



**HAL**  
open science

# Prévention des infections sexuellement transmissibles : une lecture écologique d'un plan de prévention français relatif à la santé sexuelle. Une revue de la littérature de 2009 à 2019

Alexy Laughton

## ► To cite this version:

Alexy Laughton. Prévention des infections sexuellement transmissibles : une lecture écologique d'un plan de prévention français relatif à la santé sexuelle. Une revue de la littérature de 2009 à 2019. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03073759

**HAL Id: dumas-03073759**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03073759v1>**

Submitted on 16 Dec 2020

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0  
International License

**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES**  
**UFR de Médecine et des Sciences de la Santé**

**BREST**

**MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES**

**DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME**

**ANNÉE 2020**

**PRÉVENTION DES INFECTIONS SEXUELLEMENT  
TRANSMISSIBLES : UNE LECTURE ÉCOLOGIQUE D'UN PLAN DE  
PRÉVENTION FRANÇAIS RELATIF À LA SANTÉ SEXUELLE**

**Une revue de la littérature de 2009 à 2019**

**Présenté et soutenu par Alexy Laughton**  
**né le 16 septembre 1997**

**à Brest, le                      2020**

**Directeur de mémoire : Gaëlle Delpech-Dunoyer**

**Président du jury :**

## **REMERCIEMENTS :**

J'exprime toute ma reconnaissance envers Madame Gaëlle Delpech-Dunoyer, sage-femme enseignante, pour toutes ses lumières au cours de ces deux années, fussent-elles académiques, professionnelles ou personnelles.

Je remercie chaleureusement tous ceux qui m'ont aidé lors de la confection de ce travail et qui ont pu me soutenir au gré de ces études. De tout cœur merci.

## **TABLE DES MATIERES**

1. <u>INTRODUCTION</u> :	1
2. <u>MÉTHODE</u> :	4
2.1 Revue de la littérature :	4
2.2 Durée et lieu de l'étude :	4
2.3 Outils de recherche – Bases de données interrogées :	4
2.4 Outils de recherche – Mots-clefs employés :	5
2.5 Sélection des articles trouvés :	5
2.6 Grille d'analyse des résultats obtenus :	5
3. <u>RÉSULTATS</u> :	6
3.1 Après lecture des titres et abstracts :	6
3.2 Après lecture des textes entiers :	6
4. <u>ANALYSE</u> :	10
4.1 En ce qui concerne la structure générale :	10
4.2 En ce qui concerne les actions individuelles :	10
4.3 Synthèse :	15
5. <u>DISCUSSION</u> :	16
5.1 Forces et limites de l'étude.....	16
5.2 Une mise en œuvre incertaine.....	16
5.3 Les apports théoriques de la sociologie.....	18
5.4 Une intervention issue d'une analyse écologique : ça marche.....	21
6. <u>CONCLUSION ET PERSPECTIVES D'AVENIR</u> .....	22
7. <u>BIBLIOGRAPHIE</u> :	24
8. ANNEXES :	28

## 1. INTRODUCTION :

En 2018 la situation alarmante de la France vis-à-vis des infections sexuellement transmissibles (IST) a été réaffirmée par Santé publique France. Le nombre de diagnostics croît depuis le début du siècle (1). En 2018, face à cette problématique actuelle (et future) les organisations sanitaires de l'État ont réagi. La Haute Autorité de Santé (HAS) a réévalué sa stratégie de dépistage du *C. trachomatis* (CT), prônant une augmentation de la fréquence du dépistage ainsi qu'un élargissement des populations ciblées (2). L'année 2018 a également engendré l'inscription du préservatif masculin au registre des dispositifs médicaux remboursables (3). Quelques mois plus tôt, 65 pourcent des jeunes de 15 à 24 ans déclaraient ne pas s'en servir systématiquement (4).

Santé publique France fait le constat d'environ 50.000 nouveaux cas par an de gonococcies soit 91 pour 100.000 patients avec une prédominance masculine (1). Chez les 15-24 ans, l'incidence avoisine les 2 pour mille. La hausse du nombre de diagnostics – l'on note une augmentation de 70 pourcent entre 2015 et 2017 – est toutefois plus marquée chez les personnes asymptomatiques que leurs homologues présentant des symptômes (1). Ceci correspond bien à une hausse du dépistage.

Cependant, l'isolement en 2017 d'une souche bactérienne ceftriaxone-résistante constitue un élément péjoratif(1). A l'heure actuelle, les IST bactériennes sont simples à traiter mais s'il devait apparaître des souches multirésistantes comme au Royaume-Uni, ces-dernières (re)deviendrait des agents infectieux graves dont la circulation serait 'libre' en l'absence d'un usage régulier/systématique du préservatif(5)(6). Il est donc pertinent d'associer les actions visant à améliorer le recours au préservatif dans les situations le nécessitant, à l'augmentation prônée du dépistage.

Pour ce qui concerne les chlamydioses, l'organisme décrit 270.000 infections à CT en 2016 soit 491 cas pour 100.000 patients (1). Ce taux atteint environ 2,3 % chez les jeunes femmes : population particulièrement à risque des complications/retentissements éventuelles sur la fertilité. Lors d'un premier contact avec le *C. trachomatis*, le risque de séquelles entraînant une infertilité est de l'ordre de 10 à 20 % (7)(8). Par ailleurs, du fait du caractère non-immunisant de l'infection, les récurrences après traitement sont possibles et le risque de séquelles devient de l'ordre 50 % après trois récurrences. Les lésions induites peuvent également être à l'origine de grossesses extra-utérines (GEU), pathologie obstétricale sévère. Ces manifestations sont des infertilités tubaires, dont la prévalence est l'une des causes principales d'infertilité (9)(10).

Ce retentissement de l'infection lui confère une importance dans le monde de la santé publique mais bien sûr également pour les professionnels de la gynécologie. Qui plus est, et contrairement aux infections à *N. gonorrhoeae* (NG), la hausse de 15 pourcent des diagnostics sur la période 2015-2017 concerne autant les personnes symptomatiques qu'asymptomatiques. Il existe alors, en dépit de la hausse des pratiques de dépistage, une augmentation réelle de l'incidence des IST bactériennes (1).

Plus particulièrement, les IST bactériennes à CT et NG, dont le dépistage est désormais recommandé, y compris pendant la grossesse, peuvent être à l'origine d'infections néonatales (2). Les manifestations cliniques de ces dernières vont de la bronchopneumonie à l'ophtalmie ou conjonctivite néonatale pouvant entraîner une cécité par ulcération cornéenne (11)(12).

Concernant l'infection au virus d'immunodéficience humaine (VIH), bien que le nombre de nouvelles découvertes de séropositivité ait diminué de 5 pourcent, de 2013 à 2016, il demeure que plus d'un quart de celles-ci sont découvertes de façon tardive (<200 CD4/mm<sup>3</sup> ou sida clinique) et près de la moitié des nouvelles découvertes concernent des personnes non-antérieurement dépistées.

D'après l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les interventions comportementales telles que l'éducation sexuelle complète et la communication brève liée à la sexualité ont démontré une protection contre les IST (13).

Les théories de changement de comportement s'inspirant de modèles dits 'écologiques', ayant fait la preuve de leur efficacité, sont de plus en plus plébiscitées par les acteurs de santé publique du monde anglophone. Ce que l'on nomme modèles écologiques ont été décrit par Urie Bronfenbrenner. Ils reposent sur des « théories et recherches à propos [...] du développement humain au sein des environnements-mêmes dans lesquels ils vivent » (14).

Deux fondements principaux sous-tendent cette vision. Premièrement, il existe un environnement immédiat du sujet appelé « processus proximaux », qui sont le reflet des interactions entre le sujet et les personnes, les objets et les symboles de cet environnement immédiat. Deuxièmement, il faut concevoir que :

*la forme, le pouvoir, le contenu et la direction des processus proximaux modifiant le développement, varient systématiquement de façon contingente aux caractéristiques propres*

*à l'individu, son environnement – à la fois immédiat et lointain – au sein duquel les processus ont lieu ; ainsi que l'essence-même des fins étudiées (14).*

Il s'agit en quelque sorte d'intégrer des notions sociologiques et psychologiques et ainsi concevoir un 'monde' qui est souvent schématisé en cercles concentriques, plaçant l'individu au centre de ses interactions interpersonnelles. Celles-ci font elles-mêmes partie d'une organisation ou d'une (ou plusieurs) communauté(s). Les communautés s'inscrivent dans une société définie et certains auteurs décrivent en plus des niveaux supranationaux (15).

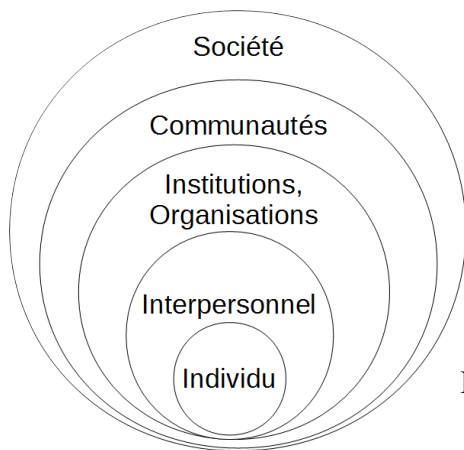


Figure 1. Représentation schématique proposée d'un individu au sein d'un modèle écologique inspiré de Gjal-Jorn Peters (16)

Ces modèles sont appréciés car ils ont réussi à inverser l'épidémie de consommation de tabac (17). L'un de leurs avantages est leur accent sur plusieurs niveaux d'influence, ce qui permet « d'élargir le champ d'action sanitaire à quasi toute la population comparé à des interventions qui ne touchent que ceux qui choisissent d'y participer » (18). Ces interventions écologiques conduisent à des changements de comportements « durables » ce qui « n'est pas le cas des effets suite aux interventions individu-dirigées » (17). En effet, l'origine multifactorielle des comportements est confirmée par Giles-Conti et Donovan en 2002 qui démontrent que dans l'exercice physique, intervenaient de façon significative des variables psychologiques, sociales et physiques (19).

L'une des principales critiques des approches inspirées des modèles écologiques, est de l'ordre de la faisabilité. Certains auteurs pointent la difficulté à concevoir des études bien contrôlées lors d'interventions multi-niveaux. Cependant, pour Bull et al., il est possible de mener de rigoureuses analyses statistiques (20). Ce ne sont donc pas systématiquement des méthodes 'ascientifiques' du fait de la modification de plusieurs variables. Sur le plan humain, un avantage supplémentaire des modèles écologiques est qu'ils vont au-delà d'explications qui tiennent pour responsable l'individu voire l'accusent (18).

De plus, les modèles écologiques sont un excellent point de départ avant de schématiser un ‘intervention mapping’ qui est un outil de planification et de développement des programmes sanitaires ou éducatifs. L’intervention mapping est aussi, en soi, reconnue comme particulièrement efficace (21). Il s’agit également d’un outil d’évaluation des programmes permettant, en confrontant les attentes et les résultats, de distinguer l’origine des succès ou des échecs.

En France, il existe à la fois des programmes éducatifs et de santé publique visant la prévention des IST et pourtant, comme illustré précédemment, la situation n’est pas satisfaisante selon les indicateurs. Par conséquent, si les programmes français n’ont pas atteint le succès attendu, peut-être ne s’appuient-ils pas sur des théories comportementales inspirées des modèles écologiques.

L’objectif, donc, de ce travail est de déterminer si les programmes de prévention français relatifs à la santé sexuelle se fondent sur des éléments dits écologiques, afin d’en comprendre l’échec relatif.

## **2. MÉTHODE :**

### ***2.1 Revue de la littérature :***

Une revue systématique de la littérature a été menée afin d’identifier des programmes s’appuyant sur des théories de changement du comportement en santé sexuelle. Il s’agit alors d’une étude n’impliquant pas la personne humaine. Il n’y a aucune démarche réglementaire ni considération éthique particulière.

### ***2.2 Durée et lieu de l’étude :***

Les articles retenus sont ceux présents à la date du 1<sup>er</sup> novembre 2019 sur les bases de données décrites ci-dessous, qui sont des références françaises.

### ***2.3 Outils de recherche – Bases de données interrogées :***

Des publications ont été cherchées dans les bases de données suivantes : la Base de données de Santé Publique (BDSP), Pascal, Francis, Cairn et Lissa, susceptibles de contenir des informations dans le domaine de la santé publique, de l’épidémiologie et des sciences humaines et sociales.



## **2.4 Outils de recherche – Mots-clefs employés :**

Pour chaque base de données ont été utilisées des combinaisons différentes de deux ou trois mots-clefs unis avec l'opérateur booléen : « et ». Les mots-clefs utilisés ont été choisis en concertation avec un documentaliste et furent :

« politique de santé » ; « prévention » ; « maladie [ou] infection sexuellement transmissible » ; « santé sexuelle » ; « comportement sexuel » ; « programme » ; « programme sanitaire » ; « action » ; et « évaluation de programme ».

Ces mots-clefs ont également été recherchés en langue anglaise bien que des références françaises soient recherchées en fonction du contexte de l'étude et de la problématique de celle-ci. Par ailleurs, une recherche de proche-en-proche à partir des bibliographies des articles initialement retenus a également été menée.

## **2.5 Sélection des articles trouvés :**

Après suppression des doublons, a été réalisée une sélection des références pertinentes selon les titres des publications puis de leurs abstracts. Les textes entiers potentiels ont alors été téléchargés pour lecture et analyse.

Les publications ont ensuite été analysées selon les critères suivants : références françaises, traitant d'un programme sanitaire, ou une évaluation par un tiers d'un programme mené. Les critères d'exclusion étaient des références non-françaises, ou antérieures à 2009.

## **2.6 Grille d'analyse des résultats obtenus :**

Afin de parvenir à analyser des publications brutes de programmes ou d'actions sanitaires, un outil d'analyse a été créé à partir d'une théorie du changement du comportement validée : l' 'intervention mapping'.

Selon cette-dernière, les pratiques ou comportements que l'on souhaite voir modifier comprennent un ensemble de pratiques préparatoires ou de sous-pratiques (26)(Annexe 1). Afin, donc, d'avoir une chance d'être efficace, un programme de santé visant un changement de comportement doit avoir repéré des freins ou barrières individuels, communautaires, sociétaux, financiers,

émotionnels, cognitifs, sensoriels etc. au comportement souhaité ; ce, afin d'y répondre de façon appropriée.

Dans ce cadre, l'on parlera plutôt d'objectifs de performance, basés comme on l'a dit, sur les déterminants personnels et les conditions environnementales. Les résultats ont été analysés selon les critères suivants :

1. A-t-il identifié des freins ou problèmes spécifiques ?
2. A-t-il proposé de solutions adaptées précises ?
3. A-t-il précisé pourquoi ces problèmes en étaient ou étaient importants ?
4. A-t-il intégré des notions de faisabilité, temporalité, ou financières ?
5. S'est-il donné les moyens de mesurer son efficacité (selon des indicateurs) ?

### **3. RÉSULTATS :**

La recherche a rendu 85 références non-dupliquées.

#### ***3.1 Après lecture des titres et abstracts :***

Les articles exclus après lecture des abstracts l'ont été pour trois raisons : ils concernaient des actions de planification sanitaire menées à l'étranger, souvent dans des pays sous-développés (et donc leurs conditions n'étaient que difficilement applicables au contexte français) ; il s'agissait d'articles de théories de changement de comportement ou de plaidoyers mais non d'actions évaluées ou de propositions d'actions ; et dernièrement parce que les articles évoquaient des actions de prévention soit spécifiquement à visée scolaire, ou en vue de limiter les grossesses non-prévues dont les grossesses adolescentes.

#### ***3.2 Après lecture des textes entiers :***

Quatre articles ont été intégralement lus. Après lecture, une référence a répondu aux critères d'inclusion pour cette revue de la littérature. Les trois autres articles :

- « Programme national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2005-2008 »,
- « Stratégie de prévention de l'infection VIH/SIDA en France pour les années 2001-2004 » et

– « Programme d’actions de prévention de l’infection VIH/SIDA et M.S.T. en France pour les hommes ayant des rapports avec les hommes pour les années 2001 et 2004 » (22)(23)(24).

Bien qu’étant des programmes nationaux de lutte contre les IST dont le VIH, trois des quatre articles retenus paraissent ne pas être pertinents à retenir pour évaluation selon un critère d’obsolescence. Il s’agit de programmes antérieurs à 2009, soit il y a plus de dix ans. Ainsi, la publication par la Direction Générale de la Santé (DGS) la plus récente des trois a eu lieu en 2005. Il cite ainsi des chiffres vieux de bientôt 20 ans pour certains indicateurs et donc ne peut, au moins dans un premier temps, servir à une analyse visant à comprendre le contexte actuel. Le dernier article cible également une sous-population unique alors que l’étude a une vocation plus globale.

Tableau I. Synthèse des motifs d’exclusion par étude

Titre	Date de publication	Pays d’origine	Population cible	Motif d’exclusion
Programme national ... 2005-2008	2005	France	Généraliste	Age
Stratégie ... 2001-2004	2001	France	Généraliste	Age
Programme d’actions ... pour les hommes ... 2004	2001	France	HSH	Age, ciblé sur une seule population

L’article restant : la « feuille de route de stratégie nationale de santé sexuelle 2018-2020 » a ensuite été examiné selon la grille d’analyse conçue (25). Celle-ci peut être retrouvée, pour référence, en deuxième annexe de ce travail.

Figure 2. Représentation schématique de la méthode employée

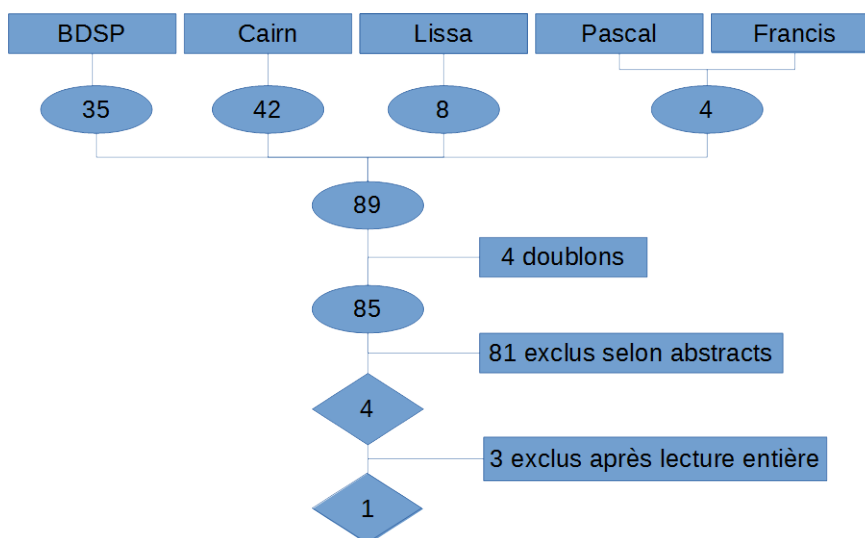


Figure 3. Le programme de prévention sélectionné

**PRIORITÉ PRÉVENTION**  
RESTER EN BONNE SANTÉ TOUT AU LONG DE SA VIE



Feuille de route  
stratégie nationale  
de santé sexuelle 2018-2020



Figure 4. Tableau récapitulatif des actions proposées par la Feuille de route (25)

- n°1. Produire un **plaidoyer interministériel** pour promouvoir l'éducation à la sexualité
- n°2. **Former les professionnels** de santé à la santé sexuelle dans une approche interdisciplinaire
- n°3. Produire des **outils** que les questions de santé sexuelle **pour les personnels** qui interviennent auprès des enfants et des jeunes **en dehors du cursus scolaire** ou universitaire
- n°4. Organiser annuellement **en région des campagnes spécifiques de dépistage** du VIH, des hépatites virales et des autres IST
- n°5. Mettre à disposition des professionnels de santé de premier recours des **ressources documentaires** en matière de santé sexuelle (prévention, vaccination, dépistage des IST)
- n°6. **Améliorer la communication** en matière de prévention des IST, du VIH et des grossesses précoces, auprès des jeunes de 12 à 25 ans **dans les territoires d'outre-mer** avec des outils adaptés à la situation locale
- n°7. Simplifier la mise en œuvre de protocoles de **coopération entre professionnels**, dans les CEGIDD et dans les CPEF
- n°8. **Lever l'obligation d'accompagnement du mineur** par une personne majeure pour une consultation concernant la prévention et le traitement des IST
- n°9. Encourager les projets de **communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)** intégrant les problématiques de santé sexuelle
- n°10. Permettre aux Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (**SUMPPS**) de pratiquer les consultations de contraception et de prévention, ainsi que le dépistage des IST
- n°11. Transformer la consultation longue IST/contraception pour les jeunes filles entre 15 et 18 ans vers une **consultation longue « santé sexuelle »** au bénéfice de tous les jeunes
- n°12. Renforcer la **confidentialité des interruptions volontaires de grossesses**
- n°13. Garantir une offre d'**IVG** notamment instrumentale et **sous anesthésie locale**, dans les établissements et centres de santé autorisés à les pratiquer
- n°14. **Améliorer l'efficacité** de l'offre gratuite de santé sexuelle dans les territoires
- n°15. Expérimenter dans des villes à forte prévalence du VIH et des IST des **centres** de santé sexuelle, d'approche **communautaire**, sur le modèle anglo-saxon
- n°16. Faire émerger et soutenir, dans le cadre d'un appel à projets, des **actions novatrices** en matière de promotion de la réduction des risques pour les personnes en situation de prostitution
- n°17. Mettre en œuvre, à titre expérimental, une proposition systématique d'un **bilan** de santé global, intégrant la santé sexuelle, **pour les migrants** primo-arrivants
- n°18. Mieux prendre en compte les questions de vie relationnelle et sexuelle dans les consultations des patients atteints de **maladies chroniques** et dans les programmes d'éducation thérapeutique du patient
- n°19. Promouvoir la santé sexuelle des personnes vivant avec des **troubles psychiques**, prises en charge par les équipes sanitaires, sociales ou médico-sociales
- n°20. Mieux prendre en compte la thématique « vie privée, affective et sexuelle » pour les **personnes handicapées ou les personnes âgées** accueillies dans un établissement ou service médico-social
- n°21. **Adapter la planification** de l'offre en santé sexuelle et reproductive **à destination des jeunes** en tenant compte des besoins spécifiques ultra-marins et des ressources existantes
- n°22. Structurer **la recherche** en santé sexuelle
- n°23. Maintenir un **haut niveau de recherche sur le VIH** et les hépatites virales au sein de l'ANRS
- n°24. Créer le volet « santé sexuelle » de la **Boussole des jeunes**
- n°25. Créer une **charte** d'engagement contre les **stéréotypes sexistes** dans les médias
- n°26. Expérimenter le « **PASS préservatif** » pour les moins de 25 ans permettant d'obtenir des préservatifs à titre gratuit dans le cadre d'un programme d'information et de prévention

## **4. ANALYSE :**

### ***4.1 En ce qui concerne la structure générale :***

La feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2018-2020 nomme, pour chacune des 26 actions proposées, les enjeux et raisons motivant ces-dernières ainsi que les moyens devant être mobilisés dans le cadre de celles-ci. Ceci, donc, illustre le fait qu'une réflexion a été menée quant aux freins et 'étapes' du comportement : les 'performance objectives' mentionnés dans les modèles écologiques. Le programme de santé mentionne également le coût éventuel de chaque action et prévoit une temporalité de mise en œuvre. Ces deux derniers points soulignent une attention portée à la faisabilité : autre élément essentiel d'une planification sanitaire réussie, que l'on retrouve pages 37-47 du document. L'action n° 14 évoque, de plus, l'« efficacité de l'offre » de soins, s'assurant ainsi une faisabilité budgétaire en concentrant les moyens, là où ils sauront être efficaces.

La feuille de route fait, de plus, référence pour chacune des actions à des indicateurs précis et spécifiques pouvant établir par la suite l'efficacité, ou non, de la mesure. Ceci est fondamental car afin de progresser dans notre compréhension et notre approche scientifique, basée sur la preuve, de la santé publique, il nous faut analyser les effets des actions menées dès lors que possible et s'en donner les moyens, ce que fait la stratégie. Par ailleurs, l'on peut identifier un principe récurrent dans l'ensemble du plan : une approche plus ciblée des populations, voire communautaire (par exemple : HSH, personnes en situation de prostitution...), ce qui est tout à fait conforme à l'esprit des modèles écologiques.

### ***4.2 En ce qui concerne les actions individuelles :***

Les actions n°s 12, 13 et 25 relatives à l'offre d'IVG et à une charte médiatique, n'ont pas été retenues car elles ne nous semblaient pas pertinentes au regard des IST. L'on peut ensuite classer les actions sous trois grandes rubriques, à savoir : celles qui traitent d'une défaillance identifiée d'une structure, d'une institution ou de professionnels ; celles abordant la question du mauvais accès aux populations cibles ; et celles traitant des freins personnels ou psychologiques intervenant comme barrière au soin ou au comportement escompté.

Tout d'abord, la volonté de changer de paradigme en santé sexuelle est illustrée dans l'action n°16 relative à l'émergence d'« actions novatrices [promouvant] la réduction des risques pour les

personnes en situation de prostitution », où est évoqué la nécessité de « maintenir le lien » et « d’aller vers » les populations. Ceci démontre une vision en accord avec l’approche globale et positive promue par l’OMS de l’éducation à la sexualité et à la santé sexuelle (13). Cette approche est reconnue comme intrinsèque à la bonne santé par le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) (26). La nécessité d’intégrer des « opérations de santé communautaire » est également signalée, en cohérence avec les modèles écologiques et l’avis du HCSP qui précise, que « la santé sexuelle concerne toutes les personnes quelque soient leur âge ou leur forme d’expression sexuelle » (26).

Un autre élément marquant de la feuille de route est qu’elle reconnaît dans son action n° 22 que les « programmes et interventions contribuant à l’arrêt de l’épidémie VIH et les autres IST » sont suboptimaux et qu’il existe un « retard » de la recherche « concernant la santé sexuelle des minorités sexuelles et de genre ». Cet accent est repris dans l’action n° 23 relative au « maint[ien d’] un haut niveau de recherche sur le VIH », où l’importance d’ « évalu[er] [les] stratégies proposées [...] dans la vraie vie [et] le rôle des déterminants sociaux [...], notamment des discriminations ». L’action n° 23 rappelle une fois de plus que « selon les modélisations épidémiologiques, la pleine utilisation des outils disponibles permettrait de juguler l’épidémie », indiquant à nouveau l’inadéquation entre moyens et besoins dans un contexte où « les données les plus récentes en France mettent en évidence le maintien à un très haut niveau de la dynamique de l’infection ».

A travers cette recherche qualitative qui est prônée dans ces deux actions, la volonté de « comprendre les changements dans la sexualité et leur retentissement en termes de santé sexuelle », là où nous n’avons pas de connaissances, est explicitée et celle-ci va de pair avec les notions des modèles écologiques et la médecine factuelle.

Ainsi, la formation des professionnels est, en conséquence, un point fort du plan santé. Action n° 2, la feuille de route énumère des actions concrètes à conduire auprès de tous les niveaux éducatifs du premier cycle au développement personnel continu et met l’accent sur l’interdisciplinarité : il prévoit de n’intégrer pas uniquement des données scientifiques, mais aussi juridiques, psychosociales et une sensibilisation quant aux « besoins spécifiques des populations les plus vulnérables et les plus exposés » notamment par le biais de « stages de terrain en CeGIDD, CPEF, SIUMPPS » reprenant ainsi la vocation communautaire de la stratégie.

Plus précisément, l'Outre-mer est désignée comme un territoire prioritaire. L'action n° 21, évoquant « la planification de l'offre en santé sexuelle et reproductive à destination des jeunes en tenant compte des besoins spécifiques ultra-marins et des ressources existantes », restitue bien les enjeux de la situation ultra-marine ainsi que dans l'action n° 6 : population plus jeune qu'en Métropole ; nombreux jeunes allophones immigrés ; proportion très élevée de séropositivité inconnue au VIH ; et une prévalence plus importante de l'infection à papillomavirus (HPV) avec un risque de cancer du col utérin et mortalité augmentés.

Cependant, une mauvaise « acceptabilité pour la population » des actions de dépistage et de soin est évoquée bien que les raisons de celle-ci ne soient pas traitées. Or, ceci serait primordial afin de mieux adapter l'offre de soins et ce 'flou' se retrouve dans l'action proposée où, outre le développement « d'actions "hors les murs" » proposé également action n° 4, les auteurs prévoient de « promouvoir l'expérimentation d'actions innovantes pour le renforcement des actions de prévention » bien que la vaccination HPV et contre l'hépatite B (VHB) soit mentionnée, mais encore une fois sans plus de précisions. Pour autant, l'Outre-mer est citée, action n° 26, comme une région privilégiée pouvant bénéficier de l'expérimentation de la mise en place d'un « "PASS préservatif" pour les moins de 25 ans ».

L'action n° 26 relative au « "PASS préservatif" » est bien décrite. En effet, elle rappelle les enjeux du port du préservatif et cite les indicateurs de faible usage de ce-dernier, notamment la recrudescence des IST avec une surreprésentation des moins de 25 ans. L'action permet également de lutter contre une problématique d'accès au préservatif, tout comme le remboursement sur prescription médicale (accès financier), mais avec le bénéfice d'éliminer le besoin de recours à une consultation auprès d'un médecin ou d'une sage-femme (absence de couverture sociale, pudeur, temps...). Bien que cette proposition intègre de nombreux freins au port du préservatif pouvant être identifiés dans une analyse écologique de ce même comportement (et comme le décrit Kenny Wolfs et al.), ceux-ci ne sont pas explicités dans la feuille de route (27). Toutefois, l'action précise spécifiquement qu'une « évaluation sera faite après 3 ans de pratique » renforçant la culture d'auto-évaluation de la part des pouvoirs publics dans leurs planifications sanitaires.

L'action n° 26 identifie aussi les jeunes comme étant une population cible et ceci est repris par l'action n° 11. Cette-dernière préconise la transformation de « la consultation longue IST/contraception pour les jeunes filles de 15 à 18 ans vers une consultation longue [unique] "santé sexuelle" au bénéfice de tous les jeunes ». Concernant le jeune public, la feuille de route propose au même titre de « créer le volet "santé sexuelle" de la Boussole des jeunes » dans son action n° 24.



Ce faisant, les auteurs mettent en avant comme frein l' « accès variable et disparate » des jeunes alors que le secteur est « foisonnant » d'intervenants. Ceci permettrait de centraliser et de répertorier les acteurs primaires afin et de préciser leurs missions et compétences respectives dans une plus grande clarté.

La communication renforcée entre CeGIDD et CPEF voulue action n° 7 devrait aider en ce sens, ainsi que la proposition d'action n° 10 de « permettre aux [...] SUMPPS de pratiquer les consultations de contraception et de prévention, ainsi que le dépistage [et traitement] des IST ». De plus, la perte de chance liée à « l'obligation d'accompagnement du mineur par une personne majeure pour la prévention et le traitement des IST » dans les CeGIDD mais pas dans les CPEF devrait être levée d'après l'action n° 8. Une barrière supplémentaire est identifiée et supprimée. Par ailleurs, les champs de compétence parfois réduits de ces acteurs ne sont pas toujours connus ni compris des jeunes qui peuvent renoncer à effectuer plusieurs “aller-retours” entre centres faute de communication sur l'acteur apte à prendre en charge le jeune. La communication, justement, envers les populations cibles est un item important repris action n° 5, qui insiste, elle, sur un « regroupement » des ressources destinées aux professionnels de santé de premier recours.

Pour « renforcer et adapter l'offre de santé sexuelle destinée aux populations [...] prioritaires », l'action n° 15 visant à « expérimenter dans des villes à forte prévalence du VIH et des IST des centres de santé sexuelle, d'approche communautaire, sur le modèle anglo-saxon » est importante. Elle illustre au mieux l'esprit d'adaptation des politiques sanitaires aux besoins des populations par une analyse des comportements et une écoute de ces-dernières comme préconisé par les modèles écologiques. Conformément aux modèles décrits, l'action identifie un problème, à savoir : que « l'offre en santé sexuelle existante ne prend pas suffisamment en compte ces besoins particuliers » et propose des « objectifs immédiats et spécifiques pour ces populations » et insiste sur le fait que « les besoins spécifiques de ces groupes ne peuvent avoir seulement comme déclinaison celle d'un cadre conçu pour la population générale ». Il s'agit d'un message fort en faveur d'un passage d'une approche impersonnelle vers une centrée sur le patient.

Il est question pour « les professionnels en contact avec ces populations [de] faire évoluer leurs représentations ». En effet, les « vulnérabilités particulières [des] HSH ou personnes trans [...] sont en partie basées sur les pratiques sexuelles [...] mais aussi sur les inégalités liées aux méconnaissances ou représentations inadaptées dans le système de soins ». Autrement dit, les

professionnels se doivent de s'améliorer : un problème supplémentaire est identifié (et une réponse proposée action n° 2).

A nouveau il est question dans l'action n° 15 d'unicité. Cette fois il s'agit d'un « lieu unique » devant être instauré pour apporter une « réponse globale aux besoins des populations clés » sur l'exemple de centres communautaires anglo-saxons comme la « 56 Dean Street » à Londres. Justement, il y serait proposé outre le dépistage des IST, la vaccination, la prophylaxie pré- (PrEP) et post-exposition (TPE) ; des consultations de sexologie, addictologie, gynécologie-obstétrique, proctologie, dermatologie, endocrinologie et odontologie ; et des services de “counseling” et des groupes de soutien par des pairs et/ou des professionnels. Ceci témoigne bien de la volonté d'intégrer la santé sexuelle dans la santé du patient au même titre que les disciplines médicales ‘classiques’. Le volet psychosocial, quant à lui, permet une certaine ‘dé-médicalisation’ de l'offre de soin, à nouveau renforçant le message holistique.

Parmi les autres personnes mal suivies, les auteurs évoquent des populations éloignées du dépistage par défaillance des professionnels ou des structures. Il s'agit, au titre de l'action n° 3 des déscolarisés qui ne bénéficient pas des séances d'éducation à la sexualité de l'Éducation Nationale. Il en est de même pour les malades chroniques qui sont abordés action n° 18. Les auteurs reprennent des chiffres de la littérature faisant état d'un risque très augmenté de difficultés sexuelles chez les patients à âge égal et de même sexe comparé à la population générale. Il y a davantage de précisions dans l'action n° 19 qui énumère les freins, basés sur la preuve, rencontrés par les personnes souffrant de troubles psychiques : dysfonctions sexuelles induites par les neuroleptiques ; et plus grande impulsivité, ou prise de risque, chez les personnes atteintes de troubles bipolaires ou schizophréniques. Ils rappellent également que « prévalence de l'infection à VIH chez les personnes atteintes de maladies mentales [est] plus élevée que dans la population générale ». D'où l'intérêt d'une individualisation des mesures proposées aux patients.

Un frein personnel ou sociétal est également cité, celui du non-dit, faisant de la sexualité un « sujet peu abordé et peu pris en compte, que ce soit par les familles ou par les professionnels ». Ces personnes sont déjà suivies pour d'autres problèmes médicaux ou médico-sociaux mais la dimension et les répercussions sexuelles ne sont qu'insuffisamment prises en compte.

Les principes de l'action n° 19 sont semblables à ceux énoncés action n° 20 en ce qui concerne les personnes « handicapées ou [...] âgées accueillies dans un établissement » et la proposition de

réponse concernant une meilleure formation des professionnels et l'établissement de recommandations de bonne pratique par la HAS est adéquate.

Une autre population faisant l'objet d'une référence particulière est celle des « migrants primo-arrivants » éloignés, eux, du soin par des raisons d'absence de couverture sociale ou d'irrégularité administrative de séjour sur le territoire. L'action n° 17 proposant un « bilan de santé global, intégrant la santé sexuelle » fait preuve, au-delà de l'identification-résolution d'un problème, d'une réflexion flexible proposant une réponse à des problématiques actuelles, encore une fois de façon globale avec un soutien social et une vision pluraliste de la santé et l'inscription de personnes éloignées du milieu du soin, dans un parcours de santé. C'est également une attitude que l'on retrouve action n° 16 quand les auteurs abordent « le développement de différentes formes de prostitution [dont] l'offre prostitutionnelle via internet » et action n° 23 où est mentionné un 'phénomène' sexuel récent, le « chemsex<sup>i</sup> » : le tout dans la même volonté d'« aller vers ».

#### **4.3 Synthèse :**

En reprenant les questionnements principaux de la grille d'analyse des résultats, le programme de prévention apparaît majoritairement en adéquation avec les critères de qualité et de cohérence vis-à-vis des modèles écologiques. Tous les problèmes adressés sont justifiés avec des éléments du contexte actuel : sociétal ou sanitaire. La faisabilité et la temporalité sont aussi systématiquement abordées. Des indicateurs sont systématiquement proposés, et de surcroît le plan prévoit une évaluation des actions à une échelle de temps pertinente, parfois même un temps long, dépassant la durée du plan en lui-même, ce qui est idéal. Par ailleurs, il identifie des leviers d'action ciblant l'individu, la communauté et le réseau régional ou international et il fait état de barrières ou de freins spécifiques pour lesquels il propose des actions correctives.

Pour autant, des solutions adaptées précises ne sont pas toujours mentionnées. Une minorité d'actions pointent du doigt un domaine d'intervention ou d'amélioration mais en de termes abstraits et non en nommant des interventions concrètes à mener. De plus, tous les freins ou barrières au comportement ne sont pas explicités bien que dans l'ensemble ce travail d'identification a été quasi exhaustif.

---

<sup>i</sup> *Chemsex : mot-valise issu de l'anglais : « chemical sex », la prise de drogues stimulantes lors de rapports sexuels, le plus souvent à plusieurs et/ou associant d'autres consommations*

## **5. DISCUSSION :**

### ***5.1 Forces et limites de l'étude***

Concernant la méthodologie employé pour identifier les plans de préventions relatifs aux IST, il est intéressant d'évoquer la difficulté à trouver certains documents cités. En effet, ces derniers n'ont pas fait l'objet d'une diffusion dans les banques de données utilisées et ne sont pas apparues en interrogeant les moteurs de recherche avec les mêmes mots-clefs à la recherche de littérature 'grise' alors qu'ils sont soit des plans soit des avis ou recommandations les concernant. Ceci démontre une faiblesse dans le domaine. Le manque de communication et de publication par les canaux scientifiques de recherche ou généralistes complexifie la mise en œuvre des actions localement par les acteurs de soins primaires.

La force de ce travail de recherche, quant à elle, dans l'analyse de toutes les actions suivant un modèle actuel et innovant.

### ***5.2 Une mise en œuvre incertaine***

Malgré l'analyse positive de l'ensemble du document, nos résultats interrogent. Si les planificateurs intègrent ces notions écologiques dans leurs actions proposées, se pose alors la question des indicateurs. A savoir, pourquoi y a-t-il une augmentation des pratiques à risque et des incidences des IST ? L'une des pistes de réponse serait la mise en place que partielle des mesures détaillées. C'est le cas, notamment, du « Plan national Bien Vieillir 2007-2009 » (40).

Alors qu'il s'agissait d'actions « prometteuses » de promotion de la santé avec tous les milieux investis : organisationnel, individuel, communautaire, national, une évaluation de ce-dernier a été réalisée par le HCSP en 2010 (41). « Sur les 32 mesures prévues, [seules] 16 ont été mises en œuvre en totalité et 6 [...] partiellement » (42). L'évaluation de « la pertinence des mesures proposées, [a souligné] l'intérêt de l'approche intersectorielle et populationnelle adoptée » (41). Toutefois, pour l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), « l'évaluation a néanmoins permis de pointer les difficultés de mise en œuvre de l'intersectorialité » (41).

Cette même difficulté pourrait expliquer le retard accusé dans le domaine de santé sexuelle. Cependant, certaines mesures paraissent simples à mettre en œuvre et n'ont pourtant, à ce jour, pas été réalisées. L'on peut prendre comme exemple le déploiement des 'PASS préservatif' dont le déploiement reste en suspens. Cependant, il existe des exemples de centres de santé

communautaires dont la feuille de route préconise la création (action n° 15). Il existe à Paris « le 190 » depuis 2009 et qui dispose d'une véritable patientèle : « il compte [...] près de 700 personnes sous PrEP, des consultations en addictologie (200 patients suivis) et des consultations de suivi pour des personnes séropositives, qui représentent 20 % de sa file active » (43). Par ailleurs, « un centre de santé sexuelle, qui regroupe deux CeGIDD et un [CPEF], a ouvert le 7 janvier 2019 sur le site de l'Hôtel-Dieu » (43). Axés explicitement sur la santé sexuelle, il s'agit pour l'instant des seuls exemples français de tels centres.

Au-delà de difficultés opérationnelles, il y a donc une notion de volonté politique. Ne figurant pas dans les résultats de cette étude, le plan 2010-2014 devait représenter « un élargissement progressif de la politique de prévention et de prise en charge du VIH aux infections sexuellement transmissibles, ainsi qu'à l'émergence d'une approche populationnelle ». Cette approche était jusque-là moins présente (43).

Le plan s'était pourvu d'indicateurs de suivi et a fixé des objectifs ambitieux, tels que la réduction de 50 % de l'incidence de l'infection par le VIH et de la proportion de découvertes tardives de séropositivité (44). Cependant, l'évaluation des actions par le HCSP – elle non plus retrouvée dans les résultats de cette étude – a été critique quant à l'impact réel obtenu (45). Comme précédemment décrit, les incidences des IST dont le VIH ont augmenté ou tout au mieux stagné sur la période et dans les années suivantes et de surcroît chez les HSH. Cette évaluation signale que « les actions populationnelles spécifiques ont été peu mises en œuvre » et le cadre institutionnel a également fait l'objet de critiques (45).

Le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) avait, lui aussi, mis en avant des critiques d'ordre politique et économique. Il rappelle que « les contradictions entre les ministères, [...] ont eu un impact notable sur la mise en œuvre du plan, en particulier des programmes populationnels Migrants et Personnes qui se prostituent » (46). Dès 2010 pourtant le CNS alertait quant à l'incompatibilité entre « les politiques actuelles de lutte contre le séjour irrégulier, [...] l'usage des produits stupéfiants [ou] le racolage » et des actions sanitaires « au bénéfice des populations vulnérables » (47). Ceci témoigne de l'importance de la cohérence et la coordination nécessaires entre politiques publiques et politiques de santé dans le domaine de la prévention en santé sexuelle, qu'il existe, ou non, un cadre théorique d'action favorable voire même écologique. On peut également confirmer que par son approche populationnelle renforcée, la feuille de route innove véritablement en la matière pour ce qui est de la France.

Sur le plan financier, là où la feuille de route chiffre individuellement ses actions et nomme des indicateurs précis et mesurables à une échelle excédant même la durée d'intervention du plan témoignant d'une planification aboutie, ce n'était pas le cas de plans antérieurs. Le plan 2010-2014 n'évoque qu'un coût global « à hauteur de 954 millions d'euros, hors soins médicaux » et sans préciser de répartition (47).

Une raison, outre le support théorique (écologique, ou autre) de l'impact limité des politiques de prévention en santé sexuelle, peut se trouver dans « la baisse des financements entamée en 2011 s'est accentuée à mi-parcours du plan ». En conséquence, « la grande majorité des acteurs du plan souligne que la baisse des moyens alloués [...] a logiquement affecté la mise en œuvre du plan » (47).

### **5.3 Les apports théoriques de la sociologie**

Avant d'évoquer l'efficacité d'interventions créées à partir de constats écologiques, l'importance du modèle peut être observée dans les écrits sociologiques. En effet, ceux-ci mettent clairement en exergue la place que peuvent occuper les interactions du sujet avec son environnement (proche ou lointain) dans la construction de son comportement. Dès lors que l'on s'intéresse à changer ce-dernier, il semble impératif d'en connaître les déterminants et c'est ce que proposent les modèles écologiques. Ils sont alors valides en tant que cadres conceptuels.

On peut établir la pertinence de la prise en compte des subjectivités individuelles dans le rapport que chacun a au monde, et par extension, au monde médical et à sa santé.

Dans « Une morale du minoritaire », Didier Eribon met en évidence comment l'appartenance (ou non) à des « catégories infériorisées » produit un psychisme et un rapport au monde spécifiques. C'est-à-dire qu'il importe :

*de comprendre [...] par quels processus sont façonnées et se façonnent les subjectivités gays [ou de chacun], produites par l'infériorisation sociale ('la honte') et reformulées, avec plus ou moins de réussite et de bonheur par la pratique de soi et les processus de subjectivation et de resignification que mettent en œuvre les individus ("l'orgueil"). La "honte" et "l'orgueil" sont les affects spécifiques aux individus stigmatisés (et aux groupes auxquels ils appartiennent) mais ce sont des affects sociaux (28).*

Il prend pour exemple Jean Genet qui écrit dans un préface réédité des Nègres que « la psychologie de l'opprimé est décidée par celle de l'opresseur ». Si bien que :

*toute son œuvre s'organise autour d'une analyse du sentiment de la honte et des possibilités d'y échapper. Il s'agit de comprendre comment la honte est produite par l'ordre social et inscrite dans la tête et le corps des individus différents ou déviants. Mais aussi comment les individus "honteux" se réinventent à partir de l'exclusion qui les fait tels, et deviennent, par l'affirmation de ce qu'ils sont, les producteurs de nouvelles formes de subjectivités, construites individuellement et collectivement (29).*

Eribon fait également référence à Patrick Chamoiseau, qui dit de la décolonisation de l'imaginaire antillais : qu'il s'agit de « désagréger la domination qui germe et se développe à l'intérieur de ce que l'on est » (30). Ici l'intériorisation des contraintes subies ou imposées par le biais des pairs, de la société, de l'Autre ou des 'maîtres' est évidente et intense. Logiquement, l'on ne peut alors s'en dispenser.

Si l'on prend de la distance par rapport aux subjectivités d'orientation sexuelle ou de négritude, et le vocabulaire de la stigmatisation ou encore d'oppression, l'on peut observer que ces réflexions sont tout à fait applicables à tout processus sociétal, de toute époque. qu'il s'agisse d'une analyse post-coloniale, de genre, de catégorie socio-économique etc., ce qu'Eribon nomme « l'ordre social » influe sur le comportement de chacun et ainsi, doit être pris en compte par les planificateurs d'actions sanitaires.

Pour aller plus loin encore dans cette approche holiste, l'on doit également se soucier du lieu, de définition restreinte ou vaste, où se déroule le comportement. Michel Foucault décrit en effet des hétérotopies<sup>i</sup>. Cette vision des espaces s'intègre pleinement dans la philosophie des modèles et approches écologiques car il s'agit d'un déterminant du comportement. S'interroger quant à la fonction des espaces selon le concept d'hétérotopie, donne lieu à une couche supplémentaire de l'analyse du contexte ; l'action se produisant obligatoirement dans un espace dédié ou non (usage transgressif).

---

<sup>i</sup> « Des espaces autres ». Espaces concrets où siège l'imaginaire par opposition aux utopies, qui elles, correspondent aux emplacements sans lieu réel. Les hétérotopies « juxtapose[nt] en un seul lieu réel plusieurs espaces, plusieurs emplacements qui sont en eux-mêmes incompatibles » (31).

Ainsi, par leur profond façonnement de nos psychismes – et donc de nos comportements – la lecture écologique de nos environnements, géographique et social, et de nos choix ont un intérêt primordial tant pour les autorités sanitaires que pour le praticien.

Par ailleurs, cette application des connaissances sociologiques et philosophiques, pouvant sembler abstraites, au monde médical se voulant rationnel, est synthétisée par Aaron Antonovsky. Il est le premier à décrire la notion de salutogenèse dont le prérequis pour l'individu est le sentiment de cohérence, construit à son tour sur trois capacités :

- la capacité de comprendre le monde, ou 'comprehensibility' ;
- la capacité de gérer sa vie, avec ou sans l'aide de ce monde, ou 'manageability' ;
- la capacité de donner du sens, ou 'meaningfulness'(32).

Cet outil indispensable qui est le sentiment de cohérence se voit amélioré ou bafoué selon les politiques menées par les différents pays et époques dans lesquels évoluent les individus. En effet, la salutogenèse est aujourd'hui un élément clef des programmes de promotion de la santé (33). Ceci nous mène donc à la conclusion que les plans sanitaires comportant une dimension ou une approche écologique sont importants.

Quand l'OMS dans ses « Recommandations [...] relatives à la santé et aux droits des adolescents en matière de sexualité et de reproduction » dit de l'éducation complète à la sexualité, qu'elle est « efficace », il s'agit bel et bien de « processus [...] d'apprentissage fondé[s] sur [...] les aspects cognitifs, émotionnels, physiques et sociaux de la sexualité » (13). On peut induire de cette phrase une volonté d'accompagnement holistique compatible avec ceux issus de démarches d'intervention mapping et d'approches écologiques.

#### ***5.4 Une intervention issue d'une analyse écologique : ça marche***

Pour ce qui est des preuves sur le 'terrain' des réussites de ces sortes de plans sanitaires, il existe quelques exemples.

Aux Etats-Unis, le 'Center for Disease Control and Prevention' (CDC) reprend une intervention multi-niveaux ou multi-cibles mené par un ensemble d'établissements texans en se basant sur une analyse écologique de la situation sanitaire. Le 'HEART project' dans le cadre de l'étude 'Salud para su corazón' a été mené à deux reprises sur des populations hispano-américaines à El Paso de



2005 à 2008 puis à Mexico de 2009 à 2012 (34)(35). L'action mobilise des 'promoteurs de salud' ou promoteurs de la santé qui sont des personnes issues de la communauté-cible formées à l'action sanitaire. Ces promoteurs sont également en liaison avec des partenaires institutionnels afin de créer un cadre multi-niveaux propice à la bonne conduite de l'action. En 2015 une évaluation du programme mexicain a été réalisée avec des résultats encourageants. Entre autres : le taux d'obésité a diminué de 10,7 % correspondant à une hausse de 6,9 % du surpoids et de 3,8 % de personnes présentant un poids normal ( $p=0,045$ ). Par ailleurs chez les plus de 60 ans, les auteurs font état d'une augmentation tout type d'activité physique confondu ( $p<0,001$ ) et sur le plan comportemental, la part des 60 ans et moins ne se sentant pas capable de faire le premier pas a diminué de 18,2 % ( $p=0,03$ ) et la part de ceux se disant prendre action pour leur santé cardiovasculaire a cru : +31,5 % et +15 % chez respectivement les moins de et plus de 60 ans ( $p>0.001$ ) (35).

Comme le signalent les auteurs, « les résultats de l'étude [...] prouvent qu'une intervention de prévention des maladies cardiovasculaires, construite autour d'un modèle d'engagement communautaire et facilitée par des promoteurs, est un programme prometteur, basé sur la pratique, pour améliorer les connaissances et les habitudes cardiovasculaires d'une population adulte urbaine vulnérable » (35). Cette action a ensuite été élargie en 2015, toujours en population hispano-américaine, par l'action 'Healthy Fit' qui visait à nouveau la santé cardiovasculaire mais également les vaccinations et le dépistage des cancers. A nouveau, les résultats des enquêteurs étaient favorables et « suggèrent que 'Healthy Fit' est réalisable et pourrait être mis en œuvre à plus grande échelle, offrant une approche économiquement viable pour réduire les disparités sanitaires des Hispaniques » (36). Il est donc légitime de juger un programme sanitaire selon s'il répond à des critères en rapport avec un modèle écologique, ou non, puisque le type d'intervention qui en sont dérivées sont efficaces.

Un autre exemple d'intervention multi-niveaux est la lutte contre le tabagisme (37). En France, celle-ci s'est intensifiée depuis quelques années et a porté ses fruits. La baisse inédite du tabagisme enregistrée entre 2016 et 2017 s'est confirmée en 2018 et cette « deuxième année de baisse témoigne de la réalité de cette diminution ». Les politiques publiques sont « devenues cohérentes sous l'impulsion [de la] ministre de la Santé » (38). Bien que n'étant pas stricto sensu la réponse à une lecture écologique approfondie du contexte : « l'augmentation régulière des prix du tabac ; la mise en place du paquet neutre ; le remboursement des substituts nicotiques ; des temps de communication récurrents et coordonnés [...] ; et [...] l'opération Mois sans Tabac » constituent une multiplication des actions ciblant différents déterminants du comportement en ce qui concerne le

tabagisme. Par ailleurs, un début d'approche écologique est esquissé dès lors que les auteurs rappellent qu'il persiste « de très fortes inégalités sociales » entre « les plus diplômés (>Bac), avec une prévalence du tabagisme quotidien de 19,4%, et le reste de la population [...] 28,2% » (38). Une analyse écologique plénière de cette différence permettrait peut-être d'offrir des solutions en la matière.

## **6. CONCLUSION ET PERSPECTIVES D'AVENIR**

Le programme de prévention semble avoir été écrit globalement en respectant les principes prônés par les modèles écologiques. Les problèmes sont justifiés et la mise en œuvre des actions est programmée de façon plénière. Un suivi par le biais d'indicateurs est aussi prévu de même qu'une évaluation des actions a posteriori.

La feuille de route n'étant pas arrivée à échéance, une première évaluation serait nécessaire afin d'établir si les actions ont toutes pu être mises en œuvre. A plus long terme, les indicateurs définis par les auteurs devraient pouvoir servir à établir l'impact du programme. Toutefois, il est évident que l'évaluation d'interventions multi-niveaux est plus complexe que celle de programmes ne mobilisant que l'individu.

Il existe pour ce faire, et outre la simple relève d'indicateurs, l'outil de catégorisation des résultats (OCR). Comme le précise un guide de l'INPES :

*cet outil de catégorisation des résultats [...] s'adapte aux interventions ayant lieu à un ou plusieurs niveaux. [...] L'outil offre la possibilité aux différentes parties [...] de définir ensemble leur théorie d'action ou le modèle logique du programme ou de l'intervention en question : cette "théorie d'action" correspond à une conception partagée qui décrit comment les activités proposées peuvent effectuer des changements permettant d'arriver aux buts visés (42).*

Cette idée repose principalement sur une vision du comportement comme continuum avec des comportements 'intermédiaires' et conçoit le changement non pas comme un résultat plus ou moins binaire mais un processus comme le détaille Don Nutbeam (48). Il serait pertinent de le voir appliqué à ce plan et plus globalement répandu en ce qui concerne les interventions dans le champ de la santé sexuelle.

## **7. BIBLIOGRAPHIE :**

1. Point épidémiologique au 26 novembre 2018 - Infection par le VIH et les IST bactériennes. Santé publique France; 2018.
2. HAS 2018 : Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis
3. Ministère des solidarités et de la santé et le Ministère de l'action et des comptes publics. Arrêté du 21 novembre 2018 portant inscription du préservatif masculin lubrifié EDEN des Laboratoires MAJORELLE au titre I de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale | Legifrance. JORF [Internet]. 27 nov 2018 [cité 9 févr 2019];n°0274. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/11/21/SSAS1830921A/jo/texte>
4. Les jeunes, l'information et la prévention du sida : Suivi barométrique Ifop-Bilendi pour Sidaction; 2018. 56p.
5. Société Française de Dermatologie - Section MST/SIDA. Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les maladies sexuellement transmissibles [Internet]. 2016 févr [cité 10 févr 2019]. Disponible sur: [http://www.sfdermato.org/media/image/upload-editor/files/Guidelines%202016\(1\).pdf](http://www.sfdermato.org/media/image/upload-editor/files/Guidelines%202016(1).pdf)
6. Public Health England. Update on investigation of UK case of Neisseria gonorrhoeae with high-level resistance to azithromycin and resistance to ceftriaxone acquired abroad. 20 avr 2018;12(14):4.
7. Fédération internationale des sociétés de fertilité. Infertilité tubaire [Internet]. [cité 9 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.affection.org/sante/contraception/tubaire.html>
8. Vié F. Chlamydia trachomatis et infertilité tubaire : Etude des données 2011-2012 du service de la reproduction de l'hôpital femme-mère-enfant (HFME) de Lyon. [Thèse de Doctorat de pharmacie]. Lyon: Université Claude Bernard - Lyon 1; 2014.
9. Haggerty CL, Gottlieb SL, Taylor BD, Low N, Xu F, Ness RB. Risk of Sequelae after Chlamydia trachomatis Genital Infection in Women. J Infect Dis. 15 juin 2010;201(Supplement\_2):S134-55.
10. INSERM. Les troubles de la fertilité - Etat des connaissances et pistes pour la recherche. Disponible sur: <http://presse-inserm.fr/les-troubles-de-la-fertilite-etat-desconnaissances-et-pistes-pour-la-recherche-2/6060/>
11. Jaton K, Greub G. Chlamydia : signes d'appel, diagnostic et traitement. Revue Médicale Suisse [Internet]. 2005 [cité 9 févr 2019];1. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-13/30280>
12. Moore DL, MacDonald NE. La prévention de la conjonctivite néonatale. Paediatr Child Health. Mars 2015;20(2):97-100.
13. WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights. Geneva: World Health Organization; 2018.

14. Bronfenbrenner U. Ecological Models of Human Development. *International Encyclopedia of Education*. 1994;3(2).
15. Hicking-Woodison L. Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach. *Nursing Standard*. 2017 Oct 4;32(6):33–33.
16. Peters G-J. A practical guide to effective behaviour change: How to identify what to change in the first place. *The European Health Psychologist*. 2014;16(5):142-55.
17. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health Behaviour and Health Education: Theory, Research, and Practice*. 4<sup>e</sup> éd. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. 552 p.
18. Glanz, K., Mullis, R. M. “Environmental Interventions to Promote Healthy Eating: A Review of Models, Programs, and Evidence.” *Health Education Quarterly*, 1988, 15, 395–415.
19. Giles-Corti, B., Donovan, R. J. “The Relative Influence of Individual, Social and Physical Environment Determinants of Physical Activity.” *Social Science and Medicine*. 2002; 54, 1793-1812.
20. Bull, S., Eakin, E., Reeves, M., and Riley, K. “Multi-Level Support for Physical Activity and Healthy Eating.” *Journal of Advanced Nursing*. 2006; 54, 585–593.
21. Bartholomew Eldredge LK, Markham CM, Ruitter RA, Kok G, Parcel GS. *Planning health promotion programs: an intervention mapping approach*. 4e éd. San Francisco: Jossey-Bass; 2016. 678 p.
22. Programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2005-2008. Paris: Ministère de la Santé et des Solidarités; 2005.
23. Stratégie de prévention de l’infection VIH/SIDA en France pour les années 2001-2004. Paris: Direction Générale de la Santé; 2001.
24. Direction Générale de la Santé. Programme d’actions de prévention de l’infection VIH/SIDA et M.S.T. en France pour les hommes ayant des rapports avec les hommes pour les années 2001-2004 [Internet]. Paris; [cité 14 juin 2019]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/01/programme.pdf>
25. Ministère des solidarités et de la santé. Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2018-2020 [Internet]. [cité 13 juin 2019]. Disponible sur: [http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Publications/2018/feuille\\_de\\_route\\_pnsp\\_sante\\_sexuelle.pdf](http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Publications/2018/feuille_de_route_pnsp_sante_sexuelle.pdf)
26. Avis relatif à la santé sexuelle et reproductive. Paris: Haut Conseil de la santé publique; 2016.
27. Wolfs K, Bos AER, Mevissen FEF, Peters G-JY, van Lankveld JJDM. Sexual Arousal and Implicit and Explicit Determinants of Condom Use Intentions. *Arch Sex Behav*. 1 févr 2019;48(2):469-80.
28. Eribon D. *Une morale du minoritaire*. 2e éd. Paris: Flammarion; 2015. (Champs).

29. Genet J. Préface inédite des Nègres. In: Corvin M, Dichy A, éditeurs. Théâtre complet de Jean Genet. Paris: Gallimard; 2002. (Bibliothèque de la Pléiade).
30. Chamoiseau P. Écrire en pays dominé. 1e éd. Paris: Gallimard; 2002. 349 p.
31. Foucault M. « Des espaces autres. » Conférence au Cercle d'études architecturales, le 14 mars 1967. Architecture, Mouvement, Continuité. 1984;5:46-9.
32. Lindström B., Eriksson M. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. Health Promot Int 2006;3(21): 238-244.
33. Besson J. Les effets de la spiritualité sur la santé. Quelques hypothèses. In: Addiction et spiritualité [Internet]. Toulouse: ERES; 2017. p. 91-6. (Inconscient et spiritualité). Disponible sur: <https://www.cairn.info/addiction-et-spiritualite--9782749255903-p-91.htm>
34. Balcázar HG, de Heer H, Rosenthal L, Aguirre M, Flores L, Puentes FA, et al. A promotores de salud intervention to reduce cardiovascular disease risk in a high-risk Hispanic border population. Prev Chronic Dis 2010;7(2):A28.
35. Balcázar H, Fernández-Gaxiola AC, Pérez-Lizaur AB, Peyron RA, Ayala C. Improving Heart Healthy Lifestyles Among Participants in a Salud Para Su Corazón Promotores Model: The Mexican Pilot Study, 2009–2012. Prev Chronic Dis 2015;12:140-292.
36. Brown LD, Vasquez D, Salinas JJ, Tang X, Balcázar H. Evaluation of Healthy Fit: A Community Health Worker Model to Address Hispanic Health Disparities. Prev Chronic Dis 2018;15:170-347.
37. Golechha M. Health promotion methods for smoking prevention and cessation: A comprehensive review of effectiveness and the way forward. Int J Prev Med 2016;7:7
38. Bourdillon F. Éditorial. 1,6 million de fumeurs en moins en deux ans, des résultats inédits. Bull Épidémiol Hebd. 2019;(15):270-1.
39. Académie de Paris. Les compétences psychosociales. Disponible sur: [http://ac-paris.fr/portail/jcms/p1\\_754391/les-competences-psychosociales](http://ac-paris.fr/portail/jcms/p1_754391/les-competences-psychosociales)
40. Plan national « Bien Vieillir ». Paris: Ministère de la Santé et des Solidarités et al.; 2007.
41. Richard L., Barthélémy L., Tremblay M. -C., Pin S., Gauvin L., dir. Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique. Guide d'aide à l'action franco-québécois. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2013 : 112 p.
42. Cases C, Le Duff F, Guérin G. L'évaluation du Plan national Bien vieillir 2007-2009. ADSP. 2011;(74):3-4.
43. La prévention et la prise en charge du VIH. Cour des comptes, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, juin 2019.
44. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. Paris: Ministère de la Santé et des Solidarités; 2010.

45. Évaluation du Plan national de lutte contre le VIH-sida et les IST 2010-2014. Paris: Haut Conseil de la santé publique; 2016.
46. Avis suivi de recommandations sur le bilan à mi-parcours du plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014. Paris: Conseil national du sida; 2014.
47. Note valant avis sur le Projet de plan national de lutte contre le VIH/sida et les autres IST 2010-2014 soumis à concertation (version du 6 octobre 2010). Paris: Conseil national du sida; 2010.
48. Nutbeam D. Evaluating Health Promotion. Br Med J 1999; 318(7180): p.404 A.
49. Fassier J, Lamort-Bouché M, Sarnin P, Durif-Bruckert C, Letrilliart L. Le protocole de l'intervention mapping en promotion de la santé : une démarche utile pour élaborer des interventions en santé au travail. Arch Mal Prof Environ. sept 2015;76(4):398.

## 8. ANNEXE 1 :

D'après J.-B Fassier et al. (49)

Tableau 3  
Étapes du protocole de l'*intervention mapping*.

Étapes du protocole	Contenu	Produit
Étape 1 Évaluation des besoins	Groupe de travail associant les parties prenantes Évaluation des besoins par indicateurs Évaluation des besoins dans la perspective des parties prenantes	Modèle logique du problème avec les déterminants des comportements Formulation des objectifs distaux <sup>a</sup>
Étape 2 Formulation des objectifs de changement	Formulation des objectifs de performance <sup>a</sup> Sélection des déterminants importants et modifiables des comportements Formulation des objectifs de changement <sup>a</sup> pour chaque niveau d'intervention	Matrices des objectifs de changements
Étape 3 Choix des cadres théoriques et modalités	Sélection des cadres théoriques et des techniques de changement pour parvenir aux objectifs de changement Sélection ou conception des applications pratiques	Modèle logique théorique du programme justifiant le choix de ses objectifs et des activités pour y parvenir
Étape 4 Production du programme	Élaboration de la séquence spatio-temporelle et des éléments matériels du programme Tests et révision pour améliorer la pertinence culturelle	Modèle logique opérationnel du programme (modèle d'organisation et modèle d'utilisation) Documentation technique, supports d'information, matériels et protocole du programme
Étape 5 Adoption et implantation	Fixation des objectifs d'implantation Identification des barrières et facilitateurs chez les différents acteurs	Stratégie d'implantation du programme
Étape 6 Évaluation	Élaboration des questions et du plan d'évaluation avec les indicateurs appropriés (processus et résultats)	Étude d'évaluation de l'intervention (implantation, processus, effets)

<sup>a</sup> Les objectifs distaux (finaux) sont les effets attendus du programme sur l'état de santé et/ou la qualité de vie. Les objectifs de performance (intermédiaires) sont les effets attendus du programme sur les comportements dans la population cible et/ou les acteurs de l'environnement. Les objectifs de changement (proximaux) sont les effets attendus du programme sur les déterminants des comportements (connaissances, compétences, efficacité personnelle, norme sociale perçue, attente de résultats, etc.).

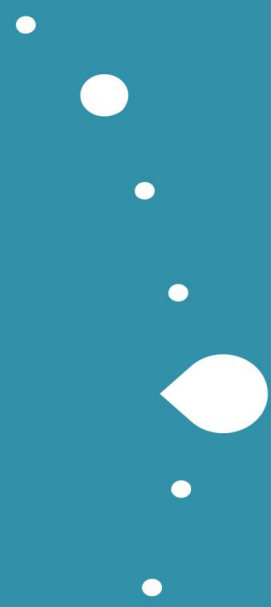


## PRIORITÉ PRÉVENTION

RESTER EN BONNE SANTÉ TOUT AU LONG DE SA VIE



# Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2018-2020





# Conduire des actions visant à améliorer l'offre en santé sexuelle

# Introduction

La stratégie nationale de santé constitue le cadre de la politique de santé en France. Elle est définie par le Gouvernement et se fonde sur l'analyse dressée par le Haut Conseil de la santé publique sur l'état de santé de la population, ses principaux déterminants, ainsi que sur les stratégies d'action envisageables.

La stratégie nationale de santé comporte quatre axes :

- **Axe 1 : Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention**, dans tous les milieux et tout au long de la vie.
- **Axe 2 : Lutter contre les inégalités** sociales et territoriales d'accès à la santé.
- **Axe 3 : Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge.**
- **Axe 4 : Innover** pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens.

Au sein de ces quatre axes, elle détermine onze domaines d'action prioritaires déclinés en 43 objectifs nationaux d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre les conséquences de la maladie, de l'accident et du handicap. Elle comporte un volet spécifique à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune, ainsi que des objectifs propres à la Corse et à l'outre-mer.

Pour décliner la stratégie nationale de santé, le Ministre a souhaité un cadre de référence pour les actions de prévention et de promotion de la santé dans une approche populationnelle tout au long de la vie.

Ce Plan prévention devient ainsi le garant de la cohérence des actions portées par ailleurs dans les stratégies, feuilles de route et programmes répondant à la même logique de prévention et de promotion de la santé tout au long de la vie et

dans tous les milieux de vie. La déclinaison de la stratégie nationale de santé s'opère également par les différents outils régionaux, et notamment les projets régionaux de santé sous la responsabilité des ARS.



La stratégie nationale de santé sexuelle (SNSS) s'inscrit en cohérence avec les objectifs de la stratégie nationale de santé, en particulier avec son objectif « Promouvoir la santé sexuelle et l'éducation à la sexualité ».

La stratégie nationale de santé sexuelle propose une démarche globale d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive, qui vise à garantir à chacun une vie sexuelle autonome, satisfaisante et sans danger, ainsi que le respect de ses droits en la matière, mais aussi à éliminer les épidémies d'IST et à éradiquer l'épidémie du sida d'ici 2030 et atteindre l'objectif des « 95-95-95 » d'ici 2020 : faire en sorte que 95% de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut VIH, que 95% des personnes qui connaissent leur séropositivité au VIH aient accès au traitement et que 95% des personnes sous traitement aient une charge virale supprimée.

Cette démarche vise également à faire évoluer les représentations sociales, et leur traduction dans l'offre de santé, liées à l'identité de genre, à l'orientation sexuelle, à l'âge ou au handicap, ou au statut sérologique. Elle vise également à prévenir les comportements de violence, notamment sexuelle.

La stratégie nationale de santé sexuelle définit des objectifs et identifie 95 mesures, réparties dans 6 axes (schéma page 5) qui portent chacun une vision, des priorités et fixent, le cas échéant, des cibles.



## La feuille de route

La feuille de route à trois ans présente ici les premières actions de mise en œuvre de la stratégie nationale de santé sexuelle d'ici 2020.

Les pilotes des différentes mesures, au niveau national et régional, les principaux jalons de leur mise en œuvre opérationnelle et les leviers à mobiliser ou à développer pour mener à bien leur déploiement sont précisés en annexe 1.

**Associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé**, dans un esprit de dialogue et de concertation, constitue un facteur clé de la réussite du déploiement des actions.

La feuille de route porte des actions impactant l'ensemble de la population. Pour autant, compte tenu des besoins spécifiques de certains groupes vulnérables, une approche populationnelle renforcée est nécessaire afin d'assurer le déploiement de mesures adaptées à ces publics.

De même, si les actions de la feuille de route ont vocation à être déployées en Outre-mer, des actions spécifiques pour ces territoires ont été identifiées.

La feuille de route définit 26 actions à mettre en œuvre dans les trois prochaines années.

Ces actions n'excluent pas les autres actions qui pourraient être mises en place par ailleurs dans le cadre des mesures prioritaires définies par la SNSS. Il s'agit d'être dans **une démarche dynamique** et d'adapter les objectifs et priorités en fonction des résultats.

## Méthode

Un comité de pilotage de cette stratégie placé sous la présidence du Professeur Patrick YENI assure, en étroite collaboration avec la Direction générale de la santé, la mise en œuvre de ses orientations et le suivi de son déploiement.

Le comité de pilotage de la stratégie nationale de santé sexuelle a mis en place 6 groupes de travail (un groupe/axe - composition en annexe 2) dont la mission a été de proposer les premières mesures de la SNSS, sur la base de trois critères :

- l'importance du besoin, en particulier en termes de santé publique ;
- la faisabilité en trois ans ;
- une mobilisation transversale des différents acteurs de la stratégie.

Des réunions intergroupes ont permis d'assurer la cohérence et la transversalité des actions sélectionnées, qui ont servi de base à la rédaction de la présente feuille de route. Celle-ci a été adoptée par le comité de pilotage le 19 janvier 2018.



## La santé sexuelle intégrée dans une politique globale de santé



La stratégie nationale de santé comporte quatre axes complémentaires :

### Axe 1

Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux

### Axe 2

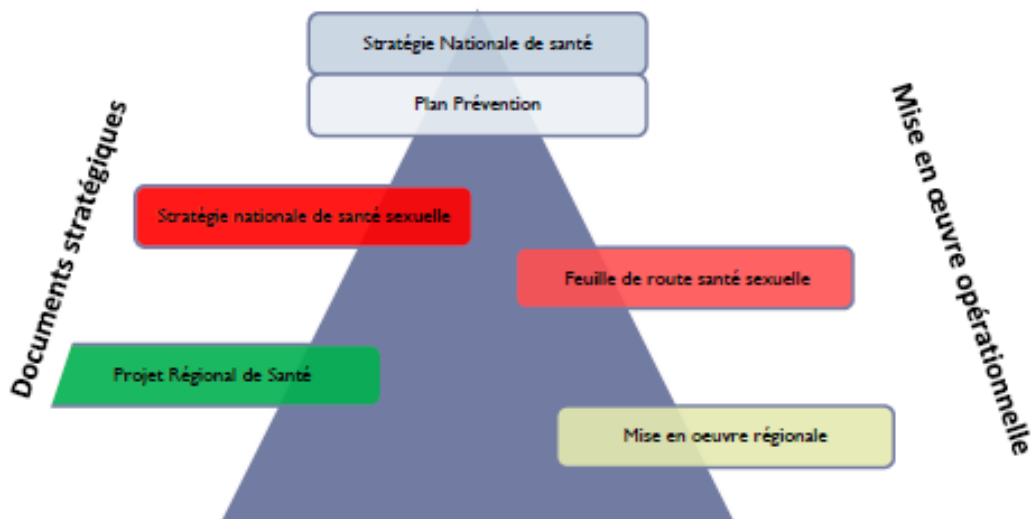
Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé

### Axe 3

Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé

### Axe 4

Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers



La santé sexuelle dans les documents stratégiques et opérationnels de la politique de santé



## La stratégie nationale de santé sexuelle définit des ambitions à l'horizon 2030 :

1

Agir précocement auprès des jeunes pour permettre à chacun de prendre des décisions éclairées et responsables quant à leur santé sexuelle

2

Zéro nouvelle infection à VIH, zéro décès lié au Sida et zéro discrimination ; éliminer les épidémies d'IST en tant que problèmes majeurs de santé publique ; garantir l'accès à une prise en charge rapide de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH

3

Garantir la possibilité pour les personnes de choisir de concevoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles le désirent, dans le cadre d'une sexualité satisfaisante, responsable et sûre ; permettre aux femmes et aux hommes de choisir des méthodes de régulation de la fécondité sûres, efficaces, acceptables et accessibles

4

Garantir à tous les mêmes droits dans le domaine de la santé sexuelle et répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables et les plus exposées aux IST dont le VIH et les hépatites virales

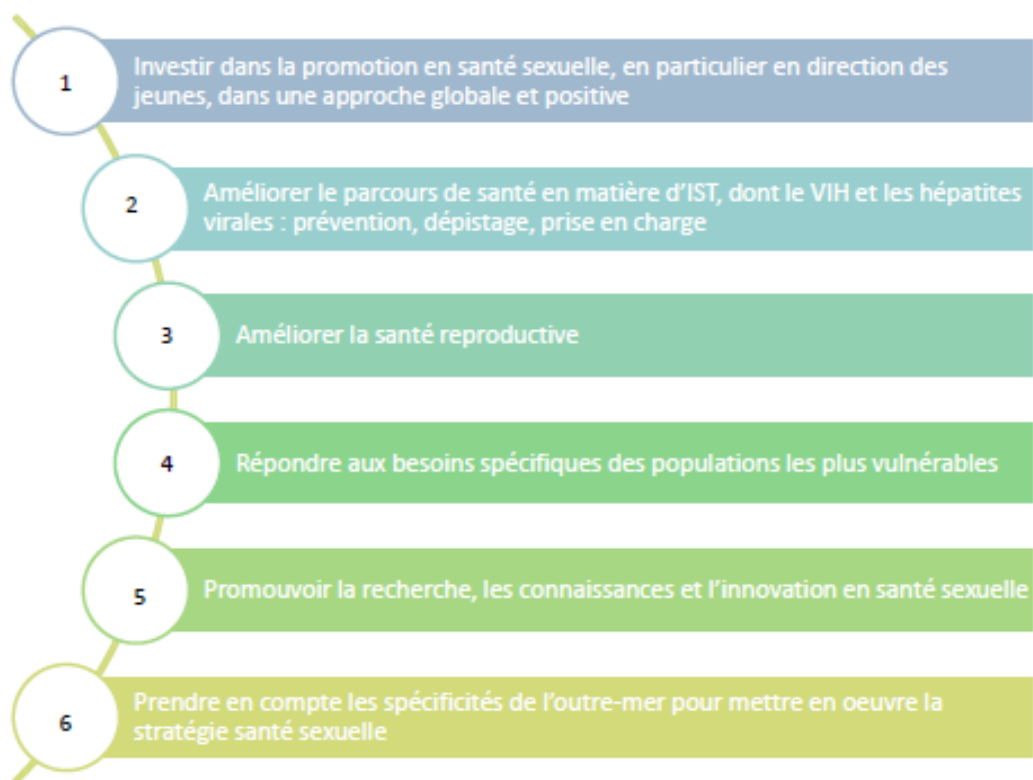
5

Développer la recherche et promouvoir l'utilisation des résultats de la recherche et des données dans le processus de mise en œuvre de la stratégie nationale de santé sexuelle

6

Garantir à toutes les populations ultra-marines les conditions les plus favorables au développement de la santé sexuelle, par la prévention, l'accès aux soins et aux prises en charge

## Les six axes de la stratégie nationale de santé sexuelle



## Des actions en cohérence avec d'autres stratégies et dispositifs impactant la santé sexuelle

**Lutte contre les violences sexuelles et sexistes, promotion de la santé sexuelle des étudiants, actions en faveur de la santé sexuelle des personnes en situation de handicap...** : à côté de la stratégie nationale de santé sexuelle, **d'autres stratégies et plans gouvernementaux**, ayant une approche populationnelle ou thématique, contiennent des actions en faveur de la santé sexuelle. Garante de la bonne articulation et de la cohérence entre ces plans et la stratégie nationale de santé sexuelle, la direction générale de la santé contribue aux différentes instances de pilotage et assure, pour le comité national de pilotage de la SNSS, le suivi de la mise en œuvre des actions de promotion de la santé sexuelle qui sont intégrées dans ces documents stratégiques gouvernementaux.



De la même manière, l'instauration d'un **service sanitaire pour tous les étudiants en santé**, qui s'inscrit dans le cadre du 1er axe de la stratégie nationale de santé, permettra de diffuser, partout sur le territoire, des interventions de prévention conduites par des étudiants en articulation avec les priorités nationales de santé publique et les politiques régionales.

Dans ce cadre, la promotion de la santé sexuelle est une des thématiques retenues pour la mise en œuvre de ce dispositif, compte tenu de son impact sur la santé de la population.



## 26 actions nouvelles pour les trois prochaines années (2018-2020)

### Améliorer l'information et la formation dans le domaine de la santé sexuelle

**Action n°1** : Produire un plaidoyer interministériel pour promouvoir l'éducation à la sexualité

**Action n°2** : Former les professionnels de santé à la santé sexuelle dans une approche interdisciplinaire

**Action n°3** : Produire des outils sur les questions de santé sexuelle pour les personnels qui interviennent auprès des enfants et des jeunes en dehors du cursus scolaire ou universitaire

**Action n°4** : Organiser annuellement en région des campagnes spécifiques de dépistage du VIH, des hépatites virales et des autres IST.

**Action n°5** : Mettre à disposition des professionnels de santé de premier recours des ressources documentaires en matière de santé sexuelle (prévention, vaccination, dépistage des IST)

**Action n°6** : Améliorer la communication en matière de prévention des IST, du VIH et des grossesses précoces, auprès des jeunes de 12 à 25 ans dans les territoires d'outre-mer avec des outils adaptés à la situation locale

### Améliorer l'offre générale en santé sexuelle

**Action n°7** : Simplifier la mise en œuvre de protocoles de coopération entre professionnels, dans les CEGIDD et dans les CPEF

**Action n°8** : Lever l'obligation d'accompagnement du mineur par une personne majeure pour une consultation concernant la prévention et le traitement des IST

**Action n°9** : Encourager les projets de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) intégrant les problématiques de santé sexuelle





**Action n°10** : Permettre aux Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS) de pratiquer les consultations de contraception et de prévention, ainsi que le dépistage des IST

**Action n°11** : Transformer la consultation longue IST/contraception pour les jeunes filles entre 15 et 18 ans vers une consultation longue « santé sexuelle » au bénéfice de tous les jeunes

**Action n°12** : Renforcer la confidentialité des interruptions volontaires de grossesse

**Action n°13** : Garantir une offre d'IVG notamment instrumentale et sous anesthésie locale, dans les établissements et centres de santé autorisés à les pratiquer

**Action n°14** : Améliorer l'efficacité de l'offre gratuite de santé sexuelle dans les territoires

### Renforcer et adapter l'offre de santé sexuelle destinée aux populations et territoires prioritaires

**Action n°15** : Expérimenter dans des villes à forte prévalence du VIH et des IST des centres de santé sexuelle, d'approche communautaire, sur le modèle anglo-saxon.

**Action n°16** : Faire émerger et soutenir, dans le cadre d'un appel à projets, des actions novatrices en matière de promotion de la réduction des risques pour les personnes en situation de prostitution

**Action n°17** : Mettre en œuvre, à titre expérimental, une proposition systématique d'un bilan de santé global, intégrant la santé sexuelle, pour les migrants primo-arrivants

**Action n°18** : Mieux prendre en compte les questions de vie relationnelle et sexuelle dans les consultations des patients atteints de maladies chroniques et dans les programmes d'éducation thérapeutique du patient

**Action n°19** : Promouvoir la santé sexuelle des personnes vivant avec des troubles psychiques, prises en charge par les équipes sanitaires, sociales ou médico-sociales

**Action n°20** : Mieux prendre en compte la thématique « vie privée, affective et sexuelle » pour les personnes handicapées ou les personnes âgées accueillies dans un établissement ou service médico-social



**Action n°21** : Adapter la planification de l'offre en santé sexuelle et reproductive à destination des jeunes en tenant compte des besoins spécifiques ultra-marins et des ressources existantes

## Coordonner et promouvoir la recherche en santé sexuelle

**Action n°22** : Structurer la recherche en santé sexuelle

**Action n°23** : Maintenir un haut niveau de recherche sur le VIH et les hépatites virales au sein de l'ANRS

## Accompagner et développer les projets innovants

**Action n°24** : Créer le volet "santé sexuelle" de la Boussole des jeunes

**Action n°25** : Créer une charte d'engagement contre les stéréotypes sexistes dans les médias

**Action n°26** : Expérimenter le « PASS préservatif » pour les moins de 25 ans permettant d'obtenir des préservatifs à titre gratuit dans le cadre d'un programme d'information et de prévention



## Améliorer l'information et la formation dans le domaine de la santé sexuelle

**Action n°1 : Produire un plaidoyer interministériel pour promouvoir l'éducation à la sexualité**

### Enjeux

L'éducation à la sexualité intègre les dimensions psychologiques, biologiques, affectives, sociales, culturelles et éthiques de la sexualité et doit prendre en compte les déterminants environnementaux, ainsi que la promotion et l'application des droits sexuels. L'éducation à la sexualité s'attache à contribuer au développement des compétences psycho-sociales des enfants, adolescents et des jeunes adultes.

La prévention des violences sexuelles commises sur les mineurs, ainsi qu'une sensibilisation des enfants et des jeunes aux violences sexuelles commises entre mineurs constituent un des enjeux fondamentaux, de même que la prévention de la transmission des IST et du VIH.

Afin de lutter contre les violences et les discriminations liées au sexe, l'éducation à la sexualité intègre un ensemble de connaissances,

l'apprentissage de principes portant sur le respect mutuel, l'égalité des identités de sexe et de genre, le respect des différentes orientations sexuelles, la réciprocité et le consentement des relations à l'autre, et le développement de l'esprit critique.

L'éducation à la sexualité n'a pas lieu exclusivement à l'école, car les jeunes ont de nombreuses occasions d'apprendre et d'être accompagnés dans leur vie affective et sexuelle. Les professionnels de santé, de l'éducation, du social ainsi que les parents et l'entourage des jeunes sont impliqués dans l'éducation à la sexualité ; leurs attitudes et connaissances sont déterminantes dans les comportements en lien avec la sexualité qui sont ou seront adoptés par les jeunes.

### Action

Elaborer, à l'attention des professionnels, des relais et des parents, un plaidoyer partagé au niveau interministériel en faveur de cette démarche, qui explique le contenu de l'éducation à la sexualité aux différents âges de la vie.

#### Stratégie nationale de santé sexuelle

Axe I	Investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive
Axe VI	Prendre en compte les spécificités de l'Outre-mer pour mettre en œuvre l'ensemble de la stratégie de santé sexuelle

## Action n°2 : Former les professionnels de santé à la santé sexuelle dans une approche interdisciplinaire

### Enjeux

Pour améliorer la prise en charge des personnes dans le domaine de la sexualité, il est essentiel de fournir aux professionnels de santé en exercice et en formation, notamment ceux de premier recours, un socle commun de connaissances scientifiques, psycho-sociales et juridiques sur ces sujets, ainsi que sur les caractéristiques et les besoins spécifiques des populations les plus vulnérables ou les plus exposées.

L'enjeu est également de les former à communiquer de façon efficace sur ces sujets, avec empathie et sans jugement.

### Action

1 - Intégrer la formation en santé sexuelle dans la formation initiale des professions médicales et de pharmacie :

- pour le premier cycle, élaboration d'un contenu en santé sexuelle dans l'item santé

publique de l'Unité d'enseignement santé, société, humanité ;

- pour le second cycle, création d'une Unité d'Enseignement Interdisciplinaire en santé sexuelle.

Il s'agira enfin de faciliter les stages de terrain en CeGIDD, CPEF, Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SIUMPPS).

- Pour le troisième cycle, élaboration d'une fiche académique en santé sexuelle qui sera soumise au collège des enseignants pour sa mise en œuvre.

2 - Elaborer un contenu académique de formation continue portant sur la santé sexuelle et l'accueil des populations spécifiques les plus vulnérables, pour une diffusion par l'Agence nationale du Développement Professionnel Continu auprès des organismes de formation continue.

### Stratégie nationale de santé sexuelle

Axe I	Investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive
Axe VI	Prendre en compte les spécificités de l'Outre-mer pour mettre en œuvre l'ensemble de la stratégie de santé sexuelle

**Action n°3 : Produire des outils sur les questions de santé sexuelle pour les personnels qui interviennent auprès des enfants et des jeunes en dehors du cursus scolaire ou universitaire**

### Enjeux

Il est primordial de multiplier les canaux de diffusion de l'éducation à la sexualité, afin de lutter contre les inégalités sociales de santé.

Si l'école joue un rôle essentiel dans l'éducation à la santé, tous les jeunes ne sont pas scolarisés et les dispositifs de prise en charge, tels que les parcours de formation professionnelle (missions locales) ou la Protection judiciaire de la jeunesse, doivent eux aussi intégrer des modules d'éducation.

Par ailleurs, les enfants et les jeunes ne sont pas uniquement des élèves ; la prévention et l'information, ainsi que le repérage de situations de vulnérabilités, doivent impliquer d'une manière générale l'ensemble des structures accueillant des enfants et adolescents (centres de

vacances, centres de loisirs, associations sportives...) dont les intervenants doivent être sensibilisés et formés à ces questions.

### Action

1. Réaliser un guide pour la mise en place de séances d'éducation à la sexualité dans les dispositifs de prise en charge des jeunes hors du cursus scolaire, adapté au cadre d'intervention des différents dispositifs (Protection judiciaire de la Jeunesse (PJJ), formation professionnelle, acteurs de la protection de l'enfance ...).
2. Produire des outils pour sensibiliser et former, en fonction de leurs missions, les personnels intervenant auprès des enfants et des jeunes (animateurs, éducateurs sportifs...) aux questions de santé sexuelle et à la communication sur ces questions.

#### Stratégie nationale de santé sexuelle

Axe I	Investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive
Axe VI	Prendre en compte les spécificités de l'Outre-mer pour mettre en œuvre l'ensemble de la stratégie de santé sexuelle



## Action n°4 : Organiser annuellement en région des campagnes spécifiques de dépistage du VIH, des hépatites virales et des autres IST

### Enjeux

La fin de l'épidémie de VIH et la régression des épidémies principales d'IST passent par une amélioration des dépistages précoces de ces infections.

Malgré une activité de dépistage élevée en France, on estime que 25.000 personnes infectées par le VIH ignorent leur séropositivité et un quart des personnes infectées la découvrent à un stade avancé. Ce retard au dépistage est doublement dommageable : il génère un retard à la prise en charge individuelle des patients et il alimente l'«épidémie cachée». L'ignorance du statut sérologique serait responsable de 60% des nouvelles contaminations.

Face à ces constats, la stratégie nationale de santé sexuelle s'est fixé une cible : d'ici 2020, 95% des personnes séropositives connaîtront leur statut sérologique et pourront ainsi bénéficier d'un traitement.

Pour atteindre cet objectif, il est donc essentiel d'intensifier les efforts en matière de promotion du dépistage, en s'appuyant sur les outils disponibles (sérologies, TROD, autotests), dans une stratégie fondée sur quatre principes : répétition, diversification, combinaison (au dépistage des hépatites virales et des autres IST) et réalisation au plus près des publics cibles.

### Action

Déployer des campagnes de dépistage régionales/locales, y compris "hors-les-murs",

dans les régions les plus touchées par l'épidémie de VIH, selon les recommandations de la HAS de mars 2017 :

- vers les populations-clés (HSH, personnes originaires de zones de forte prévalence, notamment d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes, UDI) ;
- proposition d'un test de dépistage de l'infection à VIH au moins une fois au cours de la vie entre 15 et 70 ans.

En complément des dispositifs de dépistage déjà existants (ex. : dépistage en laboratoires, TROD par les associations...), l'objectif de cette action est de mobiliser les acteurs du dépistage dans leur diversité afin de :

- Faire connaître les enjeux du dépistage précoce du VIH, des IST et des hépatites virales auprès du grand public ;
- Amener vers le dépistage des publics très exposés au risque d'IST mais qui restent éloignés des dispositifs de dépistage mis en place ;
- Créer une dynamique de long terme entre les acteurs de la prévention et du dépistage sur les territoires, y compris les professionnels de premier recours. Cette dynamique devra favoriser le développement régional d'approches innovantes en matière de dépistage ciblé, adaptées aux contextes épidémiologiques des territoires, en vue d'atteindre l'objectif des « 95% » dans la région.

Un cahier des charges national précisant les objectifs de l'expérimentation sera défini.

#### Stratégie nationale de santé sexuelle

Axe II	Améliorer le parcours de santé en matière d'IST, dont le VIH et les hépatites virales : prévention, dépistage, prise en charge
Axe VI	Prendre en compte les spécificités de l'Outre-mer pour mettre en œuvre l'ensemble de la stratégie de santé sexuelle

**Action n°5 : Mettre à disposition des professionnels de santé de premier recours des ressources documentaires en matière de santé sexuelle (prévention, vaccination, dépistage des IST)**

### Enjeux

Les professionnels de santé de premier recours et en particulier les médecins généralistes, les professionnels de santé exerçant dans les structures sociales et médico-sociales ont un rôle central à jouer dans la prévention, le dépistage et l'orientation de leur patientèle en matière de santé sexuelle, thématique qu'ils n'ont souvent que partiellement investie, faute d'outils de bonne pratique aisément disponibles.

L'objectif pour les professionnels est d'avoir à disposition des ressources facilement utilisables (par exemple, avec une entrée par type de public), synthétiques, de source fiable, actualisées régulièrement et aisément accessibles.

Des ressources de type "fiches mémo" (HAS) et "repère pour la pratique professionnelle" (Santé publique France) dans le domaine de la santé sexuelle existent mais elles restent peu connues

de ces professionnels. D'autres acteurs, notamment associatifs, produisent également des ressources de ce type.

### Action

Un travail de recensement des documents existants est nécessaire. Il permettra d'identifier les besoins de ressources complémentaires. Il s'agira d'outils simples présentant les nouvelles recommandations de la HAS et des groupes d'experts en matière de dépistage VIH, hépatites et autres IST, faciles à utiliser et adaptés à la pratique de ces professionnels.

Ces différentes ressources seront regroupées et mises à disposition auprès des professionnels selon les circuits de diffusion les plus adaptés à leurs pratiques et leurs modes d'organisation.

---

#### Stratégie nationale de santé sexuelle

Axe II	Améliorer le parcours de santé en matière d'IST, dont le VIH et les hépatites virales : prévention, dépistage, prise en charge
--------	--

**Action n°6 : Améliorer la communication en matière de prévention des IST, du VIH et des grossesses précoces, auprès des jeunes de 12 à 25 ans dans les territoires d'outre-mer avec des outils adaptés à la situation locale**

### Enjeux

Les territoires d'outre-mer font face à des problématiques spécifiques en matière de prévention en santé sexuelle chez les jeunes :

- Un manque d'information et d'outils de prévention pertinents et adaptés ;
- Un nombre important de jeunes allophones compte tenu du fort taux d'immigration ;

- Une aggravation de la précarité chez les jeunes sur les deux ou trois dernières années.

La diversification des médias d'information, notamment ceux utilisés par les jeunes nécessite de réfléchir à l'adaptation des canaux de diffusion de l'information.

### Action

Développer des campagnes de communication adaptées au jeune public des territoires des outre-mer.

#### Stratégie nationale de santé sexuelle

Axe VI Prendre en compte les spécificités de l'outre-mer pour mettre en œuvre l'ensemble de la stratégie de santé sexuelle



## Améliorer l'offre générale en santé sexuelle

**Action n°7 : Simplifier la mise en œuvre de protocoles de coopération entre professionnels, dans les CEGIDD et dans les CPEF**

### Enjeux

Les CeGIDD et les CPEF sont des structures essentielles dans le champ de la santé sexuelle. Elles offrent une prise en charge gratuite permettant à chacun, et en particulier aux populations vulnérables ou éloignées du système de soins, d'accéder à une prise en charge globale de leur santé sexuelle.

En réorganisant le parcours de prise en charge des usagers et en libérant le temps médical, la mise en place dans ces structures de protocoles de coopération entre professionnels médicaux et paramédicaux doit permettre aux CeGIDD et aux

CPEF d'améliorer le service rendu aux usagers et d'accroître leur accessibilité au plus grand nombre.

### Action

Sur la base d'un état des lieux des protocoles de coopération existants, un protocole national de coopération type entre professionnels sera élaboré, pouvant être mis en œuvre simplement dans les CeGIDD et dans les CPEF volontaires. En outre, l'articulation avec les collaborations mises en place par ces structures avec des associations pour la conduite d'actions concourant à leurs missions (par exemple, actions « hors les murs ») sera recherchée.

#### Stratégie nationale de santé sexuelle

Axe II Améliorer le parcours de santé en matière d'IST, dont le VIH et les hépatites virales : prévention, dépistage, prise en charge



## Action n°8 : Lever l'obligation d'accompagnement du mineur par une personne majeure pour une consultation concernant la prévention et le traitement des IST

### Enjeux

Aujourd'hui, la loi permet à une personne mineure qui s'oppose au recueil du consentement de l'autorité parentale de bénéficier des actions de prévention, de dépistage et de traitement des IST réalisées par des professionnels – médecins, sages-femmes, infirmiers, associations habilitées – dans leurs champs de compétences respectifs.

Ces dérogations au principe du recueil du consentement parental ont été mises en place afin de sauvegarder la santé sexuelle en évitant des retards à la prise en charge et au dépistage des IST des mineurs et en leur garantissant l'accès à des actions de prévention en fonction de leurs besoins.

Pour autant, la loi prévoit qu'en l'absence de recueil du consentement parental le mineur doit se faire accompagner d'un adulte de son choix.

Cette obligation pose des difficultés particulières en matière de santé sexuelle, notamment dans les CeGIDD et associations réalisant des TROD : difficultés pour le mineur d'identifier cet adulte de confiance ; refus du mineur de partager les informations sur son état de santé sexuelle avec une personne majeure...

Les centres d'éducation et de planification familiale (CPEF) ne sont quant à eux pas soumis à cette obligation qui, dans les structures de prise en charge des IST, entraîne souvent un renoncement aux soins et une perte de chance pour ces personnes mineures. L'alignement des règles applicables aux actions de prévention et de prise en charge des IST sur celles applicables dans les CPEF est nécessaire.

### Action

Sur le modèle des CPEF, lever l'obligation d'accompagnement du mineur par une personne majeure pour la prévention et le traitement des IST.

#### Stratégie nationale de santé sexuelle

Axe II Améliorer le parcours de santé en matière d'IST, dont le VIH et les hépatites virales : prévention, dépistage, prise en charge



**Action n°9 : Encourager les projets de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) intégrant les problématiques de santé sexuelle**

**Enjeux**

L'amélioration du parcours en santé sexuelle passe par la mobilisation coordonnée sur les territoires de tous les acteurs de la prévention, du dépistage et de la prise en charge. Dans ce cadre, le rôle des acteurs de premier recours, présents sur les territoires, doit être conforté, notamment en direction des jeunes.

Cette approche territoriale doit s'appuyer sur les nouveaux leviers que sont les équipes de soins primaires, et surtout les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), qui permettent de fédérer les acteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux pour améliorer les parcours de santé en fonction des problématiques de leurs territoires.

**Action**

Encourager les communautés professionnelles territoriales de santé à intégrer la promotion de

la santé sexuelle et favoriser la constitution de CPTS sur ce thème.

Il s'agira de capitaliser, partager et diffuser les retours d'expériences territoriales comme les initiatives en matière d'accompagnement des acteurs de santé, en promouvant la cohérence avec les orientations de la Stratégie nationale de santé et les projets régionaux de santé ainsi qu'avec les autres initiatives existantes sur le territoire.

A ce titre, l'ARS en lien avec l'URPS pourra renforcer son rôle de facilitateur pour accompagner les professionnels dans leur projet de CPTS : mise à disposition d'éléments de diagnostic territorial, d'un appui à la formalisation des projets, d'une mise en relation avec d'autres acteurs.

**Stratégie nationale de santé sexuelle**

Axe II Améliorer le parcours de santé en matière d'IST, dont le VIH et les hépatites virales : prévention, dépistage, prise en charge



**Action n°10 : Permettre aux Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS) de pratiquer les consultations de contraception et de prévention, ainsi que le dépistage des IST**

### Enjeux

La stratégie nationale de santé et le plan étudiants ont classé le renforcement du rôle des services de santé universitaires comme prioritaire pour la santé des étudiants.

C'est pourquoi les missions des services de santé universitaire en matière de prévention en santé sexuelle doivent être confortées.

Aujourd'hui, seuls les services de santé universitaires qui sont constitués en centre de santé ou en centre de planification peuvent prescrire la contraception régulière, les vaccinations et le dépistage des IST.

Pourtant, les consultations réalisées dans ce cadre sont un levier opportun pour atteindre les étudiants les plus démunis, renforcer la prévention individuelle des grossesses non prévues et des IST auprès de tous les étudiants et promouvoir la "culture du dépistage" des IST au jeune public.

### Action

Étendre les missions de prévention des SUMPPS à la prescription des moyens de contraception, à la pratique des vaccinations, au dépistage des IST dont le VIH et les hépatites, ainsi qu'au traitement des principales IST.

#### Stratégie nationale de santé sexuelle

Axe II	Améliorer le parcours de santé en matière d'IST, dont le VIH et les hépatites virales : prévention, dépistage, prise en charge
Axe III	Améliorer la santé reproductive



**Action n°11 : Transformer la consultation longue IST/contraception pour les jeunes filles entre 15 et 18 ans vers une consultation longue « santé sexuelle » au bénéfice de tous les jeunes**

### Enjeux

Parce qu'elle valorise l'implication des médecins de ville, l'instauration d'une consultation longue consacrée à la prévention des IST et à la contraception pour les jeunes filles de 15 à 18 ans, prise en charge à 100%, marque une avancée vers l'égalité territoriale d'accès des jeunes à la santé sexuelle.

Une telle consultation devrait bénéficier à l'ensemble des jeunes de 15 à 18 ans, dans une approche globale de santé sexuelle permettant :

- une mobilisation de tous les adolescents, en faveur de leur santé sur le thème de la contraception, de la prévention et du dépistage précoce des IST ;
- un accès à la contraception, aux outils de prévention (y compris les vaccinations) et au dépistage des IST ;
- un repérage des situations de violence, ainsi que des situations de discrimination liée à

l'orientation sexuelle en vue d'une orientation vers des structures adaptées ;

- une sensibilisation aux risques liés à la consommation de substances psychoactives (drogues, tabac, alcool...).

### Action

Etendre à tous les jeunes le bénéfice de la consultation longue IST/contraception « 15-18 ans » prévue par la convention médicale.

La HAS sera saisie en vue de produire un référentiel concernant la santé sexuelle à destination des médecins de premier recours concernés, incluant la communication sur ce thème avec les adolescents.

La mise en place de cette consultation sera accompagnée d'une communication auprès du public concerné l'informant des modalités d'accès à cette consultation.

#### Stratégie nationale de santé sexuelle

Axe II	Améliorer le parcours de santé en matière d'IST, dont le VIH et les hépatites virales : prévention, dépistage, prise en charge
Axe III	Améliorer la santé reproductive



## Action n°12 : Renforcer la confidentialité des interruptions volontaires de grossesse

### Enjeux

En matière d'IVG, la loi prévoit que les jeunes filles mineures bénéficient systématiquement de l'anonymat.

Pour l'IVG en ville, la feuille de soins remplie par le médecin et le relevé de remboursement transmis par l'Assurance Maladie sont aménagés de façon à préserver la confidentialité de l'acte d'IVG réalisé.

Pourtant, le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCEFH) relève, dans son rapport de novembre 2013, que la codification de l'acte IVG qui est inscrite sur le relevé peut facilement être traduite par toute personne cherchant à la décrypter et recommande de la supprimer des relevés de remboursement de l'Assurance Maladie.

Si une partie de cette recommandation a été résolue par l'intégration des actes liés à l'IVG dans

le forfait (échographie, examens biologiques), la mention de la codification de l'acte IVG n'a pas été supprimée des relevés.

Par ailleurs, la confidentialité de cet acte est susceptible d'être compromise dans les établissements de santé par l'utilisation de dossiers médicaux informatisés.

### Action

Afin de garantir une confidentialité de l'acte IVG en ville, supprimer toute référence à cet acte dans les relevés de l'Assurance Maladie (tout en continuant d'assurer la traçabilité de ces actes) et inscrire l'IVG sur la liste des actes pour lesquels l'ayant-droit majeur ou mineur bénéficie du secret des dépenses.

Un travail sur la confidentialité et les droits d'accès aux informations confidentielles est à mettre en place afin de garantir le secret médical et le droit des patientes, en cohérence avec l'organisation actuelle du suivi statistique des IVG.

## Action n°13 : Garantir une offre d'IVG notamment instrumentale et sous anesthésie locale, dans les établissements et centres de santé autorisés à les pratiquer

### Enjeux

L'IVG peut aujourd'hui procéder de deux méthodes : médicamenteuse et instrumentale.

Cependant, cette diversité d'accès est réduite dans certains territoires, notamment au détriment de l'IVG instrumentale.

Par ailleurs, les établissements de santé qui pratiquent l'IVG instrumentale proposent majoritairement l'IVG sous anesthésie générale, mobilisant ainsi les blocs opératoires, sans qu'il soit clair que ce choix relève d'une décision éclairée de la patiente.

Or, il est important d'assurer un accès dans tous les territoires à une méthode correspondant aux besoins et au souhait de la femme, tout en respectant les termes de la grossesse fixés par les textes.

Pour améliorer l'accès à l'IVG instrumentale, il est donc nécessaire :

- d'une part, de s'assurer des exigences réglementaires par les structures autorisées à pratiquer les IVG instrumentales ;
- d'autre part, d'agir sur l'organisation structurelle territoriale de l'offre en établissement de santé et sur le développement de l'IVG instrumentale en centre de santé conformément à la réglementation et au cahier des charges établi par la HAS.

### Action

Garantir la diversité de l'offre d'IVG sur le territoire, notamment l'IVG instrumentale, et sous anesthésie locale, en agissant sur trois leviers :

- sur la base d'un état des lieux de l'accès à l'IVG, identifier les mesures permettant de corriger les inégalités d'accès à l'offre diversifiée d'IVG sur les territoires ;
- introduire dans le programme national d'inspection des établissements une action autour du respect des bonnes pratiques en IVG ;
- développer des outils d'accompagnement à la mise en place de l'IVG en centre de santé.

## Action n°14 : Améliorer l'efficacité de l'offre gratuite de santé sexuelle dans les territoires

### Enjeux

Il est nécessaire qu'une offre gratuite dans le domaine de la planification et de la lutte contre les IST continue de mobiliser de nombreux acteurs au niveau des territoires (CPEF, EICCF, CeGIDD, professionnels de santé de ville...)

En effet en France, les grossesses non prévues restent trop fréquentes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans (une sur trois) et aboutissent souvent à des interruptions volontaires de grossesse (6 fois sur 10). En outre, les épidémies d'IST (y compris VIH) ne sont pas contrôlées.

Pour autant, cette offre n'apparaît pas satisfaisante, notamment en ce qui concerne son

accessibilité pour les publics vulnérables, au regard de l'évolution des indicateurs de santé et de son hétérogénéité selon les territoires.

Se pose donc la question de la pertinence et de l'efficacité de l'organisation de cette offre.

### Action

Analyser l'efficacité de l'offre territoriale en matière de santé sexuelle et formuler des scénarios d'amélioration portant sur des évolutions d'ordre organisationnel, réglementaire et budgétaire.

Une mission conjointe IGAS-IGA permettra d'actualiser les travaux déjà menés par l'IGAS et de les compléter par une étude d'impact.



## Renforcer et adapter l'offre de santé sexuelle destinée aux populations et territoires prioritaires

**Action n°15** : Expérimenter dans des villes à forte prévalence du VIH et des IST des centres de santé sexuelle, d'approche communautaire, sur le modèle anglo-saxon.

### Enjeux

Les vulnérabilités particulières de santé de groupes comme les HSH ou personnes Trans, notamment au regard des prévalences du VIH et des IST, sont en partie basées sur les pratiques sexuelles et spécificités, mais aussi sur les inégalités liées aux méconnaissances ou représentations inadaptées dans le système de soins. L'offre en santé sexuelle existante ne prend pas suffisamment en compte ces besoins particuliers, ce qui conduit à envisager la mise en place d'objectifs immédiats et spécifiques pour ces populations.

L'incidence de l'infection par le VIH, qui ne baisse pas dans la population HSH, commande la mise en place de solutions innovantes dès 2018-2020 en termes de dépistage, de vaccination et d'offre globale de santé sexuelle pour ce groupe.

Les besoins spécifiques de ces groupes ne peuvent avoir seulement comme déclinaison celle d'un cadre conçu pour la population générale. Les professionnels en contact avec ces populations doivent pouvoir faire évoluer leurs représentations et adapter leurs pratiques pour mieux identifier et répondre à ces besoins.

### Action

Sur la base d'un appel à projet, évaluer l'impact d'une offre de santé sexuelle, en un lieu unique, apportant une réponse globale aux besoins des populations clés des épidémies de VIH et IST (HSH, Trans, personnes en situation de prostitution...) sur des territoires à forte prévalence. Sur l'exemple du centre de San Francisco et de la clinique « 56 Dean Street » à Londres, le projet de santé de cette structure comportera 3 volets, dans une démarche de santé communautaire :

- Offre en santé sexuelle et globale : dépistage des infections sexuellement transmissibles dont le VIH, du VHC, vaccination contre l'hépatite B, prophylaxie pré-exposition (PrEP) et post-exposition (TPE), sexologie, addictologie, gynécologie, obstétrique, proctologie, endocrinologie, dermatologie, soins dentaires ;
- Counseling, soutien, accompagnement en individuel ou groupe d'autosupport par des pairs et/ou des professionnels ;
- Bien-être et estime de soi.

**Action n°16 : Faire émerger et soutenir, dans le cadre d'un appel à projets, des actions novatrices en matière de promotion de la réduction des risques pour les personnes en situation de prostitution**

### Enjeux

En France, la prostitution a connu de profondes transformations depuis plus de quinze ans : elle concerne de plus en plus des personnes migrantes, en situation de précarité, et le développement de différentes formes de prostitution est observé, notamment l'essor de l'offre prostitutionnelle via internet.

Face à un contexte sanitaire, économique et social de plus en plus précaire, l'enjeu des actions de réduction des risques (RDR) est de maintenir le lien avec les personnes en situation de prostitution et de favoriser les démarches « d'allers vers » ainsi que les opérations de santé communautaire au plus proches de ce public.

Le référentiel de réduction des risques à destination des personnes en situation de prostitution publié par décret du 2 mars 2017 sert de nouveau cadre d'intervention des acteurs associatifs œuvrant dans ce champ.

### Action

Pour donner toute son efficacité au nouveau référentiel, un appel à projets national permettra de faire émerger et soutenir des actions novatrices en matière de RDR, en particulier sur les thèmes suivants :

- promotion de la prévention diversifiée ;
- prévention et lutte contre les violences ;
- amélioration de la connaissance sur la santé des personnes prostituées.

**Action n°17 : Mettre en œuvre, à titre expérimental, une proposition systématique d'un bilan de santé global, intégrant la santé sexuelle, pour les migrants primo-arrivants**

### Enjeux

Dans la population migrante, l'accès au dépistage, à l'information sur les modes de prévention et à la prise en charge précoce et adéquate du VIH, des hépatites et des IST est primordial. Non moins primordiaux sont l'information et l'accès à l'ensemble de l'offre contraceptive, à l'interruption volontaire de grossesse et au suivi gynécologique.

L'abord des personnes par le biais d'une attention à la symptomatologie et aux besoins exprimés par elles, dans le cadre d'un bilan de santé global réalisé par des professionnels formés à cet effet, est un moyen d'aborder la santé sexuelle, de transmettre des messages préventifs et de permettre ensuite une orientation pour assurer leur prise en charge rapide dans les dispositifs de droit commun appropriés.

### Action

Expérimenter un dispositif de proposition systématique d'un bilan de santé sans avance de

frais pour les primo-arrivants reposant sur une démarche d'aller vers les publics concernés et de prise en charge par les structures de santé de droit commun, dont les professionnels sont formés sur les questions de santé sexuelle et de communication sur ce thème avec leurs patients.

Ce bilan de santé global devra permettre d'aborder en confiance les questions de prévention, de promotion de la santé sexuelle et la détection de facteurs de vulnérabilité qui exposent à des prises de risque sexuel et de violences.

L'expérimentation, qui associera différents types de structures de prise en charge (centres de santé, médecine libérale, PASS..) ainsi que les représentants de l'Assurance-maladie pour les aspects relatifs à l'accès aux droits, permettra de mettre en lumière les bonnes pratiques d'organisation en fonction des territoires et de l'offre existante, en vue de contribuer à la construction du parcours de santé des migrants.

**Action n°18 : Mieux prendre en compte les questions de vie relationnelle et sexuelle dans les consultations des patients atteints de maladies chroniques et dans les programmes d'éducation thérapeutique du patient**

### Enjeux

De 2004 à 2013, le nombre de patients souffrant d'une affection longue durée a augmenté de 3 millions (6,7 versus 9,7).

Si les professionnels de santé se sentent aujourd'hui davantage concernés par la prévention, le dépistage et le suivi de ces maladies, les conséquences de celles-ci sur la qualité de vie, la sexualité et plus largement sur la relation de couple des sujets qui en sont atteints, sont encore trop souvent sous-évaluées.

Les données disponibles, en particulier en ce qui concerne les cancers et la sclérose en plaque, soulignent pourtant l'impact négatif fréquent des affections chroniques sur la vie sexuelle. Globalement, les difficultés sexuelles sont entre 2 à 6 fois plus fréquentes chez les patients souffrant de pathologie chronique que dans la population générale de même tranche d'âge et de même sexe.

A cette sous-évaluation des conséquences des maladies chroniques sur la vie sexuelle, s'associe une réponse insuffisante du système de soins.

### Action

Promouvoir l'information de l'impact de la maladie et/ou des traitements sur la sexualité auprès des patients atteints de maladie chronique, y compris les patients suivis pour des maladies mentales.

Promouvoir, auprès des professionnels de santé, le repérage et la prise en charge des éventuelles difficultés sexuelles chez les patients souffrant de maladies chroniques.

Intégrer la santé sexuelle dans les programmes d'éducation thérapeutique, notamment au moment du diagnostic éducatif.

## Action n°19 : Promouvoir la santé sexuelle des personnes vivant avec des troubles psychiques, prises en charge par les équipes sanitaires, sociales ou médico-sociales

### Enjeux

Les personnes vivant avec des troubles psychiques peuvent avoir des difficultés à vivre une santé sexuelle satisfaisante :

- les traitements psychotropes (surtout les neuroleptiques) provoquent des dysfonctionnements sexuels, somatiques et psychologiques ;
- certaines pathologies comme les troubles bipolaires ou la schizophrénie peuvent être à l'origine de comportements à risque, durant lesquels les personnes peuvent avoir un comportement sexuel excessif, se mettre en danger et s'exposer à être victimes de violences ;
- les troubles anxio-dépressifs, qui sont les plus fréquents dans la population, peuvent s'accompagner de troubles sexuels.

Des études ont montré que la prévalence de l'infection à VIH chez les personnes atteintes de maladies mentales était plus élevée que dans la population générale.

De fait, la sexualité, et la santé sexuelle en général, des personnes vivant avec des troubles psychiques, prises en charge en établissement ou

en ambulatoire, est un sujet peu abordé et peu pris en compte, que ce soit par les familles ou par les professionnels.

### Action

Elaborer avec des professionnels formés à cette approche et à la communication sur ces questions avec leurs patients, puis diffuser, des recommandations de bonne pratique pour la promotion de la santé sexuelle des personnes vivant avec des troubles psychiques, prises en charge en établissement ou en ambulatoire\*.

Sur la base d'un état des lieux de l'existant, les recommandations de la HAS et de l'ANESM définiront les bonnes pratiques sur les plans préventifs (grossesses non prévues, IST, violences sexuelles...), thérapeutiques et de l'accompagnement.

*\*S'agissant de l'accompagnement social et médico-social des personnes vivant avec des troubles psychiques et reconnues en situation de handicap, les mesures envisagées au titre de cette action pourront également être mobilisées dans le cadre de l'action 20, qui couvre l'ensemble des modalités de suivi social et médico-social (y compris au domicile de la personne).*

#### Stratégie nationale de santé sexuelle

Axe IV

Répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables



**Action n°20 : Mieux prendre en compte la thématique « vie privée, affective et sexuelle » pour les personnes handicapées ou les personnes âgées accueillies dans un établissement ou service médico-social**

### Enjeux

La prise en compte de la question de la vie sexuelle et affective pour les personnes en situation de handicap, accueillies ou accompagnées par un établissement ou service social ou médico-social nécessite une sensibilisation de tous les acteurs et de travailler sur quatre dimensions :

- l'éducation à la vie sexuelle et affective ;
- l'accompagnement des personnes, avec la prise en compte de cette dimension dans le projet individuel ;
- la prise en compte institutionnelle, par l'inscription de la question de la vie affective et sexuelle dans les projets associatifs, projets d'établissements et services médico-sociaux et règlements intérieurs ;
- l'association des familles à cette démarche.

Si des ressources et des actions sont conduites dans les territoires, il n'y a pas de cartographie, ni de données quantitatives sur le nombre d'établissements ayant engagé un travail, sur l'accompagnement de leur usagers ou sur le nombre de professionnels formés.

S'agissant des personnes âgées accueillies en EHPAD, mieux prendre en compte la préservation de l'intimité et de la vie affective et sexuelle des résidents nécessite aussi de travailler sur les projets individuels, les projets d'établissements et les règlements de fonctionnement, ainsi qu'avec les familles. Cette question a commencé à être prise en compte dans les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), qu'il est nécessaire de compléter.

### Action

- Elaborer des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en compte des questions de vie affective et sexuelle dans les établissements médico-sociaux accueillant ou accompagnant des personnes en situation de handicap, qu'il s'agisse d'un handicap mental, psychique, cognitif, moteur, sensoriel ou de polyhandicap ;
- Elaborer des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en compte de la vie affective et sexuelle dans les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées

Stratégie nationale de santé sexuelle

Axe IV

Répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables



**Action n°21 : Adapter la planification de l'offre en santé sexuelle et reproductive à destination des jeunes en tenant compte des besoins spécifiques ultra-marins et des ressources existantes**

### Enjeux

La population dans les Outre-mer est plus jeune qu'en Métropole (45.8% de moins de 30 ans versus 36.3 % en Métropole). Elle connaît également les taux les plus élevés de nouvelles infections à VIH et des taux très élevés de personnes ignorant leur séropositivité, en particulier dans les départements français d'Amérique.

La prévalence du HPV est élevée et le risque du cancer du col et de mortalité est trois fois plus élevé qu'en métropole.

Le nombre élevé de grossesses non prévues ou non désirées se traduit par un taux d'IVG chez les 15-19 ans deux fois supérieur à celui de l'hexagone.

Parallèlement, l'offre de dépistage et de soins reste insuffisamment accessible et pose des difficultés d'acceptabilité pour la population.

L'enjeu est donc de mettre en place une offre adaptée aux besoins spécifiques des territoires

ultra marins, sur la base d'un état des lieux des réseaux existants (CeGIDD, CPEF, associations, médecins libéraux, sages-femmes conventionnées IVG...).

### Action

Développer et favoriser les actions mobiles et « hors les murs » des structures.

Favoriser le déploiement associatif en leur proposant un appui logistique : ingénierie, création d'un guichet unique, aide à la création de dossiers d'appels d'offre, aide à la recherche de fonds budgétaires (ARS, conseil régional, conseil de l'Europe).

Promouvoir l'expérimentation d'actions innovantes pour le renforcement des actions de prévention au plus près des besoins des territoires, notamment en matière de vaccination HPV et VHB (délégation de tâches, protocoles de coopération entre professionnels, coopération entre soignants et associations œuvrant dans les champs de la prévention et de l'accompagnement).

#### Stratégie nationale de santé sexuelle

Axe VI Prendre en compte les spécificités de l'outre-mer pour mettre en œuvre l'ensemble de la stratégie de santé sexuelle



# Coordonner et promouvoir la recherche en santé sexuelle

## Action n°22 : Structurer la recherche en santé sexuelle

### Enjeux

Pendant longtemps, le programme d'actions en matière de santé sexuelle s'est inscrit dans le cadre de plusieurs plans nationaux de santé publique qui comportaient des objectifs et actions en rapport avec la santé sexuelle et reproductive, sans qu'il y ait une articulation explicite les uns avec les autres.

Ce champ couvre des disciplines multiples en démographie, sciences humaines et sociales, droit, en épidémiologie et en recherche clinique.

De fait, la production de connaissances en santé sexuelle est assurée par un ensemble d'acteurs (INSERM, INED, IRD, DREES, Santé publique France, équipes universitaires) et les domaines de recherche sont plus ou moins couverts et dynamiques.

Si la recherche sur le VIH/sida et les hépatites virales a toujours été très fructueuse grâce au travail d'animation et de coordination de l'ANRS

et aux financements apportés, d'autres champs sont plus en retrait, soit par manque de financement, soit parce que reposant sur des ressources humaines limitées.

### Action

Confier à l'alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (AVIESAN), en lien avec l'alliance thématique nationale des sciences humaines et sociales (ATHENA), la mission de coordination et d'animation de la recherche en matière de santé sexuelle, sur les thèmes répondant aux enjeux populationnels, thématiques et scientifiques identifiés dans la stratégie de santé sexuelle.

Les thématiques de recherche prioritaires identifiées sont :

- Mesurer, comprendre, agir dans le champ des violences sexuelles
- Augmenter l'efficacité des programmes et interventions contribuant à l'arrêt de l'épidémie VIH et les autres IST
- Rattraper le retard de la recherche sur la santé sexuelle des minorités sexuelles et de genre
- Comprendre les changements dans la sexualité et leur retentissement en termes de santé sexuelle
- Evaluer les usages et les politiques de contraception au prisme des changements sociaux
- Développer la recherche sur les nouvelles pratiques professionnelles au regard de l'élargissement des besoins en santé sexuelle
- 

### Stratégie nationale de santé sexuelle

Axe V Promouvoir la recherche, les connaissances et l'innovation en santé sexuelle





## Action n°23 : Maintenir un haut niveau de recherche sur le VIH et les hépatites virales au sein de l'ANRS

### Enjeux

L'infection VIH est concentrée en France dans la population HSH, dans les populations immigrées d'Afrique subsaharienne et de la Caraïbe et très fortement accentuée dans les DOM et en particulier en Guyane.

Selon les modélisations épidémiologiques, la pleine utilisation des outils disponibles permettrait de juguler l'épidémie. Cependant, les données les plus récentes en France mettent en évidence le maintien à un très haut niveau de la dynamique de l'infection chez les HSH et moindre, mais beaucoup plus élevé que dans la population générale, chez les populations immigrées d'Afrique subsaharienne.

L'épidémie cachée est particulièrement problématique pour les hépatites virales B (54% de personnes non dépistées) et C (39% de personnes non dépistées). La prévalence du VHC et le taux de réinfection sont élevés chez les

personnes vivant avec le VIH. Il peut être accru par certaines pratiques, dont le chemsex.

Les IST sont en recrudescence chez les HSH et dans une moindre mesure chez les jeunes hétérosexuels.

Cette situation appelle à poursuivre les recherches interventionnelles de prévention de la transmission et d'effectivité du dépistage répété, d'évaluation des stratégies proposées notamment dans la vraie vie, du rôle des déterminants sociaux de l'exposition, notamment des discriminations. Ce champ s'étend à la problématique du vaccin.

### Action

Les actions coordonnées de l'ANRS permettront d'identifier à mesure les enjeux scientifiques nouveaux dans le domaine au regard des avancées scientifiques et des observations épidémiologiques.

## Accompagner et développer les projets innovants

### Action n°24 : Créer le volet "santé sexuelle" de la Boussole des jeunes

#### Enjeux

Les jeunes ont un accès variable et disparate aux professionnels de santé. Le secteur est foisonnant, et il est difficile pour eux de s'y retrouver.

En matière de santé sexuelle, les informations et l'offre de prévention, de dépistage et de prise en charge devraient leur être aisément accessibles.

Le portail Santé.fr met à disposition de tous, au sein d'une base de données unique, les ressources en matière d'information et d'orientation dans le système de santé.

Destinée plus particulièrement aux jeunes et en cours de développement sur quatre thématiques (emploi, logement, formation et santé), la

Boussole des jeunes permettra de mettre directement en lien les jeunes avec une offre de service locale, proposée par des professionnels du territoire, en fonction de problématiques concrètes pré-identifiées.

#### Action

En complémentarité avec le déploiement sur Santé.fr des informations portant sur l'offre en santé sexuelle, expérimenter dans quelques sites pilotes le volet « santé sexuelle » de la Boussole des jeunes avec les acteurs de la santé sexuelle des territoires (CeGIDD, CPEF, associations, PMI, Points Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) et Maisons des adolescents (MDA) ...).

#### Stratégie nationale de santé sexuelle

Axe I	Investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive
Axe VI	Prendre en compte les spécificités de l'Outre-mer pour mettre en œuvre l'ensemble de la stratégie de santé sexuelle

## Action n°25 : Créer une charte d'engagement contre les stéréotypes sexistes dans les médias

### Enjeux

Dans une société où l'image tient une place importante, les médias véhiculent des représentations encore trop souvent stéréotypées et dévalorisantes des femmes, qui peuvent encourager des pratiques discriminatoires, voire des violences.

Les injonctions à la maigreur ou à la jeunesse, l'hyper-sexualisation de la femme ou sa réduction à une fonction d'objet sont autant d'exemples qui peuvent avoir un impact en termes de santé publique (mauvaise estime de soi, mal-être, anorexie).

Afin de renforcer les initiatives déjà entreprises en France et de rendre plus effective la lutte contre les stéréotypes sexistes, il est nécessaire que les pouvoirs publics accompagnent et soutiennent davantage ce mouvement.

### Action

Créer une charte d'engagement destinée aux médias relative à la lutte contre les stéréotypes sexistes. Cette charte posera les grands principes d'une communication non sexiste.

### Stratégie nationale de santé sexuelle

Axe I Investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive

**Action n°26 : Expérimenter le « PASS préservatif » pour les moins de 25 ans permettant d'obtenir des préservatifs à titre gratuit dans le cadre d'un programme d'information et de prévention**

### Enjeux

Le préservatif est le moyen de prévention le plus répandu. Il reste la méthode de base pour se protéger et protéger les autres du VIH et des IST et prévenir les grossesses non prévues.

Dans ce contexte, il est essentiel de promouvoir les préservatifs (masculins et féminins) auprès des jeunes comme outils de base de la prévention, en les rendant plus accessibles tout en associant leur promotion à des actions ciblées d'éducation, de dépistage ou de prise en charge psychosociale.

En effet, les indicateurs de santé sexuelle parmi les jeunes en France sont préoccupants :

- chez les populations vulnérables, les IST sont en recrudescence et touchent plus spécifiquement les jeunes ;
- les jeunes de 15-29 ans représentent 78% des infections à chlamydia, 65% des infections à gonocoque et 33% des cas de syphilis rapportés ;
- les 15-29 ans représentent près d'un quart des découvertes de séropositivité VIH.

### Action

Expérimenter dans quelques régions à incidence forte d'IST (dont une région d'outre-mer) la mise en place d'une carte de distribution gratuite de préservatifs dans le cadre d'un programme de prévention en santé sexuelle à destination des jeunes.

Ce programme offrira aux jeunes un espace sûr et confidentiel d'échange avec un professionnel, formé à cette approche et à la communication avec les jeunes sur ces questions, autour de l'information et de la prévention en santé sexuelle et leur permettra d'accéder à une offre gratuite de préservatifs dans des lieux qu'ils fréquentent habituellement.

La mise en œuvre de ce programme mobilisera tous les acteurs des territoires investis dans la prévention en santé des jeunes. Le rôle des opérateurs actuels de distribution gratuite de préservatifs sera précisé. Une évaluation en sera faite après 3 ans de pratique.

#### Stratégie nationale de santé sexuelle

Axe I	Investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive
Axe VI	Prendre en compte les spécificités de l'Outre-mer pour mettre en œuvre l'ensemble de la stratégie de santé sexuelle

## ANNEXE 1: Tableau synthétique

N°	Action	Jalons	Pilotage stratégique : Pilotes (en gras) et Principaux partenaires	Acteurs opérationnels	Éléments budgétaires	Calendrier	Indicateurs de suivi de l'action
<b>Améliorer l'information et la formation dans le domaine de la santé sexuelle</b>							
1	<b>Produire un plaidoyer interministériel pour promouvoir l'éducation à la santé sexuelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration et diffusion de recommandations</li> <li>- Développement d'actions de soutien à la parentalité sur le territoire</li> <li>- Evaluation de l'impact du plaidoyer</li> </ul>	<b>DGS</b> DGESCO/DGER/ DGCS/Santé publique France	Schémas départementaux des services aux familles CAF, Conseils départementaux, Rectorat, communes, Union Départementale des Associations Familiales (UDAF), associations d'usagers du système de santé, Services de l'Aide sociale à l'enfance, établissements et services sociaux et médico-sociaux accueillant des jeunes, la prévention spécialisée, Points Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) et Maisons des adolescents (MDA),	Pas de surcoût	2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de téléchargements de la fiche</li> <li>• Indicateurs sur l'offre de soutien à la parentalité, (taux d'évolution ou taux de couverture), notamment via la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) (convention d'objectifs et de gestion 2018-2022).</li> </ul>
2	<b>Former les professionnels de santé à la santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe de travail pour la formation initiale</li> <li>- Groupe de travail pour la formation</li> </ul>	<b>DGESIP</b> DGOS/DGS	Universités, école de sages-femmes, Agence nationale du DPC,	Pas de surcoût	2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'UE interdisciplinaires en santé sexuelle mises en place dans</li> </ul>

	<b>sexuelle dans une approche interdisciplinaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- continue</li> <li>- Elaboration d'un référentiel académique sur le contenu de la formation en santé sexuelle avec les volontaires des deux groupes de travail</li> <li>- Elaboration de la circulaire sur l'unité d'enseignement (UE) interdisciplinaire et stage de formation pour le second cycle</li> <li>- Elaboration d'une fiche académique en santé sexuelle</li> <li>- Elaboration d'une maquette DPC sur la santé sexuelle</li> </ul>		COREVIH, médecin référent "protection de l'enfance" de l'aide sociale à l'enfance (ASE), organisations étudiantes, associations d'usagers du système de santé...			<ul style="list-style-type: none"> <li>les UFR</li> <li>• Nombre d'étudiants inscrits dans l'UE interdisciplinaire</li> <li>• Nombre de professionnels conventionnés formés par an (indicateur Agence nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC))</li> <li>• Nombre de formations en santé sexuelle disponibles sur le site ANDPC</li> </ul>
3	<b>Produire des outils sur les questions de santé sexuelle pour les personnels qui interviennent auprès des enfants et des jeunes en dehors du cursus scolaire ou universitaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recensement des outils</li> <li>- Réalisation d'un guide pour la mise en place de séances d'éducation à la santé sexuelle dans les dispositifs de prise en charge des jeunes hors du cursus scolaire.</li> </ul>	<b>DGS</b> Santé Publique France, DJEPVA, PJJ, DGCS	Associations d'usagers du système de santé, organisations étudiantes	Pas de surcoût	2018-2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de ressources (fiches) mises à disposition</li> <li>• Indicateur à définir en fonction du mode de diffusion retenu (visites de site internet, articles dans la presse de MG ...)</li> </ul>
4	<b>Organiser annuellement en région des campagnes spécifiques de dépistage du VIH, des hépatites virales et des autres IST.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration des éléments nationaux de cadrage : financement et principaux objectifs</li> <li>- Définition et organisation des actions au niveau régional</li> <li>- Mise en œuvre</li> </ul>	<b>DGS</b> Santé publique France, CNAM	ARS, COREVIH, Professionnels de santé, DGS, Santé publique France, associations, laboratoire de biologie médicale, CeGIDD et structures médicosociales autorisées, associations d'usagers du système de santé, organisations étudiantes	FNPEIS Co financement FIR à arbitrer : Scénario 1 : <b>320 000€ /an</b> (sur 8 régions 40 000 € x 8 dont 4 régions ultra marines)  Scénario 2 : <b>680 000 €</b> (toutes les régions 40 000 € * 17)	2018-2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'actions de dépistage</li> <li>• Nombre d'acteurs mobilisés</li> <li>• Nombre de personnes dépistées</li> <li>• Nombre de découvertes de séropositivité</li> </ul>

					(en complément des actions de dépistage déjà mises en place et financées, notamment par le FNPEIS (3,1 millions d'€/an))		
5	<b>Mettre à disposition des professionnels de santé de premier recours des ressources documentaires en matière de santé sexuelle (prévention, vaccination, dépistage des IST)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recensement des ressources existantes par la DGS via une mobilisation des producteurs de ressources</li> <li>- Mise en place par la DGS d'un groupe de travail avec producteurs de ressources et représentants de professionnel de santé : point sur le recensement, identification de besoins complémentaires, identification des supports et des circuits de diffusion les plus adaptés aux professionnels de santé</li> <li>- Inscription des ressources nouvelles au programme de travail des organisations productrices</li> <li>- Production des ressources nouvelles</li> </ul>	<b>DGS</b> HAS, Santé publique France, CNAM	URPS, CDOM, associations d'usagers du système de santé, COREVIH, organisations étudiantes ...	Pas de surcoût	2018-2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de ressources mises à disposition</li> <li>• Analyse de la satisfaction des bénéficiaires</li> <li>• Nombre de nouvelles ressources créées</li> </ul>
6	<b>Améliorer la communication en matière de prévention des IST, du VIH et des grossesses précoces, auprès des jeunes de 12 à 25 ans dans les territoires d'outre-mer avec des</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etat des lieux des outils existants et définition des informations actualisées à diffuser pour chaque territoire des outre mer</li> <li>- Elaboration, mise en forme et déclinaison dans un langage adapté et sur des supports ciblés (réseaux sociaux...) des messages et informations retenues</li> </ul>	<b>DGS/DGOM</b>	ARS, Santé Publique France, CNAM, associations d'usagers du système de santé,	FIR/crédits Etat	2018-2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de campagnes de communication</li> <li>• Evaluation de l'impact</li> </ul>

39

	<b>outils adaptés à la situation locale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation de l'utilisation des outils retenus et de la satisfaction des utilisateurs</li> </ul>					
<b>Améliorer l'offre générale en santé sexuelle</b>							
7	<b>Simplifier la mise en œuvre de protocoles de coopération entre professionnels, dans les CEGIDD et dans les CPEF</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recensement des protocoles déjà validés ou déposés à l'HAS, et des actions régionales en cours pour l'écriture de protocoles</li> <li>- Elaboration d'un protocole générique</li> <li>- Mise à disposition nationale du protocole générique</li> <li>- Au niveau régional, dépôt des dossiers par les centres volontaires</li> <li>- Modification du dispositif réglementaire qui encadre les missions de la HAS dans ce domaine</li> <li>- Validation par procédure simplifiée HAS et mise en œuvre</li> </ul>	<b>DGOS/HAS</b>	CEGIDD, CPEF ARS Conseils départementaux, associations d'usagers du système de santé,	Pas de surcoût	2018-2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de dossiers validés par l'HAS</li> <li>• Nombre de protocoles mis en œuvre</li> </ul>
8	<b>Lever l'obligation d'accompagnement du mineur par une personne majeure pour une consultation concernant la prévention et le traitement des IST</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expertise juridique des évolutions législatives et réglementaires nécessaires</li> <li>- Elaboration des textes</li> </ul>	<b>DGS</b> DSS, CNAM	CeGIDD, CPEF, associations d'usagers du système de santé,	Pas de surcoût <i>(Aménagements financiers pour l'assurance maladie à évaluer dans le cadre des remboursements de prestations qui concerneront une partie des établissements et structures pouvant recevoir ces mineurs ?)</i>	2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publication des textes législatifs et textes d'application permettant la levée de l'obligation d'accompagnement du mineur par une personne majeure</li> <li>• Evolution du nombre de mineurs pris en charge</li> </ul>

40

9	<b>Encourager les projets de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) intégrant les problématiques de santé sexuelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promotion des dispositifs auprès des acteurs locaux (professionnels et ARS)</li> <li>- Au niveau régional, recensement et accompagnement des acteurs de santé, identification par les ARS des équipes ESP/CPTS volontaires pour porter de tels projet et soutien aux équipes</li> </ul>	<b>DGOS</b> ARS	Professionnels de santé, associations d'usagers du système de santé...	2 M€ (FIR)	2018-2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de CPTS ayant contractualisé avec l'ARS et intégrant la thématique santé sexuelle</li> </ul>
10	<b>Permettre aux Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS) de pratiquer les consultations de contraception et de prévention, ainsi que le dépistage des IST</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modification réglementaire (décret) pour étendre les missions de prévention des SUMPPS à la prescription des moyens de contraception, les vaccinations, les dépistages et les soins des IST non compliqués</li> <li>- Diffusion d'une instruction DGESIP/DGS aux universités pour accompagner la mise en place de ces nouvelles mesures</li> </ul>	<b>DGS</b> DGESIP	DSS/CNAM, ARS, Université SUMPPS, organisations étudiantes	1,1 M€ (hausse des ETP médecins, SF, IDE= 920 000€; formation = 55000€; Equipement /matériel= 115 000€)	rentrée 2018-2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publication des textes réglementaires</li> <li>• Activité de consultations (Soins IDE, Soins médecins, Soins SF, Prévention IDE, Prévention médecin, Prévention SF</li> <li>• Nombre d'actions réalisées</li> <li>• File active des étudiants reçus</li> <li>• Nombre de dépistages</li> <li>• Nombre de délivrances contraception d'urgence</li> <li>• Nombre de vaccinations</li> </ul>
11	<b>Transformer la consultation longue IST/contraception pour les jeunes filles entre 15 et 18 ans en une consultation longue « santé sexuelle » au bénéfice de tous les jeunes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Production d'une fiche mémo</li> <li>- Saisine HAS pour un référentiel de consultation jeunes « santé sexuelle »</li> <li>- Evolution de la convention médicale</li> </ul>	<b>DGS</b> DSS, CNAM, HAS	Professionnels de santé (médecins)	ONDAM ville (Budget consultation filles à doubler, estimation CNAM)	2018-2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Production d'une fiche mémo consultation jeunes IST en vue de compléter la fiche existante contraception</li> <li>• Production d'un référentiel de consultation jeunes « santé sexuelle »</li> <li>• Evaluation de la mise en place de la consultation longue en 2018 (quantitative et qualitative)</li> </ul>
12	<b>Renforcer la confidentialité des interruptions volontaires de</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expertise et évolution réglementaire (arrêté)</li> <li>- Adaptation du système d'information pour assurer la confidentialité dans les</li> </ul>	<b>DSS/DGS/ DGOS</b> CNAM, ATIH, DREES	ARS, conseils départementaux, établissements de santé	Pas de surcoût	2018-2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publication de l'arrêté</li> </ul>

41

	<b>grossesse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- relevés des CPAM</li> <li>- Mise en place d'un groupe de réflexion sur la confidentialité des actes d'IVG en établissements</li> </ul>					
13	<b>Garantir une offre d'IVG, notamment instrumentale et sous anesthésie locale, dans les établissements et centres de santé autorisés à les pratiquer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etat des lieux de l'offre</li> <li>- Expertise sur les évolutions à mettre en œuvre</li> <li>- Evolution réglementaire et inscription d'une action dans le programme d'inspection/contrôle national</li> <li>- Suivi de de la mise en place de l'IVG instrumentale en centre de santé</li> </ul>	<b>DGOS</b> DGS	Professionnels de santé, centres de santé, établissements de santé, ARS, DREES, Réseaux périnatalité	Pas de surcoût	2018-2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de territoires de proximité (définis à une échelle infra départementale par les ARS) avec un déficit d'offre en IVG instrumentale</li> <li>• Taux de progression des établissements proposant l'IVG sous AL à l'échelle départementale</li> </ul>
14	<b>Améliorer l'efficacité de l'offre gratuite de santé sexuelle dans les territoires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saisine IGAS / IGA</li> <li>- Propositions d'évolution suivant les recommandations</li> </ul>	<b>DGS/DGCL</b>	ADF, ARS, associations d'usagers du système de santé, professionnels, PMI, conseils départementaux	Pas de surcoût	2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapport final</li> </ul>
<b>Renforcer et adapter l'offre en matière de santé sexuelle pour les populations et territoires prioritaires</b>							
15	<b>Expérimenter dans des villes à forte prévalence du VIH et des IST des centres de santé sexuelle, d'approche communautaire, sur le modèle anglo-saxon.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration d'un cahier des charges</li> <li>- Lancement de l'appel à projets et sélection des candidatures</li> <li>- Déploiement des projets</li> <li>- Evaluation à mi-parcours</li> </ul>	<b>DGS</b> DGOS, ARS, associations d'usagers du système de santé,	CeGIDD et/ou centre de santé, COREVIH	à arbitrer article 51 LFSS 2018, FIR et enveloppe ville FNPEIS 400 000 à 600 000€/an 2à 3 expérimentation s 200 000 €/ expérimentation /an	2018-2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux de fréquentation</li> <li>• Incidence des IST : VIH, VHC, VHB, Syphilis, Gonorrhées, LGV</li> </ul>

42

16	<b>Faire émerger et soutenir, dans le cadre d'un appel à projets, des actions novatrices en matière de promotion de la réduction des risques pour les personnes en situation de prostitution</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration d'un cahier des charges</li> <li>- Lancement de l'appel à projets et sélection des candidatures</li> <li>- Déploiement des projets</li> <li>- Evaluation à mi-parcours</li> </ul>	<b>DGS</b>	ARS, associations d'usagers du système de santé, COREVIH	à arbitrer 200 000 € Crédits Etat	2018-2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de projets financés</li> <li>• Nombre de régions concernées par ces projets de RDR</li> </ul>
17	<b>Mettre en œuvre, à titre expérimental, une proposition systématique d'un bilan de santé global, intégrant la santé sexuelle, pour les migrants primo-arrivants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Synthèse des référentiels, outils et bonnes pratiques pour la réalisation d'un bilan de santé global pour les migrants primo arrivants (en lien avec les associations et professionnels de santé impliqués auprès des migrants)</li> <li>- Rédaction du cahier des charges</li> <li>- Sélection des 3 territoires pour expérimentation</li> <li>- Déploiement des projets</li> <li>- Evaluation et production d'un rapport synthétisant les éléments clés pour garantir l'accès à un bilan de santé global aux migrants primo-arrivants</li> </ul>	<b>DGS</b> DGOS, DSS, CNAM, Santé publique France	DGCS, Professionnels de santé (1 <sup>er</sup> et second recours), associations d'usagers du système de santé, PASS, représentants de l'Assurance-maladie ...	A arbitrer 230 000 €  180 000 (DGS)  Consultations réalisées dans le cadre de droit commun Financement complémentaire destiné aux structures expérimentatives pour les frais non encore couverts par les financements de droit commun (frais liés aux recours aux interprètes, médiateurs, campagnes d'information...) article 51 LFSS	2018-2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de bilans de santé réalisés</li> </ul>

43

					2018,  50 000 € pour l'évaluation		
18	<b>Mieux prendre en compte les questions de vie relationnelle et sexuelle dans les consultations des patients atteints de maladies chroniques et dans les programmes d'éducation thérapeutique du patient</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification en lien avec les associations de patients des freins et des leviers à mettre en œuvre</li> <li>- Inscription de la promotion de la santé sexuelle dans les démarches de développement de l'ETP</li> <li>- Campagne d'information auprès des professionnels de santé</li> <li>- Etablissement d'un plan de formation pour les professionnels de l'ETP (ANFH, UTEP, pôles régionaux d'ETP,...)</li> <li>- Evaluation des consultations ayant évoqué la problématique</li> </ul>	<b>DGS</b> DGOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ARS</li> <li>- COREVIH</li> <li>- IREPS</li> <li>- Sociétés savantes concernées par les pathologies chroniques les plus fréquentes</li> <li>- Associations d'usagers du système de santé</li> <li>- Réseaux</li> </ul>	Pas de surcoût	2018-2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicateurs qualitatifs : <ul style="list-style-type: none"> <li>- mobilisation ou acquisition de compétences d'adaptation</li> <li>- évaluation de la prise en charge des troubles sexuels,</li> <li>- évaluation de l'impact sur la prise en charge globale de la maladie</li> </ul> </li> </ul>
19	<b>Promouvoir la santé sexuelle des personnes vivant avec des troubles psychiques, prises en charge par les équipes sanitaires, sociales,</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inscription au programme de travail de la HAS</li> <li>- Diffusion et mise en œuvre de ces recommandations</li> </ul>	<b>DGS</b> DGOS, DGCS HAS	ARS DRJSCS Conseils départementaux COREVIH, associations d'usagers du système de santé,	Pas de surcoût	2018-2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publication des recommandations</li> </ul>

44



	<b>ou médico-sociales</b>						
20	<b>Mieux prendre en compte la thématique vie privée, affective et sexuelle pour les personnes handicapées ou les personnes âgées accueillies dans un établissement ou service médico-social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inscription au programme de travail de la HAS sur la base d'une note de cadrage de la recommandation dans le champ du handicap / dans le champ des personnes âgées</li> <li>- Elaboration des recommandations</li> <li>- Mise en œuvre des recommandations</li> </ul>	<b>DGCS</b> HAS	Etablissements médico sociaux, COREVIH, associations d'usagers du système de santé,	Pas de surcoût	2018-2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publication des recommandations</li> </ul>
21	<b>Adapter la planification de l'offre en santé sexuelle et reproductive à destination des jeunes en tenant compte des besoins spécifiques ultramarins et des ressources existantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recensement des besoins non couverts</li> <li>- Ajustement de l'offre aux besoins recensés (heure d'ouverture et fermeture, localisation adaptée, qualité d'accueil...)</li> <li>- Evaluation de l'action</li> </ul>	<b>DGOM/DGS /DGS</b>	ARS, COREVIH, associations d'usagers du système de santé, organisations étudiantes	A arbitrer 1 m€	2018-2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evolution de l'offre sur le territoire</li> </ul>
<b>Coordonner et promouvoir la recherche en santé sexuelle</b>							
22	<b>Structurer la recherche en santé sexuelle</b>		<b>L'alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (AVIESAN)</b> L'alliance thématique nationale des sciences	A définir avec AVIESAN et Athéna DGRI, DGS COREVIH, DREES	A arbitrer 1 M€	2018-2020	

45

			humaines et sociales (Athéna)				
23	<b>Maintenir un haut niveau de recherche sur le VIH et les hépatites virales au sein de l'ANRS</b>		<b>ANRS</b>		Pas de surcoût	2018-2020	
<b>Accompagner et développer les projets innovants</b>							
24	<b>Créer le volet "santé sexuelle" de la Boussole des jeunes destinée aux jeunes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lancement d'un volet « santé sexuelle » dans un territoire expérimentateur</li> <li>- Suivi du déploiement</li> </ul>	<b>DJEPVA</b> DGS/DGCS	ARS, Rectorat, conseil régional, DR-D-JSCS, CRIJ, DT, CPAM, organisations étudiantes, professionnels et structures de santé sexuelle, associations d'usagers du système de santé, ...	Budget Boussole des jeunes, possibilité de co-financement au niveau local de l'animation territoriale sur la question de la santé Selon les choix locaux, co-financement de l'animation territoriale sur la question de la santé (<10 000€/an /territoire)	2018-2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de territoires couverts</li> <li>• Nombres d'acteurs volontaires mobilisés</li> </ul>
25	<b>Créer une charte d'engagement contre les stéréotypes sexistes dans les médias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration de la charte d'engagement</li> <li>- Evaluation du respect de la charte</li> </ul>	<b>DGCS/SDFE</b> CSA/ presse	Déclinaison à travers les réseaux des signataires	Pas de surcoût	2018-2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de médias ayant signé la charte</li> </ul>

46

47

## ANNEXE 2 : Composition des groupes de travail de la stratégie nationale de santé sexuelle

Coordination Direction générale de la santé (DG5) : Jean-Christophe COMBOROURE, Elise RIVA, Cathe CHARDIN, Frédérique DOUMAT, Didier FAURY, Lionel LAVIN, Aminata SARR, Jean-Michel TASSIE, Thi TROUSSIER

### GRUPE AXE 1 : Investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier direction des jeunes, dans une approche globale et positive

- DGESCO (Direction Générale de l'Enseignement Scolaire) : Véronique GASTE
- SPF (Santé Publique France) : Lucile BLUZAT
- DJEPVA (Direction de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et de la Vie Associative) : Maud JERBEF
- DGER (Direction générale de l'enseignement et de la recherche Ministère de l'Agriculture Emmanuel HEMERY
- DGESIP (Direction Enseignement Supérieur et Insertion Professionnelle) : Pierre Emmanuel ROU
- Rectorat : Sophie PONS
- FAGE (Fédération des Associations Générales Étudiantes) : Nassim MEKEDDEM
- FPSSS (Fédération Française de Sexologie et Santé Sexuelle) : Rosa CARBALLEDA
- DGCS : David BLIN – Ahez LE MEUR (Service des droits des femmes et de l'égalité entre les femmes et les hommes)
- UNAASS (Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé) : Familles France : Marie Anick LAMBERT
- MFPF (Mouvement Français du Planning Familial) : Caroline REBHI
- IREPS (Réseau national : FNES) : François BAUDIER
- UNAF (Parents) : Patricia HUMANN
- Conseil national de la vie lycéenne
- CAVL de Paris

### GRUPE AXE 2 : Améliorer les parcours de santé en matière d'IST, dont le VIH et hépatites virales : prévention, dépistage, prise en charge

- CMG (Collège médecine Générale) : Marie Héliène CERTAIN
- CeGIDD : Nathalie SPENATTO
- DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) : Gérald ASTIER
- SGMAS (Secrétariat Général des Ministères des Affaires Sociales) : Béatrice TRAN
- CNAM (Caisse nationale d'assurance maladie) : Isabelle VINCENT
- CNSHV (Comité national du sida et des hépatites virales) : Marie SUZAN-MONTI et Cécile GOUJAF
- URPS (Conférence Nationale des Unions Régionales des professionnels de Santé - Médecine libéraux) : Maurice BENSOUSSAN
- CPEF : Nadia RACHEDI
- SFD (Société Française de Dermatologie et pathologie sexuellement transmissible) : Nicolas DUP
- SFLSS (Société de lutte contre le sida) : Anne SIMON
- MDM (Médecins du Monde) : Sophie LAURENCE
- SOS Hépatites : Héliène DELAQUAIZE
- HAS (Collège de la Haute Autorité de Santé) : Catherine RUMEAU-PICHON
- MFPF (Mouvement Français du Planning Familial) : Carine FAVIER
- AIDES : Franck BARBIER
- DGESIP (Direction Enseignement Supérieur et Insertion Professionnelle) : Pierre-Emmanuel ROU

### GRUPE AXE 3 : Améliorer la santé reproductive

- MFPF (Mouvement Français du Planning Familial) : Carine FAVIER
- ARS Ile de France : Luc GINOT
- DGCS : David BLIN
- DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) : Gérald ASTIER
- DGCL (Direction générale des collectivités locales) : Isabelle DORLIAT-POUZET
- CeGIDD : Nathalie SPENATTO
- CPEF : Nadia RACHEDI
- URPS (Conférence Nationale des Unions Régionales des professionnels de Santé Médecins libéraux) : Maurice BENSOUSSAN
- CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) : Brigitte LETOMBE
- CNSF (Collège National des Sages-Femmes) : Michèle ZANARDI
- CNUP (Collège national des universitaires de psychiatrie) : Florence THIBAUT
- CMG (Collège médecine Générale) : Martine LANGLOIS
- MDM (Médecins du Monde) : Sophie LAURENCE
- HAS (Collège de la Haute Autorité de Santé) : Catherine RUMEAU-PICHON
- CNAM (Caisse nationale d'assurance maladie) : Isabelle VINCENT
- DGESIP (Direction Enseignement Supérieur et Insertion Professionnelle) : Stéphane CARTON
- FNCGM (Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale) : Catherine FOHET

### GRUPE AXE 4 : Répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables

- COREVIH : Eric BILLAUD
- AIDES : Franck BARBIER
- DGCS : David BLIN
- DPJJ (Direction de la protection judiciaire de la jeunesse) : Françoise MARCHAND BUTTIN
- CNSHV (Comité national du sida et des hépatites virales) : Michel CELSE
- SFLS (Société de lutte contre le sida) : Anne SIMON
- CNUP (Collège national des universitaires de psychiatrie) : Florence THIBAUT
- FPSSS (Fédération Française de Sexologie et Santé Sexuelle) : Rosa CARBALLEDA
- UNAASS (Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé) : Mariannick LAMBERT
- Afrique Avenir : Romain MBIRINDI
- MDM (Médecins du Monde) : Sophie LAURENCE
- DGCL (Direction générale des collectivités locales) : Isabelle DORLIAT-POUZET

Liste des personnes auditionnées dans le cadre de la stratégie nationale de santé sexuelle – Axe IV

Personnes en situation de handicap :

- François CROCHON, CeRHeS (Centre ressources Handicaps et Sexualités)
- Aude BOURDEN, Association des Paralysés de France (APF)

Personnes migrantes

- Nicolas VIGNIER, CeGIDD, Réseau Ville Hôpital, CLAT Melun
- Olivier BOUCHAUD, hôpital Avicenne

Personnes usagères de drogues :

- Héliène DELAQUAIZE, SOS Hépatites
- Muriel GREGOIRE, hôpital Marmottan

Femmes et VIH



- Catherine KAPUSTA-PALMER, Collectif inter associatif Femmes & VIH

Transversal :

- Gonzague DE LAROCQUE, Réseau de Santé Sexuelle Publique

### GRUPE AXE 5 : Promouvoir la recherche, les connaissances et l'innovation en santé sexuelle

- ANRS : François DABIS/Véronique DORE/France LERT
- SPF : Nathalie LYDIE
- DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) : Renaud LEGAL
- DGRI (Direction générale de la recherche et de l'innovation) : Benoît LAVALLART
- INED : Mathieu TRACHMAN
- CNUP (Collège national des universitaires de psychiatrie) : Florence THIBAUT
- INSERM : Bruno SPIRE
- IRD : Annabel DESGREES DU LOU
- SPF : Florence LOT

### GRUPE AXE 6 : Prendre en compte les spécificités de l'outre-mer pour mettre en œuvre l'ensemble de la stratégie de santé sexuelle

- DGOM (Direction générale des Outre-Mer) : Michaela RUSNAC
- ARS Guyane : François LACAPERE
- AIDES : Fabrice RENAUD
- MDM (Médecins du Monde) : Sophie LAURENCE

## **RESUME :**

**Introduction :** En France la situation sanitaire vis-à-vis des infections sexuellement transmissibles n'est pas satisfaisante selon des indicateurs qui témoignent d'une hausse des infections. Un cadre conceptuel efficace en prévention en santé publique est l'intervention mapping, qui repose sur une analyse écologique du contexte.

**Objectifs :** L'objectif de ce travail est de déterminer si les programmes français de prévention relatifs aux IST s'appuient sur des éléments écologiques, ou non.

**Méthode :** Une revue de la littérature a été menée de 2009 au 1<sup>er</sup> novembre 2019 en s'appuyant sur une grille d'analyse construite. Les bases de données suivantes ont été interrogées : la Base de données de Santé Publique (BDSP), Pascal, Francis, Cairn et Lissa.

**Résultats :** Après collecte des résultats, une seule référence a été retenue. Il s'agit de la Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2018-2020. Celle-ci a ensuite été analysée selon des critères écologiques.

**Analyse :** Le plan de prévention retenu présente un grand nombre d'éléments écologiques. A savoir : les problèmes adressés sont justifiés avec des éléments contextuels. Le plan identifie également des leviers d'action qui ciblent à la fois l'individu, la communauté et le réseau régional ou international. Ceci fait qu'il s'agit d'un plan multi-niveaux, et donc, écologique.

**Discussion :** Toutefois, il semble qu'il existe d'autres facteurs modulant les indicateurs de santé publique dans le domaine des IST. Parmi ceux-ci figure la mise en œuvre partielle des mesures et programmes.

**Mots-clefs :** modèle écologique ; intervention mapping ; programme sanitaire ; santé sexuelle ; infections sexuellement transmissibles (IST) ; prévention ; analyse.

**Titre :** Prévention des infections sexuellement transmissibles : une lecture écologique d'un plan de prévention français relatif à la santé sexuelle. Une revue de la littérature de 2009 à 2019

**Auteur :** Alexy Laughton

**Diplôme d'État de Sage-femme, Brest, 2020**