



Organisation des structures de prévention et de prise en charge en santé sexuelle

Rapport

Dr Aquilino MORELLE

Aude MUSCATELLI

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Avec l'appui de Bruno RAMDJEE, stagiaire

2022-049R
Février 2023

SYNTHÈSE

Le présent rapport traite de la question de la santé sexuelle au travers des structures spécialisées chargées de sa mise en œuvre, en complément de l'offre de prévention et de soins de droit commun, en cabinet libéral ou en établissements de santé. L'objet de la mission porte plus particulièrement sur la création d'une offre de prévention et de prise en charge en santé sexuelle plus lisible et plus efficace répondant aux enjeux de santé publique et aux besoins de la population.

Les structures spécialisées en santé sexuelle sont les Centres de planification et d'éducation familiale et les Espaces de vie affective d'une part (CPEF et EVARS) et les Centres gratuits de dépistage et de diagnostic du VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD) d'autre part. Les comités de coordination territoriale en matière de lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles (COREVIH) ne délivrent pas de soins mais sont chargés de la coordination des acteurs au niveau le plus souvent régional, en lien avec les agences régionales de santé chargées de la planification stratégique et du suivi des CeGIDD.

Les CeGIDD sont habilités par les ARS et financés via le Fonds d'intervention régional (FIR) du ministère de la santé et de la prévention depuis leur création en 2016. Leurs missions principales sont la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement préventif de l'infection par le VIH et les hépatites virales, ainsi que la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des (IST). Parmi les CeGIDD habilités, 72 % sont gérés par des établissements de santé publics, le reste relevant des collectivités territoriales (18%) et plus rarement d'associations (4%).

Les CPEF exercent des missions de planification familiale et de conseil conjugal et familial : délivrance d'informations sur la sexualité et la fécondité, prescription de contraception, pratique de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse, entretiens de conseil conjugal et familial, accueil des personnes victimes de violence. Ils relèvent de la compétence des départements depuis la loi de décentralisation du 22 juillet 1983. Ils sont agréés par les conseils départementaux, gérés en gestion directe ou déléguée et financés par les départements, ainsi que par l'assurance maladie pour les actes réalisés par les professionnels de santé.

Les EVARS sont des structures non médicalisées d'information et d'accompagnement social à la vie sexuelle, conjugale et familiale, via des séances collectives ou des entretiens individuels conduits par des professionnels dont les conseillers conjugaux et familiaux. Ils sont agréés par les préfets de département, gérés par des associations et financés via des subventions relevant du budget de l'Etat.

Selon le dernier recensement effectué par la direction générale de la santé (DGS) en 2022, il existe 320 CeGIDD en France. Aucune étude nationale ne permet en revanche de dénombrer précisément le nombre de CPEF. Les acteurs avancent le chiffre de 1200 CPEF au total. La direction générale de la cohésion sociale (DGCS) recense 148 EVARS en 2022, dont 65 gérés par l'association du Planning familial.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini la santé sexuelle comme : « [...] un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. »

En France, la stratégie nationale de santé sexuelle adoptée par le gouvernement en 2017 reprend la définition de l'OMS et couvre les domaines suivants : l'information et l'éducation à la santé sexuelle, le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), du VIH et des hépatites,

la contraception et l'interruption volontaire de grossesse, la prévention de l'infertilité ainsi que la lutte contre les discriminations et les violences en matière d'orientation sexuelle et de genres. Les enjeux de santé publique associés à la santé sexuelle sont importants et en pleine mutation, la France s'étant donné comme objectif de mettre fin à l'épidémie de sida à l'horizon 2030. Celle-ci est toujours active et de diminue pas au sein des populations les plus éloignées des soins, en particulier les migrants, malgré la diffusion des traitements utilisés à des fins préventives.

Issus de courants militants et de moments historiques distincts, portés par des acteurs différents, le dépistage et le traitement du VIH (et des IST en général) et la santé reproductive (contraception, accès à l'IVG, égalité entre les hommes et les femmes) restent aujourd'hui encore deux politiques publiques séparées. L'adoption de la stratégie nationale de santé sexuelle a certes constitué une avancée dans le sens d'une approche globale mais n'a pas permis l'instauration d'un pilotage cohérent au niveau national et local. Le rapprochement des missions des CeGIDD et des CPEF n'a pas non plus permis de simplifier l'offre ni de la rendre plus lisible et de mettre fin au défaut d'attractivité de ces structures particulièrement en ce qui concerne le personnel médical.

Au niveau national, le pilotage est rendu complexe par le manque d'exhaustivité et de finesse des données épidémiologiques et par l'absence de suivi de l'activité des CeGIDD et des COREVIH, malgré l'existence d'enquêtes *ad hoc* et de rapports annuels d'activité. La décentralisation des missions de planification familiale et leur intégration aux missions de la protection maternelle et infantile a entraîné une absence totale de visibilité au niveau national de l'activité des CPEF, y compris en matière de dépistage du VIH et des IST.

Au niveau local, les ARS n'ont pas de vision globale de l'offre en santé sexuelle et les ressources humaines qu'elles consacrent globalement au pilotage stratégique de la santé sexuelle sont faibles en regard des enjeux de santé publique concernés et de la multiplicité des acteurs en présence. Enfin, CeGIDD, CPEF et EVARS sont financés de manière différente et selon des modalités complexes qui ont peu évolué dans le temps, notamment les CeGIDD toujours financés via le fonds d'intervention régional. L'activité globale des CeGIDD demeure en deçà des attentes compte tenu des enjeux liés au dépistage précoce et à la dynamique de l'épidémie de VIH et d'IST au sein des populations les plus vulnérables difficiles à atteindre et à suivre (notamment les populations de migrants).

Les déplacements en régions de la mission ont confirmé l'existence de cloisonnements multiples et permis de constater que le rapprochement occasionnel des structures (CeGIDD-CPEF voire EVARS) allant jusqu'à la fusion relevait de cas isolés, portés par des dynamiques d'acteurs *sui generis* au niveau local. Le fait que certains départements exercent historiquement des compétences en matière de santé sexuelle, dans le cadre de conventions avec les ARS, facilite l'intégration des politiques et les actions de santé sexuelles en direction des populations les plus vulnérables et les plus éloignées des soins, en articulation avec l'action sociale de proximité.

Compte tenu des constats établis par la mission, et malgré un état des lieux qui ne plaide pas pour le maintien à long terme du *statu quo*, la priorité immédiate n'est pas à l'organisation complexe d'une fusion imposée des structures avec un pilotage unifié sous l'égide des ARS et selon un modèle unique défini au niveau national. Les recommandations de la mission portent d'abord sur un meilleur suivi et pilotage des structures tant au niveau local que national et sur une réforme des outils de la veille épidémiologique. Concernant les missions des structures, des ajustements doivent permettre de mieux remplir les objectifs assignés par la stratégie nationale de santé sexuelle, sans bouleversement majeur. Les COREVIH doivent en revanche être rapidement recentrés sur leur mission principale de coordination, leur financement et leurs ressources humaines adaptées en conséquence. Dans un second temps, la mission préconise la création de centres de santé sexuelle centrés sur une population particulière ou regroupant les missions des CeGIDD et des CPEF, en fonction de la densité de la file active et des enjeux propres à chaque territoire.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandations	Priorité	Autorité responsable	Echéance
Améliorer le pilotage national de la politique de santé sexuelle				
1	Renforcer le rôle d'animation national de la DGS	1	DGS	2023
2	Clarifier la répartition des compétences entre la DGS et la DGOS en matière de pilotage et de suivi des COREVIH	1	DGS-DGOS	2023
3	Définir le parcours de soins des personnes vivant avec le VIH	1	HAS-CNAMTS-DGOS	2023-2024
4	Améliorer le recueil des données épidémiologiques et d'activité des structures en matière de santé sexuelle	1	SPF-ANRS-DREES-DGS-DGOS-CNAMTS	2024
5	Améliorer les données en matière d'accès à l'IVG et mieux suivre l'activité des CPEF, notamment l'activité de dépistage du VIH et des IST	1	DGS-DGOS-CNAMTS-DREES	2024
Améliorer le pilotage et l'animation territoriale de la politique de santé sexuelle				
6	Renforcer les moyens humains des ARS consacrés au pilotage régional de la santé sexuelle et supprimer la possibilité pour les ARS de déléguer le suivi de l'activité des CeGIDD notamment aux COREVIH	1	DGS-SGMAS	2023
7	Confier aux COREVIH, sous l'égide des ARS, la mission prioritaire d'animation et de coordination de proximité des acteurs en matière de VIH et d'IST, y compris l'appui à la mise en œuvre territoriale des parcours de soins de ville des patients vivant avec le VIH	1	DGS	2023
8	Transférer les missions dévolues aux COREVIH en matière de recueil et d'analyse des données épidémiologiques aux cellules régionales de Santé publique France placées auprès des ARS	1	DGS-DGOS	2023
9	Lancer une mission IGAS visant à tirer les conséquences de ce transfert des missions en termes de volume, de financement et de rattachement des postes de techniciens d'études cliniques, en tenant compte du fait que ces derniers réalisent également des missions de recherche et transmettent annuellement les données épidémiologiques de la cohorte INSERM-ANRS des personnes vivant avec le VIH	1	Ministre de la santé et de la prévention	2023
10	Revoir au niveau national les règles de financement des COREVIH et adapter les ressources humaines à l'exercice de la mission d'animation et de coordination	1	SGMAS-DGS-DGOS	2024
11	Réaliser une enquête flash relative aux frais de gestion facturés aux COREVIH par les établissements de santé siège	1	DGOS	2023
Réformer les missions des structures, leur suivi et leur financement				
12	Réformer les modalités de financement des CeGIDD en s'appuyant sur les expérimentations en cours des centres de santé participatifs d'une part et des centres de santé sexuelle d'approche communautaire d'autre part	1	DGS-DSS-CNAMTS	2024
13	Réaliser une étude sur la gratuité des prises en charge en CeGIDD en envisageant de la réserver aux personnes sans	2	DGS-DSS-CNAMTS	2024

N°	Recommandations	Priorité	Autorité responsable	Echéance
	couverture sociale ou sans accès aux droits, aux mineurs et aux jeunes de 18 à 25 ans			
14	Permettre la réalisation d'interruptions volontaires de grossesse instrumentales sous anesthésie locale au sein des CPEF en s'appuyant sur le cahier des charges existant pour les centres de santé	2	HAS-DGS-CNAMTS	2024
15	Réformer les missions des CPEF pour permettre le dépistage en dehors des consultations de planification, dans le cadre d'une convention passée avec un ou des CeGIDD pour la lecture et l'analyse des résultats et les suites à donner	1	HAS-DGS-SPF	2023
Encourager les regroupements de structures en fonction d'une analyse préalable des besoins de la population				
16	Accélérer la mise en œuvre du protocole de délégation des tâches entre médecins et infirmiers au sein des CeGIDD et CPEF	1	DGS-CNAMTS	2023
17	Créer au niveau national un groupe de travail chargé d'analyser les exemples de fusion de CeGIDD et CPEF en « centres de santé sexuelle et reproductive » et bâtir un cahier des charges de ces centres, sur la base des cahiers des charges existant localement	2	DGS-ADF-associations et représentants des professionnels	2024
18	Dans les grands centres urbains et en fonction d'un diagnostic préalable des besoins du territoire, créer des centres de santé sexuelle VIH IST hépatites, dédiés à une population particulière (HSH, migrants, femmes et hommes victimes de violence ou en situation de prostitution), sur le modèle des centres de santé d'approche communautaire ou des centres de santé participatif et sur la base d'appels à projet des ARS	3	DGS-CNAMTS	2025
19	Dans les territoires de plus faible densité et où les files actives sont plus hétérogènes, inciter les ARS à se rapprocher des conseils départementaux volontaires afin de lancer des appels à projet conjoints en vue d'ouvrir des « centres de santé sexuelle et reproductive » regroupant l'ensemble des missions de CPEF/CeGIDD avec accueil de l'ensemble des publics dans un même lieu et avec une équipe unique de professionnels	3	DGS-ADF-SGMAS-ARS	2025

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	5
RAPPORT	9
1 DES ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE IMPORTANTS ET EN EVOLUTION	12
1.1 L'ÉPIDÉMIE DE SIDA PERSISTE MAIS A CHANGE DE NATURE	12
1.1.1 <i>Une épidémie toujours active en dépit d'importants progrès thérapeutiques et prophylactiques</i>	12
1.1.2 <i>La découverte de nouveaux cas de VIH est concentrée sur deux populations ainsi qu'en île de France et dans les outre-mer</i>	13
1.2 LA PREVALENCE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES EST EN HAUSSE EN PARTICULIER CHEZ LES JEUNES	15
1.2.1 <i>Les IST bactériennes en augmentation</i>	15
1.2.2 <i>Un retard important dans la prévention vaccinale des IST virales</i>	16
1.3 LA PERSISTANCE DE NOMBREUSES GROSSESSES NON PREVUES MALGRE UNE BONNE COUVERTURE CONTRACEPTIVE	16
1.3.1 <i>Une couverture contraceptive importante et des méthodes contraceptives en évolution</i>	17
1.3.2 <i>Une stabilité du nombre d'IVG mais des inégalités territoriales importantes dans le taux de recours</i>	18
1.4 VIOLENCES SEXISTES ET SEXUELLES, UN SUJET DE PREOCCUPATION CROISSANT	21
1.4.1 <i>La lutte contre les violences faites aux femmes : d'une prise de conscience tardive à une priorité affichée</i> ...	21
1.4.2 <i>Violences sexuelles faite aux enfants</i>	22
1.4.3 <i>La prévention des violences sexuelles et sexistes, l'importance de l'éducation à la sexualité et de la limitation de l'exposition des mineurs à la pornographie</i>	22
2 MALGRE DES AVANCEES ET DES REFORMES RECENTES, LA SANTE SEXUELLE NE CONSTITUE PAS UNE POLITIQUE PUBLIQUE UNIFIEE	24
2.1 LA SANTE SEXUELLE DANS LA STRATEGIE NATIONALE 2017-2030 REpond A UNE DEFINITION LARGE ENGLOBANT DES HERITAGES MULTIPLES.....	24
2.1.1 <i>Suivant l'organisation mondiale de la santé, la France a adopté une définition large de la santé sexuelle</i>	24
2.1.2 <i>En réalité, la santé sexuelle est issue de courants historiques distincts et de mobilisations dont les effets se font encore sentir aujourd'hui</i>	25
2.2 LA STRATEGIE DE SANTE SEXUELLE ET LES REFORMES RECENTES DE STRUCTURES CONSTITUENT DES AVANCEES DANS LE SENS D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE D'AVANTAGE COHERENTE	26
2.2.1 <i>La stratégie de santé sexuelle 2017-2030 : une ambition globale de décloisonnement des différents enjeux de santé sexuelle</i>	26
2.2.2 <i>Depuis 2016, des réformes ont certes rapproché les structures existantes en termes de missions mais n'ont pas pour autant simplifié le paysage de l'offre en matière de santé sexuelle</i>	27
2.3 UN PILOTAGE NATIONAL INSUFFISANT QUI SE HEURTE A DE NOMBREUSES DIFFICULTES	29
2.3.1 <i>L'activité des différentes structures n'est pas suivie au niveau national</i>	29
2.3.2 <i>Les données épidémiologiques concernant le VIH sont actualisées de manière tardive et leur robustesse est remise en cause par le manque d'exhaustivité des réponses</i>	30
2.3.3 <i>Le financement des structures est hétérogène et ne se prête pas à un pilotage cohérent</i>	34
3 LES STRUCTURES SPECIALISEES EN SANTE SEXUELLE SONT REPARTIES DE MANIERE INEGALE ET LEUR ACTIVITE REpond DE MANIERE IMPARFAITE AUX ENJEUX	39
3.1 <i>UNE OFFRE INEGALE SELON LES TERRITOIRES ET UN PILOTAGE MORCELE</i>	39
3.2 <i>LORSQUE LE DEPARTEMENT A CONSERVE UNE COMPETENCE EN SANTE SEXUELLE, LA SITUATION EST DIFFERENTE</i>	41
3.3 <i>DES STRUCTURES SPECIALISEES DONT L'ACTIVITE GLOBALE EST FAIBLE EN REGARD DES ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE AFFICHES DANS LA STRATEGIE NATIONALE DE SANTE SEXUELLE</i>	42

3.3.1	Activité des CeGIDD	42
3.3.2	Activité des CPEF	45
3.3.3	L'activité des CPEF et des CeGIDD est marquée par des difficultés de recrutement des professionnels de santé	47
4	LES COREVIH : UNE EVOLUTION NECESSAIRE DES MISSIONS ET DES MOYENS.....	48
4.1	LES COREVIH DEVAIENT REpondre AUX ENJEUX DE L'EPIDEMIE DE VIH EN ASSOCIANT L'ENSEMBLE DES ACTEURS ENGAGES ET LES PATIENTS EUX-MEMES	48
4.2	LA REFORME DE 2017 A ELARGI LE CHAMP DE COMPETENCE DES COREVIH A L'ENSEMBLE DES IST ET RENFORCE LES MISSIONS DE SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE	50
4.3	LA REFORME DE 2017 N'A PAS PERMIS DE REpondre AUX DIFFICULTES MAJEURES QUE RENCONTRENT LES COREVIH DEPUIS 2005	50
5	PLUSIEURS EVOLUTIONS SONT NECESSAIRES POUR METTRE EN PLACE UNE POLITIQUE DE SANTE SEXUELLE EFFICACE ET REpondANT AUX BESOINS DE LA POPULATION	53
5.1	RENFORCER LE PILOTAGE AU NIVEAU NATIONAL ET TERRITORIAL	54
5.1.1	<i>Au niveau national.....</i>	54
5.1.2	<i>Au niveau territorial</i>	55
5.2	REFORMER LES MISSIONS DES STRUCTURES, LEUR SUIVI ET LEUR FINANCEMENT AFIN DE MIEUX REpondre AUX ENJEUX DANS LA DUREE	56
5.2.1	<i>Concernant les CeGIDD.....</i>	56
5.2.2	<i>Concernant les CPEF</i>	56
5.3	ENCOURAGER LES REGROUPEMENTS EN FONCTION D'UNE ANALYSE PREALABLE DES BESOINS DE LA POPULATION.	57
	SIGLES UTILISES	58
ANNEXE 1 :	LETTRE DE MISSION	61
ANNEXE 2 :	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	65
ANNEXE 3 :	TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES RELATIFS AUX CEGIDD, CPEF ET EVARS	71
ANNEXE 4 :	MISSIONS ET PERSONNELS DES CEGIDD, CPEF ET EVARS	75
ANNEXE 5 :	CARTOGRAPHIE DES IMPLANTATIONS DEPARTEMENTALES DES CEGIDD, CPEF, EVARS	77
ANNEXE 6 :	NOMBRE DE POINTS DE CONSULTATION CPEF PAR DEPARTEMENT ET RATIOS DEPARTEMENTAUX DE GYNECOLOGUES POUR 100 000 FEMMES	81
ANNEXE 7 :	LA COHORTE INSERM DE PATIENTS VIVANT AVEC LE VIH (ANRS-CO4-FHDH).....	83
ANNEXE 8 :	COMPARAISONS INTERNATIONALES	85
ANNEXE 9 :	L'EXEMPLE DE « DEAN STREET CLINIC » A LONDRES	97

RAPPORT

Introduction

Par lettre de mission en date du 21 mars 2022, le ministre des solidarités et de la santé a saisi l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'une mission relative à l'organisation et à la coordination territoriale des structures de prévention et de prise en charge en santé sexuelle, plus particulièrement les Centres de planification et d'éducation familiale¹ et les Espaces de vie affectives d'une part (CPEF et EVARS) et les Centres gratuits de dépistage et de diagnostic du VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD) d'autre part. La lettre de mission porte également sur les comités de coordination territoriale en matière de lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST) (COREVIH), instances *sui generis* sans personnalité juridique réunissant les acteurs en santé sexuelle, placées sous l'égide des Agences régionales de santé (ARS)² et dont le siège est rattaché à un établissement de santé, le plus souvent un centre hospitalier régional universitaire (CHRU). Les COREVIH sont au nombre de vingt-trois en France métropolitaine (dont cinq en Ile-de-France, trois en Auvergne-Rhône-Alpes et deux en Provence-Alpes-Côte d'Azur) et quatre dans les territoires d'outre-mer. Leur territoire ne recoupe pas toujours celui des régions.

L'objet de la mission porte en particulier sur la création d'une offre de prévention et de prise en charge en santé sexuelle et reproductive plus lisible et plus efficace à partir des structures existantes pour mieux répondre aux enjeux globaux de santé sexuelle et aux besoins de la population.

Les CeGIDD sont habilités par les ARS et financés via le Fonds d'intervention régional (FIR) du ministère de la santé et de la prévention depuis 2013. Leurs missions principales sont la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement préventif de l'infection par le VIH et les hépatites virales (dont la vaccination), ainsi que la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des (IST)³. Parmi les CeGIDD habilités, 72 % sont gérés par des établissements de santé publics, le reste relevant des collectivités territoriales (18%) et plus rarement d'associations (4%).

Les CPEF exercent des missions de planification familiale et de conseil conjugal et familial : délivrance d'informations sur la sexualité et la fécondité, prescription de contraception, pratique de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse⁴, conseil conjugal et familial, accueil des personnes victimes de violence. Ils relèvent de la compétence des départements depuis la loi du 22 juillet 1983 complétant la loi du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences

¹ La loi du 7 février 2022 relative à la protection des enfants a remplacé, dans les articles du code de la santé traitant des CPEF, le terme de « planification familiale et d'éducation familiale » par celui de « santé sexuelle ». Ces derniers sont donc devenus à droit constant des « centres de santé sexuelle ». Dans la suite du rapport, le terme de centres de planification et d'éducation familiale continuera à être utilisé pour éviter la confusion avec d'autres centres existants.

² Décret du 28 avril 2017 relatif à la coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine.

³ Article L.3121-1 du code de la santé publique.

⁴ L'IVG chirurgicale (appelée également instrumentale) peut être réalisée en France en milieu hospitalier et depuis la loi de 2016 de modernisation du système de santé, dans des conditions très encadrées et sous anesthésie locale, au sein des centres de santé.

entre les communes, les départements et l'Etat. Ils sont agréés par les conseils départementaux, gérés en gestion directe ou déléguée⁵ et financés par les départements ainsi que par l'assurance maladie pour les actes réalisés par les professionnels de santé⁶.

Les EVARS sont des structures non médicalisées d'information et d'accompagnement social à la vie sexuelle, conjugale et familiale, via des séances collectives ou des entretiens individuels conduits par des professionnels dont les conseillers conjugaux et familiaux. Ils sont agréés par les préfets de département, gérés par des associations et financés via des subventions relevant du budget de l'Etat⁷. Ces structures sont sollicitées au niveau local dans le cadre de l'éducation à la sexualité des jeunes par les rectorats ou les responsables de collèges et lycées.

Selon le dernier recensement effectué par la direction générale de la santé (DGS) en 2022⁸, il existe 320 CeGIDD (sites principaux et antennes) en France. Aucune étude nationale ne permet en revanche de dénombrer précisément le nombre de CPEF. Le rapport IGAS de 2011⁹, s'appuyant sur un recensement effectué par la DGS en 2010, avance le chiffre, repris par les acteurs, de 1200 CPEF¹⁰. La DGCS recense 148 EVARS au total dont 65 gérés par l'association du Planning familial.

Ces différentes structures forment ensemble un dispositif spécifique d'information, de prévention mais aussi de prise en charge en santé sexuelle de la population (consultations médicales, délivrance de médicaments ou de traitements), qui s'ajoute à la prise en charge hospitalière (services de maladies infectieuses pour les IST et le VIH, services de gynécologie médicale et obstétrique en ce qui concerne la santé reproductive) et de ville (médecins généralistes, spécialistes, pharmaciens, sage-femmes, infirmiers, laboratoires d'analyses médicales). Les COREVIH ont un statut à part dans cette liste : il ne s'agit pas d'un acteur de santé auprès des usagers mais d'une « structure de coordination des actions menées par les différents acteurs afin d'en améliorer la complémentarité et la cohérence et afin d'en assurer la diffusion des bonnes pratiques »¹¹.

Le contexte de la mission est celui de la mise en œuvre de la première stratégie nationale de santé sexuelle adoptée par le gouvernement en 2017 qui s'intègre dans le cadre plus large de la stratégie nationale de santé définie en 2018. Cette stratégie de santé sexuelle a donné lieu à une déclinaison en deux feuilles de route pluriannuelles (2018-2020 et 2021-2024). Elle repose sur une vision large de la santé sexuelle, répondant aux critères de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et incluant la santé reproductive.

Afin d'établir ses constats et recommandations, la mission s'est déplacée dans trois régions (Ile-de-France, Centre-Val-de-Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur) et six départements (Essonne, Seine-Saint-Denis, Loiret, Cher, Indre-et-Loire, Bouches-du-Rhône, Alpes-Maritimes, Alpes-de-Haute-

⁵ Selon le rapport IGAS de 2011 sur les CPEF, 50% des CPEF sont gérés en régie directe par les départements dans des locaux le plus souvent distincts de ceux de la PMI, 25% sont délégués à un établissement hospitalier, le reste à des associations ou d'autres acteurs (communes, universités).

⁶ Article L.2311-2 du code de la santé publique.

⁷ Articles L.2311-6 et R.2311-1 du code de la santé de la santé publique.

⁸ Via un fichier Excel rempli chaque année par les ARS.

⁹ Rapport IGAS, « Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : un bilan », juin 2011.

¹⁰ Les données brutes de l'enquête de la DREES Aide sociale des départements (disponibles sur son site Open data) contiennent un item relatif au nombre de CPEF mais celui-ci est difficilement exploitable compte tenu de l'absence d'exhaustivité des retours et des erreurs dans le remplissage des données (source DREES).

¹¹ Instruction DGOS/DGS du 5 avril 2018 relative à la compétence territoriale et au fonctionnement des comités de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH).

Provence) ainsi qu'en Grande-Bretagne (Londres) pour visiter les structures de santé sexuelle et rencontrer l'ensemble des acteurs institutionnels et associatifs chargés de ce sujet. Elle a, en outre, auditionné les directions d'administrations centrales concernées (en particulier la DGS et la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la santé et de la prévention) et les parties prenantes à la définition ou à la mise en œuvre de la stratégie de santé sexuelle. Afin de recueillir des données au niveau régional et départemental, la mission a établi un questionnaire à destination des ARS portant sur les structures de prévention et de soins mentionnées dans la lettre de mission et sur les COREVIH. L'ensemble des ARS a répondu à ce questionnaire.

La mission a pris connaissance des précédents rapports de l'IGAS portant sur le sujet¹² ainsi que du rapport sur les missions de la protection maternelle et infantile (PMI) confié à la députée Michèle Peyron¹³ avec un appui de l'IGAS. Elle a également consulté le rapport de la Cour des comptes relatif à la prévention et la prise en charge du VIH (juin 2019).

Conformément à la lettre de cadrage, la mission n'a pas traité de l'éducation à la santé sexuelle¹⁴ ni de la santé sexuelle des personnes incarcérées ou vivant en établissement social et médico-social (personnes âgées, personnes en situation de handicap).

La première partie du rapport présente les enjeux de santé publique liés à la santé sexuelle et reproductive. La deuxième partie du rapport traite de la définition et des limites de la santé sexuelle comme politique publique englobant l'ensemble des sujets de la stratégie définie en 2017. La troisième partie dresse un état des lieux des structures existantes et de leur fonctionnement au niveau local. La quatrième partie traite spécifiquement des COREVIH et des limites concernant leur capacité à coordonner l'ensemble des acteurs du champ de la santé sexuelle. La dernière partie est consacrée aux recommandations de la mission visant à renforcer l'efficacité de la politique publique de santé sexuelle.

¹² Evaluation de la mise en œuvre de la recentralisation de la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles (2010), Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale, : un bilan (2011).

¹³ Rapport intitulé « Pour sauver la PMI, agissons maintenant ! », mars 2019

¹⁴ Ce sujet a fait l'objet en juillet 2021 d'un rapport de l'Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche intitulé « Education à la sexualité en milieu scolaire ».

1 Des enjeux de santé publique importants et en évolution

1.1 L'épidémie de sida persiste mais a changé de nature

1.1.1 Une épidémie toujours active en dépit d'importants progrès thérapeutiques et prophylactiques

Depuis 1986, le syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA) est inscrit au tableau des affections de longue durée (ALD n° 7, « Déficit immunitaire primitif, infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ») aux termes du décret n° 86-1380 du 31 décembre 1986. Cette affection de longue durée (ALD) a été élargie en mars 1993 à toute personne atteinte par le VIH, sans pour autant être au stade SIDA. L'ALD n° 7 fait partie des ALD les plus petites en termes d'effectifs (1 % au périmètre du seul régime général), loin derrière les patients inscrits au titre du diabète (2.7 millions relevant du régime général), des tumeurs malignes (2.1 millions) ou des maladies psychiatriques (1.4 million).

Grâce à la découverte de traitements efficaces permettant de rendre la charge virale indétectable et plus récemment à l'utilisation des antirétroviraux à des fins prophylactiques (PreP), l'épidémie de SIDA a changé de nature. Elle est cependant toujours active en France avec trois enjeux majeurs que sont la prévention, le dépistage précoce et l'amélioration du parcours des soins des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). L'espérance de vie des PVVIH traitées est proche de celle de la population générale et la population des personnes vivant avec le VIH est vieillissante, ce qui a des conséquences sur la prise en charge et les traitements.

Le nombre de personnes vivant avec le VIH en France est estimé à 190 000 en 2021¹⁵.

Il avait été estimé que 171 300 personnes vivaient avec le VIH en 2018. Parmi ces personnes, 86 % d'entre elles connaissaient leur infection par le VIH, dont 88 % étaient sous traitement antirétroviral et dont 98 % avaient une charge virale contrôlée. Ainsi, on estimait qu'environ 24 000 personnes méconnaissaient leur séropositivité (24 069) mettant ainsi en évidence une « épidémie cachée »¹⁶.

Le nombre de découvertes de séropositivité est de 5 013 en 2021, relativement stable depuis quelques années à l'exception des années 2020 et 2021 marquées par la crise COVID. Par rapport aux autres pays européens, le taux d'incidence des contaminations au VIH en France est comparable à celui du Royaume-Uni (7.9), plus faible qu'en Irlande (10.9), ou au Portugal (10), mais plus élevé qu'en Espagne (6.2) et qu'en Allemagne (4.2)¹⁷.

¹⁵ Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 29 novembre 2022, n°24-25 Prévention et dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles (Journée mondiale de lutte contre le sida, 1er décembre)

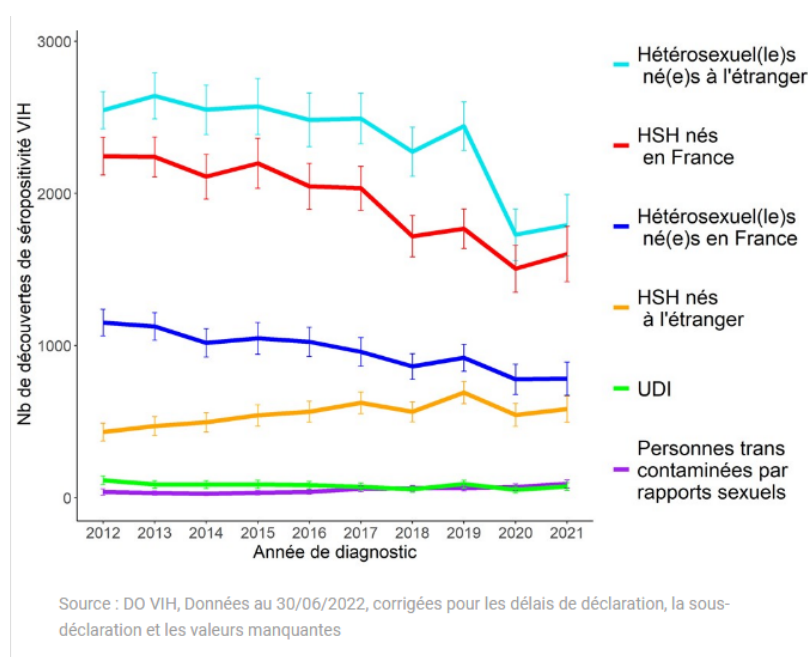
¹⁶ Le chiffre de 2018 concernant l'épidémie cachée est celui issu d'une estimation de l'INSERM. L'épidémie cachée renvoie au nombre de personnes vivant avec le VIH mais ignorant leur séropositivité. Ces chiffres doivent être considérés avec précaution car ils sont sensibles aux méthodes d'estimation qui varient par exemple entre l'INSERM et ONUSIDA qui produit chaque année et pour chaque pays des estimations du nombre de PVVIH et de nouvelles contaminations.

¹⁷ Chiffres du rapport de la Cour des comptes (juin 2019).

1.1.2 La découverte de nouveaux cas de VIH est concentrée sur deux populations ainsi qu'en île de France et dans les outre-mer

Deux populations sont particulièrement touchées par l'épidémie de VIH et concentrent la majorité de la découverte des nouveaux cas : les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) et les populations nées à l'étranger. Les personnes HSH qui concentrent 44% des découvertes de séropositivité en 2021 et la moitié des nouvelles contaminations concernent les personnes nées à l'étranger (51%) (cf. graphique 1). Les modes de contamination restent essentiellement sexuels, la contamination par l'usage de drogues injectables (UDI) représentant environ 1% des contaminations, comme la transmission materno-infantile qui a fortement diminué avec les progrès thérapeutiques.

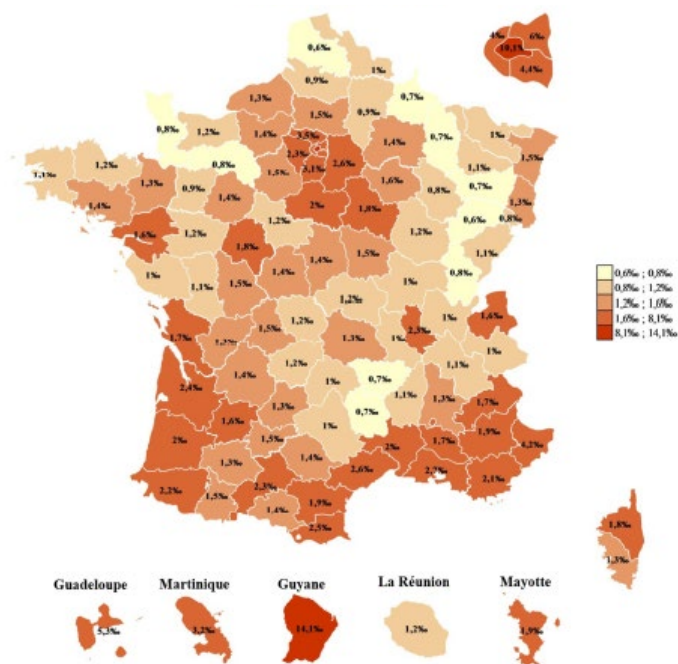
Graphique 1 : Nombre de découvertes de séropositivité au VIH par population et par année de diagnostic sur la période 2012-2021



Source : Surveillance du VIH et des IST bactériennes, Bulletin de santé publique, Décembre 2021

L'épidémie est inégalement répartie sur le territoire français. L'Île-de-France, la Guadeloupe, la Martinique et la Guyane sont les régions au sein desquelles l'activité de dépistage du VIH par sérologie et le nombre de sérologies positives sont les plus élevées. Ces inégalités territoriales perdurent depuis plusieurs décennies, en témoigne les différences de taux standardisés des personnes prises en charge pour le VIH par département (cf. carte 1)

Carte 1 : Taux standardisés des personnes prises en charge pour le VIH ou SIDA par département en 2016



Source : CNAM, Régime général (y compris SLM).

Source : Cour des comptes à partir de CNAM, Régime général

Les pouvoirs publics doivent aujourd’hui adapter les politiques de prévention et de prise en charge des personnes atteintes du VIH à de nouvelles difficultés. Concernant la prévention, si des succès, notamment en termes de diffusion de des traitements pré-exposition (Prep) auprès des personnes HSH sont à souligner, la prescription de ces traitements préventifs chez les personnes migrantes reste rare et limitée aux personnes HSH nées à l’étranger¹⁸. Les diagnostics de co-infection VIH et autres infections sexuellement transmissibles (IST) sont également en augmentation ces dernières années. Les découvertes de séropositivité au VIH se font toujours trop tardivement dans 30% des cas (proportion stable depuis 2012), ce qui est à l’origine de perte de chances pour les patients et témoigne de la nécessité de renouveler la politique de dépistage.

Partant de ces constats, la stratégie nationale de santé sexuelle (SNSS) adoptée en 2017 affiche des objectifs ambitieux : il s’agit d’en finir avec l’épidémie de SIDA d’ici 2030¹⁹. Pour concrétiser ces objectifs, les priorités identifiées sont les suivantes :

- dépister massivement et mieux cibler les populations à risque ;

¹⁸ CORDEL Hugues et coll., La PreP chez les migrants : y sommes-nous vraiment ? BEH, « Prévention et dépistage du VIH et des IST », 1^{er} décembre 2022.

¹⁹ L’ONUSIDA a adopté en 2014 une nouvelle vision stratégique qui repose sur un triple objectif : que 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, que 90 % des personnes infectées dépistées reçoivent un traitement antirétroviral et que 90 % des personnes ainsi traitées aient une charge virale contrôlée à un niveau indétectable, les rendant non contaminantes. La France a rehaussé ces trois objectifs en les portant à 95 % dès 2020 dans le cadre de la stratégie nationale de santé sexuelle adoptée en mars 2017.

- réduire le délai entre contamination et diagnostic et entre diagnostic et prise en charge médicale ;
- améliorer le parcours de soins des PVVIH en ambulatoire, en considérant le sida comme une maladie chronique nécessitant une meilleure articulation ville/hôpital et des prises en charge multidisciplinaires personnalisées²⁰.

1.2 La prévalence des infections sexuellement transmissibles est en hausse en particulier chez les jeunes

Les infections sexuellement transmissibles sont un enjeu majeur de santé publique. En dehors du VIH, elles peuvent être distinguées en deux catégories avec d'un côté, les IST bactériennes principalement constituées par les infections à gonocoque, chlamydia trachomatis et la syphilis et de l'autre, les IST d'origine virale regroupant majoritairement les hépatites et les infections à Human Papilloma Virus (HPV). Si leur incidence a diminué entre les années 80 et le début des années 2000 grâce au succès des campagnes de prévention du VIH, on assiste, depuis, à une recrudescence de ces infections principalement liée à la baisse de l'utilisation des moyens de prévention. Cette épidémie est concentrée sur les jeunes, 41% des IST diagnostiquées étant concentrées sur la classe d'âge 15-24 ans, avec une augmentation de l'incidence constatée pour cette tranche d'âge. Certaines catégories de la population sont particulièrement exposées aux IST (HSH, Femmes ayant des rapports sexuels avec les Femmes (FSF), personnes transexuelles, personnes en situation de prostitution (PSP), personnes incarcérées).

Partant de ce constat, la SNSS a fait de l'amélioration du parcours de santé en matière d'IST une priorité en fixant les objectifs suivants : le renforcement et la diversification de la prévention, l'augmentation de la couverture vaccinale des IST à prévention vaccinale, l'amélioration des dépistages ainsi que l'amélioration de leur prise en charge médicale.

1.2.1 Les IST bactériennes en augmentation

Le diagnostic précoce des IST bactériennes et l'initiation d'un traitement adapté sont indispensables pour interrompre la chaîne de transmission. Cette stratégie de lutte contre les IST bactériennes est d'autant plus nécessaire dans le contexte de l'évolution de la prévention du VIH et l'arrivée de traitements préventifs efficaces (Treatment as prevention (Tasp), Prep) qui, s'ils protègent d'une infection par le VIH, sont inefficaces sur la transmission des autres IST.

Le dépistage des infections à gonocoque est en augmentation, avec 2.7 millions de personnes dépistées en 2021 (+6% par rapport à 2019). Le nombre de diagnostics confirmés par prélèvements biologiques augmente depuis 2016, les personnes HSH constituant la majorité des découvertes diagnostiques. Les infections à Chlamydia trachomatis sont également en augmentation (+9% en 2021 par rapport à 2019), tout comme le nombre de personnes dépistées (2.3 millions de personnes en 2021) et l'incidence de co-diagnostics de Lymphogranulomes vénériens.

²⁰ CNS, ANRS, avril 2018, Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, avril 2018. Publication à venir d'une note de cadrage de la HAS relative à la prise en charge curative et préventive des personnes vivant avec le VIH et des personnes exposées au VIH, décembre 2022.

En revanche, le dépistage de la syphilis augmente peu avec 2,8 millions de personnes dépistées contre la syphilis en 2021, et s'accompagne d'une stabilité du nombre de cas depuis 2016. Les personnes HSH constituent la majorité des nouveaux diagnostics (78%).

1.2.2 Un retard important dans la prévention vaccinale des IST virales

Les hépatites virales et l'infection à HPV sont les principales IST d'origine virale. Pour certaines d'entre elles, des vaccins sont disponibles et la France se caractérise par un retard vaccinal important par rapport à ses homologues européens²¹ : en 2020, la couverture vaccinale française était de 28%, plaçant la France en 27^{ème} position des pays européens. La SNSS propose de renforcer le rattrapage vaccinal en fixant les objectifs suivants :

- 75 % de couverture vaccinale de l'hépatite B chez les adolescents en 2023 (95% en 2030),
- 60 % de couverture vaccinale de HPV chez les adolescentes en 2023 (80% en 2030).

La vaccination contre l'hépatite B est obligatoire pour les enfants nés après le 1^{er} janvier 2018. Si la couverture vaccinale des enfants de 24 mois a fortement augmenté (91.8% en 2019 contre 51.0% en 2009), elle reste très faible en population générale, notamment chez les adolescents (seulement 43% des adolescents de 15 ans étaient vaccinés en 2009).

Depuis 2007, la vaccination contre les infections à HPV est recommandée chez les jeunes filles, et les recommandations ont été étendues aux jeunes garçons en 2021. S'il est trop tôt pour évaluer la couverture vaccinale masculine, la couverture vaccinale féminine est faible et estimée à 43.6% en France métropolitaine. De fortes inégalités territoriales sont à souligner, notamment avec les départements et régions d'outre-mer (DROM) où la couverture vaccinale varie entre 13.8% en Guadeloupe et 24% en Martinique. En dépit d'une légère amélioration de la couverture vaccinale ces dernières années, probablement liée à l'abaissement à 11 ans de l'âge de la vaccination, les populations les moins favorisées économiquement sont moins couvertes par la vaccination contre les infections à HPV²².

1.3 La persistance de nombreuses grossesses non prévues malgré une bonne couverture contraceptive

Avec un tiers des grossesses non prévues, la santé reproductive est un enjeu de santé publique majeur. Parmi les femmes sexuellement actives de 15 à 19 ans, 7.7% déclarent avoir eu une grossesse non prévue au cours des cinq dernières années. Partant de ce constat, les pouvoirs publics ont fait de l'amélioration de la santé reproductive une priorité au sein de la SNSS, notamment sous l'angle de l'accès à la contraception (pour les femmes et pour les hommes) et de la réduction des grossesses non prévues et non désirées.

Les objectifs de la SNSS sur la période 2020-2030 :

²¹ Académie nationale de médecine, Vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) : la France est très en retard, 23 juin 2022.

²² Couverture vaccinale contre les infections à papillomavirus humain des filles âgées de 15 à 18 ans et déterminants de vaccination, France, 2021, BEH 24-25

- réduire d'un tiers l'indice de grossesses non désirées / non prévues chez les femmes ;
- prendre en charge 90% des demandes d'IVG dans les délais définis par la Haute Autorité de Santé (HAS) (5 jours) ;
- faciliter l'accès au recours à la contraception définitive (vasectomie, stérilisation tubaire à 5%).

1.3.1 Une couverture contraceptive importante et des méthodes contraceptives en évolution

La France se distingue par une couverture contraceptive importante : en 2016, 71.9% des femmes âgées de 15 à 49 ans sont concernées par la contraception. Seulement 8.0% des femmes de 15 à 49 ans, ni enceintes ni stériles, ayant eu des rapports hétérosexuels au cours des douze derniers mois et ne voulant pas d'enfant, n'utilisaient aucun moyen de contraception²³. Le choix de la méthode contraceptive varie en fonction de la classe d'âge (Graphique 2) : la pilule est le moyen de contraception le plus utilisé chez les femmes de moins de 30 ans, puis son utilisation décroît avec l'avancée en âge des femmes au profit de l'utilisation d'autres méthodes contraceptives et principalement des dispositifs intra-utérins (DIU). Par ailleurs, les controverses sur le risque thrombo-embolique des pilules oestroprogestatives de 3^{ème} génération en 2013 ont initié une évolution des méthodes contraceptives qui perdure à ce jour avec un recul de l'usage de la pilule au profit du DIU, du préservatif et de l'implant chez les femmes de 19 à 45 ans.

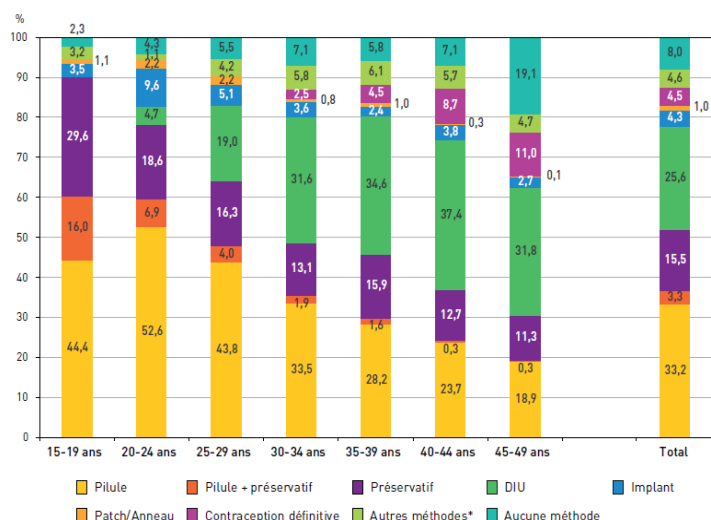
Parallèlement, le recours à la contraception masculine (principalement la stérilisation à visée contraceptive) reste anecdotique en France par rapport à d'autres pays comme l'Allemagne ou le Royaume-Uni²⁴. La Haute Autorité de Santé (HAS) met en avant, comme chez la femme, l'importance d'une démarche de conseil et d'accompagnement adaptée à l'âge et aux besoins²⁵.

²³ Baromètre de santé 2016, Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent

²⁴ Soufir J-C, Mieusset R. La contraception masculine [Internet]. Paris; New York: Springer; 2013, Disponible sur: <http://site.ebrary.com/id/10649375>

²⁵ HAS, Contraception chez l'homme, RBP, 17 septembre 2019.

Graphique 2 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge



Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France

L'accès à la contraception d'urgence a été amélioré en 2016, avec une mise à disposition sans ordonnance et sans restriction en pharmacie et auprès de nombreux professionnels de santé. En dépit de cet accès facilité, le recours à la contraception d'urgence n'a pas évolué, et en 2016, 6.2% des femmes âgées de 15-49 ans exposées à un risque de grossesse non prévue y ont eu recours au cours de l'année²⁶. Dans le contexte de stabilité des grossesses non prévues, garantir l'accès à la contraception d'urgence, via une meilleure promotion de cette dernière, constitue un enjeu de santé publique majeur, dès lors que seul 1% des moins de 30 ans connaît le délai maximum pour initier une contraception d'urgence.

1.3.2 Une stabilité du nombre d'IVG mais des inégalités territoriales importantes dans le taux de recours

Le nombre total d'IVG est relativement stable (en dehors d'une diminution ponctuelle liée à la crise de la COVID-19) et oscille entre 200 000 et 230 000 par an entre 1990 et 2021. Mais derrière ce chiffre se cache en réalité une augmentation du taux global de recours à l'IVG du fait de la diminution du nombre de femmes en âge de procréer (cf. tableau 1).

Le recours à l'IVG se caractérise par de très grandes disparités régionales : les taux de recours standardisés varient du simple au double en région métropolitaine (entre 11.6 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans en Pays de la Loire contre 22.0 pour 1000 en PACA). Les DROM sont caractérisés par des taux de recours standardisés particulièrement élevés (47.2 pour 1000 en Guadeloupe et 41.2 pour 1000 en Guyane) (cf. Carte 2).

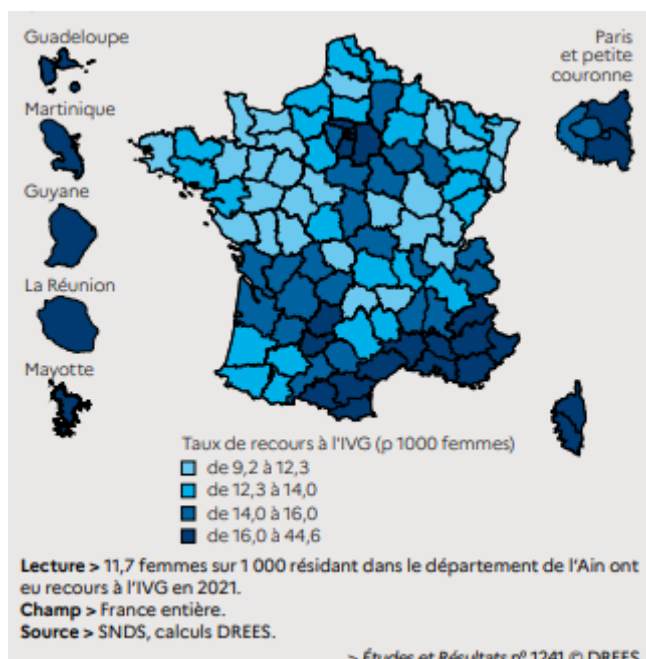
²⁶ « L' utilisation de la contraception d' urgence en France métropolitaine en 2016 : niveau et déterminants », Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 29, Santé publique France, Septembre 2018.

Tableau 1 : Taux de recours à l'IVG pour 1000 femmes en France (en %)

Tranche d'âges	1995	2005	2015	2020
15-17 ans	7,5	10,9	7,7	5,5
18-19 ans	17,8	23,2	19,9	15,0
20 à 24 ans	20,9	27,5	27,4	25,7
25 à 29 ans	19,0	23,5	25,8	27,1
30 à 34 ans	16,4	18,4	20,6	23,4
35 à 39 ans	12,1	13,4	15,1	17,0
40 à 44 ans	5,0	5,7	6,1	7,3
45 à 49 ans	0,5	0,5	0,6	0,7
15 à 49 ans	12,3	14,6	14,9	15,4

Source : DREES, INSEE

Carte 2 : Taux de recours à l'IVG en 2021 (pour 100 femmes de 15 à 49 ans)



Source : DREES,

Une baisse du recours à l'IVG est constatée chez les femmes de moins de 25 ans, encore plus marquée chez les femmes de moins de 20 ans pour lesquelles le taux de recours à l'IVG est passé de 8.7 pour 1000 en 2014 à 4.9 pour 1000 en 2021.

Depuis 1991, la proportion d'IVG médicamenteuses est en constante augmentation : le recours à cette méthode qui concernait moins de 20% des IVG en 1995 représente en 2020 71% des IVG réalisées.

Les méthodes et les lieux de réalisation des IVG évoluent avec une tendance à la diminution des IVG instrumentales en établissement au profit des IVG médicamenteuses en établissements et depuis 2005, hors établissements de santé Depuis 2021, les centres de santé sont également autorisés à réaliser des IVG instrumentales, ce qui devrait encore accentuer le transfert vers une prise en charge en ville des IVG. Actuellement, une IVG sur trois est réalisée en cabinet de ville ou en centre de santé ou de planification.

81 % des IVG réalisées en France métropolitaine ont lieu au sein du département de résidence des femmes concernées, taux constant depuis plusieurs années.

Les disparités territoriales s'accroissent, avec une baisse du taux de recours en France métropolitaine et une progression dans les DROM, hors Mayotte. Les taux de recours varient du simple au triple selon les régions. En France métropolitaine, ils varient de 11,3 IVG pour 1 000 femmes en Pays de la Loire à 21,8 IVG pour 1 000 femmes en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Dans les DROM hors Mayotte, les taux restés quasiment stables entre 2019 et 2020, reprennent leur progression entre 2020 et 2021, passant en moyenne de 28,4 ‰ à 29,5 ‰.

Selon les données de l'assurance maladie, les établissements hospitaliers a réalisé 170 500 interruptions volontaires de grossesse en 2019, toutes techniques confondues, soit 73% des IVG auxquelles ont eu recours les femmes sur le territoire français. Ce chiffre témoigne du fait que l'offre hospitalière conserve une place majeure dans l'accès des femmes à l'IVG en France. Cependant, sur la période 2008-2019, le poids de l'activité hospitalière a diminué d'environ 16% au profit de l'activité de ville qui a, pour sa part, plus que doublé (+129% d'augmentation). Ce rééquilibrage entre l'hôpital et la ville est inégal selon les régions : particulièrement marqué en régions PACA et Ile-de-France, il est quasiment inexistant dans certaines régions qui maintiennent un taux d'IVG hospitalières de l'ordre de 80% et jusqu'à 95%.

En matière d'accès à l'IVG, il existe également des disparités régionales et des difficultés transitoires d'accès liées à des recompositions de l'offre de soins. Elles se traduisent dans certains cas par un accroissement des distances d'accès ou des hausses de délais de prise en charge dans des territoires isolés. Ces difficultés ponctuelles interviennent notamment à la suite de la fermeture de maternités auxquelles n'ont pas succédé des centres périnataux de proximité (CPP) ayant la capacité de proposer des IVG instrumentales. L'offre libérale n'est pas toujours suffisante, au moment de ces réductions de capacité hospitalière, pour représenter une alternative pour les femmes concernées²⁷.

²⁷ Enquête du ministère des solidarités et de la santé (DGOS) auprès des ARS relative à l'IVG, mai 2019.

Evolutions du cadre réglementaire de l'interruption volontaire de grossesse.

Loi Veil de 1975 : légalisation de l'IVG

Loi Roudy du 31 décembre 1982 : prise en charge à 70% par la Sécurité sociale

Loi du 4 juillet 2001 : extension à 12^{ème} semaine de grossesse du délai pour recourir à une IVG. La pratique des IVG est désormais accessible à la médecine de ville jusqu'à la 5^{ème} semaine de grossesse pour les IVG médicamenteuses.

Depuis le 31 mars 2013 : prise en charge à 100% par la sécurité sociale

Loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes : suppression de la mention de « *situation de détresse* » pour pouvoir pratiquer une IVG

Loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé : formalisation d'un plan d'accès à l'IVG par chaque ARS, suppression du délai de réflexion de 7 jours, possibilité pour les centres de santé de réaliser des IVG instrumentales sous anesthésie locale dans certaines conditions (cahier des charges de la HAS), possibilité pour les sage-femmes de réaliser des IVG médicamenteuses en ville

Loi du 20 mars 2017 relative à l'extension du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse : extension du délit d'entrave aux pratiques sur internet

Arrêté du 14 avril 2020 : Prolongement dérogatoire du délai de recours à l'IVG à 7 semaines de grossesse pour les IVG médicamenteuses du fait de la pandémie de COVID-19

Loi du 2 mars 2022 : Prolongement à 14 semaines de grossesse du délai de recours à l'IVG instrumentale et pérennisation du délai de 7 semaines de grossesse pour les IVG médicamenteuses, possibilité pour les sage-femmes de réaliser des IVG instrumentales en établissement de santé (à la parution du décret d'application)

1.4 Violences sexistes et sexuelles, un sujet de préoccupation croissant

1.4.1 La lutte contre les violences faites aux femmes : d'une prise de conscience tardive à une priorité affichée

En 1993, l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies a adopté une déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. Ces violences sont définies comme « tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée ».

En France, la question des violences faites aux femmes fait l'objet d'une prise de conscience tardive. La première enquête nationale relative aux violences sexuelles n'est publiée qu'en 2003. Présentée comme un des piliers de la « Grande Cause du Quinquennat » du Président de la République pour l'égalité femmes hommes, la lutte contre les violences sexistes et sexuelles s'est traduite par l'organisation d'un « Grenelle des violences conjugales » en 2019, l'élaboration d'un plan national d'action visant à éradiquer les mutilations sexuelles féminines en 2019, ainsi que par la mise en œuvre de dispositifs spécifiques telle que la création d'un numéro national d'écoute téléphonique pour les femmes victimes de violences au sein du couple.

Seul un faible nombre de cas de violences sexuelles faites aux femmes se traduit par un dépôt de plainte, ce qui rend la mesure du phénomène difficile. Comme le souligne un rapport conjoint IGJ, IGAS et IGA publié en 2019, 219 000 femmes âgées de 18 à 75 ans déclarent avoir été victimes au

cours de l'année 2017 de violences physiques et/ou sexuelles, dont 65 000 au moins d'un viol²⁸. Les inégalités femmes homme se répercutent au sein du couple : en 2020, 80% des victimes de violences au sein du couple étaient des femmes. Entre 2011 et 2018, 212 000 femmes se sont déclarées victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint ou ex conjoint, et seulement 27% d'entre elles ont signalé ces violences à la police ou à la gendarmerie²⁹.

Les professionnels de santé sont souvent en première ligne pour recueillir la parole des femmes ou signaler des cas de violences, la question de leur formation à la prise en charge médico-psycho-sociale et à l'accompagnement des violences sexuelles et sexistes se pose.

1.4.2 Violences sexuelles faite aux enfants

La commission indépendante sur les abus sexuels dans l'Eglise catholique estime qu'un adulte sur dix a été victime de violences sexuelles dans l'enfance. En 2018, ce sont 23 560 plaintes qui ont été déposées pour des violences sexuelles sur mineurs, et 7260 d'entre elles impliquaient un membre du cercle familial.

Un plan gouvernemental de lutte contre les violences faites aux enfants a été lancé le 20 novembre 2019 et contient des mesures relatives aux violences sexuelles faites aux enfants. Il met l'accent sur la prévention de ces violences notamment en milieu scolaire avec l'instauration d'un dépistage systématique à l'école au cours des trois visites médicales obligatoires. L'organisation d'un parcours de soins adapté est au cœur du dispositif de recueil de la parole des enfants victimes de violences, ainsi que la prise en charge des psycho-traumatismes qui en résultent.

Installée le 23 mars 2021, une commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants a présenté ses conclusions intermédiaires le 31 mars 2022. Elle met l'accent sur le nécessaire repérage systématique des enfants victimes par tous les professionnels y compris les professionnels de santé. A cette fin, elle préconise notamment :

La distinction en droit des violences sexuelles envers les enfants intra-familiales et extra familiales est très récente. La loi du 21 avril 2021 crée des infractions spécifiques pour les cas d'inceste en distinguant :

- le crime de viol sur mineur de moins de 15 ans ;
- le crime de viol incestueux sur mineur (de moins de 18 ans) ;
- le délit d'agression sexuelle sur mineur de moins de 15 ans ;
- le délit d'agression sexuelle incestueuse sur mineur (de moins de 18 ans).

1.4.3 La prévention des violences sexuelles et sexistes, l'importance de l'éducation à la sexualité et de la limitation de l'exposition des mineurs à la pornographie

Introduites en 1973, les séances d'éducation à la sexualité en milieu scolaire ont vocation à contribuer à l'apprentissage d'un comportement responsable et respectueux des jeunes en matière

²⁸ Rapport IGJ, IGAS, IGA, « Le recueil de preuves sans plainte pour les victimes de violences physiques et sexuelles », Novembre 2019.

²⁹ Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019

de sexualité. Trois séances annuelles à partir du collège sont rendues en principe obligatoires en 2001, dont le périmètre s'est progressivement élargi, concernant entre autres la prévention et la réduction des risques, la question des violences sexistes et sexuelles, de la prostitution et de la pornographie. Parallèlement, des mesures de prévention des infections sexuellement transmissibles comme l'implantation de distributeurs de préservatifs dans tous les lycées ou encore l'accès à la contraception d'urgence en milieu scolaire ont vu le jour. Toutefois, des difficultés concrètes dans la mise en œuvre de ces séances sont mises en avant dans un rapport de l'Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche (IGESR)³⁰ de 2021 qui souligne la faible participation des enseignants et le manque de clarté du cadre administratif. Le rapport s'interroge sur le sens même de l'éducation à la sexualité et met en avant la nécessité de former davantage les personnels de l'éducation nationale à cette responsabilité.

La question de l'exposition des mineurs à la pornographie constitue un enjeu récent de la lutte contre les violences sexuelles et sexistes. On estime que 64% des garçons et 39% des filles âgés entre 15 et 17 ans ont déjà visionné une vidéo pornographique³¹, et la moitié d'entre eux y a été exposé fortuitement. Ces chiffres sont en augmentation au cours des dernières années. Un protocole d'engagements pour la prévention de l'exposition des mineurs aux contenus pornographiques a été mis en place avec le Conseil supérieur de l'Audiovisuel (CSA) et l'Autorité de régulation des communications électroniques, fusionnés au sein de l'autorité de la communication audiovisuelle et numérique (ARCOM).

En conclusion, les enjeux de santé publique en matière de sexualité sont multiples, à la fois sanitaires et sociaux. Si certaines problématiques sont anciennes comme la lutte contre les IST, d'autres font l'objet d'une prise de conscience de la société et d'une émergence dans les politiques publiques beaucoup plus récentes (violences faites aux femmes et aux enfants).

A priori, les problématiques, les publics, les professionnels et les stratégies d'intervention sont différents. Pourtant, il existe aussi de nombreux points communs :

- un contexte de croissance des inégalités en santé et de précarité accrue de certaines populations en termes de conditions de vie, et en particulier les populations migrantes. Ce contexte devrait conduire les pouvoirs publics à mettre en avant les enjeux de communication, de facilité d'accès, d'accessibilité et de gratuité c'est-à-dire tiers payant et remboursement à 100% ;
- le caractère privé, intime voire tabou des questions soulevées en matière de sexualité qui se traduit par le poids important du silence, des pratiques d'évitement et l'obligation, du côté des pouvoirs publics, d'organiser la prévention (dépistage des IST ou repérage des violences) en garantissant la discrétion et la confidentialité des interventions ;
- la santé sexuelle et reproductive n'est pas uniquement un sujet sanitaire mais est étroitement liée à la promotion et à l'effectivité des droits en matière de sexualité, à l'égalité des genres et des orientations sexuelles (femmes, personnes lesbiennes, gay, bi, trans (LGBT)).

³⁰ IGESR, Education à la sexualité en milieu scolaire, N°2021-149 – juillet 2021.

³¹ IFOP observatoire de la parentalité et de l'éducation numérique 2017.

2 Malgré des avancées et des réformes récentes, la santé sexuelle ne constitue pas une politique publique unifiée

2.1 La santé sexuelle dans la stratégie nationale 2017-2030 répond à une définition large englobant des héritages multiples

2.1.1 Suivant l'organisation mondiale de la santé, la France a adopté une définition large de la santé sexuelle

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini en 2002 la santé sexuelle comme : « [...] un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. ». Cette définition rejoint la définition large de la santé adoptée par l'OMS en 1946.

En France, le Haut conseil de la santé publique (HCSP)³² a repris en 2016 cette définition extensive³³ et préconisé l'adoption d'une politique de santé publique globale, allant de la prévention à la prise en charge et permettant de traiter l'ensemble de enjeux liés à la sexualité et à la reproduction. La santé reproductive, définie comme la possibilité et la liberté de concevoir ou non des enfants, fait partie intégrante de la santé sexuelle au sens large. Elle suppose une politique de prévention et de lutte contre l'infertilité (notamment l'accès à la procréation médicalement assistée), une politique de planification familiale (fondée à la fois sur l'éducation et l'information et sur la délivrance de médicaments et dispositifs contraceptifs ainsi que l'accès à l'IVG) et une politique de suivi des grossesses et de périnatalité³⁴.

Au sens large, la santé sexuelle réunit les domaines suivants :

- l'information sur la santé sexuelle et l'éducation à la sexualité en particulier des mineurs (avec une approche des risques liés à la sexualité mais aussi dans une approche positive et d'égalité des droits) ;
- la prise en charge des troubles sexuels tant au plan physique que psychologique ;
- la santé reproductive : information, contraception et interruption volontaire de grossesse, prévention et traitement de l'infertilité, suivi des grossesses et périnatalité ;

³² Avis du HCSP Santé sexuelle et reproductive, mars 2016.

³³ Selon le HCSP : « *La santé sexuelle concerne toutes les personnes, quel que soit leur âge ou leur forme d'expression sexuelle. Elle repose sur la capacité de développer et de maintenir des relations interpersonnelles, d'apprécier son propre corps, d'interagir entre les deux sexes de façon respectueuse, d'exprimer de l'affection, de l'amour, et d'avoir des relations d'intimité compatibles avec ses propres valeurs.* »

³⁴ La périnatalité se définit comme l'ensemble des processus liés à la naissance, depuis la contraception jusqu'aux premiers mois de la vie du nourrisson, en passant par le désir d'enfant, le diagnostic anténatal, la grossesse, l'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. L'enjeu : faire en sorte que la grossesse et l'accouchement se déroulent dans les meilleures conditions possibles, mais aussi prévenir les problèmes de santé chez l'enfant et la mère après la naissance.

- le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), du VIH et des hépatites (en incluant la vaccination) ;
- la promotion de l'égalité des sexes et des genres, la lutte contre les discriminations et les violences en matière d'orientation sexuelle et de genres.

Le HCSP soulignait déjà en 2016 le morcellement des institutions et des structures en charge des différents aspects de la santé sexuelle ainsi que le manque de lisibilité des politiques publiques conduites. Il préconisait la mise à l'agenda national et territorial d'une politique transversale et la réorganisation des structures existantes, comme corollaire d'une politique publique unifiée

2.1.2 En réalité, la santé sexuelle est issue de courants historiques distincts et de mobilisations dont les effets se font encore sentir aujourd'hui

La définition retenue par la France dans le cadre de la stratégie nationale élaborée en 2017 est une construction récente, issue de courants de pensées et d'actions multiples. Elle est le fruit d'une longue histoire, elle-même fortement liée aux revendications portant sur l'égalité des sexes, des genres, des orientations et des pratiques en matière de sexualité qui ont vu le jour à partir du milieu du XIX^{ème} siècle³⁵. Ces revendications et cette histoire ont été portées par des acteurs associatifs et militants³⁶ qu'une institutionnalisation progressive a conduit à devenir acteurs des politiques publiques³⁷.

Deux moments historiques ont, en outre, récemment marqué la construction de la santé sexuelle comme objet à la fois sanitaire, social et politique : l'émancipation des femmes à travers le contrôle des naissances dans les années 60 et 70 (accès à la contraception et à l'IVG) et la mobilisation autour de l'épidémie de SIDA dans les années 80. Les structures spécialisées en santé sexuelle sont issues de ces deux périodes de mobilisation et de reconfiguration de la politique de santé publique. Elles portent la marque de l'héritage à la fois symboliquement et dans les pratiques des acteurs et des professionnels.

En effet, les EICCF (devenus EVARS en 2018) et les CPEF ont été créés par un décret de 1972, d'application de la loi Neuwirth de 1967³⁸ afin d'accompagner le nouveau droit à la contraception d'une formation et d'une éducation à la sexualité, à la conjugalité et à la vie familiale. Ils ont ensuite été mobilisés pour l'accès à la contraception, à l'IVG, puis, plus récemment, leurs compétences ont été élargies au dépistage des IST. Les CeGIDD sont des structures de dépistage, de diagnostic et de traitement des IST (VIH, hépatites virales, IST) créées en 2016 pour prendre la suite des Centres de dépistages consacrés au VIH (CDAG) instaurés dans les années 80, lors de l'émergence de l'épidémie de sida, pour assurer un dépistage généralisé, anonyme et gratuit organisé par l'Etat. Les COREVIH ont succédé en 2005, sur la base d'un décret, aux anciens Centres d'information et de soins de

³⁵ Le point de départ de ces mouvements historiques est la dissociation entre sexualité et reproduction ainsi que l'émancipation de la sexualité du cadre imposé par le mariage hétérosexuel.

³⁶ A titre d'exemple, le Planning familial pour ce qui concerne les droits des femmes et Aides, Act Up ou Sidaction pour la lutte contre l'épidémie de VIH/sida.

³⁷ Les associations, en plus de conduire des actions militantes, mettent en œuvre des actions de prévention et de prise en charge des populations concernées par la santé sexuelle. Elles contribuent également à la formation des professionnels impliqués dans la santé sexuelle ou reproductive. Enfin, elles sont un des relais essentiels de la participation des usagers en organisant des actions de médiations et d'informations.

³⁸ Loi du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles du code de la santé interdisant la propagande antinataliste. Les CPEF et les EICCF créés en 1972 ne sont pas autorisés à délivrer des contraceptifs mais uniquement à informer et à délivrer des conseils en matière de fécondité et de maîtrise des naissances.

l'immunodéficience humaine (CISIH) créés par le ministère de la santé en 1988 afin d'assurer une prise en charge médico-psycho-sociale de l'infection par le VIH dans l'ensemble du territoire (départements et régions d'outre-mer (DROM) inclus), avec une mission de recherche clinique et de veille épidémiologique.

2.2 La stratégie de santé sexuelle et les réformes récentes de structures constituent des avancées dans le sens d'une politique publique davantage cohérente

2.2.1 La stratégie de santé sexuelle 2017-2030 : une ambition globale de décloisonnement des différents enjeux de santé sexuelle

Par son champ vaste (santé sexuelle et reproductive, éducation à la sexualité, accès aux droits, formation des professionnels, recherche), son caractère interministériel, sa méthode d'élaboration participative réunissant un grand nombre d'acteurs issus d'horizons divers (directions d'administration centrale, ARS, agences sanitaires, associations, sociétés savantes, représentants des professionnels de santé), la stratégie de santé sexuelle 2017-2030 constitue une avancée vers une approche globale de la santé sexuelle³⁹. Elle s'inscrit autant en réponse aux préconisations du HCSP qu'à une prise de conscience des acteurs eux-mêmes face à un système complexe, répondant insuffisamment aux besoins des populations, dans un contexte d'inégalités croissantes de santé et de rareté de la ressource médicale. La feuille de route 2021-2024 comporte l'objectif explicite de « disparition du cloisonnement entre santé sexuelle et reproductive » par la mobilisation transversale des différents acteurs. L'action n°10 porte en outre sur la création d'une offre « lisible, accessible et coordonnée de santé sexuelle et reproductive au niveau territorial ⁴⁰».

Plusieurs limites à cette ambition d'intégration peuvent cependant être mises en avant.

Les textes législatifs concernant la santé sexuelle et reproductive ne forment pas un ensemble cohérent affichant des principes communs et des prises en charge unifiées dont le point d'entrée serait une vision élargie de la santé sexuelle : ils restent épars dans le code de la santé publique (CSP), par exemple d'un côté la planification familiale intégrée au livre I^{er} de la deuxième partie, relatif à la protection et la promotion de la santé maternelle et infantile et de l'autre la troisième partie relative à la lutte contre les maladies et dépendances et plus particulièrement le livre I^{er} relatif aux maladies transmissibles, dont l'infection par le VIH. L'article 10 de la loi du 16 janvier 2016 de modernisation du système de santé a certes introduit, dans le titre de la deuxième partie, un titre faisant référence à la « santé sexuelle et reproductive » mais ce changement de pure forme ne modifie pas l'architecture des textes ni leur lisibilité.

En matière de santé reproductive, la santé périnatale et l'accès à la procréation médicalement assistée (PMA) ne sont pas inclus dans la stratégie, à l'inverse de l'accès à la contraception, de l'interruption de grossesse et de la prévention de l'infertilité liée à des causes infectieuses. La stratégie de santé sexuelle ne couvre donc qu'une partie du champ de la santé reproductive, sous l'angle quasi exclusif de la régulation des naissances et de la planification familiale. Les objectifs repris dans la stratégie sont anciens : améliorer l'accès à la contraception et à l'IVG, prévenir les

³⁹ La stratégie nationale de santé sexuelle est organisée en 6 axes et comporte un total de 96 actions dont le contenu est plus ou moins précis ou opérationnel.

⁴⁰ Feuille de route santé sexuelle 2021-2024, p. 38.

grossesses non prévues ou non désirées. Il n'est pas prévu avant 2023 d'inclure une offre de dépistage des IST systématique et gratuite dans le forfait IVG pris en charge à 100% par l'assurance maladie, alors qu'il s'agit précisément d'un sujet permettant de mettre en œuvre une vision globale de la santé sexuelle. Concernant la contraception masculine et la contraception définitive⁴¹, sont prévus respectivement une saisine de la HAS et le lancement d'une étude pour étudier les freins et les leviers éventuels d'action⁴².

La stratégie de santé sexuelle, déclinée en feuilles de route pluriannuelles, devait en théorie remplacer les différents plans, programmes et actions conduits dans les champs concernés. En réalité, si les plans de lutte contre le VIH et les IST ont bien été remplacés par la stratégie de santé sexuelle, ce n'est pas officiellement le cas de l'accès à l'IVG, de la lutte contre les violences sexuelles à l'égard des femmes ou des enfants, ou de la lutte contre les discriminations liées à l'orientation sexuelle qui continuent de faire l'objet de plans et stratégies distincts dont l'articulation avec la stratégie de santé sexuelle n'est pas claire en termes de priorités d'action, de suivi et de pilotage. En outre, des actions en faveur des IST ou du VIH figurent également dans le plan « priorité prévention » du ministère ou dans certains plans spécifiques à certaines populations (usagers de drogues, personnes incarcérées).

Enfin, alors qu'un des impacts attendus de la stratégie reposait sur une meilleure coordination des acteurs sur le terrain et la définition de parcours intégrés pour les usagers et patients, les COREVIH, précisément en charge de la coordination et réformés en 2017⁴³ donc après le lancement de la stratégie de santé sexuelle, ont un champ de compétence limité aux VIH et aux IST, sans prise en considération de la vision élargie de la santé sexuelle et sans associer de manière systématique les acteurs en charge de périnatalité. La DGOS est chargée du pilotage des COREVIH en lien avec la DGS et le secrétariat général des ministères des affaires sociales (SGMAS). Cette répartition fragilise le pilotage et n'est pas compréhensible par les acteurs concernés. Un groupe d'interface national est chargé du suivi national de l'activité des COREVIH ainsi que des échanges avec leurs représentants⁴⁴.

2.2.2 Depuis 2016, des réformes ont certes rapproché les structures existantes en termes de missions mais n'ont pas pour autant simplifié le paysage de l'offre en matière de santé sexuelle

Les structures spécialisées de prévention et de prise en charge de la santé sexuelle ont fait l'objet de plusieurs réformes entre 2016 et 2018, visant à harmoniser leurs missions et à élargir une offre de prise en charge morcelée et cloisonnée.

A partir du 1^{er} janvier 2016, ont été mis en place les CeGIDD, par fusion des centres de dépistage anonymes et gratuits du VIH et des hépatites (CDAG) et des centres d'information, de dépistage et de diagnostics des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST). Cette réforme était nécessaire compte tenu de l'évaluation mitigée de la politique de recentralisation du dépistage des IST⁴⁵, et de la mise en évidence d'une multiplicité d'acteurs nuisant aux prises en charge et à un pilotage unifié

⁴¹ La stérilisation à visée contraceptive (vasectomie ou ligature des trompes) est autorisée et encadrée depuis la loi du 4 juillet 2001 pour les personnes majeures qui le souhaitent. Elle est pratiquée de manière marginale en France par rapport aux pays anglo-saxons.

⁴² Feuille de route santé sexuelle 2021-2024, p 57 et 58.

⁴³ Décret du 28 avril 2017.

⁴⁴ Instruction DGOS/DGS du 5 avril 2018.

⁴⁵ Rapport IGAS précité, p6.

de la politique de dépistage. Cette réforme a été l'occasion d'ajouter des missions aux CeGIDD, dans une optique d'élargissement des problématiques de santé sexuelle traitées dans les lieux de dépistage du VIH et des IST.

Ces nouvelles missions concernent notamment la santé reproductive et visent à permettre aux femmes en particulier, de pouvoir bénéficier d'un lieu unique pour la prise en charge de leur santé sexuelle (dépistage, traitement des IST/contraception/orientation en cas de grossesse ou d'IVG).

Il s'agit de :

- l'éducation à la sexualité, l'information sur la grossesse et l'orientation pour sa prise en charge ;
- la prévention des grossesses non désirées, notamment par la prescription de la contraception classique et de la contraception d'urgence ;
- l'orientation des demandes d'IVG ;
- la détection, la prévention et l'orientation des violences liées à la sexualité ou à l'identité de genre et des troubles dysfonctionnels sexuels.

L'ajout de ces missions a permis un certain rapprochement des missions des CeGIDD avec celles assurées par les CPEF : concernant le champ de la santé reproductive, elles sont désormais identiques, si ce n'est concernant l'IVG médicamenteuse qui ne peut pas être pratiquée au sein d'un CeGIDD, même dans le cas où celui-ci disposerait des compétences médicales, notamment de sages-femmes, requises.

De manière symétrique, les missions des CPEF ont été étendues dans le sens d'un rapprochement avec celles des CeGIDD. En effet, la loi du 26 janvier 2016 a élargi les missions des CPEF à la prévention, au dépistage et au traitement des maladies transmises par la voie sexuelle (article L.2311-5 du code de la santé publique). En réalité, cette réforme législative est venue seulement confirmer la possibilité pour les CPEF de réaliser le dépistage et le traitement des maladies transmises par la voie sexuelle soit à la demande des consultants, soit avec l'accord de ceux-ci, inscrite à l'article R.2311-14 (CSP) depuis 2003.

Ces rapprochements de missions ont permis en théorie d'étendre l'offre de prévention ou de prise en charge mais n'ont pas rendu le paysage institutionnel plus clair ou plus lisible pour les usagers. En outre, en 2018 la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) a conduit une réforme des EICCF (rebaptisés EVARS) sans s'inscrire dans le cadre de la nouvelle stratégie nationale de santé sexuelle. Sans nier les avancées permises par cette réforme en termes de clarification du rôle des EICCF et de leur cadre de financement, il en résulte néanmoins que l'information sur les droits, le repérage des violences, l'orientation et la délivrance de la contraception sont désormais des missions communes aux CPEF, aux CeGiDD et aux EVARS, sans articulation apparente et alors que la liste et la qualification des professionnels requis pour l'exercice de ces missions sont distincts⁴⁶.

En outre, le rapprochement des missions n'a pas été conduit jusqu'au bout, ce qui peut constituer un obstacle à l'élargissement des missions et à la réponse concrète aux besoins des usagers.

⁴⁶ Article R2311-9 du code de la santé pour le CPEF, arrêté du 1^{er} juillet 2015 concernant les CeGIDD, décret du 7 mars 2018 pour les CPEF.

Ainsi pour les CPEF, les textes font du dépistage des IST et du VIH une activité simplement annexe des consultations de planification et la liste des missions obligatoires des CPEF (inscrite à l'article R2311-7 du CSP) n'a pas été modifiée et ne mentionne pas le dépistage du VIH ou des IST.

Concernant les CeGIDD, les missions autres que celles concernant le VIH et les IST font bien partie des missions obligatoires mais elles sont formulées en des termes vagues⁴⁷ qui ne permettant pas de tracer les contours exacts de ce qui est attendu de ces structures en complémentarité avec les CPEF en particulier.

Corrélativement à ce rapprochement inabouti des missions entre CeGIDD et CPEF, l'origine des financements et les modalités de financement des structures restent éloignées : Fonds d'intervention régional (FIR) et enveloppe globale en fonction de l'activité prévue pour les CeGIDD, dotation de fonctionnement et tarification à l'acte via l'assurance maladie concernant les CPEF. En outre, l'ensemble des actes réalisés au sein des CeGIDD sont gratuits pour l'utilisateur et sous le couvert de l'anonymat à sa demande (sauf, concernant ce dernier point, pour la vaccination et la prescription de contraception article L3121-2 du code de la santé publique) tandis que la gratuité concerne uniquement les mineurs et les personnes sans couverture maladie dans le cas des CPEF (article L2311-4 du code de la santé), les consultations faisant sinon l'objet d'une prise en charge de droit commun par l'assurance maladie, ce qui pose un problème de confidentialité.

2.3 Un pilotage national insuffisant qui se heurte à de nombreuses difficultés

2.3.1 L'activité des différentes structures n'est pas suivie au niveau national

La mission s'est heurtée à une lacune concernant les données nationales permettant d'appréhender globalement l'activité et le fonctionnement des CeGIDD, des CPEF et des EVARS. La même difficulté concerne les COREVIH. Cette lacune renvoie au faible investissement des administrations centrales (DGS, DGOS, DGCS, DREES) tant en matière de suivi statistique que de pilotage de la politique publique de santé sexuelle, malgré les ambitions affichées.

Concernant les CeGIDD cette difficulté tient aussi au fait qu'une partie des structures ne remplit pas ses obligations en matière de rapport d'activité et de performance ou les remplit de manière incomplète ou incorrecte. En outre, les rapports d'activité ne sont pas exploités par les directions centrales qui n'en réalisent pas la synthèse et n'en diffusent pas les enseignements.

Ainsi, alors que les CeGIDD sont soumis, en vertu de l'article D3121-25 du code de la santé publique, à l'obligation de remettre, avant le 31 mars de chaque année, au directeur général de l'ARS, un rapport détaillé d'activité et de performance portant sur l'année précédente et conforme à un modèle fixé par arrêté⁴⁸, seuls 278 d'entre eux sur 320 ont envoyé leur rapport en 2022 et certains l'ont fait en additionnant leurs données avec celle des antennes, ce qui rend les comparaisons impossibles.

Depuis 2016, première année de fonctionnement, ces rapports n'ont donné lieu qu'à une seule publication par la DGS, en 2018⁴⁹. Cet article présentait le bilan d'activité des CeGIDD, pour leur première année de fonctionnement. Les rapports suivants n'ont pas donné lieu à exploitation par la

⁴⁷ Article L3121-1 du code de la santé publique : « prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle, notamment par la prescription de contraception. »

⁴⁸ Arrêté du 23 novembre 2016.

⁴⁹ DGS, Bulletin épidémiologique hebdomadaire 40-41, 27 novembre 2018.

DGS et l'évolution générale des missions, telle que souhaitée par la réforme de 2016, ne peut donc pas être appréciée.

Les EVARS sont également soumis à l'obligation de produire un rapport d'activité dans le cadre de la convention de financement qui les lie au représentant de l'Etat dans le département. Aucune remonté de données au niveau national n'est prévue par les textes. En revanche, le ministre chargé de la famille est tenu de réunir au moins une fois par an les représentants des personnes physiques ou morales qui gèrent les EVARS, en vue notamment d'élaborer une synthèse nationale de leurs activités (article R. 2311-3 du code de la santé). La mission a été destinataire du verbatim de la réunion nationale ayant eu lieu le 3 mai 2021. Ce dernier ne permet pas de répondre à l'exigence de synthèse nationale de l'activité des EVARS ni de mesurer les changements intervenus depuis la réforme de 2018. Les rapports d'activité ayant changé de forme en 2021, la DGCS indique qu'ils feront l'objet d'une analyse nationale en 2022.

Concernant les CPEF, la compétence des conseils départementaux en matière de création, de financement et de pilotage des CPEF depuis 1983, se traduit par une absence de données nationales consolidées d'activité des structures. Ce point a été confirmé à la mission par l'Assemblée des départements de France (ADF). Les chiffres d'activité produits par la DREES sont issus du volet PMI de l'enquête Aide sociale et ne rendent pas compte de manière exhaustive de l'activité des CPEF, en particulier lorsque le département a délégué la compétence de planification et d'éducation familiale.

Les COREVIH sont également soumis à une obligation de remise de rapport annuel d'activité défini par la circulaire DHOS du 27 août 2007. Ce rapport a fait l'objet d'une dématérialisation en 2012, via l'outil PIRAMIG, une plateforme informatique permettant de collecter, d'analyser et de comparer les rapports d'activité de missions répondant à un objectif d'intérêt général y compris lorsqu'elles sont financées via le FIR. Des synthèses des rapports d'activité ont été produites par la DGOS en 2009, 2010, 2011, 2013 et 2014. Depuis 2014, les rapports d'activité ne font plus l'objet de synthèse nationale et la majorité des COREVIH ne remplit plus ses obligations en la matière.

2.3.2 Les données épidémiologiques concernant le VIH sont actualisées de manière tardive et leur robustesse est remise en cause par le manque d'exhaustivité des réponses

La description de l'épidémie du VIH et des populations qu'elle affecte nécessite des données très spécifiques, sanitaires mais aussi sociales. Deux circuits statistiques existent en France : l'un centré sur la déclaration obligatoire réalisée par les laboratoires de biologie médicale et les médecins sous l'égide de Santé publique France et l'autre organisé à partir des bases de données médicalisées collectées dans les hôpitaux sous la responsabilité de l'INSERM à des fins de recherche (il s'agit de la cohorte ANRS-CO4-FHDH, voir annexe 7). Leur articulation fait toujours défaut et ne permet pas aux acteurs de disposer en temps réel d'une vision claire des enjeux et des stratégies à déployer au niveau national et local en matière de prévention ou de prise en charge.

2.3.2.1 En matière de santé sexuelle, Santé publique France réalise la surveillance de l'infection par le VIH, des infections sexuellement transmissibles et de l'hépatite B

Cette surveillance s'appuie prioritairement sur des enquêtes auprès des laboratoires de biologie médicale pour recueillir les données en matière de dépistage et de diagnostic au niveau national et régional :

- **enquête LaboIST** pour les principales IST (gonococcies, chlamydioses, syphilis, infections à *Mycoplasma genitalium*) ;

- **enquête LaboVIH** depuis 2001 pour le VIH qui recueille annuellement le nombre annuel de sérologies VIH et de sérologies confirmées positives, quels que soient les lieux de prélèvement (laboratoire de ville, hôpital ou clinique, CeGIDD) ;
- **enquête LaboHEP** pour l'hépatite B qui permet d'estimer par région et par département le nombre de sérologies et le nombre de sérologies positives.

Les enquêtes concernant les IST et l'hépatite B ne sont pas réalisées annuellement, ces pathologies n'étant pas soumises à une déclaration obligatoire. Pour pallier cette difficulté et obtenir des données actualisées sur les dépistages et les traitements des IST, SPF complète les enquêtes en laboratoires par une exploitation des données du Système national des données de santé (SNDS) qui comporte le nombre de sérologies réalisées remboursées par l'assurance maladie (par âge, sexe, région et département)⁵⁰. SPF croise les données de dépistage avec celles concernant les traitements antibiotiques délivrés pour estimer un nombre de diagnostics, les résultats des tests n'étant pas connus dans les données du SNDS.

En ce qui concerne le VIH, les découvertes de séropositivité font l'objet d'une déclaration obligatoire aux ARS et à SPF, réalisée en parallèle par les biologistes et les cliniciens, via l'application web e-DO⁵¹ qui a remplacé en 2015 les formulaires Cerfa papier utilisés auparavant.

Enfin, Santé publique France conduit de manière annuelle une enquête auprès des CeGIDD (SurCeGIDD) qui complète les données issues des enquêtes auprès des laboratoires. Tous les CeGIDD sont réglementairement concernés par cette surveillance qui porte sur l'infection à VIH, les hépatites virales, la syphilis, les infections à Chlamydia trachomatis, à gonocoque et à mycoplasme, les condylomes et l'herpès génital et repose sur le recueil de données individuelles sociodémographiques, comportementales, cliniques, biologiques. L'arrêté du 23 novembre 2016 prévoit une transmission de données individuelles anonymes par les CeGIDD à Santé publique France. Ces extractions de données à partir de l'outil informatique des CeGIDD doivent être transmises au plus tard au 31 mars de l'année N+1. Les données individuelles sont disponibles depuis l'année 2018 et les dernières disponibles datent de 2020.

Les principaux objectifs de la surveillance sont de :

- décrire les caractéristiques sociodémographiques de la population fréquentant les CeGIDD .
- décrire l'activité de dépistage concernant le VIH, les hépatites virales et les IST réalisée par les CeGIDD, ainsi que leurs activités autres (vaccinations, prescription de contraception, traitement post-exposition (TPE), PreP...) .
- estimer les taux de positivité du VIH, des hépatites virales et des IST dans la population fréquentant les CeGIDD (globalement et par sous-groupe de population).

⁵⁰ Le SNDS ne comporte pas les tests de dépistage réalisés dans les CeGIDD ou à l'occasion d'une hospitalisation car délivrés gratuitement et non remboursés dans le cadre de l'assurance maladie.

⁵¹ Articles L.3113-1, R311362 du code de la santé publique, arrêtés du 22 août 2011 du 4 décembre 2015 et instruction DGS/SP2/DGOS/PF5/2016 du 4 juillet 2016 relative au déploiement de l'application e-DO pour la télédéclaration de l'infection par le VIH/Sida. La mise en place de l'application e-DO avait pour objectifs de moderniser le processus de notification, de réduire les délais mais également de faciliter les échanges entre les différents acteurs de la déclaration obligatoire (cliniciens, biologistes).

Le dispositif de surveillance mis en place par Santé publique France connaît des difficultés qui fragilisent la connaissance de l'évolution de l'épidémie de VIH, des IST et de l'hépatite B.

Tout d'abord, l'ensemble des acteurs rencontrés par la mission s'accordent pour estimer que la production des données épidémiologiques produites par Santé publique France est trop tardive (fin du 1^{er} semestre de l'année N+1) pour permettre un pilotage réactif et une adaptation des actions de prévention comme de prise en charge au niveau national ou local.

De plus, le taux de réponse aux enquêtes auprès des laboratoires et des CeGIDD, tout comme la déclaration obligatoire du VIH, est en baisse, ce qui oblige à des corrections majeures pour produire les indicateurs et par conséquent à des délais de production accrus (novembre de l'année N+1). Le taux de participation des laboratoires à LaboVIH est passé de 89% en 2013 à 72% en 2019 et 60% en 2020. Concernant les cliniciens, seuls 42% déclarent les nouvelles séropositivités dans la cadre de la déclaration obligatoire⁵².

Cette tendance, aggravé par la pandémie de COVID-19, présente un inconvénient majeur : elle empêche la production d'indicateurs au niveau le plus fin (départemental) compte tenu du faible nombre de laboratoires répondant.

Une grande hétérogénéité des taux de réponses en fonction des régions (169 CeGIDD répondant en 2020, 5% dans les Hauts-de-France et 100% en Bretagne) caractérise de son côté l'enquête SurCeGIDD⁵³

2.3.2.2 La base de données de l'INSERM, utile à des fins de recherche, mobilise les moyens humains et budgétaires accordés aux COREVIH

Cette base de données, gérée par l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS), est une cohorte hospitalière, incluant depuis 1989, des personnes vivant avec le VIH, prises en charge dans les établissements participants. Les données sont collectées par le logiciel DOMEVIH ou via des logiciels privés connectés avec le dossier médical du patient. Elle comprend des données sur près de 183 422 personnes depuis 1989 et se déploie dans 125 établissements. C'est un outil indispensable pour la recherche française sur le sujet du VIH. En revanche, son exploitation à des fins épidémiologiques nécessite une articulation, non réalisée à ce jour, avec les données de la déclaration obligatoire et celles de l'assurance maladie sur les affections de longue durée.

En outre, la maintenance de cette base nécessite un recueil de données spécifique avec des enjeux de saisie au niveau régional et d'interface avec les données collectées par ailleurs ou de manière complémentaire dans les dossiers patients. Concrètement, ce sont des techniciens d'études cliniques (TEC) des COREVIH qui sont mobilisés pour cette saisie (cf. partie relative aux COREVIH et annexe 7).

⁵² Ce chiffre est particulièrement faible si l'on considère que le nombre de nouvelles séropositivités est de 6000 par an au niveau national.

⁵³ L'enquête SurCeGIDD est une enquête conduite par SPF chaque année qui repose sur la transmission sécurisée des données individuelles concernant les consultants

2.3.2.3 La surveillance épidémiologique est complétée par des études comportementales

La surveillance épidémiologique des IST et du VIH est complétée par des enquêtes destinées à mesurer l'évolution des comportements en matière de sexualité et d'offre de prévention et de soins.

Ces enquêtes sont conduites par SPF et l'ANRS.

Deux types d'enquêtes peuvent être distingués :

- les enquêtes grand-public ;
- les enquêtes portant sur des publics spécifiques, en fonction du risque d'exposition au VIH

Le Baromètre santé qui a porté plus spécifiquement sur les thématiques liées à la santé sexuelle et aux maladies infectieuses date de 2016. La dernière édition de l'enquête « Contexte de la Sexualité en France » (CSF) a été réalisée en 2006. La nouvelle édition intitulée « CSF 2022 » sera réalisée en 2022-2023. Ces enquêtes sont lourdes et complexes à conduire, elles ne sont, en outre, pas assez ciblées pour permettre un pilotage de la stratégie en santé sexuelle, compte tenu des enjeux actuels.

L'enquête ciblée Rapport au sexe (ERAS) a permis à l'inverse d'évaluer plus rapidement l'appropriation par les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) des différentes méthodes de prévention, sur la base du volontariat, via un questionnaire auto-administré diffusé sur les réseaux sociaux, les sites et applications de rencontre. Elle a montré que l'usage de la PreP avait peu évolué depuis 2016 et qu'il était très concentré sur la population des personnes HSH nées en France, urbaine, favorisée économiquement, multipartenaires (10 partenaires sur les 6 derniers mois) et ayant une forte identité « gay ». Cette enquête ERAS a permis, en outre, de mesurer dès 2020 la baisse de l'usage de la PreP durant le premier confinement lié à l'épidémie de COVID-19. (59% des usagers l'avaient arrêté).

2.3.2.4 Les données de pilotage en matière de santé reproductive sont également insuffisantes

Concernant l'IVG en particulier, les données existantes ne permettent pas de piloter correctement les objectifs inclus dans la stratégie nationale de santé sexuelle et notamment d'appréhender de manière régulière les difficultés d'accès à l'IVG en fonction des territoires.

Ni le recueil des bulletins d'interruption volontaire de grossesse⁵⁴ ni les données issues de la CNAMTS comptabilisant les remboursements de forfaits (honoraires ou médicaments) ne permettent en outre de connaître la répartition fine des actes d'IVG réalisés en cabinet libéral entre les médecins, infirmières et sage-femmes. La répartition entre centres de santé et CPEF n'est pas non plus connue⁵⁵. En outre les données de l'assurance maladie sous-estiment le nombre d'IVG pratiquées en CPEF car ne sont pas comptabilisées les IVG concernant les mineures ou les femmes

⁵⁴ Depuis la loi de 1975 qui autorise l'IVG, les praticiens ont l'obligation de remplir un bulletin pour chaque IVG pratiquée. Ce recueil vise ainsi à être exhaustif de tous les recours à l'IVG, en établissement et en cabinet de ville, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (DOM), y compris Mayotte depuis 2006. Les données sont recueillies en continu chaque année depuis 1975. Concrètement, les données remontées via les bulletins d'IVG ne sont pas exhaustives et conduisent à une sous-estimation du nombre d'IVG réalisées.

⁵⁵ Les données de l'assurance maladie sont les plus fiables concernant les IVG pratiquées en ville mais elles ne fournissent aucun élément médical par exemple l'âge gestationnel.

majeures sans couverture sociale qui sont prises financièrement en charge par le conseil départemental.

En 2020, 61 200 IVG ont été pratiquées en cabinets privés ou par téléconsultations et 6 600 en centres de santé ou en CPEF. Ces IVG hors structure hospitalière, obligatoirement médicamenteuses, représentent 30,5 % du total des IVG⁵⁶. Les données de la CNAMTS répertorient 884 gynécologues, 713 médecins généralistes et 515 sages-femmes ayant réalisé au moins une IVG dans leur cabinet privé en 2020⁵⁷.

Enfin, la DREES a conduit en 2007 une enquête auprès des structures et des praticiens réalisant des IVG et des femmes concernées. Cette enquête a permis de recueillir des informations sur les établissements et les professionnels pratiquant des IVG et d'interroger les femmes sur leur prise en charge, leur trajectoire, leur contraception. Cette étude n'a pas été renouvelée et il existe peu de données qualitatives sur le parcours des femmes concernées par l'IVG et les pratiques des professionnels, contrairement à ce qui existe pour les grossesses avec les enquêtes nationales périnatales effectuées régulièrement depuis 30 ans, pilotées en partenariat par la DGS, la DGOS, la DREES, l'INSERM et Santé publique France.

2.3.3 Le financement des structures est hétérogène et ne se prête pas à un pilotage cohérent

Le financement des structures spécialisées de prévention et de prise en charge en santé sexuelle et reproductive (CeGIDD, CPEF, EVARS) est séparé en trois blocs distincts, selon le statut de ces structures et la personne publique qui en exerce la tutelle (ARS pour les CeGIDD, conseil départemental pour les CPEF et préfets de département pour les EVARS). Cette absence de financement unique est un obstacle à un pilotage efficace.

2.3.3.1 Les CeGIDD sont financés par l'assurance maladie via des crédits à la main des ARS

En 2016, lors de la création des CeGIDD par fusion des CDAG et des CIDDIST⁵⁸, le financement a été regroupé au sein FIR des ARS, en lieu et place de financements auparavant distincts selon le statut des structures (CDAG financés via le FIR et CIDDIST⁵⁹ financés par l'Etat via des crédits de la dotation globale de décentralisation). Les crédits du FIR couvrent notamment les dépenses liées aux consultations, aux investigations biologiques, aux médicaments, aux actions de prévention ou de dépistage hors les murs et aux activités administratives, y compris de médiation sanitaire ou d'interprétariat.

Le budget total consacré aux CDAG et aux CIDDIST était estimé à 54 M€ d'euros, tous crédits confondus (Etat et assurance maladie). Dès 2016, première année de la réforme, les dépenses concernant les CeGIDD se sont élevées à 74,7 M€ d'euros puis à 82,7 M€ en 2017. Dans certaines régions, notamment le Centre-Val-de-Loire, le coût de la recentralisation des CIDDIST a été élevé et

⁵⁶ DREES, Les établissements de santé, édition 2022, fiche 24 « Les interruptions volontaires de grossesse ».

⁵⁷ Sur un total d'environ 5 000 gynécologues, 66 600 généralistes et 7 600 sages-femmes en cabinet en 2020.

⁵⁸ La base juridique de la fusion est l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale 2015.

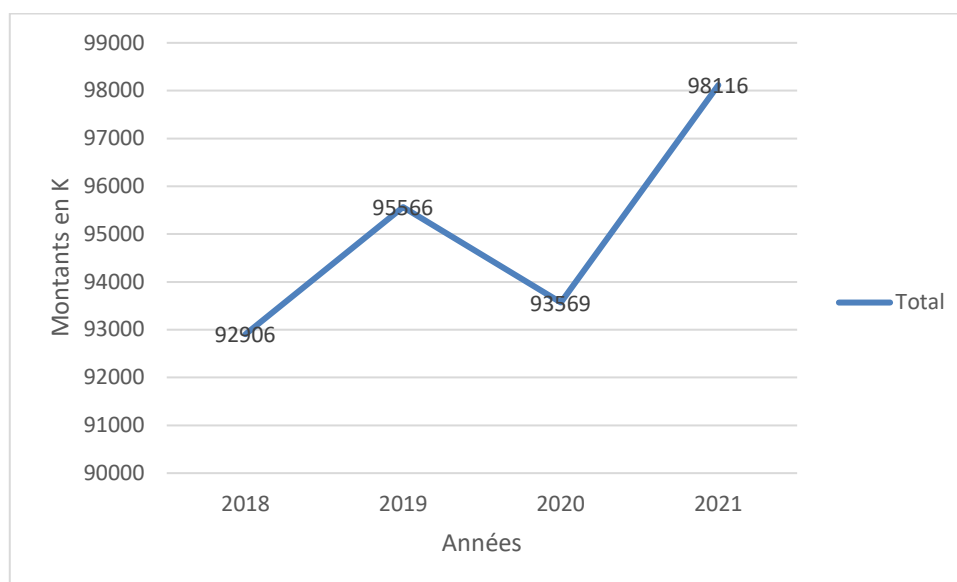
⁵⁹ Un bilan établi par la DGS avant la mise en œuvre de la réforme établissait à 32 le nombre de départements gérant une centaine de CIDDIST par délégation de l'Etat.

continue de contraindre fortement les marges de manœuvre des ARS en matière de gestion des crédits du FIR.

Les crédits consacrés aux CeGIDD par les ARS ont ensuite régulièrement augmenté, comme en témoigne le graphique 1. Au sein de ces dépenses, le FIR représente 96,6 M€ en 2021⁶⁰. Les lois de financement pour la sécurité sociale pour 2017 et 2018 ont dégagé des financements complémentaires au titre du FIR pour des mesures nouvelles de consultation et de dispensation de la PrEP et des traitements post-exposition (TPE) ainsi que de la réalisation d'autotests VIH. A ces enveloppes connues, s'ajoutent, selon l'analyse des informations comptables du FIR par le SGMAS, des financements supplémentaires décidés par les ARS pour la lutte contre le VIH, les hépatites virales et les autres IST, qui peuvent bénéficier aux CeGIDD.

A ces dépenses, viennent en outre s'ajouter des crédits des ARS en direction des associations participant à des actions de santé sexuelle, de manière pérenne ou sur la base d'appel à projet. Le montant de ces crédits varie fortement entre les ARS car il dépend des besoins recensés, de la taille de la région et aussi de la plus ou moins grande capacité des CeGIDD et de leurs antennes à assurer la couverture territoriale.

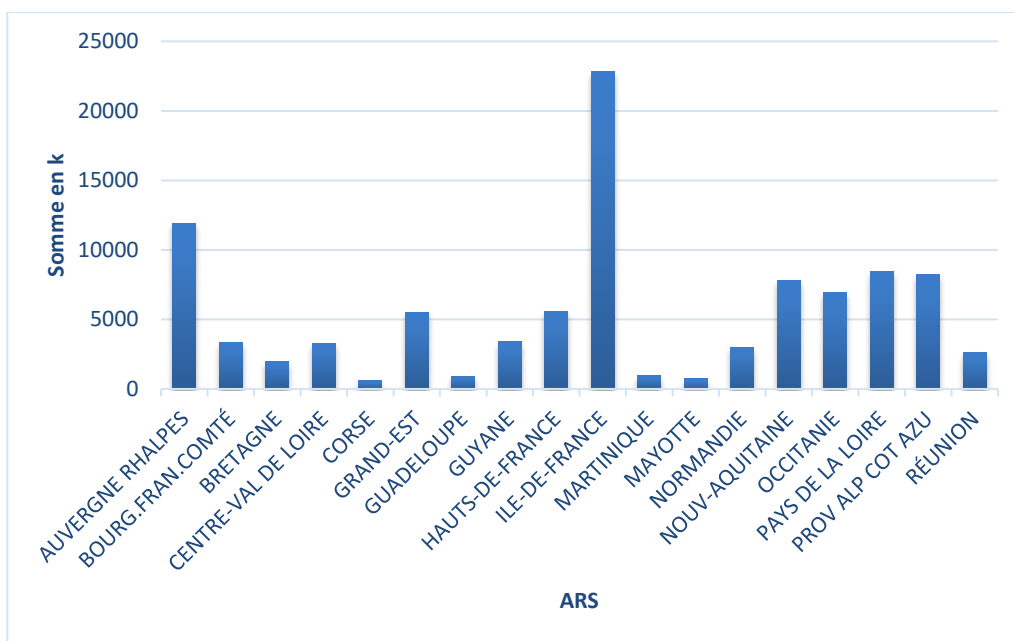
Graphique 3 : Evolution des dépenses des ARS consacrées aux CeGIDD



Source : *Secrétariat général, ministère de la santé et de la prévention, 2022*

⁶⁰ Rapport national d'activité du FIR, 2021.

Graphique 4 : Montant des crédits du FIR consacrés aux CeGIDD en 2021



Source : Mission, à partie de données du Secrétariat général, ministère de la santé et de la prévention, 2022

Tableau 2 : Montant des crédits 2018-2021 du FIR consacrés aux CeGIDD et répartition entre les ARS (en k€)

AURA	54 438
BOURG.FC	16 063
BRETAGNE	7 777
CENTRE-VAL DE LOIRE	10 685
CORSE	1 121
GRAND-EST	22 095
GUADELOUPE	6 121
GUYANE	16 100
HAUTS-DE-FRANCE	21 567
ILE-DE-FRANCE	101 259
MARTINIQUE	4 189
MAYOTTE	1 440
NORMANDIE	12 173
NOUV-AQUITAINE	34 910
OCCITANIE	34 551
PAYS DE LA LOIRE	39 499
PACA	32 693
RÉUNION	12 298
Total général	428 977

Source : Secrétariat général, ministère de la santé et de la prévention, 2022

Le budget alloué aux CEGIDD par les ARS constitue la plus grande part de l'enveloppe annuelle consacrée à la prévention des maladies transmissibles.

Tableau 3 : Répartition des crédits de la mission 1 du FIR consacrée à la promotion et à la prévention en santé

Mission 1 du FIR	1,1 Md€
Promotion de la santé et prévention des maladies, traumatismes, handicap, perte autonomie	
Enveloppe prévention	877 M€
Dépistage et diagnostic des malades transmissibles	184 M€
CeGIDD	96,6 M€

Source : *Rapport d'activité 2021 du FIR*

Comme pour tous les crédits du FIR, les ARS sont chargées du pilotage de la dépense dans le cadre d'un dialogue de gestion avec les structures concernées. Le questionnaire de la mission et les entretiens conduits, ont mis en lumière la difficulté pour les ARS à piloter correctement les dépenses relatives aux CeGIDD.

Tout d'abord, il ne s'agit pas d'une dépense d'amorçage ou permettant de mettre en place rapidement une expérimentation au sein d'un territoire, ce qui est la vocation première du FIR. Les CeGIDD existent depuis 2016 et prennent en charge des files active de patients, partout en France, pour des consultations de dépistage ou de contraception ou de traitement des IST. L'adoption de la stratégie nationale de santé sexuelle signifie qu'il s'agit d'une mission pérenne qui devrait être financée via l'assurance maladie dans le cadre de la prise en charge du risque, avec les adaptations nécessaires à la spécificité de ces structures, à l'instar de ce qui existe pour les centres de santé depuis la signature de l'accord national des centres de santé entre l'assurance maladie et les gestionnaires des centres en juillet 2018.

En outre, les dépenses sont allouées par les ARS en fonction d'un modèle de financement figurant à l'annexe 10 de l'instruction de la DGS du 3 juillet 2015 relative à la mise en place des CeGIDD. Cette annexe vise à aider les ARS à estimer les coûts annuels de fonctionnement d'un CeGIDD via un référentiel des coûts des dépenses d'activités, dans le cadre d'un budget alloué sous forme d'une dotation forfaitaire annuelle. Or, ce modèle n'a pas été révisé depuis 2015 et notamment depuis l'introduction de la délivrance de Prep ou du traitement post-exposition dans les missions des CeGIDD⁶¹. Il en résulte un sous-financement de cette mission et de manière générale, des difficultés

⁶¹ Depuis 2015, ont été mis en œuvre de manière expérimentale des modes de financements des centres de santé participatifs et des centres de santé sexuelle d'approche communautaire dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

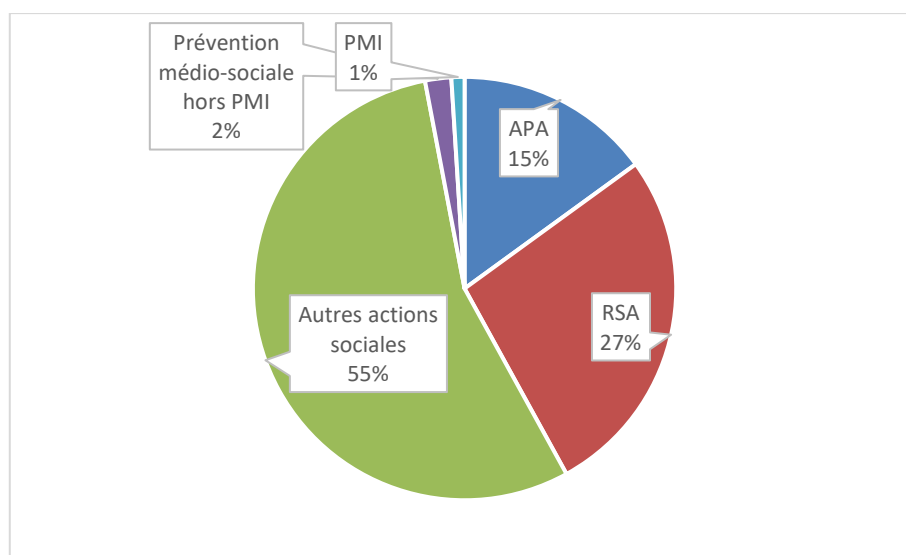
pour les ARS à faire évoluer les budgets en fonction de la file active des CeGIDD de leur territoire, dans un souci de maîtrise globale du FIR⁶².

Enfin, il n'existe pas de suivi national fin des dépenses et de l'activité des CeGIDD comme il existe l'Observatoire national des centres de santé⁶³. L'absence de suivi des dépenses ne permet pas de dégager le modèle économique de financement adapté aux CeGIDD et de le faire évoluer en fonction des besoins des populations, des innovations en matière de dépistage ou de traitements et de l'activité des professionnels travaillant au sein des structures.

2.3.3.2 Les financements attribués aux CPEF ne sont pas identifiés dans le budget alloué à la PMI par les départements

Selon les chiffres du rapport consacré à la PMI par la députée Michèle Peyron en 2018, avec 400 M€ d'€ en 2018 (chiffres DGCS), le budget alloué à la PMI en France ne représente que 1 % de l'ensemble des dépenses sociales des départements (41 Mds€ en 2018) ou encore 0,6 % de l'ensemble des dépenses de fonctionnement des départements (62 Mds€ en 2018).

Graphique 5 : Poids de la PMI dans les dépenses sociales des départements



Source : *Rapport « Pour sauver la PMI, agissons maintenant ! », 2018.*

⁶² Dans le cadre de l'enquête de la mission aux ARS, 12 ARS sur 18 ont répondu que les crédits du FIR ne permettent pas de financer la santé sexuelle à hauteur des besoins et qu'il existe des projets non financés faute de moyens.

⁶³ Cet observatoire est une plateforme dématérialisée accueillie par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation chargée de collecter et restituer les données renseignées par les ARS, les CPAM et les centres de santé. La plateforme, opérationnelle depuis 2017 intègre également les données du rapport d'activité des centres qui conditionnent le versement des aides financières issu de l'accord national du 8 juillet 2015 entre les centres et la CNAM. L'observatoire permet de recenser et d'assurer, au niveau national et régional, le suivi des structures. Il facilite le partage de connaissance à travers des informations d'ordre général (identification du centre, zone d'implantation, statut et nature des gestionnaires, caractéristiques de fonctionnement, effectifs, profil des professionnels de santé et personnels administratifs, financements, activités de santé publique et partenariats).

Au sein de ce budget, les dépenses consacrées aux missions de planification familiale et d'éducation à la sexualité ne sont pas isolées comptablement, si bien qu'il est impossible de les connaître avec certitude. De manière générale, les dépenses résiduelles des départements relatives à leurs compétences sanitaires ne font pas l'objet d'un suivi précis d'un point de vue statistique.

Comme pour l'ensemble des dépenses de PMI, les financements de l'assurance maladie sont résiduels, d'autant plus qu'environ la moitié de l'activité des CPEF est composée d'entretiens de conseil conjugal ou de planification conduits par du personnel non médical.

2.3.3.3 Les EVARS sont financés par l'Etat sous la forme de subventions dont le montant est discuté annuellement dans le cadre de la loi de finances

Les financements consacrés aux EVARS, à la suite à la réforme de 2018, sont fléchés au sein du programme budgétaire 137 consacré à l'égalité entre les hommes et les femmes au sein de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances ». Les crédits sont attribués *via* des conventions pluriannuelles sous la forme de subventions globales. En 2021, le montant total des financements se montent à 3,3 M€.

3 Les structures spécialisées en santé sexuelle sont réparties de manière inégale et leur activité répond de manière imparfaite aux enjeux

3.1 Une offre inégale selon les territoires et un pilotage morcelé

L'exercice de cartographie conduit par la mission (voir Annexes 5 et 6) a permis de constater une répartition des CeGIDD, CPEF et EVARS inégale selon les territoires et ne répondant manifestement pas à une planification *ex ante* de l'offre. Cette répartition, de l'aveu des acteurs, correspond davantage à l'histoire de l'épidémie de VIH⁶⁴, à l'initiative des acteurs ou aux contraintes institutionnelles de la PMI qu'à une analyse des besoins des populations et des ressources par ailleurs disponibles (par exemple en matière de médecins généralistes ou spécialistes tels que gynécologues médicaux ou obstétriques). L'implantation majoritairement hospitalière des CeGIDD ne permet pas de répondre aux enjeux des territoires enclavés et éloignés des établissements de santé, avec une démographie médicale défavorable. En dépit du fait que la santé sexuelle est la plupart du temps incluse dans les projets régionaux de santé définis par les ARS, il n'existe généralement pas de cartographie locale mise à jour des ressources et des lieux d'accès en matière de dépistage, consultations et traitements ou actes en matière de santé sexuelle ou reproductive⁶⁵. La majorité des ARS (12 sur 18) ont indiqué qu'il existe des zones non couvertes par une offre spécifique de santé sexuelle ou reproductive. Ces « zones blanches » coïncident dans certains cas avec des zones à faible densité médicale de médecins généralistes ou spécialistes en particulier gynécologues.

Le pilotage local des structures est morcelé entre les ARS, les conseils départementaux et les préfetures. L'enquête conduite par la mission auprès des ARS a montré qu'elles n'avaient pas de vision globale des activités de dépistage, de consultations de contraception ou d'IVG au niveau

⁶⁴ Lors de la création des CeGIDD en 2016, les ARS ont, dans leur très grande majorité, habilité les anciens CDAG et CIDDIST.

⁶⁵ Source : enquête de la mission auprès des ARS.

régional et qu'elles n'avaient objectivement pas les moyens de connaître l'activité des CPEF ou des EVARS. Les ressources humaines consacrées au pilotage de la santé sexuelle et reproductive sont faibles et variables entre les ARS (cf tableau suivant). En outre, les ETP sont dispersés entre plusieurs directions, compte tenu de la variété des sujets à traiter, de la multiplicité des acteurs concernés et des financements attribués.

Tableau 4 : Nombre d'ETP consacrés au pilotage de la santé sexuelle et reproductive au sein des ARS et des délégations départementales

ARS	ETP	ETP pour 100 000 habitants
Auvergne-Rhône-Alpes	4	0,049733083
Bourgogne-Franche-Comté	0,3	0,010692976
Bretagne	1	0,029807556
Centre-Val-de-Loire	1	0,038862419
Corse	0,4	0,117495006
Grand-Est	3	0,053993552
Guadeloupe	1,2	0,312305622
Guyane	0,5	0,177507651
Hauts de France	1,85	0,030807932
Ile-de-France	3	0,024464744
Réunion	0,1	0,01161157
Martinique	0,6	0,164605441
Mayotte	1	0,370948776
Normandie	0,6	0,018044939
Nouvelle-Aquitaine	0,9	0,014974322
Occitanie	1,5	0,025281531
PACA	0,5	0,009840387
Pays de la Loire	1	0,026271122
TOTAL	22,45	0,033378938

Source : *Mission, questionnaire aux ARS*

La coordination entre les CPEF et les CeGIDD est inégale selon les territoires. Elle est réalisée au coup par coup, la plupart du temps sans formalisation et à l'initiative des professionnels concernés.

La diversité des statuts des CeGIDD représente pourtant un atout pour construire une complémentarité. Les CeGIDD associatifs, comme le Spot à Marseille, ont des amplitudes horaires plus importantes en soirée et en fin de semaine et proposent, en plus de la réponse médicale et psychosociale, un accompagnement par les pairs. Les CeGIDD portés par les conseils départementaux, comme à Paris ou dans le Nord, s'inscrivent dans une approche plus globale de la santé et de renforcement de l'accès à la prévention de populations précaires, et proposent une offre combinée avec la vaccination et le dépistage de la tuberculose par exemple ; leur articulation avec les CPEF peut aussi être facilitée. Enfin, les CeGIDD hospitaliers bénéficient de leur adossement à un établissement de santé tant pour l'accès aux médicaments et aux activités de biologie que pour l'entrée dans le soin des patients qui en auraient besoin.

Une enquête ponctuelle a été conduite, en septembre 2021, auprès de 235 CeGIDD et 234 CPEF afin de les interroger sur les articulations et les rapprochements entre les deux types de structures. Les résultats ont montré que sur 77 structures ayant répondu (47 CeGIDD, 25 CPEF et 5 structures mixtes), 28 avaient formalisé une articulation et 26 en avaient le projet. Les sujets de la coopération portent sur l'orientation croisée des patients, le partage de certains locaux ou des activités communes comme la formation ou des actions hors les murs. Le manque de moyens, la lourdeur des contraintes administratives et les tutelles différentes sont citées comme des freins à des rapprochements plus structurés.

3.2 Lorsque le département a conservé une compétence en santé sexuelle, la situation est différente

Lors de ces déplacements la mission a constaté que le morcellement du pilotage est atténué lorsque le département a conservé les compétences sanitaires liées au dépistage du VIH et des IST et exerce, par convention avec l'ARS et dans le cadre d'une habilitation, la gestion d'un ou de plusieurs CeGIDD en dépit de la recentralisation des compétences des CIDDIST⁶⁶.

Le conseil département de Seine-Saint-Denis a ainsi fait le choix d'exercer des compétences en matière de santé au moment de la recentralisation de la lutte contre la tuberculose en 2004 et le VIH/IST en 2016. Cela s'inscrit dans une histoire longue d'engagement du département lié aux besoins de la population en matière d'accès gratuit à une prévention et des soins de proximité (nombreux centres de santé notamment communaux présents sur le territoire). Concrètement, les compétences sanitaires en matière de VIH et d'IST sont exercées au sein de deux CDPS (centres départementaux de prévention santé) qui ont été habilités CeGIDD dans le cadre d'une convention passée avec l'ARS. Les deux autres CeGIDD sont des antennes hospitalières (Montreuil et Saint-Denis). Historiquement, le département exerce également la compétence de PMI avec la présence de 128 CPEF agréés au sein de la PMI. Santé sexuelle et planification sont gérés par deux directions distinctes du conseil départemental (la Direction de la prévention sanitaire d'un côté et la Direction enfance/famille de l'autre). Dans ce département, la fusion des structures CeGIDD et CPEF est difficilement envisageable compte tenu du volume des populations concernées et des enjeux sociaux. Les acteurs du CPEF du Raincy rencontrés par la mission souhaitent conserver une spécificité de la PMI en matière d'accueil des femmes et des enfants. En revanche, le pilotage départemental conjoint CeGIDD/CPEF permet un meilleur ciblage des populations vulnérables et une offre diversifiée de proximité en synergie avec l'action sociale menée par le département. Cela se traduit notamment par l'importance de l'aller-vers et de l'accès aux droits dans les missions des structures de santé.

L'unification du pilotage des CeGIDD et des CPEF sous l'égide du département a parfois été propice à un rapprochement des structures dans une optique de réponse globale aux besoins de populations analysés à l'échelle du département.

⁶⁶ Lors de la recentralisation en 2016, 32 départements ont choisi de conserver une compétence en matière de dépistage du VIH/IST et de gérer les CeGIDD nouvellement créés. « La gestion d'un centre peut être confié à une collectivité territoriale, dans le cadre d'une convention conclue avec le directeur général de l'agence régionale de santé » (Article L3121-1-III) du code de la santé.

Le département de l'Essonne s'est engagé dans une démarche volontariste et formalisée de création de centres de santé sexuelle par la réunion dans un même lieu des missions de CeGIDD et de CPEF. Un cahier des charges des centres de santé sexuelle a été défini en 2019. Il décrit les objectifs, les missions et les différents niveaux de service d'un centre départemental de santé sexuelle. L'enjeu clairement énoncé est de lutter contre le morcellement et la segmentation des prises en charge en santé sexuelle et de réunir dans un même lieu la lutte contre le VIH/IST, les enjeux de reproduction et de planification et l'éducation à la sexualité.

Cette initiative a été facilitée par le fait qu'il existe une Direction unique de la protection maternelle et infantile et de la santé en Essonne et que ce Département affiche la volonté de mener une politique de santé publique dans le champ de la périnatalité, de la santé sexuelle et de la prévention, dans le cadre d'une démographie médicale en baisse et d'inégalités territoriales marquées. Les CPEF réalisent une part importante des dépistages VIH/IST du département (12500 en 2018) aux côtés des CeGIDD (20000 en 2018) et participent à l'accès des femmes à l'IVG médicamenteuse de proximité (500 IVG réalisées en CPEF en 2018).

Concrètement, le Département s'est fixé comme objectif de créer quatre centres départementaux de santé sexuelle d'ici 2024, objectif inscrit dans le schéma départemental de l'enfance et des familles et dans le schéma départemental de la santé. Un centre de santé sexuelle a déjà vu le jour à Savigny en octobre 2020, regroupant le CeGIDD de Juvisy et le CPEF de Savigny Il s'appuie notamment sur l'expérimentation soutenue par le COREVIH Est de l'Ile-de-France d'intégration d'un centre de santé sexuelle au sein du CeGIDD de Massy dès 2016. Un des points clés pour assurer le fonctionnement d'un centre de santé sexuelle est la formation des professionnels et leur acculturation à une démarche de regroupement de missions traditionnellement conçues comme séparées. En outre, le développement de centres de santé sexuelle se heurte aux coûts d'investissement immobilier et, dans une moindre mesure, à la difficulté de choisir le lieu d'implantation en fonction des besoins recensés de la population.

Dans le département des Alpes-de-Haute-Provence (département rural caractérisé par une faible densité de population et des difficultés de transport liées aux zones montagneuses), la santé sexuelle au sens large (santé reproductive, dépistage/traitement du VIH/IST, conseil conjugal et familial) est prise en charge au sein des treize centres médico-sociaux qui dépendent de la Direction solidarité du conseil départemental. Celui de Manosque exerce dans un lieu unique et avec une seule équipe les missions de CeGIDD et de CPEF. Les professionnels présents (médecin, infirmier, conseiller conjugal et familial, sage-femme) permettent d'assurer l'ensemble des missions prévues par le code de la santé, avec le renfort d'un psychologue et des vacations de sexologue en fonction des besoins. Des IVG médicamenteuses sont réalisées dans le centre en complémentarité avec l'hôpital depuis la période de crise liée au COVID-19. L'accueil du public est réalisé de manière à garantir la confidentialité et la séparation des différentes populations (femmes avec enfants/jeunes). Les centres médico-sociaux sont bien identifiés par la population et bénéficient de l'orientation des assistants sociaux de secteur. Cette organisation est rendue possible par le fait que le département souhaite exercer une mission de santé sexuelle de proximité, malgré la recentralisation de 2016, en assurant une continuité de services aux familles et aux personnes vulnérables.

3.3 Des structures spécialisées dont l'activité globale est faible en regard des enjeux de santé publique affichés dans la stratégie nationale de santé sexuelle

3.3.1 Activité des CeGIDD

L'activité des CeGIDD peut être appréhendée à travers les rapports d'activité transmis annuellement à la DGS et les données individuelles anonymes transmises à Santé publique France depuis 2016. Des articles ont été publiés dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) de Santé publique

France sur l'activité des CeGIDD en 2018 (sur l'activité 2016), fin 2019 (sur l'année 2018) et en septembre 2021 sur l'année 2020. La DGS a fourni à la mission une synthèse des rapports d'activité reçus en 2022.

La moyenne du nombre de consultations annuelles par centre (2537⁶⁷) cache de fortes disparités régionales. Il en va de même du nombre moyen de demi-journées d'ouverture (5) et de l'ouverture à des horaires décalés (le soir après 20h ou le samedi). Toutes les antennes des centres principaux ont des plages horaires d'ouverture limitées et ne proposent en général pas d'ouverture en horaires décalés. Les horaires décalés sont proposés par des CeGIDD situés dans les zones urbaines denses et gérés par des associations.

La population accueillie dans les CeGIDD est majoritairement composée d'hommes (60%) dont 30% de HSH et 40% de femmes. Les personnes mineures représentent 6% de l'ensemble des personnes accueillies. Les personnes migrantes et en situation de précarité ne représentent respectivement que 13% et 8% des personnes accueillies en moyenne.

Tableau 5 : Description des typologies des consultants des CeGIDD en 2021

	Moyenne par CeGIDD	Total	Nombre de CeGIDD répondants
Hétérosexuel(le)s multipartenaires (deux partenaires et plus)	429	109 308	264
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)	193	50 778	267
Personnes migrantes	184	47 169	266
Personnes usagères de drogues (IV, snif...)	122	30 868	263
Personnes en situation de précarité	121	29 705	265
Personnes qui se prostituent	9	2 175	263
Autres publics	309	75 094	260

Source : DGS, rapports d'activité des CeGIDD

Les activités de contraception, repérage des violences sexuelles et détection des troubles sexuels sont en augmentation mais ne représentent qu'une faible part de l'activité des CeGIDD en regard des missions consacrées au VIH et dans une moindre mesure aux IST.

La délivrance de la PreP par les CeGIDD a fortement augmenté entre 2016 et 2021 mais demeure faible en proportion de l'activité de consultations dédiées au dépistage et au diagnostic de VIH/IST. En 2020, il y a eu 57 299 consultations de PreP (consultations initiales et de suivi) sur un total de 695 134 consultations médicales par un médecin. Il y avait eu seulement 2857 consultations PreP au sein des CeGIDD en 2016.

⁶⁷ Cette moyenne est inférieure au chiffre de 2912 consultations par an en moyenne calculé par la DGS dans l'instruction du 3 juillet 2015 et notamment l'annexe 10 d'estimation des coûts annuels de fonctionnement, sur la base de 4 demi-journées de consultations de dépistage pendant 52 semaines (moyenne de 4 consultations de dépistage par heure).

En ce qui concerne le dépistage du VIH, des IST et des hépatites, l'usage du test rapide d'orientation diagnostique est en augmentation mais ne représente qu'une part limitée des tests réalisés (33 131 TROD VIH en 2020 contre 275 860 sérologies). Cela met en lumière une activité hors les murs des CeGIDD qui reste globalement insuffisante. Les taux de positivité issus des TROD sont élevés, ce qui indique une utilité majeure en termes de dépistage et de réduction de l'épidémie cachée.

Tableau 6 : Activité de dépistage par TROD des CeGIDD en 2021

	Nombre de tests réalisés	Taux de positivité
TROD VIH	33 131	0,6%
TROD VHC	6 353	0,8%
TROD VHB	4 159	2,5%

Source : DGS, rapports d'activité des CeGIDD

Les taux de positivité (VIH, hépatite B et IST) sont plus importants dans les CeGIDD qu'en laboratoires de ville : les CeGIDD accueillent et permettent d'atteindre une population plus exposée au VIH, à l'hépatite B et aux IST.

Tableau 7 : Activité des CeGIDD en matière de réalisation de tests de dépistage

	Nombre de sérologies	Taux positivité
Infection à VIH		
2016	321 597	0,45
2017	333 045	0,40
2018	322 019	0,38
Hépatite B		
2016	224 250	1,10
2017	231 183	1,25
2018	220 895	1,20
Hépatite C		
2016	186 402	0,82
2017	202 983	0,74
2018	207 999	0,73
Syphilis		
2016	198 947	1,51
2017	217 544	1,54
2018	220 405	1,43
Chlamydia		
2016	243 225	7,97
2017	278 596	7,67
2018	332 004	6,72

Source : Mission, à partir de données Santé publique France

Tableau 8 : Réalisations de sérologies VIH en laboratoires et en CeGIDD

Année	Nombre de sérologies VIH réalisées en laboratoires (en millions)	Nombre de sérologies VIH réalisées en CeGIDD (en unités)
2016	5,4	321 597
2018	5,8	322 019
2019	6,1	ND
2020	5,2	161 940
2021	5,7	275 860

Source : Mission à partir de données de Santé publique France

3.3.2 Activité des CPEF

Cette activité est appréhendée de manière incomplète via l'enquête de la DREES relative à l'aide sociale des départements et notamment à la PMI. Les missions des CPEF y sont mal cernées et sous-estimées avec notamment une absence complète de visibilité concernant les activités de dépistage du VIH et des IST qui y sont réalisées⁶⁸. En outre, l'enquête de la DREES ne permet pas de connaître les horaires d'ouvertures des structures. Les CPEF doivent fournir au président du Conseil départemental un rapport annuel sur leur fonctionnement technique, administratif et financier (article R2311-10 du code de la santé). Les rapports ne sont pas transmis aux ARS et ne font pas l'objet d'une synthèse annuelle.

Fin 2019, la DREES estime à 29% la part de la planification et de l'éducation familiale au sein des activités des services de PMI, le volume de ces dernières étant par ailleurs en baisse entre 2016 et 2019. La DREES comptabilise 613 000 consultations médicales de contraception ou liées à l'IVG réalisées au sein des CPEF concernant quasi exclusivement des femmes. Presque 20% des consultations ont concerné des mineures. Les entretiens de conseil conjugal ou de planification (355 000 fin 2019) réunissent un public davantage masculin mais globalement le public des CPEF reste féminin. Les interlocuteurs des CPEF rencontrés par la mission ont souligné la part croissante du sujet des violences dans les consultations ou entretiens de conseil conjugal. Le nombre de consultations en CPEF pour 1000 femmes entre 15 et 49 ans varie fortement entre départements (de 5 à moins de 13 pour 7 départements jusqu'à 66 à 141 consultations pour 15 départements, la valeur moyenne se situant à 43 consultations pour 1000 femmes de 15 à 49 ans)⁶⁹.

Les consultations de contraception et les réalisations d'actes d'IVG médicamenteux en CPEF représentent un part minoritaire de l'activité d'IVG et de délivrance de contraception réalisées en France chaque année, par les professionnels libéraux et à l'hôpital. En ce qui concerne l'IVG, le décret du 6 mai 2009 a étendu la possibilité de pratiquer des IVG médicamenteuses aux CPEF mais cette pratique est très loin d'être généralisée. Elle concerne actuellement les CPEF implantés en site hospitalier ou ceux qui sont historiquement engagés dans cette pratique (en Seine-Saint-Denis par exemple). La pandémie de COVID-19 et la difficulté des établissements publics de santé à réaliser des

⁶⁸ Interrogées sur ce sujet via l'enquête de la mission, les ARS ont indiqué qu'elles n'avaient pas de visibilité sur ce sujet. SPF a également confirmé ne pas être destinataire de données d'activité en matière de dépistage de la part des CPEF.

⁶⁹ Selon les chiffres de l'assurance maladie concernant les professionnels de santé, en 2020, 4658 gynécologues (obstétriques et médicaux) exercent en mode libéral en France et ont réalisé 9 millions d'actes de consultations ou téléconsultations avec 1908 patients uniques vus en moyenne/an/professionnel.

IVG en 2020 ont été l'occasion pour certains CPEF d'exercer cette mission⁷⁰. A Orléans, le planning familial qui est agréé CPEF et centre de santé réalise des IVG instrumentales sous anesthésie locale et permet ainsi aux femmes d'exercer leur libre choix en matière de méthode d'interruption de grossesse au sein de la structure.

S'ils ne réalisent qu'une faible part des consultations globales en matière de contraception et participent de manière limitée à l'activité d'IVG, les CPEF accueillent un public précaire et souvent éloigné de manière générale de la prévention et des soins. C'est particulièrement le cas lorsque les CPEF sont implantés dans des structures sociales départementales de proximité.

Tableau 9 : IVG en France selon la région et le lieu de réalisation en 2021

Région	IVG en établissement hospitalier	IVG en centre de santé, CPEF	IVG en cabinet libéral	IVG téléconsultation	Total IVG
Île-de-France	29 979	3 672	18 478	247	52 376
Centre-Val de Loire	5 175	155	1 298	18	6 646
Bourgogne-Franche-Comté	4 703	104	2 206	11	7 024
Normandie	6 119	177	1 873	58	8 227
Hauts-de-France	13 555	642	3 548	27	17 772
Grand Est	12 047	119	1 984	22	14 172
Pays de la Loire	8 140	26	861	15	9 042
Bretagne	6 537	131	1 360	11	8 039
Nouvelle-Aquitaine	11 122	632	5 076	209	17 039
Occitanie	12 953	419	7 161	124	20 657
Auvergne-Rhône-Alpes	15 491	1 348	6 490	96	23 425
Provence-Alpes-Côte d'Azur	12 798	493	9 269	103	22 663
Corse	918	44	204		1 166
Résidentes France métropolitaine	139 537	7 962	59 808	941	208 248
Guadeloupe*	1 268	52	2 119	22	3 461
Martinique	1 300	8	782	5	2 095
Guyane	1 129	153	1 977	0	3 259
Réunion	2 144	12	2 409	3	4 568
Mayotte	1 153	3	353		1 509
Résidentes DROM	6 994	228	7 640	30	14 892
France entière résidentes***	146 531	8 190	67 448	971	223 140
Résidence à l'étranger	142				142
France entière	146 673	8 190	67 448	971	223 282

Source : DREES, *Etudes et résultats*, n°1241 paru le 27/09/2022

⁷⁰ La mission l'a constaté lors de son déplacement au CPEF/CeGIDD de Manosque.

3.3.3 L'activité des CPEF et des CeGIDD est marquée par des difficultés de recrutement des professionnels de santé

La publication de la DREES Etudes et Résultats (mars 2022) consacrée à la PMI fait état d'une forte baisse des effectifs de médecins entre 2016 et 2019, période qui fait suite à une baisse progressive depuis au moins 2010. Cette diminution s'explique par des départs en retraite, non compensés. La mission a constaté que cette difficulté touche également les CPEF.

La difficulté à recruter est multifactorielle et au-delà des explications relatives à la démographie médicale en général et à la faible attractivité de certains territoires, le métier de médecin de PMI est peu connu des étudiants et des internes en médecine. En outre, le salaire et le statut des médecins de PMI sont des facteurs aggravant avec un traitement brut en début de carrière à 2137 euros pour un temps plein (données 2018). Enfin, il est notable qu'il n'existe pas de politique de recrutement au niveau national qui pourrait permettre une plus grande lisibilité de l'offre de postes à la fin des études médicales ⁷¹.

Lors de déplacements en région Centre-Val-de-Loire, la mission a constaté la difficulté à recruter des médecins en CPEF mais aussi au sein des CeGIDD. Cette difficulté a quelquefois été palliée par l'instauration de consultations avancées dans les zones non couvertes.

Le constat de la pénurie médicale a motivé l'adoption du protocole national de coopération « Consultation de santé sexuelle par l'infirmier ou l'infirmière en centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) et centre de santé sexuelle, en lieu et place du médecin » entré en vigueur par arrêté du 29 octobre 2021 sur la base du décret du 17 décembre 2019 relatifs aux protocoles de coopération.

Ce protocole permet la réalisation des actes suivants par les infirmiers, à titre dérogatoire et après accord de l'utilisateur :

- Prescription des tests de dépistage et/ou examens biologiques pour le VIH, les hépatites virales (VHB, VHC, VHA) et les autres IST les plus fréquentes (chlamydie, gonococcie, syphilis...);
- Réalisation des TROD pour les IST et la remise des résultats de TROD positifs, douteux ou négatifs (la HAS n'a pas évalué les TROD Syphilis et leur place dans la stratégie de dépistage n'est pas déterminée);
- Remise des résultats de sérologies et PCR négatifs;
- Prescription du bilan biologique en préparation de la consultation médicale pour la primo prescription de PrEP;
- Suivi de l'utilisateur asymptomatique sous PrEP dont les résultats des examens biologiques sont normaux, incluant le renouvellement des prescriptions du traitement PrEP et des analyses biologiques;
- Évaluation de l'exposition à un accident d'exposition aux virus (sexuel et sanguin), Remise d'un kit de démarrage de 5 jours lorsque nécessaire;

⁷¹ Source : rapport relatif à la PMI, Michèle Peyron, 2018.

- Suivi de l'utilisateur mis ou non sous traitement post-exposition dont les résultats des examens biologiques sont normaux, comprenant le renouvellement des prescriptions du traitement et des analyses biologiques ;
- Réalisation de dépistage par TROD et remise des résultats des TROD positifs et négatifs lors d'actions hors les murs ;
- Pose et retrait d'implants contraceptifs, sur prescription médicale ;
- Prescription de préservatifs remboursés par l'assurance maladie ;
- Prescription et délivrance de contraception d'urgence ;
- Prescription de vaccination VHB, VHA, HPV, selon le calendrier vaccinal en vigueur.

Pour bénéficier de ce protocole les infirmiers doivent avoir exercé pendant un an en CPEF, CeGIDD ou centre de santé sexuelle et suivre 60h de formation théorique ainsi que 38h de formation pratique.

Il est trop tôt pour évaluer les résultats concrets de ce protocole. Les interlocuteurs rencontrés par la mission lors de ses déplacements ont cependant tous souligné la lourdeur des exigences en matière de formation, ayant entraîné jusqu'à présent dans les départements visités très peu de délégations d'actes.

4 Les COREVIH : une évolution nécessaire des missions et des moyens

Compte tenu du nombre de sujets à traiter, la mission n'a pas pu expertiser de manière approfondie le fonctionnement des COREVIH ni s'entretenir avec les présidents de chacun des COREVIH. Elle s'est appuyée sur des entretiens réalisés lors des déplacements en région (Île de France, Centre-Val de Loire, PACA) ou à la demande (COREVIH Arc-Alpin) et avec le Dr. Éric Billaud (représentant des COREVIH au COPIL de la SNSS). Elle a également exploité les items du questionnaire aux ARS sur le sujet.

4.1 Les COREVIH devaient répondre aux enjeux de l'épidémie de VIH en associant l'ensemble des acteurs engagés et les patients eux-mêmes

Héritiers des trente-et-un centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH) créés en 1988, les COREVIH ont été instaurés en 2005⁷² par un décret codifié aux articles D3121-34 à D3121-37 du code de la santé. L'objectif de la réforme était d'adapter les missions de ces instances pionnières dans la lutte contre le VIH aux nouvelles modalités de prise en charge des patients, tout en assurant une implication de l'ensemble des acteurs hors secteur hospitalier, en particulier les associations de patients.

Les membres des COREVIH sont regroupés en quatre collèges dans la limite de cinquante membres (arrêté du 6 juillet 2017) reflétant la diversité des acteurs impliqués⁷³, notamment l'implication des professionnels de ville, et des établissements sociaux et médico-sociaux.

⁷² Décret n°2005-1421 du 15 novembre 2005, circulaire DHOS/DGS/2005/561 du 19 décembre 2005.

⁷³ Représentants des établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux, représentants des professionnels de santé et de l'action sociale, représentants des malades et des usagers du système de santé, personnalités qualifiées.

Sans personnalité juridique, les COREVIH sont rattachés à un établissement public de santé (en général un Centre hospitalo-universitaire (CHU)) et leurs missions, au nombre de trois, sont précisées réglementairement à l'article D3121-35 du code de la santé :

- la coordination des professionnels du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de la formation, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé ;
- l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation de cette prise en charge et à l'harmonisation des pratiques ;
- le recueil et l'analyse des données médico-épidémiologiques auprès des établissements de santé du territoire et depuis 2017 auprès des professionnels et des laboratoires de ville volontaires, en coordination avec les délégations régionales de Santé publique France en région.

Alors que les besoins majeurs identifiés en 2005, notamment dans un avis du Conseil national du Sida⁷⁴, concernent la coordination des professionnels autour de la construction de parcours de prévention et de prise en charge médicale des patients, les missions des COREVIH reprennent largement celles dévolues aux Centres d'Informations et de Soins de l'Immunodéficience Humaine (CISIH), en particulier le recueil et l'analyse des données épidémiologiques sur l'infection à VIH. Seule la mission de soins assurée par les CISIH est retirée aux COREVIH et les enveloppes budgétaires transférées aux établissements de santé. La circulaire DGOS/DGS du 19 décembre 2005 ne donne pas de contenu précis à la notion de coordination et ne fixe ni objectifs ni indicateurs aux COREVIH en la matière.

Les COREVIH sont d'abord financés exclusivement pour la mission de recueil et de d'analyse des données épidémiologiques, via une dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) versée annuellement aux établissements de santé sièges des COREVIH. Le recueil des données auprès des établissements et leur analyse sont effectués par des techniciens d'étude clinique (TEC). La circulaire DHOS/DGS de 2005 rappelle que les TEC sont financés à mi-temps pour le recueil des données épidémiologiques des PVVIH dans les établissements de santé et à mi-temps pour des activités de recherche clinique. C'est seulement en 2009 qu'une deuxième circulaire viendra préciser le financement forfaitaire qui est attribué aux COREVIH et le personnel autre que les TEC requis pour leur fonctionnement⁷⁵. Aux charges de personnel est ajouté un montant à hauteur de 30% du total des charges de personnel qui vise à permettre la couverture des frais liés aux locaux, matériels et à l'indemnisation des frais de transport des membres du COREVIH

. En 2013, les crédits versés sous forme de MIGAC sont remplacés par des crédits du FIR à la main des ARS⁷⁶ et versés aux établissements de santé sièges. Les conséquences de ce basculement sont

⁷⁴ CNS, 17 mars 2005, Note valant avis sur l'évolution de l'organisation et de la coordination des soins en réponse à l'épidémie de l'infection à VIH.

⁷⁵ Instruction DGOS du 23 avril 2009 relative au financement des comités de coordination de la lutte contre l'infection à VIH, page 2 paragraphe 2 « Modélisation du financement des COREVIH » : 0,3% ETP administratif ou médical de coordination, 1 ETP de secrétariat, 2 ETP TEC, 1 ETP adjoint des cadres hospitaliers.

⁷⁶ Circulaire SG/2013/195 du 14 mai 2013 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2013.

théoriquement importantes car les crédits du FIR sont fongibles et les modalités de financement précisées pour les MIGAC ne s'appliquent plus, même si la DGOS continue d'y faire référence dans les circulaires relatives aux COREVIH postérieures à 2013⁷⁷.

4.2 La réforme de 2017 a élargi le champ de compétence des COREVIH à l'ensemble des IST et renforcé les missions de surveillance épidémiologique

Une réforme intervenue en 2017 a modifié à la marge les missions des COREVIH et permis leur adaptation au nouveau découpage régional intervenu en 2015. Le territoire couvert par les COREVIH est soit régional (dans la majorité des cas) soit infrarégional (Ile-de-France, PACA, Auvergne-Rhône-Alpes). Le COREVIH Océan indien couvre les territoires de la Réunion et de Mayotte. Cette situation n'a pas évolué à la suite de la création des ARS de la Réunion et de Mayotte en janvier 2020, malgré l'ampleur des enjeux en santé sexuelle présents dans ces deux départements.

Cette réforme a surtout permis un élargissement du champ de compétence de ces instances aux IST, dans le prolongement de l'adoption de la SNSS et compte tenu des enjeux de santé publique soulevés par les IST. La circulaire du 5 avril 2018 précise que les ARS sont responsables de la programmation stratégique en matière de santé sexuelle.

La mission de recueil et d'analyse des données épidémiologiques est en outre élargie en 2017. Les COREVIH sont désormais chargés d'améliorer l'exhaustivité des données de la déclaration obligatoire e-DO gérée par SPF et de s'assurer de la participation des professionnels de santé aux réseaux de surveillance volontaire existants, notamment le réseau de cliniciens RésIST.

4.3 La réforme de 2017 n'a pas permis de répondre aux difficultés majeures que rencontrent les COREVIH depuis 2005

La réforme de 2017 a été conduite *a minima* et sans étude préalable de l'impact d'un élargissement aux IST du champ de compétence des instances historiquement tournées vers le VIH et rattachées à des établissements de santé. Sans surprise, cet élargissement des missions est très inégal dans les faits et il est possible d'affirmer que les missions relatives aux IST sont sous-investies dans un grand nombre de COREVIH, comme l'a constaté la mission lors de ses déplacements.

En outre, la réforme de 2017 n'a pas permis de traiter les difficultés de ces instances à assurer correctement leurs missions de coordination, difficultés qui se posaient déjà dans le seul champ du VIH.

Sans prétendre à l'exhaustivité, la mission a ainsi relevé les difficultés suivantes :

⁷⁷ Instruction DGOS/DGS du 5 avril 2018 relative à la compétence territoriale et au fonctionnement des comités de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus du VIH. « Les ARS fixent les montants des crédits attribués aux COREVIH de la région considérée, unique ou pluriel suivant le découpage territorial retenu en tenant compte des éléments de modélisation figurant à titre indicatif dans le guide méthodologique des MIG de la circulaire DGOS du 19 février 2013 ».

- **une ambiguïté dans la définition même des COREVIH** : instances de concertation et de conseil aux pouvoirs publics ou bien en charge de politiques de coordination des acteurs sur la base des priorités de la SNSS ;
- **un positionnement peu clair vis-à-vis des ARS** : les COREVIH sont-ils essentiellement des instances chargées de l'expression des points de vue des différents acteurs ou bien en charge de la déclinaison concrète de la stratégie des ARS ;
- **des ressources inadaptées aux missions et aux attentes des pouvoirs publics** : en moyenne 70% des moyens des COREVIH sont affectés au financement des postes de techniciens d'études cliniques (TEC) dont la mission est essentiellement le recueil et l'analyse des données épidémiologiques et la recherche au bénéfice des établissements de santé sièges, au détriment des missions de coordination des acteurs sur le terrain. En outre, la modélisation des financements des COREVIH n'a pas été revue depuis 2009⁷⁸.

⁷⁸ La circulaire DGOS/DGS de 2018 renvoie en la matière au guide méthodologique des MIG datant de février 2013 qui lui-même renvoie au contenu de la circulaire de 2009 précitée. Concernant les frais de gestion, les éléments suivants sont mentionnés : « Aux charges de personnel est ajouté un montant permettant de couvrir les charges de « structure » à hauteur de 15 à 25% des charges nettes totales (estimation indicative pouvant être modulées en fonction des retraitements comptables de l'établissement et de l'enveloppe financière régionale) ».

Tableau 10 : Nombre d'ETP exerçant au sein des COREVIH dont nombre de techniciens d'études cliniques (TEC)

REGION	Total ETP COREVIH	Nombre de TEC	Total ETP COREVIH pour 100 000 habitants
AURA	20,5	12,6	0,25
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE	5,3	ND	0,19
BRETAGNE	6,5	4	0,19
CENTRE-VAL-DE-LOIRE	6	ND	0,23
CORSE	19	ND	5,58
GRAND-EST	10	6	0,18
GUADELOUPE	6,2	3,5	1,61
GUYANE	13	5,5	4,62
HAUTS-DE-FRANCE	9,6	5	0,16
ILE-DE-FRANCE	75	ND	0,61
LA REUNION	3,2	1,9	0,37
MAYOTTE	ND	ND	ND
MARTINIQUE	5,79	ND	1,59
NORMANDIE	6,4	3,5	0,19
NOUVELLE-AQUITAINE	16,2	12	0,27
OCCITANIE	16,2	11	0,27
PACA	26	ND	0,51
PAYS-DE-LA-LOIRE	6,9	5,1	0,18

Source : Mission, Enquête auprès des ARS

En 2021, le montant total des crédits du FIR attribués aux COREVIH atteignait 17,2 millions d'euros, contre 16,3 millions d'euros en 2020 (au titre de la mission 1, sous-titre 1.3 « Actions destinées à assurer le dépistage et le diagnostic de maladies transmissibles »), soit une moyenne de 955.555 euros par COREVIH, l'éventail des dotations perçues allant de 1 (446.000 euros pour la région Centre Val de Loire) à 10 (4,6 millions d'euros pour l'Île de France).

Tableau 11 : Montant du FIR attribué aux COREVIH en 2021, en K€

ARS	Montant FIR
ILE-DE-FRANCE	4 615
PACA	1 975
AURA	1 704
OCCITANIE	1 283
NOUVELLE-AQUITAINE	1 092
GUYANE	1 063
HAUTS-DE-FRANCE	916
GRAND-EST	825
NORMANDIE	681
GUADELOUPE	677
PAYS DE LA LOIRE	631
MARTINIQUE	502
BOURG.FRAN.COMTÉ	500
CENTRE-VAL DE LOIRE	446
RÉUNION	275
BRETAGNE	40
Total général	17 226

Source : SGMAS, 2022

Autre difficulté soulevée par les acteurs rencontrés : l'importance des frais de gestion prélevés par les établissements de santé, sièges des COREVIH, sur les budgets attribués aux COREVIH par les ARS via le FIR., importance qui ne serait pas corrélée à des dépenses effectives liées aux COREVIH. Ces frais de gestion sont variables et peuvent aller jusqu'à 30% du montant des crédits du FIR. La mission n'a pas investigué ce point en détail mais relève que le guide méthodologique des MIG de 2013 prévoit que les charges de structure correspondent à 15 à 25% des charges nettes totales des COREVIH.

5 Plusieurs évolutions sont nécessaires pour mettre en place une politique de santé sexuelle efficace et répondant aux besoins de la population

Les constats établis par la mission au regard de la documentation collectée, des auditions menées et des visites effectuées la conduisent à conclure que les difficultés actuelles nécessitent des évolutions dans la stratégie, le pilotage et la déclinaison opérationnelle des objectifs de santé sexuelle et reproductive. Du reste, tous les acteurs s'accordent sur la nécessité de faire évoluer la situation présente, en particulier en ce qui concerne les missions des COREVIH.

C'est pourquoi la mission propose une série de recommandations regroupées en trois domaines principaux :

- renforcer le pilotage au niveau national et territorial ;
- réformer les missions des structures, leur suivi et leur financement afin de mieux répondre aux enjeux de santé sexuelle dans la durée ;
- encourager les regroupements en fonction d'une analyse préalable des besoins de la population.

5.1 Renforcer le pilotage au niveau national et territorial

5.1.1 Au niveau national

Malgré l'avancée que représente la définition d'une stratégie de santé sexuelle et reproductive réunissant l'ensemble des parties prenantes et embrassant l'ensemble des enjeux, la mission considère que le comité de pilotage ne peut pas remplacer l'Etat en matière de définition de la stratégie et d'animation nationale. Une impulsion au plus haut niveau est nécessaire dans la durée. La DGS devra s'attacher à mieux définir les priorités au sein des feuilles de route, à en assurer le suivi dans le cadre d'un dialogue avec les ARS et à réunir les acteurs régulièrement afin d'évaluer la mise en œuvre des priorités et assurer le partage des bonnes pratiques. Enfin, le rôle de pilotage des COREVIH et de suivi de leur activité entre la DGS et la DGOS devra être clarifié.

Recommandation n°1 Renforcer le rôle d'animation par la DGS : définition des priorités nationales en interministériel, suivi de la réalisation des objectifs en lien avec les ARS, partage des bonnes pratiques.

Recommandation n°2 Clarifier les rôles respectifs de la DGS et de la DGOS dans le pilotage des COREVIH et de suivi de leur activité.

Selon le constat de la mission, les médecins généralistes sont encore insuffisamment mobilisés dans la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, en lien avec l'hôpital. La DGOS devra définir en lien avec la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) les conditions d'une mise en œuvre effective d'un parcours de prise en charge des personnes vivant avec le VIH, sur la base des futures recommandations de la HAS. Le suivi devra comprendre un volet social pour les personnes vivant avec le VIH en situation de précarité, en particulier la population migrante, celle des territoires ultra-marins ou encore les jeunes.

Recommandation n°3 Confier à la DGOS et à la CNAMTS la mise en œuvre du parcours de soins des patients vivant avec le VIH en ville, en articulation avec l'hôpital, sur la base des recommandations de la HAS et en tenant compte de la précarité de certaines populations.

Le pilotage des priorités en matière de santé sexuelle et reproductive nécessite en outre une refonte des outils de recueil de données, actuellement obsolètes et insuffisamment complètes (qu'il s'agisse du recueil des données de SurCeGIDD, des données issues des rapports d'activité des CeGIDD et des COREVIH, des données épidémiologiques de SPF ou de celles de la DREES concernant les CPEF et plus largement l'IVG).

Recommandation n°4 Concernant les données épidémiologiques en matière de VIH, IST et hépatites, exploiter davantage les données du Système national des données de santé (SNDS), y compris au niveau régional. A terme, remplacer les remontées annuelles de données médicales ou individuelles anonymes réalisées par enquêtes (SurCeGIDD ou LaboVIH) par des extractions automatisées issues soit des systèmes d'information hospitaliers, soit d'une extension du système d'information de dépistage (SI-DEP) mis en place pour suivre l'activité de dépistage à Sars-CoV-2.

Recommandation n°5 Concernant les données relatives à la santé reproductive, il s'agit de rendre régulièrement disponibles les données sur l'accès à l'IVG et de mieux suivre l'activité des CPEF et notamment l'activité de dépistage du VIH et des IST.

5.1.2 Au niveau territorial

5.1.2.1 Renforcer les ARS dans le pilote stratégique

Les constats de la mission sur la faiblesse du pilotage actuel concernent également le niveau territorial, à cause en partie du peu de moyens dont disposent les ARS sur cette mission et d'une répartition ambiguë des rôles entre ARS et COREVIH, qui est une source de confusion et de tensions. La mission préconise de renforcer le rôle de pilotage stratégique des ARS (définition des priorités régionales sur la base d'un diagnostic des besoins des populations) et de confier aux COREVIH un rôle d'animation de proximité pour la mise en œuvre des priorités définies par l'ARS. Le suivi de l'activité des CeGIDD et l'analyse de leur activité relevant d'une mission de pilotage et de contrôle des moyens alloués via le FIR, cette mission ne doit plus pouvoir être déléguée.

Recommandation n°6 Renforcer les moyens humains des ARS consacrés au pilotage stratégique régional de la santé sexuelle et supprimer la possibilité de déléguer le suivi et l'analyse des activités des CeGIDD aux COREVIH ou à un autre organisme.

5.1.2.2 Faire évoluer le rôle et les missions des COREVIH

Le bilan des COREVIH rend manifeste le besoin de clarifier leur rôle et de les doter de moyens financiers et humains en adéquation avec les enjeux d'animation et de coordination des actions qui concernent le VIH et les IST.

A ce stade de la réflexion, la mission ne préconise pas d'élargir le champ d'intervention des COREVIH à la santé reproductive telle qu'abordée dans la SNSS. Le bilan des COREVIH a montré que l'élargissement aux IST, qui date de 2018, n'a pas encore porté partout ses fruits et le niveau d'action des COREVIH est encore trop hétérogène pour envisager d'ores et déjà une extension de leurs compétences. Enfin, il existe d'autres acteurs chargés de la coordination en matière de santé reproductive (notamment les réseaux de périnatalité) qui doivent être d'abord davantage associés à l'action des COREVIH.

Les COREVIH doivent se voir confier prioritairement un rôle d'appui aux ARS dans l'animation et la coordination de proximité des acteurs dans le champ du VIH et des IST, sur la base d'une concertation avec l'ensemble des parties prenantes. A cet égard, et selon la taille des régions et l'ampleur des enjeux, la création d'antennes départementales par les COREVIH pourra être envisagée. Le rôle d'animation et de coordination doit notamment porter sur une meilleure articulation des médecins généralistes et de l'hôpital dans la prise en charge des patients.

Recommandation n°7 Confier aux COREVIH, sous l'égide des ARS, la mission prioritaire d'animation et de coordination de proximité des acteurs en matière de VIH et d'IST, y compris l'appui à la mise en œuvre territoriale des parcours de soins de ville des patients, en lien avec les plateformes d'appui à la coordination et les dispositifs d'appui à la coordination déjà présents en région.

Recommandation n°8 Transférer les missions de recueil (auprès des établissements de santé, des professionnels et laboratoires de ville) et d'analyse des données épidémiologiques régionales dévolues aux COREVIH aux cellules régionales de Santé publique France placées auprès des ARS.

Recommandation n°9 Lancer une mission IGAS-IGF spécifique visant à tirer les conséquences de ce transfert de missions en termes de volume, de financement et de rattachement des postes de techniciens d'études cliniques en tenant compte du fait que ces derniers réalisent également des missions de recherche et transmettent annuellement les données épidémiologiques de la cohorte INSERM-ANRS des personnes vivant avec le VIH.

Recommandation n°10 Revoir au niveau national les règles de financement des COREVIH et adapter les ressources humaines de ces instances à l'exercice de la mission d'animation et de coordination.

Recommandation n°11 Confier à la DGOS la réalisation d'une enquête flash relative aux frais de gestion facturés par les CHU aux COREVIH.

5.2 Réformer les missions des structures, leur suivi et leur financement afin de mieux répondre aux enjeux dans la durée

5.2.1 Concernant les CeGIDD

Les constats effectués par la mission attestent de la nécessité de développer l'activité des CeGIDD afin d'accroître globalement les capacités de prévention et de traitement en direction des populations les plus précaires ou éloignées du système de santé. A cet égard, la mission estime que les CeGIDD doivent faire l'objet d'un pilotage et d'un suivi renforcés par les ARS, avec les objectifs suivants :

- accroître globalement le volume des dépistages réalisés au sein des CeGIDD ;
- développer l'usage des TROD et la mise à disposition gratuite des auto tests ;
- diffuser la PreP/TPE au-delà de la population des HSH ;
- renforcer l'accueil des personnes migrantes et en situation de précarité dans la file active et la mission d'accès aux droits ;
- renforcer les actions hors les murs.

En outre, la mission estime qu'il doit être mis un terme au financement des CeGIDD via le FIR dont la vocation n'est pas de financer de manière pérenne des structures de soins. Un financement sur le risque, via les CPAM, doit être envisagé sur la base d'une modélisation préalable de l'activité et de la file active anticipée, dans le cadre d'un accord national avec la CNMATS.

Recommandation n°12 Réformer les modalités de financement des CeGIDD en s'appuyant sur les expérimentations en cours des centres de santé participatifs et des centres de santé sexuelle d'approche communautaire.

Recommandation n°13 Engager une étude sur la gratuité des prises en charge en CeGIDD pour les personnes sans couverture sociale ou sans accès aux droits, les mineurs et, le cas échéant, les jeunes de 18 à 25 ans.

5.2.2 Concernant les CPEF

Le point principal soulevé par la mission, déjà été souligné par le rapport IGAS de 2011, est la faible connaissance de l'activité des CPEF et l'absence de suivi national au sein des activités de PMI. Il convient donc, préalablement à toute réforme, d'isoler dans les budgets départementaux l'activité des CPEF (budget, ressources humaines).

Compte tenu des difficultés d'accès à l'IVG dans certains territoires, il convient de favoriser la réalisation d'IVG médicamenteuses et instrumentales en dehors des établissements hospitaliers, ceci pour favoriser un égal accès des femmes à ce droit, à proximité de leur domicile, dans le prolongement des avancées de la loi de 2016 de modernisation du système de santé.

Recommandation n°14 Autoriser la réalisation d'interruptions volontaires de grossesse instrumentales sous anesthésie locale au sein des CPEF en s'appuyant sur le cahier des charges de l'activité en centres de santé.

Recommandation n°15 Etendre les missions des CPEF pour permettre le dépistage du VIH et des IST en dehors des consultations de planification, via une convention avec un ou des CeGIDD pour la lecture et l'analyse des résultats et les suites à donner. Un accès aux TROD et aux auto-tests devrait également être possible en CPEF.

5.3 Encourager les regroupements en fonction d'une analyse préalable des besoins de la population.

Les constats établis par la mission et par les acteurs eux-mêmes montrent que le statu quo de la cartographie n'est pas souhaitable à terme, notamment en raison de la faible attractivité des structures dans un contexte de diminution globale de la ressource médicale. Cependant, la mission ne préconise pas une fusion imposée des CeGIDD, CPEF et EVARS à court terme :

- l'état de lieux de l'activité des CPEF n'est pas suffisamment précis à ce jour, compte tenu de la faiblesse des données disponibles et de l'hétérogénéité des situations (dans certains départements, les CeGIDD et les CPEF sont complémentaires en termes de publics) ;
- la fusion supposerait une tutelle élargie et renforcée des ARS alors que ces dernières ne disposent déjà pas aujourd'hui des moyens suffisants pour piloter correctement la stratégie de santé sexuelle et l'activité des CeGIDD ;
- la recentralisation des compétences en matière de planification familiale s'accompagnerait du transfert à l'Etat des crédits et des personnels issus de la décentralisation et cette opération pourrait fragiliser les services de PMI alors que ces derniers sont déjà dans une situation préoccupante ;
- la recentralisation pourrait également se traduire par un désengagement de départements aujourd'hui très engagés dans la planification et la santé sexuelle.

La situation des EVARS requiert une analyse globale des conditions dans lesquelles la politique publique d'information sur la sexualité et d'éducation sexuelle est conduite, en particulier en direction des jeunes, en lien avec le ministère de l'éducation nationale.

Plus fondamentalement, les travaux, les déplacements de terrain de la mission et les comparaisons internationales suggèrent qu'il n'existe pas de modèle type d'organisation des missions en santé sexuelle et que ce sujet doit être essentiellement traité au niveau local, en fonction d'une analyse fine des besoins des populations et de la volonté des acteurs en présence.

Fort de ces constats, la mission estime que la priorité immédiate doit être donnée à l'accélération de la mise en œuvre du protocole de délégation des tâches entre médecins et infirmiers au sein des CeGIDD et des CPEF, voire à un ajustement de ses conditions. Il s'agit d'un élément essentiel pour permettre la mise en œuvre des objectifs de la SNSS dans un contexte de raréfaction de la ressource médicale.

Recommandation n°16 Accélérer la mise en œuvre du protocole de délégation des tâches entre médecins et infirmiers au sein des CeGIDD et CPEF.

L'accélération de la délégation des tâches doit s'accompagner de la mise en œuvre des mesures préconisées plus haut concernant les données épidémiologiques et d'activité, le rôle de coordination des COREVIH et l'ajustements des missions des CeGIDD et des CPEF.

Dans un deuxième temps, il convient de réorganiser l'offre sur la base des principes suivants, en adaptant les réponses aux besoins de la population.

Recommandation n°17 Créer au niveau national un groupe de travail chargé d'analyser les cas de fusion des CeGIDD et CPEF et de bâtir un cahier des charges des « centres de santé sexuelle et reproductive » sur la base des cahiers des charges existant localement.

Recommandation n°18 Dans les grands centres urbains et en fonction d'un diagnostic préalable des besoins du territoire : créer des centres de santé sexuelle- VIH- IST- hépatites dédiés à une population particulièrement à risque ou vulnérable : HSH, migrants, femmes et hommes victimes de violence ou en situation de vulnérabilité particulière (prostitution), sur le modèle des centres de santé d'approche communautaire ou des centres de santé participatif et sur la base d'appels à projet des ARS.

Recommandation n°19 Dans les territoires de plus faible densité et où les files actives sont plus hétérogènes, lancer des appels à projet conjoints ARS/conseils départementaux en vue d'ouvrir des « centres de santé sexuelle et reproductive » regroupant l'ensemble des missions de CPEF/CeGIDD avec un accueil de l'ensemble des publics dans un même lieu et avec une équipe unique de professionnels.

Dr Aquilino MORELLE

Aude MUSCATELLI

SIGLES UTILISES

ADF	Association des départements de France
ALD	Affection de longue durée
ANRS	Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales
ARS	Agence régionale de santé
CDAG	Consultations de dépistage anonyme et gratuit
CeGIDD	Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic
CHU	Centre hospitalo-universitaire
CIDDIST	Consultations gratuites pour le diagnostic et le traitement des infections génitales à transmission sexuelle
CISIH	Centres d'Informations et de Soins de l'Immunodéficience Humaine
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
COREVIH	Comité de coordination régionale de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine
CPEF	Centre de Planification et d'Éducation familiale
CSF	Contexte de la sexualité en France
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DROM	Départements et régions d'outre-mer
EICCF	Etablissements d'information, de consultation ou de conseil familial
EVARS	Espaces Vie Affective, Relationnelle et Sexuelle
FIR	Fonds d'intervention régional
FSF	Femmes ayant des rapports sexuels avec les Femmes
HAS	Haute autorité de santé
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
HPV	Human Papilloma Virus
HSH	Homme ayant des rapports sexuels avec un ou d'autres hommes

IGESR	Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IST	Infection sexuellement transmissible
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
LGBT	Lesbiennes, gay, bisexuels et transgenres
MIGAC	Missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation
OMS	Organisation mondiale de la santé
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PreP	Pre-exposure prophylaxis (Prophylaxie pré-exposition)
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
SGMAS	Secrétariat général des ministères des affaires sociales
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SNDS	Système national des données de santé
SNSS	Stratégie nationale de santé sexuelle
SPF	Santé publique France
TEC	Technicien d'études cliniques
TPE	Traitement post-exposition
TROD	Test rapide d'orientation diagnostique
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

ANNEXE 1 : Lettre de mission



Inspection générale des affaires sociales

24 MARS 2022

Direction générale de
la santé

SOUS-DIRECTION SANTÉ DES POPULATIONS ET
PREVENTION DES MALADIES CHRONIQUES
BUREAU SP2 DES INFECTIONS VIH, IST, HEPATITES ET TUBERCULOSE
Dossier suivi par : Dr Olivier Scemama
Tél. : 01 40 56 47 94
Mél. : olivier.scemama@sante.gouv.fr

Nos réf. : D-22-005711

Paris, le 21 MARS 2022

Monsieur Olivier Véran
Ministre des Solidarités et de la Santé

à

Madame Nathalie Destais
Cheffe de l'Inspection Générale des
Affaires Sociales

Objet : Expertise relative à l'organisation et de la coordination territoriale des structures de prévention et de prise en charge en santé sexuelle

Les structures de prévention et de prise en charge de la santé sexuelle et reproductive sont multiples et leurs missions ont été amenées à évoluer ces dernières années :

- les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) sont devenus en 2016 les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (IST). Leurs missions principales sont la prévention, le dépistage et le diagnostic du VIH, des IST et des hépatites virales, mais ils assurent également des missions de prévention plus larges en matière de santé sexuelle comme la prescription de contraception ;
- les Centres de Planification ou d'Éducation Familiale (CPEF) ont été créés en 1967 afin de promouvoir l'accès à la contraception, mais leurs missions ont été progressivement élargies suite aux différentes lois relatives à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG). Ils peuvent également assurer le dépistage et le traitement des IST depuis 1992 ;
- les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial (EICCF), créés également en 1967, ont été restructurés en 2018 en Espaces vie affective, relationnelle et sexuelle (EVARS) et assurent des missions d'information, d'éducation et d'accompagnement à la vie sexuelle, relationnelle et affective, qui se recoupent en partie avec celles des CPEF. Cependant, contrairement aux CPEF, ils ne peuvent pas proposer de consultations médicales ni faire de prescriptions ;
- en 2021, une expérimentation de 4 Centres de santé sexuelle d'approche communautaire (CSSAC) a été lancée pour deux ans, afin de tester un modèle de prise en charge « test and treat », avec une proposition d'accompagnement communautaire.

Cette diversité de structures et l'élargissement progressif de leurs missions au cours des années illustrent la volonté d'adapter l'offre publique aux besoins de la population, dans une approche globale de la santé sexuelle. Cependant, la lisibilité voire l'articulation de ces dispositifs demeure très améliorable.

Par ailleurs, les professionnels de santé de premier recours doivent articuler leur action avec celle des structures spécialisées, au plus près des lieux de vie et de prises de risque des personnes. L'identification d'une offre spécialisée de recours en santé sexuelle sur leur territoire est également nécessaire pour accompagner leur montée en charge dans ce domaine.

14 avenue Duquesne – 75350 Paris 07 SP
Tél. 01 40 56 60 00 - www.social-sante.gouv.fr

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux. Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse dsi-rap@social-sante.gouv.fr ou par voie postale. Pour en savoir plus : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/article/les-droits-des-personnes-physiques-et-juridiques>

Outre les professionnels de santé libéraux, l'articulation avec les structures sanitaires ou médico-sociales telles les Centres médico-psychologiques (CMP), les Maisons des Adolescents (MDA), ou encore les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues (CAARUD) ou encore les centres de vaccination doit être renforcée dans une approche de santé globale.

L'articulation de l'offre spécialisée en santé sexuelle sur les territoires nécessite de repenser la coordination régionale. Cela interroge le rôle des comités de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et l'infection par le VIH (COREVIH), structures issues des Centres d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine (CISIH), en lien avec les Agences Régionales de Santé (ARS). Leurs missions ont été redéfinies dans le cadre du décret du 28 avril 2017, et précisées dans la circulaire du 18 janvier 2018. Elles s'ancrent désormais dans le cadre de la stratégie nationale de santé sexuelle. Elles ont à ce titre ont été élargies à l'ensemble des IST dans une approche globale de santé sexuelle et reposent sur une mission socle de coordination des acteurs.

Leurs missions, leur organisation ainsi que leur positionnement en matière de coordination, en lien avec les orientations stratégiques définies par les ARS, auprès des structures de prévention existantes et des professionnels de premiers recours, libéraux ou non, méritent ainsi d'être questionnés afin de permettre la mise en œuvre de parcours en santé sexuelle fluides et répondant aux besoins des personnes.

Ces parcours requièrent parfois l'intervention d'autres structures et tout particulièrement les réseaux de santé en périnatalité (pour la santé reproductive) et les Services experts de lutte contre les hépatites virales (pour les hépatites virales) qui sont aujourd'hui insuffisamment intégrés dans les ressources et relais disponibles pour le parcours des personnes.

Enfin, les COREVIH sont chargés de recueillir des données médico-épidémiologiques auprès des professionnels et laboratoires de ville volontaires, en coordination avec les délégations de Santé publique France en région (CIRE). Le rôle respectif des COREVIH et des CIRE dans ce domaine mérite d'être réexaminé dans un contexte de désengagement des professionnels de santé des réseaux de surveillance des IST et de dégradation de l'exhaustivité de la déclaration obligatoire du VIH/sida et alors que cette mission apparaît très consommatrice de ressources humaines pour les COREVIH, ce qui limite la mise en œuvre de leurs autres missions.

Devant l'importance de ces problématiques de lisibilité et d'accessibilité de l'offre la 2ème Feuille de route 2021-2024 relative à la santé sexuelle porte une action relative à l'organisation et la coordination territoriales des structures de prévention et de prise en charge en santé sexuelle.

Dans ce contexte, je souhaite que la mission propose des modalités de mise en place d'une offre permettant un parcours patient cohérent allant du « tester » au « traiter », sans rupture.

Ainsi, la mission examinera les sujets suivants : faire un état des lieux des structures de prévention et de prise en charge spécialisées en santé sexuelle financées directement par les finances publiques (Etat, assurance maladie, dotation globale de financement attribuée aux départements) et de leur coordination mais aussi des évolutions déjà engagées en termes de rapprochement dans chaque région ;

Pour les structures de prévention et dépistages :

- étudier les différents scénarii de restructuration envisageables des structures de prévention existantes (CeGIDD/CPEF/EVARs), y compris leur regroupement en « centres de santé sexuelle » uniques proposant une prise en charge complète ;
- s'interroger sur l'exercice de la tutelle, du contrôle, du financement et du pilotage, aujourd'hui éclaté entre plusieurs acteurs (département, région, État, assurance maladie) ; la question d'un rattachement unique dans l'objectif d'en renforcer le pilotage et l'impact pour la population ;

- expertiser, pour chacun de ces scénarii, les impacts juridiques et financiers, les nécessaires évolutions réglementaires voire législatives ainsi que les évolutions de missions et de compétences.

Pour les COREVIH :

- interroger le rôle des COREVIH dans la coordination régionale sous l'égide des ARS et questionner leurs liens avec les réseaux de santé en périnatalité et les Services experts de lutte contre les hépatites virales mais également leur place dans le dispositif de veille et de suivi épidémiologique ;
- préciser les conditions d'une coordination régionale efficace de l'offre en santé sexuelle sur les territoires ;
- proposer les évolutions nécessaires des missions, de la composition et de la gouvernance des COREVIH.

La mission procédera à des consultations, notamment avec l'association des départements de France. Elle pourra s'appuyer sur mes services pour mener à bien ses travaux.

Les travaux de la mission sont attendus pour octobre 2022.


Olivier VÉRAN

ANNEXE 2 : Liste des personnes rencontrées

Ministère de la Santé et de la Prévention

Direction générale de la santé (DGS)

- Zinna BESSA : sous-directrice de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques
- Olivier SCEMAMA, chef du bureau infection par le VIH, IST, hépatites et tuberculose
- Adrien ESCLADE, adjoint au chef du bureau des infections par le VIH, IST, hépatites et tuberculose

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

- Anne HERGOBURU : adjointe à la sous-directrice de l'offre de soins
- Pauline BOILLET : adjointe au chef de bureau des prises en charge post-aigües des pathologies chroniques et de la santé mentale
- Louise MARIE-MABIT : chargée de mission au bureau des prises en charge post-aigües, des pathologies chroniques et de la santé mentale

Direction générale de la cohésion sociale/service du droit des femmes et de l'égalité entre les femmes et les hommes

- Hélène FURNON-PETRESCU : cheffe de service du droit des femmes
- Catherine LESTERPT : adjointe à la cheffe de service
- Martine JAUBERT : cheffe du bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes
- Frédérique AST : adjointe à la cheffe du bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

- Nadia AMROUS : sous-directrice de l'observation de la solidarité
- Benoît OURLIAC : sous-directeur de l'observation de la santé et de l'assurance maladie
- Isabelle LEROUX : cheffe du bureau des collectivités locales

Direction générale des outre-mer

- Sophie BROCAS : Directrice Générale
- Corinne LOCATELLI : adjointe au chef de bureau cohésion sociale, santé et éducation

Haute Autorité de santé

- Dominique LE GULUDEC : Présidente de la Haute Autorité de santé

- Alexandre FONTY : directeur de cabinet
- Pierre GABACH : adjoint à la directrice de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et chef du service bonnes pratiques
- Marie-Claude HITTINGER : conseillère médicale à la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- Patricia MINAYA FLORES : cheffe du service évaluation de santé publique et évaluation des vaccins
- Andrea LASSERRE : adjointe à la cheffe du service évaluation de santé publique et évaluation des vaccins
- Clément PIEL : adjoint à la cheffe du service évaluation de santé publique et évaluation des vaccins

Santé publique France

- Florence LOT : responsable de l'unité VIH/sida, hépatites B et C, IST – Direction des maladies infectieuses
- Anna MERCIER, responsable de l'unité santé sexuelle - Direction de la prévention et de la promotion de la santé.

ARS Ile-de-France :

- Luc GINOT : Directeur de la santé publique
- Dr Frédéric GOYET : référent médical VIH-hépatites-IST
- Clément FERRE : Direction de la santé publique

ARS Centre-Val-de-Loire

- Laurent HABERT : Directeur Général de l'ARS
- Houria MOUAS : Directrice de la santé publique et environnementale
- Myriam RAUX : responsable du département prévention et de la promotion de la santé et de l'éducation thérapeutique

ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur

ARS Mayotte

- Fatiha DJABOUR : Directrice adjointe, Direction de la santé publique

ARS Réunion

ARS Guyane

Assemblée des départements de France

- Dr Nadia RACHEDI : conseillère santé

Ville de Paris

- Eve PLENEL : Directrice de la santé publique
- Dr Mathilde MARMIER : sous-directrice santé des enfants, parentalité, santé sexuelle
- Caroline IZAMBERT : chargée de mission santé, Secrétariat général
- Dr Sophie FLORENCE : directrice du centre de santé sexuelle de Paris centre

Agence nationale de recherche sur le SIDA-maladies infectieuses émergentes (ANRS)

- Véronique DORE : directrice du département recherche en sciences sociales et santé publique

Association nationale des conseillers conjugaux et familiaux (ANCCF)

- Anne DUBOIS-DEJEAN : présidente de l'ANCCF
- Christine LEFEBVRE : ancienne présidente de l'ANCCF, conseillère conjugale et familiale en CPEF, infirmière et sexologue clinicienne
- Capucine VETÖ : vice-présidente de L'ANCCF
- Véronique DELORAINE : administratrice de l'ANCCF, conseillère conjugale et familiale en CPEF

Vers Paris Sans Sida

- France LERT : Présidente
- Elodie AINA : Directrice

Conseil national du sida

- Patrick YENI
- Laurent GEOFFROY
- Michel CELSE
- Carine FAVIER

Réseau de santé sexuelle publique

- Emilie MOREAU : Présidente
- Axelle ROMBY : membre du Conseil d'administration

Sida Info Service (SIS-Association)

- Dr Arame MBODJE : Directrice Générale

Mouvement français pour le planning familial

- Sarah DUROCHER : co-présidente et membre du bureau national
- Caroline REBHI : co-présidente et membre du bureau national

Association AIDES

- Marc DIXNEUF : Directeur général
- Fabrice PILORGE : Directeur du plaidoyer
- Stéphane GIGANON : responsable qualité
- Franck BARBIER : responsable santé
- Claire PIEDRAFITA : coordonnatrice de AIDES Guyane
- Catherine AUMOND : Présidente d'AIDES région Centre-Val-de-Loire, Vice-Présidente du COREVIH Centre-Val-de-Loire
- Chloé LE GOUEZ : responsable du plaidoyer santé, communautés et international

COREVIH Arc-Alpin

- Sylvie VANDERSCHILDT : co-présidente, coordinatrice
- Pr Olivier EPAULARD : co-président, CHU Grenoble
- Marc BRISSON : membre du bureau, IREPS ARA
- Anne MONNET-HOEL : coordinatrice

Conseil départemental de l'Essonne

Conseil départemental de Seine-Saint-Denis

Conseil départemental de l'Isère

Personnalités qualifiées

- Pr Francois DABIS, Professeur d'épidémiologie et de Santé Publique, Université de Bordeaux
Président du COREVIH Nouvelle-Aquitaine
- Dr Pascal PUGLIESE, Praticien Hospitalier au CHU de Nice, Président du COREVIH Paca-Est -
Coordination de la Lutte contre le VIH et les IST, membre du Conseil National du Sida
- Dr Eric BILLAUD : Praticien Hospitalier, Service de Maladies Infectieuses, CHU Nantes,
Président du COREVIH des Pays de la Loire
- Dr Guillaume GRAS : médecin généraliste, infectiologue au CHRU de Tours, Président du
COREVIH Centre-Val-de-Loire
- Dr Maurice BENSOUSSAN : représentant des Unions régionales des professionnels de santé
médecins libéraux au comité de pilotage de la Stratégie nationale de santé sexuelle

- Dominique COSTAGLIOLA : membre de l'Académie des sciences, Directrice de recherche émérite à l'INSERM
- Dr Sophie GRABAR : investigatrice principale de la cohorte ANRS CO4-FHDH

ANNEXE 3 : Textes législatifs et réglementaires relatifs aux CeGIDD, CPEF et EVARS

Dispositions communes aux CPEF et EVARS (code de la santé publique)

Article L2311-1 (loi Neuwirth 1967)

Les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial et les centres de planification ou d'éducation familiale ne doivent poursuivre aucun but lucratif.

Articles relatifs aux CPEF (parfois dénommés « centres de santé sexuelle »)

Article L.2112-2

Le président du conseil départemental a pour mission d'organiser : [...] 3° Des activités de promotion en santé sexuelle ainsi que la pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans les conditions définies par le chapitre Ier du titre Ier du livre III de la présente partie ; [...]

Article L2112-4

Les activités mentionnées aux articles L. 2112-2 et L. 2112-3 sont gérées soit directement, soit par voie de convention avec d'autres collectivités publiques ou des personnes morales de droit privé à but non lucratif ; elles sont organisées sur une base territoriale en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la population et selon des normes minimales fixées par voie réglementaire. Ces activités sont menées en liaison avec le service départemental d'action sociale et le service départemental de l'aide sociale à l'enfance.

Article L2311-2

Le président du conseil départemental agréé les centres de santé sexuelle, à l'exception des centres relevant d'une collectivité publique. Dans ce cas, la création ou l'extension de ces centres est décidée par la collectivité concernée, après avis du président du conseil départemental.

Article L2214-2

En aucun cas l'interruption volontaire de grossesse ne doit constituer un moyen de régulation des naissances. A cet effet, le Gouvernement prend toutes les mesures nécessaires pour développer l'information la plus large possible sur la régulation des naissances, notamment par la création généralisée, dans les centres de planification maternelle et infantile, de centres de planification ou d'éducation familiale et par l'utilisation de tous les moyens d'information.

La formation initiale et la formation permanente des médecins, des sage-femmes, ainsi que des infirmiers et des infirmières, comprennent un enseignement sur la contraception.

Article L2311-4

Les centres de santé sexuelle sont autorisés à délivrer, à titre gratuit, des médicaments, produits ou objets contraceptifs, aux mineurs désirant garder le secret ainsi qu'aux personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie, assurées par un régime légal ou réglementaire. Dans ces cas, les frais d'examens de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives sont supportés par les centres de santé sexuelle.

Article L2311-3

Chaque centre de planification ou d'éducation familiale constitué dans les centres de protection maternelle et infantile est doté des moyens nécessaires pour informer, conseiller et aider la femme qui demande une interruption volontaire de grossesse. En outre, il est autorisé à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse.

Article L2311-5

Les centres de santé sexuelle peuvent, dans le cadre de leurs activités de prescription contraceptive et sous la responsabilité d'un médecin ou d'une sage-femme, assurer la prévention, le dépistage et le traitement de maladies transmises par la voie sexuelle. Ils assurent de manière anonyme le dépistage et le traitement de ces maladies. Ils interviennent à titre gratuit en faveur des mineurs qui en font la demande et des personnes qui ne relèvent pas d'un régime de base d'assurance maladie ou qui n'ont pas de droits ouverts dans un tel régime. Dans ces cas, les dépenses relatives à la prévention, au dépistage et au traitement sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie et à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements. Au titre de leur mission de prévention, les centres de santé sexuelle réalisent les vaccinations prévues par le calendrier des vaccinations. Les dispositions relatives au respect de l'anonymat ne s'appliquent pas.

Un décret pris après avis du Haut Conseil de la santé publique fixe les modalités d'application du présent article. Ce décret fixe également les conditions dans lesquelles les dépenses afférentes à cette prévention, à ce dépistage et à ce traitement sont prises en charge par les organismes d'assurance maladie sur la base des tarifs déterminés dans les conditions prévues au chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale.

R2311-7 : missions des CPEF

Les centres de planification ou d'éducation familiale exercent les activités suivantes :

- 1° Consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité ;
- 2° Diffusion d'informations et actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale, organisées dans les centres et à l'extérieur de ceux-ci en liaison avec les autres organismes et collectivités concernés ;
- 3° Préparation à la vie de couple et à la fonction parentale, entretiens de conseil conjugal et familial ;
- 4° Entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesse prévus par l'article L. 2212-4 ;
- 5° Entretiens relatifs à la régulation des naissances faisant suite à une interruption volontaire de grossesse.

Seuls peuvent être dénommés centres d'éducation ou de planification familiale les centres qui exercent l'ensemble de ces activités et remplissent les conditions fixées par la présente sous-section.

Article R2311-9 : conditions d'exercice et personnel

Les centres doivent remplir les conditions suivantes :

- 1° Etre dirigés par un médecin soit spécialiste qualifié ou compétent qualifié en gynécologie médicale, en obstétrique ou en gynécologie-obstétrique, soit titulaire du diplôme d'études spécialisées complémentaires de médecine de la reproduction et gynécologie médicale ; en cas d'impossibilité de recruter un médecin remplissant ces conditions, une dérogation peut être accordée par le préfet, après avis du médecin inspecteur départemental de santé publique, à un médecin justifiant de connaissances particulières en gynécologie et en régulation des naissances ;
- 2° Disposer au minimum pour leurs consultations, et de façon permanente, d'une personne compétente en matière de conseil conjugal et familial ;
- 3° S'assurer, si les besoins de la population l'exigent, le concours d'une sage-femme, d'un infirmier ou d'une infirmière, d'un assistant ou d'une assistante de service social et d'un psychologue ;
- 4° Ne comprendre dans leur personnel de direction et d'encadrement ainsi que dans leur personnel technique aucune personne ayant été condamnée pour des faits contraires à l'honneur, à la probité et aux bonnes moeurs ou pour une infraction prévue au titre II du livre II de la présente partie et au chapitre IV du titre III du livre IV de la partie V du présent code ;
- 5° Satisfaire aux conditions techniques d'installation et de fonctionnement fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article R2311-1 : missions

Les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial mettent en œuvre les missions suivantes :

1° Informer sur les droits en matière de vie affective, relationnelle et sexuelle et éduquer à leur appropriation, ainsi que contribuer au renforcement de l'estime de soi et au respect de l'autre dans la vie affective, relationnelle et sexuelle.

Cette mission comprend notamment :

- a) La délivrance d'informations et l'accompagnement à leur appropriation, sur les droits liés à la personne en matière de santé sexuelle et de sexualité, tenant notamment à la contraception, l'interruption volontaire de grossesse et à la prévention des infections sexuellement transmissibles ;
 - b) La conduite d'entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesse prévus à l'article [L. 2212-4](#) et plus généralement l'accompagnement des femmes envisageant de recourir ou ayant recouru à une interruption volontaire de grossesse ;
 - c) La proposition d'une éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle dans une approche globale, neutre et bienveillante ;
 - d) La promotion de l'égalité entre les filles et les garçons et entre les femmes et les hommes ;
 - e) La promotion du respect des orientations sexuelles, des identités de genre, des personnes intersexuées ;
 - f) La promotion du respect de l'intimité des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et de toutes les personnes vulnérables ;
 - g) La prévention des violences, notamment celles faites aux femmes, et des violences sexuelles ;
- 2° Accompagner les personnes dans leur vie affective, relationnelle et sexuelle.

Cette mission comprend notamment :

- a) L'accompagnement des situations de crise conjugale et familiale ;
- b) L'accompagnement du désir ou du non-désir d'enfant, des grossesses menées à leur terme ou interrompues, des souhaits d'adoption ou démarches d'assistance médicale à la procréation menés à leur terme ou interrompus ;
- c) L'accompagnement des situations fragilisantes pour la famille ;
- d) Le soutien, l'accompagnement et l'orientation des personnes et des familles confrontées à des situations de dérive sectaire ou radicale et d'emprise mentale.

II.-Les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial ne font appel, pour la direction et l'encadrement ainsi que pour leur personnel technique, à aucune personne ayant été condamnée pénalement ou sanctionnée disciplinairement pour des faits contraires à l'honneur, à la probité et aux bonnes mœurs ou pour une infraction au titre II du livre II de la présente partie et au chapitre IV du titre III du livre IV de la partie V du présent code.

Pour l'exercice de leurs missions, les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial font appel à des personnes formées à l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle ou au conseil conjugal et familial en matière de vie affective, relationnelle et sexuelle. Ces personnes écoutent, informent et favorisent la parole, accompagnant les personnes accueillies dans la construction de leurs propres choix.

Un arrêté des ministres chargés de la famille et de la santé précise le contenu et les conditions de délivrance de ces formations.

Articles relatifs aux CeGIDD

Article L3121-1

La lutte contre les virus de l'immunodéficience humaine et contre les infections sexuellement transmissibles relève de l'Etat.

Article L3121-2

I.- Le directeur général de l'agence régionale de santé habilite en fonction des besoins identifiés au niveau régional un ou plusieurs centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic qui assurent, dans leurs locaux ou hors les murs, notamment auprès des populations les plus concernées :

1° La prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales, leurs traitements préventifs figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés ;

2° La prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles ;

3° La prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle, notamment par la prescription de contraception.

Le centre peut mener ces activités, dans ou hors les murs, en coordination avec les autres organismes, notamment les associations, œuvrant sur le territoire de santé avec lesquels il conclut des conventions de partenariat.

II.-Le centre assure une prise en charge anonyme ou non, selon le choix exprimé par l'utilisateur au moment de son accueil. En cas de nécessité thérapeutique ou à la demande de l'utilisateur, le médecin peut procéder à la levée de l'anonymat initialement choisi par l'utilisateur, avec le consentement exprès, libre et éclairé de ce dernier.

Les activités de vaccination et de prescription de contraception exercées par le centre ne font pas l'objet d'une prise en charge anonyme.

III.-La gestion d'un centre peut être confiée à une collectivité territoriale, dans le cadre d'une convention conclue avec le directeur général de l'agence régionale de santé.

IV.-Les dépenses afférentes aux activités mentionnées au I du présent article sont prises en charge par le fonds d'intervention régional sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.

Article L3121-1 : anonymat

Les activités de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles sont gratuites et anonymes lorsqu'elles sont exercées par des établissements ou organismes habilités dans des conditions définies par décret ou par un organisme relevant d'une collectivité territoriale ayant conclu une convention en application de l'article L. 3121-1.

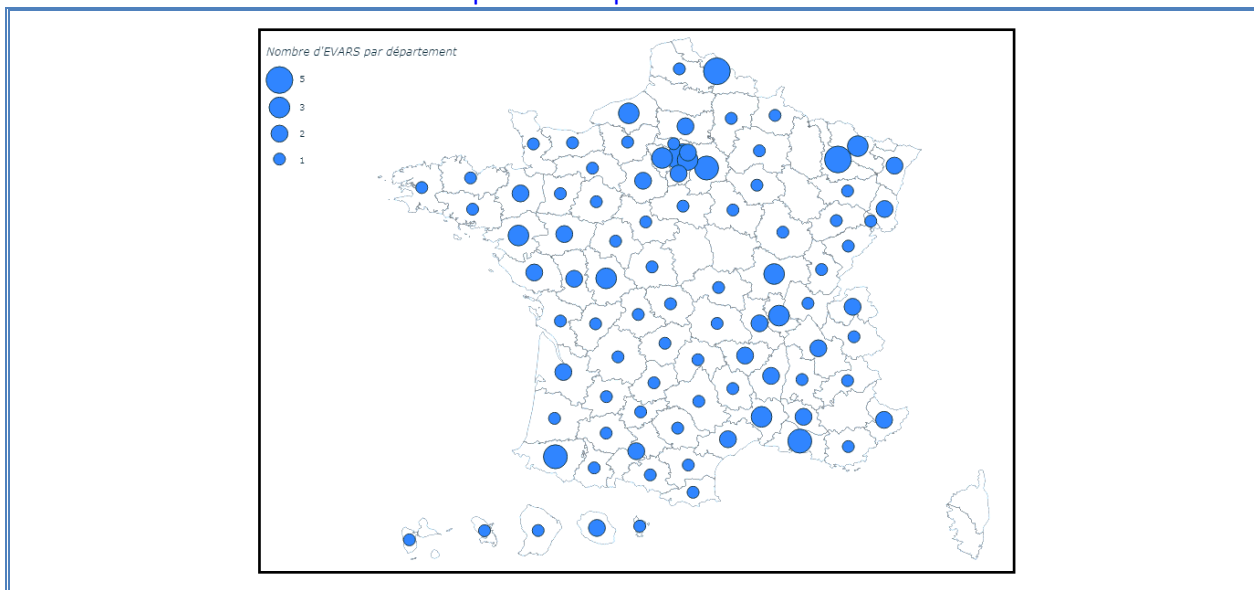
En cas de nécessité thérapeutique et dans l'intérêt du patient, le médecin peut procéder à la levée de l'anonymat sous réserve du consentement exprès, libre et éclairé de la personne intéressée dans des conditions définies par arrêté. La levée de l'anonymat respecte les conditions établies par un référentiel publié par arrêté du ministre chargé de la santé.

ANNEXE 4 : Missions et personnels des CeGIDD, CPEF et EVARS

CeGIDD	CPEF	EVARS
<ul style="list-style-type: none"> • prévention, dépistage et diagnostic du VIH et des hépatites virales • prévention dépistage et diagnostic et traitement ambulatoire des IST • prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche de santé de santé sexuelle • consultations relatives à la contraception 	<ul style="list-style-type: none"> • information sur la sexualité et l'éducation familiale • préparation à la vie de couple • entretiens préalables à l'IVG • dépistage des IST du VIH et des hépatites, à l'occasion des consultations • consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité dont contraception 	<ul style="list-style-type: none"> • information sur les droits en matière de vie affective, relationnelle et sexuelle dont contraception, IVG, prévention des IST (consultations) • conduite d'entretiens préalables à l'IVG • accompagnement des personnes dans leur vie affective, relationnelle et sexuelle (entretiens)
<p><u>Au minimum</u></p> <p>Un médecin</p> <p>Un infirmier</p> <p>Un assistant social</p> <p>Un psychologue</p> <p>Un secrétaire d'accueil</p>	<p><u>Au minimum</u></p> <p>Un médecin avec une spécialisation en gynécologie (direction)</p> <p>Personnel formé au conseil conjugal et familial</p>	<p>Professionnels formés au conseil conjugal et familial</p>

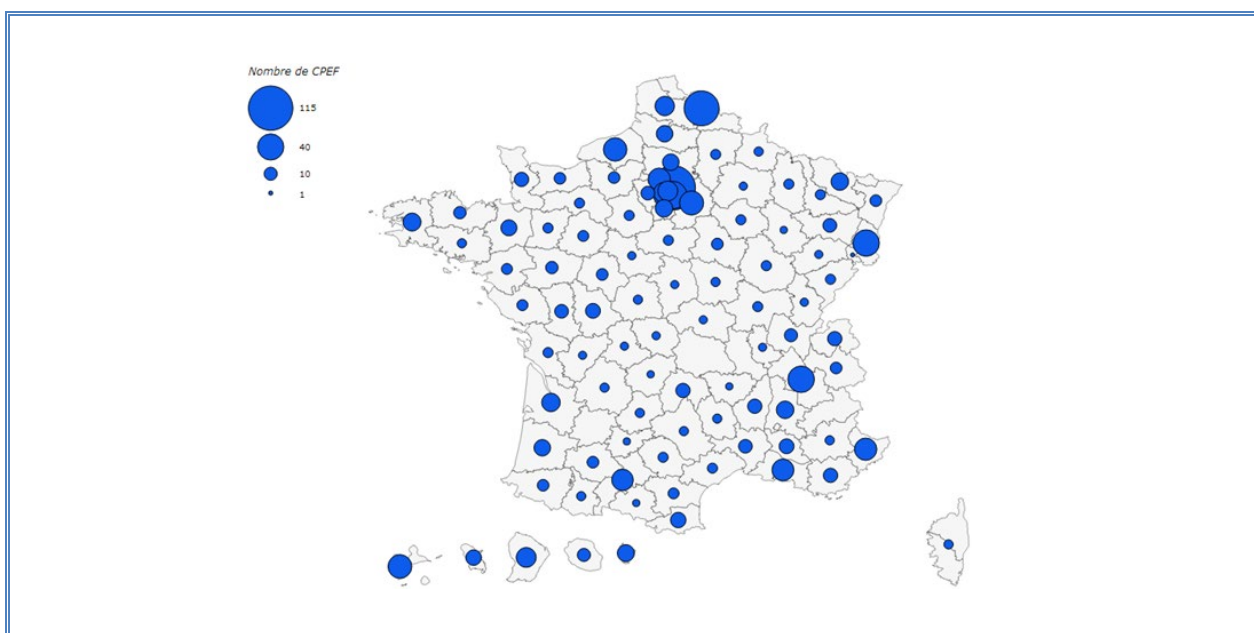
ANNEXE 5 : Cartographie des implantations départementales des CeGIDD, CPEF, EVARS

Carte 1 : Répartition départementale du nombre d'EVARS



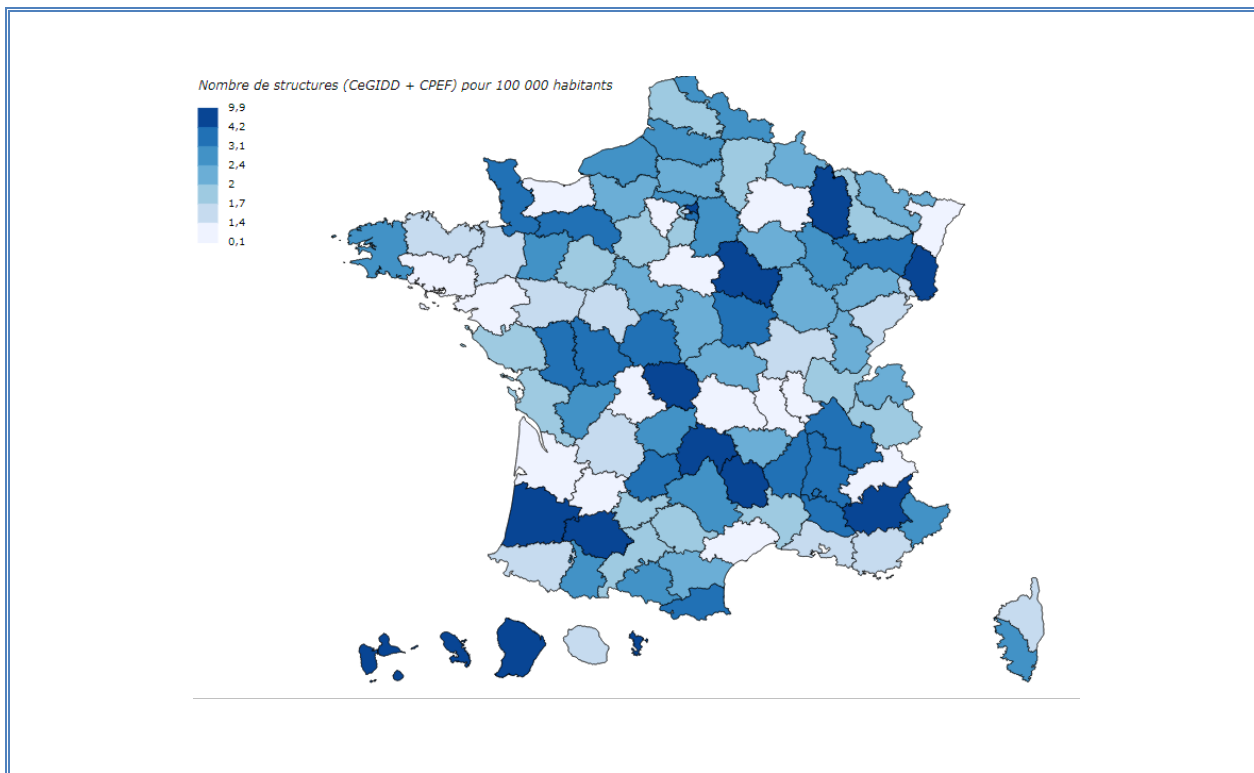
Source : mission à partir des données de la DGS et de la DGCS

Carte 2 : Répartition départementale du nombre de CPEF



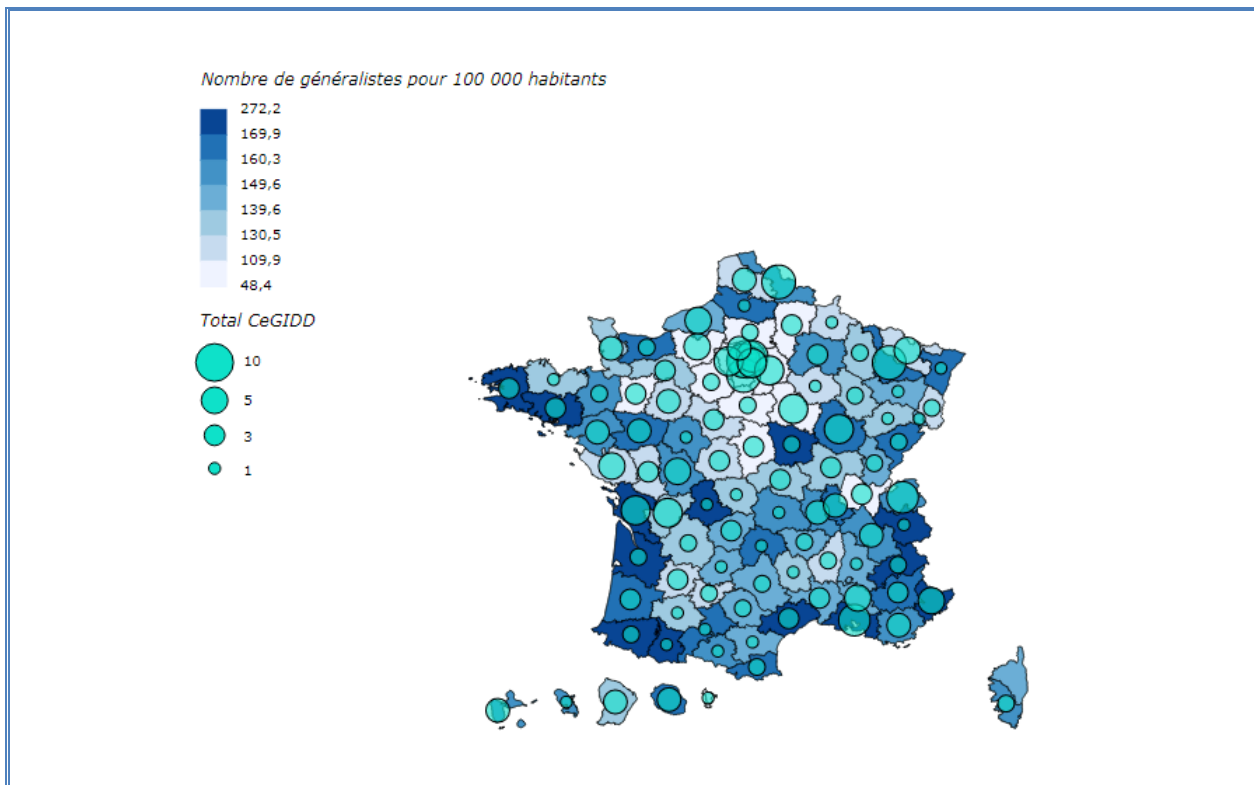
Source : mission à partir des données de la DGS et de la DGCS

Carte 3 : Nombre de structures (CeGIDD et CPEF) pour 100 000 habitants par département



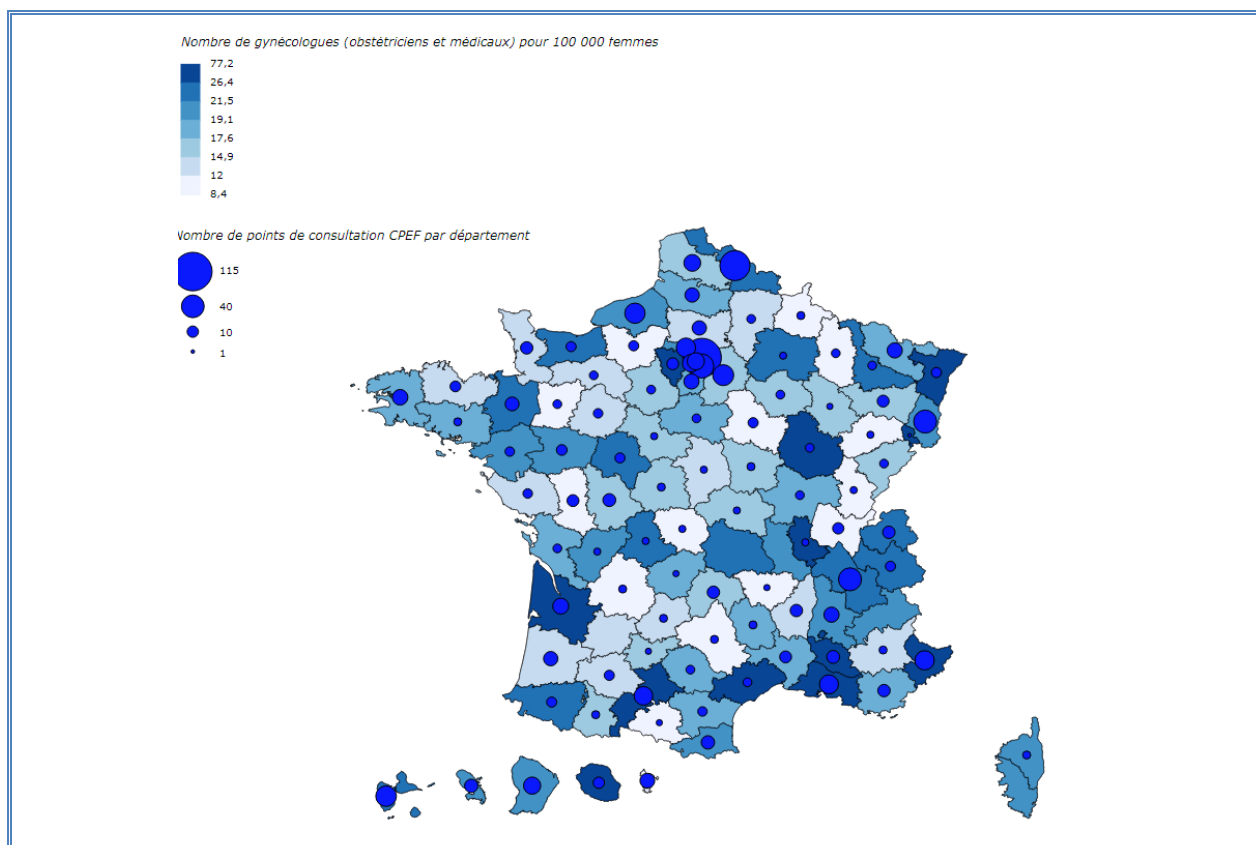
Source : mission à partir des données de la DGS et de la DGCS

Carte 4 : Nombre de CeGIDD par département et ratios départementaux de généralistes pour 100 000 habitants



Source : mission à partir des données de la DGS et de la DGCS

ANNEXE 6 : Nombre de points de consultation CPEF par département et ratios départementaux de gynécologues pour 100 000 femmes



Source : mission à partir des données de la DGS et de la DGCS

ANNEXE 7 : La cohorte INSERM de patients vivant avec le VIH (ANRS-CO4-FHDH)

L'objectif de la cohorte de patients de l'ANRS-CO4 FHDH est d'étudier les personnes vivant avec le VIH et suivies à l'hôpital en France, quelles sont leurs caractéristiques et leurs conditions de prise en charge et comment ces caractéristiques et conditions évoluent au fil du temps.

Toutes ces données, une fois analysées, permettent de faire évoluer et d'adapter les pratiques de soins, d'améliorer les stratégies thérapeutiques et de mieux évaluer l'efficacité des différents traitements et ainsi d'améliorer la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

Les objectifs scientifiques de l'ANRS-CO4 FHDH sont principalement centrés sur les axes suivants :

- Stratégies thérapeutiques : évaluation clinique à moyen et long terme
- Morbi-mortalité sévère SIDA et non SIDA et impact de l'infection à VIH et des antirétroviraux, notamment infections, insuffisance rénale, fractures, tumeurs malignes et infarctus du myocarde
- Survie, présentation tardive, personnes migrantes
- Indicateurs de santé publique (délais de prise en charge)

Les données de la cohorte sont recueillies via les techniciens d'étude clinique des COREVIH au sein de 125 établissements hospitalier répartis en France.

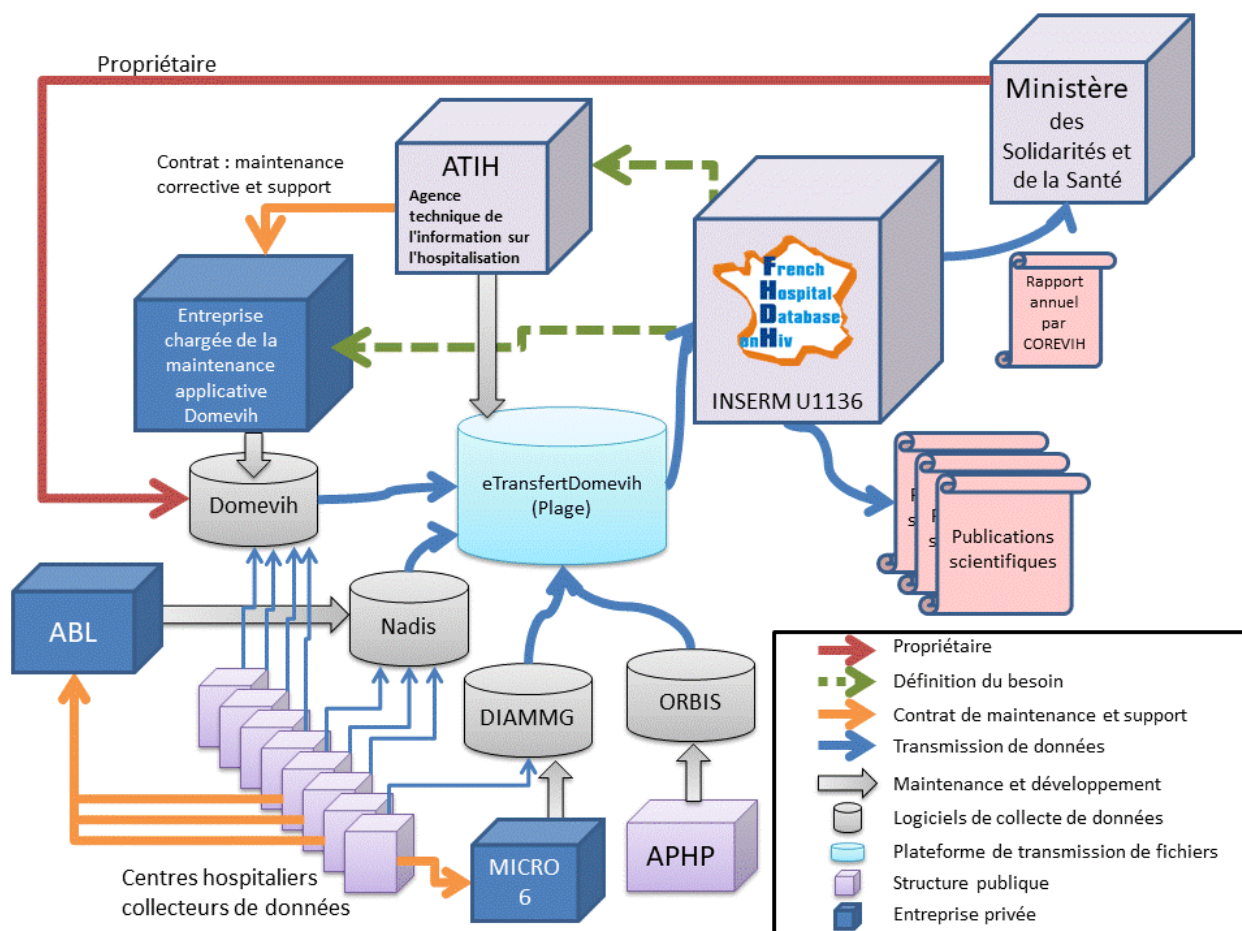
Les données sont transmises à l'ANRS-CO4 FHDH sous un format prescrit à partir des bases de données des logiciels suivant utilisé par les établissements de santé : Nadis, Domevih, Orbis (futur), DIAMG.

Le DOMEVIH est un dossier médico-épidémiologique du VIH propriété du Ministère en charge de la santé. La société OUIDOU est en charge du développement du logiciel depuis le 23 juillet 2021. L'ANRS-CO4 FHDH est le maître d'œuvre.

Actuellement les deux tiers des centres qui transmettent les données sont sous Nadis. Afin de recevoir les données dans le format adéquat les passerelles ont été développées :

- Passerelle Nadis/Domevih : financée en partie par l'ANRS-CO4 FHDH ;
- Passerelle DIAMG/Domevih : (Hôpitaux Saint-Antoine et Tenon) (financée en partie par l'ANRS-CO4 FHDH)
- Passerelle ORBIS/Domevih en cours de développement.

Graphique 6 : Schéma de la collecte des données de la cohorte INSERM des PVVIH



Source : : site internet ANRS- FHDH

ANNEXE 8 : Comparaisons internationales

Introduction

Suivant un usage désormais bien établi, la mission a procédé à un examen des dispositifs en matière de santé sexuelle existants au Royaume-Uni, aux États-Unis d'Amérique et dans deux états scandinaves (Danemark et Suède). À cette fin, elle s'est rendue à Londres et a pu rencontrer les principaux acteurs -locaux mais aussi nationaux- impliqués dans cette politique spécifique de santé publique. Elle a par ailleurs sollicité les conseillers sociaux à Washington et à Stockholm, qui lui ont fourni la documentation nécessaire à cet exercice de comparaison. Le choix de ces exemples étrangers a été motivé par des considérations à la fois historiques et politiques.

Outre que les deux pays anglo-saxons retenus disposent de systèmes de santé publique considérés généralement comme des références, ils présentaient, dans le cadre de cette analyse, l'avantage de l'antériorité. Dès le XIX^e siècle est apparu, en effet, simultanément au Royaume-Uni et aux États-Unis, le concept -à la fois scientifique, médical et politique- de *sexual health* (« santé sexuelle »). Cette émergence s'est inscrite dans le cadre de l'essor de l'hygiénisme et, plus particulièrement en l'occurrence, dans la dimension domestique et privée de ce mouvement ; il s'agissait alors de la promotion d'une forme d'hygiène personnelle et non d'une approche de santé publique populationnelle. Convergence dans le temps qui n'a pas empêché, toutefois, chacun de ces deux pays de mettre en place une politique de santé sexuelle disposant de sa coloration propre.

S'est ainsi développée au Royaume-Uni une vision néo-malthusienne originale, prônant un contrôle des naissances non par l'abstinence -à l'instar des malthusiens classiques- mais par l'usage des méthodes contraceptives disponibles à l'époque (*coitus interruptus*, calcul de la période d'ovulation, pour l'essentiel) et allant même jusqu'à recommander l'activité sexuelle -y compris en dehors des liens du mariage-, celle-ci étant considérée en elle-même comme un des piliers d'une bonne santé physique et mentale. Conception s'écartant donc délibérément de toute considération religieuse.

Tout autre fut l'approche américaine. Élaborée par des médecins et aussi des pasteurs, elle envisageait la santé sexuelle, là encore comme une dimension importante d'une nécessaire hygiène de vie, mais inscrite, cette fois, dans le cadre plus large d'une éthique protestante de la tempérance : il s'agissait à la fois d'une perspective physiologique (éviter les maladies sexuelles et, en particulier, les infections) et psychologique (parvenir à une forme de sérénité si ce n'est de bonheur par la maîtrise de soi).

Pragmatisme Outre-Manche, puritanisme Outre-Atlantique : ces deux dimensions ont laissé leurs empreintes respectives sur ces deux systèmes de santé sexuelle.

Quant aux deux pays scandinaves, leur inclusion se justifie d'abord par leurs performances connues et reconnues dans le domaine de la santé publique (très bons indicateurs sanitaires, systèmes largement décentralisés, niveaux de dépenses de santé inférieurs à la moyenne européenne) : il existe ainsi un « modèle nordique », fondé sur l'articulation entre service public universel et démocratie locale, et jugé particulièrement efficace. À cela s'ajoute l'approche objective et dénuée de considérations morales au regard de la sexualité et des pratiques sexuelles que ces états ont su développer.

1) Les États-Unis

Le système de santé publique américain est très complexe. L'autorité de l'État fédéral ne s'y exerce que de façon limitée. Le *Department of Health and Human Services* (DDHC), l'équivalent de notre ministère de la Santé, via les agences fédérales qui en dépendent, cantonne ses interventions à la sécurité des produits, grâce à la *Food and drug administration* (FDA), à la lutte contre les épidémies, avec les *Centers for diseases control* (CDC), à la recherche médicale, dans les *National institutes for health* (NIH), à l'accompagnement de démarches de qualité et d'évaluation par l'*Agency for healthcare research and quality* (AHRQ) et à la gestion des assurances maladies financées par le budget fédéral, supervisée par le *Center for medicare and medicaid services* (CMS). L'État fédéral n'administre aucune institution de soins, hormis celles des forces armées et des vétérans (*Veterans administration*). Il ne contrôle ni les institutions, ni les professionnels de santé. Chaque État définit ses propres règles concernant l'exercice de la médecine et plutôt qu'un système de santé américain unique, on pourrait parler de 50 systèmes. Le Président des États-Unis nomme les directeurs des agences de santé majeures au niveau national, avec l'approbation du Sénat ; les gouverneurs jouent le même rôle pour les agences de santé des États.

Aux États-Unis, la lutte contre les IST est envisagée et traitée, pour l'essentiel, selon des canaux et par des interlocuteurs distincts de ceux de la santé reproductive. Dichotomie administrative qui se retrouve, en amont, sur le plan conceptuel et politique, avec, en particulier des stratégies nationales également distinctes. Cette situation renvoie à la prégnance d'enjeux idéologiques forts autour de la santé reproductive (droit à l'avortement, principalement), que l'actualité de ces derniers mois a rappelé crûment.

VIH et autres IST : une situation épidémiologique préoccupante justifiant une action volontariste

Les IST : une crise de santé publique

En 2021, les autorités sanitaires américaines soulignaient que, durant la décennie précédente, l'augmentation des cas d'IST était telle qu'elle en constituait une crise de santé publique. De 2014 à 2018, les progressions des nouveaux cas avait été respectivement de 71% et 185 % pour les syphilis primaires/secondaires et les syphilis congénitales, de 63% pour les chlamydiae et 19% pour les gonorrhées. Les cas d'infections à *Human papillomavirus* (HPV) s'élevaient à 14 millions par an.

En 2018, un Américain sur 5 était infecté par une IST, soit 68 millions de personnes.

Si les femmes représentent toujours le plus grand nombre de cas déclarés d'IST, les hommes, en particulier les HSH, ont connu des augmentations plus importantes des taux de syphilis, de chlamydia et de gonorrhée ces dernières années. Les adolescents et les jeunes adultes âgés de 15 à 24 ans représentent près de 50 % de ces nouveaux cas d'IST. Le Sud et l'Ouest sont les régions des États-Unis les plus touchées par l'épidémie d'IST. Les trois États présentant les taux d'infection par IST les plus élevés sont le Mississippi, la Louisiane et la Géorgie (en raison des difficultés d'accès aux soins y existant, et cela pour une population de surcroît plus pauvre et plus rurale); le taux le plus faible est enregistré au Vermont ; la Californie (39,5 millions d'habitants) ; le Texas, New York et la Floride recensent le plus grand nombre de cas d'IST en valeur absolue. New York, quant à lui, est l'État où le taux d'infection par le VIH est le plus élevé.

Les derniers chiffres des CDC (mi-septembre 2022) confirment la gravité de cette situation, avec une augmentation sans précédent des cas de syphilis (+26%) ; de façon globale, le nombre total de nouveaux cas d'IST en 2021 a battu le record de 2020, avec 2.5 millions d'infections.

Quant au VIH, il demeure un grave problème de santé publique aux États-Unis. On estime que 1,2 million de personnes y vivaient avec le VIH fin 2018. Bien que le taux d'infection par le VIH ait diminué aux États-Unis, 37.968 nouveaux diagnostics ont été enregistrés en 2018.

Une réponse publique volontariste

Face à cette épidémie, le DDHS a publié en décembre 2020 le premier plan stratégique national pour les IST 2021-2025, feuille de route destinée à aider un large éventail de parties prenantes à élaborer et à mettre en œuvre des programmes de prévention, de traitement et de soins des IST aux niveaux local et étatique

Ce plan stratégique met l'accent sur les 4 IST connaissant les taux de morbidité les plus élevés, suscitant les inégalités les plus importantes et persistantes et possédant le plus fort impact sur la santé des Américains : chlamydia, gonorrhée, syphilis et HPV. Trois populations prioritaires ont été retenues : les adolescents et les jeunes adultes, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les femmes enceintes. Au sein de ces groupes, certaines communautés ethniques et raciales sont ciblées (noirs, indiens américains, natifs d'Alaska, hispaniques), des régions également (Sud et Ouest).

Les hépatites B et C, elles aussi transmissibles sexuellement, font l'objet d'un plan spécifique : le *Viral Hepatitis National Strategic Plan for the United States : A Roadmap to Elimination 2021-2025*. Son ambition affichée est considérable, puisqu'il s'agit de l'éradication des hépatites A, B et C à l'horizon de 2030. Ces infections ont connu une très forte progression au cours des années 2010 ; l'hépatite C, en particulier, dont la prévalence a triplé au cours de cette période ; on estime ainsi à 3,5 millions le nombre d'Américains infectés par les hépatites, dont 2,5 millions par l'hépatite C. Ce plan associe plus de 20 agences fédérales et sert de feuille de route à l'ensemble des acteurs impliqués.

Le VIH, qui a provoqué 900.000 morts aux États-Unis, fait l'objet d'une stratégie spécifique : le plan stratégique national VIH-SIDA 2022-2025 (*National HIV/AIDS Strategy for the United States 2022-2025*). Celui-ci reprend l'idée, exposée dès le premier plan américain de 2019 (*Initiative Ending the HIV Epidemic in the United States: A Plan for America*), que l'épidémie est le résultat d'une accumulation de micro-épidémies locales et propose donc des plans d'action locaux au niveau des comtés, des villes ou des États.

Il prévoit de s'attaquer aux déterminants de santé impliqués et considérés comme autant de facteurs de risque ; de lutter contre la criminalisation du VIH ; de catalyser la collaboration avec le secteur privé. Au contraire de l'initiative de 2019, il ne vise pas des territoires mais des publics cibles, en particulier les hommes de la communauté noire (13% de la population, mais 42% des nouveaux cas), tout particulièrement s'ils ont des relations homosexuelles. Les personnes incarcérées devraient également faire l'objet de mesures plus spécifiques (dépistage systématique au début de l'incarcération et accès aux traitements pendant la durée de la peine).

Il convient de noter que 35 États américains disposent de lois criminalisant l'exposition au HIV, voire à d'autres IST.

Contraception, IVG et éducation sexuelle : une situation désormais tendue

Les acteurs intervenant dans la dimension « reproductive » de la santé sexuelle (contraception, éducation sexuelle, IVG) sont distincts de ceux impliqués dans la lutte contre les IST. Il s'agit principalement de l'*Office of Population Affairs* (OPA) du DHHS et de la *CDC's Division of Reproductive Health*. Toutefois le projet de loi « *Protect Sexual and Reproductive Health Act* » (juillet 2022) prévoit la transformation de l'OPA en un *Office of Sexual and Reproductive Health* avec des missions renouvelées, en particulier l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie visant à promouvoir la santé et le bien-être sexuels et reproductifs.

Cette réforme marquerait une rupture avec le cloisonnement actuel. Si ce projet de loi devrait se heurter au Congrès renouvelé issu des *midterms*, d'ores et déjà les mesures prises au niveau fédéral vont dans le sens d'une mobilisation de tous les acteurs et d'une convergence des stratégies de santé sexuelle et reproductive.

Mobilisation nécessaire puisque, selon les études disponibles, le nombre de grossesses non planifiées (« *unintended pregnancies* ») s'élèveraient à 3 millions par an aux États-Unis, un taux supérieur à celui des autres pays développés, soit 45% des 6.1 millions de grossesses américaines, dont 18% non désirées et 27% mal planifiées.

La plupart des États fédérés mènent désormais une politique en matière d'éducation sexuelle. Mais un débat intense a lieu depuis la fin des années 90 entre les tenants d'actions promouvant l'abstinence avant le mariage (programme *Abstinence Only Until Marriage* ou AOUM) et ceux prônant une information plus complète ciblant notamment le bien être sexuel et la lutte contre les violences sexuelles. Sur la période récente (2012-2019), l'information des adolescents sur leur santé sexuelle et reproductive s'est dégradée. Le *Teen Pregnancy Prevention Program* (TPPP), créé en 2010 avec un soutien bipartisan, et piloté par l'OPA, a soutenu depuis lors de nombreuses actions destinées à réduire les grossesses adolescentes et à soutenir leur santé sexuelle.

L'accès à l'IVG pour les grossesses non désirées s'est fortement complexifié ces derniers mois du fait du revirement de la jurisprudence de la Cour suprême *Roe v Wade* de 1973. La situation au regard de l'IVG varie considérablement selon le lieu de résidence. 22 États seraient en passe de mettre en œuvre des lois qui interdiraient tout avortement ou le limiteraient à de très rares exceptions. En revanche, 16 États et Washington DC ont adopté des lois protégeant le droit à l'avortement. Dans certains États (Ohio, Caroline du sud), des recours auprès des tribunaux fédéraux ont permis la suspension temporaire de la mise en application des nouvelles lois interdisant l'avortement.

L'administration Biden a rappelé dès l'*Executive order* du 8 juillet 2022 (« *Protecting Access to Reproductive Healthcare Service* ») qu'en cas d'urgence vitale pour la mère, l'interruption volontaire de grossesse demeurait légale, quelle que soit la législation locale sur l'avortement. Mais cette appréciation fait porter une très lourde responsabilité sur le médecin hospitalier qui le pratiquerait.

La lutte contre les violences sexuelles

La lutte contre les violences sexuelles est considérée comme un sujet majeur de santé publique aux États-Unis.

Le phénomène est considéré comme très répandu : une femme sur deux et un homme sur trois seraient concernés. Une femme sur 4 et un homme sur 26 auraient subi une tentative de viol. Une femme sur 3 et un homme sur neuf auraient subi un harcèlement sexuel dans un lieu public. La violence sexuelle commence tôt, 4 femmes sur 5 victimes de viol l'ont été avant 25 ans et 1 sur 2 avant sa majorité, 4 hommes sur 10 avant sa majorité. Les CDC ont développé des programmes d'appui des autorités locales pour mieux évaluer et prévenir les risques d'abus sexuel.

Le *Violence Against Women Act* (VAWA) de 1994 a été réautorisé en mars 2022 par l'administration Biden avec un prolongement de ses financements jusqu'en 2027 et un renforcement de ses actions dans différents domaines en lien avec la violence sexuelle -qu'elle soit domestique, dans le cadre éducatif ou professionnel.

Afin de lutter contre les violences sexuelles, les CDC ont développé des outils de prévention, en particulier le programme *Rape Prevention and Education* (RPE). Ce programme a été institué par le VAWA et réautorisé en 2013.

En conclusion, dans le champ de la santé sexuelle, l'épidémie d'IST constitue avec l'accès à l'IVG les deux thèmes majeurs de préoccupation pour les autorités sanitaires américaines, sans oublier

toutefois les questions d'éducation sexuelle et de criminalisation des IST. Par ailleurs, la santé sexuelle suscite des tensions croissantes au sein de la société américaine. La jurisprudence récente de la Cour suprême pourrait encourager les juridictions fédérales à remettre en cause des pans entiers des programmes de lutte contre les IST.

2) Le Royaume-Uni

Un système décentralisé et au fonctionnement pragmatique

Financé par l'impôt, de portée universelle, gratuit, présent sur tout le territoire national, placé sous la tutelle administrative du ministère des Affaires sociales et de la Santé (*Department of Health and Social Care* ou DHSC), et employant 1,6 millions de personnes, le *National Health Service* (NHS) est considéré généralement comme l'archétype du système public centralisé. Cette appréciation ne correspond plus à la réalité d'un système décentralisé et très pragmatique dans ses modalités de fonctionnement.

Les compétences en matière de santé sont ainsi attribuées, au sein du Royaume-Uni, à chacune des quatre nations (« *devolution* »). Sur le plan de l'organisation et de la délivrance des soins, il existe donc quatre *National Health Services* (NHS), respectivement pour l'Angleterre, l'Ecosse, le Pays de Galles et l'Irlande du Nord. Surtout, ces NHS sont chargés de l'organisation et de la délivrance des soins, en collaboration de plus en plus étroite, au niveau local, avec les collectivités territoriales.

À cet égard, la création des *Integrated Care Systems* (ICSs) -structures partenariales à l'échelon territorial, responsables de l'identification des besoins de santé locaux, de la planification de l'offre de soins et de son financement- constitue l'une des innovations les plus importantes de ces dernières années. Succédant aux *Clinical Commissioning Groups* (CCGs), ces instances, où les acteurs locaux de la santé doivent progressivement partager leurs responsabilités en matière d'organisation et d'évaluation de la qualité des soins, intègrent les collectivités locales ainsi que les différents acteurs des soins primaires et hospitaliers du territoire concerné (42 ICS couvrent le territoire de l'Angleterre).

Le fonctionnement du système repose donc sur la collaboration des principaux acteurs impliqués dans la gouvernance et la mise en œuvre des politiques de prévention et de santé publique. Une fois définis les objectifs à atteindre, la solution retenue localement peut varier sensiblement sans soulever de difficultés politiques ou administratives de principe ; seule compte l'efficacité du dispositif mis en place. Ainsi qu'un des responsables rencontrés l'a déclaré à la mission, « loin d'être une structure monolithique comme on le croit trop souvent, le NHS recouvre une réalité très diverse ; il est avant tout une marque et un idéal » (« *a brand and an ideal* »).

Le DHSC assume une double responsabilité : définir les grandes priorités en matière de santé publique et de prévention, adoptées par le Parlement dans le cadre du plan stratégique du NHS ; allouer les budgets de santé publique aux différents acteurs, notamment les dotations de santé publique (*public health grants*) attribuées aux collectivités locales pour leur permettre de mener des actions de santé publique à l'échelle de leurs territoires.

Deux agences sont en charge respectivement de la sécurité sanitaire (la *United Kingdom Health Security Agency* ou UKHSA) et de l'éducation à la santé (l'*Office for Health Improvement and Disparities* ou OHID) : la UKHSA a repris les missions de protection de la population et de lutte contre les menaces sanitaires autrefois dévolues à *Public Health England*, elle intègre également les équipes du *NHS Test and Trace* ainsi que le *Joint Biosecurity Centre* ; créé le 1er octobre 2021, l'OHID est un département du DHSC qui reprend les missions d'éducation à la santé de PHE, avec un axe stratégique fort sur la réduction des inégalités en santé, très marquées au Royaume-Uni.

Les autorités locales sont donc officiellement en charge d'une partie importante des politiques de prévention, à travers l'objectif qui leur est fixé d'améliorer la santé de leurs populations (soins communautaires de santé mentale, services de santé en direction de la petite enfance (0-5), centres de santé sexuelle et reproductive, financement de bilans de santé pour des personnes identifiées comme à risque...). Depuis 2013, des *Health and Wellbeing Boards* visent à coordonner au niveau local l'action des collectivités locales avec celle des acteurs du système de santé.

Une stratégie nationale conçue autour du ciblage des actions de prévention

La stratégie nationale de santé sexuelle a été publiée en 2013 ; elle a retenu six objectifs majeurs : s'attaquer à la discrimination et aux préjugés souvent associés aux questions de santé sexuelle ; s'efforcer de réduire le taux d'IST par des interventions préventives fondées sur une meilleure utilisation des données disponibles ; réduire le nombre de grossesses non désirées ; soutenir les femmes ayant des grossesses non-désirées ; lutter contre le VIH par la prévention et un meilleur accès au dépistage ; promouvoir la qualité, le rapport qualité-prix et l'innovation dans le développement des interventions et des services de santé sexuelle.

Cette stratégie nationale met l'accent sur la nécessité d'avoir une approche centrée sur les besoins des communautés les plus à risque et les plus éloignées des soins et sur la facilitation de l'accès aux dispositifs de prévention et d'auto-prélèvement, afin de rendre plus simples et plus rapides les parcours de soins. Cela passe souvent par l'emploi de personnels parlant l'ensemble des langues d'usage courant dans le ressort du centre de soins considéré et par une grande proximité culturelle avec les patients reçus ou susceptibles de l'être ; ainsi que l'a résumé le médecin responsable d'un des *GUM centres* visités : « *our staff looks like our populations* ». De même pratiquement tout le personnel de la *56 Dean street clinic* (voir l'annexe correspondante) est-il principalement homosexuel, ce recrutement s'étant fait de manière « naturelle » (« *organic* »).

L'OHID et l'UKHSA élaborent la stratégie de prévention en matière de santé sexuelle et assurent la surveillance épidémiologique et clinique de celle-ci. Ils publient également des documents d'information et d'appui (cartes interactives, documents de recherche, données nationales et territoriales) à destination des ICS et des professionnels de santé. On peut notamment mentionner les *Sexual and Reproductive Health Profiles*, un outil interactif regroupant plusieurs séries d'indicateurs sociaux, économiques et sanitaires (déterminants socio-économiques de la santé, VIH et MST, santé reproductive, grossesses adolescentes...), déclinables au niveau local et permettant aux autorités sanitaires locales d'identifier et de suivre les tendances sur leur territoire, afin de les aider à déterminer leurs priorités d'action.

Cinq séries de recommandations de pratiques à destination des acteurs de santé ont été élaborées en juillet 2022 par le *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE, équivalent anglais de la HAS) : réduire les risques d'infection et de transmission des IST ; améliorer la prise en charge et mesurer la fréquence des tests IST ; faire de la prévention auprès des partenaires ; vacciner les HSH contre le HPV et les hépatites A&B ; élargir la prescription de la PrEP.

Un réseau intégré autour des praticiens de proximité (GPs)

Comme pour l'ensemble des prestations du NHS, l'accès aux services de santé sexuelle (*Sexual Health Services*, SHS) est gratuit, ouvert à tout un chacun, sans considération d'âge, de sexe ou d'orientation sexuelle, ni de nationalité ou d'origine. Les SHS comprennent différentes structures d'accueil : les médecins généralistes (*General practitioners* ou GPs), certaines pharmacies, les *sexual health clinics* (SHC), parfois désignées par les termes *family planning*, *sexual and reproductive health clinics*, ou *GUM* (*genitourinary medicine*).

Une singularité importante du système britannique est en effet l'existence d'une spécialité médicale particulière, la médecine génito-urinaire, à cheval sur la gynécologie, l'urologie et l'infectiologie, et

s'adressant indifféremment aux hommes et aux femmes. Cette discipline n'existe académiquement et professionnellement qu'au Royaume-Uni. Elle est particulièrement bien adaptée à la prise en charge des problématiques de santé sexuelle.

Les cabinets de médecine générale représentent le premier contact des patients avec le système de santé. La santé sexuelle ne fait pas exception à cette règle. Les GPs ont pour mission de proposer la prévention et la documentation nécessaire à l'éducation à la santé sexuelle. Ils peuvent tester les patients et en cas de besoin, les orienter vers une *clinic* pour effectuer des examens de dépistage et des soins, assurer la prise en charge et l'orientation vers les services d'orthogénie des femmes désireuses d'interrompre leur grossesse. Les pharmaciens peuvent également proposer des contraceptions d'urgence et/ou des tests de dépistage pour les chlamydiae. Les patients peuvent également être orientés par téléphone *via* le 111 (la ligne téléphonique du NHS pour les urgences non vitales). Ils peuvent également contacter le service national d'assistance téléphonique en matière de santé sexuelle, un service gratuit et confidentiel.

Les SHC sont des structures médicalisées -et non des cliniques au sens français de ce terme- offrant des possibilités de dépistages et de prophylaxie, des consultations pluridisciplinaires et des traitements, anonymes et ouverts à tous. Il en existe environ 200 réparties sur le territoire du Royaume-Uni. Elles apportent également des informations et des prescriptions/interventions en matière de santé reproductive et de contraception. Les informations et tests sont prodigués gratuitement, en revanche les prescriptions peuvent être payantes. Certaines cliniques proposent par ailleurs des accompagnements spécifiques, pour les victimes de violences sexuelles. D'autres proposent également la vaccination contre les hépatites A et B, la PrEP, ou le frottis cervical.

Partageant souvent les locaux d'une SHC, les *HIV clinics* assurent le traitement et suivi des personnes infectées par ce virus. L'accueil y est anonyme et gratuit. Financées par le NHS, ces structures ont pris en charge plus de 90.000 personnes vivant avec le VIH en 2021.

En ce qui concerne l'IVG, celle-ci est gratuite si elle pratiquée dans un service hospitalier spécialisé du NHS ou dans une structure dédiée. C'est le cas de 99% des IVG réalisées en Angleterre. L'accès à l'IVG peut se faire selon trois canaux. En consultant un GP, qui oriente alors la femme vers la structure la plus proche ; en contactant une SHC, qui procédera au même aiguillage ; en joignant directement une unité d'orthogénie via un des grands réseaux spécialisés (*British Pregnancy Advisory Service, MSI Reproductive Choices UK, National Unplanned Pregnancy Advisory Service*).

En 2021, le nombre d'IVG pratiquées en Angleterre et au Pays de Galles a atteint le record de 214.256, soit une progression de 16% par rapport à la moyenne, stable jusqu'à 2016, de 185.000 interventions enregistrées jusque-là par an. Ce résultat correspond à un taux de 18,6 pour mille femmes. À noter que le taux d'IVG chez les femmes de moins de 18 ans a sensiblement décru, passant de 15,4 pour mille en 2011 à 6,4 en 2021. Le recours à l'IVG médicale (médicamenteuse) a connu une progression considérable, passant de 47% à 87% de 2011 à 2021, l'IVG chirurgicale (instrumentale) chutant dans les mêmes proportions (40 points, de 53% à 13%).

Une politique de numérisation très soutenue

La stratégie anglaise s'appuie fortement sur la numérisation du parcours patient. C'est là désormais une priorité nationale. Décidée avant la pandémie de Covid-19, elle s'est vigoureusement développée avec celle-ci. Ainsi, en 2021, 49.8% (1.995.271) des « consultations » furent prodiguées en face-à-face ; 35.8% (1.432.557) via internet et 14.4% (574.999) par téléphone. Par rapport à 2020, il s'agit là respectivement d'une baisse de 2.5% (de 2.046.592 à 1.995.271), et de hausses de 37.1% (de 1.045.039 à 1.432.557) et de 56.1% (de 368.469 à 574.999).

De nombreuses *clinics*, comme *56 Dean Street Clinic*, proposent aux patients de recevoir en ligne des informations sur la santé sexuelle, une orientation vers les services les plus appropriés à leurs

besoins et la possibilité de commander des kits d'auto-prélèvement livrés chez eux. D'autres outils en ligne ont été développés, comme "My contraception", qui aide les utilisateurs à choisir la méthode de contraception qui leur convient le mieux. L'usage du numérique vise à couvrir une plus large partie de la population, à augmenter la détection des infections, à gérer la demande et à améliorer l'accès aux services cliniques.

Ainsi, alors que la hausse des dépistages traditionnels du VIH pratiqués chez un spécialiste n'a crû que de 3% entre 2020 et 2021 (de 465.7881 à 478.203), celle des dépistages en ligne a atteint 32%, passant de 423.287 à 560.130. Surtout, le nombre des dépistages effectués par un non-spécialiste a chuté de 39% (de 24.315 à 14.836). De ce fait, internet est devenu en 2021, pour la première fois, la modalité principale de dépistage du VIH au Royaume-Uni.

Des indicateurs sanitaires en amélioration depuis une décennie

L'amélioration de l'accès à la santé sexuelle a permis de nombreux progrès, comme :

un meilleur accès aux services spécialisés de médecine uro-génitale ;

la baisse des grossesses chez les adolescentes, au plus bas depuis le début des collectes de données ;

l'augmentation de l'utilisation des méthodes de contraception à longue durée d'action - LARCs (46% des utilisatrices de services de contraception en 2020/21 contre 18% en 2003/04) ;

la hausse du dépistage prénatal du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B, ce qui a généré des taux extrêmement faibles de transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale ;

l'amélioration de l'accès aux services en santé sexuelle en dehors des services spécialisés ;

le développement des tests de diagnostic pour les IST et le VIH, qui a permis d'augmenter le dépistage en dehors des cliniques de médecine uro-génitale ;

la baisse de 34% du nombre de personnes diagnostiquées du VIH entre 2013 et 2019 ;

l'ouverture de centres d'orientation pour les victimes de violences sexuelles.

En ce qui concerne le VIH, le nombre de nouveaux cas d'infection diagnostiqués en Angleterre reste stable à un niveau faible (2.673 en 2020 et 2.694 en 2021, contre 5.013 en France en 2021, selon SPF), dont 36% (979) parmi les homosexuels et HSH, 40% (1.072) parmi les femmes et hommes hétérosexuels et 3% (73) chez les usagers de drogue par voie intraveineuse. La même année 2021, le nombre de nouveaux cas de SIDA était de 171 et celui des décès liés à cette affection de 514.

3) Danemark et Suède

La Suède

Une définition classiquement large de la santé sexuelle

Depuis 2006, la Suède s'est dotée d'une stratégie nationale de lutte contre le VIH/sida et les IST, mise à jour en 2017. Elle repose notamment sur la protection des droits sexuels ainsi que sur la responsabilité personnelle de « se respecter, de se protéger et de protéger les autres ». La stratégie inscrit le travail de prévention contre le VIH et les IST dans le cadre plus large de « la santé et les droits sexuels et reproductifs » (SDSR).

Précisément, dans la stratégie nationale pour « la santé et les droits sexuels et reproductifs » de 2020, l'agence suédoise *Socialstyrelsen* (Direction nationale de la santé et des affaires sociales) complète la définition classique de l'OMS : «*Chacun a la liberté de décider si, quand et comment il veut être sexuellement actif, choisir ses partenaires sexuels dans l'égalité et le consentement, avoir des expériences sexuelles agréables, sans risque d'infections sexuellement transmissibles et de grossesses*

non désirées. ». Cette approche combine donc sur le plan conceptuel la « santé sexuelle » *stricto sensu* et la santé reproductive. Entendue ainsi, la santé sexuelle est conçue comme un élément de la santé globale de l'individu.

Une organisation territoriale décentralisée

La fourniture de soins dans le cadre de la santé sexuelle et reproductive et le renforcement des droits associés est principalement de la responsabilité des régions et des municipalités.

Les régions sont responsables des soins de santé et doivent garantir un accès égal à la santé sexuelle et reproductive pour tous ; cela comprend également des mesures spécifiques aux groupes cibles. Elles sont épaulées par les municipalités dont la responsabilité est de veiller à ce que les individus reçoivent le soutien et l'aide dont ils ont besoin.

Plusieurs agences publiques interviennent dans le cadre de la santé et des droits sexuels et reproductifs : la Direction nationale de la santé et des affaires sociales (*Socialstyrelsen*) ; l'agence pour la santé publique (*Folkhälsomyndigheten*) ; l'Inspection des soins et des soins (*Inspektionen för vård och omsorg*) ; la Direction nationale de l'enseignement scolaire (*Skolverket*) ; la Direction nationale de la jeunesse (*Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor*) ; l'autorité des victimes d'infractions (*Brottsoffermyndigheten*) ; la Direction suédoise des établissements pénitentiaires et des services de probation (*Kriminalvården*) ; la Direction nationale des soins en institution (*Statens Institutionsstyrelse*) ; le Médiateur pour l'égalité (*Diskrimineringsombudsmannen*) ; et l'Office national des migrations (*Migrationsverket*).

Les autorités publiques dans leur ensemble doivent prendre en compte et, si possible, intégrer les questions liées à la santé et aux droits sexuels et reproductifs dans leurs opérations afin de contribuer aux objectifs de la stratégie nationale. La santé sexuelle est ainsi une préoccupation transversale.

L'association nationale pour l'éducation sexuelle (*Riksförbundet för sexuell upplysning*, RFSU), est une organisation à but non lucratif pour l'éducation sexuelle et la politique sexuelle, établie en 1933, qui joue un rôle moteur dans la promotion des politiques publiques de santé sexuelle et reproductive. L'association a environ 20 associations locales membres à travers le pays. La RFSU produit de la documentation en 15 langues différentes (les langues les plus parlées en Suède : anglais, arabe, dari, perse, kurde, polonais, russe, somalien, roumain, thaï, tigrinya, et turque). Le travail de l'association se concentre sur trois grands domaines : l'éducation sexuelle ; la politique familiale, la sexualité et les droits ; le droit à l'avortement.

Les centres spécifiquement dédiés à la santé sexuelle sont situés dans les 21 régions suédoises, qui les gèrent ; ils sont ouverts aux patients de plus de 23 ans. Les patients peuvent y effectuer des tests de dépistage des IST, recevoir des conseils sur la contraception et des conseils sexuels. Les consultations pour prélèvement et le traitement des maladies vénériennes couvertes par la loi sur la prévention des infections ainsi que les conseils en matière de contraception sont gratuits et anonymes.

La RFSU gère une clinique à Stockholm (1 million d'habitants sur les 9.600.000 que compte le pays), ouverte à tous les adultes de plus de 18 ans. Les patients peuvent y obtenir de l'aide pour les tests de dépistage des maladies vénériennes, et des conseils sur la contraception. La clinique offre également la vaccination gratuite contre les hépatites A et B aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Le prélèvement et le traitement des maladies vénériennes couvertes par la loi sur le contrôle des infections (chlamydia, gonorrhée, syphilis, VIH et hépatite B) ainsi que les conseils en matière de contraception sont gratuits.

Pour les moins de 23 ans, il existe les « centres pour adolescents » (*«ungdomsmottagningar»*). Y exercent des sages-femmes, des médecins et des conseillers chargés de veiller aux besoins socioémotionnels des jeunes. Les consultations sont gratuites. Les jeunes peuvent faire des tests de

grossesse, se faire tester pour les MST, prendre la pilule du lendemain et des préservatifs, et obtenir des conseils liés à la santé sexuelle.

Danemark

« Le bien-être sexuel à tous les âges de la vie »

L'Autorité de Santé danoise (*Sundhedsstyrelsen*) reprend et complète elle aussi la définition de l'OMS pour définir la santé sexuelle. La santé sexuelle « exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination ou violence ». Il s'agit de « soutenir les personnes dans un développement sexuel positif de la petite enfance à la fin de la vieillesse ». Les objectifs poursuivis sont eux-mêmes étendus et consistent notamment à : réduire l'incidence et la propagation des maladies sexuellement transmissibles ; réduire les expériences sexuelles non désirées ; réduire le nombre de grossesses non désirées.

L'Autorité de Santé utilise le concept de « bien-être sexuel », qui se concentre sur les aspects liés à l'expérience d'une vie sexuelle satisfaisante. Elle indique ainsi, dans ses recommandations générales publiées en 2015 que la promotion de la santé sexuelle doit « se concentrer sur le bien-être sexuel à toutes les étapes de la vie et pas seulement sur la réduction des maladies et des grossesses non désirées ». De manière plus globale, elle considère la santé sexuelle comme étant liée au bien-être et à la santé générale de la population.

Les communes en première ligne

Même si le cadre de la lutte contre les IST au Danemark n'est pas réglementé par la loi et s'il n'existe donc pas d'organisation territoriale dédiée à la santé sexuelle, la santé sexuelle est un domaine de prévention dont les municipalités sont les premières responsables. La promotion de la santé sexuelle est ainsi incluse dans la politique de santé municipale, que ce soit par la mise en place de centres de dépistage, de services de conseils, d'actions de prévention et de promotion de la santé ou de distribution de préservatifs gratuits. De même, la municipalité est en charge de l'information et de l'enseignement sur la santé sexuelle, notamment par l'organisation des cours d'« éducation à la santé et à la sexualité et l'étude de la famille » au sein des écoles (la *Grundskole*, qui dure 10 ans au Danemark, et correspond donc à l'école primaire et au collège en France). L'éducation sexuelle est en effet devenue une partie obligatoire du système scolaire danois en 1970.

Pendant, l'Agence de santé publique danoise (*Statens Serum Institut*), les régions et municipalités, les organisations privées, les hôpitaux, et plus généralement les professionnels de santé, travaillent en coordination pour la promotion de la santé sexuelle. Dans ses recommandations, l'Autorité de Santé danoise préconise aux acteurs publics de coopérer avec les acteurs privés, notamment avec *Sex og Samfund* (Sexe et Société).

Pour bénéficier d'un dépistage des IST au Danemark, la démarche classique est de contacter le médecin, puis de se rendre dans un hôpital. Il est également possible de se rendre directement dans une clinique vénérienne attendant à un service hospitalier des maladies infectieuses.

Il existe aussi d'autres structures existant en dehors du système de santé conventionnel, ne nécessitant pas de recommandation préalable du médecin :

Les *Checkpoints*, gérés par *AIDS-Fondet* (organisation privée fondée en 1985, c'est l'acteur danois le plus important en ce qui concerne le VIH-Sida) : présents dans 5 grandes villes du Danemark, ils sont destinés aux personnes LGBTQIA+ et aux jeunes de 15 à 29 ans. Le but est effectivement de cibler les groupes de population contractant le plus souvent des maladies sexuellement transmissibles, et tendant à éviter les services publics de dépistage. Dans ces centres, les tests pour les IST sont gratuits. Les tests, vaccins, traitements et prescriptions de médicaments sont généralement enregistrés sur la

plateforme de santé publique (il est donc nécessaire de posséder un numéro de sécurité sociale danois). En revanche, les tests pour le VIH, l'hépatite C et la syphilis peuvent être anonymes. Pour chaque test de dépistage réalisé dans un *Checkpoint*, une aide psychologique est proposée en parallèle ;

Les centres d'accueil pour jeunes (*Ungdomsmodtagelse*), réservés aux jeunes entre 12 et 25 ans, se concentrent sur la santé sexuelle (dépistages, contraception et tests de grossesse gratuits), mais proposent également une prise en charge psychosociale. Si la visite dans ces centres est anonyme, la plupart des tests pour les IST de même que l'offre de contraception nécessitent cependant un enregistrement sur la plateforme de santé publique. Ces centres sont interdisciplinaires, leurs compétences regroupant les aspects sociaux, psychologiques et médicaux. Cette vision correspond aux recommandations de l'Autorité de Santé danoise, pour laquelle santé mentale et santé sexuelle sont étroitement liées ;

La clinique de *Sex og Samfund* à Copenhague, où il est possible de se faire tester gratuitement pour toutes les IST et d'obtenir gratuitement des conseils sur la contraception, la grossesse, l'avortement et d'autres problèmes sexuels, de passer un examen gynécologique et d'obtenir une contraception. La plupart des tests et traitements nécessitent un enregistrement sur la plateforme de santé publique.

Depuis plusieurs années, un certain nombre de mesures sont déjà mises en œuvre au Danemark pour mettre fin au VIH/sida, notamment :

Depuis 2010, toutes les femmes enceintes se voient proposer un dépistage du VIH (et de la syphilis). Cette mesure s'ajoute au dépistage de l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB), en vigueur depuis 2005 ;

Le traitement antirétroviral est gratuit pour toutes les personnes ayant un permis de séjour au Danemark, ainsi que pour celles en situation irrégulière mais considérées comme gravement malades ;

Les personnes souhaitant bénéficier de la PrEP doivent être mises en rapport par leur médecin avec l'un des services hospitaliers de maladies infectieuses du pays. Il est également possible de passer par un *Checkpoint*, où les personnes peuvent recevoir la PrEP sans passer par l'hôpital.

L'Autorité de Santé recommande que les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) soient testés pour le VIH chaque année. Ceux ayant une vie sexuelle active et n'utilisant pas systématiquement de préservatifs doivent être testés pour le VIH et d'autres IST plus fréquemment (tous les trois mois)

Une situation épidémiologique contrastée

La chlamydie est la maladie sexuellement transmissible la plus répandue au Danemark, surtout chez les jeunes (10 % des jeunes Danois sont actuellement infectés par la chlamydia) et sa prévalence atteint des sommets. À rebours des IST classiques, l'épidémie de VIH semble régresser.

En 2020, 110 personnes ont été nouvellement diagnostiquées séropositives (sur une population totale de 5,9 millions d'habitants au Danemark), alors que le nombre de diagnostics de VIH restait stable à environ 200 nouveaux cas par an. À Copenhague, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués pour le VIH a déjà diminué de 45 % entre 2015 et 2020. Le pays ambitionne de devenir l'un des premiers pays sans nouveaux cas de VIH.

En août 2022, le gouvernement danois a ainsi annoncé un plan d'action national destiné à éliminer le VIH au Danemark. La municipalité de Copenhague, elle, s'est donné l'objectif de mettre fin aux nouveaux cas de VIH dans la ville d'ici à 2030, en augmentant le nombre de dépistages réalisés et en veillant à ce que 95 % des patients atteints du VIH reçoivent un traitement.

Conclusion

Quelques enseignements utiles peuvent être tirés de cette analyse comparative.

Partout, une approche large et globale de la santé sexuelle a été retenue -conformément à la définition de l'OMS- allant parfois, comme au Danemark, jusqu'à la notion de « bien-être sexuel à tous les âges de la vie ». Elle répond à l'évidence à l'indivisibilité de la personne humaine et à l'intrication des diverses problématiques -médicales, psychologiques, sociales, sociétales- qui façonnent la dimension sexuelle et affective de sa vie.

Cette convergence conceptuelle ne se retrouve toutefois pas au niveau politique et administratif. Aucune organisation territoriale « type » chargée d'appliquer la politique sanitaire en la matière ne se dégage des exemples examinés.

Sur le plan fonctionnel et non plus institutionnel, seuls les États-Unis maintenaient, jusqu'à présent, une séparation nette entre santé sexuelle *stricto sensu* et santé reproductive ; encore doit-on relever qu'une réforme importante mettant fin à ce cloisonnement est prévue. Partout ailleurs, l'ensemble de l'activité de conseil en santé sexuelle -IST, contraception, IVG, violences sexuelles- est assurée, ou peut l'être, par des intervenants dans la plupart des structures dédiées à la santé sexuelle ; seule l'IVG instrumentale est assurée le plus souvent dans des unités spécialisées ou des services hospitaliers. Cette polyvalence répond au souhait d'une prise en charge « globale » de la personne, mais, surtout, à la nécessité d'éviter autant que faire se peut la « fuite » des patients hors du système de santé.

D'autres principes d'action, congruents avec ce premier, émergent.

La plus grande proximité par rapports aux personnes est recherchée ; cette priorité répond au caractère intime des thèmes abordés et traités (orientation et vie sexuelles, choix des partenaires, décision d'éviter ou d'interrompre une grossesse). Cette proximité est une condition du succès de la prévention et de la prise en charge.

Proximité géographique : l'action se doit d'être locale, au plus près des personnes et de leurs milieux de vie, que ce soit de façon déconcentrée ou par la décentralisation. La commune et même le niveau infra-communal (quartiers) semblent pertinents.

Proximité psychologique et culturelle : tous les obstacles pouvant entraver la discussion avec le patient ou gêner l'indispensable confiance doivent être aplanis. Dans cette perspective, la barrière de la langue doit faire l'objet de toutes les attentions (recours à des locuteurs adaptés parmi le personnel ou à la traduction).

L'adoption d'une approche strictement communautaire ne saurait être qu'exceptionnelle. L'exemple du Royaume-Uni est à cet égard éclairant. Ainsi, l'équipe de la 56 DSC, pourtant militante et engagée dans la protection de la population LGBTQIA+, tient à conserver la possibilité de recevoir des personnes qui ne soient ni *gays* ni transsexuelles ; son expérience, unique, mérite d'être entendue. Quant aux autorités sanitaires anglaises, elles considèrent qu'un tel centre expérimental ne peut être justifié qu'au vu d'une situation épidémiologique locale spécifique et, pour cette raison, ne seraient éventuellement disposées à ouvrir une seconde structure de ce type qu'à Manchester ou à Brighton.

ANNEXE 9 : L'exemple de « Dean Street clinic » à Londres

Introduction

La clinique en santé sexuelle (SHC) *56 Dean Street Clinic* (56 DSC) est installée dans le quartier londonien de Soho, lieu emblématique des communautés LGBTQIA+ de la ville. Cette localisation illustre la volonté de proposer une prise en charge allant du diagnostic au traitement au plus proche des communautés -un des aspects intéressants du système de santé britannique. A ce titre, elle s'inscrit pleinement dans l'un des objectifs principaux du plan triennal d'éradication des transmissions du VIH élaboré par le ministère de la Santé (DHSC) : « optimiser l'accès rapide au traitement et la rétention des patients ».

La clinique est dirigée par le Dr Alan McOwan, spécialiste en médecine génito-urinaire (GUM) et infectiologue (VIH).

56 DSC se fixe pour objectif d'éradiquer la transmission du VIH dans la communauté LGBTQIA+, en développant des pratiques adaptées aux publics visés et, surtout, sans rupture de suivi.

1) Une approche innovante visant à réduire drastiquement la durée entre l'exposition au risque et la prise en charge

En raison de la vulnérabilité particulière au VIH et à d'autres IST des minorités sexuelles, la clinique a adopté une approche intégrée et mobilise des moyens innovants pour travailler au plus près des communautés concernées en prévention, traitement et réduction des risques. Selon son directeur, la moitié des hommes homosexuels de l'agglomération londonienne s'est déjà rendue dans la clinique pour les soins liés à la santé sexuelle.

56 DSC est une structure intégrée au groupement hospitalier *Chelsea and Westminster Hospital*, spécialisée dans la santé sexuelle de la communauté LGBTQIA+. Son objectif principal est de réduire au maximum la durée entre l'exposition aux IST et la prise en charge des patients, en mobilisant des moyens de diagnostic et de communication innovants, et en s'appuyant sur une équipe de soins pluridisciplinaire.

Cette approche s'illustre notamment dans :

- le dispositif de guichet unique pour le dépistage et le traitement du VIH. Les patients concernés se voient ainsi offrir l'accès immédiat et gratuit à la PrEP, à la PEP, ainsi que des tests de dépistage rapides en 60 secondes, et par la suite un suivi numérique des traitements ;
- le *Dean Street Express*, un centre sans rendez-vous qui permet aux patients de se rendre directement dans des cabines de test équipées d'écrans tactiles pour effectuer des auto-prélèvements médico-guidés : leurs échantillons sont transmis immédiatement en laboratoire avec un résultat garanti en 6 heures.

Tout le parcours est donc pensé pour éviter les ruptures dans la chaîne d'information et de prise en charge. Le patient est ainsi informé de l'arrivée de ses résultats de façon dématérialisée (textos) et orienté immédiatement vers les professionnels adaptés au sein de la clinique. La sensibilisation et la prévention sont poursuivies quel que soit le résultat, soit au cours du traitement, soit par voie numérique. Le lien est maintenu avec les patients du début à la fin pour garantir une rapidité et une continuité d'action, et permettre notamment l'efficacité des traitements comme la PrEP.

Si le traitement du VIH est particulièrement mis en avant par la clinique, les autres IST peuvent aussi y être dépistées et soignées. On y propose aussi des groupes de soutien des malades, des consultations sans rendez-vous pour les moins de 19 ans, la pose de stérilets ou d'implants ou encore le vaccin contre le Papillomavirus pour les hommes *gays* de moins de 45 ans, ainsi que des conseils et consultations de santé sexuelle.

2) Un exemple de l'intégration des soins communautaires dans la stratégie de lutte contre les IST

L'une des caractéristiques de *56 Dean Street Clinic* tient au fait que la stratégie de prévention, dépistage et soin est pensée au plus près des besoins de la communauté locale où elle est implantée. L'absence de jugement quant aux pratiques sexuelles des patients est mise en avant pour favoriser le dialogue et la communication avec les soignants et favoriser l'accès au soin.

D'abord installée à Pimlico, cette SHC s'est déplacée en 2008 vers Soho afin de se rapprocher d'un des foyers les plus actifs de l'épidémie de VIH-SIDA. Le choix de la revendication de cette approche a été fait et assumé dès le départ : drapeau arc-en-ciel sur la façade de l'immeuble, affichage très visible de l'activité PrEP (« *PrEP protects* »), recrutement d'un personnel appartenant aux communautés visées.

Les principales populations ciblées sont : les LGBTQIA+, les personnes transsexuelles, celles ayant recours au « *Chemsex* » (prise de drogue accompagnant les rapports sexuels), les « travailleurs du sexe », les migrants, les usagers de drogue par voie intraveineuse et les jeunes.

En pratique, le recrutement des patients est constitué pour les deux tiers d'hommes *gays* ou HSH ; le dernier tiers pour un tiers d'hommes hétérosexuels et pour deux tiers de femmes hétérosexuelles. Ce dernier point explique que, bien que marginale, la « santé reproductive » (à l'exclusion de toute IVG même médicamenteuse) représente 5% de l'activité de *56 DSC*.

Le nombre de passages et de consultations a très fortement crû, puisque de 13.115 à l'ouverture en 2008, il atteint désormais 130.000 par an. La file active de patients VIH est de 4.700 personnes. Le nombre d'usagers de la PrEP, dont l'accès est très rapide et gratuit, dépasse les 20.000.

La diversification des activités (accompagnement psychologique, traitements hormonaux), notamment à destination des personnes transgenre et non binaires (au sein du centre *56T*), permet de mieux répondre à la variété des besoins la communauté locale. Des actions de réductions des risques sont également proposées aux personnes pratiquant le *Chemsex*.

Cette culture d'adaptabilité de la clinique lui a permis de mettre en place rapidement un centre de vaccination contre la variole du singe lorsque le nombre de cas a connu une augmentation rapide dans l'agglomération londonienne. *56 Dean Street* entretient également une présence numérique forte et développe plusieurs outils numériques de prévention et de traitement, toujours dans une perspective de couverture large des populations visées.