

République Française
Conseil national du sida

Rapport
sur la politique publique de prévention
de l'infection à VIH en France métropolitaine

suivi de

Recommandations
pour une meilleure application
de la politique publique de prévention
de l'infection à VIH

Rapport et recommandations du Conseil National du Sida
préparés par la Commission prévention
Adoptés en séance plénière du
17 novembre 2005

Sommaire

RAPPORT SUR LA POLITIQUE PUBLIQUE DE PRÉVENTION DE L'INFECTION À VIH EN FRANCE MÉTROPOLITAINE.....	3
INTRODUCTION	3
PARTIE I LA PRÉVENTION FACE AUX INSUFFISANCES DE LA PUISSANCE PUBLIQUE	7
<i>I-1 Une insuffisance dans l'engagement de l'Etat.....</i>	<i>7</i>
<i>I-2 Une insuffisance dans la coordination gouvernementale des politiques</i>	<i>21</i>
PARTIE II LES DIFFICULTÉS DU TRAVAIL COMMUN DE L'ÉTAT ET DES ASSOCIATIONS	31
<i>II-1 Les contraintes réciproques de la délégation.....</i>	<i>32</i>
<i>II-2 Les enjeux du partage des savoirs pour la prévention</i>	<i>43</i>
RECOMMANDATIONS POUR UNE MEILLEURE APPLICATION DE LA POLITIQUE PUBLIQUE DE PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH.....	52
I POUR UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION PLEINEMENT ASSUMÉE PAR LA PUISSANCE PUBLIQUE	53
<i>I-1 L'Etat doit clarifier la place de la prévention dans le système de santé.....</i>	<i>53</i>
<i>I-2 L'Etat doit affirmer son engagement en faveur de la prévention.....</i>	<i>54</i>
<i>I-3 L'Etat doit endosser les responsabilités associées à la délégation.....</i>	<i>55</i>
<i>I-4 L'Etat doit promouvoir des campagnes de prévention adaptées aux défis</i>	<i>56</i>
<i>I-5 L'Etat doit assurer la connaissance nécessaire.....</i>	<i>56</i>
II POUR UNE COHÉRENCE GOUVERNEMENTALE EN MATIÈRE DE PRÉVENTION	58
<i>II-1 Mettre en œuvre un dispositif de coordination interministérielle.....</i>	<i>58</i>
<i>II-2 Le ministère de l'Education nationale doit mettre en place la prévention auprès des jeunes.....</i>	<i>58</i>
<i>II-3 Les politiques du ministère de l'Intérieur ne doivent pas s'opposer à la politique de prévention.</i>	<i>58</i>
<i>II-4 Le ministère de la Justice doit faire face à l'épidémie de VIH en prison</i>	<i>59</i>
III POUR UN PARTENARIAT CLARIFIÉ ENTRE LES ASSOCIATIONS ET L'ÉTAT	61
<i>III-1 L'Etat doit sécuriser l'environnement des associations.....</i>	<i>61</i>
<i>III-2 La délégation et le financement public supposent des obligations de la part des associations</i>	<i>62</i>
ANNEXES	63
<i>Sigles utilisés</i>	<i>63</i>
<i>Personnes auditionnées par la Commission prévention du Conseil national du sida</i>	<i>67</i>
BIBLIOGRAPHIE.....	69
TABLE DES MATIÈRES	77

Rapport sur la politique publique de prévention de l'infection à VIH en France métropolitaine

Introduction

A sa création en 1989, le Conseil National du Sida (CNS) s'est vu attribuer pour mission de "donner son avis sur l'ensemble des problèmes posés à la société par le sida". Le décret signé par le Président de la République précise qu'il doit être "consulté sur les programmes d'information, de prévention et d'éducation pour la santé, établis par le Gouvernement et les organismes publics"¹. Depuis lors, le CNS n'a pas manqué de rendre des avis sur l'ensemble des domaines de la lutte contre l'épidémie d'infection à VIH, mais il ne s'est plus penché sur les programmes de prévention depuis plusieurs années. Compte tenu de l'évolution actuelle de l'épidémie, il lui est apparu nécessaire de se saisir du thème de la politique de prévention de l'infection à VIH en France.

La prévention dans le domaine du VIH se décline en trois niveaux. La prévention primaire qui vise à éviter les transmissions du virus qui peuvent intervenir par la voie sexuelle, sanguine, au cours de la grossesse ou à l'occasion de l'allaitement. La prévention secondaire qui vise à éviter que les personnes séropositives ne développent le sida ou d'autres pathologies. La prévention tertiaire qui vise à limiter les complications liées à l'infection par le VIH. Les préventions secondaire et tertiaire relèvent en partie de la prise en charge par le système de santé des personnes atteintes. Aujourd'hui encore, et en dépit des campagnes d'informations et des traitements existants, de trop nombreuses personnes arrivent à l'hôpital au stade sida, ignorant leur statut ou ayant été dépistées mais non prises en charge. Le dépistage et la prise en charge sont des enjeux importants dans la lutte contre l'épidémie, tout comme la prévention primaire qui, elle, intervient en amont de la transmission. La prévention primaire limite donc la propagation du virus et réduit d'autant le travail de prévention secondaire et tertiaire. Par ailleurs, elle fait appel à des stratégies spécifiques de communication et d'action auprès de la population. La Commission prévention du CNS a souhaité ne s'intéresser, dans le présent rapport, qu'à la prévention primaire. Les autres types de prévention représentent des enjeux également importants, notamment pour la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH, qui méritent des travaux spécifiques.

Depuis plusieurs années, le contexte de la politique de prévention de la transmission de l'infection à VIH a évolué. L'arrivée des traitements a indéniablement permis d'améliorer considérablement l'espérance de vie des personnes infectées par le VIH qui en bénéficient. La baisse importante du nombre des décès, et la moindre visibilité sociale de l'infection qui en est la conséquence, a estompé la dimension tragique de l'épidémie. Dans le même temps, alors que la prévalence chez les usagers de drogues par voie intraveineuse baissait formidablement grâce à la politique de réduction des risques, de nouveaux groupes à fort risque d'exposition à la transmission attiraient l'attention : les femmes et les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne principalement. Par ailleurs, une reprise des comportements à risque a été constatée pour atteindre aujourd'hui un niveau inquiétant dans la population gaie. Les difficultés rencontrées dans la définition des réponses à apporter à ces prises de risques ont été la source de controverses durables entre les associations. En tout cas,

¹ L'article 1^{er} du décret n° 89-83 du 8 février 1989 portant création d'un Conseil national du syndrome immunodéficient acquis est intégré au Code de la santé publique sous l'article D. 3121-1.

le nombre des personnes vivant avec le VIH augmente toujours, et cette augmentation va se poursuivre dans les prochaines années, alors que les profils des personnes atteintes évoluent.

Pour l'année 2003, l'Institut de veille sanitaire (InVS) évalue le nombre des personnes qui découvrent leur infection à VIH à environ 6000, dont la moitié réside en Ile-de-France². Toutes tranches d'âge confondues et sans distinction de sexe, les transmissions chez les personnes ayant des rapports hétérosexuels sont prépondérantes avec 57 % des nouveaux diagnostics ; les transmissions chez les personnes ayant des rapports homosexuels persistent avec 21,4 % des nouveaux diagnostics, ce qui est très important si l'on considère ce pourcentage par rapport à la fraction de gais dans la population générale. La baisse des contaminations par l'injection de drogues se confirme avec 2,2 % des nouveaux diagnostics³. Chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels, 34 % des femmes et 16 % des hommes sont d'une nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne. Dans la tranche 15-24 ans, environ la moitié des femmes concernée est de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne. Par ailleurs, la découverte de l'infection par le VIH varie selon le sexe et l'âge. Ainsi, les femmes, qui représentent toutes nationalités confondues 43 % des nouveaux diagnostics, sont dépistées en moyenne plus jeunes que les hommes. Dans la tranche d'âge 15-24 ans, on compte 68 % de femmes dont 83 % ont été contaminées par rapports hétérosexuels⁴. Chez les jeunes hommes de 15 à 24 ans, 32 % ont été contaminés par rapports hétérosexuels et 52 % par rapports homosexuels⁵. Mais si l'on s'intéresse à la tranche d'âge des 20-24 ans, la part des contaminations par rapports homosexuels atteint 60 %. Le test d'infection récente montre que 51 % des homosexuels qui découvrent leur séropositivité ont été infectés aux cours des six mois précédant le test, ce qui reflète probablement en partie un recours plus fréquent au dépistage, mais aussi le maintien d'un fort niveau de nouvelles contaminations dans ce groupe⁶.

L'épidémie d'infection par le VIH reste donc particulièrement active en France. Elle concerne des personnes jeunes, des femmes pour une part importante et des personnes originaires d'Afrique sub-saharienne. Les gais constituent toujours un groupe fortement exposé au risque de transmission, la prévalence de l'infection par le VIH étant estimée à plus de 10 % dans ce groupe⁷. Cette persistance des transmissions justifie pleinement de consacrer un travail spécifique à la prévention primaire. De plus, dans une perspective de santé publique, une politique de prévention ne doit pas être pensée comme un ensemble de mesures prises en réponse à une épidémie dans l'objectif de l'enrayer. Une politique de prévention consiste en premier lieu à éviter la survenue des problèmes de santé et donc de l'épidémie. En l'occurrence, il s'agit d'éviter la transmission du VIH d'une personne à une autre. Par conséquent, les données épidémiologiques ne doivent pas être les seuls déterminants des actions de prévention. La visibilité de certains groupes à fort risque de transmission ne doit pas conduire à négliger l'importance de la diffusion de messages de prévention destinés à la

² InVS, *Surveillance du VIH/sida en France. Rapport n° 2, données au 31 mars 2004*, mai 2005. L'ensemble des données de surveillance du VIH et du sida est accessible sur www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/default.htm.

³ Pour 18,6 % des déclarations l'information est non disponible. *Idem.*, p. 4.

⁴ InVS, *Infection par le VIH et sida chez les jeunes de 15 à 24 ans*, France, données au 30 juin 2004. L'injection de drogues représente 1% des transmissions. Pour 16 % des déclarations l'information sur le mode de transmission n'est pas disponible.

⁵ *Idem.* L'injection de drogues représente 3 % des transmissions. Pour 13 % des déclarations l'information sur le mode de transmission n'est pas disponible.

⁶ InVS, *Infection par le VIH chez les homosexuels en France. Synthèse des données disponibles*, juin 2005. Les prises de risque chez les homosexuels de moins de 25 ans ressortent également du *Rapport Baromètre Gay 2002*, Velter A., Michel A., Semaille C., *Rapport Baromètre Gay 2002*, Saint Maurice, InVS, novembre 2005, pp. 32-33.

⁷ InVS, *Infection par le VIH chez les homosexuels en France*, op. cit.

population générale afin de maintenir les connaissances et les pratiques nécessaires à la prévention des IST. Ainsi, par exemple, le déclin des transmissions chez les usagers de drogues est dû à la politique de réduction des risques, et non à l'arrêt complet de l'usage des drogues par voie intraveineuse. Il faut donc maintenir cette politique. De même, seule la prise en charge efficace des femmes enceintes vivant avec le VIH permet d'éviter les transmissions de la mère à l'enfant. Une politique de prévention de la transmission est donc plus que nécessaire pour casser la chaîne des transmissions en évitant à la fois que les personnes ne s'exposent à la transmission du VIH et que les personnes qui vivent avec le VIH ne le transmettent. Cela suppose de faire adopter des comportements sûrs et d'informer sur les risques. Le nombre de personnes vivant avec le VIH ne peut que croître au cours du temps, les risques d'exposition à la transmission vont perdurer. La politique de prévention de la transmission doit être une politique envisagée pour le très long terme.

Au cours des dernières années, le CNS a rendu public deux rapports suivis de recommandations en lien avec la prévention, l'un sur les risques liés aux usages de drogues et l'autre sur la situation de l'épidémie d'infection à VIH dans les départements d'outre mer⁸. Le présent rapport n'aborde donc pas la situation particulière des DOM, qui reste très préoccupante. La prévention de la transmission du VIH compte quelques succès notables : la prévention de la transmission lors de transfusions sanguines, la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant et la prévention de la transmission par le partage de seringues chez les usagers de drogues. Ces risques ne seront donc pas abordés dans le présent rapport, sauf pour rappeler la nécessité de maintenir les actions en place et de ne pas entraver leur réalisation. La prévention en milieu professionnel répond à des logiques spécifiques et ne sera pas non plus abordée. Le travail de la Commission prévention du CNS s'est fait à partir d'une analyse des politiques et des outils existants, il ne sera donc pas non plus question des microbicides qui ne sont aujourd'hui encore qu'au stade de la recherche. Enfin, depuis de nombreux mois, à la suite de plaintes instruites au pénal et de condamnations, des discussions sur la "pénalisation de la transmission du VIH" animent les acteurs de la prévention. Le CNS a engagé parallèlement un travail de réflexion sur cette question, liée à la politique de prévention, dont il ne sera par conséquent pas question dans le présent rapport.

La Commission a auditionné une quarantaine d'acteurs de la politique de prévention en France occupant des positions et des fonctions très diverses. Leurs contributions ont permis de dresser un état des lieux de la politique de prévention, de disposer d'informations émanant du terrain ou d'éclairages sur les mécanismes de l'appareil d'Etat. La Commission tient à les remercier de leur contribution à son travail⁹. Les informations recueillies lors des auditions ont été complétées par l'étude des publications existantes sur la prévention ou sur les différents groupes à fort risque d'exposition à la transmission du VIH. Enfin, la "littérature grise" publiée par les associations ou les organismes publics a également été utilisée par la Commission.

Le *Plan national de lutte contre le VIH/sida* pour les années 2001-2004 s'était donné plusieurs objectifs dont ceux "d'enrayer la reprise épidémique chez les homosexuels masculins" et de "réduire les écarts existants entre la population française et les personnes étrangères vivant en France"¹⁰. La persistance des transmissions montre que la politique de

⁸ Conseil national du sida, *Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique. Propositions pour une reformulation du cadre législatif*, juin 2001. Conseil national du sida, *Repenser la politique de lutte contre le VIH/sida dans les départements d'outre mer*, mars 2003.

⁹ Une liste des personnes auditionnées est disponible en annexe.

¹⁰ *Plan national de lutte contre le VIH/sida, 2001-2004*, p. 4.

prévention de l'infection à VIH n'a pas atteint ces objectifs. Le présent rapport propose une analyse des processus qui font obstacle partiellement ou totalement aux actions de prévention. Il s'agit donc ici d'étudier en priorité l'organisation globale des politiques publiques relatives à la prévention de la transmission du VIH.

La première partie du rapport est consacrée aux responsabilités de l'Etat qui est en charge de cette politique. Tout d'abord, il s'avère que l'engagement de l'Etat en faveur de la prévention de l'infection est insuffisant. Du point de vue de la politique de santé, la place de la prévention de l'infection à VIH dans le nouvel environnement de santé publique est floue et les réponses apportées paraissent faibles au regard des enjeux. Cet engagement est également insuffisant car le ministère de l'Education nationale, qui constitue un outil fort de l'Etat pour former ses futurs citoyens, est absent de cette politique qui concerne pourtant l'ensemble de la société française. Ensuite, la défaillance de la puissance publique conduit à la mise en œuvre de politiques gouvernementales qui empêchent le bon déroulement d'actions de prévention réputées efficaces. Ainsi, les politiques du ministère de l'Intérieur à l'égard des personnes prostituées, des usagers de drogues et des migrants éloignent ces personnes des associations de prévention et augmentent leurs risques d'exposition. De même, en prison, la politique de prévention reste inachevée faute d'un pragmatisme suffisant et à cause des difficultés d'ordre plus général rencontrées par les établissements pénitentiaires.

Dans sa seconde partie, le rapport s'intéresse aux difficultés qui peuvent naître du choix d'une gestion de la politique de prévention partagée par l'Etat avec les associations. En effet, l'Etat a depuis le début de la maladie progressivement confié aux associations la mise en œuvre des actions de terrain dans le domaine de la prévention, ce qui implique des obligations réciproques. D'une part, l'Etat doit assumer pleinement les responsabilités qui découlent de ce choix et il doit apporter son soutien aux associations, tout en veillant à l'équilibre du paysage associatif. D'autre part, les associations, par la place importante qu'elles occupent, doivent contribuer à l'action collective en surmontant les controverses qui peuvent apparaître et en s'inscrivant pleinement dans les objectifs affichés par l'Etat. En outre, des enjeux importants en matière de partage des savoirs sont associés au travail conjoint de l'Etat et des associations. Les connaissances de l'épidémie doivent être constamment renouvelées et les actions de terrain doivent s'adapter aux enjeux émergents. Par conséquent, la diffusion des savoirs tant sur l'épidémie que ceux relatifs aux actions est indispensable, de même que l'évaluation régulière de l'ensemble des actions engagées.

Partie I La prévention face aux insuffisances de la puissance publique

La politique de prévention de la transmission du VIH requiert le travail conjoint d'intervenants divers et croise de nombreuses autres politiques publiques, ce qui nécessite des ajustements et des équilibres permanents entre les acteurs de la prévention, mais aussi avec les autres domaines d'action de l'Etat. L'absence de régulation conduit à des hésitations dans la définition des orientations et à des difficultés auxquelles se confrontent les acteurs de prévention sur le terrain. Cette régulation relève aussi bien de l'administration en charge de la santé que de l'ensemble de l'appareil gouvernemental qui doit prendre la mesure de l'importance d'une politique de santé publique. D'autres politiques publiques peuvent interférer avec la santé publique, mais il est primordial que toute action entreprise par une administration quelle qu'elle soit n'aille pas à l'encontre des objectifs de santé publique. La politique de prévention doit bénéficier d'une régulation au plus haut niveau pour permettre la mise en œuvre d'actions efficaces. Pour cela, il est nécessaire que le discours des plus hautes autorités de l'Etat sur l'urgence à lutter contre le VIH ne se consacre pas uniquement au soutien à la lutte dans les pays en développement, mais qu'il encourage aussi l'engagement de l'Etat lui-même dans la prévention de la transmission du VIH en France. Les acteurs de la prévention se confrontent aujourd'hui à ces deux failles de la puissance publique : l'insuffisance de l'engagement de l'Etat en faveur de la prévention et les insuffisances de la coordination gouvernementale des politiques.

I-1 Une insuffisance dans l'engagement de l'Etat

Dans son élaboration, sa programmation et sa mise en œuvre, la politique de lutte contre le VIH nécessite le travail conjoint de nombreux acteurs qui appartiennent à l'ensemble des secteurs de l'Etat ou qui représentent la diversité du monde associatif et des différentes professions des secteurs sanitaire et social. En dépit de cette hétérogénéité nécessaire, la puissance publique en charge de la santé doit donner des orientations claires à la politique de prévention. Cependant, la place accordée à la prévention du VIH dans la politique de santé publique est encore imprécise et l'Education nationale qui devrait constituer un outil fondamental d'éducation à la prévention est absente. Alors que la politique de lutte contre le VIH relève de l'Etat¹¹ et que l'épidémie est active, on ne peut que constater l'insuffisance de son engagement.

I-1-1 La prévention de la transmission du VIH : un enjeu mal évalué

I-1-1-1 Une place encore imprécise dans la politique de santé

Depuis 2002, la prévention de la transmission du VIH s'inscrit dans un triple changement qui voit les objectifs prioritaires de prévention se multiplier, les modalités de financement se transformer et les compétences en matière de santé être redistribuées. Complétant certaines dispositions de la loi dite sur le droit des malades de mars 2002¹², la loi de santé publique

¹¹ Code de la santé publique, Article L. 3121-1, 1^{er} alinéa : « La lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine et contre les infections sexuellement transmissibles relève de l'Etat. ».

¹² Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, publiée au Journal Officiel du 5 mars 2002.

d'août 2004¹³ et la loi sur les libertés locales votée au même moment ont modifié l'environnement de la prévention du VIH. Le dépistage et la lutte contre les IST ont été recentralisés et des instances régionales ont été créées au sein desquelles une place a été accordée aux associations. Cette transformation des cadres de la décision et la participation de nouveaux acteurs a un effet sur l'organisation du financement, le tout devant s'inscrire dans les règles nouvelles de la loi d'orientation sur la loi de finances (LOLF). Ces transformations, mal comprises ou mal expliquées, rendent moins lisible la place accordée à la politique de prévention de l'infection à VIH dans la politique de santé¹⁴. La puissance publique doit être en mesure de clarifier ses objectifs, les compétences des différents acteurs et les règles du financement des actions.

- *Le choix des objectifs de la lutte contre l'épidémie d'infection à VIH*

L'imprécision de la place accordée à la prévention du VIH dans la politique de santé se traduit d'abord dans les objectifs de la lutte contre l'épidémie de VIH et les indicateurs retenus pour leur évaluation. La loi de santé publique prévoit la définition tous les cinq ans des objectifs de la politique de santé publique, accompagnés d'un rapport d'objectif. Dans la loi en vigueur actuellement, le rapport présente une liste de cent objectifs dont l'infection à VIH fait partie. En ciblant des données sur l'évolution de l'infection, l'objectif retenu sert la prévention secondaire : réduire l'incidence des cas de sida à 2,4 pour 100 000 en 2008. L'objectif de prévention primaire de la réduction des transmissions, avec pour indicateur les nouvelles infections dépistées, n'apparaît pas. Au moment de l'élaboration de la loi, la notification obligatoire de l'infection à VIH était dans une phase de mise en œuvre, ce qui peut expliquer le choix d'un indicateur mesuré depuis longtemps qui est celui des cas de sida. Aujourd'hui, il serait souhaitable qu'un objectif de prévention primaire apparaisse. Par ailleurs, une certaine confusion sur les objectifs de la politique de prévention du VIH apparaît si l'on s'intéresse au programme 204 « Santé publique et prévention » du projet de loi de finances 2006. L'objectif retenu pour le VIH, et par conséquent les indicateurs, sont différents. L'objectif n° 6 de ce programme est de « renforcer l'adoption de comportements de prévention du VIH/sida ». Les indicateurs retenus concernent les usages du préservatif et la reconnaissance des campagnes¹⁵. Ainsi, on constate des objectifs différents, tous légitimes, mais qui ne concernent pas la transmission de l'infection à VIH, ou bien de manière indirecte avec l'adoption des comportements de prévention. Ces différences entre les objectifs et les indicateurs, comme l'absence de la transmission du VIH, sont révélatrices de cette imprécision de la place accordée à la prévention de la transmission dans la politique de santé. Une meilleure cohérence entre les objectifs relatifs au VIH dans le rapport d'objectif de la loi de santé publique et dans le programme « santé publique et prévention » est nécessaire. Surtout, l'objectif de prévention primaire qu'est la réduction de la transmission du VIH doit apparaître.

¹³ Loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, publiée au Journal Officiel du 11 août 2004.

¹⁴ Inspection générale des affaires sociales, *Rapport annuel 2003. Santé, pour une politique de prévention durable*, Paris, La Documentation française, 2003, p. 123. Ces remarques peuvent s'étendre à toute politique de prévention, ce qui serait « le signe d'une culture de la santé publique insuffisamment diffusée ».

¹⁵ Indicateur n° 1 : pourcentage des jeunes de 15 à 26 ans ayant utilisé un préservatif lors de leur premier rapport. Indicateur n° 2 : pourcentage des jeunes de 18 à 24 ans ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport. Indicateur n° 3 : taux de reconnaissance des campagnes de prévention SIDA par les publics cibles.

- *Des compétences mal identifiées au niveau central, déconcentré et régional*

Le ministère de la santé, et la direction générale de la santé en son sein, a la tâche de définir les programmes de lutte contre le VIH. Cependant, d'autres acteurs du système de santé participent à la mise en œuvre de la politique de prévention sans que leur place soit toujours très lisible. Les services déconcentrés, mais aussi les collectivités territoriales, contribuent également à sa définition et à sa mise en œuvre. Les relations entre ces échelons de l'Etat ou entre l'Etat et ces autorités locales ne sont pas toujours claires, du fait d'un manque de lisibilité, de cohérence de l'Etat, ou du fait d'évolutions législatives récentes qui méritent d'être accompagnées.

Au niveau de l'Etat central, la direction générale de la santé se charge de l'élaboration des programmes de lutte contre le VIH et des déclinaisons des programmes de prévention¹⁶. Les interlocuteurs au niveau de la DGS, ou d'autres directions comme la DHOS ne sont pas toujours clairement identifiés et le personnel semble trop peu nombreux. Ces faiblesses marquent un désintérêt de l'Etat pour le VIH. Il faut noter que, comme cela est souligné dans le rapport du Plan¹⁷, le bureau 6A "Lutte contre le VIH" de la DGS dispose de peu d'effectif, mais surtout qu'il n'apparaît pas dans ce bureau rattaché à la sous direction "Santé société" de personne chargée spécifiquement de la prévention. Cela suppose donc des difficultés tant pour rédiger le programme que pour intégrer les propositions qui peuvent être suggérées par des acteurs de la prévention.

L'avant dernier programme de lutte contre le VIH couvrait la période 2001-2004 et avait bénéficié d'une concertation large¹⁸. Ses lignes directrices avaient pour objectifs l'élaboration de programmes pour les groupes prioritaires, le maintien de la prévention en population générale et l'élargissement de l'accès à la prévention et au dépistage. Pour la première fois, les personnes étrangères apparaissent ainsi en tant que population cible et des régions prioritaires sont identifiées¹⁹. Plus récemment, pour la période 2004-2006, la DGS a publié un programme orienté vers les étrangers²⁰. La partie consacrée à la prévention met l'accent sur les campagnes de communication, s'intéresse à la prise en charge de la grossesse et à la prévention auprès des patients séropositifs.

En revanche, pour le programme 2005-2008, la concertation organisée par la DGS a été plus tardive, ce qui a rendu difficile l'intégration des remarques puisqu'elles ne pouvaient que prendre la forme d'une critique d'un document presque achevé. La DGS a un rôle de pilotage, mais n'a pas encore intégré pleinement certains principes mis en avant par l'évolution du système de santé, notamment la participation des personnes atteintes. Cette imprécision dans la conduite de l'élaboration du programme de lutte renforce le sentiment d'une attention moindre à la lutte contre le VIH.

Au niveau déconcentré, la perception des compétences des services régionaux et des départements est troublée par les évolutions récentes des attributions. Les services

¹⁶ Direction générale de la santé, *Programme d'actions de prévention de l'infection VIH/sida et M.S.T. en France pour les hommes ayant des rapports avec les hommes pour les années 2001-2004*, novembre 2001. Direction générale de la santé, *Programme national de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers/migrants vivant en France, 2004/2006*.

¹⁷ Conseil national de l'évaluation, Commissariat général du Plan, *La politique de lutte contre le sida 1994-2000*, rapport de l'instance d'évaluation de la politique de lutte contre le sida 1994-2000, novembre 2002.

¹⁸ Audition CNS.

¹⁹ Il s'agit des régions : Ile-de-France ; Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Rhône-Alpes ; Aquitaine ; Midi-Pyrénées ; Languedoc-Roussillon ; Guadeloupe ; Martinique ; Guyane.

²⁰ Direction générale de la santé, *Programme national de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers/migrants vivant en France, 2004/2006*.

déconcentrés ont su adapter les programmes nationaux. Certaines DDASS peuvent faire preuve d'innovation et développer des programmes spécifiques, comme celle de Paris²¹ qui avait préparé avec les associations la mise en œuvre des actions. La DRASS PACA a su également définir des déclinaisons régionales des programmes nationaux. Dans d'autres départements où la situation épidémiologique est bien différente, des efforts similaires de mise en relation des acteurs sont effectués²². Dans les cas cités, l'engagement de l'Etat apparaît clairement, mais dans de nombreux autres départements ou régions, la charge de travail des médecins inspecteurs de santé publique (MISP) ne permet pas ces efforts ou bien les choix ne sont pas les mêmes. Ainsi, la diffusion des préservatifs par les MISP répond selon les départements à des logiques très différentes, entre une logique adaptée aux enjeux locaux et une logique visant à répondre uniquement à la demande. La distribution des préservatifs est parfois perçue comme un fardeau dont il faut se débarrasser et non comme un moyen de communication sinon de prévention. Sur cette question des préservatifs, le circuit de commande qui fait appel à l'INPES et aux DDASS n'a pas manqué de susciter des interrogations sur les responsabilités des uns ou des autres dans le mauvais fonctionnement du système.

La loi de santé publique a donné un cadre régional à la politique de santé publique. Un plan régional de santé doit être arrêté par l'Etat, après l'avis d'une Conférence régionale de santé qui a pour mission l'évaluation des objectifs régionaux de santé publique²³. Ce plan régional de santé sera mis en œuvre par un Groupement régional de santé publique, dans lequel seront présent les acteurs nationaux et régionaux intéressés par la santé²⁴. Le Préfet de région définit les modalités de mise en œuvre « en tenant compte des spécificités régionales »²⁵. Les objectifs nationalement définis bénéficient donc d'une planification et d'une mise en œuvre adaptée au niveau régional. La lutte contre l'infection à VIH, hormis dans les régions prioritaires, fera donc l'objet d'arbitrages au même titre que les autres objectifs. Le rapport d'objectif de la loi de santé publique présente une série de cinq plans stratégiques pour la période 2004-2008, dont le plus connu est celui de la lutte contre le cancer, les autres portant sur la violence et les conduites addictives, la santé et l'environnement, les maladies chroniques et la prise en charge des maladies rares²⁶. La prévention de l'infection à VIH au niveau régional entre donc en concurrence avec ces programmes.

Votée en août 2004, la loi est progressivement mise en œuvre, mais ses implications au niveau local n'apparaissent pas toujours clairement ni aux associations, hormis à celles qui disposent des compétences pour suivre ces transformations, ni même parfois aux agents de l'Etat. Les rôles et compétences des instances régionales sont énoncés dans la loi, mais les compétences des acteurs de la santé ou de la prévention peuvent être définies dans les textes

²¹ DASS de Paris, *Programme d'actions de prévention de l'infection VIH/sida pour les hommes ayant des rapports avec les hommes*, décembre 2001.

²² Audition CNS.

²³ Article L. 1411-11 et L 1411-12 du Code de la santé publique.

²⁴ Article L. 1411-14 du Code de la santé publique. L'article L 1411-15 en donne la composition : l'Etat, l'InVS, l'INPES, l'ARH, la région (ou les collectivités territoriales de Corse et Saint Pierre et Miquelon), les départements, communes ou groupements de commune, l'URCAM, la CRAM, la Caisse générale de sécurité sociale.

²⁵ Article L. 1411-10 du Code de la santé publique.

²⁶ Rapport d'objectif de santé publique, annexe de la Loi 2004-806 du 9 août 2004. Les intitulés exacts sont, pour chaque plan national : lutte contre le cancer ; lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risques et des conduites addictives ; lutte pour limiter l'impact sur la santé des facteurs de l'environnement ; lutte pour améliorer la qualité de vie de personnes atteintes de maladies chroniques ; pour améliorer la prise en charge des maladies rares.

sans pour autant être connues, reconnues ou comprises. Pour cette raison, des clarifications doivent être apportées pour les acteurs de la prévention qui vont devoir inscrire leur action dans ce nouveau paysage.

- *L'INPES : un rôle inconfortable, des missions incertaines*

Créé en 2002, l'INPES a pour mission de mettre en œuvre la politique de prévention, mais le rôle et les missions de cet établissement public administratif s'avèrent insatisfaisants pour presque tous les acteurs de la santé, son autonomie et sa position étant mal définies, comme sa stratégie et son rôle dans le financement des actions²⁷. L'INPES a modifié le paysage de la prévention en France en marquant une rupture avec l'organisation pyramidale existante précédemment. Le Comité français d'éducation à la santé, une association, était au sommet d'une organisation dont les Comités régionaux d'éducation à la santé et les Comités départementaux constituaient la base. Cette transformation d'une structure associative en structure administrative a substitué à une logique d'association réactive une logique d'établissement public aux règles de fonctionnement plus lourdes. C'est notamment le cas avec la contrainte exercée par le respect du cadre des marchés publics pour les appels d'offre. La régionalisation promue par la loi de santé publique ne s'est pas accompagnée d'une mise en place de liens formels entre un institut national et des relais régionaux ou départementaux.

L'INPES a également modifié le paysage de la prévention par les rôles qui lui sont attribués (mise en œuvre des programmes, expertise et conseil, développement de l'éducation à la santé, formation à l'éducation à la santé, gestion des situations d'urgence) qui en font un partenaire de la DGS. Dans un premier temps, les missions de l'INPES ont été définies par la loi relative aux droits des malades²⁸, puis elles ont été reprises pour être présentées un peu différemment dans la loi relative à la politique de santé publique de 2004²⁹. On note que la mission de mise en œuvre des programmes de santé publique est la première des missions indiquées dans la loi de 2004, ce qui n'était pas le cas en 2002. Les missions de l'INPES ont pu être ensuite complétées en confiant à l'institut la gestion des automates distributeurs de seringues par exemple. Ces définitions successives des missions, dans deux lois, auxquelles d'autres ont été ajoutées hors cadre législatif, contribuent probablement à ce que le rôle de cet institut dans la santé publique ne soit pas pleinement reconnu par les autres intervenants. Le rapport de l'IGAS sur la prévention³⁰ souligne que certaines compétences de l'INPES ne devraient pas lui être attribuées et qu'il devrait rester une administration de mission et assumer une fonction d'expertise. Par exemple, le versement de subventions aux associations, confié par la DGS à l'INPES, est considéré comme une erreur dans ce rapport³¹, même si l'on conçoit mal comment pourraient être mis en œuvre des programmes sans capacité de financement. L'autre élément d'inconfort pour l'INPES est la tutelle exercée par le ministre chargé de la Santé, alors que la CNAM alimente majoritairement son budget à hauteur de 75

²⁷ Article L. 1417-1 du code de la santé publique : « Un établissement public de l'Etat dénommé Institut national de prévention et d'éducation pour la santé a pour mission : de mettre en œuvre, pour le compte de l'Etat et de ses établissements publics, les programmes de santé publique prévus par l'article L. 1411-6 ». L'INPES doit également exercer une fonction d'expertise et de conseil et assurer le développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique.

²⁸ Article 79 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

²⁹ Article 7 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

³⁰ IGAS, *Rapport annuel 2003, op. cit.*

³¹ *Idem*, p. 314. Les appels à projet concernent ceux visant : la réduction de l'incidence dans les populations prioritaires ; la diminution du retard au dépistage ; la prévention et le dépistage des IST.

%³². Cela brouille sa position dans le paysage des institutions de santé. Cette confusion sur les liens de l'INPES avec les administrations ou les institutions du système de santé est accentuée par le fait que le ministère de la Santé n'est pas son seul donneur d'ordre, mais aussi les ministères de l'Education nationale, du Travail ou de l'Equipeement. L'INPES se voit déléguer des missions sans bénéficier de l'autonomie nécessaire à son action, la tutelle ne lui permettant pas de contrôler son agenda interne et de définir un document d'orientation stratégique. Les missions de cet institut doivent être précisées pour clarifier ses relations avec les autres institutions du système de santé.

- *L'évolution perturbante des cadres du financement*

Les transformations de la politique de santé publique touchent aussi la manière dont les actions de prévention sont financées. Aujourd'hui, les imprécisions qui entourent la prévention sont accentuées par la diversité des financements possibles. Cette diversité est nécessaire, mais elle manque de lisibilité. Les modes de financement de la prévention de l'infection à VIH ont régulièrement évolué avec l'épidémie et selon ce que l'on estimait être le mode de réponse le plus adapté. La création de l'AFLS en 1989 vise ainsi à afficher l'engagement de l'Etat contre l'épidémie et l'agence met en place des appels d'offre pour financer les actions des associations. Une fois les insuffisances de l'Etat surmontées, le financement reviendra à la DGS qui est devenue entre temps en mesure de contrôler l'action des associations³³. La création de l'INPES marque une nouvelle étape dans cette évolution avec la gestion des subventions aux associations pour les actions de prévention confiée à l'INPES par la DGS, à laquelle s'ajoute l'échange de seringues et la diffusion des préservatifs. Au niveau de l'Etat, on a donc deux bailleurs qui apportent des subventions. Ces deux sources de financement, bien que répondant à des logiques différentes, entretiennent la confusion.

Les DRASS disposent aujourd'hui des attributions de subvention pour financer les associations, détenues auparavant par les DDASS. Ces dernières émettent aujourd'hui un avis sur les projets, ce qui est utile dans la mesure où elles disposent de la connaissance du terrain, assurant le suivi sans l'exécution. Cette remontée de l'attribution des DDASS aux DRASS est cohérente avec la régionalisation de la santé publique et la création d'instances régionales. Cependant, même si les personnels compétents ont pu suivre ce mouvement du département vers les régions, les associations locales peuvent perdre de vue leurs interlocuteurs. La proximité du terrain assurait aux DDASS un bon suivi des actions de prévention financées. Le lien entre les DRASS et les acteurs locaux doit être cultivé.

Dans le cadre régional mis en place, les associations seront mises en concurrence pour la définition des choix entre les différents programmes de santé. Dans le même temps, l'entrée en vigueur de la LOLF modifie profondément les règles de financement en instaurant des règles de contrat d'objectif dont l'évaluation conditionnera le renouvellement des subventions. Ainsi, les règles d'attribution financière changent les modalités de la négociation au niveau régional ou au niveau du cadre légal. Il est donc nécessaire d'apporter l'information utile à la compréhension des implications de cette loi non seulement sur le financement associatif, mais aussi sur le mode de gestion interne des associations.

³² Audition CNS. Sur l'équilibre des compétences pour la prévention entre la CNAM et l'INPES, voir IGAS, *Rapport annuel 2003*, p. 119-120.

³³ Pinell P., *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France, 1981-1996*, Paris, PUF, coll. Science, histoire et société, 2002, pp. 197-199.

I-1-1-2 Des réponses faibles pour une épidémie active

L'épidémie de VIH est active en France et si l'Etat a mis en œuvre des campagnes de prévention et des financements pour des actions de terrain, il manque de sa part un affichage fort de sa volonté d'agir pour ralentir les transmissions du VIH. Que ce soit au niveau des actions dirigées vers les personnes ou au niveau des campagnes, les choix semblent faibles et attentistes au regard des données épidémiologiques. Ainsi, la mobilisation en faveur des personnes originaires d'Afrique sub-saharienne doit être fermement soutenue. De même, la préoccupation suscitée par le maintien des transmissions chez les gais doit conduire à des mesures réglementaires pour garantir l'accès au matériel de prévention dans tous les lieux publics. Enfin, il manque aujourd'hui, dans les campagnes, la volonté explicite et systématique de s'adresser de manière distincte à ceux qui vivent avec le VIH et à ceux qui sont exposés à un fort risque de transmission.

- *Des groupes à fort risque d'exposition à la transmission en manque de mobilisation*

La prévalence de l'infection à VIH en France est faible. L'ONUSIDA publie une évaluation de 0,4 % des personnes vivant avec le VIH³⁴. Outre que l'évaluation de la prévalence de la séropositivité est difficile³⁵, elle doit être nuancée et précisée au regard des groupes de transmission. Cette prévalence est bien plus importante si l'on considère le groupe des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, et les résultats de la notification obligatoire d'infection à VIH montrent que les personnes originaires d'Afrique subsaharienne constituent une part importante de celles qui découvrent leur séropositivité. Pour cette raison, il faut s'interroger à la fois sur les capacités de mobilisation des migrants et sur les possibilités d'une mobilisation gaie dans l'environnement actuel des cultures du sexe et des prises de risque.

Les derniers résultats de la surveillance de l'infection à VIH montrent que 50 % des femmes et 20 % des hommes qui découvrent leur infection sont originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne³⁶. Compte tenu de l'importance des transmissions dans ce groupe, il est nécessaire d'envisager une mobilisation associative active pour répondre à cette épidémie. Les associations de lutte contre le sida existantes reconnaissent les difficultés qu'elles rencontrent auprès de cette population, qu'il s'agisse de la capacité des militants associatifs à répondre aux besoins ou de la possibilité pour les étrangers de se mobiliser³⁷. C'est pourquoi les associations créées par des pairs apparaissent comme l'un des moyens à privilégier pour informer ces groupes. Néanmoins, si les associations qui rassemblent des personnes originaires d'Afrique sont nombreuses, avec des objectifs divers, culturels, sportifs ou d'aide au développement, très peu d'entre elles sont investies dans la prévention.

Ainsi, pour les actions auprès des publics maghrébins, on n'identifie que de très rares associations agissant dans le domaine spécifique de la lutte contre le VIH. A priori, seul le Comité des familles, qui refuse de s'inscrire dans le cadre des activités financées par l'Etat offre du soutien aux personnes atteintes et à leur entourage³⁸. Un autre acteur identifié est la FTCCR qui assure près des ports de la méditerranée des interventions destinées aux familles

³⁴ Onusida, *Report on the global Aids epidemic, 4th global report*, juin 2004, p. 197.

³⁵ Desenclos J.-C., Costagliola D., Commenges D., Lellouch J., "La prévalence de la séropositivité VIH en France", *BEH*, n° 11/2005, 15 mars 2005.

³⁶ IVS, *Surveillance du VIH – Données au 31 décembre 2004*, www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/default.htm.

³⁷ AIDES, *Etat des lieux migrants 2004*, non daté.

³⁸ Audition CNS.

maghrébines embarquant pour leurs vacances. Pour les populations originaires d'Afrique subsaharienne, certaines associations contribuent aux actions de prévention en permettant par exemple la diffusion d'information lors des soirées festives. Certaines, créées pour des ressortissants d'Afrique centrale, interviennent dans les bars. D'autres accueillent surtout des femmes et ou bien rassemblent des médecins africains travaillant en foyer. Ces quelques associations bien identifiées ne couvrent qu'une partie des besoins, alors qu'il faudrait un éventail large d'actions que ce soit vers les femmes prostituées, les hommes seuls en foyer, et qui seraient adaptées à des modes de vie différents suivant le pays d'origine et des conditions de vie qui ne sont pas identiques pour tous. La diversité des quelques associations qui ont gagné en visibilité montrent bien ce besoin d'actions variées. Celles-ci doivent donc aujourd'hui être soutenues, même si elles nécessitent une multitude d'opérateurs. Ce soutien s'envisage en particulier dans le cadre d'un partenariat avec des grandes associations qui par leur compétence que ce soit en termes d'élaboration des actions, de gestion et de finances, peuvent les appuyer. A titre d'exemple, une importante association comorienne de Marseille a développé une action remarquable contre le VIH appuyée par AIDES.

Les migrants vivent et travaillent dans notre société. L'association Arcat a développé des actions de prévention ou d'information dans les entreprises, mais elles se déroulent ponctuellement et visent essentiellement à la sensibilisation contre la discrimination³⁹. Les travailleurs migrants sont très présents dans certains secteurs d'activité comme l'entretien et le nettoyage ou le bâtiment. L'Etat doit encourager ces entreprises ou les organismes représentant les intérêts de ces secteurs économiques à participer à la diffusion de l'information auprès d'une population à fort risque d'exposition à la transmission. D'autant que de nombreux outils existent, ceux-ci ayant fait d'ailleurs l'objet d'une élaboration en concertation avec la Direction des relations du travail du ministère de la Santé, sans que jamais la diffusion de ces outils n'ait été assurée par l'Etat⁴⁰.

La prévalence du VIH chez les gais est évaluée entre 12 % et 14 %⁴¹ et la diffusion du VIH par rapports homosexuels représente une part importante des nouveaux diagnostics. Les données sur les comportements de "l'Enquête presse gaie" indiquent que les comportements à risque chez les homosexuels sont plus fréquents que par le passé. Le nombre de personnes qui déclarent une pénétration anale non-protégée est en augmentation constante, de près de 70 % entre 1997 et 2004⁴². Ces prises de risque sont les plus importantes chez les hommes séropositifs (49 % d'entre eux) et ceux qui ne connaissent pas leur statut (45 % d'entre eux). Ainsi, les transmissions se poursuivent chez les homosexuels, les prises de risque augmentent et aux infections par le VIH s'ajoutent d'autres IST ou des coinfections au VHC par exemple⁴³. Dans un communiqué de presse du 26 juin 2005, l'inter LGBT annonce une

³⁹ Les entreprises partenaires appartiennent à des secteurs d'activité très différents comme Axa, Lafarge, Sony, La Poste, Total ou Monoprix. Voir www.arcat-sida.org/actions/entreprise.php.

⁴⁰ AIDES, AGEFIPH, Ministère de l'Emploi et de la solidarité, *Guide de sensibilisation VIH et milieu de travail et Savoir pour agir : VIH et milieu de travail*, 2001.

⁴¹ InVS, *Infection par le VIH chez les homosexuels en France*, op. cit..

⁴² Institut de Veille Sanitaire, Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales, *Premiers résultats de l'Enquête Presse Gay 2004*, 22 juin 2005, pp. 17-18 : « La part des répondants ayant eu au moins une pénétration anale non protégée dans les 12 derniers mois avec des partenaires occasionnels étaient de 19,5 % en 1997, s'élevait à 25,9 % en 2000 pour atteindre 33,2 % en 2004. »

⁴³ Gambotti L., "Acute hepatitis C infection in HIV positive men who have sex with men in Paris, France, 2001-2004", *Eurosurveillance*, 10 (4-6), 2005, pp. 115-117. van de Laar M.J.W., Fenton K.A., Ison C., "Update on the European mymphogranuloma venereum epidemic among men who have sex with men", *Eurosurveillance*, 10 (4-6), 2005, pp. 134-135.

responsabilisation nouvelle dans la lutte contre le VIH⁴⁴. Il apparaît en effet important que l'ensemble des associations gaies se mobilise plus clairement en faveur de cette lutte, parallèlement à celle contre les discriminations persistantes dont les gais font l'objet en France.

L'augmentation notable des prises de risque, l'apparition d'IST comme la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) demandent de la part de l'Etat une réponse claire en faveur de la prévention chez les gais. L'Etat doit manifester son attachement à la lutte contre le VIH en mettant en œuvre une recommandation proposée dans le plan national de lutte contre le VIH 2001-2004. Il s'agit de l'utilisation du code de la consommation et du code de la santé publique pour rendre obligatoire la mise à disposition du matériel de prévention dans les établissements commerciaux de sexe⁴⁵. L'augmentation notable des prises de risque, l'apparition d'IST comme la LGV demandent de la part de l'Etat une réponse claire en faveur de la prévention chez les gais. Assurer l'accès de tous au matériel de prévention dans ces établissements permettrait de répondre à la persistance des transmissions, sans pour autant être une mesure attentatoire aux libertés. Par ailleurs, les rencontres sur les lieux de drague extérieurs existent toujours. Il est donc important de ne pas délaisser ces lieux et de soutenir des actions vers les personnes qui les fréquentent.

De même, ces mesures doivent concerner les établissements commerciaux de sexe qui s'adressent aux hétérosexuels ou aux bisexuels. Il est particulièrement regrettable que les responsables des établissements qui s'adressent aux hétérosexuels, sauf exceptions locales, ne montrent pas le même intérêt pour la prévention qu'une partie des établissements gais. Un cadre réglementaire doit permettre d'assurer la disponibilité du matériel de prévention pour tous dans les lieux offrant la possibilité d'avoir des relations sexuelles.

- *Des outils à mieux exploiter*

L'Etat dispose d'outils insuffisamment exploités comme les campagnes d'information et de prévention et comme le système de santé. Pour la population dite "générale", les messages de prévention du ministère sont principalement diffusés *via* la télévision à l'occasion du 1^{er} décembre, journée mondiale de la lutte contre le sida. Cette sensibilisation peut également passer par les messages délivrés lors des appels aux dons des Sidaction. Ces campagnes, produites par l'INPES, restent cependant limitées dans le temps et s'adressent à différentes cibles, hétérosexuels, homosexuels et migrants. En 2004, on peut relever l'innovation qu'a représenté un spot présentant les nombreux effets indésirables des traitements. Certains médias permettent de diffuser des messages vers des populations spécifiques. Ainsi, RFI, TV5, des radios locales dans les DOM, ou celles qui s'adressent aux populations africaines en métropole, peuvent diffuser des messages de prévention, messages qui bénéficient de la

⁴⁴ Communiqué de presse du 26 juin 2005 de l'Inter-LGBT, "La Marche des fiertés lesbiennes, gaies, bi et trans rassemble 700 000 personnes - L'Inter-LGBT demande au Premier ministre d'agir pour l'égalité".

⁴⁵ *Plan national de lutte contre le VIH/sida, 2001-2004*, p. 11 : « Les patrons d'établissements seront appelés à se conformer aux règles d'hygiène, à assurer la distribution effective, large, gratuite et adaptée des préservatifs et du gel conformément au code de la consommation (article L. 221-1) et accepteront l'intervention des associations de prévention. Le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France sera interrogé sur les éventuelles mesures d'urgence à prendre ou à faire respecter conformément à l'article L. 1311-4 du code de la santé ; à Paris, un groupe de travail réunissant la DDASS, la Préfecture, la DGCCRF, la Préfecture de police et le service d'hygiène de la Mairie sera réuni pour organiser le contrôle de l'application de la réglementation existante et des mesures préconisées par le CSHPF ; la charte d'engagement autour de la prévention et de l'hygiène des responsables d'établissement, élaborée par le SNEG, intégrera les recommandations. »

contribution de personnalités et d'artistes⁴⁶. D'autres supports existent, comme les vidéos, permettant la diffusion de films destinés aux populations d'Afrique subsaharienne (Moussa le taximan) ou maghrébine (Houria). Ces supports sont utilisés par les associations qui s'en servent comme base de discussion. Les affiches et brochures publiées et mises à disposition sont également nombreuses et variées : affiches, dépliants, cartes postales, et ce pour les publics des DFA, les hommes ayant des pratiques homosexuelles ou les migrants d'Afrique sub-saharienne. Les documents peuvent être également diffusés en de nombreuses langues et élaborés conjointement avec des associations⁴⁷. Les outils disponibles peuvent être très variés, mais la diffusion des informations sur des supports grand public reste rare. Des campagnes de communication émanant d'autres acteurs, comme la ville de Paris ou des associations, viennent utilement compléter la production publique. Il est regrettable que dans les publications comme Têtu, il n'y ait pas de diffusion régulière de messages de prévention émanant de l'INPES.

De plus, en dépit de cette diversité des supports et des messages, on constate l'absence de discours distincts pour les personnes séropositives ou séronégatives au VIH. Pourtant, la valorisation des comportements de prévention repose sur des logiques nécessairement différentes pour les personnes vivant avec le VIH et celles qui risquent d'être exposées à la transmission. De la même manière, l'abandon, temporaire ou non, des pratiques de prévention repose sur des mécanismes différents. La perception de la gravité de l'infection par le VIH a pu évoluer du fait de l'impact des traitements et de l'analogie établie avec les maladies chroniques. Toutefois, il semble utile de donner une vision plus réaliste de la vie avec le VIH, qui se traduit en premier lieu par une perte d'autonomie, non seulement à cause du traitement à vie qui l'accompagne, mais aussi parce que l'infection à VIH modifie les relations amicales, familiales et professionnelles.

Les établissements hospitaliers doivent également participer à la prévention primaire de l'infection à VIH dans le cadre de la prise en charge globale. Le rôle que peut jouer l'équipe soignante dans la prévention a été souligné dans la version 2002 du rapport Delfraissy. La prévention est présentée comme un devoir pour les soignants et différentes stratégies sont proposées pour aborder cette question avec les personnes atteintes⁴⁸. Ces recommandations ont été semble-t-il peu suivies, et les médecins de ville apparaissent particulièrement absents de l'action de prévention. Ce manque de prévention auprès des personnes atteintes est mis en relief par la préparation très tardive, fin 2005, au regard de l'ancienneté de l'épidémie – plus de vingt ans – d'une circulaire relative aux missions de prévention et d'éducation pour la santé du patient suivi pour infection par le VIH dans les établissements de santé. Les COREVIH nouvellement créés ont une mission de prévention et constituent donc l'opportunité d'accompagner le travail de prévention vers les personnes atteintes. Des expériences de groupes de parole sur l'estime de soi ou sur les problèmes sexuels montrent que ces échanges favorisent l'émergence de discussions sur la prévention⁴⁹. A la lumière de ces expériences, les services qui accueillent les personnes atteintes peuvent contribuer à la prévention primaire dans le cadre de la prise en charge globale, plutôt que dans celui d'une consultation de prévention.

⁴⁶ On peut citer par exemple Jocelyne Beroard, Rokia Traoré, Firmine Richard ou encore Sonia Rolland ou Christine Kelly.

⁴⁷ Un mode d'emploi du préservatif masculin est ainsi disponible en vingt et une langues dont : l'arabe, l'espagnol, le bulgare, le polonais, le mandarin, le créole haïtien.

⁴⁸ Delfraissy J.-F., dir., *Prise en charge des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts*, Paris, ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, Flammarion, Coll. Médecine-Sciences, 2002, voir notamment p. 292.

⁴⁹ Groupes de parole de l'Hôpital Georges Pompidou.

Par ailleurs, les établissements hospitaliers délivrent des traitements d'urgence en cas d'accident d'exposition sexuel. Outre que ces traitements doivent être faciles d'accès et ne pas susciter de la part du personnel médical d'attitude désobligeante à l'égard de la personne, il est nécessaire de prévoir la délivrance d'une information et d'une orientation vers des associations. La prescription d'un traitement post exposition, après un accident d'exposition sexuel, doit pouvoir être l'occasion de trouver un soutien, surtout si la personne qui le demande rencontre des difficultés à se protéger. Enfin, certains établissements de soins doivent adopter une politique spécifique de prévention comme les établissements psychiatriques. Les efforts fournis par certains médecins depuis plusieurs années ont permis de souligner à la fois l'importance d'une politique de prévention en milieu psychiatrique et les difficultés que cela peut soulever pour les personnels de santé et de direction. Les règlements intérieurs proscrirent les relations sexuelles comme l'usage de drogues, ce qui ne peut tenir lieu d'une politique de prévention. Les responsables de ces établissements ne peuvent que difficilement considérer que ces pratiques sont adoptées par les personnes vivant dans ces établissements. Aussi, les expériences existantes dans les établissements psychiatriques doivent être étendues à l'ensemble des établissements⁵⁰.

I-1-2 La prévention à l'Education nationale : une absence remarquée

Parallèlement à ses missions d'enseignement disciplinaire, l'Education nationale, avec les établissements publics et sous contrat, est l'un des outils qui contribue à la formation des futurs citoyens. A ce titre, le désengagement de l'Etat en matière de prévention est flagrant dans la mesure où l'éducation à la sexualité et à la vie affective est soit laissée au bon vouloir des directeurs d'établissement et à la bonne volonté du personnel et des associations, soit cantonnée à des circulaires bien élaborées, mais inappliquées.

I-1-2-1 L'information lacunaire des adolescents scolarisés

En dehors de rares exceptions où elle est organisée au niveau de la région, l'information relative à la prévention de l'infection à VIH repose sur quelques personnes mobilisées dans les établissements. Celles-ci font appel aux associations qui ne sont pas en mesure de répondre à toutes les demandes et qui doivent faire leur travail d'information sur un sujet difficile, la sexualité, dans des conditions parfois inadaptées.

- *Des actions relevant d'initiatives individuelles*

Les actions de prévention ou d'information sont souvent organisées dans les établissements scolaires grâce à l'investissement personnel de l'infirmière scolaire, parfois d'un chef d'établissement ou d'un enseignant. Ces personnes prennent l'initiative d'inviter les associations à intervenir, et cela parfois depuis de nombreuses années. Dans ces cas, si la prévention est assurée dans l'établissement, l'organisation d'une journée ou de quelques heures consacrées à la prévention repose sur l'investissement de quelques personnes. Leur acceptation en dehors de ces situations particulières, même quand la proposition émane d'un membre de l'Education nationale, est susceptible d'être refusée par le chef d'établissement ou des représentants des parents. Ces oppositions relèvent des craintes relatives au contenu des

⁵⁰ Audition CNS.

messages délivrés, qui peuvent cependant être facilement levées en informant au préalable les personnels des établissements et les parents des objectifs et des contenus des interventions.

Ces interventions qui reposent sur des initiatives personnelles contrastent avec l'effort de formation des formateurs financée par le ministère de l'Éducation nationale sur la base d'un transfert des compétences associatives⁵¹. Jusqu'à présent, 10 500 personnes ont été formées en particulier des médecins, des infirmiers et infirmières scolaires, des enseignants de Science de la vie et de la terre (SVT), des conseillers principaux d'éducation (CPE). Il faudrait plus de moyens au niveau national, mais également une réelle adhésion des académies pour la mise en œuvre. Par exemple, sur les 30 académies, seules 22 équipes de pilotage ont été formées et ont organisé des actions de prévention. Le dernier bilan des collèges date de 2001 et montre que seulement 50 % de collèges sont concernés. Un bilan réalisé en 1997 faisait ressortir une demande des formateurs notamment pour une formation complémentaire, en méthodologie d'éducation à la sexualité et en enseignement scientifique. Depuis, 250 personnes ont été formées⁵², mais elles ne disposent pas plus que les associations d'un cadre prévu pour faire bénéficier les élèves de leur savoir. Les missions d'enseignement ne recoupent pas toujours celles de la prévention, même si elles peuvent se compléter. Le renvoi aux enseignements de biologie et sur la reproduction délivrés dans les cours des sciences de la vie n'est pas satisfaisant. En dépit de ces formations et de ces efforts, il n'existe pas de bilan des actions conduites, mais seulement un bilan des personnes formées sur la période 1997-2000. Par ailleurs, si l'INPES a une convention avec l'Éducation nationale, la mise en œuvre de la prévention dans les établissements repose sur une volonté de ces derniers ou de l'administration centrale.

- *Des associations qui suppléent difficilement l'éducation nationale*

Les campagnes qui s'adressent à la population générale sont relayées par des actions de contact direct auprès des adolescents et des jeunes adultes. Les interventions dans les lycées apparaissent ainsi comme la démarche la plus simple pour la diffusion des messages de prévention et d'éducation à la santé. Ces actions dans les lycées dépendent, on l'a vu, de l'engagement individuel, mais les quelques actions restent très inégalement réparties dans les régions et sont difficiles pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, quand elles ne sont pas sollicitées par un établissement, les propositions d'intervention ne sont pas toujours bien reçues, y compris quand elles émanent d'associations agréées par l'Éducation nationale pour faire ce travail. Il est en effet surprenant de constater que les agréments délivrés aux associations par le ministère ne permettent pas l'accès aux établissements. Les blocages peuvent donc se situer à plusieurs niveaux. Ces actions sont difficiles à conduire car, lorsqu'elles ont lieu, les intervenants doivent parfois enchaîner les séances d'information pour intervenir auprès de toutes les classes d'un niveau en une journée, ce qui ne permet pas de bons échanges.

Les associations ne disposent pas non plus d'un nombre suffisant de militants formés ou disposés à réaliser ces interventions. Il faut parfois que les intervenants pallient les manques de connaissances des élèves en biologie, et qu'ils abordent des questions sur la sexualité avec lesquelles les enseignants peuvent être mal à l'aise. Enfin, les interventions doivent s'adapter aux profils variés des élèves.

⁵¹ Audition CNS.

⁵² Audition CNS.

L'Education nationale doit non seulement s'ouvrir aux associations auxquelles elle délivre un agrément, mais les interventions des acteurs de prévention doivent être envisagées comme une partie des programmes. Cela suppose des interventions planifiées dans le temps, et non des actions exceptionnelles au cours desquelles un représentant d'une association intervient pendant une journée entière auprès de dizaines d'élèves. Au moins, l'éducation à la sexualité et la prévention devrait être inscrite dans le projet d'établissement, ce qui nécessite un travail préalable avec les proviseurs.

I-1-2-2 Rendre effective l'éducation à la sexualité et la prévention

En dépit du tableau qui vient d'être brossé, le ministère de l'Education nationale a produit des circulaires relatives à l'éducation affective et sexuelle, mais leur mise en œuvre fait défaut. La prévention de l'infection à VIH doit s'inscrire dans une éducation à la santé comprenant l'éducation à la sexualité. Elle doit être encadrée et validée et pour cela inscrite dans les programmes, seul moyen efficace de son application. Cela permettrait de mieux préparer les établissements à la réception des circulaires envoyées à la veille des 1^{er} décembre et qui rappellent l'importance de préserver un bon niveau d'information des élèves⁵³.

- *Des circulaires nombreuses mais sans effet*

La prévention contre le VIH est intégrée au sein d'une éducation à la sexualité qui comprend également la prévention à l'égard des violences sexuelles. Le ministère de l'Education nationale, à son niveau central, conduit une réflexion constante sur l'éducation à la santé, à la sexualité et sur la manière dont on doit l'inscrire dans le travail éducatif ou bien l'associer avec d'autres enjeux, qu'il s'agisse des relations aux autres ou les violences sexuelles. Ces réflexions sont traduites dans des circulaires qui visent à les expliquer ou à rappeler comment un article d'une loi doit trouver sa place dans les enseignements. Malheureusement, l'impact de ces circulaires semble sans effet, compte tenu de ce qui vient d'être dit plus haut. Les circulaires abordent l'éducation à la sexualité d'une manière large comme celle du 19 novembre 1998⁵⁴. Les dimensions relationnelles de la sexualité sont largement abordées et elles comprennent des objectifs spécifiques sur l'image de soi, la relation à l'autre, le droit à la sexualité, l'éducation à la responsabilité. Autant de points essentiels à la prévention. Cette intégration de l'éducation à la sexualité dans un ensemble large a été étendue par la réflexion qui a conduit à proposer une éducation à la sexualité tout au long de la scolarité et modulée selon les niveaux d'enseignement. La circulaire de 1998 a ainsi été remplacée par celle de février 2003 sur l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées⁵⁵. L'éducation à la sexualité doit permettre d'articuler les connaissances scientifiques avec une réflexion sur la responsabilité individuelle, familiale et sociale. Cette circulaire rappelle les termes de l'article 22 de la loi du 4 juillet 2001⁵⁶ sur l'IVG qui prévoit

⁵³ Circulaire n° 2004-206 du 12 novembre 2004, , *Journée mondiale de lutte contre le sida : 1^{er} décembre 2004*. Circulaire n° 2003-202 du 17 novembre 2003, *Journée mondiale de lutte contre le sida : 1^{er} décembre 2003*. Circulaire 2002-262 du 22 novembre 2002, , *Journée mondiale de lutte contre le sida : 1^{er} décembre 2002*.

⁵⁴ Circulaire n° 98-234 du 19 novembre 1998, Education à la sexualité et prévention du sida.

⁵⁵ Circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003.

⁵⁶ L'article 22 de la loi 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception complète le code de l'éducation avec l'article L312-16 : « Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et des personnels des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2212-4 du code de la

pour les élèves trois séances obligatoires par an d'éducation à la sexualité. Elle précise les modalités de mise en œuvre de ces séances pour lesquelles les thèmes le plus souvent abordés sont ceux de la mixité, du respect mutuel et de la prévention du sida. L'affirmation de l'inscription de l'éducation à la santé dans un cadre global a été réaffirmée avec la circulaire du 1^{er} décembre 2003⁵⁷ sur le programme quinquennal de prévention et d'éducation qui précise dans son préambule : « la prise en compte de la santé des élèves ne peut être l'affaire de quelques spécialistes mais concerne l'ensemble de la communauté éducative. Aussi, la promotion de la santé en faveur des élèves est-elle indissociable de la politique éducative globale ». Le Point 3.2 "Développer l'éducation à la sexualité", renvoie à la circulaire du 17 février 2003 et à la loi de juillet 2001. Il y est précisé que les documents de support pour la discussion seront actualisés, et de fait la brochure pour les lycées intitulée *10 questions sur le VIH/sida* préparée avec la Direction générale de la santé a été actualisée en 2004⁵⁸. En dépit de la mise à jour de ces documents, circulaires et brochure, qui présentent une réflexion réelle sur la place de la santé dans le travail éducatif, l'incidence sur le travail d'information réalisé au sein des établissements scolaires reste faible.

- *Une éducation qui manque dans les programmes*

Dans d'autres pays, des préoccupations similaires ont fait l'objet de réponses différentes. Ainsi, les enseignants au Canada ont bénéficié de formations à la prévention à la santé, mais cela n'a pas permis de constater une plus grande implication de leur part dans l'éducation à la santé des élèves. Cette sensibilisation est probablement nécessaire, mais pas suffisante, pour que les élèves bénéficient d'action d'information. En France, l'édifice normatif existe avec les circulaires, mais les financements nécessaires sont absents et la volonté de contrôler son application n'est pas manifeste. Par conséquent, afin de rendre effective l'éducation à la sexualité dans le cadre d'une éducation globale à la santé, elle doit être inscrite dans les programmes, seul moyen existant aujourd'hui pour qu'une information soit délivrée aux élèves. Cette éducation doit envisager la prévention dans son sens le plus large et contribuer à la prévention des IST, des grossesses non désirées, améliorer les relations garçon-fille, le respect de l'autre et des sexualités comme cela est énoncé dans les circulaires précitées. Il existe aujourd'hui un brevet informatique et internet validé en fin de classe de troisième et auquel un volume horaire a été défini et échelonné sur les différentes années de collège. Un brevet construit sur ce modèle doit être envisagé pour l'éducation à la santé et sa dimension d'éducation à la sexualité.

En faisant de l'éducation à la sexualité, dans le cadre d'une éducation à la santé, un enseignement validé, l'Etat afficherait son engagement en faveur de la prévention des IST et de la santé en général.

santé publique ainsi que d'autres intervenants extérieurs conformément à l'article 9 du décret n° 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement. Des élèves formés par un organisme agréé par le ministère de la santé pourront également y être associés. »

⁵⁷ Circulaire n° 2003-210, 1^{er} décembre 2003, *La santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation*.

⁵⁸ Elle est accessible à l'adresse : <http://eduscol.education.fr/D0060/sida2004.pdf>.

I-2 Une insuffisance dans la coordination gouvernementale des politiques

Les actions des acteurs de terrain doivent non seulement surmonter les difficultés que représente la diffusion de l'information nécessaire à la prévention, mais elles doivent aussi faire face aux insuffisances de la coordination des politiques mises en œuvre dans d'autres domaines que celui de la santé. Alors que la politique de prévention devrait viser en priorité les personnes les plus fragiles et les plus vulnérables⁵⁹, les prostitués, les usagers de drogues, les migrants et les détenus ne peuvent bénéficier pleinement de celle-ci. Les incohérences des politiques gouvernementales conduisent soit à aggraver les risques d'exposition, soit à priver ces personnes d'une partie des outils nécessaires à leur protection.

I-2-1 Des politiques et des pratiques du ministère de l'Intérieur obstacles à la prévention

Depuis 2002, un ensemble de dispositifs légaux a rendu plus difficile à la fois la vie des personnes les plus exposées au risque de transmission (migrants, prostitués et usagers de drogues) et le travail des associations qui les aident à maintenir l'effort en matière de comportements de prévention. Des actions de prévention financées par des fonds publics se voient ainsi mises à mal par des politiques qui constituent de fait des obstacles pour celles-ci. A ces obstacles s'ajoutent parfois des pratiques administratives arbitraires et une application des règles variables sur le territoire.

I-2-1-1 Des contraintes accrues pour les migrants

La prévention de la transmission du VIH auprès des migrants vivant en France doit surmonter les obstacles rencontrés par cette population dans l'accès aux soins. Ces difficultés sont renforcées par une quête des droits qui relègue trop souvent la santé au dernier rang des priorités quotidiennes.

- *Une population fragile à l'accès incertain à la santé et à l'information sur la prévention*

De nombreux facteurs rendent l'accès des migrants à la prévention difficile, à commencer par les inégalités sociales de santé. Les conditions de vie des personnes, leur niveau scolaire et la maîtrise du français ont un impact négatif sur leur santé. En effet, les inégalités de santé « sont aussi des inégalités sociales, aussi ne signifie pas exclusivement »⁶⁰. De plus, le niveau des ressources joue sur les décisions de recours aux soins et la précarité a un effet sur l'état de santé⁶¹. L'étude d'une file active de l'hôpital Delafontaine à Saint-Denis montre ce lien entre précarité des conditions de vie et infection par le VIH⁶². Ainsi, les conditions précaires de

⁵⁹ Article L. 1411-1-1 du Code de la santé publique : l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé. Les programmes de santé publique mis en œuvre par l'Etat ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des populations fragilisées.

⁶⁰ Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T., dir., *Les Inégalités sociales de santé*, Paris, Inserm, La Découverte, 2000, p. 14.

⁶¹ Auvray L., Dumesnil S., Le Fur P., *Santé, soins et protection sociale en 2000*, CREDES, rapport n° 1364, décembre 2001. *Questions d'économie de la santé*, « Santé, soins et protection sociale en 2002 », n° 78, décembre 2003. « Précarités, risques et santé », n° 68 janvier 2003.

⁶² L'étude est accessible à l'adresse suivante : www.popinter.org/article.php?id_article=108.

logement des personnes originaires d'Afrique subsaharienne prises en charge pour une infection à VIH sont connues : 52 % de celles qui résident en Ile-de-France ont un logement précaire. Cette population dispose en outre de revenus faibles et se déclare soit sans activité professionnelle pour 47 %, soit "employé" ou "ouvrier" pour 77 % des actifs⁶³. Les problèmes posés par cet accès moindre à la santé sont accrus par des actions de prévention trop peu nombreuses. Celles qui existent ne peuvent toutes atteindre les populations visées. De plus, l'installation de stands d'information sur les lieux fréquentés par les populations précarisées n'est pas toujours possible. Ainsi, l'association *Afrique avenir* s'est-elle vue refuser par la Préfecture de police la possibilité d'installer un stand sur le marché de Château Rouge qui est le marché africain de Paris.

La population étrangère et migrante qui réside en France cumule donc les facteurs sociaux péjoratifs face à la santé. La prévention de la transmission de l'infection à VIH doit absolument intégrer cette dimension, d'autant plus que « les mesures efficaces dans ce domaine ont souvent des effets inégalement distribués »⁶⁴. Les contacts avec certains groupes sont par ailleurs difficiles à établir, par exemple avec les migrants chinois, et les actions de prévention à leur intention doivent être encouragées⁶⁵. Pour la population originaire d'Afrique subsaharienne, la diversité des actions de prévention, dans les bars, aux domiciles des personnes, dans des fêtes, dans des foyers, montre que la population migrante est diverse et que les messages ne peuvent être uniformes. Des débats apparaissent entre ceux qui prônent une approche culturaliste de la prévention et ceux qui estiment qu'une personne peut ne pas souhaiter se faire enfermer dans une culture traditionnelle qu'elle rejette. De même, si les interventions dans les foyers sont utiles, certains notent que 80 % des migrants d'Afrique subsaharienne résident en logement individuel⁶⁶. Ces différents points de vue montrent qu'il est important de préserver une grande diversité des modes d'intervention.

- *Une quête des droits préjudiciable à la santé*

Ces facteurs préjudiciables à la délivrance de l'information et à son appropriation par les personnes destinataires sont accentués par les difficultés administratives auxquelles les étrangers et les migrants doivent faire face. L'incertitude du séjour et les restrictions de l'accès aux soins sont autant de contraintes qui rendent aléatoire la prévention. Les conditions du droit au séjour comme les conditions d'accès aux soins pour les personnes sans papiers sont des freins à la prévention. Le CNS s'est prononcé à plusieurs reprises sur ces questions⁶⁷. Pour une personne atteinte, comme pour une personne séronégative, la vie clandestine ou dans des conditions misérables dans l'attente d'une régularisation ne permet de penser ni à sa santé ni aux pratiques de prévention.

Que ces personnes soient en situation régulière et attendent le renouvellement de leurs titres de séjour ou bien aient déposé une première demande, le traitement des dossiers pose

⁶³ Valin N., Lot F., Larsen C., Gouëzel P., Blanchon T., Laporte A., *Parcours sociomédical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH, prises en charge dans les hôpitaux d'Ile-de-France, 2002*, Saint-Maurice, Institut National de Veille Sanitaire, 2004, pp. 13-14.

⁶⁴ Leclerc A., Fassin D., *et alii.*, *op. cit.*, p. 432 : « par ailleurs, la différenciation sociale face à la prévention mériterait plus d'intérêt de la part des chercheurs d'autant que l'on sait que ce type d'action peut participer significativement à la réduction de certains risques et de certaines pathologies, et que les mesures efficaces dans ce domaine ont souvent des effets inégalement distribués ».

⁶⁵ Arcat, *Les Chinois d'Ile-de-France et l'infection à VIH. Savoirs, vulnérabilités, risques et soins*, Cramif/Arcat, décembre 2003.

⁶⁶ Audition CNS.

⁶⁷ CNS, *Note valant avis sur le processus d'évaluation médicale des demandes de titres de séjour des étrangers*, 26 février 2004.

problème. Même en situation régulière depuis de nombreuses années, le renouvellement des titres de séjour est une démarche longue, parfois du fait de la surcharge de travail que rencontre le personnel des préfectures, et laborieuse dans la mesure où la légitimité au séjour et du droit au travail qui l'accompagne peut faire l'objet de difficultés, notamment pour les étudiants. Au titre de séjour est subordonnée l'ouverture des droits sociaux. Or, la méconnaissance réciproque des procédures administratives de séjour et de soins par les agents des préfectures et ceux des caisses d'assurance maladie rendent pénibles les démarches. Dans certaines situations particulières, comme celle des étrangers sans titre de séjour et déposant une demande de séjour pour soins, ces difficultés sont accrues par des demandes parfois fantaisistes ou illégales émanant des préfectures. Par exemple, il est parfois requis de la part du demandeur une lettre de motivation pour accompagner son dossier, ce qu'aucun texte ne prévoit⁶⁸. De plus, la délivrance du titre de séjour prévu n'est pas toujours effective. En effet, en lieu et place d'une carte de séjour d'un an donnant droit à l'exercice d'une activité professionnelle, comme le prévoit la loi, il est fréquemment délivré une autorisation provisoire de séjour qui, elle, n'est pas assortie d'une autorisation de travailler⁶⁹. Ainsi, la situation de précarité sociale est accentuée. Ces difficultés s'inscrivent dans un contexte où le droit à la santé est mis en question. La suspicion sur la qualité du travail des médecins inspecteurs de santé publique qui rendent des avis sur les dossiers des demandeurs est manifeste et a motivé la création d'une commission médicale régionale qui n'est toujours pas mise en place et dont l'intérêt est mal établi⁷⁰. D'une manière générale, des représentations fausses sur l'accès à la santé des étrangers en France sont entretenues⁷¹.

De plus, la prévention de la transmission suppose de prendre en charge et d'accompagner les personnes séropositives. La réforme de l'Aide médicale d'Etat ou la perspective de la mise en œuvre de la Commission médicale régionale sont autant d'obstacles à la prévention de l'infection à VIH du fait de leur caractère dilatoire dans l'accès à l'information. Les personnes qui vivent avec le VIH doivent pouvoir avoir un accès rapide aux soins et ont droit, par la loi, à un séjour stable. La lutte contre l'épidémie d'infection à VIH passe par la prévention de la transmission du virus d'une personne séropositive à une personne séronégative. Si la première voit sa personne niée, la possibilité de connaître son statut repoussée, reléguée à une vie d'expédients, alors on ne peut attendre d'elle de contribuer à la prévention de l'infection. Si la seconde est contrainte à la même ignorance, comment pourrait-elle envisager de se protéger ? Ces deux dispositions de santé publique, AME et droit au séjour pour soins, sont régulièrement menacées pour des raisons qui oublient leurs objectifs de santé publique. Elles doivent être préservées car elles font partie des outils essentiels de la prévention du VIH.

Enfin, on doit s'interroger sur la possibilité effective pour les étrangers détenus ou retenus dans les centres de rétention d'avoir accès aux moyens que nécessitent les démarches en vue de l'obtention d'un titre de séjour pour raison médicale. Les informations sur les conditions de

⁶⁸ AIDES, *Enquête AIDES sur l'accès au séjour, aux soins et à l'hébergement des étrangers séropositifs au VIH en 2004*, Pantin, AIDES, 2005, p.6.

⁶⁹ Le droit au séjour est défini dans l'article 12 bis 11° de l'ordonnance du 2 novembre 1945 : « Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention "vie privée et familiale" est délivrée de plein droit : [...] 11° A l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire. [...] La carte délivrée au titre du présent article donne droit à l'exercice d'une activité professionnelle. »

⁷⁰ Voir l'avis du CNS du 26 février 2004.

⁷¹ Ainsi, le ministre de l'Intérieur peut-il déclarer : « Aujourd'hui, un étranger en situation irrégulière a plus de droits aux soins gratuits qu'un smicard qui paie ses cotisations, ce n'est pas acceptable ! », *Le Figaro*, 30 juin 2005, p. 6.

vie dans les centres de rétention ou les zones de rétention dans les aéroports laissent penser que non seulement les risques existent, mais, qu'en outre, la santé en général et la prévention sont réduites à leur plus simple expression, voire ne sont pas prises en compte. Pour les personnes en situation irrégulière sur le territoire national et qui sont hébergées en centres de rétention, l'accès aux soins et à l'information sur la prévention constitue un véritable problème. La relative fermeture de ces lieux en fait des zones exclues de la prévention alors que bien souvent y sont présentes des personnes susceptibles d'être exposées au virus⁷².

I-2-1-2 Un accès à la prévention remis en cause

Alors que les personnes prostituées et les usagers de drogues par voie intraveineuse sont depuis de nombreuses années des acteurs de prévention efficaces, les articles de la Loi de sécurité intérieure (LSI)⁷³ relatifs à la prostitution et l'accroissement de la pression policière dans certains lieux aggravent la situation sanitaire de ces groupes et rendent plus difficile le travail des agents de santé. La prostitution fait l'objet de débats récurrents en France qui ont été relancés à l'occasion de la mise en œuvre de la LSI. Deux débats se déroulent parallèlement, l'un sur l'attitude à adopter à l'égard des travailleurs du sexe et de leur activité, balançant entre légalisation et prohibition, l'autre mettant l'accent plus spécifiquement sur l'impact de la Loi de sécurité intérieure sur la santé des personnes prostituées et sur les conditions de travail des agents de prévention. C'est ce second débat qui nous intéresse ici.

- *Les succès fragiles de la prévention auprès des personnes prostituées*

Les débats sur le cadre à donner à la prostitution ne prennent pas toujours la mesure ni des actions de santé qui se sont développées à partir des associations communautaires ni de leur diversité. Les associations communautaires mènent depuis de nombreuses années des actions d'éducation à la santé efficaces. Ainsi, le mode de fonctionnement du Bus des femmes de Paris a été repris par Cabiria à Lyon ou par le PASTT, qui travaille avec les transgenres. Le principe de ces actions repose sur la formation à la prévention des personnes qui se prostituent qui peuvent se protéger et éduquer les clients. Face à la précarisation de ce groupe, ce travail spécifiquement sanitaire a dû s'accompagner du développement d'actions sociales, notamment celles relatives à l'accès aux droits des personnes étrangères. Cette évolution du travail communautaire nécessite une approche globale de la santé qui demande de nouvelles compétences. La présence de prostituées étrangères a nécessité également un accompagnement plus soutenu dans les démarches de santé, par exemple pour le dépistage. A moyen terme, les personnes qui utilisent les services de Cabiria ont recours au dépistage, puis sont accompagnées pour une prise en charge hospitalière quand cela est nécessaire. Les associations communautaires ont accompagné les évolutions de la population prostituée. Par exemple, les revenus des personnes ont baissé, ce qui a aussi rendu leurs conditions de vie beaucoup plus difficiles.

Toutefois, certaines pratiques prostitutionnelles restent inaccessibles à un travail communautaire. En effet, la prostitution recouvre un large éventail de pratiques, mises en

⁷² Médecins du Monde, *La zone d'attente de Roissy, une zone de non-droit, Rapport 2002*, mars 2003. Association nationale d'assistance aux frontières pour les étrangers, *Zones d'attente : 10 ans après, les difficultés persistent. Visites quotidiennes à Roissy en mai 2002*, mars 2003. Association nationale d'assistance aux frontières pour les étrangers, *La frontière et le droit : la zone d'attente de Roissy sous le regard de l'Anafé. bilan de six mois d'observation associative (avril-octobre 2004)*, novembre 2004.

⁷³ Loi 2003-239 du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure, publiée au Journal Officiel du 19 mars 2003.

œuvre par des personnes différentes dans des lieux variés. La diversité de ces pratiques ne permet pas d'envisager une forme de prévention unique. La prostitution de rue, sous ses différentes formes, reste la plus accessible, alors que celle organisée par Internet, *via* des annonces dans des revues spécialisées ou dans les bars, l'est moins, comme celle dans les foyers de travailleurs. Les personnes qui se prostituent ont également des profils hétérogènes et changeants. Ainsi, depuis 2004, le développement d'une prostitution de chinoises plutôt âgées au regard des critères habituels se développe, femmes dont le parcours de migration et la biographie sont différents de celui de celles originaires d'Afrique ou d'Europe⁷⁴. Certaines personnes ne se reconnaissent pas nécessairement dans la prostitution. C'est le cas par exemple de celles qui exercent occasionnellement ou qui travaillent dans des lieux clos comme les foyers. Enfin, les conditions d'exercice de ce travail laissent une marge de manœuvre très variable aux agents de santé, dans la mesure où certaines prostituées sont surveillées étroitement par leur souteneur qui ne les autorise qu'à de courtes pauses lors du passage des bus de prévention. Ainsi, si la distribution de préservatifs reste possible, l'échange avec l'équipe du bus en vue du renforcement des capacités de prévention de la personne prostituée est-il quasiment nul. La barrière de la langue est un obstacle supplémentaire important, même si certaines associations disposent d'acteurs de prévention de langue étrangère⁷⁵.

La prévention de la transmission du VIH doit donc faire l'objet d'un investissement supplémentaire pour trouver les moyens de délivrer une information aux personnes qui ne sont pas prises en charge par les associations de rue. Cette perspective est d'autant plus nécessaire que les dispositions de la LSI relatives au racolage contribuent au développement de pratiques clandestines. Les approches de prévention doivent donc s'adapter aux origines des personnes prostituées et à ce qui a motivé leur migration ou leur activité. Par exemple, les transgenres migrants ou étrangers n'ont souvent pas d'autres choix que d'exercer la prostitution pour subvenir à leurs besoins. Les lieux de l'exercice supposent aussi des adaptations, voire des innovations. Ainsi, les interventions dans la rue, ou auprès des personnes qui exercent en camionnette, ne peuvent être similaires à celles conduites dans des zones excentrées rejointes par le train ou la route, qu'il s'agisse des zones de forêts autour de Paris ou de villes de province.

- *L'impact négatif de la loi sur la sécurité intérieure sur la prévention*

Rien ne permet de penser que la Loi pour la sécurité intérieure a pour vocation de s'opposer au travail de terrain des associations qui assurent la prévention de l'infection par le VIH auprès des prostitués ou des usagers de drogue. Pourtant elle a eu pour effet, d'une part, de dégrader les relations des forces de police avec ces personnes et les associations et, d'autre part, d'empêcher le travail de prévention de terrain et de rendre moins accessibles ces publics cibles.

La LSI comporte un article qui a modifié le délit de racolage et des dispositions visant à lutter contre les personnes « victimes de l'exploitation de la prostitution ». Cette loi vise à répondre à la visibilité de la prostitution, aux plaintes des résidents des quartiers où elle s'exerce et à afficher une politique de sécurité renforcée du ministère de l'Intérieur. Elle a modifié les conditions d'exercice de la prostitution afin de mettre fin à ce qui est présenté

⁷⁴ Arcat, *op. cit.* Handman M.-E., Mossuz-Lavau J., *La prostitution à Paris*, Paris, Editions de la Martinière, 2005.

⁷⁵ Par exemple Altaïr et le PASTT.

comme une explosion du phénomène de la prostitution⁷⁶. Le racolage passif est devenu une infraction, ce qui a permis d'agir en toutes circonstances contre les personnes prostituées⁷⁷ et la loi a prévu également les moyens d'empêcher l'exercice de la prostitution dans les camionnettes⁷⁸. L'application de la loi les a conduit à s'éloigner des centres villes, ce qui est l'objectif recherché, pour exercer dans des zones de friches industrielles, comme c'est le cas à Lyon par exemple. Cet éloignement a rendu plus difficile la négociation du port du préservatif par le client, à la fois parce que certains d'entre eux se sont sentis plus libres à l'égard d'un groupe de personnes officiellement désignées comme responsables de troubles et parce que la baisse de l'activité a diminué le pouvoir de négociation des prostituées. Progressivement, la prostitution sur ces zones éloignées a également été visée. Les personnes se sont donc réfugiées en périphérie des villes, dans des lieux éloignés comme les forêts ou les routes. Elles ont vu progressivement leur risque d'exposition augmenter, avec notamment la perte du contact avec les associations communautaires dont la présence pouvait dissuader les agressions. Il en est allé de même avec la modification des comportements des clients et une moindre capacité à négocier avec eux.

La politique à l'égard des personnes prostituées a également eu un impact sur les associations de prévention en rendant difficile leur travail devenu moins acceptable socialement. En portent témoignages les agressions verbales ou physiques dont les acteurs de terrain font l'objet de la part de passants⁷⁹. Les relations entre les personnes prostituées et les agents de santé se sont distendues du fait de l'éloignement géographique ou de la "disparition" des prostitués. Les tournées des bus de prévention ont ainsi été rendues moins efficaces, soit parce que le nombre de personnes touchées était moindre, soit parce que celles qui étaient présentes limitaient leur contact à la remise des kits de prévention (préservatif, gel)⁸⁰.

Dans un premier temps, c'est donc le contact même entre les agents de prévention et les personnes visées qui a été limité, entre autre par la crainte de celles-ci de faire l'objet de contrôles policiers à l'occasion de leurs contacts avec les équipes de prévention. En effet, comme cela est aussi le cas avec les usagers de drogues, la police stationne souvent à proximité des bus dans le but d'interpeller les personnes en situation de séjour irrégulier. Des interventions ont parfois été tentées, sans grand succès, dans des locaux associatifs ou dans les bus de prévention⁸¹. La perte du contact ne permet plus de distribuer le matériel de prévention

⁷⁶ J.O., *Débat Assemblée nationale*, 15 janvier 2003, 2^e séance du 14 janvier 2003, M. le ministre de l'Intérieur, de la Sécurité Intérieure et des Libertés Locales. « ... et parce que nous laissons les prostituées sur le trottoir exercer leur activité sans obstacle et sans contrôle. Au cours des dix dernières années, la prostitution a explosé dans notre pays. Les deux tiers des prostituées sont aujourd'hui étrangères, avec un certain nombre de filières : celles de l'Est, notamment l'Albanie, la Bulgarie et la Russie, de l'Afrique et, pour les travestis, de l'Amérique du Sud. Sur ces sujets douloureux, cessons d'être hypocrites, car l'hypocrisie règne. Les prostituées sont des victimes, dit-on. Certes, mais n'oublions pas les autres victimes : les personnes qui habitent dans les quartiers où la vie est devenue impossible » < <http://www.assemblee-nationale.fr/12/cri/2002-2003/20030114.asp#PG15>>

⁷⁷ Article 225-10-1 du code pénal : « Le fait, par tout moyen, y compris par une attitude même passive, de procéder publiquement au racolage d'autrui en vue de l'inciter à des relations sexuelles en échange d'une rémunération ou d'une promesse de rémunération est puni de deux mois d'emprisonnement et de 3.750 Euros d'amende. »

⁷⁸ Article 225-10 du code pénal : « Est puni de dix ans d'emprisonnement et de 750.000 euros d'amende le fait, par quiconque, agissant directement ou par personne interposée : 4° De vendre, de louer ou de tenir à la disposition, de quelque manière que ce soit, d'une ou plusieurs personnes, des véhicules de toute nature en sachant qu'elles s'y livreront à la prostitution. »

⁷⁹ Auditions CNS.

⁸⁰ Audition CNS.

⁸¹ Audition CNS.

comme auparavant, ou seulement dans de mauvaises conditions⁸². Par la suite, le matériel de prévention, ainsi que les traitements, ont été parfois confisqués par les forces de l'ordre. Plus généralement, la formation à la santé des personnes qui se prostituent, comme la transmission de l'information aux clients ne se font plus. Par conséquent, la préoccupation sanitaire affichée à l'égard de l'infection à VIH en milieu prostitutionnel par le ministre de l'intérieur est totalement invalidée⁸³. Enfin, ce sont les personnels des associations qui ont pu voir leur travail entravé par les comportements de la police qui suit le bus de prévention, décourageant tout contact avec les personnes prostituées. On voit donc là comment un dispositif légal, étranger à des préoccupations de santé publique, peut devenir un obstacle certain à la politique de prévention. La Loi de sécurité intérieure sape le travail de prévention des associations et conduit les personnes prostituées à recourir à des pratiques qui les éloignent des associations et les rendent plus vulnérables aux clients.

Il est donc nécessaire de revoir les dispositions de la LSI relatives à la prostitution afin que les prostituées puissent retrouver une sûreté maximale préalable à leur accès aux dispositifs de soutien et de prévention.

La pression de la police pour rendre moins visibles des populations indésirables s'exerce aussi sur les usagers de drogues. Progressivement, là aussi, les associations qui interviennent sur le terrain ont moins de contacts avec les personnes auxquelles sont destinées les actions de prévention. Les usagers vivent dans des squats plus dispersés, se réfugient dans des parkings ou des placards techniques d'EDF ou de la RATP, ce qui les rend injoignables. Les relations entre les acteurs de prévention et la police dépendent du type d'action mené, ainsi le bus méthadone de Médecins du Monde est-il mieux accepté que l'échange de seringues⁸⁴.

I-2-2 Les difficultés persistantes en prison

La loi de 1994, en créant les UCSA, a permis de faire entrer l'hôpital dans la prison, assurant une plus grande confidentialité du travail des médecins à l'égard des patients et permettant une amélioration du suivi⁸⁵. La prévention en prison a également progressé avec l'offre de dépistage, la disponibilité des préservatifs et l'accès à l'eau de javel qui permet le nettoyage du matériel d'injection des usagers de drogues⁸⁶. En dépit de ces améliorations, la santé reste le parent pauvre de l'administration pénitentiaire. Les risques de transmission du VIH auxquels sont exposés les détenus sont encore trop souvent niés et les conditions spécifiques de la détention rendent toujours problématique l'éducation à la santé d'une population qui consomme beaucoup de substances psychoactives et qui a un recours aux soins

⁸² Audition CNS.

⁸³ *J.O., Débat Assemblée nationale*, 15 janvier 2003, 2^e séance du 14 janvier 2003, M. le ministre de l'Intérieur, de la Sécurité Intérieure et des Libertés Locales. « Nous ne devons rien tolérer en la matière, et ce qui se passe sur certaines places de notre capitale ne fait honneur à personne ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle et du groupe Union pour la démocratie française.*) J'ajoute qu'on peut se demander à quoi sert la mobilisation - nécessaire - de tous, y compris sur tous les bancs de l'Assemblée, contre cette terrible maladie qu'est le sida si nous fermons les yeux sur ce qui se passe dans le bois de Boulogne et dans le bois de Vincennes, où l'épidémie fait des ravages chez les malheureux travestis ou prostituées. Est-ce parce qu'ils se trouvent dans un bois que nous n'en parlons pas, que nous n'osons pas regarder cette douloureuse réalité en face ? < <http://www.assemblee-nationale.fr/12/cr/2002-2003/20030114.asp#PG15>>

⁸⁴ Audition CNS.

⁸⁵ Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Le chapitre II est dédié aux « Soins en milieu pénitentiaire et protection sociale des détenus ».

⁸⁶ Circulaire DGS/DH/DAP du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre le VIH.

psychiatriques bien supérieur à celui de l'ensemble de la population⁸⁷. La vétusté des locaux, la surpopulation carcérale et les manques en personnel – même si les situations sont contrastées – et parfois l'attitude des soignants à l'égard des détenus, sont autant de freins à la prévention⁸⁸.

I-2-2-1 Des risques de transmission insuffisamment reconnus

La prévention de la transmission du VIH doit impliquer la reconnaissance des pratiques à risque. Toutefois, les relations sexuelles ou l'échange de seringues sont prohibés en prison. Il est donc difficile de diffuser des informations sur les risques associés à des pratiques niées et d'obtenir plus généralement la collaboration de l'institution. Il faudrait que des expériences d'unité de visite familiale et d'échanges de seringues conduites à l'étranger soient également mises en œuvre en France.

- *Les sexualités des détenus*

Encore aujourd'hui, et en dépit de rapports parlementaires récents, l'image de la prison est souvent fautive, oscillant entre *Midnight express* et l'hôtel quatre étoiles⁸⁹. Ainsi, les représentations de la sexualité en prison sont généralement construites à partir des témoignages les plus violents qui sont transmis au grand public. Les viols et les agressions sexuelles existent en prison et constituent des risques de transmission. Mais il existe aussi d'autres sexualités, entre détenus, et dites "de circonstance", ou lors des parloirs. La place des sexualités dans les relations entre les détenus est complexe⁹⁰. D'une manière générale, la sexualité est niée en détention, et des sanctions peuvent être infligées à des détenus surpris en train de se masturber. De même, les surveillants ne sont pas destinés à être exposés à cette intimité de la masturbation ou des relations lors d'un parloir. Cependant, compte tenu du risque de transmission du VIH lors des relations sexuelles, il est nécessaire d'envisager des aménagements. Par exemple, les unités de vie familiale présentent des avantages. Des relations sexuelles furtives au parloir ne constituent pas pour les détenus et leurs compagnes des conditions favorables à la prévention. Dans d'autres circonstances comme celle d'un viol, l'accès aux traitements post exposition doit être possible, ce qui suppose au préalable la possibilité pour le détenu d'évoquer sans risque cette violence avec les surveillants, puis les soignants.

- *Une réduction des risques insuffisamment transposée en prison*

La prévalence des infections virales en détention, VHC ou VIH, est importante, notamment chez les usagers de drogues, même si elle est en déclin⁹¹. En milieu libre, la réduction des risques pour les usagers de drogues par voie intraveineuse repose sur le principe de la substitution et de l'échange de seringues. Cette politique vise au mieux à éviter

⁸⁷ *Etudes et résultats*, "La santé des personnes entrées en prison en 2003", n° 386, mars 2005. *Etudes et résultats*, "La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003", n° 427, septembre 2005.

⁸⁸ OIP, *Les conditions de détention en France*, Paris, La Découverte, 2005. Sur la surpopulation voir p. 47 et p. 272. Le taux de détention en France est passé de 78,6 détenus pour 100 000 habitants en 2001 à 94,9 pour 100 000 en 2005. Sur les relations soignants-soignés, voir notamment p. 118.

⁸⁹ Audition CNS.

⁹⁰ Welzer-Lang D., Mathieu L., Faure M., *Sexualités et violences en prison*, Lyon, Observatoire international des prisons, Aléas Editeur, 1996.

⁹¹ *Etudes et résultats*, n° 386, *op. cit.*

l'injection et, quand cela n'est pas possible, à permettre une injection réduisant les dommages et les risques de transmission en mettant à disposition un matériel stérile de bonne qualité. Dans le meilleur des cas, la prison n'offre que la substitution qui n'est pas toujours mise en œuvre de manière uniforme⁹². Dans les cas où elle n'est pas accessible, les détenus souffrant d'addiction trouvent les moyens de compenser leur dépendance. Les médicaments sont ainsi une monnaie d'échange banale en détention et l'injection de drogues, ou de médicaments détournés, existe. Ces usages sont impensables pour l'institution pénitentiaire. Les reconnaître et les prendre en compte serait pour elle admettre l'impossibilité à rendre la prison étanche à l'entrée des stupéfiants. Pourtant, une prévention efficace a besoin de pragmatisme et nécessite donc d'admettre l'existence de ces pratiques pour pouvoir gérer les risques qui y sont associés. Une posture différente signifie une indifférence à l'égard de la santé des détenus de la part de l'administration pénitentiaire et de l'Etat, qui est pourtant responsable des personnes qu'il estime nécessaire d'enfermer pour protéger la société. En contribuant à l'exposition aux risques, la négation des risques sexuels ou liés à l'injection de drogues place les détenus dans une situation en dehors du droit. Il convient en effet de rappeler que la privation de liberté n'a pas pour but la privation de soins et de prévention.

Des expériences d'échanges de seringues sont mises en œuvre, souvent avec succès, en Europe de l'Ouest, Allemagne, Espagne, Suisse, mais aussi dans des systèmes pénitentiaires peu comparables à celui de la France, Moldavie, Kirghizstan, Biélorussie, et selon des modalités diverses⁹³. Les violences n'ont pas augmenté pour autant et la collaboration des surveillants est acquise. Or, il ressort des documents publiés en France sur l'échange de seringues des propos contradictoires. On estime urgent d'attendre, sans dire jusqu'à quand ni pourquoi ; on note que les procédures de décontamination par l'eau de javel sont mal suivies par les détenus, mais que cette mesure est suffisante ; on estime que les injecteurs sont peu nombreux tout en soulignant que la pratique d'injection reprend quand il y a rupture du traitement de substitution, ce qui n'est pas rare⁹⁴. A la lumière des expériences conduites à l'étranger, et pour assurer une véritable égalité de l'accès aux soins entre l'extérieur et la prison, l'échange de seringues doit être expérimenté afin d'être ensuite étendu, s'il s'avère efficace, comme c'est le cas dans d'autres pays.

I-2-2-2 Des freins à la prévention

L'information sur les risques de transmission est difficile à diffuser du fait des contraintes propres à la vie dans un établissement pénitentiaire et à cause des représentations associées au VIH dans la population carcérale. Une meilleure éducation à la santé dans les prisons, assurées éventuellement par des détenus formés, pourrait permettre de surmonter certains freins.

⁹² Michel L., Maguet O., *L'Organisation des soins en matière de traitements de substitution en milieu carcéral*, Rapport pour la Commission nationale consultative des traitements de substitution, avril 2003. Observatoire international des prisons, *Les conditions de détention en France*, Paris, La Découverte, 2005.

⁹³ Réseau juridique canadien VIH/sida, *L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales*, 2004.

⁹⁴ Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, INPES, ministère de la Justice, *Actes du Colloque « Santé en prison ». Dix ans après la loi : quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues*, 7 décembre 2004. Stankoff S., Dhérot J., *Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral*, Direction de l'administration pénitentiaire, Direction générale de la santé, décembre 2000.

- *Une situation sanitaire insatisfaisante*

Les contraintes de gestion de la prison sont le premier frein à l'organisation de l'information sur la santé en général et sur les risques d'infection par le VIH en particulier. Les établissements pénitentiaires souffrent de surpopulation et d'un manque d'effectifs de personnel surveillant. Cette double réalité complique l'accès aux soins et rend difficile la mise en place des actions de prévention. En effet, le personnel pourtant insuffisant doit accompagner les détenus pour leurs rendez-vous à l'UCSA ou aux réunions d'information. L'organisation des sessions d'information sur la prévention est donc soumise aux difficultés récurrentes posées par la disponibilité du personnel. L'organisation des déplacements à l'intérieur de la prison fait partie des obstacles à la prévention. Les surveillants peuvent "oublier" de conduire des détenus à des séances d'information ou refuser de les y conduire comme une forme de sanction implicite. De même, la pénurie de surveillants disponibles peut parfois être organisée par la direction des établissements pour décourager le travail mené par des associations. Plus généralement, les surveillants inscrivent leur travail dans une hiérarchie de missions dans laquelle la prévention ou la santé passent très loin derrière la sécurité. De toutes les façons, ceux-ci sont en nombre notablement insuffisant, ce qui ne permet pas d'envisager des séances fréquentes, régulières et en petits groupes.

A ces difficultés spécifiques pour la prévention s'ajoutent les problèmes généraux de la santé en prison. A de rares exceptions, il n'y a pas de médecin disponible la nuit. La faiblesse des effectifs touche aussi le personnel soignant. Ces deux faiblesses en personnel, de surveillance et de soins, rendent très hypothétique la délivrance des traitements, et d'un traitement d'urgence par exemple. Le personnel surveillant ne dispose pas du temps pour un déplacement imprévu et le médecin habilité à délivrer les médicaments n'est pas toujours présent. La prison n'offre pas non plus le choix du médecin, ce qui est un problème notamment pour ceux qui désirent avoir recours à un programme de substitution qu'ils se voient refuser par un médecin de l'UCSA.

Dans la mesure où la substitution est une partie intégrante de la réduction des risques, il est nécessaire de lever les obstacles qui persistent pour l'accès à ces traitements, notamment l'inégalité d'accès.

- *Les risques de la stigmatisation*

Ces freins pratiques à l'information et aux traitements d'urgence ou de substitution se voient amplifiés par la stigmatisation et la discrimination des personnes séropositives. La démarche qui consiste à demander un traitement d'urgence est ainsi difficile à envisager. A l'égard des autres détenus, comme des surveillants, cela peut revenir à reconnaître des relations sexuelles, et donc risquer la stigmatisation, ou à reconnaître l'injection de drogues au risque de se voir appliquer les sanctions prévues. De manière plus diffuse, la participation aux séances d'information sur la santé peut être découragée par le poids des représentations en cours dans la population carcérale. Leur valorisation suppose, comme c'est le cas dans les lieux où elle existe, des coalitions entre les intervenants extérieurs, les surveillants et ceux des détenus en mesure d'influencer les comportements, ce qui parfois revient à s'entendre avec des "chefs" religieux ou des caïds. La diffusion de l'information relative à la santé en général et aux risques de transmission du VIH en particulier suppose d'accepter une forme "d'action communautaire en santé" de la part des détenus comme elles existent d'ailleurs dans certains groupes à fort risque de transmission à l'extérieur.

Partie II Les difficultés du travail commun de l'Etat et des associations

La politique de prévention de la transmission du VIH est une politique publique coproduite par l'Etat, les associations et les chercheurs. Ces divers acteurs, à commencer par les administrations d'Etat, n'agissent pas de manière homogène et harmonisée. Le paysage de la prévention est en grande partie pluriel. Il n'en reste pas moins que les interactions constantes entre tous les acteurs constituent une dynamique par laquelle des décisions sont prises et des programmes d'action arrêtés, objectivant de la sorte des enjeux collectifs. Il est important de rappeler que les orientations normatives de la politique de prévention ne sont jamais le produit d'une injonction "tombée du ciel", mais le résultat d'échanges entre des acteurs aux appartenances différentes qui définissent ensemble les solutions concevables. En France, ces acteurs, les "décodeurs du réel", qui traduisent des savoirs en actions de terrain, appartiennent aux services de l'Etat, centraux et déconcentrés, au monde de la recherche et au monde des associations. Ils définissent, par leurs relations permanentes, des discussions et des négociations incessantes, quelles doivent être les orientations, les moyens mis en œuvre, et sont amenés parfois à évaluer. Un point particulier doit être ici souligné : le rôle essentiel joué par des acteurs multipositionnés appartenant à la fois au monde de la recherche et au monde associatif. Cette coproduction reste cependant imparfaite car elle demande à ceux qui y prennent part de faire face à certaines contraintes, ce qui ne va pas sans difficultés.

La politique de lutte contre le sida s'est construite autour de l'alliance des pouvoirs publics, des médecins et des associations⁹⁵. Ces dernières ont acquis progressivement compétence et légitimité dans différents domaines et développé des dynamiques unitaires⁹⁶. Du côté des médecins, leur place dans la prévention est aujourd'hui contrastée, mais globalement insuffisante. Les médecins généralistes sont absents à de très rares exceptions. Les réseaux ville-hôpital, pour ce qui les concerne, se préoccupent des soins, mais très peu de la prévention et la prévention à l'hôpital est en général rare. L'Etat, selon des modalités diverses et variables, a apporté les financements nécessaires aux associations pour qu'elles prennent en charge la gestion directe des actions de terrain. Ces financements publics sont en règle générale complétés soit par les fonds collectés et redistribués par Sidaction, créé à cette fin, soit par des fonds collectés directement par les associations. La part des financements publics dans les ressources des associations est donc variable⁹⁷, mais elle met en évidence une dépendance réciproque entre des associations qui ont besoin de l'argent public pour agir et un Etat qui a besoin des associations pour atteindre les objectifs qu'il s'assigne. Ainsi, il est plus facile pour l'Etat de confier le service de téléphonie à Sida info service, ou bien de faire réaliser des actions de terrain en direction des personnes prostituées ou des usagers de drogues par des associations. Celles-ci permettent en effet de créer une plus grande confiance des personnes dans leur interlocuteur, confiance qui ne serait pas aisément acquise avec des fonctionnaires. D'autres acteurs publics jouent un rôle important. C'est notamment le cas des Conseils généraux qui financent les locaux et les plateaux techniques des CDAG ou des Caisses primaires d'assurance maladie qui financent les campagnes locales avec le FNPEIS et les prises en charges sociales avec les FNASS. Enfin, le réseau de la Mutualité française contribue aussi à la mise en œuvre de la politique de prévention.

⁹⁵ Pinell P., *op. cit.*, p. 151.

⁹⁶ Idem., p. 309 et suivantes.

⁹⁷ Pour AIDES, cela représente environ 60 % des ressources (Rapport financier 2003), environ 65 % pour Sida info service (Audition d'Yves Ferrarini, directeur de SIS), ou 54 % pour ARCAT (audition de Thibault Tenailleau, directeur d'ARCAT).

L'Etat confie donc donc largement sur les associations de lutte contre le sida de sa mission d'agir sur le terrain, alors que, en matière de santé, il est plutôt de tradition de conserver la maîtrise publique des actions. Au fur et à mesure des années, l'Etat s'est installé dans une politique de délégation *de facto*, qu'il ne s'agit pas ici d'entendre au sens juridique : il a chargé les associations d'une partie de sa mission de lutte contre l'infection à VIH, en l'occurrence les démarches auprès des publics les plus exposés. Pour reprendre ce qui a été dit des relations entre l'Etat et les associations de prostituées, et qui peut s'appliquer à l'ensemble des acteurs de la prévention : « les relations entre les partenaires ne sont ni consensuelles, ni égalitaires, ni fondées sur des normes, intérêts ou objectifs nécessairement communs »⁹⁸. En fait, elles évoluent constamment et ne reposent pas sur un réseau de relations figées, mais plutôt sur un processus en évolution permanente⁹⁹. Ce passage à une cogestion *de facto* se traduit notamment par les indicateurs de suivi des actions retenues dans le programme national de lutte 2005-2008, au nombre desquelles ont trouvé le nombre de volontaires de AIDES investis dans des actions de proximité ou de barman sensibilisés par le SNEG¹⁰⁰. En dépit de l'hétérogénéité des intervenants, leur collaboration est globalement assurée grâce, d'une part, à un mode de fonctionnement qui sert les intérêts de tous *via* la délégation *de facto* et, d'autre part, à une dépendance mutuelle qui se double d'une reconnaissance réciproque des compétences au-delà des critiques émises de part et d'autre. Il ressort des auditions réalisées par la commission prévention du CNS que les relations entre les représentants associatifs et les agents des services de l'Etat sont en règle générale de bonne qualité.

Toutefois, ce travail commun de l'Etat et des associations ne va pas sans soulever des difficultés. Le choix par l'Etat de confier la conduite des actions de terrain aux associations génère des contraintes pour tous les acteurs engagés dans ce processus, par exemple pour les acteurs associatifs la possibilité d'être accusés de relayer des initiatives étatiques contestées. Plus largement, cette logique coopérative doit être en mesure de répondre aux enjeux du partage des savoirs afin que les uns et les autres puissent poursuivre la coproduction de la politique de prévention. Il s'agit ici aussi bien d'assurer une connaissance constamment renouvelée de l'épidémie que de diffuser les savoirs et les pratiques.

II-1 Les contraintes réciproques de la délégation

L'interdépendance qui découle du travail conjoint de l'Etat et des associations induit des contraintes pour les acteurs de la prévention. Mais ce n'est pas tant la contrainte par elle-même qui pose problème que sa non-reconnaissance. Ainsi, l'Etat ne va pas au bout de la délégation *de facto* en n'assumant pas certaines responsabilités qui y sont associées et la politique de prévention peut apparaître en suspens quand les associations peinent à exercer leur rôle de « décodeurs du réel ». L'Etat doit assumer les obligations découlant de la

⁹⁸ Mathieu L., *Prostitution et sida. Sociologie d'une épidémie et de sa prévention*, Paris, L'Harmattan, Coll. Logiques sociales, 2000, p. 227.

⁹⁹ Au sujet de la mise en place des actions de prévention communautaire des prostituées, voici ce qui en est dit « Pour le dire autrement, on n'a pas une politique (un modèle de ce qui convient de faire face au VIH) qui serait définie au préalable et que l'on appliquerait ensuite concrètement. Ici, la politique a été définie progressivement, en même temps qu'on la mettait en place et qu'on la réalisait, et elle s'est de ce fait trouvée soumise à des redéfinitions, à des improvisations, à mesure qu'on l'appliquait. », Mathieu L., « Genèse d'une politique publique : la prévention du VIH dans l'espace de la prostitution », in Welzer-Lang D., Schutz Samson M., dir., *Prostitution et santé communautaire. Essai critique sur la parité*, Lyon, Le Dragon Lune Cabiria Editions, 1999, p. 71.

¹⁰⁰ Programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2005-2008, p. 31.

délégation quand les associations doivent concilier leurs agendas internes, leurs discours publics et les impératifs d'une politique publique à l'élaboration de laquelle ils contribuent.

II-1-1 Les obligations de l'Etat à l'égard du monde associatif

En choisissant plus ou moins volontairement de s'appuyer sur les associations pour mettre en œuvre une partie du programme de prévention, l'Etat ne se décharge pas de ses responsabilités, mais se crée des obligations. La délégation *de facto* des actions de prévention aux associations a montré sa pertinence et son efficacité, mais elle ne peut reposer sur le seul contrôle de l'usage des fonds. Le ministère de la santé se doit de veiller à la qualité du cadre opérationnel des associations afin qu'elles puissent agir dans les meilleures conditions. Cette délégation *de facto* n'est pas un abandon. Il s'agit donc pour l'administration de la santé d'aller au bout de la logique retenue en assumant la fonction de régulateur, c'est-à-dire en suivant l'action des associations et en veillant à garantir leur pérennité.

II-1-1-1 Le soutien indispensable

Les associations qui assurent la mise en œuvre des actions de terrain rencontrent parfois des difficultés qui peuvent être résolues par l'action de l'Etat. Pour que les missions soit assumées au mieux, l'administration de la santé doit veiller à la qualité de l'environnement de travail des acteurs de prévention comme à la définition du cadre le mieux adapté aux associations.

- *Une gestion quotidienne malaisée pour les associations*

L'Etat demande aux associations en contre-partie de ses subsides de mettre en œuvre des actions de terrain. Il semble se satisfaire de cette position de financeur sans s'interroger sur les contraintes de leur gestion quotidienne. Or, la fragilité financière des associations est due en partie aux versements tardifs des subventions étatiques. Une plus grande cohérence entre le choix de financer des actions associatives et la manière dont les financements sont versés est donc plus que nécessaire. Une première mesure pour faciliter la gestion consisterait à mettre en œuvre des décaissements rapides, au lieu de faire supporter par des structures financièrement fragiles les engagements retardés de l'Etat¹⁰¹. Dans un même souci de cohérence, il n'est pas justifiable que les programmes nationaux soient triennaux quand les conventions de financement reposent encore sur des bases annuelles. Le choix d'un programme triennal doit reposer sur une logique ajustée à l'activité concrète des acteurs, comme le recommande d'ailleurs une circulaire du Premier ministre datée du 1^{er} décembre 2000¹⁰².

En plus de la diffusion d'une information claire et simple sur les nouvelles modalités d'arbitrage des financements et sur le cadre légal dans lequel ils vont s'inscrire, il serait souhaitable que les services de l'Etat informent les acteurs de la prévention des programmes européens susceptibles de leur apporter des ressources complémentaires. Cela demanderait cependant un effort supplémentaire de mise en cohérence dans la mesure ou ces financements

¹⁰¹ Cette contrainte est commune à l'ensemble des associations en France et est parfois accrue par les gels des financements. *Libération*, 26 juillet 2005, « Associations, le grand gâchis ».

¹⁰² Circulaire du 1^{er} décembre 2000 relative aux conventions pluriannuelles d'objectifs entre l'Etat et les associations.

européens, pour être accordés, réclament une assise financière que les associations n'ont pas toujours, du fait justement des versements tardifs des subventions. Enfin, comme c'est par exemple déjà le cas en région PACA, des rapprochements avec les pôles sociaux des DDASS doivent être envisagés afin de tirer au mieux parti des financements de programmes sociaux qui peuvent avoir une composante santé, comme les PDAE, les PRAPS ou les PRIPI.

La gestion des associations peut aussi être mise à mal du fait d'une prise en compte imparfaite de la gestion de leurs ressources humaines. L'évolution professionnelle des salariés des associations doit être envisagée au même titre que l'évolution des actions. Un salarié, voire un bénévole, qui se dote progressivement de compétences professionnelles doit pouvoir être reconnu comme tel, par exemple au travers des dispositifs de validation universitaire des expériences associatives. Sur un autre registre, l'usage des emplois aidés ou des contrats à durée déterminée ne peut constituer un mode de gestion acceptable sur le long terme. Une réflexion sur la manière de prendre en compte l'évolution des salaires doit être engagée. Certains salariés, notamment des médecins, n'ont ainsi pas connu d'évolution depuis de nombreuses années¹⁰³. La qualité de la formation professionnelle mérite également une réflexion. Certains représentants d'associations estiment qu'une véritable évaluation des compétences est nécessaire. L'embauche d'agents de santé sur une base communautaire et du fait de leur seul parcours de vie ne peut être suffisante. Ces personnes doivent bénéficier d'une formation et d'un encadrement effectif, d'autant plus qu'elles peuvent être fragiles et que le temps de travail hebdomadaire effectif peut dépasser le temps légal¹⁰⁴. Par ailleurs, la participation à des projets européens demande des compétences spécifiques qui nécessitent un travail de formation qui pourrait lui aussi être soutenu¹⁰⁵.

- *Les interlocuteurs des associations insuffisamment mobilisés*

La consolidation du cadre opérationnel des associations repose aussi sur une amélioration de leur environnement politique. Les associations interviennent dans des lieux et auprès de publics très différents et doivent faire face sinon à de l'hostilité au moins à de l'incompréhension sur le sens de leurs actions.

En premier lieu, ces difficultés apparaissent au niveau des services de l'Etat, qu'il s'agisse des travailleurs sociaux ou du personnel des préfectures peu sensibilisés aux difficultés rencontrées par les personnes vivant avec le VIH. Des outils existent pour améliorer les connaissances comme le *Parcours de VIH. 24 minutes pour comprendre* développé par AIDES. Il s'agit d'un jeu de rôle qui permet de sensibiliser les participants aux difficultés rencontrées par les personnes vivant avec le VIH, et qui reprend un modèle développé par Amnesty International ou MSF pour sensibiliser sur les difficultés des personnes que ces organisations prennent en charge.

En second lieu, ces obstacles peuvent apparaître chez des responsables de lieux privés pour la diffusion de l'information, comme certains foyers d'hébergement de travailleurs étrangers. La direction de ces foyers peut refuser des interventions de sensibilisation sur la santé qui risqueraient de conduire les résidents à s'interroger sur les conditions d'hygiène de leur logement collectif. Dans le même temps, des associations confessionnelles peuvent avoir accès à ces lieux, il ne s'agit donc pas d'une interdiction de principe à des interventions

¹⁰³ Audition CNS.

¹⁰⁴ Audition CNS.

¹⁰⁵ Par exemple le PASTT participe au programme TAMPEP (Transnational AIDS/STD prevention amongst Migrant Prostitutes in Europe Project).

extérieures. Là encore, l'Etat doit garantir le respect de la pluralité de l'information pour des populations qui en ont besoin.

Un meilleur soutien de l'Etat à l'action des associations repose aussi sur une plus grande justesse dans l'utilisation des outils qu'il promeut. Les intervenants en toxicomanie par exemple voient leur discours délégitimé par des actions de communication unanimement considérées comme inadaptées. Ainsi, la diffusion de la brochure élaborée par la MILDT sur le cannabis rend difficile tout discours sur les usages de drogues et les risques qui leur sont associés en plaçant d'emblée le cannabis sur le même plan que d'autres produits.

Cette mobilisation peut concerner les acteurs régionaux, notamment dans les régions où les associations sont peu présentes. Cet aspect de la délégation *de facto* peut en effet être modulé selon les capacités locales des acteurs de prévention. En Ile-de-France ou en PACA, cet effort semble moins nécessaire qu'ailleurs du fait d'un maillage associatif globalement satisfaisant. Une meilleure compréhension de ces difficultés par les autorités locales permettrait de faciliter l'acceptation de l'organisation de stands d'information.

II-1-1-2 Le suivi inévitable

Les besoins des associations doivent être pris en compte afin d'améliorer l'efficacité de leurs actions, toutefois les acteurs associatifs doivent aussi faire l'objet d'un regard critique. Le suivi des associations passe par une veille publique sur les équilibres du paysage associatif afin de préserver dans le même temps l'expérience acquise et l'espace nécessaire à l'élaboration de réponses aux défis à venir. Dans le même temps, l'Etat ne doit pas hésiter à faire face aux failles de la délégation *de facto*, comme l'absence d'association dans une région ou pour répondre aux besoins d'un groupe particulièrement exposé.

- *Entretien des équilibres du paysage associatif*

Créées à des moments et pour des raisons différentes, les associations de lutte contre le sida ont des approches de la prévention en partie marquées par les conditions de leur création. Les modèles associatifs en présence dans le champ du VIH répondent à des besoins différents. L'association la plus importante en termes d'effectifs salariés, de volontaires et de réseau géographique, AIDES, conduit des actions de prévention très diversifiées¹⁰⁶. Au service d'objectifs différents, l'association Act Up ne prétend pas conduire de politique de prévention, mais pointer les dysfonctionnements et mettre les acteurs institutionnels face à leurs responsabilités¹⁰⁷. A leurs côtés, Sidaction, qui s'est donné pour mission le financement de la recherche et des associations, contribue à la prévention en soutenant financièrement, aux côtés des services déconcentrés, les nombreuses associations de lutte contre le sida. Sida info service assure une diffusion de l'information et assure une mission de service de téléphonie sociale.

Pour certains groupes à fort risque d'exposition à la transmission, l'approche communautaire et par les pairs a été la clé de la réussite et a démontré son efficacité, notamment chez les usagers de drogues. Les politiques de réduction des risques, qui reposent sur l'apprentissage des techniques d'injection, l'utilisation de matériel stérile et la

¹⁰⁶ Rubrique AIDES en bref du site de l'association :

http://www.aides.org/sites/aides/?arbo_parent=146/1377/&cmd=fichier&id=1377&type=F&niveau=2&id_dossier=146.

¹⁰⁷ Audition CNS.

substitution, ont bénéficié de la collaboration entre les médecins et les associations d'autosupport des usagers de drogues. Ces associations ont permis d'assurer un contact régulier sans la distance qui pouvait exister entre le monde médical et celui des usagers de drogues. Cette connaissance des conditions d'existence des personnes favorise à l'évidence une formulation audible des messages. Les associations communautaires des travailleurs du sexe ont elles aussi montré leur pertinence. Elles permettent de mieux identifier les attentes en termes de santé et de ne pas limiter la portée de l'éducation à la prévention en la brouillant par des injonctions normatives, comme par exemple l'abandon d'une pratique rémunératrice permettant la subsistance. Ce principe de l'éducation par les pairs est aussi retenu par certaines associations qui visent la prévention chez les migrants. L'épidémie atteint des populations qui sont étrangères aux associations les plus centrales, ce qui leur demande de suivre l'évolution du cadre social de l'épidémie. Toutefois, les associations communautaires ou plus spécialisées dans l'éducation à la santé des populations immigrées ne sont pas épargnées par les difficultés, entre les choix d'une approche qui met l'accent sur l'origine ethnique ou le refus d'un modèle culturaliste. En outre, la présence de médiateurs de santé maîtrisant des langues étrangères peut ne pas suffire compte tenu de la diversité des langues qui doivent être utilisées dans la prévention.

L'autre moyen d'adapter la prévention au terrain est d'intervenir sur les lieux des prises de risque sexuel. La présence de volontaires ou de salariés même temporaires sur les lieux de drague ou dans les lieux commerciaux de sexe est une méthode aujourd'hui habituelle d'intervention. Les interventions ont lieu tant dans les établissements commerciaux que sur les lieux extérieurs, selon des modalités variables. Les interventions prennent la forme d'une paillote sur la plage pour celle de l'EMIPS du Var, à des interventions auprès des personnes échangistes au Grau du Roi ou à ce qui peut s'apparenter à des "rondes" sur les aires de stationnement au bord des routes dans la Loire. Parallèlement aux actions des associations spécialisées dans la lutte contre le VIH, d'autres associations interviennent dans le domaine de la santé auprès des détenus, des femmes ou des migrants et inscrivent une partie de leurs actions dans le cadre de la prévention ou contribuent à la réflexion d'ensemble¹⁰⁸.

Dans la mesure où le monde associatif est l'une des composantes majeures de la politique de prévention, l'Etat ne peut se désintéresser de ses équilibres. Les associations se sont progressivement spécialisées, créant un ensemble au sein duquel s'organise le travail d'associations d'envergure nationale avec celui d'autres plus locales ou répondant à un besoin de population spécifique. Il s'agit également de savoir préserver la possibilité pour des associations qui ne sont pas spécialisées dans la lutte contre le VIH d'intervenir et de prendre part à ce travail. Enfin, les équilibres du paysage associatif ne seraient pas complets sans la possibilité laissée par l'Etat de soutenir l'émergence d'associations nouvelles ou la transformation d'associations existantes. Par exemple, l'association Afrique avenir a progressivement étendu ses domaines d'intervention et diversifié ses cibles.

L'Etat ne peut donc se désintéresser des associations et doit préserver leurs capacités d'innovation tout en s'assurant de la qualité des actions et des compétences des intervenants. L'émergence de nouveaux publics, les migrants ou les nouveaux usagers de produits psychoactifs par exemple, révèlent les difficultés pour des organisations, quelle que soit leur nature, à suivre les transformations de la société. L'amélioration de la délégation suppose donc de trouver les moyens de développer des réponses adaptées à des phénomènes

¹⁰⁸ On peut citer le Mouvement français pour le planning familial, Migration santé, l'Observatoire international des prisons ou encore le COMEDE.

émergents. L'adaptation à des publics nouveaux est difficile. La délégation aux associations doit éviter de créer une situation qui limiterait les possibilités d'émergence de réponses associatives nouvelles et qui limiterait les capacités de l'Etat à piloter sa délégation. La dispersion des subventions à de nombreuses associations peut être regrettable si elle conduit à financer des actions improductives. Mais le choix par l'Etat de confier aux associations la mise en œuvre de sa politique suppose qu'il préserve ses capacités de pilotage des actions et qu'il veille à entretenir des espaces d'innovation. Les grandes associations de lutte contre le sida peuvent apporter une part d'innovation renforcée de leur compétence, mais elles ne peuvent à elles seules répondre à toutes les évolutions de l'épidémie.

Ces associations connues disposent d'une compétence qui peut être utile aux autres associations, mais elles ne peuvent devenir des acteurs centraux sous lesquels seraient regroupées les autres associations.

- *Assumer les failles de la délégation*

La délégation *de facto* des actions de terrain aux associations présente des avantages, mais elle n'est pas sans faille. La couverture complète du territoire et des populations n'est pas assurée par ce moyen. Elle suppose donc pour l'Etat d'assumer la veille nécessaire pour identifier les secteurs du territoire où les associations peuvent être absentes ou bien d'identifier des populations sans interlocuteur pertinent. En outre, il est nécessaire que les services de l'Etat s'attachent à vérifier la qualité des actions effectivement réalisées dans le cadre du programme national.

La première difficulté posée par la délégation peut être l'absence d'association ou bien le choix par défaut. Dans certaines régions, de l'aveu même des associations bénéficiaires, par ailleurs reconnues pour leurs compétences, l'obtention des financements nécessaires ne pose aucun problème car elles sont les seules à les demander. Mais dès lors que l'action de l'Etat dépend de la présence des associations, le principe de la délégation implique pour l'autorité centrale d'envisager les mesures à prendre en cas d'absence de structures associatives. Même les associations les mieux structurées sur l'ensemble du territoire le sont inégalement selon les régions. Ce défaut d'adéquation entre une zone géographique où des besoins apparaissent et la couverture associative doit être identifié par les services de l'Etat. Ces derniers doivent apporter des réponses, soit en sollicitant un réseau associatif national soit en mobilisant d'autres acteurs de santé présents localement. Le second problème que pose la délégation est celui de l'existence d'associations présentes et actives mais qui ne peuvent répondre à toutes les demandes. Ainsi, si à Lyon les interventions de prévention dans les clubs échangistes hétérosexuels existent depuis plusieurs années, ce type d'action en direction des multipartenaires hétérosexuels est rare. De même, la diversité des interventions en direction des migrants semble insuffisante ou trop ponctuelle.

L'appréciation de la mise en œuvre des actions passe donc par l'évaluation de la pertinence de ce qui est tenu pour acquis et efficace. Par exemple, un volume croissant de préservatifs est diffusé par l'INPES, mais les associations disent avoir toujours des difficultés à s'en procurer, surtout lorsqu'il s'agit du préservatif féminin. Pour certains, les DDASS diffusent trop largement les préservatifs à des associations qui n'ont pas pour mission première la prévention.

Réguler l'équilibre du monde associatif ne signifie pas organiser le partage des ressources comme cela semble parfois avoir été le cas. Par exemple à Marseille la gestion des dispositifs d'échanges de seringues a fait l'objet d'une répartition entre les associations présentes sans tenir compte de la spécificité de la gestion des automates et des compétences associatives en

la matière. Cet équilibre demande en premier lieu d'identifier les manques et de préserver la diversité des réponses disponibles.

II-1-2 Les exigences envers le travail associatif

La participation à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de prévention comporte des exigences pour le travail des associations. Dans la mesure où elles sont des acteurs essentiels de la politique de prévention, elles se doivent de trouver les moyens de surmonter les controverses et les tensions dans le monde associatif qui freinent le processus de coproduction. De plus, celles qui mettent en œuvre des actions dans le cadre de financements publics doivent adapter leurs pratiques aux enjeux collectifs.

II-1-2-1 Des controverses à surmonter

Au cours d'une période durant laquelle le discours sur le *bareback*, entendu dans un premier temps comme la revendication de relations sexuelles non-protégées, faisait l'objet de promotion dans les médias, il n'y a pas eu de prise de parole institutionnelle contre ce discours. La banalisation de l'infection a pu s'en trouver confortée et le discours sur les risques être galvaudé. Dans le même temps, une controverse portant sur une stratégie de réduction des risques sexuels a dominé les échanges interassociatifs. Plus récemment, une autre est apparue sur la possible re-contamination des personnes vivant avec le VIH par un second virus. Ces controverses sur la prévention portent essentiellement sur les pratiques sexuelles des gais, mais leur impact sur le monde associatif est important dans la mesure où elles ont rendu difficile la concertation pour définir un socle commun de préférences collectives en matière de prévention.

- *Les discours sur la réduction des risques sexuels*

Depuis la fin des années quatre-vingt-dix et les premiers débats sur le *bareback* en France¹⁰⁹, de vives tensions traversent le monde associatif de la lutte contre le VIH. A partir de la fin des années quatre-vingt dix, il apparaît évident aux acteurs de la lutte contre le sida que les pratiques de sexe sûr se relâchent, ce qui est nommé le relapse, ce que viendront confirmer par la suite les épidémies d'IST chez les gais¹¹⁰. Dans le même temps, deux types de discours très différents émergent, l'un faisant l'apologie de comportements dit *bareback*, la revendication des relations non protégées par des séropositifs, et l'autre mettant en avant la réduction des risques sexuels comme réponse au relapse. Lors des actions de terrain, et ce depuis le début de l'épidémie, le principe de la réduction des risques a été développé dans les rencontres en face à face. Les acteurs de prévention qui entament une discussion avec des personnes sur un lieu de drague expliquent qu'il existe une gradation des risques de transmission selon les pratiques. Ce discours est tenu face à des personnes qui rencontrent des difficultés à recourir à l'usage du préservatif avec pour but de leur donner les moyens d'adapter leurs pratiques aux risques. Partant de ces pratiques existantes, l'association AIDES a mis en place une expérience de promotion de la réduction des risques à l'aide de flyers¹¹¹

¹⁰⁹ Le Tallec J.-Y., *Bareback et pratiques sexuelles à risque chez les hommes gais. La visibilité gaie au temps du sida*, Rapport final de recherche à l'ANRS, mai 2004, p. 83 et suivantes.

¹¹⁰ D. Lestrade, *The End*, Paris, Denoël, 2004, p. 125 et suivantes.

¹¹¹ Visibles sur le site http://rita.spi.france.free.fr/rdr/pages_rdr/flyers.html. Les slogans, accompagnés de quelques lignes de précisions et d'explications, sont : Sans capote, mieux vaut se retirer avant d'éjaculer ; Sucrer

distribués dans les saunas par des personnes qui accompagnaient cette distribution. Il s'agissait donc de donner un support écrit à un discours. Le principe adopté par AIDES est que l'injonction au port du préservatif ne suffit plus, et que la voie possible est d'informer des différentes manières possibles de se protéger en présentant une échelle de risque, répertoriant les pratiques et leurs risques respectifs selon l'usage ou non d'un préservatif¹¹². Ce choix a suscité de nombreuses critiques de différentes natures au-delà de celle d'ordre méthodologique : diffusion d'un support écrit¹¹³, diffusion d'informations discutables, absence de contrôle de sa diffusion, impact sur les pratiques dites *safe*. Les flyers ont pu être reproduits sur des sites internet ou copiés pour être distribués dans des bars¹¹⁴. Cela a donné lieu à des échanges vifs entre AIDES et Act Up dans la presse¹¹⁵. Si ces deux associations se sont particulièrement affrontées, il est nécessaire de rappeler que Sida Info Service, le SNEG ou AIDES Ile-de-France se sont également opposées à ce discours. En juillet 2004, un courrier d'Act Up a été adressé à différents destinataires leur demandant de prendre position contre la réduction des risques sexuels, ce qui a suscité une réponse de AIDES justifiant ses choix notamment par le réalisme nécessaire à adopter en termes de prévention et rappelant que la réduction des risques fait partie d'un ensemble de techniques de prévention mais n'est pas la seule¹¹⁶.

Cet affrontement entre associations a durablement rendu difficiles les échanges sur la prévention chez les gais et les discussions sur la prévention en général. Un atelier sur la prévention chez les gais organisé lors de la convention nationale du sida en juin 2004 a permis d'ouvrir les discussions en revenant sur des notions dont les usages étaient imprécis et décrivaient des pratiques mal identifiées, notamment le *bareback*. La campagne sur la réduction des risques sexuels a été perçue comme imprudente compte tenu du contexte et pouvant légitimer un discours valorisant des pratiques à risque. Au tout début des années 2000, des auteurs ont bénéficié de l'attention complaisante des médias pour diffuser un discours faisant l'apologie des pratiques sexuelles non protégées chez les gais. L'infection par le VIH apparaissant dans ces discours comme une donnée mineure, et un risque connu, ne devant pas entraver la liberté individuelle. Face à cela, un ensemble de travaux¹¹⁷ permet de sortir des représentations des pratiques du bareback pour aller vers une connaissance de leur diversité, ce qui permet une atténuation des conflits d'analyse et d'interprétation entre associations. Le bareback peut être perçu différemment selon les personnes et les pratiques non protégées s'expliquent par des facteurs bien différents de la simple posture de barebacker. Cette clarification explique certainement une baisse des tensions sur la question de la réduction des risques. Par ailleurs, les débats publics sur la pénalisation de la transmission du VIH ont largement contribué à reconstituer en partie le front associatif sur la prévention. Pour autant, le débat semble plus suspendu que surmonté et clarifié.

sans capote ? attention au sperme ! ; Baiser des heures, plan hard ! encore plus de risque sans capotes ; Sans capote, une charge virale élevée augmente le risque de contamination par le VIH ; Sans capotes, plus il y a de mecs, plus il y a de risques ; Les maladies sexuellement transmissibles augmentent le risque de contamination par le VIH ; Sans capote, il est encore plus risqué de se faire baiser ; tu baises sans capote ? Mets au moins du gel !

¹¹² RemAIDES, juin 2002, n° 44 et septembre 2002, n° 45.

¹¹³ Lettre d'Information du CRIPS, n° 64, décembre 2002.

¹¹⁴ Audition CNS.

¹¹⁵ Saout C., « Repenser la prévention du sida », *Libération*, 30 août 2002 ; J. Devemy « La capote, rien que la capote », *Libération*, 6 septembre 2002.

¹¹⁶ Courrier d'Act Up, 8 juillet 2004, adressé notamment au CNS, à l'ANRS, la DGS, l'InVS, l'INPES ; réponse de AIDES datée du 27 novembre 2004.

¹¹⁷ Les travaux récents d'Alain Léobon, Jean-Yves Le Tallec, Philippe Adam ou les hypothèses d'Olivier de Busscher.

- *Les enjeux du débat sur la re-contamination*

En 2005, et en dépit de la pause dans les affrontements associatifs sur la prévention, apparaît plus nettement dans le débat la question de la re-contamination, ou double infection, par le VIH. Celle-ci est une préoccupation récurrente des associations depuis plusieurs années. Plus couramment dénommé surcontamination, il s'agit du risque, pour une personne déjà infectée par le VIH de s'infecter de nouveau avec un virus au sous-type différent¹¹⁸. La manière dont les acteurs de la lutte contre le sida s'emparent de cette question pour en tirer des conclusions divergentes est révélatrice du glissement actuel de la prévention chez les gays. Pour certains, le risque de surcontamination est un argument de plus en faveur du port du préservatif dans toutes les situations. Pour d'autres associations en revanche, la quasi-impossibilité de surcontamination dans un groupe de transmission partageant le même sous-type autoriserait les relations sexuelles non-protégées entre partenaires séropositifs. Cette pratique est dénommée sérotriage ou sérochoix.

D'une tentative de réponse au relapse avec la réduction des risques, on en arrive donc aujourd'hui à avancer l'absence de risque dans les relations sexuelles entre séropositifs pour le justifier. Cette position sur ce que peut être une forme de prévention, les relations non protégées entre séropositifs, croise le développement du discours sur la prophylaxie pré exposition. Celle-ci consiste en la prise d'un antirétroviral par un séronégatif avant une relation sexuelle pour prévenir tout risque de contamination en cas de relation non-protégée. Des études menées par le NIH sur l'intérêt du ténofovir pour cet usage sont actuellement en cours à San Francisco. Certains voudraient voir dans la stabilisation des nouvelles infections à San Francisco le résultat du sérotriage. Rien ne vient pourtant étayer cette hypothèse. D'autres estiment que l'usage détourné du ténofovir en prophylaxie pré exposition doit être accepté, alors même que l'on ne dispose d'aucune donnée sur les effets de cette monoprise sur l'organisme, notamment les éventuelles mutations de résistance. Même dans le cas où l'efficacité d'une telle prophylaxie serait démontrée dans des essais, celle-ci devrait faire l'objet de précaution. En effet, les usages aujourd'hui clandestins d'antirétroviraux dans cette perspective s'accompagnent de la prise de nombreux produits psychoactifs dont on ne sait rien des interactions avec les médicaments.

La difficulté du port du préservatif en toute circonstance ne doit pas conduire à développer des discours justifiant son abandon, entretenant en cela des représentations erronées sur un danger moindre et favorisant donc les prises de risque. Ces représentations sont aujourd'hui largement diffusées par les sites internet qui permettent la recherche de relations sexuelles non protégées, mais aussi par la diffusion de films pornographiques dit *bareback* dans lesquels le préservatif est absent. Plus largement, les discours sur les risques sexuels perturbent la prévention car ils se transforment facilement en controverses associatives. Ces dernières renvoient à un débat de fond qui n'est pas encore pleinement discuté en tant que tel, celui des interactions entre les représentations individuelles et les représentations collectives, ou, autrement dit, sur l'impact des discours publics collectifs et des représentations de la culture de sexe sur des comportements individuels.

Ces controverses doivent absolument être surmontées au moyen de travaux réaffirmant ou précisant les risques associés aux pratiques mais aussi clarifiant les différents sens attribués à des notions souvent floues, ce dans le but de définir un vocabulaire commun minimal.

¹¹⁸ Voir le dossier « Surinfection », *Protocoles*, n° 37, mai 2005 et le dossier de la RéPI d'Act Up sur le sujet : www.actupparis.org/IMG/pdf/CR-Repi54-Surcontamination.pdf. *RemAIDES*, n° 57, septembre 2005, « La surcontamination. Mythes et réalités », pp. 22-23.

II-1-2-2 L'inscription dans une politique nationale

La participation des associations à la politique de prévention les inscrit de fait dans une politique nationale. Cela implique qu'elles adoptent des pratiques permettant de comparer leur travail et d'assurer la qualité de leurs prestations. Par ailleurs, cette inscription dans une politique nationale demande au SNEG de lever les ambiguïtés attachées à sa position de syndicat acteur de prévention.

- *La professionnalisation des actions*

Une partie de l'action des associations relève de financements publics pour des actions qui s'inscrivent dans un programme national de lutte contre l'épidémie d'infection à VIH. Parfois, les associations devancent les orientations nationales et font en cela office d'expérimentateurs. Ce sont ces liens avec la politique de prévention qui justifient que les associations professionnalisent leur action. Les plus anciennes d'entre elles offrent déjà des modèles d'organisation, de formation permanente interne, d'adaptation de leurs méthodes de travail à l'évolution de leur mission. Mais la professionnalisation passe en premier lieu par les compétences des dirigeants associatifs qui ne peuvent que très difficilement concilier leur engagement associatif avec une vie professionnelle extérieure.

Il est regrettable que les seuls outils existant au niveau de l'Etat central pour le suivi des actions associatives soient les bilans d'utilisation des crédits, bilans comptables purement descriptifs¹¹⁹. Un meilleur suivi de la mise en œuvre de la politique de prévention requiert à l'évidence une meilleure capacité d'évaluation qui repose sur des rapports d'activité des associations offrant la possibilité d'analyses comparées et insistant sur la dimension qualitative du travail réalisé. Les rapports d'activité des associations doivent être le plus possible harmonisés afin de constituer des outils d'analyse et d'évaluation. Souvent encore, l'Etat ne demande que des données chiffrées qui ne permettent pas toujours d'aller au-delà d'un compte rendu financier sans perspectives qualitatives. Des éléments aussi divers que la qualification des salariés et des volontaires, les évolutions constatées sur le terrain, les difficultés rencontrées dans la gestion ou dans la mise en œuvre des actions, les évolutions des actions envisagées, doivent apparaître dans les rapports d'activité afin de pouvoir constituer une base de données permettant l'ajustement permanent des attentes publiques et des pratiques.

- *Les ambiguïtés du SNEG*

Le SNEG illustre une forme particulière de mobilisation gaie en faveur de la prévention. Ce syndicat d'entreprises gaies compte deux branches : le SNEG prévention et le SNEG syndicat. Ce syndicat a d'abord été créé pour pouvoir rendre les préservatifs disponibles dans les bars. Cependant, depuis 1990, date de sa création, les modes de consommation des gais comme l'offre de services ont considérablement évolué. Le SNEG reste un diffuseur essentiel de matériel de prévention¹²⁰, mais il compte de nombreux adhérents dont le chiffre d'affaires repose sur la consommation de sexe dans des lieux commerciaux¹²¹. Une première réponse a été apportée à cette évolution en 1995 avec la première charte de responsabilité des établissements de sexe. Renouvelée en 2002, cette charte co-signée par AIDES, Act Up-Paris et Sida Info Service permet notamment de garantir l'accessibilité, la gratuité et la visibilité du

¹¹⁹ DGS, SD6-A, cellule budgétaire, *Bilan de l'utilisation des crédits 2003 au titre du VIH/sida chapitre 47.11 articles 60 et 70*, octobre 2004.

¹²⁰ Préservatifs et gel, mais aussi brochures, affiches, cartes.

¹²¹ Les adhérents du SNEG sont issus des secteurs d'activités suivant : 23 % bars ; 14 % saunas ; 10 % professions libérales, artisans, services ; 10 % discothèques ; 9 % associations ; 9 % restaurants ; 9 % boutiques, esthétique ; 8 % sex clubs, sex shops, video clubs ; 5 % édition presse, Internet ; 3 % tourisme.

matériel de prévention dans les établissements signataires¹²². Avec sa branche prévention, le SNEG a adapté et développé la prévention dans les établissements gais et notamment ceux qui offrent la possibilité de relations sexuelles. On a ainsi vu se développer la présence de distributeurs de préservatifs et de gel, la diversification des affiches et brochures. Par exemple, des campagnes d'affichage ont été mises en œuvre pour faire face au développement des poly-consommations de produits psychoactifs chez les gais¹²³. La charte de la prévention prévoit non seulement la disponibilité du matériel, mais aussi la formation du personnel à la prévention. Les établissements signataires bénéficient de visites mensuelles qui permettent d'assurer le suivi des actions de prévention. Cette action de prévention qui couvre toute la France est financée en partie par les bailleurs habituels de la prévention : la DGS, l'INPES et les services déconcentrés. Parallèlement, le SNEG prévention a récemment contribué à des recherches sur les prises de risque (enquête *sex drive*) et participé à l'élaboration d'une plaquette de prévention diffusée avec les DVD pornographiques. Ce travail et cette compétence doivent être reconnus, de même que la contribution à la connaissance que représente le travail sur le *sex drive*.

Pour autant, compte tenu de la prévalence de l'infection chez les gais, du nombre d'établissements et des prises de risque, certaines ambiguïtés doivent être soulignées. Tout d'abord, si l'on peut se féliciter que le SNEG prévention obtienne la signature de la charte de prévention par des établissements qui ne sont pas adhérents du syndicat, on peut s'étonner que tous les établissements adhérents au SNEG n'en soient pas signataires. Cette autorégulation pourrait être parfaitement légitime si elle permettait une couverture presque complète des établissements. Or, aujourd'hui, seulement environ 50 % des établissements concernés sont signataires. L'engagement résolu de la branche prévention du SNEG ne semble pas partagé par tous ses adhérents. Ainsi en 2000, le retard des versements des fonds publics a conduit à la fermeture de la branche prévention du SNEG, réouverte quelques mois plus tard. Cette décision est troublante. En effet, elle laisse penser que la prévention n'est pas essentielle pour ce syndicat alors que ses adhérents vivent de diverses formes du commerce du sexe.

Ce syndicat tient donc une position d'équilibriste entre les activités d'une organisation professionnelle qui offre un service de loisirs et celles d'une association qui doit maîtriser les excès de ces loisirs. Les adhérents du SNEG sont des promoteurs des relations sexuelles, il est donc normal qu'ils assument le coût engendré par la prévention des risques qu'ils font prendre à leurs clients. Le SNEG a initié la mise à disposition des préservatifs dans les bars et a contribué à modifier la loi. Au fil des années, il a su s'adapter au développement du commerce de sexe. Il est aujourd'hui légitime d'attendre de ce syndicat qu'il (re)prenne la pleine mesure de l'épidémie chez les gais et de la place du commerce de sexe dans cette épidémie, ainsi que de l'évolution des comportements. En concertation avec les autorités publiques, il doit contribuer à rendre la charte obligatoire. Il est nécessaire de renforcer la sensibilisation des adhérents et de clarifier la position à l'égard de la prévention des adhérents qui distribuent des vidéo pornos non safe. Compte tenu du développement des usages d'Internet, les adhérents du SNEG de ce secteur doivent poursuivre les efforts de prévention.

Il y a là un enjeu fort de cohérence entre les financements, les actions de prévention initiées au nom du SNEG et l'activité des adhérents du SNEG.

¹²² Les sept points développés par la charte sont : matériel de prévention, document et information, point santé, action de prévention, hygiène et entretien des locaux, formation du personnel, garantie vis-à-vis du personnel, respect et évaluation de la charte.

¹²³ ORS Ile-de-France, OFDT, *Tendances récentes sur la toxicomanie et phénomènes émergents liés aux drogues à Paris en 2004*, ORS, OFDT, préfecture d'Ile de France, Région d'Ile-de-France, avril 2005.

II-2 Les enjeux du partage des savoirs pour la prévention

La définition et la mise en œuvre de politiques de prévention demandent une connaissance toujours renouvelée de l'épidémie. Pour cela, le travail commun de l'Etat et des associations est nécessaire à la fois pour produire les connaissances puis les décoder en action de terrain et pour diffuser les savoirs et les pratiques. Leur diffusion parmi les associations doit être assurée afin qu'elles bénéficient des expériences réussies et qu'elles disposent des connaissances nécessaires sur les risques associés aux pratiques.

II-2-1 Une meilleure connaissance de l'épidémie

La connaissance utile à la prévention constitue un ensemble de savoirs relevant des modes de transmission du virus, de l'épidémiologie, de la surveillance sanitaire et des sciences sociales. Au cours du temps, le domaine des savoirs relatifs à l'épidémie s'est étendu constamment et a bénéficié de la coopération des associations avec les chercheurs notamment en sciences sociales. Toutefois, de nombreux domaines mal connus subsistent du fait des changements constants de l'épidémie et de la société.

II-2-1-1 L'élargissement du domaine des savoirs

Les actions de prévention sont élaborées en fonction des connaissances des pratiques à risque et des groupes de transmission. Du fait d'une épidémie profondément liée aux changements perpétuels que connaît une société, le domaine des savoirs est en extension permanente. Les savoirs sont essentiellement produits par des institutions publiques, mais font aussi l'objet de coproduction. Ainsi, si l'épidémiologie ou la surveillance sanitaire restent de la compétence d'organismes de recherche ou d'agences, les associations sont assez présentes dans la production de savoirs liés aux sciences sociales, qu'il s'agisse de données ou d'un savoir construit¹²⁴. Aujourd'hui, les modes de transmissions sont connus. Cette connaissance a fondé les recommandations en faveur de l'usage du préservatif, de l'échange de seringues ou des pratiques de sûreté dans le don du sang. La prévention ne peut pas se limiter à l'énonciation de recommandations sur les techniques de protection, encore faut-il que ces recommandations soient adressées aux personnes qui en ont besoin et qu'elles leur soient adaptées. Il est donc nécessaire de disposer de données sur les caractéristiques sociales des personnes nouvellement infectées. Cela permet de définir les zones géographiques et les groupes de population les plus touchés. Cette connaissance permet d'apprécier le succès d'une politique de prévention, comme l'échange de seringues chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, et de déceler les évolutions de l'épidémie, chez les femmes par exemple. Cette connaissance des populations touchées doit s'accompagner d'une connaissance des pratiques et des savoirs, dont l'évolution quand elle est connue devrait permettre d'adapter les messages et de redéfinir les cibles.

¹²⁴ En France, elle est produite par des organismes dont les missions comme les objectifs sont différents comme l'InVS et l'ANRS, mais aussi des associations comme Arcat ou Sida info service. Par exemple Arcat, *op. cit.* ou M. Lefranc, X. Bertin, H. Freundlich, *Sida Info Service à l'écoute des femmes*, Sida Info service, Etude thématique, Service évaluation et qualité, mars 2005.

- *L'épidémiologie*

L'épidémiologie est l'étude de la distribution, de la fréquence et des déterminants des maladies. Pour l'infection à VIH, elle s'appuie entre autres sur les données statistiques qui permettent aussi bien d'avoir des informations sur la dynamique de l'épidémie que sur les connaissances de la population relative au VIH ou ses pratiques sexuelles. C'est le résultat d'un travail de collecte constant de données, mais aussi d'enquêtes à la durée limitée dans le temps. Les acteurs de la recherche entretiennent entre eux des relations continues de collaboration ou de soutien tant technique que financier. Les premières données disponibles sont apportées par l'Institut de Veille sanitaire (InVS), dont une des missions est de surveiller l'épidémie d'infection à VIH, ce qui permet d'avoir des informations sur les personnes atteintes (sexe, âge, zone géographique, groupe social) et la manière dont elles ont été contaminées. Après avoir longtemps eu pour seul outil de mesure la déclaration obligatoire de sida, depuis 2003 l'institut dispose des données de la notification obligatoire d'infection à VIH et de la surveillance virologique. En mai 2005, on a pu ainsi disposer du second rapport Surveillance du VIH et sida¹²⁵. Dans le cadre de cette surveillance de l'infection à VIH par l'InVS, cet institut doit s'adjoindre la collaboration non seulement des médecins, des biologistes, mais aussi des laboratoires, des CDAG et des agents des DDASS. Le recueil des données de surveillance demande donc l'action concertée d'acteurs différents. Parallèlement, la base de données hospitalières sur l'infection à VIH, bien qu'elle n'ait pas pour fonction la surveillance de la population, offre des informations importantes en terme d'épidémiologie des personnes atteintes et pour les recherches médico-économiques.

- *Les recherches en sciences sociales*

L'ANRS finance et coordonne la recherche sur l'infection à VIH, elle est donc un élément central de la connaissance de l'épidémie avec l'Action coordonnée 18 "Comportement et prévention" qui permet de coordonner, et de choisir de financer, des grandes enquêtes comme VESPA¹²⁶ et des recherches en anthropologie et en sociologie. Les enquêtes permettent également de connaître les comportements sexuels des personnes et notamment de suivre l'évolution des pratiques à risque. L'InVS y a contribué également dans le cadre d'un partenariat avec le SNEG pour le Baromètre gay, dont les questionnaires ont été diffusés sur des sites internet et par les volontaires de AIDES¹²⁷. L'ANRS finance de grandes enquêtes, parmi lesquelles l'Enquête presse gay (EPG), avec l'InVS, qui porte sur les modes de vie et la prévention.

Les premiers résultats de EPG 2004¹²⁸ montrent l'augmentation des prises de risque chez les gais et ont confirmé des hypothèses de l'enquête de 2000, relatives notamment à l'âge des personnes et à leur statut sérologique¹²⁹. Il est à noter dans ces deux cas, Baromètre gay et EPG, la collaboration de sites internet et de la presse affinitaire. Les travaux en sciences sociales peuvent aussi bénéficier de financements croisés, comme une étude sur les déterminants psychologiques de la prise de risque qui a fait l'objet d'un financement de la

¹²⁵ InVS, *Rapport n° 2. op. cit.*. Les bilans de consultations de CDAG et des laboratoires de ville sont aussi utilisés.

¹²⁶ L'enquête VESPA porte sur la vie des personnes atteintes, dont la connaissance est nécessaire dans la mesure où les conditions de vie influencent l'attitude face à la prévention.

¹²⁷ Velter A., Michel A., Semaille C., *Rapport Baromètre Gay 2002*, Saint Maurice, IVS, novembre 2005.

¹²⁸ InVS, ANRS, *Premiers résultats de l'Enquête Presse Gay 2004*, juin 2005.

¹²⁹ Adam P., Hauet E., Caron C., *Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays. Résultats préliminaires de l'Enquête Presse Gay 2000*, Direction générale de la Santé, ABNRS, InVS, sans date.

DGS, du SNEG¹³⁰. Les connaissances relatives aux pratiques hétérosexuelles sont moindres dans la mesure où la fréquence des enquêtes est faible. On pense notamment aux études financées par l'ANRS comme l'Analyse des comportements sexuels en France (ACSF) de 1992 et l'Analyse des comportements sexuels aux Antilles et en Guyane (AGSAG) de 1994 et actuellement en cours de renouvellement. Ces travaux relatifs aux pratiques sont essentiels.

Enfin, outre les comportements, les enquêtes KAPB (*Knowledge, attitudes, practices, beliefs*) permettent également de mesurer les connaissances et la perception des risques. Réalisées depuis 1987 à la demande du Conseil régional d'Ile-de-France par l'ORS, elles permettent notamment de connaître les représentations associées à l'usage du préservatif. Ainsi, les dernières données disponibles datant de 2001 montrent qu'il y a plus de personnes qui pensent que le préservatif diminue le plaisir et moins qui le considèrent comme banal¹³¹. L'ORS s'est également intéressé aux risques pris par les personnes après une rupture conjugale, ce qui permet d'éclairer certaines circonstances spécifiques des prises de risque des hétérosexuels¹³². Toutefois, il a été relevé que l'épidémie de sida, tout en contribuant à leur développement, a considérablement orienté les travaux sur les comportements sexuels. Quand le VIH n'est plus au cœur de ces études, il s'avère que la préoccupation de la prévention est assez peu présente chez les personnes interrogées¹³³.

Le financement de recherches en sciences sociales permet non seulement de mieux connaître les pratiques, mais aussi de s'interroger sur les catégories utilisées pour décrire les faits sociaux liés au VIH. Ainsi, qu'il s'agisse du travail de Jean-Yves Le Tallec sur les pratiques sexuelles à risque ou d'Alain Léobon sur les usages sociosexuels d'internet, ces travaux permettent d'interroger l'intérêt pour la recherche de catégories telles que le *bareback* ou le *bug chasing*¹³⁴. Ces interrogations sur la construction des catégories d'analyse sont importantes dans la mesure où elles déterminent ce que l'on sait ou ce que l'on veut savoir. La connaissance nécessaire à l'élaboration des politiques de prévention ne peut donc pas faire l'économie de travaux réflexifs comme ceux de Didier Fassin sur l'épidémiologie des migrants, qui montrent la nécessité d'élaborer « des catégories sociologiquement pertinentes, c'est-à-dire conçues en fonction du problème étudié »¹³⁵. La définition d'une "cible" à laquelle est délivré un "message" suppose d'identifier des acteurs et faits sociaux. Ainsi, les travaux récents sur la prostitution qui décrivent et analysent ses formes¹³⁶ comme ceux qui

¹³⁰ Il s'agit de l'enquête sur les déterminants psychosociaux de la prise de risque "Sex Drive" de Adam P. et De Wit J. La présentation à la presse de l'enquête a été faite par un fonctionnaire de la DGS aux côtés des chercheurs et du SNEG.

¹³¹ ORS Ile-de-France, *Les Connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France*, Région Ile-de-France, Préfecture de la région Ile-de-France, décembre 2001.

¹³² Commissariat général au Plan, ORS Ile de France, ANRS, *La Gestion du risque VIH-sida après une rupture conjugale*, Région Ile-de-France, Préfecture de la région Ile-de-France, décembre 2002.

¹³³ Giami A., Schiltz M.-A., dir., *L'expérience de la sexualité chez de jeunes adultes. Entre errance et conjugalité*, Paris, Inserm, coll. Question en santé publique, 2004.

¹³⁴ Le Tallec J.-Y., *op. cit.*. Léobon A., Frigault L.-R., Levy J., *Les usages sociosexuels d'Internet dans la population homo et bisexuelle française : résultats de l'enquête "Net Gai baromètre"*, ANRS, Fond Québécois de recherche sur la société et la culture, Association Com'on west.

¹³⁵ Fassin D., "L'indicible et l'impensé : la « question immigrée » dans les politiques du sida", *Sciences sociales et santé*, 17 (4), décembre 1999, p. 29. Il est écrit page 16 de cet article : « Ainsi, bien plus que la réalité sociologique du sida des immigrés, c'est la construction épidémiologique des catégories servant à l'appréhension qui pose problème, par les effets de désignation et les réductions de sens qu'elle opère. Ce qui fait obstacle à la connaissance, à sa diffusion et à son utilisation, c'est une définition exclusivement formulée dans le langage de la transmission, sans référence aux conditions sociales de l'épidémie. L'indicible est ainsi le produit d'un impensé. On ne s'autorise pas à parler du sida des immigrés parce qu'on ne s'est pas donné les moyens de le comprendre autrement qu'en termes de danger de contamination, situation dont il serait toutefois injuste et inconséquent de faire porter la responsabilité aux seuls épidémiologistes. »

¹³⁶ Handman M.-E., Mossuz-Lavau J., *op. cit.*

proposent des approches de genre¹³⁷ permettent d'affiner la lecture des données comme la préparation des grandes enquêtes. Par conséquent, la connaissance de l'épidémie d'infection à VIH dans la perspective de l'élaboration des politiques de prévention impose des croisements entre de nombreux domaines de recherche et ne peut reposer sur une source unique de financement comme le montrent les coopérations déjà existantes entre des agences de l'Etat, des acteurs privés et des centres de recherche. Cependant, le sida n'est pas un domaine très mobilisateur pour les recherches en sciences sociales, même si les financements de l'ANRS permettent d'attirer de nouveaux chercheurs et un renouvellement¹³⁸. Le développement de financements croisés doit donc être encouragé pour soutenir ces recherches dans un contexte de fort désengagement de l'Etat dans la recherche en sciences sociales. De plus, le financement par des grandes enquêtes devenues régulières doit être assuré par d'autres bailleurs que l'ANRS qui est une agence de recherche et dont les fonds doivent être utilisés uniquement pour la recherche et non pour soutenir un travail de veille.

II-2-1-2 Une épidémie qui change avec la société

Les acteurs de la prévention font face à l'évolution permanente de la société et des comportements individuels ou collectifs sans toujours bénéficier des savoirs nécessaires à l'élaboration de stratégie de prévention. En effet, si ces acteurs peuvent signaler des évolutions, il reste de nombreux domaines mal ou inégalement connus.

- *Des groupes à risque d'exposition insuffisamment étudiés*

Comme dans l'ensemble de la société, les représentations et les pratiques dans les groupes à risque d'exposition à la transmission changent. Ainsi, si la réduction des risques en toxicomanie a donné de bons résultats, il est important de maintenir le niveau de prévention pour préserver ces résultats et de surveiller l'évolution des pratiques. Cela permettra d'adapter la réduction des risques à d'éventuels nouveaux usagers ou aux effets de mode qui peuvent faire utiliser différemment des produits déjà existants. L'importance de ces changements est difficile à évaluer et demande une veille constante des acteurs de la prévention. Le dernier rapport TREND¹³⁹ souligne le recours à l'injection par de jeunes usagers et la pratique de l'injection dans des milieux restreints du milieu festif ou routard avec des produits variés. Enfin, on peut relever l'échange des pratiques entre différents milieux comme les routards et les toxicomanes originaires de l'Europe de l'Est. Cette diffusion des pratiques d'usage de drogues et l'apparition de nouveaux groupes d'usagers moins disposés à un travail sur la réduction des risques modifie le travail des acteurs de prévention.

De nombreuses pratiques sont encore mal connues. Ainsi, l'usage de produits stupéfiants lors de soirées par les gais est souvent mentionné dans la presse ou dans les publications spécialisées¹⁴⁰, mais cette consommation ne semble pas faire l'objet d'actions de prévention très soutenues. L'usage de drogues dans le cadre festif est ancien dans les milieux gais, mais le développement de polyconsommations qui associent de nombreux produits est récent. De plus, le développement en France de la consommation du crystal est redouté au regard de son

¹³⁷ Cabiria, Guillemaut F., dir., *Femmes et migrations en Europe. Stratégies et empowerment*, Lyon, Le dragon Lune Editions, 2004.

¹³⁸ Fassin D., "A quels défis la recherche en sciences sociales sur le sida est-elle confrontée ?", *ANRS Information*, n° 41, juillet août 2005.

¹³⁹ ORS Ile-de-France, OFDT, *op. cit.*

¹⁴⁰ *Idem.*

impact aux Etats Unis¹⁴¹ et fait l'objet d'attention après une relative indifférence¹⁴². Les réponses à apporter à ce phénomène de consommation de produits psychoactifs sont encore imprécises et représentent un défi pour les acteurs de la prévention. Le "clubbing gai" mériterait probablement des travaux de recherche, notamment pour évaluer la fréquence des mouvements de personnes entre les pays européens comme le traduit la diffusion de la LGV entre Amsterdam, Paris et Londres. Cela demanderait des échanges entre les autorités nationales similaires à ceux organisés par les associations¹⁴³.

Par ailleurs, le développement de club échangistes hétérosexuels est parfois mis en avant pour déplorer l'absence de mesures de prévention auprès de ce groupe contrairement à ce qui se fait dans les établissements gais. Les travaux les plus récents montrent une prévention qui n'est pas systématique¹⁴⁴. De plus, on ne dispose d'aucune évaluation du nombre des personnes fréquentant ces établissements échangistes. Les enjeux de la prévention pour les femmes ne semblent pas faire l'objet d'une réflexion d'ensemble. Plusieurs publications permettent d'avoir une vision fragmentée des problèmes, mais les femmes en tant qu'objet de recherche pour la prévention sont assez absentes¹⁴⁵.

Les populations migrantes demandent aussi des recherches diversifiées. On ne sait rien en effet des risques d'exposition des gais migrants ou étrangers originaires du Maghreb ou d'Afrique, alors que l'on dispose de données de pays étrangers qui montrent une prévalence plus importante dans ces groupes¹⁴⁶. Des populations comme les migrants chinois ou d'Europe de l'Est semblent bénéficier de moins d'attention également. Les formes de la prostitution des migrants sont également diverses que l'on considère la prostitution africaine ou d'Europe de l'Est qui demandent des réponses adaptées aux structures sociales dans lesquelles elles s'inscrivent.

- *Des usages d'internet inégalement connus*

Internet est un des outils qui a le plus modifié les pratiques sociales ces dernières années. Les usages des sites Internet destinés aux gais sont relativement bien connus grâce aux travaux récents d'Alain Léobon qui permettent de différencier les usages, les sites et les utilisateurs. Ces travaux permettent de s'interroger sur les réponses à apporter à ces pratiques. Des travaux montrent que les usagers d'Internet sont aussi ceux qui ont les pratiques les moins sûres et qu'ils sont plutôt jeunes¹⁴⁷. D'autres travaux précisent que les rencontres faites

¹⁴¹ M. Specter, "Higher risk. Crystal meth, the Internet, and dangerous choices about AIDS", *The New Yorker*, 23 mai 2005, pp. 38-45.

¹⁴² *Têtu*, n° 95, décembre 2004, dossier "Drogue. Alerte au crystal", pp. 110-116. *Têtu* n° 105, novembre 2005, "Crystal : bientôt une brochure", p. 172.

¹⁴³ Shorer Gay Lesbian Health, *European expert meeting. Addressing the Rise in HIV and STI Rates among MSM in Western Europe*, Breggen aan Zee, The Netherlands, 6-8 octobre 2004.

¹⁴⁴ Welzer-Lang D., *La planète échangiste. Les sexualités collectives en France.*, Paris, Payot, 2005.

¹⁴⁵ Mossuz-Lavau J., *Une politique de réduction des risques sexuels pour les femmes en difficulté de prévention*, Rapport établi à l'intention de la direction générale de la santé/division sida, mai 2000. Sida Info Services, *Sida Info Service à l'écoute des femmes*, 2005. *Femmes et sida, Etats généraux*, 7 mars 2004, www.planning-familial.org/documentation/femmesEtSida.pdf. Conseil général du Val-de-Marne, *Etude sur l'acceptabilité du préservatif féminin*, Conseil général du Val-de-Marne, Direction de la prévention et de l'action sociale, direction des interventions de santé, Direction de l'enfance et de la famille, juillet 2004.

¹⁴⁶ *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2005, 54 (24), "HIV Prevalence, Unrecognized Infection, and HIV Testing Among Men Who Have Sex with Men. Five U.S. Cities, June 2004-April 2005".

¹⁴⁷ Léobon A., Frigault L.-R., Levy J., *Les usages sociosexuels d'Internet dans la population homo et bisexuelle française : résultats de l'enquête "Net Gai baromètre"*, ANRS, Fond Québécois de recherche sur la société et la culture, Association Com » on west, p. 17. Voir les synthèses dans *Transversal*, septembre octobre 2005, n° 26,

sur internet conduisent plutôt à des relations entre partenaires au statut concordant¹⁴⁸. Des études comparées de groupes de personnes ayant des relations sexuelles non protégées et se rencontrant pour les uns sur internet et pour d'autres en dehors, concluent que rien ne permet de dire que l'internet constitue un facteur de prise de risque¹⁴⁹. Ces différents résultats incitent au moins à réaliser un travail de recherche pour reprendre les différentes hypothèses de ces travaux sur des groupes comparables. Ces usages posent la difficulté de délivrer un message à des personnes pour lesquelles le terrain de rencontre est internet et qui sont assez peu sensibles à la prévention. En outre, le développement de l'Internet a fait évoluer les formes de la sociabilité en déplaçant la rencontre du bar vers l'espace privé et en offrant un éventail plus large d'options. Cependant, l'intérêt renforcé pour les usages de l'internet, comme les efforts d'information dans les lieux commerciaux de sexe, ne doivent pas conduire à négliger l'intérêt des recherches sur les lieux de rencontres extérieurs.

Les usages de l'internet par les hétérosexuels sont bien moins connus. Cet intérêt moindre peut s'expliquer par une prévalence très faible chez ces usagers. Toutefois, on est frappé de l'absence de message de prévention ou relatif aux IST sur les sites de rencontre, contrairement aux sites destinés aux hommes entre eux. Les sites proposent des services qui pour certains s'apparentent à des rencontres matrimoniales et pour d'autres offrent explicitement des opportunités de rencontres sexuelles. Les informations sur les IST sont absentes de ces sites de rencontre, ce qui n'est pas le cas des sites consacrés aux multisexualités¹⁵⁰, mais qui s'inscrivent dans une démarche de réflexion sur la sexualité.

L'internet en tant qu'outil pour la prostitution est aussi peu connu. Il permettrait aux personnes prostituées de travailler plus en sécurité. Ce moyen les éloigne cependant des acteurs de la prévention de même que leurs clients.

II-2-2 L'indispensable diffusion des savoirs et des pratiques

L'activité des associations est parfois limitée ou freinée par la difficulté à opérer des choix ou par manque d'appui technique. Il existe de nombreuses actions de terrain insuffisamment connues qui mériteraient d'être étendues ou dont les enseignements seraient utilement partagés. Par ailleurs, comme le montrent les discussions sur la réduction des risques sexuels, une meilleure diffusion des connaissances sur les risques est nécessaire. Par sa position centrale, l'Etat doit agir comme un vecteur de diffusion des connaissances sur les risques et favoriser la transmission des compétences ou bien définir les conditions nécessaires à une diffusion efficace. Il faut relever aussi que les acteurs multipositionnés pour la prévention chez les gais, à la fois militants et chercheurs, sont sinon nombreux du moins en nombre suffisant, ce n'est pas le cas pour les politiques de prévention à destination des migrants. Les chercheurs-militants existent, ils ont parfois créé des associations aujourd'hui connues, mais ne disposent pas encore de la position d'intermédiaire qui en font des acteurs pivots.

« Internet : un nouvel enjeu pour la prévention » et *Le Journal du Sida*, septembre octobre 2005, n° 179, « Gays : les défis de la prévention ».

¹⁴⁸ Bolding G., *et al.*, "Gay men who look for sex on the internet : is there more HIV/STI risk with on-line partners ?", *AIDS*, 19(9), 2005, pp. 961-968.

¹⁴⁹ Hospers H. J. *et al.*, "A new meeting place : chatting on the internet, e-dating and sexual risk behaviour among Dutch men who have sex with men", *AIDS*, 19 (10), 2005, pp. 1097-1101.

¹⁵⁰ Site www.multisexualites-et-sida.org.

II-2-2-1 Les échanges sur les actions de terrain

La diversité des acteurs engagés dans la prévention permet de nombreuses innovations ou aménagements qui ne sont pas toujours portés à la connaissance de tous. Il semble important de développer ces échanges susceptibles de renforcer les capacités des associations en leur donnant des modèles d'actions de terrain validés ou bien permettant des coopérations entre associations.

- *Des expériences peu partagées*

Des actions de terrain ou des réflexions sur des enjeux actuels n'émergent pas au niveau national. Les actions conduites en prisons existent et sont reconnues, mais elles ne bénéficient pas d'un processus de capitalisation et de redistribution des expériences. Elles restent isolées les unes des autres. D'une manière générale, le partage de l'information semble assez rare plutôt par manque de relais d'information que par une volonté de rétention d'un savoir.

La connaissance des actions n'est pas une limite propre aux associations. Des travaux ou des actions d'autres acteurs mériteraient également d'être diffusés comme les actions de prévention dans les établissements psychiatriques ou bien les adaptations propres aux DDASS ou aux DRASS. Les réponses aux situations particulières ne sont pas sans intérêt pour d'autres départements ou régions, comme l'Alsace où la prévention auprès des gais doit prendre en compte la fréquentation d'établissements situés en Allemagne. Les déclinaisons locales des programmes nationaux sont également intéressantes comme celle de la DRASS PACA¹⁵¹. Les modalités d'une diffusion systématique des informations doivent donc être envisagées. A ce titre, en dépit des critiques émises et de sa nature temporaire, la labellisation *Sida grande cause nationale 2005* permet d'innover par exemple avec la carte des actions de prévention. Les pratiques adoptées à cette occasion peuvent être la base de développement plus pérenne. Le CRIPS Ile-de-France offre déjà différents services, comme une revue de presse quotidienne électronique ou un répertoire des associations. Le développement de base de données sur l'Internet doit être envisagé, mais pas uniquement sous une forme spécifiquement gaie et d'actualité comme le site de Warning¹⁵². Internet semble encore sous exploité pour cette diffusion des connaissances qui ne peut être assimilée aux informations rendues accessibles par les associations sur leurs sites, par ailleurs très inégaux en accès et en offre. Il est regrettable qu'il n'existe pas d'équivalent francophone de Aidsmap¹⁵³ ou de site support plus généraux sur la santé¹⁵⁴. Les expérimentations mises en œuvre dans les pays étrangers, comme le Check point¹⁵⁵ à Amsterdam ou Genève pourraient être présentées et discutées, offrant ainsi aux associations une ouverture plus systématique aux réflexions conduites hors de France. Plus simplement, une accessibilité plus large des rapports sur des expériences de réduction des risques doit être recherchée, comme le rapport sur le Kit base mis en place par Espoir Goutte d'Or pour les usagers de Crack¹⁵⁶ ou sur les structures d'accueil pour l'injection de drogues¹⁵⁷.

¹⁵¹ DASS de Paris, *Programme d'actions de prévention de l'infection VIH/sida pour les homes ayant des rapports avec les hommes*, décembre 2001. DRAS, DDASS Provence-Alpes-Côte d'Azur, *Prévention de l'infection à VIH en Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2004-2007*, non daté.

¹⁵² www.thewarning.info.

¹⁵³ www.aidsmap.com/

¹⁵⁴ www.healthnet.org

¹⁵⁵ Il s'agit de la possibilité offerte de réaliser, après une rencontre de précounselling, un test rapide suivi d'un second entretien. www.thewarning.info/article.php3?id_article=73&var_recherche=dialogai.

¹⁵⁶ Espoir Goutte d'Or, *Rapport d'évaluation du "Kit-Base"*, Paris, EGO, STEP, novembre 2004.

¹⁵⁷ B. Bertrand, *Structures d'accueil avec possibilité de consommer à moindre risque des drogues*, septembre 2005, www.ludic-mulhouse.org/On_peut_franchir_le_pas_faire_un_essai.pdf.

- *Des coopérations qui peuvent être renforcées*

Cette diffusion des savoirs permettrait de renforcer les associations les moins bien dotées. Certaines d'entre elles développent des actions originales, comme l'information dans les bars mise en œuvre par Afrique Avenir, mais reconnaissent avoir des difficultés à répondre aux critères d'évaluation de leurs actions qui ne sont pas nécessairement adaptés à leurs pratiques. La formation des membres des associations bénéficierait donc d'un transfert de compétence des organisations les plus anciennes vers les plus récentes. Cependant, des expériences réussies de collaboration apparaissent, comme entre AIDES et une association comorienne à Marseille. Il est à noter que le transfert de compétence s'effectue ici dans les deux sens : un savoir-faire de la lutte contre le VIH contre une connaissance du milieu des migrants comoriens. L'Etat ne peut décider de la création d'associations, mais il peut favoriser leur émergence, comme ce fut le cas pour les associations communautaires de prostitués, et orienter leurs actions par son conseil. Des associations aujourd'hui autonomes ont pour certaines d'entre elles bénéficié d'un appui de la part de l'administration au cours des premières années. Cet appui qui, était alors apporté en partie par les agents du ministère de la santé, peut aujourd'hui l'être par des salariés de grandes associations. Des croisements entre les expériences doivent être systématisés pour renforcer les actions.

II-2-2-2 La diffusion des connaissances sur les risques et les pratiques

Les nombreuses connaissances sur l'épidémie ne suffisent pas à éviter les controverses comme cela a été relevé plus haut. Il est donc nécessaire de rappeler les différents risques selon les pratiques et de diffuser les connaissances afin de pouvoir élaborer des messages clairs et différenciés.

- *L'existence des risques insuffisamment rappelée*

La perception des risques a pu évoluer avec le développement des traitements et l'analogie faite avec les maladies chroniques. Il apparaît avec le recul que si cette analogie est utile pour rassurer les patients et le monde médical, elle peut conduire à une mauvaise compréhension de la gravité de l'infection par le VIH. Ce qui est vrai du point de vue individuel, si la personne est dépistée suffisamment tôt, ne l'est pas en cas de dépistage tardif. En outre, une maladie chronique comme le diabète ne se transmet pas à son partenaire, ce qui est le risque avec le VIH. De plus, les traitements sont particulièrement lourds et associés à de nombreux effets indésirables. Il faudrait donc donner une image plus réaliste de l'infection afin de mettre fin à sa banalisation et contribuer à une meilleure appréhension des risques. Les membres d'associations ne se sentent pas toujours autorisés à parler des effets indésirables des traitements. Une prise de parole publique, par des personnes atteintes, pourrait aussi contribuer à donner une image plus juste de la réalité de la vie des personnes atteintes¹⁵⁸. L'infection par le VIH est lourde de conséquence dans la vie quotidienne et se traduit par une perte de liberté dans les relations aux autres : difficulté de dire son infection aux partenaires, à son entourage, à ses collègues de travail.

Les risques lors des relations sexuelles varient selon les pratiques et les IST. Il est ainsi clairement établi que la syphilis se transmet facilement par la fellation. Les risques d'infection par le VIH à l'occasion d'une fellation non protégée sont aujourd'hui bien documentés, mais mal connus. D'autres infections comme la LGV ou la transmission du VHC paraissent liées à

¹⁵⁸ Audition du CNS. Lestrade D., « Septième ligne », *Le Journal du Sida*, n° 177, juillet 2005, p. 34.

des pratiques plus spécifiques de sexualité dites *hard*. Par conséquent, l'organisation d'une conférence de consensus ou d'une audition publique suivies de la publication d'un document doit donc être envisagée pour faire le point sur ces risques. En l'Etat actuel des connaissances et puisque c'est de la prévention de la transmission du VIH dont il s'agit ici, l'usage du préservatif dans toutes les circonstances doit être réaffirmé dans le discours public comme le seul moyen efficace et prouvé de prévention.

- *Connaître les pratiques pour adapter les messages*

Pour de nombreuses personnes auditionnées par la Commission prévention, la fatigue des années de lutte se traduisait par un propos récurrent : « tout a été dit ». La perception des associations peut parfois être biaisée par l'ancienneté et la difficulté de la prévention, ainsi que des résultats parfois décourageants. Les représentations des associations sur les actions à conduire doivent être prises en compte, afin d'accompagner les innovations, mais celles visant à rejeter les pratiques plus anciennes sont à considérer avec précaution.

La connaissance des pratiques est nécessaire pour adapter les messages et envisager des discours différenciés pour les personnes séropositives et celles qui sont séronégatives. La grande majorité des personnes vivant avec le VIH protège ses partenaires, cet effort doit être soutenu et encouragé en dépit des orientations actuelles favorables à un sérotriage ou au développement de prophylaxies pré exposition. Des travaux récents se sont intéressés aux déterminants psychologiques de la prise de risque et l'estime de soi, d'autres montrent une plus forte fréquence des suicides chez les homosexuels. Ces deux éléments conduisent à penser que la prise de risque chez les gais peut être liée à la place qui leur est accordée dans notre société et que moins de discrimination permettrait au gais de mieux vivre et de se préoccuper de leur santé. Des messages spécifiques pour les hommes vivant avec le VIH depuis de nombreuses années doivent donc être imaginés. Le développement des approches de la prévention inscrites dans une démarche de santé globale semble aussi une voie utile.

Au-delà des transmissions du VIH chez les gais, il est nécessaire d'effectuer un effort de connaissance identique dans les autres groupes de transmission. La connaissance spécifique des relations entretenues par les personnes selon les sous-groupes de population permettrait le développement de discours adaptés ou d'actions de prévention. Une meilleure connaissance des évolutions des modes de consommation de produits stupéfiants est aussi nécessaire, les pratiques de l'injection évoluant et étant adoptées par de nouveaux publics.

Ce rapport dégage avec une particulière insistance les rapports entre la puissance publique et les associations dans la lutte contre le sida. La résolution de l'épidémie qui nous préoccupe ne saurait pour autant tenir dans la seule évolution vertueuse de ces rapports. C'est la mobilisation pleine et entière de la société civile qui peut permettre de changer d'échelle dans la lutte contre le sida. Recommandée au plan international, l'approche multisectorielle de la lutte contre le sida s'impose aussi dans notre pays.

Recommandations pour une meilleure application de la politique publique de prévention de la transmission du VIH

Selon l'article L. 3121-1 du code de la santé publique, la définition d'une politique publique de prévention de la transmission de l'infection par le VIH relève de l'Etat. C'est une politique de santé dont les modalités d'organisation retenues doivent être pleinement assumées par l'administration centrale chargée de la santé. D'autres politiques publiques peuvent interférer avec la santé publique, mais il est primordial que toute action entreprise par une administration quelle qu'elle soit s'inscrive dans le cadre de la santé publique.

Depuis les débuts de l'épidémie, les associations de lutte contre le sida, ainsi que celles en lien avec les personnes les plus exposées au risque de transmission, sont des acteurs essentiels dont la place dans la politique de prévention doit être précisée.

La prévention de la transmission du VIH a rencontré des succès dans trois domaines : la transfusion sanguine, la transmission de la mère à l'enfant et la transmission par voie intraveineuse chez les usagers de drogues. Afin de préserver ces résultats, les politiques qui les garantissent doivent donc être pour le moins maintenues, dans le cas contraire une reprise des transmissions dans les groupes que constituent les usagers de drogues et les femmes enceintes vivant avec le VIH est à craindre.

Il convient également de rappeler que la non-discrimination des personnes vivant avec le VIH est indispensable pour la prévention. Le fait de dire plus facilement sa séropositivité dans sa famille, dans son environnement amical ou professionnel, maintient le lien d'appartenance à la société et donne aussi les moyens de protéger autrui.

Une prise de parole publique au plus haut niveau en faveur de la prévention et contre les discriminations est essentielle.

I Pour une politique de prévention pleinement assumée par la puissance publique

Dans son élaboration, sa programmation, sa mise en œuvre, la politique de prévention nécessite le travail conjoint de nombreux acteurs qui appartiennent à l'ensemble des secteurs de l'Etat, des différentes professions sanitaires et sociales, de l'entreprise et du monde associatif. En dépit de cette hétérogénéité nécessaire, la puissance publique en charge de la santé se doit de réaffirmer sa place au cœur de la politique de prévention. Pour cela, le rôle de la prévention dans le système de santé doit être clarifié, l'engagement de l'Etat réaffirmé, la délégation des actions aux associations pleinement assumée, des campagnes adaptées aux défis promues, la production des connaissances nécessaires assurée.

I-1 L'Etat doit clarifier la place de la prévention dans le système de santé

- *Faire de la prévention de la transmission du VIH un objectif de santé publique*

Le rapport d'objectifs de santé publique de la loi de santé publique énonce cent objectifs et des indicateurs de suivi. Pour l'infection à VIH, l'objectif retenu est la réduction du nombre de cas de sida. Celui-ci est important, mais il doit être absolument accompagné d'un objectif de prévention primaire : la réduction de la transmission du VIH.

- *Clarifier les sources de financement*

Les sources de financement pour la prévention sont nombreuses et se voudraient adaptées aux différents niveaux d'intervention et de déclinaison de la prévention. Ces financements correspondent aux différentes fonctions des organismes qui les délivrent. Mais cette répartition des fonctions ne semble pas toujours claire. Afin de clarifier les rôles de chacun dans la nouvelle architecture issue de la loi de santé publique, il est donc nécessaire de rendre plus lisible dans le financement public et dans le champ de la prévention la place de l'administration centrale, des services déconcentrés, de l'assurance maladie et de l'INPES.

- *Préciser et réaffirmer le rôle de l'INPES*

Bien que définie par la loi (mise en œuvre des programmes, expertise et conseil, développement de l'éducation à la santé, formation à l'éducation à la santé, gestion des situations d'urgence), l'articulation des fonctions de l'INPES avec le cadre du système de santé donne lieu à des interprétations diverses, parfois contradictoires, par les autres acteurs du système de santé. Les missions définies dans la loi doivent être acceptées par l'ensemble de ces acteurs ou leur révision demandée.

- *Utiliser pleinement les Centres de coordination régionale de la lutte contre le VIH (COREVIH)*

Dans le cadre d'une coordination avec l'ensemble des acteurs de la prévention, les COREVIH doivent avoir pour cible prioritaire la prévention auprès des personnes vivant avec le VIH pour leur donner les moyens de protéger leurs partenaires et dire leur séropositivité. Par ailleurs, ils doivent offrir des informations sur l'état de l'épidémie dans une région donnée.

I-2 L'Etat doit affirmer son engagement en faveur de la prévention

- *Garantir la cohérence de ses actions au niveau déconcentré*

Les déclinaisons locales du programme national et la diffusion du matériel de prévention auprès des populations prioritaires ne sont pas cohérentes sur le territoire. Compte tenu des transformations à l'œuvre avec la loi de santé publique, et tout en préservant l'autonomie des services déconcentrés, l'administration centrale doit s'assurer de la cohérence des actions de prévention au niveau local, d'abord dans les régions prioritaires, mais aussi sur l'ensemble du territoire.

- *Inciter encore plus les collectivités territoriales à contribuer à la prévention*

Les Groupements régionaux de santé publique accordent aux collectivités territoriales une part active dans la mise en œuvre des programmes régionaux de santé, à l'élaboration desquels contribuent les Conférences régionales de santé. Les représentants de l'Etat doivent inciter les collectivités territoriales investies dans ces deux instances à prendre pleinement en compte les enjeux de la prévention de la transmission du VIH. Quand cela est nécessaire, les associations nationales représentatives des collectivités territoriales (Association des maires de France, Assemblée des départements de France, Association des régions de France) doivent se mobiliser pour soutenir les actions de prévention.

- *Soutenir la mobilisation pour les étrangers et les migrants*

Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant en France sont aujourd'hui parmi les plus exposées au risque de transmission du VIH. Les associations africaines qui agissent pour la prévention sont encore en trop petit nombre pour faire face à elles seules aux besoins. Par ailleurs, d'autres catégories d'étrangers ou de migrants, originaires du Maghreb, d'Asie, d'Europe de l'Est ou d'Amérique latine, peuvent être particulièrement exposés. Ce sont donc l'ensemble des relais vers ces personnes qui doivent être mobilisés ou activés en faveur de la prévention : les services médico-sociaux, notamment les services de la prévention maternelle et infantile (PMI), les Comités départementaux d'éducation à la santé, les associations existantes, les services de médecine du travail et de médecine professionnelle, les entreprises dont une grande partie des salariés est migrante ou étrangère.

- *Imposer aux établissements commerciaux de sexe la mise à disposition gratuite du matériel de prévention*

La prévention dans les établissements commerciaux de sexe relève du bon vouloir des propriétaires et de l'engagement de quelques associations. En s'appuyant sur les articles L. 221-1 du Code de la consommation et L. 1311-4 du Code de la santé publique, un cadre réglementaire garantissant aux personnes qui les fréquentent la mise à disposition du matériel de prévention et de l'information doit être rapidement défini et mis en œuvre.

- *Garantir partout l'accès aux traitements post-exposition en cas d'accident d'exposition sexuelle*

Les traitements post-exposition délivrés en cas d'accident d'exposition sexuelle ont une dimension prophylactique, mais ils peuvent permettre aussi la mise en place d'un accompagnement des personnes confrontées à des difficultés de prévention. L'accès à ce traitement doit être garanti sur l'ensemble du territoire et les conditions de délivrance adaptées à l'enjeu préventif.

I-3 L'Etat doit endosser les responsabilités associées à la délégation

La délégation des actions de prévention de terrain aux associations a montré sa pertinence et son efficacité, mais la direction générale de la santé doit mieux assumer la responsabilité qui découle de celle-ci. Pour cela, la lutte contre le VIH et les IST doit s'appuyer sur un personnel suffisant et aux compétences reconnues, particulièrement au sein de l'administration publique.

- *Veiller à la pertinence et à la cohérence des actions des associations au regard du programme de lutte contre le VIH 2005-2008*

Les bilans d'utilisation des crédits bien que détaillés ne permettent pas d'apprécier et d'évaluer pleinement la qualité et la pertinence des actions financées. Le contrôle ne doit pas être seulement financier. La délégation donne à l'Etat la responsabilité de vérifier la pertinence et l'efficacité des actions. Il doit l'assumer.

- *Favoriser un paysage associatif diversifié*

La prévention par les pairs est une assurance d'efficacité et une source d'innovation et de réactivité pour faire face à une épidémie en changement permanent. Le pilotage de la prévention par l'Etat passe par la reconnaissance de ce fait et le soutien à la diversité du champ associatif afin d'en favoriser la complémentarité.

Par ailleurs, ce modèle fondé sur la santé communautaire et des actions de prévention menée par les pairs demande d'envisager les formations et les compétences qui doivent être requises pour ces actions.

Afin d'assurer des actions de prévention les mieux ajustées aux populations qui en ont besoin, et compte tenu de l'hétérogénéité des populations composant certains groupes, il est en outre nécessaire que les services de l'Etat apportent un appui technique aux petites associations. Cet appui peut être également le fait des grandes associations nationales qui détiennent une compétence utile ou du réseau des comités régionaux d'éducation à la santé, sous réserve que l'Etat leur délègue des moyens à cette fin.

- *Savoir faire face à l'absence d'associations dans une zone géographique ou auprès d'une population cible*

La délégation aux associations ne garantit pas que l'ensemble du territoire ou des populations soit couvert. L'Etat doit savoir faire face, ici et là, à l'absence d'associations en qualité ou en quantité. Là où les associations font défaut, il convient de mobiliser les acteurs sanitaires et sociaux (médecins, pharmaciens, éducateurs, ...) et les comités départementaux d'éducation à la santé. De même, les unions départementales des associations familiales et les mouvements familiaux qui contribuent à l'éducation à la santé peuvent développer des actions dans le champ du VIH. Le réseau du mouvement français pour le planning familial doit également être mieux sollicité. Cette réponse peut également passer par la mise en place d'équipes mobiles d'intervention et de prévention du sida associant des membres d'associations et du personnel de santé publique.

I-4 L'Etat doit promouvoir des campagnes de prévention adaptées aux défis

- *Donner une image plus réaliste de la gravité de l'infection*

La perception des risques en matière de VIH a évolué avec le développement des traitements et l'analogie faite avec les maladies chroniques. Si cette analogie est utile pour la prise en charge, elle peut conduire à une mauvaise compréhension de la gravité de l'infection par le VIH et nuire à la prévention. Il faudrait donc donner une image plus réaliste de l'infection afin de mettre fin à sa banalisation et de contribuer à une meilleure appréhension des risques.

- *Elaborer des discours distincts pour les personnes séropositives et pour les personnes séronégatives*

La prévention de l'exposition au VIH ou de sa transmission demande la mise en œuvre de stratégies individuelles spécifiques pour protéger l'autre et se protéger, et repose sur des mécanismes différents. Ces différences doivent conduire à adapter les messages et à envisager des discours différenciés pour les personnes séropositives et celles qui sont séronégatives. L'INPES, les COREVIH et les associations doivent travailler à l'élaboration de ces messages différenciés.

- *Augmenter la fréquence et la diversité des messages*

Les campagnes diffusées à l'occasion de l'été ou du 1er décembre ne sont pas suffisantes. Les messages destinés aux gais sont trop peu nombreux, particulièrement dans la presse spécialisée, alors que le risque d'exposition dans ce groupe est élevé. A l'inverse, les migrants font l'objet de la diffusion de nombreux messages bien que la catégorie "migrant" n'ait pas fait l'objet d'une définition précise. Des campagnes menées avec plus de régularité et mieux ciblées sur des publics spécifiques permettraient une meilleure réception des messages de prévention délivrés sur le terrain. Le choix des publics cibles et l'élaboration du contenu des campagnes doivent faire l'objet d'une réelle concertation et d'un meilleur contrôle de leur conception.

I-5 L'Etat doit assurer la connaissance nécessaire

- *Financer les enquêtes comportementales*

Les grandes enquêtes sur les comportements et les représentations du VIH sont essentiellement financées par l'ANRS. Les fonds de cette agence destinés à financer la recherche ne devraient pas être utilisés pour ces enquêtes qui relèvent du recueil d'indicateurs d'évaluation.

- *Développer une veille des besoins émergents*

L'Etat ne doit pas seulement assurer le financement des actions de prévention et leur renouvellement d'une année sur l'autre, mais également faire en sorte que les besoins émergents soient couverts par ses aides. A cette fin, il doit assurer une veille, appuyée sur son réseau d'agences et sur l'ensemble des acteurs de la prévention. Cette veille doit porter sur les évolutions de l'épidémie et sur l'évolution des moyens pour permettre un ajustement constant des actions au(x) terrain(s) au moyen d'expériences, de recherches-actions, d'évaluations et, éventuellement, d'observations de ce qui se fait hors de France.

- *Les rapports d'activité doivent constituer un outil d'analyse pour le bailleur public*

Les rapports d'activité des associations doivent être harmonisés afin de constituer des outils d'analyse et d'évaluation. Souvent encore, ils présentent des données chiffrées qui ne permettent pas toujours d'aller au-delà d'un compte rendu financier, lequel n'a pas vocation à proposer des perspectives qualitatives. Des éléments aussi divers que la qualification des salariés et des volontaires, les évolutions constatées sur le terrain, les difficultés rencontrées dans la gestion ou dans la mise en œuvre des actions, les évolutions des actions envisagées, doivent apparaître dans les rapports d'activité afin de pouvoir constituer une base de données et de permettre une véritable évaluation comparative. L'INPES dispose des compétences nécessaires à cette évaluation dont le coût doit être prévu dans son budget.

- *Organiser une conférence de consensus ou une audition publique sur les risques associés aux pratiques sexuelles*

L'imprécision des discours sur les risques a été source de tensions et d'incompréhensions parfois fortes entre les associations. Une meilleure connaissance des risques associés aux différentes pratiques et des risques potentiels liés à la re-contamination est nécessaire. Pour cela, une conférence de consensus ou une audition publique réunissant scientifiques et acteurs de la prévention doit être organisée afin de clarifier les niveaux de risque. Ces travaux serviront de base à l'élaboration d'un document de référence.

- *Prévoir des assises annuelles de la prévention pour partager les expériences*

Le partage de l'information sur les actions de prévention et leur évaluation n'est pas assez développé. Cela procède plus d'un manque de relais d'information que d'une volonté de rétention d'un savoir. Il convient de définir les modalités d'une diffusion systématique des expériences mises en œuvre, par exemple au travers du développement d'une base de données sur Internet mise à jour chaque semestre. En parallèle, des assises annuelles de la prévention, nécessairement liées à la mobilisation des personnes séropositives, seraient organisées afin d'évaluer ce qui est fait, de partager les expériences et de préparer en continu et de manière concertée les programmes de lutte contre le VIH.

II Pour une cohérence gouvernementale en matière de prévention

II-1 Mettre en œuvre un dispositif de coordination interministérielle

Pour réussir, la politique de prévention nécessite une prise en compte de la globalité des enjeux. Elle suppose donc une coordination interministérielle qui doit être effective et efficace. Pour cela, la politique engagée doit bénéficier au plus haut niveau d'une reconnaissance et trouver dans chaque ministère concerné un interlocuteur désigné et d'un niveau de responsabilité permettant une participation réelle à la décision.

II-2 Le ministère de l'Éducation nationale doit mettre en place la prévention auprès des jeunes

- *Le ministère de l'Éducation nationale doit relancer l'éducation à la sexualité et à la vie affective*

Dans le cadre de l'éducation à la santé, le ministère de l'Éducation nationale doit mettre en œuvre une véritable éducation à la sexualité et à la vie affective qui aborde notamment la prévention des grossesses non-désirées, des IST et en particulier la transmission du VIH.

Cette politique de prévention dans les établissements doit s'appuyer sur des budgets spécifiques, dans le cadre d'un horaire prévu dans l'emploi du temps des élèves et d'une programmation confiée à un responsable identifié.

Le personnel en charge de la santé scolaire doit être présent en nombre suffisant et bénéficier des formations nécessaires pour savoir et répondre aux demandes des adolescents.

- *Le ministère de la Jeunesse, des sports et de la vie associative doit contribuer à l'éducation à la santé*

Les dirigeants d'associations sportives et les éducateurs doivent être en mesure d'informer ou d'orienter les enfants et les adolescents qu'ils encadrent si ceux-ci les sollicitent sur les questions relevant de l'éducation à la sexualité et à la vie affective. Pour cela, le ministère de la Jeunesse, des sports et de la vie associative doit leur offrir les formations nécessaires.

II-3 Les politiques du ministère de l'Intérieur ne doivent pas s'opposer à la politique de prévention.

Les comportements de la police influencent grandement la qualité des actions de terrain auprès des populations les plus exposées : toxicomanes, personnes prostituées ou en situation irrégulière. La compréhension de ces enjeux, observée lors de la mise en place de l'échange de seringues, doit être retrouvée.

- *La loi de sécurité intérieure ne doit pas être un obstacle à la prévention auprès des prostitués*

L'application de la loi de sécurité intérieure a modifié les conditions d'exercice de la prostitution et a eu pour conséquence d'éloigner les personnes des associations qu'elles sont censées aider. Les prostitués sont devenus plus vulnérables et leur exposition au risque de transmission s'est accrue. Les articles de la loi sur la sécurité intérieure relatifs à la prostitution doivent être revus à la lumière de leur indéniable impact négatif sur la prévention auprès de ce groupe.

- *Les droits des étrangers doivent être pleinement appliqués*

Pour la constitution des dossiers de demande de séjour pour soins, les préfetures exigent parfois des pièces que le droit ne prévoit pas et outrepassent leurs prérogatives. Ces excès retardent la prise en charge globale des personnes et, donc, le travail de prévention de la transmission. Plus généralement, les difficultés que rencontrent les étrangers dans l'accès aux droits est un facteur de précarisation qui constitue un risque accru d'exposition au virus. La loi doit être appliquée de manière rigoureuse et dans des délais brefs.

- *Dans les centres de rétention administrative, les personnes doivent bénéficier de l'application de leurs droits*

Les étrangers placés dans les centres de rétention doivent avoir accès à un médecin et pouvoir déposer des dossiers de demande de titre de séjour pour soins et se voir délivrer les récépissés requis.

- *La lutte contre le trafic de stupéfiants ne doit pas remettre en question les résultats obtenus par la réduction des risques chez les usagers de drogues par voie intraveineuse.*

Alors que depuis plusieurs années l'intérêt de la réduction des risques était bien compris par l'ensemble des acteurs concernés par la lutte contre l'usage des stupéfiants, les usagers de drogues sont de nouveaux contraints de se disperser et deviennent moins atteignables pour les acteurs de prévention. Les usagers doivent de nouveaux avoir accès facilement aux actions de prévention qui leur sont destinées.

II-4 Le ministère de la Justice doit faire face à l'épidémie de VIH en prison

Une prévention efficace a besoin de pragmatisme et nécessite d'admettre l'existence de certaines pratiques pour pouvoir gérer les risques qui y sont associés. Ainsi, la non-reconnaissance de l'usage de seringues ou des relations sexuelles en détention rend difficile la diffusion de l'information nécessaire aux détenus et au personnel et la collaboration de l'administration pénitentiaire.

- *Faire naître les conditions d'une prévention efficace*

Les prisons connaissent de nombreuses difficultés liées à leur état, à la surpopulation et à d'indéniables insuffisances d'encadrement en personnel médical ou de surveillance. Ces problèmes constituent des freins à la prévention et doivent être absolument surmontés. Là comme ailleurs, la priorité doit être donnée à la santé publique et à la prévention de la transmission du VIH en renforçant la diffusion de l'information et en réduisant les discriminations dont sont victimes les détenus vivant avec le VIH.

- *Admettre l'existence des pratiques sexuelles à risques*

Les pratiques sexuelles des détenus existent et induisent des risques de transmission du VIH. Les préservatifs doivent être accessibles pour tous dans tous les établissements pénitentiaires. Cette accessibilité ne peut être subordonnée à l'appréciation des personnels médicaux ou de surveillance. De même, les efforts entrepris en matière de création d'unité de vie familiale pour les couples doivent être développés.

- *Parachever la politique de réduction des risques en toxicomanie chez les personnes détenues*

L'accès aux médicaments de substitution aux opiacés est une partie intégrante de la réduction des risques et doit être effectif dans tous les établissements. A la lumière de ce qui existe dans certains pays, et en concertation avec le personnel de l'administration pénitentiaire, des expérimentations d'échanges de seringues en détention doivent être mises en œuvre afin de compléter les outils de réduction des risques pour les détenus. En cas d'évaluation positive, ces expériences devront être étendues à l'ensemble des établissements pénitentiaires.

III Pour un partenariat clarifié entre les associations et l'Etat

III-1 L'Etat doit sécuriser l'environnement des associations

Pour que les missions confiées aux associations soient assumées au mieux, l'Etat doit promouvoir un cadre davantage adapté aux associations auxquelles il délègue la prévention et contribuer au renforcement de leurs compétences. En retour, les associations doivent servir les objectifs collectifs pour lesquels elles sont financées.

- *Préparer la mise en œuvre des évolutions législatives qui touchent à la santé ou à l'activité associative*

La loi d'orientation sur la loi de finances (LOLF) modifie les règles de contractualisation des associations avec l'Etat en mettant en place des contrats d'objectifs dont l'évaluation conditionne le renouvellement des financements.

La loi sur la politique de santé publique crée de nouveaux espaces de négociation des financements et des programmes de prévention : des conférences régionales de santé qui contribuent à la définition des objectifs de santé régionaux ; des groupements régionaux de santé publique qui mettent en œuvre les programmes de santé ; des programmes de santé arrêtés par le représentant de l'Etat et qui comportent un ensemble de programmes dont un programme d'accès à la prévention pour les personnes démunies et des programmes de santé scolaire et d'éducation à la santé.

Ces deux évolutions majeures rendent le paysage plus complexe. L'Etat se doit de les accompagner sur les plans technique et financier.

- *Ne pas fragiliser la situation financière des associations*

Les versements des subventions doivent avoir lieu le plus tôt possible dans l'année en cours afin que la trésorerie des associations n'ait pas à supporter les retards des décaissements publics. Le programme national de prévention est triennal. Les conventions signées avec les associations doivent être également triennales afin de garantir une meilleure situation financière, comme le recommande une circulaire du Premier ministre en date du 1^{er} décembre 2000. Cela facilitera d'autant l'accès aux fonds européens qui requièrent des receveurs des bases financières solides. Elles doivent prendre en compte l'évolution des compétences et des salaires.

- *Favoriser la diversification des sources de financement*

Les sources de financement possibles sont multiples, notamment celles créées par la loi de santé publique, par les programmes sociaux qui peuvent avoir une composante santé, ou par les fonds européens. Elles doivent faire l'objet d'une information accessible diffusée aux associations. Les documents de demande de subvention doivent être simplifiés et harmonisés.

III-2 La délégation et le financement public supposent des obligations de la part des associations

- *L'ensemble des associations gaies doit porter le message de prévention*

Compte tenu de l'importance de la prévalence de l'infection à VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes, les associations gaies doivent faire de la lutte contre l'infection à VIH un objectif prioritaire et se mobiliser pour la prévention, notamment dans les régions où le tissu associatif est insuffisant. Elles peuvent aussi être le relais des messages de prévention et contribuer à la mobilisation des personnes ne se reconnaissant pas dans les associations de lutte contre le sida. Pour cela, il faut que l'Etat leur accorde des fonds spécifiques.

- *Le SNEG doit porter une parole publique sur la prévention dépourvue d'ambiguïté*

En dépit d'un engagement très ancien dans la prévention, le Syndicat national des entreprises gaies occupe une position ambiguë entre organisation professionnelle et acteur de la prévention. Cette ambiguïté est accentuée par l'activité de certains adhérents du syndicat dont les revenus proviennent d'établissements commerciaux de sexe dans lesquels on constate des prises de risque. Compte tenu du niveau de prévalence de l'infection à VIH chez les gais, la responsabilité pleine et entière de l'ensemble des entreprises adhérentes au SNEG dans la prévention doit être affirmée. Seule une parole publique du SNEG dépourvue d'ambiguïté sur la prévention peut justifier le maintien de financements publics.

- *Les associations doivent avoir un rôle moteur dans l'évaluation des actions de prévention*

Les associations sont les mieux à même d'imaginer les indicateurs les plus appropriés pour l'évaluation des actions de terrain et les moyens de collecter des informations. Elles doivent donc fournir un effort d'auto-évaluation, sur la base de critères définis en concertation avec les pouvoirs publics.

- *Dégager une base associative de concertation*

Les controverses sur les actions de prévention rendent difficiles les échanges interassociatifs dans ce domaine. Ces blocages sont préjudiciables à l'ensemble de la prévention car ils empêchent toute innovation et évolution des pratiques. Il est souhaitable que les associations de lutte contre le VIH se donnent les moyens de créer des espaces d'échanges et de proposer des solutions innovantes aux problèmes émergents en matière de prévention.

Annexes

Sigles utilisés

AAH : Allocation adulte handicapé

AC : Action concertée

ACCES : Action pour la citoyenneté et l'éducation à la santé

ACSAG : Analyse des comportements sexuels aux Antilles et en Guyane

ACSF : Analyse des comportements sexuels en France

ACT : Appartements de coordination thérapeutique

AFLS : Agence française de lutte contre le sida

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé

AME : Aide médicale d'Etat

AMM : Autorisation de mise sur le marché

AMPT : Association méditerranéenne des toxicomanies

ANAES : Agence nationale d'accréditation des établissements de santé

ANPAA : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

ANRS : Agence nationale de recherche sur le sida

ARCAT : Association de recherche, de communication et d'action pour l'accès aux traitements

ARH : Agence régionale d'hospitalisation

ASUD : Auto-support des usagers de drogues

BIP : Bulletin d'information professionnel

CAC : Centre d'accueil de crise

CASO : Centre d'accueil et de soins

CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CDAG : Centre de dépistage anonyme et gratuit

CFA : Centre de formation des apprentis

CFES : Comité français d'éducation à la santé

CGL : Centre gai et lesbien

CHR : Centre hospitalier régional

CISIH : Centre d'information et de soins de l'immunodéficience humaine

CMP : Centres médicaux psychologiques

CMU : Couverture maladie universelle

CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie

CNRS : Centre national de la recherche scientifique
CODES : Comités départementaux d'éducation à la santé
COREVIH : Coordination régionale de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPE : Conseillers principaux d'éducation
CRAM : Caisse régionale d'assurance maladie
CRAMIF : Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France
CRES : Comités régionaux d'éducation à la santé
CRIPS : Centre régional d'information et de prévention du sida
CSS : Comité scientifique sectoriel
CSST : Centres spécialisés de soins aux toxicomanes
CTRI : Comité technique régional et interdépartemental
DASES : Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé
DATIS : Drogue alcool tabac info service
DAV : Dispensaires antivénérien
DDASS Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DESCO : Direction de l'enseignement scolaire
DFA : Département français d'Amérique
DGS : Direction générale de la santé
DHOS : Direction de l'hospitalisation et des soins
DO : Déclaration obligatoire
DRASS : Direction régionale de l'action sanitaire et sociale
DSDS : Direction de la santé et du développement social
EMIPS : Equipe mobile d'information et de prévention santé
ENVEF : Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France
EPG : Enquête presse gay
FASILD : Fonds d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations
Fnap-psy : Fédération nationale des associations de patients et ex-patients psychiatriques
FNPASS : Fonds national d'action sanitaire et sociale
FNPEIS : Fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaires
FSE : Fonds de solidarité européen
FTCR : Fédération des tunisiens pour une citoyenneté des deux rives
GIP : Groupement d'intérêt public
GRSP : Groupements régionaux de santé publique

HPA : Health Protection Agency
IAURIF : Institut d'aménagement et d'urbanisme d'Ile de France
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
IMEA : Institut de médecine et d'épidémiologie africaine
INED : Institut national d'études démographiques
INPES : Institut national d'éducation et de prévention à la santé
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS : Institut de veille sanitaire
IST : Infection sexuellement transmissible
IVG : Interruption volontaire de grossesse
KABP : *Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices*
LGBT : Lesbien, gai, bi, trans
LGV : Lymphogranulomatose vénérienne
LOLF : Loi organique sur la loi de finance
LSI : Loi de sécurité intérieure
MDM : Médecins du monde
MFPF : Mouvement français pour le planning familial
MILC : Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer
MILDT : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MISP : Médecin inspecteur de santé publique
OIP : Observatoire international de prisons
OMI : Office des migrations internationales
OMS : Organisation mondiale de la santé
ORS : Observatoire régional de santé
PACA : Provence Alpes Côte d'Azur
PASS : Permanences d'accès aux soins de santé
PASTT : Prévention, action santé travail pour transgenres
PDAE : Programme départemental d'aide à l'emploi
PES : Programme échange de seringues
PMI : Prévention maternelle infantile
PRAPS : Programmes régionaux d'accès aux soins
PRIPI : Programmes régionaux d'intégration des populations immigrées
PRS : Programmes régionaux de santé
RDR : Réduction des risques
RMI : Revenu minimum d'insertion

SIS : Sida info service
SMPR : Services médico-psychologiques régionaux
SNEG : Syndicat national des entreprises gaies
SONACOTRA : Société nationale de construction pour les travailleurs
SPIP : Service pénitentiaire d'insertion et de probation
SREPS : Schéma régional d'éducation pour la santé
SROS : Schéma régional de l'organisation sanitaire
SVT : Science de la vie et de la terre
TPE : Traitement post exposition
UCSA : Unités de consultation et de soins ambulatoires
UDVI : Usagers de drogues par voie intraveineuse
UNAFAM : Union nationale des amis et famille de malades mentaux
UNALS : Union nationale des associations de lutte contre le sida
URCAM : Union régionale des caisses d'assurance maladie
UVF : Unité de visite familiale
VESPA : VIH enquête sur les personnes atteintes
VHB : Virus de l'hépatite B
VHC : Virus de l'hépatite C
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Personnes auditionnées par la Commission prévention du Conseil national du sida

28 mai 2004

M. Philippe Lamoureux, directeur général de l'INPES.

Mmes Isabelle Grémy, directrice, Nathalie Beltzer, chargée d'études, ORS d'Ile-de-France.

7 juin 2004

Mme Véronique Doré, responsable de la commission "Recherche en santé publique et en sciences de l'homme et de la société dans l'infection à VIH", ANRS.

Mme Nicole Solier, chef du bureau de la lutte contre le VIH, direction générale de la santé, ministère de la santé et de la protection sociale.

Mmes Nadine Neulat, chef du bureau de l'action sanitaire et sociale et de la prévention, Félicia Narboni, chargée des questions relatives à la santé, direction de l'enseignement scolaire, ministère de l'Education nationale.

10 novembre 2004

M. Didier Lestrade, fondateur de l'association Act Up-Paris et du magazine Têtu.

M. Romain Mbiribindi, président de l'association Afrique Avenir.

24 novembre 2004

M. Michel Colls, trésorier de l'association ACTIS Saint-Etienne, vice-président de l'UNALS.

M. Yves Ferrarini, directeur de l'association Sida info service.

1^{er} décembre 2004

M. Jean-Yves Le Tallec, sociologue, Université Toulouse-Le Mirail.

8 décembre 2004

Mme Corinne Monnet, directrice, Mme Lara Peyret, coordinatrice des actions de terrain, association Cabiria.

M. Antonio Alexandre, délégué national prévention, SNEG.

22 décembre 2004

Dr Camille Cabral, présidente de l'association PASTT.

M. François Berdougo, responsable des programmes associatifs, association Sidaction.

5 janvier 2005

Dr Rida Nouiouat, responsable du programme prison de l'association Migrations santé.

M. Jérôme Martin, président, M. Emmanuel Château, responsable de la commission prévention, association Act Up-Paris.

12 janvier 2005

Dr Carine Favier, membre du bureau du MFPF, responsable de la commission sida.

Dr Jean-Pierre Lhomme, responsable du programme de proximité de réduction des risques en milieu urbain et du bus méthadone, Paris, association Médecins du monde.

2 février 2005

Mmes Barbara Wagner, présidente, Mme Florence De Pina, fondatrice, association Femmes positives, Marseille.

M. Thibaut Tenailleau, directeur de l'association ARCAT.

9 février 2005

M. Antonio Ugidos, directeur, association CRIPS Ile-de-France.

2 Mars 2005

Dr Eric Schwartzentruber, médecin inspecteur régional, DRASS/DDASS Alsace/Bas-Rhin.

Dr Hélène Prodhon, médecin inspecteur régional, DRASS Provence-Alpes-Côte d'Azur.

9 mars 2005

Mme Isabelle Million, coordinatrice, association Couples contre le sida, Lyon.

M. François Bès, délégué aux groupes locaux, OIP.

16 mars 2005

M. Eric Schneider, président de l'association ASUD, chargé de direction à l'association ACCES, Marseille.

M. Reda Sadki, président du comité Maghreb-Afrique des familles pour survivre au sida.

30 mars 2005

Dr Christiane Charmasson, praticien hospitalier, coordinatrice du comité sida sexualités et prévention de l'établissement public de santé de Ville Evrard.

Mme Hélène Rossert, directrice générale de l'association AIDES.

6 avril 2005

MM. Tarik Ben Hiba, Sassi Ben Moussa, Claude Denré, association FTCCR.

Dr. Laurence Pallier, médecin coordonateur de l'EMIPS du Var.

20 avril 2005

M. Christophe Martet, journaliste à Têtu.

25 mai

Mme France Lert, Directrice de l'Unité 687 "Santé publique et épidémiologie des déterminants professionnels et sociaux de la santé", Inserm.

MM. Olivier Jablonski, Georges Sideris, association Warning.

Bibliographie

Littérature grise

AIDES, Agefiph, Ministère de l'Emploi et de la solidarité, *Guide sensibilisation VIH et milieu de travail et Savoir pour agir : VIH et milieu de travail*, 2001.

AIDES, *Enquête AIDES sur l'accès au séjour, aux soins et à l'hébergement des étrangers séropositifs au VIH en 2004*, Pantin, AIDES, 2005.

AIDES, *Etat des lieux migrants 2004*, non daté.

AIDES, *Parcours de VIH. 24 minutes pour comprendre, Guide pratique*, non daté.

AIDES, *Rapport d'activité 2003*, non daté.

AIDES, *Rapport d'activité 2004*, non daté.

Cabiria 2003, *Rapport Moral et financier*, non daté.

Conseil national du sida, *Note valant avis sur le processus d'évaluation médicale des demandes de titres de séjour pour soins des étrangers*, 26 février 2004.

Commissariat général au Plan, ORS Ile-de-France, ANRS, *La Gestion du risque VIH-sida après une rupture conjugale*, Région Ile-de-France, Préfecture de la région Ile-de-France, décembre 2002.

Conseil national de l'évaluation, Commissariat général du Plan, *La politique de lutte contre le sida 1994-2000*, rapport de l'instance d'évaluation de la politique de lutte contre le sida 1994-2000, novembre 2002.

Conseil national du sida, *Repenser la politique de lutte contre le VIH/sida dans les départements d'outre mer*, mars 2003.

DASS de Paris, *Programme d'actions de prévention de l'infection VIH/sida pour les hommes ayant des rapports avec les hommes*, décembre 2001.

Direction générale de la santé, *Plan national de lutte contre le VIH/sida 2001-2004*, non daté.

Direction générale de la santé, *Stratégie de prévention de l'infection VIH/sida en France pour les années 2001-2004*, juin 2001.

Direction générale de la Santé, *Programme d'actions de prévention de l'infection VIH/sida et M.S.T. en France pour les hommes ayant des rapports avec les hommes pour les années 2001-2004*, novembre 2001.

Direction générale de la santé, *Programme national de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers/migrants vivant en France, 2004/2006*.

Direction générale de la santé, *Programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2005-2008*.

Direction générale de la santé, *Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) : évaluation nationale du lancement des PRAPS de deuxième génération (2003-2006)*, juin 2005.

Direction générale de la santé, *Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) : évaluation nationale du lancement des PRAPS de deuxième génération (2003-2006)*, juin 2005.

DRAS, DDASS Provence-Alpes-Côte d'Azur, *Prévention de l'infection à VIH en Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2004-2007*, non daté.

Direction générale de la santé, *Plan national de lutte contre le VIH/sida, 2001-2004*.

GISTI, *Bilan d'activité 2003*, octobre 2004.

GISTI, *Bilan d'activité 2004*, juin 2005.

Guillemot B., Mercereau F., *Rapport sur l'évolution de l'aide médicale d'Etat*, Rapport n° 2003 022, février 2003.

Inspection générale des affaires sociales, *Contrôle de l'association AIDES Ile-de-France*, rapport n° 2003 135, janvier 2004.

Inspection générale des affaires sociales, *Contrôle de l'association AIDES*, rapport n° 2003 118, janvier 2004.

Inspection générale des affaires sociales, *Contrôle du compte d'emploi des ressources collectées par AIDES*, rapport n° 2003 134, février-mars 2004.

Inspection générale des affaires sociales, *Rapport annuel 2003. Santé, pour une politique de prévention durable*, Paris, La Documentation française, 2003.

Institut de Veille Sanitaire, *Surveillance du VIH/sida en France, Rapport n° 2. Données au 31 mars 2004*, Institut de veille sanitaire, département des maladies infectieuses, mai 2005.

Ministère de l'Education nationale, Circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003.

Ministère de l'Education nationale, Circulaire n° 2003-210, 1^{er} décembre 2003, *La santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation*.

Ministère de l'Education nationale, Circulaire n° 98-234 du 19 novembre 1998, *Education à la sexualité et prévention du sida*.

ORS Ile-de-France, *Les Connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France*, Région Ile-de-France, Préfecture de la région Ile-de-France, décembre 2001.

Premier Ministre, Circulaire du 1^{er} décembre 2000, *Relative aux conventions pluriannuelles d'objectifs entre l'Etat et les associations*.

Rousseau-Giral A.-C., Schmeider E., *La prévention sanitaire des maladies sexuellement transmissibles, du sida et de la tuberculose*, IGAS, Rapport n° 2002 153, janvier 2003.

Sida Info Service, *Rapport d'activité 2003*, non daté.

Sidaction, *Rapport d'activité 2003*, non daté.

Sidaction, *Rapport d'activité 2004*, non daté.

Santé publique, sexualité, genre

Calvez M., *La prévention du sida. Les sciences sociales et la définition des risques*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2004.

Conseil général du Val-de-Marne, *Etude sur l'acceptabilité du préservatif féminin*, Conseil général du Val-de-Marne, Direction de la prévention et de l'action sociale, direction des interventions de santé, Direction de l'enfance et de la famille, juillet 2004.

- Delfraissy J.-F., dir., *Prise en charge des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts*, Paris, ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, Flammarion, Coll. Médecine-Sciences, 2002
- Dozon J.-P., Fassin D., *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001.
- Femmes et sida, Etats généraux*, 7 mars 2004, www.planning-familial.org/documentation/femmesEtSida.pdf
- Gagnon J.H., “Les usages explicites et implicites de la perspective des scripts dans les recherches sur la sexualité”, pp. 73-79.
- Gautier A., Baudier F., Léon C., “Sexualité : plus responsables qu'on ne l'imagine”, *La santé de l'homme*, mars-avril 2004, n° 370, pp. 17-18.
- Giami A., Schiltz M.-A., dir., *L'expérience de la sexualité chez de jeunes adultes. Entre errance et conjugalité*, Paris, Inserm, coll. Question en santé publique, 2004.
- Health Protection Agency, *Focus on prevention. HIV and other Sexually Transmitted Infections in the United Kingdom in 2003*, novembre 2004.
- Hirsh E., “Contre la stigmatisation, la responsabilité”, *L'Homme contaminé. La tourmente du sida*, Autrement, n° 130, mai 1991, pp. 179-190.
- Lefranc M., Bertin X., Freundlich H., *Sida Info Service à l'écoute des femmes*, Sida Info service, Etude thématique, Service évaluation et qualité, mars 2005.
- Maillochon F., “De la sexualité prémaritale à la sexualité à risque”, in Pugeault-Cicchelli C., Cicchelli V., Ragi T., dir., *Ce que nous savons des jeunes*, Paris, PUF, coll. Sciences sociales et sociétés, 2004, pp. 113-127.
- Maillochon F., “Dire et faire : évolution des normes de comportements sexuels des jeunes dans la seconde partie du XXe siècle”, in Paicheler G., Loyola M. A., dir., *Sexualité, normes et contrôle social*, Paris, L'Harmattan, coll. Sexualité humaine, 2003, pp. 117-132.
- Maillochon F., “Les jeunes et le sida : entre groupe à risque et groupe social”, in Lebras H., dir., *L'invention des populations : biologie, idéologie et politique*, Paris, Odile Jacob, 2000, pp. 55-79.
- Mossuz-Lavau J., *Une politique de réduction des risques sexuels pour les femmes en difficulté de prévention*, Rapport établi à l'intention de la direction générale de la santé/division sida, mai 2000.
- Mossuz-Lavau J., *Une politique de réduction des risques sexuels pour les femmes en difficulté de prévention*, Rapport établi à l'intention de la direction générale de la santé/division sida, mai 2000.
- Pinell P., *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France, 1981-1996*, Paris, PUF, coll. Science, histoire et société, 2002.
- Pollak M., “Le sida : une question de justice”, *Actions et recherches sociales*, numéro spécial Sida et société, septembre 1988, n° 3, pp. 25-32.
- Pollak M., Dab W., Moatti J.-P., “Systèmes de réaction au SIDA et action préventive”, *Sciences sociales et santé*, 7(1), février 1999, pp. 111-140.
- Revue d'épidémiologie et Santé Publique*, 52 (4), septembre 2004, numéro spécial Genre et santé.

Spencer B., “La Femme sans sexualité et l’homme irresponsable”, *Actes de la recherche en sciences sociales, Sur la sexualité*, 128, juin 1999, pp. 29-33.

Welzer-Lang D., *La planète échangiste. Les sexualités collectives en France.*, Paris, Payot, 2005.

Veille sanitaire

Adam P., Hauet E., Caron C., *Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays. Résultats préliminaires de l’Enquête Presse Gay 2000*, Direction générale de la santé, ABNRS, InVS, sans date.

Desenclos J.-C., Costagliola D., Commenges D., Lellouch J., “La prévalence de la séropositivité VIH en France”, *BEH*, n° 11/2005, 15 mars 2005.

Institut de Veille Sanitaire, Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales, *Premiers résultats de l’Enquête Presse Gay 2004*, 22 juin 2005

InVS, *Infection par le VIH chez les homosexuels en France. Synthèse des données disponibles*, juin 2005.

InVS, *Infection par le VIH et sida chez les jeunes de 15 à 24 ans*, France, données au 30 juin 2004, juin 2005.

InVS, *Surveillance du VIH/sida en France. Rapport n° 2, données au 31 mars 2004*, mai 2005.

Velter A., Michel A., Semaille C., *Rapport Baromètre Gay 2002*, Saint-Maurice, InVS, novembre 2005, pp. 32-33.

Usages de drogues

Bertrand B., *Structures d’accueil avec possibilité de consommer à moindre risque des drogues*, septembre 2005.

Conseil national du sida, *Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique. Propositions pour une reformulation du cadre législatif*, juin 2001.

Espoir Goutte d’Or, *Rapport d’évaluation du “Kit-Base”*, EGO, Cramif, DRASS, novembre 2004.

Grange A., *L’Europe des drogues. L’apprentissage de la réduction des risques aux Pays-Bas, en France et en Italie*, Paris, L’Harmattan, 2005.

Le Naour G., “Lutte contre le sida : reconfiguration d’une politique de réduction des risques liés à l’usage de drogues à Marseille”, *Sciences sociales et santé*, 23 (1), mars 2005, pp. 43-68.

ORS Ile-de-France, OFDT, *Tendances récentes sur la toxicomanie et phénomènes émergents liés aux drogues à Paris en 2004*, ORS, OFDT, préfecture d’Ile-de-France, Région d’Ile-de-France, avril 2005.

Specter M., “Higher risk. Crystal meth, the Internet, and dangerous choices about AIDS”, *The New Yorker*, 23 mai 2005.

Têtu, n° 95, décembre 2004, dossier “Drogue. Alerte au crystal”

Prostitution

Borlone P., Macchieraldo G., éd., *Formation professionnelle pour pairs éducatrices en milieu prostitutionnel*, Pordenone, Fenarete Proje/Comitato per i Diritti Civili delle Prostitute, 2004.

Cabiria, Guillemaut F., dir., *Femmes et migrations en Europe. Stratégies et empowerment*, Lyon, Le dragon Lune Editions, 2004.

Cabiria, *Rapport de synthèse 2003. Action, Université, Recherche*, Lyon, Le dragon Lune Editions, 2004.

Handman M.-E., Mossuz-Lavau J., *La prostitution à Paris*, Paris, Editions de la Martinière, 2005.

Mathieu L., “De l’action sanitaire à l’action collective : réflexions à partir du cas des associations de santé communautaire”, Publications de l’Université de Saint-Etienne, *Actions associatives, solidaires et territoires*, Saint-Etienne, 2001.

Mathieu L., “Genèse d’une politique publique : la prévention du VIH dans l’espace de la prostitution”, in Welzer-Lang D., Schutz Samson M., dir., *Prostitution et santé communautaire. Essai critique sur la parité*, Lyon, Le Dragon Lune Cabiria Editions, 1999.

Mathieu L., *Prostitution et sida. Sociologie d’une épidémie et de sa prévention*, Paris, L’Harmattan, Coll. Logiques sociales, 2000.

Pheterson G., *Le Prisme de la prostitution*, Paris, L’Harmattan, 2001.

Réseau juridique canadien, *Criminalisation et travail du sexe : enjeux pour la lutte contre le VIH/sida*, Document-synthèse du 16^{ème} Séminaire VIH/sida, droit et politique, Montréal, 2002.

Research for sex work, n° 3 juin 2000 Dossier “Empowerment of sex workers & HIV prevention” ; n° 5 juin 2002 “Health, HIV and the sex work : the influence of migration and mobility”.

Schutz Samson M., *Petit guide à l’usage des femmes migrantes. Pour lutter contre les violences et essayer de vivre dans les pays que vous avez choisis*, Lyon, Le dragon Lune Editions, 2004.

Prison

Actualité et dossier en santé publique, “La santé en prison”, n° 44, septembre 2003,

Chauvenet A., Monceau M., Orlic F., Rostaing C., *La violence carcérale en prison. Synthèse*, Mission de recherche droit et justice, juin 2005.

Circulaire n° 27 DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP du 10 janvier 2005 relative à l’actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale.

Dedans Dehors, n° 51, septembre octobre 2005, dossier “Sida en prison. Prévenir la maladie, libérer les malades”.

Enquête « un jour donné » sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire, résultats de l’enquête de juin 2003.

Etudes et résultats, “La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003”, n° 427, septembre 2005.

Etudes et résultats, “La Santé des personnes entrées en prison en 2003”, n° 386, mars 2005.

Inspection générale des services judiciaires, Inspection générale des affaires sociales, *L’organisation des soins aux détenus, Rapport d’évaluation*, juin 2001.

Le Journal du Sida, avril 2005, dossier “L’accès aux soins en prison”.

Lettre d’information n° 62, septembre 2002, “46^e rencontre du CRIPS : Prévention du sida, des hépatites et des IST en prison, état des lieux et perspectives”.

Michel L., Maguet O., *L’Organisation des soins en matière de traitements de substitution en milieu carcéral. Rapport pour la Commission nationale consultative des traitements de substitution*, avril 2003.

Ministère de l’emploi et de la solidarité, ministère délégué à la santé, ministère de la justice, *Améliorer la prévention et la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, 2002.

Ministère de la santé et de la protection sociale, Ministère de la justice, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, septembre 2004.

Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, INPES, ministère de la justice, *Actes du Colloque “Santé en prison”. Dix ans après la loi : quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues, 7 décembre 2004*,

Note interministérielle du 9 août 2001, Orientations relatives à l’amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive. (Premier ministre, MILDT ; Ministère de l’emploi et de la solidarité, DGS/DHOS ; Ministère de la justice, DAP).

Obradovic I., *Addictions en milieu carcéral. Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive, 2003*, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, décembre 2004.

Observatoire international des prisons, *Les conditions de détention en France, Rapport 2003*, Paris, La Découverte, 2003.

OIP, *Les conditions de détention en France*, Paris, La Découverte, 2005.

OIP, *Les conditions de détention en France, Rapport 2003*, Paris, La Découverte, 2003.

Onusida, HCDH, *Le VIH/sida et les droits de l’homme. Directives internationales*, New York/Genève, Nations unies, 1998.

Réseau juridique canadien VIH/sida, *L’échange de seringues en prison : leçons d’un examen complet des données et expériences internationales*, 2004.

Stankoff S., Dhérot J., *Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral*, Direction de l’administration pénitentiaire, Direction générale de la santé, décembre 2000.

Welzer-Lang D., Mathieu L., Faure M., *Sexualités et violences en prison*, Lyon, Observatoire international des prisons, Aléas Editeur, 1996.

Homosexualité

Broqua C., Lert F., Souteyrand Y., dir., *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*, Paris, ANRS/CRIPS, 2003.

Calvez M., Schiltz M.-A., Souteyrand Y., *Les homosexuels face au sida. Rationalités et gestion des risques*, ANRS, avril 1996.

InVS, *Infection par le VIH chez les homosexuels en France. Synthèse des données disponibles*, 2005. http://www.invs.sante.fr/publications/2005/vih_sida_homosexuels/index.html

Le Journal du Sida, n° 179, septembre octobre 2005, dossier "Gays : les défis de la prévention".

Le Tallec J.-Y., *Bareback et pratiques sexuelles à risque chez les hommes gais. La visibilité gai au temps du sida*, Rapport final de recherche à l'ANRS, mai 2004.

Léobon A., Frigtault L.-R., Levy J., *Les usages sociosexuels d'Internet dans la population homo et bisexuelle française : résultats de l'enquête "Net Gai baromètre"*, ANRS, Fond Québécois de recherche sur la société et la culture, Association Com'on west, 54 p.

Lestrade D., *The End*, Paris, Denoël, Coll. Impacts, 2004.

Lim T.A, Sida Info Service, *Prise de risque Sexuel parmi les Appelant(e)s de la ligne Sida Info Service ayant des partenaires du même sexe (PMS)*, Sida Info Service, Service Evaluation & Qualité, septembre 2005.

Martel F., *Le rose et le Noir. Les homosexuels en France depuis 1968*, Paris, Le Seuil, Coll. Points, 2000.

Mendès-Leite R., *Le Sens de l'altérité. Penser les (homo)sexualités*, Paris, L'Harmattan, Coll. Sexualité humaine, 2000.

Mendès-Leite R., Proth B., de Busscher P.-O., *Chronique socio-anthropologiques au temps du sida. Trois essais sur les (homo)sexualités masculines*, Paris, L'Harmattan, Coll. Sexualité humaine, 2000.

Shorer Gay Lesbian Health, *European expert meeting. Addressing the Rise in Hiv and STI Rates among MSM in Western Europe*, Bregen aan Zee, The Netherlands, 6-8 octobre 2004.

Etrangers, migrants, populations vulnérables

Arcat, *Les Chinois d'Ile-de-France et l'infection à VIH. Savoirs, Vulnérabilités, risques et soins*, Cramif/Arcat, décembre 2003.

Association nationale d'assistance aux frontières pour les étrangers, *Zones d'attente : 10 ans après, les difficultés persistent. Visites quotidiennes à Roissy en mai 2002*, mars 2003.

Association nationale d'assistance aux frontières pour les étrangers, *Violences policières en zone d'attente*, mars 2003.

Association nationale d'assistance aux frontières pour les étrangers, *La frontière et le droit : la zone d'attente de Roissy sous le regard de l'Anafé. Bilan de six mois d'observation associative (avril-octobre 2004)*, novembre 2004.

Auvray L., Dumesnil S., Le Fur P., *Santé, soins et protection sociale en 2000*, CREDES, rapport n° 1364, décembre 2001.

- Bröring G., Canter C., Schinaia N., Teixeira B., *Access to Care : Privilege or Right ? Migration and HIV Vulnerability in Europe*, NIGZ, European Projet AIDS and Mobility, october 2003.
- Chauvin P., Parizot I., dir., *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, Paris, Inserm, Coll. Questions en santé publique, 2005.
- Fassin D., “L’indicible et l’impensé : la « question immigrée » dans les politiques du sida”, *Sciences sociales et santé*, 17 (4), décembre 1999, pp. 5- 36.
- Fassin D., “Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers”, *Sciences sociales et santé*, 19 (4), décembre 2001, pp. 5-32.
- Groupe d’information et de soutien des immigrés, *Contrôler, surveiller et punir. Analyse de la réforme Sarkozy sur l’entrée et le séjour des étrangers en France*, avril 2003.
- Joubert M., Chauvin P., Facy F., Ringa V., dir., *Précarisation, risque et santé*, Paris, Inserm, Coll. Questions en santé publique, 2001.
- Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T., dir., *Les Inégalités sociales de santé*, Paris, Inserm, La Découverte, 2000, p. 14.
- Médecins du Monde, *La zone d’attente de Roissy, une zone de non-droit, Rapport 2002*, mars 2003.
- National AIDS Trust, *HIV Testing & Mobility : NAT Discussion Paper*, november 2003.
- Questions d’économie de la santé*, “Précarités, risques et santé”, n° 68, janvier 2003.
- Questions d’économie de la santé*, “Santé, soins et protection sociale en 2002”, n° 78, décembre 2003.
- Valin N., Lot F., Larsen C., Gouëzel P., Blanchon T., Laporte A., *Parcours sociomédical des personnes originaires d’Afrique subsaharienne atteintes par le VIH , prises en charge dans les hôpitaux d’Ile-de-France, 2002*, Saint-Maurice, Institut National de Veille Sanitaire, 2004.

Table des matières

SOMMAIRE	2
RAPPORT SUR LA POLITIQUE PUBLIQUE DE PRÉVENTION DE L'INFECTION À VIH EN FRANCE MÉTROPOLITAINE.....	3
INTRODUCTION	3
PARTIE I LA PRÉVENTION FACE AUX INSUFFISANCES DE LA PUISSANCE PUBLIQUE	7
<i>I-1 Une insuffisance dans l'engagement de l'Etat.....</i>	<i>7</i>
I-1-1 La prévention de la transmission du VIH : un enjeu mal évalué.....	7
I-1-1-1 Une place encore imprécise dans la politique de santé	7
• Le choix des objectifs de la lutte contre l'épidémie d'infection à VIH.....	8
• Des compétences mal identifiées au niveau central, déconcentré et régional	9
• L'INPES : un rôle inconfortable, des missions incertaines.....	11
• L'évolution perturbante des cadres du financement	12
I-1-1-2 Des réponses faibles pour une épidémie active.....	13
• Des groupes à fort risque d'exposition à la transmission en manque de mobilisation	13
• Des outils à mieux exploiter	15
I-1-2 La prévention à l'Education nationale : une absence remarquée	17
I-1-2-1 L'information lacunaire des adolescents scolarisés	17
• Des actions relevant d'initiatives individuelles	17
• Des associations qui suppléent difficilement l'éducation nationale.....	18
I-1-2-2 Rendre effective l'éducation à la sexualité et la prévention.....	19
• Des circulaires nombreuses mais sans effet.....	19
• Une éducation qui manque dans les programmes.....	20
<i>I-2 Une insuffisance dans la coordination gouvernementale des politiques</i>	<i>21</i>
I-2-1 Des politiques et des pratiques du ministère de l'Intérieur obstacles à la prévention	21
I-2-1-1 Des contraintes accrues pour les migrants	21
• Une population fragile à l'accès incertain à la santé et à l'information sur la prévention.....	21
• Une quête des droits préjudiciable à la santé	22
I-2-1-2 Un accès à la prévention remis en cause	24
• Les succès fragiles de la prévention auprès des personnes prostituées	24
• L'impact négatif de la loi sur la sécurité intérieure sur la prévention	25
I-2-2 Les difficultés persistantes en prison	27
I-2-2-1 Des risques de transmission insuffisamment reconnus	28
• Les sexualités des détenus	28
• Une réduction des risques insuffisamment transposée en prison	28
I-2-2-2 Des freins à la prévention	29
• Une situation sanitaire insatisfaisante.....	30
• Les risques de la stigmatisation	30
PARTIE II LES DIFFICULTÉS DU TRAVAIL COMMUN DE L'ETAT ET DES ASSOCIATIONS	31
<i>II-1 Les contraintes réciproques de la délégation.....</i>	<i>32</i>
II-1-1 Les obligations de l'Etat à l'égard du monde associatif	33
II-1-1-1 Le soutien indispensable.....	33
• Une gestion quotidienne malaisée pour les associations.....	33
• Les interlocuteurs des associations insuffisamment mobilisés	34
II-1-1-2 Le suivi inévitable	35
• Entretien des équilibres du paysage associatif	35
• Assumer les failles de la délégation.....	37

II-1-2 Les exigences envers le travail associatif.....	38
II-1-2-1 Des controverses à surmonter.....	38
• Les discours sur la réduction des risques sexuels.....	38
• Les enjeux du débat sur la re-contamination.....	40
II-1-2-2 L'inscription dans une politique nationale.....	41
• La professionnalisation des actions.....	41
• Les ambiguïtés du SNEG.....	41
<i>II-2 Les enjeux du partage des savoirs pour la prévention.....</i>	<i>43</i>
II-2-1 Une meilleure connaissance de l'épidémie.....	43
II-2-1-1 L'élargissement du domaine des savoirs.....	43
• L'épidémiologie.....	44
• Les recherches en sciences sociales.....	44
II-2-1-2 Une épidémie qui change avec la société.....	46
• Des groupes à risque d'exposition insuffisamment étudiés.....	46
• Des usages d'internet inégalement connus.....	47
II-2-2 L'indispensable diffusion des savoirs et des pratiques.....	48
II-2-2-1 Les échanges sur les actions de terrain.....	49
• Des expériences peu partagées.....	49
• Des coopérations qui peuvent être renforcées.....	50
II-2-2-2 La diffusion des connaissances sur les risques et les pratiques.....	50
• L'existence des risques insuffisamment rappelée.....	50
• Connaître les pratiques pour adapter les messages.....	51

RECOMMANDATIONS POUR UNE MEILLEURE APPLICATION DE LA POLITIQUE PUBLIQUE DE PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH..... 52

I POUR UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION PLEINEMENT ASSUMÉE PAR LA PUISSANCE PUBLIQUE..... 53

<i>I-1 L'Etat doit clarifier la place de la prévention dans le système de santé.....</i>	<i>53</i>
• Faire de la prévention de la transmission du VIH un objectif de santé publique.....	53
• Clarifier les sources de financement.....	53
• Préciser et réaffirmer le rôle de l'INPES.....	53
• Utiliser pleinement les Centres de coordination régionale de la lutte contre le VIH (COREVIH).....	53

<i>I-2 L'Etat doit affirmer son engagement en faveur de la prévention.....</i>	<i>54</i>
• Garantir la cohérence de ses actions au niveau déconcentré.....	54
• Inciter encore plus les collectivités territoriales à contribuer à la prévention.....	54
• Soutenir la mobilisation pour les étrangers et les migrants.....	54
• Imposer aux établissements commerciaux de sexe la mise à disposition gratuite du matériel de prévention.....	54
• Garantir partout l'accès aux traitements post-exposition en cas d'accident d'exposition sexuelle.....	54

<i>I-3 L'Etat doit endosser les responsabilités associées à la délégation.....</i>	<i>55</i>
• Veiller à la pertinence et à la cohérence des actions des associations au regard du programme de lutte contre le VIH 2005-2008.....	55
• Favoriser un paysage associatif diversifié.....	55
• Savoir faire face à l'absence d'associations dans une zone géographique ou auprès d'une population cible.....	55

<i>I-4 L'Etat doit promouvoir des campagnes de prévention adaptées aux défis.....</i>	<i>56</i>
• Donner une image plus réaliste de la gravité de l'infection.....	56
• Elaborer des discours distincts pour les personnes séropositives et pour les personnes séronégatives.....	56
• Augmenter la fréquence et la diversité des messages.....	56

<i>I-5 L'Etat doit assurer la connaissance nécessaire.....</i>	<i>56</i>
• Financer les enquêtes comportementales.....	56
• Développer une veille des besoins émergents.....	56
• Les rapports d'activité doivent constituer un outil d'analyse pour le bailleur public.....	57

• Organiser une conférence de consensus ou une audition publique sur les risques associés aux pratiques sexuelles	57
• Prévoir des assises annuelles de la prévention pour partager les expériences.....	57
II POUR UNE COHÉRENCE GOUVERNEMENTALE EN MATIÈRE DE PRÉVENTION	58
II-1 <i>Mettre en œuvre un dispositif de coordination interministérielle</i>	58
II-2 <i>Le ministère de l'Éducation nationale doit mettre en place la prévention auprès des jeunes</i>	58
• Le ministère de l'Éducation nationale doit relancer l'éducation à la sexualité et à la vie affective	58
• Le ministère de la Jeunesse, des sports et de la vie associative doit contribuer à l'éducation à la santé	58
II-3 <i>Les politiques du ministère de l'Intérieur ne doivent pas s'opposer à la politique de prévention</i>	58
• La loi de sécurité intérieure ne doit pas être un obstacle à la prévention auprès des prostitués	59
• Les droits des étrangers doivent être pleinement appliqués	59
• Dans les centres de rétention administrative, les personnes doivent bénéficier de l'application de leurs droits.....	59
• La lutte contre le trafic de stupéfiants ne doit pas remettre en question les résultats obtenus par la réduction des risques chez les usagers de drogues par voie intraveineuse.....	59
II-4 <i>Le ministère de la Justice doit faire face à l'épidémie de VIH en prison</i>	59
• Faire naître les conditions d'une prévention efficace	59
• Admettre l'existence des pratiques sexuelles à risques.....	60
• Parachever la politique de réduction des risques en toxicomanie chez les personnes détenues.....	60
III POUR UN PARTENARIAT CLARIFIÉ ENTRE LES ASSOCIATIONS ET L'ÉTAT	61
III-1 <i>L'Etat doit sécuriser l'environnement des associations</i>	61
• Préparer la mise en œuvre des évolutions législatives qui touchent à la santé ou à l'activité associative	61
• Ne pas fragiliser la situation financière des associations	61
• Favoriser la diversification des sources de financement.....	61
III-2 <i>La délégation et le financement public supposent des obligations de la part des associations</i>	62
• L'ensemble des associations gaies doit porter le message de prévention	62
• Le SNEG doit porter une parole publique sur la prévention dépourvue d'ambiguïté	62
• Les associations doivent avoir un rôle moteur dans l'évaluation des actions de prévention.....	62
• Dégager une base associative de concertation	62
ANNEXES	63
<i>Sigles utilisés</i>	63
<i>Personnes auditionnées par la Commission prévention du Conseil national du sida</i>	67
BIBLIOGRAPHIE.....	69
Littérature grise	69
Santé publique, sexualité, genre	70
Veille sanitaire.....	72
Usages de drogues	72
Prostitution	73
Prison.....	73
Homosexualité.....	75
Etrangers, migrants, populations vulnérables	75
TABLE DES MATIÈRES	77