorbidités. En termes de qualité de vie, tous les pays européens se sont saisis de cette question, et la France est à la traîne, trop peu de travaux en ce sens étant engagés.

De même, **sur le plan de la prévention**, si la France a pris le virage de la PrEP, elle a cependant raté la communication autour de la non-transmissibilité du virus par les personnes séropositives en charge virale indétectable (TasP – Treatment as Prevention). Ce loupé a accentué une sérophobie, voire du séro-triage, dans la population générale et jusqu'au sein des populations cible, impactant la vie des personnes.

Globalement, **la palette des outils de prévention est disponible et accessible**, cependant des questionnements persistent autour des disparités d'accès aux outils ou des pistes d'amélioration, notamment en direction de populations vulnérables. On peut évoquer par exemple :

- **L'accès à la PrEP ou au TPE en prison**, qui sont encore des sujets complexes,

- Des **questions autour de l'éducation aux sexualités**, encore trop peu traitée en milieu scolaire restant axée sur la sexualité reproductive sur un plan strictement biologique

Sur le plan de l'accès aux soins ou aux outils de prévention, **la question des populations migrantes**, et notamment des personnes en situation irrégulière de séjour, se pose en matière de santé publique. La prévention et les soins en matière épidémiques (au-delà de l'humanité nécessaire pour la santé des personnes) devrait être un droit fondamental. Sachant selon l'étude Parcours que l'immense majorité des migrants sont contaminés une fois arrivés et installés sur le territoire français (7), cela interroge fortement la qualité de l'accueil et des actions de prévention menées à leur endroit.

D'autant plus qu'en Grand Est, la densité supérieure à la moyenne des régions françaises des centres d'accueil, de rétention et de séjour provisoire des personnes en situation de migration doit nous amener à porter une attention particulière à ce segment populationnel.

Enfin, il faut constater **une banalisation et un déficit de connaissance et d'information au sujet du VIH, que ce soit en population générale ou au sein des populations vulnérables**.



Les besoins et les pistes de travail

EPIDÉMIOLOGIE :

Le premier besoin est de garder la main sur la recherche épidémiologique, en disposant des indicateurs les plus fiables sur l'épidémie, et d'aller plus loin en analysant les circulations virales, les superpositions de cartes sociologiques, économiques, de transport et population, et de travailler à une analyse dynamique de l'épidémie qui ne saurait se contenter du seul recueil statistique sur un tableau Excel.

Il s'agit donc de cultiver **un positionnement fort d'expertise de terrain** associant les acteurs, doté d'un outil de recherche épidémiologique efficient, analysant, entre autres, les files actives hospitalières ou les éléments statistiques des CeGIDD, tout en collaborant avec les services de Santé Publique France, l'ORS ou l'assurance maladie, afin de pouvoir orienter et agir au plus près des publics susceptibles d'être impactés par le VIH et les IST.

C'est un gage d'efficacité et de pertinence pour arriver à mettre fin à l'épidémie !

PRÉVENTION :

- Intégrer la question préventive, le dépistage et les outils aux pratiques des médecins généralistes, et démultiplier les possibilités d'accès aux rendez-vous de dépistage et de prescription de PrEP (télémédecine, CPEF, etc.).
- Généraliser et démocratiser l'image et l'accès à la PrEP, notamment auprès des publics vulnérables (femmes, travailleurs et travailleuses du sexe (TDS), publics trans et migrants).
- Pour ce faire, mettre en place des maraudes virtuelles notamment en direction des sites d'escorts, de TDS, d'échangistes, d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)
- Proposer via AMELI (site de l'assurance maladie en ligne) le dépistage systématique à différents âges et dispenser par ce biais les messages et informations sur la palette de prévention combinée dont la PrEP, le TasP et le TPE.
- Réfléchir aux réponses à apporter au regard des différents modes de sexualités : chemsex, multi-partenariat, travail du sexe occasionnel...
- Permettre aux sage-femmes et aux infirmier.e.s de réaliser un certain nombre d'actes en lien avec la prévention (prescription de PrEP, de vaccination, de dépistages...) dans le cadre de protocoles de délégation/ coopération.
- Sensibiliser et former les soignants, et les acteurs, y compris bénévoles, aux questions de dépistage, de counseling et d'accompagnement aux parcours de soins.
- Travailler sur la proximité des dispositifs des territoires pour pallier aux inégalités notamment en zones rurales et semi-rurales.



Les besoins et les pistes de travail

QUALITÉ DE VIE DES PVVIH :

- Mettre en place et documenter des accompagnements en matière d'accès aux droits, qu'ils soient sociaux, humains ou sanitaires.
- En conséquence, **mettre en œuvre une plateforme santé droits**.
- Examiner si l'accès aux soins des PVVIH fonctionne : médecins traitants, spécialistes, prises en charges hospitalières, urgences, etc. Identifier les difficultés. Proposer des pistes.
- Déployer le sport santé, **renforcer les liens et parcours avec la médecine de ville**, sensibiliser et former les autres spécialités médicales (cardiologie, par exemple)
- **Examiner les discriminations** comme déterminant de qualité de vie.
- Concernant **les personnes en situation de migration** : établir une véritable démarche (tant pour les PVVIH que pour l'accès à la PrEP) pour le respect minimal du droit aux traitements (sur le plan sanitaire autant que social/AME – Aide médicale d'Etat) ; exercer des recours collectifs et actions collectives visant l'accès à l'emploi et au soin des publics migrants et donc leur accès au séjour.
- **Concernant le vieillissement** (mais aussi l'ancienneté de vie avec le virus indépendamment de l'âge) et donc la survenue de comorbidités et de difficultés sociales :
 - Recueillir les besoins des PVVIH ;
 - Dresser un état des lieux partagé ;
 - Construire un plan d'action avec des objectifs ;
 - Créer un groupe de travail ou une commission du COREVIH sur la question ;
 - Travailler sur les situations sociales complexes : l'allongement de la durée de vie a fait s'amplifier les problèmes à tous les niveaux (social, sanitaire, droits, etc...).



Les 7 recommandations principales

1. Conformément aux textes en vigueur, renforcer le rôle d'expert et de coordination du COREVIH, en appui à l'ARS, et dans ce cadre, aider celle-ci à la prise de décisions efficaces et pertinentes face aux enjeux en matière de lutte contre le VIH.
2. Faire du COREVIH une véritable coordination de proximité des acteurs (patients, acteurs sanitaires, sociaux et administratifs), en animant des réflexions, concertations, et des travaux de co-construction d'actions auxquels ils soient associés.
3. Clarifier la mission de coordination des CeGIDD : amplifier la mise en contact des acteurs et des CeGIDD, devenir support technique et formatif, mieux articuler ces partenaires avec l'ARS . En bref, forte demande de coconstruire la coordination en s'associant (les CeGIDD et le COREVIH)
4. Renforcer la recherche épidémiologique en construisant un observatoire des parcours des populations cibles, ce qui ne peut se faire sans concertation avec les autres acteurs disposant d'indicateurs.
5. Développer la formation initiale et continue des acteurs : médecins de ville, soignants en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), bénévoles associatifs...
6. Se concentrer sur les publics vulnérables ou cibles au vu des moyens limités alloués au COREVIH. Cependant dans une vision systémique de la prévention, une sensibilisation du grand public, relevant du rôle de l'Etat, est également nécessaire pour développer le niveau d'acceptabilité globale et faciliter la parole.
7. S'emparer de la question du vieillissement des PVVIH et à minima mettre en place une commission de travail visant à identifier et recueillir les besoins, dresser un état des lieux et construire un plan d'action, travailler sur les situations sociales complexes.

Les compétences à réunir

Le COREVIH se positionne pour disposer d'une palette très élargie de compétences, qu'il convient d'adjoindre, d'intégrer ou de rechercher pour étoffer l'existant, ce qui plaide pour un COREVIH porté à 48-50 membres répartis équitablement en quatre collèges de 12 ou 13 membres (au lieu des 42 dont 35 encore actifs actuellement), mais aussi pour un renforcement de l'équipe salariée.

Composition du COREVIH :

Collège 1 : sur le plan de la prise en charge médicale et des parcours, les infectiologues sont trop peu représentés depuis la dernière nomination de membres. Il convient donc de les solliciter pour qu'il y ait un rééquilibrage au sein de la représentation médicale. Cela dit, avoir en plus un représentant de la médecine générale (lié à la formation médicale continue et/ou ayant une expérience en matière de parcours complexes) serait judicieux.

Collège 2 : sur le plan du vieillissement, il serait bon d'avoir au sein du collège 2 en plus des personnes présentes, un ou deux représentant(s) des services gériatriques et/ou d'EHPAD accueillant des PVVIH ; sur le plan de la lutte contre les IST, avoir un ou deux représentant(s) de CeGIDD.

Collège 3 : sur le plan de l'articulation avec les acteurs de terrain, élargir le collège 3 à des acteurs associatifs ayant une expérience avec des PVVIH et à un représentant d'une association de défense des droits.

Collège 4 : sur le plan de la territorialité, un élu ayant des compétences en matière de coopération sanitaire transfrontalière, un élu à la santé d'une des villes OMS sans SIDA, un représentant de la DISP (Direction interrégionale des services pénitentiaires), etc.

Equipe salariée : Les compétences à réunir s'entendent dans ce cadre en étoffant l'équipe avec des compétences ou du moins, en la capacité à conventionner avec des organismes disposant de telles compétences.

Ainsi, si l'on voulait mener à bien par exemple la **recommandation 4**, il faudrait associer les compétences d'un statisticien, un sociologue, un géographe, un informaticien qui maîtrise les cartes interactives...

Si l'on veut renforcer la coordination des acteurs, il faut des chargés de mission dans les territoires, par exemple sur une base départementale.

Chapitre 2.

Santé sexuelle : quelles missions pour le COREVIH ?



Contexte

.....

Selon la définition actuelle, la santé sexuelle s'entend comme «un état de bien-être physique, mental et social eu égard à la sexualité, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle s'entend comme une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que comme la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres, exemptes de coercition, de discrimination et de violence. Pour que la santé sexuelle soit assurée et protégée, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et appliqués ». " (OMS, 2006). (8)

Elle s'appuie sur le trépied : **autonomie, sécurité, satisfaction.**

En 2017, le gouvernement français a adopté **la stratégie nationale de santé sexuelle (SNS)**(4), incluant la lutte contre le VIH et les IST. Dans ce cadre, les COREVIH ont été renouvelés avec l'ajout à leurs missions de la mention «dans une approche de santé sexuelle», soit une conception de la lutte contre le VIH et les IST promouvant la sexualité comme source de satisfaction, et non seulement comme un risque. Ce mouvement va de pair avec celui de la RdRD, respectueux de l'individu et de ses choix.

En avril 2022, le Comité de pilotage de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle annonce qu'une lettre de saisine de l'IGAS a été signée par le ministre le 21 mars 2022, afin de répondre à l'action 10 : «**Garantir une offre lisible, accessible et coordonnée de santé sexuelle et reproductive au niveau territorial**» qui prévoit : «**Sur la base des recommandations de l'IGAS, encourager la structuration des réseaux de professionnels en santé sexuelle sous l'égide des ARS et des COREVIH, en lien avec les structures**».

L'avenir des COREVIH en questionnement depuis plusieurs années maintenant, semble se diriger vers un élargissement de ses missions pour couvrir tout le champ de la santé sexuelle à l'horizon 2030-35, y compris la santé reproductive.



Contexte

Les acteurs constituant l'actuel COREVIH doivent se positionner sur ce que devrait être sa mission à l'avenir :

- S'agit-il de la promotion de la santé sexuelle en lien avec la lutte contre le VIH et les IST ou toute la santé sexuelle, dans sa globalité ?
- Quel rôle le COREVIH est-il légitime de tenir, quelles missions souhaite-t-il adopter ? Qu'est-ce qui est de son ressort, et qu'est-ce qui ne l'est pas ? Qu'est-ce qui est pertinent ?
- Comment positionner le COREVIH dans le cadre d'un champ recouvrant une multitude de thématiques : santé reproductive, violences, sexologie, travail du sexe, des champs curatifs, préventifs ?

La santé sexuelle vue dans son acception la plus large, nécessite le maillage d'un grand nombre d'acteurs, dans tous les domaines allant du sanitaire au social, en passant par le droit, et mettant en œuvre les actions conjuguées de plusieurs administrations et champs : santé, intérieur, pénitentiaire, éducation, santé mentale, forces de l'ordre, etc.

Il convient donc de positionner le COREVIH dans l'ensemble de ces champs, soit comme coordination, soit comme partie prenante. Et par conséquent, définir ce qui est capitalisable de l'expérience des épidémies, notamment du VIH, pour l'exporter vers les autres champs, dans une vision constructive de santé publique.

Quelle est la mesure de ce que nous avons accompli et mis en œuvre et de ce qu'il reste à faire dans les missions qui nous sont confiées ?



Etat des lieux et diagnostic partagé

.....

Comme cité précédemment, le COREVIH est déjà missionné pour agir dans son champ «dans une approche de santé sexuelle». Ainsi, à la place de la traditionnelle semaine des dépistages, il a soutenu depuis 2021 une **semaine de promotion de la santé sexuelle**.

De la même façon, les thèmes qu'il choisit d'aborder lors d'événements (journée mondiale de lutte contre le SIDA, journée régionale des CeGIDD...) ou de campagnes de communication (je B4ise/ Ben ouais) montrent déjà cette ouverture, comme la lutte contre les discriminations, la banalisation de pratiques, la lutte contre les violences à caractère sexiste et sexuel...

De même, le dispositif de Réduction des Risques et Dommages en milieu carcéral dont il est porteur s'est d'ores et déjà ouvert en répondant à un appel à projet «Santé sexuelle des mineurs incarcérés».

Si la plupart des acteurs semble désormais avoir intégré dans sa pratique la conception de Réduction des Risques, certains n'ont pas encore réellement investi cette dimension.

On peut penser à l'éducation nationale par exemple, où trop souvent encore, les quelques séances dédiées à l'éducation « à la vie affective et sexuelle » (9) ne sont axées que sur une prévention des IST et des grossesses non désirées, et très peu sur les questions liées aux sexualités ou aux genres.

Le COREVIH n'a d'ailleurs que très peu de liens avec l'éducation nationale, hormis sur le dispositif de mise à disposition de matériel de prévention (préservatifs essentiellement).

De plus, bien que cela soit en train de changer, parmi les acteurs qui sont en première ligne même, les concepts que l'on rattache à la santé sexuelle ne sont pas encore connus de tous : droits sexuels, recherche de la satisfaction, libres choix... On peut dire sans se tromper qu'un certain nombre d'acteurs restent certainement trop prescriptifs dans les outils à choisir parmi ceux de la prévention diversifiée, par exemple.

Par réaction ou par évolution, on assiste à une forte demande de démedicalisation, d'autonomie, d'auto-détermination... (même si le regard médical reste nécessaire selon les situations).

Les jeunes auraient de plus en plus recours aux numéros verts, aux sites internet, aux forums, traduisant peut-être une certaine défiance à l'égard des professionnels de santé.

Renouer de la confiance dans le respect (de l'autonomie) est donc probablement un autre enjeu de la diffusion de l'état d'esprit de la Santé Sexuelle.

D'autre part, pour l'heure peu a été fait pour soutenir les associations ou les CeGIDD, mais aussi les services de soins VIH par exemple, à œuvrer pour la quête de la satisfaction, à nouer plus de partenariats avec des spécialistes variés (andrologues, proctologues, sexologues...); n'y avoir recours qu'en cas de difficultés est certes déjà une belle possibilité, mais n'équivaut pas à un partenariat régulier et une action de maintien et de promotion de la santé sexuelle.

Ici aussi, l'on pourrait aller plus loin pour que la lutte contre le VIH et les IST « dans une approche de santé sexuelle » soit effective.



Etat des lieux et diagnostic partagé

Souvent, ces constats renvoient à une même observation : peu des acteurs qui sont ceux de la lutte contre le VIH et les IST se sont déjà formés à la santé sexuelle, soit que cela ne soit pas une priorité, soit qu'il n'y ait pas d'offre proposée. On constate parfois des changements sémantiques : par exemple, la transformation des CPEF en centres de santé sexuelle, sans que cela change fondamentalement, car les personnels n'ont pas reçu de formation complémentaire.

Pourtant, l'on rappellera ici que l'OMS identifie la **communication brève relative à la sexualité (BCS) comme moyen de prévention des IST à part entière (4)** : embrasser la promotion de la santé sexuelle, la lutte contre le VIH et les IST a donc tout à y gagner !

Dans le cadre des missions dévolues au COREVIH, les missions, au-delà du VIH ont été élargies à l'ensemble des IST, notamment en lui confiant **la coordination des CeGIDD.**

Cette coordination s'avère dans les faits être une animation de proximité et de réseau des CeGIDD, puisque l'ARS poursuit l'évaluation des activités des CeGIDD, et le COREVIH n'a jamais été consulté relativement aux renouvellements de ceux-ci, alors qu'il existe un déséquilibre manifeste de répartition des CeGIDD dans le Grand Est. Par ailleurs, la délégation donnée par l'ARS au COREVIH sur la coordination des CeGIDD n'a jamais fait l'objet d'une lettre de mission, ni d'une concertation, ni d'une évaluation.

Une autre difficulté réside dans le fait que les systèmes de recueil de données diffèrent : les hôpitaux disposent du logiciel NADIS pour le dossier médical informatisé de la patientèle et la surveillance épidémiologique du VIH, et les CeGIDD disposent du logiciel CUPIDON pour le recueil des données IST.

De ce fait le constat est multiple :

- CUPIDON est renseigné de manière différenciée selon les CeGIDD en fonction de l'interprétation qui est faite des items, ce qui induit des biais certains dans la consolidation des données.
- Le croisement des données est quasiment impossible et les doublons existent : certains patients ont recours au suivi VIH en service hospitalier (dermatologie, etc.) et fréquentent par ailleurs les CeGIDD...
- Les informations sur la dispensation et le déploiement des outils de prévention (TPE, PrEP, etc...) sont parcellaires, à tout le moins.

Il apparaît aussi que **le VIH n'est pas mentionné dans le PRS du Grand Est.**

Par conséquent, il n'est quasiment plus dans l'actualité, ni en CRSA, ni dans les Conseils Territoriaux de santé.

La seule réponse faite par l'ARS sur la question, et c'est un peu court, est que la SNSS répond à cette actualité.



Etat des lieux et diagnostic partagé

Or, de ce fait, le COREVIH n'est associé à aucune des discussions, par exemple, sur les **contrats locaux de santé**, notamment dans les grandes villes où l'épidémie reste une préoccupation.

De par le peu de moyens alloués au COREVIH celui-ci a été amené à prioriser ses actions sur le VIH et les IST. Ce faisant, il a délaissé le champ scolaire et le grand public, concentrant son action sur les populations les plus vulnérables à ces infections. Le COREVIH s'est construit, sur la base de l'épidémie à VIH, dans le prolongement des CISH (Centres d'Informations et de Soins de l'Immunodéficience Humaine), sur une approche populationnelle (Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), personnes en situation de migration, Consommateurs de produits psychoactifs (CPP), Travailleurs ou travailleuses du sexe (TDS), détenu(e)s, Trans...) et selon une approche de vulnérabilité liée à une non reconnaissance sociale ou sociétale, voire le cumul de facteurs de vulnérabilités.

Elargir les missions du COREVIH à l'ensemble du champ de la santé sexuelle englobant la santé reproductive reviendrait à rendre solubles les questions du VIH et des IST qui deviendraient, de fait, secondaires.

Il faut donc opérer **un choix stratégique** au bon moment pour ne pas obérer ou annuler les résultats de la lutte contre le VIH alors que nous sommes, moyennant les efforts de la dernière ligne droite, en passe de remporter la lutte contre le VIH et de pouvoir mettre fin à l'épidémie à l'horizon 2030-2035.

Le COREVIH fort d'une expertise, dans une programmation stratégique concertée, a fait la preuve de sa capacité à coordonner des acteurs et à mettre en œuvre des axes de santé publique en matière de lutte contre le VIH, les hépatites et les IST.

Dresser l'état des lieux nécessite d'interroger l'opérationnalité de la coordination des acteurs et son organisation : rester à l'échelon régional permet une unité conceptuelle et une harmonisation des messages et discours, mais ne favorise pas la proximité de terrain et la coordination locale des acteurs. Le besoin de travailler en infra (niveau ante régional ou départemental ou par plateformes territoriales (avec une dimension « en ligne ») est réel si nous avons une ambition d'opérationnalité.

Si le COREVIH devait englober l'ensemble de la palette de santé sexuelle, il devrait changer de nom, de nature, et devenir une coordination des acteurs de la santé sexuelle, nécessitant des moyens adéquats.



Les besoins et les pistes de travail

BESOIN DE COORDINATION

Besoin des acteurs de mieux connaître leur environnement

- **Réaliser un état des lieux** : lister les acteurs existants sur chaque territoire, leur maillage et la lisibilité de l'existant au sein des territoires ;
- **Créer un annuaire** en fonction des problématiques par public vulnérable.
- Élever le **niveau de connaissance mutuel** entre acteurs.

Création de parcours (y compris parcours transversal / parcours complexe)

- **Recenser les parcours** faisant défaut, les situations mettant les personnes et les acteurs en difficulté.
- Travailler avec les partenaires déjà identifiés, et **intégrer de nouveaux partenaires** pertinents.
- Créer ou adapter des parcours centrés sur la personne.
- **Tenir compte des besoins des publics concernés**, adapter le langage, décliner les messages en fonction du public (par exemple pour les travailleur.se.s du sexe, ou pour les chemsexuels).

FORMATION ET INFORMATION

- S'approprier la thématique avant toute chose : former les salariés du COREVIH, éventuellement les membres du bureau.
- Faire monter en compétence les acteurs (pas uniquement les professionnels de santé) pour délivrer des messages harmonisés et prôner un même positionnement sur la Santé Sexuelle – savoir, savoir-être, savoir-faire : il y a un **caractère universel à la Santé Sexuelle**.
- Faire diffuser « l'état d'esprit Santé Sexuelle »
- Délivrer les mêmes (in)formations à l'ensemble des acteurs impliqués ;
- Outiller les acteurs pour qu'ils puissent appliquer une approche de santé sexuelle de manière plus opérationnelle ;
- Dans tous les supports de communication, être davantage ouverts à la santé sexuelle, plutôt qu'exclusivement au VIH aux IST

PLAIDOYER

Apporter un appui à un plaidoyer ciblé, dès que nécessaire, sur toute l'étendue des champs de la santé sexuelle en tenant compte des aspects tant préventifs que curatifs : éducation aux sexualités, santé reproductive, sexologie, chemsex, violences, travail du sexe, discriminations...



Les 8 recommandations principales

8. Le COREVIH affirme vouloir positionner son cœur de métier sur la promotion de la santé sexuelle des populations vulnérables au VIH et aux IST, et ce faisant se destiner à être ouvert à terme à toutes formes de collaborations utiles avec d'autres partenaires et structures sur la santé sexuelle globale.
9. En conséquence, le maillage doit être une priorité des prochaines années. De par son expérience acquise, le COREVIH peut s'appuyer sur son expertise en termes de coordination, de mise en œuvre d'un observatoire, de réalisation d'un diagnostic, de création et protocolisation de parcours à partir des besoins de la personne concernée.
10. Cette forme de coordination et de mise en œuvre de parcours complexes nécessite une montée en compétence des personnes présentes dans et autour du COREVIH, que ce soient des professionnels ou des bénévoles associatifs, notamment provenant des associations d'usagers du système de santé.
11. Constituer une plateforme santé-droits, visant à favoriser l'accès à la prévention, aux soins de toute population vulnérable, et spécialement les personnes en cumul de vulnérabilités, quel que soit leur statut au regard des lois françaises, et qui constituent une part non négligeable de l'épidémie cachée.
12. Pour la coordination des CeGIDD : amplifier la mise en contact et en relation des acteurs, devenir support technique et formatif, mieux articuler les CeGIDD avec l'ARS ; il existe une forte demande de coconstruire une véritable coordination qui dépasse le stade actuel de la simple animation.

Les 8 recommandations principales

13. Dans les zones à forte prévalence de VIH, travailler avec les partenaires l'évaluation de la pertinence pour la mise en place de centres de santé sexuelle communautaires (sur le modèle de Dean Street à Londres). Accompagner l'émergence de projets, en vue de permettre aux populations vulnérables un accès sans condition aux dépistages, aux outils de prévention combinée, et aux traitements des IST, voire au traitement VIH dans une vraie approche de santé sexuelle. Sur le reste du Grand Est, déployer une offre adaptée selon un diagnostic territorial partagé.
14. Sur le plan de la formation, articuler l'approche de santé sexuelle avec la lutte contre le VIH et les IST pour les publics vulnérables.
15. Sur le plan organisationnel :
 - a. Au regard de l'échelon de coordination : la coordination au niveau de la région Grand Est reste importante pour garder une unité conceptuelle, avec une politique régionale en termes de formation, de montée en compétences, d'outils de communication, mais il y a également besoin de coordinations locales, de plateformes territoriales ;
 - b. Au regard de l'opérationnalité de la coordination : en pratique, le COREVIH est l'acteur de choix, car les acteurs locaux n'auraient pas le temps de faire vivre des collectifs locaux – mais cela souligne à nouveau la nécessité d'animateurs territoriaux (selon par exemple une base départementale).

Les compétences à réunir

L'annexe 3 de la SNSS (4) indique :

« L'offre de santé sexuelle repose sur plusieurs structures et dispositifs pouvant intervenir dans le champ de la santé sexuelle en France :

- Les consultations de services spécialisés hospitaliers (maternité, gynécologie, urologie, maladies infectieuses, médecine légale, maladies chroniques, ...) ;
- Les professionnels de santé libéraux ;
- Les centres de santé ;
- Les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (IST) ;
- Les établissements d'information en conseil conjugal et familial (EICCF) ;
- Les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) ;
- Les services de Protection maternelle et infantile (PMI) ;
- Les réseaux en santé périnatalité (RSP) ;
- Les services de santé en milieu scolaire et universitaire ;
- Les structures axées plutôt sur le soin comme les consultations d'orthogénie ;
- Les unités sanitaires en milieu pénitentiaire ;
- Les CSAPA et CAARUD ;
- Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)»

Les acteurs réunis en plénière ont également identifié comme personnes à mobiliser et à impliquer dans la politique régionale de santé sexuelle et la création de parcours :

- Les usagers (ou personnes concernées) et le Collège des représentants du public
- Les centres de santé sexuelle
- Les Conseils Départementaux
- Les CIDFF (Centres d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles)
- Les associations de lutte contre les violences et pour les droits des femmes, les hébergements de victimes
- Médecins du Monde
- L'éducation nationale
- Les sexologues
- ...

**Chapitre 3.
Quelle(s) contribution(s)
de l'addictologie à la lutte
contre le VIH, les hépatites
et la santé sexuelle ?**



Contexte

La dernière composition du COREVIH Grand Est arrêtée par l'ARS en 2019 a fait une place importante aux acteurs de l'addictologie.

C'est une avancée qui a été illustrée par les travaux menés lors de ce mandat, et qui ont permis de transformer les projets, notamment celui de la RdRD en milieu carcéral initié en 2007, en un programme pérenne englobant l'ensemble des prisons du Grand Est, en lien notamment avec le médico-social.

Au-delà de cette réussite, doit-on continuer dans ce sens ? Pourquoi, et comment ?

Les infectiologues, eux, ont préféré s'abstenir de candidater lors du dernier renouvellement. On constate un déficit de coordination au niveau des infectiologues, qui risque de s'amplifier du fait des départs à la retraite. Les jeunes infectiologues arrivant n'ont pas cette expérience de travail au sein d'un COREVIH.

Que peut-on faire pour les mobiliser pour la prochaine mandature et donc rééquilibrer l'orientation médicale du COREVIH au travers de la nomination de ses membres ?

- Ce rééquilibrage n'enlève rien à la nécessité de continuer à bénéficier des compétences des addictologues parmi les membres du COREVIH, leurs réflexions et apports étant importants.
- Ces interrogations font écho à celles des autres chapitres :

une modification des missions entraîne nécessairement une modification de la composition du COREVIH. Or, si on n'y prête pas attention, c'est le cœur de métier du COREVIH qui s'en trouve dévoyé. Et perdre de vue les objectifs de lutte contre le VIH fait prendre le risque de perdre cette bataille sur le plan sanitaire.



Etat des lieux et diagnostic partagé

.....

L'entrée de l'addictologie dans le champ du VIH s'est faite via la RdRD initiée par la lutte contre le sida, avec les programmes d'échanges de seringues (PES) mis en place dès les années Barzach (1987-88) par AIDES et Médecins du Monde. **C'est le déploiement de la palette de RdRD qui a permis de réduire l'incidence du VIH chez les usagers de drogues** par voie intraveineuse d'une incidence de 14 % à moins de 1 % aujourd'hui.

Même si le nombre de contaminations par le VIH a chuté dans le public des consommateurs de produits psychoactifs (CPP), ce faible pourcentage, ramené au taux de CPP au sein de la population générale, continue d'en faire un public cible, ne serait-ce que pour contenir l'épidémie.

L'approche communautaire de la RdRD, en associant les usagers de drogues, a permis de développer des structures au plus près des personnes. Cela s'est traduit par l'émergence d'un type nouveau d'établissement médico-social en 2007 : les CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues).

C'est à travers ces pratiques préventives nouvelles que les PES sont entrés progressivement dans les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) et que ceux-ci ont intégré une démarche de RdRD proposant une palette plus ou moins étendue d'activités et d'outils.

C'est aussi au décours de la mise en place de la RdRD et des études scientifiques menées sur la contamination par le VIH que la différence de contagiosité entre le VIH et les hépatites virales est apparue au grand jour et a permis de développer de nouveaux outils (kits sniff, roule-ta-paille, etc.), permettant ainsi de lutter préventivement contre l'hépatite C. **L'arrivée de traitements curatifs ces dernières années diminue fortement la prévalence de l'hépatite C dans la population des usagers de drogues.**

Aujourd'hui, l'épidémie à VIH est souvent considérée comme « résiduelle » dans cette population, sauf auprès de ceux qui cumulent les vulnérabilités (être usager.e de drogue et travailleur.euse du sexe, et gay, et SDF, et migrant, et ...) On sait que, plus le cumul de vulnérabilités est important, plus le risque de contamination est élevé. Cela doit rester un point fort de vigilance.

En revanche, les enjeux liés à la santé sexuelle des consommateurs de produits sont encore trop souvent ignorés, ou peu traités dans le cadre de leurs prises en charge.



Etat des lieux et diagnostic partagé

La plus forte implication des structures d'addictologie durant la dernière mandature a permis, notamment, de :

- **Monter en compétence l'ensemble des acteurs de l'addictologie sur les questions de santé sexuelle**, et notamment la RdRD en matière de VIH et IST
- **Monter en compétence, à l'inverse, les acteurs de la santé sexuelle et des CeGIDD sur les questions des addictions**
- Commencer à réfléchir et **articuler les dispositifs en matière de chemsex**, même si ce n'est qu'un balbutiement
- **Débuter un travail autour des parcours complexes** pour les personnes présentant un cumul de facteurs de vulnérabilité, de comorbidités et/ou de fragilités sociales. Ces parcours doivent voir s'articuler de manière transversale les services issus de différentes structures aux champs de compétences divers, pour faciliter le cheminement thérapeutique et de vie de ces personnes.

Il est à noter que l'un des enseignements de la mise en œuvre de la politique de RdRD (figurant dans le référentiel national (10)), est que « l'usager citoyen » et donc acteur de cette RdRD, s'est solubilisé dans l'élargissement des missions des CSAPA/CAARUD, au point que dans les faits, les consommateurs de produits ne sont plus associés aux activités de RdRD, à part dans les espaces de santé communautaires.

Ce constat est un frein, par exemple, à la mise en œuvre d'une approche « hors les murs » de RdRD en matière de chemsex : il est difficile d'imaginer, par exemple, un travailleur social d'un CSAPA/CAARUD présent lors d'un week-end de « partouze » pour faire de la RdRD et prodiguer des conseils.

Pourtant, ces activités « hors les murs », ont prouvé leur efficacité en matière de RdRD et de réduction du nombre de contaminations.

Au global, le regard croisé sur les champs d'intervention respectifs et la définition d'objectifs communs permettent de sortir chacun de son périmètre de confort, de regarder ce qui existe et de l'examiner au regard des enjeux, pour co-construire des pistes de travail et faire différemment, ce qui porte ses fruits (cf. chapitre IV sur le milieu carcéral).

Il apparaît dès lors que le retour des infectiologues reste primordial si l'on veut combiner prise en charge avec prévention et obtenir la fin des épidémies.



Les besoins et les pistes de travail

.....

Rencontrer les acteurs de terrain, pour dresser un état des lieux de ce qui est fait et reste à faire, poser un diagnostic local partagé, envisager des pistes concrètes de travail, mettre en œuvre des actions de manière collaborative et en réseau, les évaluer.

Co-construire sur la base des regards croisés des acteurs une réflexion commune, une vision globale de santé publique, des approches des vulnérabilités et des intersections de champs de compétence, et un vocabulaire, voire un discours de RdRD harmonisé;

Rééquilibrer les nombres de médecins infectiologues et addictologues siégeant au COREVIH pour approfondir la notion de prise en soin en matière de VIH et d'IST au sein des structures d'addictologie, au même titre que l'apport de cette dernière au champ des infections (IST et VIH) peut apporter des éclairages. La transversalité est donc nécessaire.

Se saisir de la question transfrontalière (déjà évoquée dans le chapitre I) : en effet, les flux de circulation des produits psychoactifs sont aussi des flux potentiels ou des vecteurs de propagation des virus et infections. Par exemple, la circulation de produits entre la Suisse et les vallées sous-vosgiennes nécessite bien un traitement transfrontalier en matière de prévention et de RdRD puisque la salle de consommation de produits la plus proche de Mulhouse est à Bâle (où il y en a 3). Il est donc plus que temps de traiter ces questions de manière européenne et non plus seulement au sein de nos frontières.

Remettre les personnes concernées au cœur des dispositifs : les associer aux projets en leur permettant d'être acteurs est une clef du succès. Nous réaffirmons ainsi l'importance de la pair-aidance, de la santé communautaire, qui a toute sa place, notamment à travers les associations de santé communautaire. Ce point est transversal à tous les chapitres.

En matière de prévention,

- **Renforcer l'approche de RdRD** dans les structures de prise en charge, et notamment les implications des personnes dans les programmes d'échanges de seringues ou de dépistage. Cette implication étant un des piliers de la RdRD.
- **Encourager le dépistage du VIH et du VHC (Virus de l'hépatite C)** voire des IST en structures d'addictologie.
- **Poursuivre les formations TROD (Test rapide d'orientation diagnostique)** pour l'addictologie (grand turn-over des équipes médico-sociales) et travailler la qualité des activités de TROD plutôt que la quantité.
- **Travailler avec les structures d'addictologie** comme porte d'entrée possible dans un parcours de santé sexuelle.



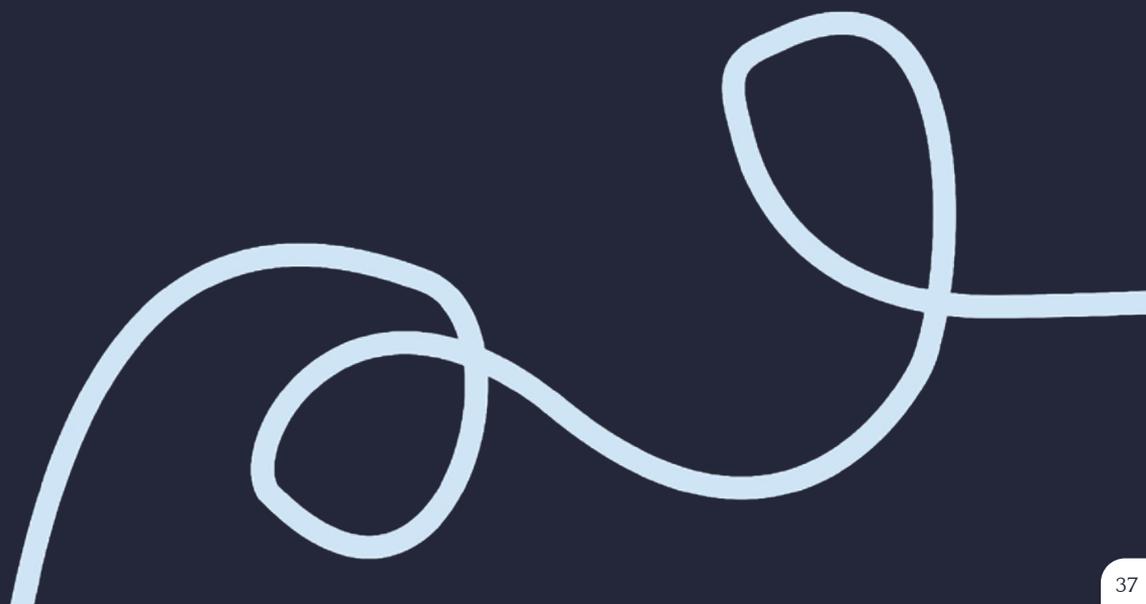
Les 6 recommandations principales

16. Rééquilibrer la composition du COREVIH en le portant à 50 membres, et notamment le collège 1, en mobilisant des infectiologues parmi les principaux services hospitaliers de la région.
17. Mener un véritable travail de recherche, de concertation et de modélisation en matière de coordination de parcours complexes en associant les personnes à tous les niveaux de prise de décisions les concernant.
18. Aller vers les structures des pays voisins, sous l'égide des activités et des politiques transfrontalières dans leur versant santé notamment, pour examiner et développer des actions concertées. Ceci est valable pour tout le champ d'activité du COREVIH.
19. Mailler davantage les territoires en développant les relais dans les structures, tout en favorisant la coordination des parcours complexes sollicitant plusieurs intervenants de différentes spécialités ou champs (sanitaire, social, juridique, carcéral...)
20. Formaliser davantage et renforcer la formation et le partage réciproque d'expérience des acteurs. Travailler de manière transversale les problématiques addictologiques, VIH, IST, hépatites virales et de santé sexuelle.
21. Elaborer et construire de manière concertée des modalités concrètes d'intervention en direction des pratiques des chemsexuels, et des publics fréquentant les milieux festifs.

Les compétences à réunir

Les personnes concernées, les structures spécialisées : CSAPA, CAARUD, LHSS (Lits halte soins santé), SCMR (salle de consommation à moindre risque), ATR (Appartements Thérapeutiques Relais), ACT (Appartements de Coordination Thérapeutique), CeGIDD, structures pénitentiaires/ milieu carcéral/ USN1 (unités de soins de niveau 1), services sociaux ...

Chapitre 4. RdRD (Réduction des Risques et des Dommages) en milieu carcéral, que reste-t-il à faire ?



Contexte

Globalement, et historiquement, les difficultés de prise en soins et de parcours des personnes en matière de prévention et de santé, ont toujours été préoccupantes dans les établissements pénitentiaires.

Pour des raisons politiques d'abord. Le cloisonnement des ministères et de leurs prérogatives respectives ont entraîné une implémentation des unités de soins dans les prisons comme étant «à côté» de la prison, tout en étant dans les murs, dans un côtoiement cloisonné entre la privation de liberté et les questions de santé.

Il a fallu la visite conjointe de la ministre de la Santé Marisol Touraine et de la Garde des Sceaux Christiane Taubira le 19 décembre 2014, de la maison d'arrêt des Croisettes à Coulaines (Sarthe) pour que ces questions de RdRD émergent au grand jour et deviennent des préoccupations des administrations pénitentiaires et sanitaires.

L'idée de mettre en place un dispositif de RdRD en milieu carcéral remonte à 2008 au sein du COREVIH Alsace, et il a fallu du temps pour arriver à réunir les acteurs, convaincre un établissement pénitentiaire d'expérimenter des dispositions de RdRD (ce fut le centre de détention d'Oermingen), et enfin d'arriver, sur la base de cette expérimentation à mettre tous les acteurs autour d'une table lors d'une **première conférence intitulée « RDR en prison, avançons ensemble ! » en 2013.**

Lors de cette conférence, l'objectif fut de dépasser les représentations, que chacun depuis son service et son champ d'action pouvait se faire de l'autre administration, de **mettre en commun les compétences, partager les savoirs et informations et dépasser les cadres respectifs pour imaginer des pistes d'implémentation de la RdRD en milieu carcéral, en associant toutes les parties prenantes.**

Puis, à partir de là, monter un programme qui, d'expé-ri-mental, est devenu pérenne, pour **prendre une dimension régionale au moment de la fusion des ante COREVIH en 2017.** D'abord proposé aux maisons d'arrêt de la région, il s'est progressivement étendu pour enfin viser, depuis trois ans, **l'ensemble des établissements pénitentiaires du Grand Est.** Ce programme financé par l'ARS s'appuie sur une convention tripartite régionale conclue entre l'ARS, la DISP et le COREVIH.

Dans ce cadre, très vite, le dispositif de RDRD en milieu carcéral a suscité l'intérêt des Ministères de la Santé et de la Justice, tout comme l'envie d'autres COREVIH et acteurs de prévention de déployer/transposer une telle politique dans leurs régions.



Contexte

.....

Quels moyens voulons-nous nous donner pour continuer ce travail, le renforcer et le rendre encore plus efficient ? Pour porter à la connaissance des autres COREVIH et réseaux de santé cette expérience, et permettre de la modéliser pour que d'autres puissent s'en inspirer ?

Comment communiquer, sensibiliser, former ?

De nouveaux axes de travail, confiés par l'ARS, sont à développer en région, comme la promotion de l'offre en santé sexuelle auprès des mineurs incarcérés et potentiellement celle des femmes détenues. Les pistes d'évolution du programme sont nombreuses et riches.

Enfin, il reste des éléments de la palette de RdRD qui n'existent toujours pas en milieu carcéral : les programmes de substitution à l'héroïne médicalisée, les PES, etc.

Et que dire de la santé sexuelle, de la prévention combinée et donc de l'accès au TPE ou de la prescription de PrEP, entre autres ?

Quelle sera notre ambition pour les années à venir ? Que voulons-nous porter, expérimenter ?



Etat des lieux et diagnostic partagé

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 dispose que « la politique de réduction des risques et des dommages s'applique également aux personnes détenues, selon des modalités adaptées au milieu carcéral » (11).

Cependant, à ce jour, aucun décret d'application de la loi ne précise ces « modalités adaptées », ne permettant pas le déploiement effectif des mesures de RDRD en prison au niveau national.

Les premières victimes en sont les personnes détenues qui nécessitent pourtant une attention particulière du fait de la vulnérabilité de ce public et des risques pris, liés aux conditions carcérales.

Les personnes incarcérées restent un des publics prioritaires en matière d'information et de prévention sur les risques de contamination. Les constats concernant l'état de santé des détenus en milieu carcéral sont les suivants :

- Les personnes détenues y apparaissent comme une population fragilisée et très vulnérable, caractérisée par une surreprésentation des catégories socio professionnelles les plus démunies, ayant un niveau éducatif peu élevé, et particulièrement concernée par des problèmes de logement et de couverture sociale avant même l'incarcération ;
- Des prévalences et/ou incidences plus élevées qu'en population générale sont relevées pour de nombreuses pathologies telles que les addictions, les maladies mentales et le suicide, les infections par le VIH, les hépatites virales, ou encore la tuberculose, avec une prévalence du VIH 3 à 4 fois supérieure à celle constatée en milieu libre, et du VHC de 4 à 5 fois (12);

- Des cas de contaminations au VIH et aux hépatites en cours d'incarcération ;
- Le choc carcéral ainsi que les conditions de promiscuité, d'hygiène, d'isolement, d'inactivité peuvent être générateurs d'une violence contre soi ou contre les autres. Elles peuvent également être à l'origine de l'aggravation ou de la réactivation de certains comportements à risques de transmission du VIH, des hépatites et des IST ;
- L'existence avérée de pratiques à risques en détention (machines à tatouer artisanales, transformation de stylos en seringues etc.) ;
- Le vieillissement de la population carcérale est à l'origine de nouveaux besoins dans le domaine des maladies chroniques ;
- Un manque de connaissance des situations présentant des risques de contaminations au VIH, aux hépatites et aux IST chez les personnes détenues.

Cette plus grande vulnérabilité des personnes est renforcée par les conditions de vie spécifiques à l'enfermement, réduisant largement l'accès au matériel de réduction des risques à usage unique (préservatifs, roule ta paille, seringues) et au matériel de désinfection. Cela participe à la clandestinité des pratiques et favorise les situations à risque d'infection (sexualité, injection, tatouage ou piercing, entre autres).



Les besoins et les pistes de travail

SUR LE FONCTIONNEMENT DES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES

Grande variabilité de fonctionnement : mise en œuvre d'une politique de RdRD très diverse d'un établissement à l'autre (selon appréciation des chefs d'établissements et des équipes soignantes), rendant le déploiement harmonisé d'outils et d'actions de prévention et d'éducation à la santé complexe.

Accessibilité aux outils (préservatifs et « Roule ta paille » (RTP)) : la centralisation des commandes en matériel de prévention au niveau du COREVIH Grand Est est une force en région et permet aux établissements une fourniture constante. Cette action est à poursuivre. En revanche, au niveau national, il semblerait qu'il y ait un recul sur la politique de mise à disposition du matériel, notamment concernant les préservatifs.

Agir au niveau national pour que le décret d'application de la Loi de 2016 – portant notamment sur la RdRD en milieu carcéral – soit publié et mis effectivement en œuvre.

ADDICTOLOGIE : Difficulté pour lutter contre les discriminations liées à la délivrance de méthadone à l'USNI (Unité de Soins de Niveau 1)

Proposer d'obtenir pour les USNI la diffusion de Buprénorphine à action prolongée, et ce, dès que les financements seront arrivés aux établissements (les pharmacies des hôpitaux sont déjà au fait de cette disposition possible)

Déployer un volet formation/sensibilisation à cette nouvelle pratique à destination des personnels soignants. Celle-ci pourrait être proposée par le COREVIH en région.

Proposer de déployer la mise à disposition de la Naloxone en accompagnant les personnels soignants, les agents de l'administration pénitentiaire et les personnes détenues à l'utilisation de cet outil en détention, et/ou à la sortie.

Renforcer la place des CAARUD en milieu carcéral dans une démarche de complémentarité quant à l'accompagnement proposé par les CSAPA Référents. De plus, les CAARUD peuvent être facilitateurs dans la mise à disposition d'outils de RdRD.

L'ACCES AUX OUTILS DE PREVENTION COMBINEE ET AUX TRAITEMENTS DONT CELUI DE L'HEPATITE C

sont insuffisamment déployés.

Quid de la proposition de dépistage VIH, hépatites, et IST (à l'entrée, pendant la détention, à la sortie) ?

Quid de la séropositivité en prison ?

Quelle réflexion pour la mise à disposition de kits TPE dans les USNI, qui est primordiale ?

L'insertion d'outils de prévention tels que les préservatifs, gels et RTP dans les kits pour arrivants n'est pas systématique, et varie d'un établissement à l'autre.

Dans certaines structures, l'**absence de formation** et de protocoles auprès des auxiliaires en charge de la coiffure entraîne une augmentation des risques de contamination par le VHC et le VHB.



Les besoins et les pistes de travail

Disparité non négligeable dans l'accès au matériel à usage unique : préservatifs difficilement accessibles hors USNI, matériel d'injection inexistant, inégalité d'accès aux RTP etc.

Il s'agit de faire reconnaître la RdRD comme étant une démarche de soins et renforcer les dispositions existantes.

QUELQUES PROPOSITIONS D'ACTION

Proposer d'intégrer la RdRD dans le cursus de formation des agents de l'administration pénitentiaire à l'ENAP (Ecole nationale d'administration pénitentiaire).

A défaut, continuer de proposer des sessions de sensibilisation à la RdRD auprès des différents établissements pénitentiaires, à destination de l'ensemble des personnels (pénitentiaires et soignants).

Intégrer les besoins en accompagnement des personnes consommatrices de substances psychoactives et promouvoir le droit à une sexualité en détention. Pour ce faire, les modes de consommation à risque de substances et conduites sexuelles doivent pouvoir être reconnus par les acteurs en charge des établissements pénitentiaires (administration, personnels, soignants).

Développer la démarche communautaire à savoir associer les personnes détenues à la réflexion et leur permettre de devenir relais d'information et d'orientation en détention.

Proposer une enquête auprès des USNI pour suivre l'évolution de la santé des personnes détenues et de la mise en œuvre de la politique de RdRD en région.

Proposer un Label « RdRD » aux établissements du Grand Est, les engageant dans la mise en œuvre effective de recommandations en matière de RdRD. Ce Label, qui disposerait du soutien de la DISP et de l'ARS, serait à construire avec un COPIL identifié en région (acteurs du milieu carcéral et de la RdRD). Un label qui aurait par exemple pour objectif de renforcer l'offre de dépistage durant toute la période d'incarcération, de continuer à proposer la quinzaine des dépistages une fois par an en milieu carcéral, de renforcer et faciliter l'accès au matériel de prévention, etc.

SUR LA QUESTION DU DEDANS/DEHORS

Travailler la continuité des soins entre le dedans et le dehors avec les USN, les JAP (juges d'application des peines), et les SPIP (services pénitentiaires d'insertion et de probation), mais aussi avec l'administration pénitentiaire (exemple : proposer de mettre systématiquement une plaquette annuaire de structures dans les effets personnels de chaque détenu à l'entrée, afin qu'en sortant, quelles que soient les circonstances, la personne dispose de quelques liens pour son suivi (accès à du matériel de RdRD, substitution, soins...)).

Améliorer les temps de préparation à la sortie notamment avec les CSAPA référents et avec les CAARUD, ainsi qu'avec les USN et le lien vers les services de soins hospitaliers.

Obtenir des démarches simplifiées pour l'inscription des détenus à la CPAM (ils dépendent de la CPAM de l'Oise) où que ce soit en France.



Les 6 recommandations principales

22. Continuer à développer la palette des outils de RdRD au sein de la détention et renforcer son utilisation pour harmoniser progressivement les pratiques, notamment en intégrant la formation à la RdRD dans la formation des surveillants.
23. Déployer davantage l'accès aux programmes de substitution et la RdRD en général (Buprénorphine, Méthadone, Naloxone, PrEP, TPE, PES, matériel de RdRD etc.)
24. Dans le but d'améliorer la continuité des soins à l'entrée, pendant et à la sortie de détention, continuer à mailler les structures en lien avec les personnes détenues, faire émerger des pistes de transmission d'informations, de liens vers des structures de prise en charge (plaquettes, préparation à la sortie, information des intervenants etc.).
25. Déployer une offre de santé sexuelle dans les établissements pénitentiaires de la région, auprès de tous les publics : hommes, femmes et mineurs incarcérés.
26. Poursuivre le travail en colloque sur la RdRD en milieu carcéral réunissant les acteurs locaux, et échanger sur les pratiques, co-construire des pistes de travail, tout en élargissant l'audience au niveau national. Au-delà d'une conférence annuelle, réunir régulièrement une commission interne au COREVIH pour réfléchir sur la RdRD en milieu carcéral et sur le déploiement de la santé sexuelle, et proposer des pistes de travail, des expérimentations.
27. Capitaliser l'expérimentation et la mise en œuvre du dispositif en Grand Est pour :
 - a. Transmettre ses modalités, et sa faisabilité aux autres régions, de manière à faire émerger possiblement un programme repris au niveau national applicable dans l'ensemble des établissements pénitentiaires de France. Au travers des échanges inter-COREVIH sur la question de la RdRD en milieu carcéral, promouvoir et faire connaître le dispositif, et proposer une modélisation, adaptable selon les régions.
 - b. Renforcer et mener un plaidoyer pour que les décrets visant à déployer les actions de RdRD en milieu carcéral voient le jour et soient appliqués dans l'ensemble des établissements pénitentiaires du Grand Est.

Les compétences à réunir

L'ensemble des acteurs travaillant en milieu carcéral ainsi que les structures œuvrant dans le champ de la RdRD doivent être associés, et notamment :

- L'Administration pénitentiaire et notamment les chefs d'établissements
- Les agents de surveillance et leurs représentants
- Les USNI
- Les JAP
- Les SPIP
- Les structures de soins assurant possiblement une continuité entre le dedans et le dehors (CSAPA, CAARUD, ACT et ATR, LAM, LHSS, Services hospitaliers, Psychiatrie de secteur...)
- Les structures éducatives (Action Educative en Milieu Ouvert AEMO, Cité de l'Enfance le cas échéant, etc...)
- Les services sociaux
- La PJJ (Protection Judiciaire de la Jeunesse) et notamment les CTPS (Conseiller Technique en Promotion de la Santé) et équipes éducatives des quartiers mineurs
- Les associations (AIDES, SOS Hépatites, etc.)

Les tutelles en région sont partie prenante pour superviser et conventionner le dispositif : l'ARS et la DISP et la DIRPJJ pour les mineurs, mais il faudra sans doute aller plus loin et associer les hôpitaux (dont dépendent les USN) etc.

Associer les détenus aux réflexions sur la RdRD et la santé sexuelle, notamment par le biais d'enquêtes, d'interviews, de groupes de paroles.

Chapitre 5.

COREVIH, une réussite de démocratie en santé ?



Contexte

.....

Christian Saout, ancien Président de AIDES et membre de la HAS, définit la démocratie sanitaire ainsi (13) :

« La démocratie sanitaire est avant tout un processus d'émancipation. Par les droits, la diffusion de la connaissance et l'engagement. Elle vise à ce que les citoyens-nes prennent en main leur santé. Individuellement quand il s'agit de se soigner. Collectivement, quand il s'agit d'orienter ou d'organiser le système de santé. »

Nous préférons ici le terme de démocratie en santé à celui de démocratie sanitaire, dans le sens où il n'existe qu'une démocratie, unique, qui doit s'exprimer dans le domaine de la santé comme partout ailleurs.

Les COREVIH s'originent dans la transformation des CISH suite notamment à la loi du 2 janvier 2002 relative à la modernisation du système de santé et à la loi du 15 mars 2002 relative à la démocratie sanitaire : les COREVIH sont ainsi nés comme instances de démocratie en santé, visant à associer l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ (qu'ils soient professionnels ou bénévoles, issus du public ou du privé, ou de l'associatif, ou encore les personnes concernées elles-mêmes) dans le but de lutter contre le VIH et de mettre fin à l'épidémie.

Pour rappel, leurs missions se sont élargies et ont été redéfinies en 2017 en 5 parties décrites pages 7 à 12 du présent document.

Cependant il faut rappeler sur **la composition des COREVIH** l'article D.3121-37 du Code de la Santé Publique (14), version en vigueur depuis le 28 avril 2017 :

« Dans la limite de cinquante membres titulaires, le comité de coordination comprend :

- **Des représentants des établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux** pouvant être choisi parmi les professionnels de santé y exerçant ;
- **Des représentants des professionnels de santé et de l'action sociale de la prévention et de la promotion de la santé ;**
- **Des représentants des malades et des usagers du système de santé ;**
- **Des personnalités qualifiées.**

II. – **Le comité élit en son sein un bureau** composé de deux représentants de chacune des quatre catégories de représentants mentionnées au I, issus du milieu hospitalier et du milieu extrahospitalier, et du président et du vice-président du comité.

III. – Le bureau est chargé de :

- Proposer l'ordre du jour des séances ;
- Assurer la coordination entre les différentes instances composant le comité ;
- Coordonner les représentations extérieures ;
- Veiller au respect du règlement intérieur.



Contexte

.....

IV. – Chaque comité établit son règlement intérieur qui précise notamment :

- Les modalités d'élection du bureau, du président et du vice-président ;
- Les missions du président et du vice-président ;
- Les modalités de délibération des membres du bureau et des membres du comité ;
- Les modalités d'organisation et de fonctionnement du comité.

Un arrêté du ministre chargé de la santé détermine les modalités de composition des comités et les conditions dans lesquelles les membres des différentes catégories précitées sont nommés par le directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort de laquelle l'établissement de santé d'accueil est situé.

A chaque membre titulaire du comité est associé un ou deux suppléants nommés dans les mêmes conditions ».

Le sujet de ce chapitre est de tenter de dresser un constat de :

- Ce à quoi ce COREVIH a abouti ;
- Ce en quoi il s'inscrit dans la volonté du législateur, en lien avec une politique menée depuis le plus haut niveau de l'Etat ;
- Ce à quoi il répond en termes de Santé Publique ;
- Et quelle est sa vision des prochaines mandatures.

Ce modèle de COREVIH est-il une réussite ?

Comment faire pour créer des vrais modèles de réflexion collective, de participation active de l'ensemble des acteurs à l'avancée de pistes de résolutions de nos problématiques ?

Comment le COREVIH peut-il être une interface démocratique éclairant par son expertise la co-définition avec l'ARS des axes de santé publique, lui facilitant une prise de décision stratégique pertinente ?



Etat des lieux et diagnostic partagé

Le COREVIH Grand Est d'aujourd'hui est issu de la fusion du COREVIH Alsace avec celui de Lorraine et Champagne-Ardenne en 2017, après que la réforme sur les découpages administratifs des régions soit adoptée par le Parlement.

Cette fusion s'est faite dans un contexte complexe :

- Les deux COREVIH se sont construits dans la continuité des CISIH d'avant 2007 et selon leur histoire respective. Le COREVIH Lorraine et Champagne-Ardenne, était traditionnellement hospitalo-centré et le COREVIH Alsace s'est construit sur une association des acteurs très large allant du secteur associatif au secteur hospitalier. **Ce sont donc deux COREVIH très différents qui ont fusionné.**
- La fusion des deux COREVIH s'est faite sur **un périmètre de missions élargi au Grand Est**, assorti de missions nouvelles dont la coordination des CeGIDD.
- Cela s'est fait sur la base d'un budget fusionné diminué par rapport à l'addition des deux budgets antérieurs, ce qui a très vite posé la question de « comment faire plus, avec moins de moyens ? », puisque des missions supplémentaires furent confiées par l'ARS, sans pour autant allouer les moyens nécessaires pour les mener à bien.

Les constats :

- **La composition du COREVIH actuel** (mandat 2019-2023) qui s'est faite sur fonds de médiation, puis dissolution et recomposition émanant de la Tutelle, et réduit à 42 membres au lieu de 50, a entraîné une désaffection de la part des infectiologues, ce qui a gêné certaines missions du COREVIH, sans pour autant empêcher le travail de concertation entre les acteurs.

- **La plupart des infectiologues en poste sont en voie de partir à la retraite.** Des jeunes médecins arrivent, qui n'ont pas été baignés dans l'histoire des COREVIH. Il convient donc de les chercher pour les associer.
- **La prise en considération de l'expertise produite par l'intelligence collective des acteurs du COREVIH au décours de ses travaux est trop souvent balayée par une vision purement comptable**, qui dénie une grande part de l'aspect démocratique ou contributif à l'élaboration d'une politique locale de santé publique en matière de lutte contre le VIH et les IST.
- **Cette notion de démocratie au sens de la participation et la concertation est donc absente**, et entraîne de facto une désaffection du terrain. Pour exemple, le COREVIH Grand Est est le seul de France où le dialogue de gestion ne se pose pas en termes de discussion sur les grandes lignes des missions de la coordination, et sur les grandes masses du budget, mais va jusqu'à régenter le détail de chaque ligne budgétaire, même pour des montants inférieurs à 200 euros.
- Cela laisse, par conséquent, le Bureau du COREVIH perplexe sur la prise en compte effective de son rôle, d'autant que **les consignes de l'ARS sont données en management direct aux salariés du COREVIH, sans réelle concertation avec le Bureau.**
- **Il n'y a plus guère de place pour l'innovation ou l'expérimentation.** Aucune idée nouvelle aussi pertinente et efficiente fusse-t-elle, ne peut plus être discutée.



Etat des lieux et diagnostic partagé

.....

- Pourtant le COREVIH s'est construit, selon l'esprit de la loi, comme **une conjonction des acteurs de terrain, pour être à l'interface, entre les décisions de politique de santé publique et l'expertise de terrain**, et pour faire le lien entre ce qui monte et est censé éclairer les choix et décisions, et ce qui descend et permet de donner un périmètre de travail ou de mission.
- **L'interrogation dès lors sur une forme de prise en main du COREVIH par l'ARS qui veut en faire un simple opérateur**, plutôt qu'une vraie coordination (qui est selon le dictionnaire, une structure visant à mettre des acteurs autour d'une table pour les coordonner et aboutir collégialement à atteindre des objectifs fixés en concertation), doit amener une réflexion sur la frontière entre une coordination et une exécution opérationnelle.
- Il faut donc impérativement refaire prendre conscience que **le COREVIH, de par l'extrême diversité de ses acteurs, est une caisse de résonance du terrain**, et donc de la population. Que de ce fait l'expertise de terrain, consolidée par l'expertise des recherches épidémiologiques, et la représentativité des acteurs, sont autant d'outils permettant d'éclairer des prises de décision. Casser cela revient à démobiliser les acteurs, et à vider le COREVIH de son essence même, et donc de le rendre inopérant.

Sur la mise en œuvre du COREVIH dans sa mouture actuelle, il faut noter que, malgré ces circonstances peu favorables, le COREVIH a su :

- **Rassembler les acteurs**, les associer aux réflexions sur l'épidémiologie et ses implications sur le terrain ;

- Ce faisant, **de prendre en compte les représentants des usagers** (la démocratie en santé reposant sur le principe qu'ils ont leur mot à dire et doivent être impliqués dans les choix qui les concernent et à tous les niveaux de prise de décision ...)
- **Travailler sur des pratiques et le déploiement d'axes de prévention**, produire du partage de savoirs et d'information sur l'approche en santé sexuelle ;
- **Développer des campagnes de communication** (« JeB4ise, Ben ouais) et des outils (flyer PrEP, badge « y'a pas que les IST dont on peut parler #violences, bon de commande sur internet pour le matériel de prévention...) au plus près des besoins et souhaits des acteurs, personnes concernées, associatifs, bénévoles ou salariés, professionnels de CeGIDD ;
- **Construire et produire une expertise capitalisée sur le croisement des regards entre les données épidémiologiques, la recherche et l'expérience de terrain ;**
- **Coordonner les principaux événements régionaux de gouvernance partagée** (plénières, réunions de bureau, réunions de collectifs, etc)
- **Mettre en place une forme de cohésion des CeGIDD** basée sur le partage de savoirs, de pratiques, d'expériences, mais aussi de formation continue, et en ce sens initier une dynamique régionale sur le déploiement d'une approche de santé sexuelle intégrant les populations vulnérables, tout en travaillant via les acteurs aux actions hors les murs...

Indéniablement le bilan est donc mitigé.



Les besoins et les pistes de travail

Penser le renouvellement du COREVIH à venir en termes de mobilisation des acteurs,

pour travailler au mieux la cohésion collective (personnes concernées, professionnels, acteurs associatifs), autour des problématiques inhérentes aux missions du COREVIH, dégager un consensus, faire alliance et coconstruire une politique de santé publique en éclairant les décideurs.

Cette co-construction d'axes de travail, de projets, doit se faire à tous les niveaux avec comme préalables incontournables, le fait d'associer les compétences en « bonne industrie » tout en respectant la liberté de parole.

Les missions qui sont confiées au COREVIH sont de deux ordres :

- Celles qui sont dans les textes
- Celles que le COREVIH estime nécessaires et pertinentes

Ces deux éléments forment un champ conceptuel et fondateur d'une expertise alimentée et confortée par l'analyse des évolutions épidémiologiques.

Le COREVIH étant producteur d'une expertise, il convient de la définir, sur la base des méthodes et règles de base partagées par chaque acteur,

mises en commun, des réalités de terrain et des données épidémiologiques. Le fait de colliger le tout permet de faire des recherches, d'analyser, de faire des propositions et de les transmettre.

Le COREVIH, au-delà de l'animation territoriale, doit repenser une forme de travail thématique regroupant des membres ou acteurs pour justement produire cette expertise.

On a vu par exemple le succès de la commission prison sur les deux dernières mandatures. Cette forme de travail doit pouvoir se décliner localement soit en commissions, soit en ateliers, selon le but recherché. (Opérationnel ou conceptuel).

Le COREVIH doit également incarner une dimension « d'observatoire » en matière de VIH et d'IST dans une approche de santé sexuelle

Pour faire cela, il lui faut s'adjoindre des compétences sociologiques, géographiques, économiques pour croiser des cartes, et établir des projections contextualisées de la vision de l'épidémie à VIH et des IST.

Il faut également revoir les critères et items nécessaires pour affiner ses actions. Par exemple trop peu de données fiables et exploitables sont disponibles en matière de déploiement de la PrEP.



Les 7 recommandations principales

28. Revendiquer et retrouver la place d'expert décrite dans la mission 4 du décret de 2018 sur les COREVIH concourant, par son expertise, à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques nationales et régionales de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine et dans le domaine de la santé sexuelle.
29. Réaffirmer les missions définies dans le décret et les rediscuter en termes de périmètre et de travail concerté avec l'ARS,
30. Plaider pour un rééquilibrage d'un COREVIH de 50 membres, en diversifiant les acteurs au regard de l'évolutivité des missions.
31. Mettre en place une véritable animation territoriale pour décliner la coordination régionale en proximité du terrain et des acteurs, selon un échelon territorial à définir (département ?).
32. Poursuivre l'élaboration des indicateurs épidémiologiques et travaux de recherches dont le COREVIH a besoin pour mener ses missions, réaffirmer et faire valoir que le qualitatif est bien plus important que le quantitatif (qui n'est pas représentatif d'une efficacité, mais d'un volume).
33. S'accorder sur des indicateurs d'évaluation pertinents des actions du COREVIH.
34. Élargir la participation des personnes concernées par l'organisation de consultations sous forme de focus group, par la participation à des travaux de réflexion en séminaires, des sondages, enquêtes, etc.

Les compétences à réunir

Le COREVIH a besoin de l'ensemble des acteurs du champ VIH et IST, mais également des compétences en matière de santé sexuelle ou de recherche épidémiologique.

Dans sa composition, il serait bon, que cela soit sur le plan des membres ou du staff salarié, qu'il y ait des compétences sociologiques, géographiques, un retour des infectiologues, un ou deux patients experts.

Chapitre 6.

COREVIH : expert de santé publique face aux virus émergents ?

Contexte

.....

Le COREVIH est issu des textes de la loi Kouchner relative à la démocratie sanitaire du 15 mars 2002, et fait suite aux CISIH créés en 1988. **La lutte contre le VIH constitue son capital d'expérience et d'expertise en matière épidémiologique et de définition des réponses aux enjeux posés par cette épidémie.**

La capitalisation du savoir en matière d'état des lieux, de mobilisation des acteurs, de création de parcours, de réactivité concertée face à des problématiques, au décours de la longue histoire du VIH depuis près de 40 ans, donne une capacité à modéliser et transférer des savoir-faire en matière de lutte contre les épidémies.

Ces dernières années ont amené le COREVIH, de fait, à prendre une part active à la lutte contre le COVID, puis contre le Monkeypox.

Pour autant, la mise au service de la Santé Publique de l'expertise du COREVIH doit-elle s'accompagner d'un élargissement de ses missions aux virus émergents ? Ou bien le COREVIH doit-il agir comme un « modélisateur » par des apports en connaissance et en opérationnalité de riposte face à des virus ?

Quel est en conséquence le rôle que peut, que doit prendre le COREVIH dans ces événements ?

Etat des lieux et diagnostic partagé

.....

- **La France n'est pas à l'abri d'une maladie infectieuse, pandémique.** Nous avons eu successivement les épidémies de COVID et celle du Monkeypox, et l'on sait aujourd'hui qu'avec le réchauffement climatique et ses conséquences, d'autres zoonoses vont vraisemblablement se développer et se transformer en pandémies.
- Or quand on parle de zoonoses, l'impact sur l'environnement, sur les modes de vie, sur l'économie et sur les échanges au niveau international montre bien que les décisions et la lutte doivent s'organiser de manière concertée entre les pays. Personne, seul, ne peut régler ces questions. Il s'agit donc d'examiner et de définir où, comment, et à quel niveau, modestement, le COREVIH peut contribuer.
- **Le COREVIH est sans conteste un expert de la lutte contre le VIH sur le plan de la stratégie de santé publique** issue de l'expérientiel de terrain et de la construction, conceptualisation et modélisation de réponses au virus.
- Cette expertise s'est faite sur la durée, environ 40 ans. Elle est capitalisable, pour peu qu'elle soit recueillie, écrite et transmise, à toutes fins utiles, et si possible AVANT la prochaine crise sanitaire.
- **Se pose également la question du niveau d'expertise et de retour d'expérience** : quel pourrait être l'apport du COREVIH (régional) à des questions qui devraient se traiter au niveau national, voire à l'international.



Etat des lieux et diagnostic partagé

.....

- On a pu constater au cours de l'épidémie à Covid que nombre de CeGIDD ont été fermés et leurs professionnels réaffectés à d'autres missions, mettant de fait en suspens toute activité de dépistage, non seulement durant les premières semaines de l'épidémie, mais également, pour certains, dans la durée. Ceci est de nature à avoir affecté le recours à la PrEP, à avoir favorisé la propagation d'IST, etc.
- De surcroît, l'activité habituelle du COREVIH a été suspendue de par la mobilisation de ses salariés (TECs, équipe de coordination) sur d'autres activités (recherche Covid, plateforme Covéthic, régulation médicale SAMU, appui aux médecins généralistes pour la création de filières dédiées...).
- **Les participants à la plénière du COREVIH s'accordent pour dire que seuls l'apport en méthodologie, ou d'expertise, ou de mise en œuvre d'une campagne vaccinale, ou encore si le virus émergent est en lien avec la santé sexuelle, sont des éléments de nature à impliquer le COREVIH.**
- Cette implication du COREVIH, en appoint, ne doit pas se faire au détriment de ses missions fondamentales.

Les besoins et les pistes de travail

.....

- Le COREVIH pourrait capitaliser sur ce retour d'expérience des 40 ans de VIH auprès du grand public et des politiques, selon un éclairage scientifique, sociologique, culturel, militant, juridique etc. en montant une exposition, écrivant un livre ou dans le cadre d'un reportage vidéo...
- Créer un groupe de réflexion permettant de produire un schéma d'intervention partagée, ou charte, en cas d'urgence sanitaire lié à une épidémie nouvelle.
- Valoriser l'expertise du VIH pour une expertise généralisée d'autres virus émergents.
- Evaluer les actions et essayer celles qui ont fonctionné pour les virus émergents afin de pouvoir être plus réactifs/ efficaces, et surtout en évaluant la place en tant qu'acteurs qu'ont pris les personnes concernées, par exemple la réactivité et la mobilisation des populations HSH pour pousser à se faire vacciner contre le Monkeypox.



Les 3 recommandations principales

- 35. Capitaliser notre expérience et construire un groupe de travail pour mettre en place des stratégies et notamment des schémas d'intervention partagée et contribuer, ainsi, à faire émerger une méthodologie de riposte à ce type d'épidémies, en lien avec d'autres groupes d'experts
- 36. Le comité se positionne très fortement sur le fait de rester sur ses missions définies par les textes, à savoir lutter contre le VIH et les IST dans une approche de santé sexuelle.
- 37. De ce fait, en cas d'épidémie, le COREVIH peut mettre à contribution ses compétences, y compris sur le terrain, en veillant à ce que cela ne se fasse pas au détriment de ses missions.

Les compétences à réunir

Éventuellement **s'associer avec d'autres experts en santé publique** dans une commission ou un groupe de réflexion sur l'élaboration d'une méthodologie pour faire face aux virus émergents et élaborer des réponses organisationnelles possibles selon les réalités locales.

Récapitulatif des recommandations

....

Récapitulatif des recommandations

- 1. Conformément aux textes en vigueur, renforcer le rôle d'expert et de coordination du COREVIH**, en appui à l'ARS, et dans ce cadre, aider celle-ci à la prise de décisions efficaces et pertinentes face aux enjeux en matière de lutte contre le VIH.
- 2. Faire du COREVIH une véritable coordination de proximité des acteurs** (patients, acteurs sanitaires, sociaux et administratifs), en animant des réflexions, concertations, et des travaux de co-construction d'actions auxquels ils soient associés.
- 3. Clarifier la mission de coordination des CeGIDD** : amplifier la mise en contact des acteurs et des CeGIDD, devenir support technique et formatif, mieux articuler ces partenaires avec l'ARS. En bref, forte demande de co-construire la coordination en s'associant (les CeGIDD et le COREVIH)
- 4. Renforcer la recherche épidémiologique** en construisant un observatoire des parcours des populations cibles, ce qui ne peut se faire sans concertation avec les autres acteurs disposant d'indicateurs.
- 5. Développer la formation initiale et continue** des acteurs : médecins de ville, soignants en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), bénévoles associatifs...
- 6. Se concentrer sur les publics vulnérables** ou cibles au vu des moyens limités alloués au COREVIH. Cependant dans une vision systémique de la prévention, une sensibilisation du grand public, relevant du rôle de l'Etat, est également nécessaire pour développer le niveau d'acceptabilité globale et faciliter la parole.
- 7. S'emparer de la question du vieillissement** des PVVIH et à minima mettre en place une commission de travail visant à identifier et recueillir les besoins, dresser un état des lieux et construire un plan d'action, travailler sur les situations sociales complexes.
- 8. Le COREVIH affirme vouloir positionner son cœur de métier sur la promotion de la santé sexuelle des populations vulnérables au VIH et aux IST**, et ce faisant se destiner à être ouvert à terme à toutes formes de collaborations utiles avec d'autres partenaires et structures sur la santé sexuelle globale.
- 9. En conséquence, le maillage doit être une priorité des prochaines années.** De par son expérience acquise, le COREVIH peut s'appuyer sur son expertise en termes de coordination, de mise en œuvre d'un observatoire, de réalisation d'un diagnostic, de création et protocolisation de parcours à partir des besoins de la personne concernée.
- 10. Cette forme de coordination et de mise en œuvre de parcours complexes** nécessite une montée en compétence des personnes présentes dans et autour du COREVIH, que ce soient des professionnels ou des bénévoles associatifs, notamment provenant des associations d'usagers du système de santé.
- 11. Constituer une plateforme santé-droits**, visant à favoriser l'accès à la prévention, aux soins de toute population vulnérable, et spécialement les personnes en cumul de vulnérabilités, quel que soit leur statut au regard des lois françaises, et qui constituent une part non négligeable de l'épidémie cachée.
- 12. Pour la coordination des CeGIDD** : amplifier la mise en contact et en relation des acteurs, devenir support technique et formatif, mieux articuler les CeGIDD avec l'ARS ; il existe une forte demande de co-construire une véritable coordination qui dépasse le stade actuel de la simple animation.

Récapitulatif des recommandations

13. **Dans les zones à forte prévalence de VIH**, travailler avec les partenaires l'évaluation de la pertinence pour la mise en place de centres de santé sexuelle communautaires (sur le modèle de Dean Street à Londres). Accompagner l'émergence de projets, en vue de permettre aux populations vulnérables un accès sans condition aux dépistages, aux outils de prévention combinée, et aux traitements des IST, voire au traitement VIH dans une vraie approche de santé sexuelle. Sur le reste du Grand Est, déployer une offre adaptée selon un diagnostic territorial partagé.
14. **Sur le plan de la formation, articuler l'approche de santé sexuelle avec la lutte contre le VIH et les IST pour les publics vulnérables.**
15. **Sur le plan organisationnel :**
 - a. Au regard de l'échelon de coordination : la coordination au niveau de la région Grand Est reste importante pour garder une unité conceptuelle, avec une politique régionale en termes de formation, de montée en compétences, d'outils de communication, mais il y a également besoin de coordinations locales, de plateformes territoriales ;
 - b. Au regard de l'opérationnalité de la coordination : en pratique, le COREVIH est l'acteur de choix, car les acteurs locaux n'auraient pas le temps de faire vivre des collectifs locaux – mais cela souligne à nouveau la nécessité d'animateurs territoriaux (selon par exemple une base départementale).
16. **Rééquilibrer la composition du COREVIH** en le portant à 50 membres, et notamment le collège 1, en mobilisant des infectiologues parmi les principaux services hospitaliers de la région.
17. **Mener un véritable travail de recherche, de concertation et de modélisation** en matière de coordination de parcours complexes en associant les personnes à tous les niveaux de prise de décisions les concernant.
18. **Aller vers les structures des pays voisins**, sous l'égide des activités et des politiques transfrontalières dans leur versant santé notamment, pour examiner et développer des actions concertées. Ceci est valable pour tout le champ d'activité du COREVIH.
19. **Mailler davantage les territoires** en développant les relais dans les structures, tout en favorisant la coordination des parcours complexes sollicitant plusieurs intervenants de différentes spécialités ou champs (sanitaire, social, juridique, carcéral...)
20. **Formaliser davantage et renforcer la formation et le partage réciproque d'expérience des acteurs.** Travailler de manière transversale les problématiques addictologiques, VIH, IST, hépatites virales et de santé sexuelle.
21. **Elaborer et construire de manière concertée** des modalités concrètes d'intervention en direction des pratiques des chemsexuels, et des publics fréquentant les milieux festifs.
22. **Continuer à développer la palette des outils de RdRD** au sein de la détention et renforcer son utilisation pour harmoniser progressivement les pratiques, notamment en intégrant la formation à la RdRD dans la formation des surveillants.
23. **Déployer davantage l'accès aux programmes de substitution et la RdRD en général** (Buprénorphine, Méthadone, Naloxone, PrEP, TPE, PES, matériel de RdRD etc.)
24. **Dans le but d'améliorer la continuité des soins à l'entrée, pendant et à la sortie de détention**, continuer à mailler les structures en lien avec les personnes détenues, faire émerger des pistes de transmission d'informations, de liens vers des structures de prise en charge (plaquettes, préparation à la sortie, information des intervenants etc.).

Récapitulatif des recommandations

25. **Déployer une offre de santé sexuelle dans les établissements pénitentiaires** de la région, auprès de tous les publics : hommes, femmes et mineurs incarcérés.
26. **Poursuivre le travail en colloque sur la RdRD en milieu carcéral** réunissant les acteurs locaux, et échanger sur les pratiques, co-construire des pistes de travail, tout en élargissant l'audience au niveau national. Au-delà d'une conférence annuelle, réunir régulièrement une commission interne au COREVIH pour réfléchir sur la RdRD en milieu carcéral et sur le déploiement de la santé sexuelle, et proposer des pistes de travail, des expérimentations.
27. **Capitaliser l'expérimentation et la mise en œuvre du dispositif** en Grand Est pour :
 - a. Transmettre ses modalités, et sa faisabilité aux autres régions, de manière à faire émerger possiblement un programme repris au niveau national applicable dans l'ensemble des établissements pénitentiaires de France. Au travers des échanges inter-COREVIH sur la question de la RdRD en milieu carcéral, promouvoir et faire connaître le dispositif, et proposer une modélisation, adaptable selon les régions.
 - b. Renforcer et mener un plaidoyer pour que les décrets visant à déployer les actions de RdRD en milieu carcéral voient le jour et soient appliqués dans l'ensemble des établissements pénitentiaires du Grand Est.
28. **Revendiquer et retrouver la place d'expert** décrite dans la mission 4 du décret de 2018 sur les COREVIH concourant, par son expertise, à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques nationales et régionales de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine et dans le domaine de la santé sexuelle.
29. **Réaffirmer les missions** définies dans le décret et les rediscuter en termes de périmètre et de travail concerté avec l'ARS,
30. **Plaider pour un rééquilibrage** d'un COREVIH de 50 membres, en diversifiant les acteurs au regard de l'évolutivité des missions.
31. **Mettre en place une véritable animation territoriale** pour décliner la coordination régionale en proximité du terrain et des acteurs, selon un échelon territorial à définir (département ?).
32. **Poursuivre l'élaboration des indicateurs épidémiolo-giques et travaux de recherches** dont le COREVIH a besoin pour mener ses missions, réaffirmer et faire valoir que le qualitatif est bien plus important que le quantitatif (qui n'est pas représentatif d'une efficacité, mais d'un volume).
33. **S'accorder sur des indicateurs d'évaluation** pertinents des actions du COREVIH.
34. **Elargir la participation** des personnes concernées par l'organisation de consultations sous forme de focus group, par la participation à des travaux de réflexion en séminaires, des sondages, enquêtes, etc.
35. **Capitaliser notre expérience** et construire un groupe de travail pour mettre en place des stratégies et notamment des schémas d'intervention partagée et contribuer, ainsi, à faire émerger une méthodologie de riposte à ce type d'épidémies, en lien avec d'autres groupes d'experts.
36. **Le comité se positionne** très fortement sur le fait de rester sur ses missions définies par les textes, à savoir lutter contre le VIH et les IST dans une approche de santé sexuelle.
37. **De ce fait, en cas d'épidémie, le COREVIH peut mettre à contribution ses compétences**, y compris sur le terrain, en veillant à ce que cela ne se fasse pas au détriment de ses missions.

Conclusion

.....

La réunion plénière du 10 octobre 2023 a validé les recommandations ci-dessus et a mis l'accent sur :

- **la mission d'expertise,**
- **la structuration du COREVIH (comité à 50 membres et composition),**
- **la construction collégiale d'un plan d'actions visant à stopper l'épidémie à VIH en 2030,**
- **l'affinage des parcours complexes,**
- **la coordination des acteurs et le maillage territorial (y compris en CeGIDD) et son animation,**
- **la formation**
- **des commissions thématiques ou groupes de travail.**

Ainsi, dans les échanges sont apparues des recommandations qui sont transversales (répétées dans plusieurs chapitres) ou des recommandations qui peuvent s'appliquer à l'ensemble des missions du COREVIH.

D'autres recommandations générales sont apparues au décours des discussions :

- Il apparaît que **la question des moyens est primordiale**, et qu'il convient de mettre ceux-ci en adéquation avec les missions et le plan d'actions du COREVIH.
- Le COREVIH est juridiquement une instance de démocratie en santé, missionnée sur l'ensemble du parcours de soins des personnes (allant de la prévention aux soins et à la qualité de vie). **Du fait de son positionnement comme acteur de démocratie en santé, le COREVIH gagnerait à avoir pour interlocuteur à l'ARS la Direction de la Stratégie (DIRSTRAT)**. Depuis là, il resterait articulé avec les Directions de la Promotion de la Santé, de la Prévention et de la Santé Environnementale (DPSPSE) et des Soins De Proximité (DSDP) et serait en lien avec celle de l'Offre Sanitaire (DOS).

La réunion plénière d'octobre s'est attachée à faire émerger une ébauche de hiérarchisation des recommandations. Le bureau du COREVIH s'en saisira lors d'un séminaire de travail afin de proposer un plan d'actions qui pourra servir de base de discussion avec l'ARS pour les années à venir.

SOMMAIRE

Présentation	p.04
Méthode	p.05
Les missions du COREVIH GE	p.07

CHAPITRE 1

Que reste-t-il à faire dans la lutte contre le VIH ?

Contexte	p.14
Etat des lieux et diagnostic partagé	p.15
Les besoins et les pistes de travail	p.17
Les 7 recommandations principales	p.19
Les compétences à réunir	p.20

CHAPITRE 2

Santé sexuelle : quelles missions pour le COREVIH ?

Contexte	p.22
Etat des lieux et diagnostic partagé	p.24
Les besoins et les pistes de travail	p.27
Les 7 recommandations principales	p.28
Les compétences à réunir	p.30

CHAPITRE 3

Quelle(s) contribution(s) de l'addictologie à la lutte contre le VIH, les hépatites et la santé sexuelle ?

Contexte	p.32
Etat des lieux et diagnostic partagé	p.33
Les besoins et les pistes de travail	p.34
Les 6 recommandations principales	p.36
Les compétences à réunir	p.36

CHAPITRE 4

RdRD (Réduction des Risques et des Dommages) en milieu carcéral, que reste-t-il à faire ?

Contexte	p.38
Etat des lieux et diagnostic partagé	p.39
Les besoins et les pistes de travail	p.41
Les 7 recommandations principales	p.43
Les compétences à réunir	p.44

CHAPITRE 5

COREVIH, une r de démocratie en santé ?

Contexte	p.46
Etat des lieux et diagnostic partagé	p.48
Les besoins et les pistes de travail	p.50
Les 7 recommandations principales	p.51
Les compétences à réunir	p.51

CHAPITRE 6

COREVIH, expert de santé publique face aux virus émergents ?

Contexte	p.53
Etat des lieux et diagnostic partagé	p.54
Les besoins et les pistes de travail	p.55
Les 3 recommandations principales	p.55
Les compétences à réunir	p.55

Récapitulatif des recommandations	p.56
Conclusion	p.60
Sommaire	p.61
Bibliographie	p.62
Glossaire	p.63

Bibliographie

- 1) Morelle DA, Muscatelli A. Rapport IGAS Organisation des structures de prévention et de prise en charge en santé sexuelle. 2023 févr.
- 2) Légifrance. Décret n° 2017-682 du 28 avril 2017 relatif à la coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine. 2017-682 avr 28, 2017.
- 3) Légifrance. DGOS DGS Instruction du 5 avril 2018 relative à la compétence territoriale et au fonctionnement des comités de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH). [cité 22 août 2023]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2018/18-05/ste_2018005_0000_0033.pdf
- 4) Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé sexuelle. [cité 5 déc 2020]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
- 5) ANRS. Epidémie cachée. vih.org. [cité 22 août 2023]. Disponible sur : <https://vih.org/20130429/epidemie-cachee-la-majorite-des-personnes-ignorant-leur-seropositivite-devrait-etre-sous-traitement/>
- 6) WHO. Principaux repères sur le VIH/sida. [cité 22 août 2023]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- 7) CEPED. Enquête parcours de vie et santé des Africains immigrés en France. [cité 22 août 2023]. Disponible sur : <https://www.ceped.org/parcours/>
- 8) World Health Organization. Santé sexuelle. [cité 21 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health>
- 9) Ministère de l'Éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports. Éducation à la sexualité. [cité 25 janv 2021]. Disponible sur : <https://www.education.gouv.fr/education-la-sexualite-1814>
- 10) Légifrance. Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique. 2005-347 avr 14, 2005. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT00000259240/2021-01-17/>
- 11) Légifrance. Loi de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
- 12) Enquête Prevacar octobre 2011.pdf. [cité 22 août 2023]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/enquete_prevacar_-_violet_offre_de_soins_-_vih_hepatites_et_traitements_de_substitution_en_milieu_carceral_octobre_2011.pdf
- 13) Saout C. La démocratie en santé. Comprendre et s'engager. Presses de l'EHESP; 2022. Disponible sur : <https://www.cairn.info/la-democratie-en-sante--9782810910281.htm>
- 14) Légifrance. Code de la santé publique - Article D3121-37 relatif à la coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034546168/2021-10-17

Glossaire

ACT Appartements de Coordination Thérapeutique	IST Infection Sexuellement Transmissible
ANRS Agence nationale de recherches sur le SIDA et les hépatites	JAP Juge d'application des peines
ANSM Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé	LHSS Lits halte soins santé
ARS Agence Régionale de Santé	OMS Organisation mondiale de la santé – WHO pour World Health Organization, en anglais
ATR Appartements Thérapeutiques Relais	ORS Observatoire Régional de la Santé
CAARUD Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues	PASS Permanences d'accès aux soins de santé
CeGIDD Centres gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic	PES Programme d'échanges de seringues
CIDFF Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles	PMI Protection maternelle et infantile
CIRE Cellule d'Intervention (de Santé publique France) en Région	PrEP Prophylaxie pré-exposition au VIH
CISIH Centre d'Informations et de Soins de l'Immunodéficience Humaine	PRS Projet régional de santé
CNS Conseil national du sida et des hépatites virales	PVVIH Personne vivant avec le VIH
CPEF Centre de Planification ou d'Éducation familiale	RdRD Réduction des Risques et des Dommages
CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie	RTP « Roule ta paille »
CPOM Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens	SIDA Syndrome d'Immunodéficience Acquise
CRSA Conférence régionale de la santé et de l'autonomie	SNSS stratégie nationale de santé sexuelle
CSAPA Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie	SPIP Service pénitentiaire d'insertion et de probation
COREVIH Comité de coordination régionale des acteurs de la lutte contre le VIH, les IST et les hépatites virales	USNI unités de soins de niveau 1
DISP Direction interrégionale des services pénitentiaires	TasP Treatment as Prevention
EHPAD Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	TdS Travailleur.se du sexe
HAS Haute Autorité de Santé	TEC Technicien.ne d'Études Cliniques
HSH Homme ayant des rapports sexuels avec des hommes	TPE Traitement Post-Exposition au VIH
IGAS Inspection Générale des Affaires Sociales	TROD Test rapide d'orientation diagnostique
INSERM Institut national de la santé et de la recherche médicale	VHB Virus de l'hépatite B
	VHC Virus de l'hépatite C
	VIH Virus de l'Immunodéficience Humaine

**Remerciements à l'Agence Santé Sexuelle – Lyon – pour sa contribution graphique.
Imprimé par le Groupe Centre Alsacien de Reprographie.
Strasbourg – novembre 2023**

