

Plan Régional Santé Sexuelle 2018-2022 Région Bretagne

« La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. Afin d'atteindre et de maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés ».

Extrait de la définition de la santé sexuelle de l'Organisation Mondiale de la Santé - OMS; 2002

Sommaire

Préambule	4
Le Plan Régional Santé Sexuelle	6
Les champs d'action du Plan Régional Santé Sexuelle	6
Jeunes	8
OBJECTIF 1 - Conforter l'éducation en Santé Sexuelle en direction des jeunes en garantissant une offre adaptée à chaque tranche d'âge, équitable et coordonnée sur l'ensemble des territoires bretons.	
OBJECTIF 2 - Renforcer les compétences des acteurs intervenants auprès des jeunes, notamment les familles dans le champ de l'éducation à la sexualité et à la Santé Sexuelle.	
Personnes sous main de justice	10
OBJECTIF 1 - Développer des actions de Santé Sexuelle dans le cadre d'une approche en santé globale et de développement des compétences psycho sociales tout au long du parcours des personnes sous main de justice.	
Personnes en situation de prostitution	12
OBJECTIF 1 - Repérer les situations à risques afin d'identifier les besoins en santé du public cible et construire des réponses adaptées.	
OBJECTIF 2 - Améliorer l'accès à la prévention, la réduction des risques, à l'information et à l'offre des soins des personnes en situation de prostitution.	
LGBTI – lesbiennes, Gays, Bi, Trans et Intersexes	14
OBJECTIF 1 - Renforcer la prévention diversifiée et les dépistages, l'accès aux droits et la prise en charge à destination des LGBTI notamment en « allant vers ».	
OBJECTIF 2 - Améliorer la prise en charge des personnes LGBTI.	
OBJECTIF 3 - Réduire les risques et les dommages liés aux pratiques qui consistent à consommer des produits psychoactifs dans le cadre sexuel.	
OBJECTIF 4 - Lutter contre les discriminations.	
Migrant.e.s	18
OBJECTIF 1 - Renforcer la prévention et la prise en charge en Santé Sexuelle des migrant.e.s	
Personnes âgées (résidents en institution)	20
OBJECTIF 1 - Promouvoir une vision positive de la sexualité des personnes âgées en prenant en compte le droit à l'intimité, la vie relationnelle et sexuelle.	
OBJECTIF 2 - Permettre l'expression d'une vie sexuelle au sein des établissements	
Personnes en situation de handicap (résidents en institution)	22
OBJECTIF 1 - Promouvoir une vision positive de la sexualité des personnes en situation de handicap tout au long de la vie en prenant en compte le droit à l'intimité, la vie relationnelle et sexuelle.	
OBJECTIF 2 - Favoriser l'accès à une offre de prévention et de soin en Santé Sexuelle au sein des établissements, dans le cadre de l'application de la charte Romain Jacob adapté aux contextes de vie, compréhensible et accessible.	
Amélioration de la santé reproductive	24
OBJECTIF 1 - Garantir l'accès aux méthodes de contraception de leur choix pour les femmes et pour les hommes	
OBJECTIF 2 - Réduire les grossesses non désirées et non prévues	
OBJECTIF 3 - Prévenir l'infertilité chez les femmes et les hommes en fonction des déterminants comportementaux	

Interruption Volontaire de Grossesse	26
OBJECTIF 1 - Tenir à jour l'état des lieux de l'IVG en Bretagne	
OBJECTIF 2 - Mieux informer les femmes, les jeunes et les professionnel.le.s de santé	
OBJECTIF 3 - Améliorer le parcours et permettre l'accès à une offre diversifiée	
OBJECTIF 4 - Porter une attention accrue aux situations particulières	
Infections Sexuellement Transmissibles - IST	30
OBJECTIF 1 - Réduire l'incidence des IST les plus fréquentes et les plus graves : Syphilis, gonococcie, Chlamydiae dont lymphogranulome vénérien, en population générale	
OBJECTIF 2 - Réduire l'incidence des IST bactériennes dans les populations clés	
Hépatites virales B et C	32
OBJECTIF 1 - Mieux connaître la situation épidémiologique de la région, la prise en charge des patient.e.s et pouvoir en suivre l'évolution	
OBJECTIF 2 - Améliorer l'organisation des structures de prévention, de soins et médico-sociales et leur articulation	
OBJECTIF 3 - Faire évoluer les programmes d'éducation thérapeutique	
OBJECTIF 4 - Aider/ faciliter l'information sur les hépatites virales et la formation de professionnel.le.s	
OBJECTIF 5 - Améliorer la qualité de vie des personnes concernées par les hépatites virales en renforçant leurs capacités à agir favorablement pour leur santé.	
VIH	36
OBJECTIF 1 - Réduire l'incidence de l'infection par le VIH	
OBJECTIF 2 - Garantir des soins de qualité pour les personnes infectées par le VIH	
OBJECTIF 3 - Réduire la sérophobie dans la population générale	
Indicateurs de suivi du Plan Régional Santé Sexuelle	38
Annexes	42
Schéma des acteurs intervenant dans la déclinaison régionale de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle	43
Exemple de fiche projet	44
Index des sigles	46
Bibliographie	48

Préambule

La Santé Sexuelle est une thématique sur laquelle l'ARS s'investit depuis plusieurs années, en lien avec d'autres partenaires institutionnels.

Dans son rôle de déploiement des stratégies nationales, l'ARS a décliné au niveau régional la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle (SNSS) sortie en mars 2017. Déclinée en région Bretagne sous le terme Plan régional « Vie affective et sexuelle » (VAS), il s'inscrit dans le projet régional de santé (PRS) 2018-2022 de l'ARS Bretagne qui a souhaité que cette thématique soit abordée de manière transversale. Ainsi, la thématique VAS n'apparaît pas en tant que telle mais est intégrée dans les 21 thèmes prioritaires retenues dans le PRS.

Ce plan est le fruit d'une concertation des acteurs régionaux qui ont travaillé lors d'un séminaire pour définir les priorités régionales. Nous avons opté pour une approche populationnelle, correspondant à notre approche territoriale de mise en œuvre, que nous avons complétée par quelques fiches thématiques. Ce document regroupe donc 7 fiches populationnelles et 5 fiches thématiques.

Sur la base de constats, chaque fiche décrit les principaux objectifs et grandes actions (qui évolueront au fil de l'avancement du plan), définis de manière consensuelle, à mener dans les 5 ans du PRS.

Leur mise en œuvre se fera au travers d'un plan d'action annuel, dont les priorités seront intégrées dans le plan d'action annuel du PRS. Chaque fiche sera pilotée par un référent et le bilan annuel se fera dans une réunion du groupe régional vie affective et sexuelle.

Le suivi et l'évaluation de ce plan se feront au travers des actions menées et des indicateurs dont certains sont encore, au jour de la parution de ce document, en cours de définition. Nous avons choisi de travailler avec un faisceau d'indicateurs qui nous semblent donner une mesure plus fiable de l'avancement des objectifs. La majorité des indicateurs seront des indicateurs recueillis déjà en routine.

Ce travail n'aurait pu être mené sans une dynamique des acteurs, coordonnée autour d'un groupe régional Vie affective et sexuelle depuis 2012, regroupant une quarantaine d'acteurs de tous les secteurs.

Un schéma en annexe visualise l'ensemble des acteurs œuvrant dans le champ de la Santé Sexuelle en Bretagne : des institutions déclinant la Santé Sexuelle dans leur politique, des structures ressources et de soutien à la mise en œuvre, et des acteurs de la mise en œuvre de la stratégie régionale.

Toutes les étapes de ce plan ont été élaborées en lien étroit avec le Pôle régional de Coordination En Santé Sexuelle (PCESS) qui en a assuré la co-animation, la synthèse des travaux du séminaire et la rédaction finale avec la mise en page. Je remercie sa coordinatrice, Myriam Besse, ainsi que le COREVIH et l'association Liberté Couleurs qui ont été des acteurs très actifs dans la construction de ce plan.

Dr Jean-Pierre EPAILLARD
Référent régional sur la thématique Vie affective et sexuelle

Ont participé à l'élaboration du Plan Régional Santé Sexuelle

Structures présentées par ordre alphabétique

Aides Bretagne
ARS Bretagne
ARS Délégation départementale des Côtes d'Armor
Askoria
Association des Paralysés de France
Association Divers Genres
Centre hospitalier de Brest
Centre hospitalier intercommunal de Quimper / CeGIDD
Centre pénitentiaire des femmes / Rennes
Conseil départemental du Finistère / CEPF-CIVG
Conseil départemental du Morbihan / CeGIDD - DAPMIAS
COREVIH Bretagne
DRDFE Bretagne
EHPAD mutualiste / Pont-Scorff
ENIPSE
IREPS Bretagne
Liberté Couleurs
Mutualité Française
ORS Bretagne
Planning Familial 35
Rectorat Bretagne
Réseau Louis Guilloux / DATASAM et PCESS
SIMPPS Rennes 1 et 2
Ville de Rennes / Service Promotion Santé Handicap
Ville de Saint-Brieuc / Service Promotion Santé

Plan Régional Santé Sexuelle

Champs d'action du Plan Régional Santé Sexuelle



Améliorer la santé reproductive

- Garantir l'accès à la contraception
- Réduire les grossesses non prévues
- Garantir l'accès à l'Interruption Volontaire de Grossesse



Promouvoir la Santé Sexuelle

- Eduquer à la sexualité
- Informer et diffuser des outils de communication adaptés
- Assurer la formation des professionnel.le.s
- Renforcer les compétences des parents



Participer à la recherche et à l'innovation en Santé Sexuelle

- Renforcer la surveillance par les indicateurs
- Promouvoir la recherche interventionnelle et l'innovation en Santé Sexuelle
- Développer les connaissances en sciences sociales
- Promouvoir la recherche clinique en Santé Sexuelle



Promouvoir le parcours de soin en Santé Sexuelle

- Renforcer la prévention des IST et du VIH
- Augmenter la couverture vaccinale des IST
- Améliorer le dépistage des IST
- Améliorer la prise en charge des IST et du VIH
- Lutter contre les discriminations



Apporter une attention particulière aux populations vulnérables

- Renforcer la prévention, le dépistage, la prise en charge des populations les plus vulnérables : HSH, FSF, personnes Trans, migrant.e.s, personnes sous main de justice, personnes en situation de prostitution, personnes usagères de drogues...
- Prendre en compte la sexualité des personnes en situation de handicap et celle des personnes âgées
- Prendre en compte la sexualité des personnes souffrant de maladies chroniques

(Jeunes)

LES CONSTATS

Constats de Fil santé jeunes

- Les images et films pornographiques sont devenus une Référence considérée comme la sexualité universelle;
- Pour les jeunes, la sexualité est innée et ne pas savoir est un signe de faiblesse : refus de se soumettre à un apprentissage;
- La représentation des corps est souvent faussée;
- Les filles abordent le plus souvent la sexualité sous l'angle de la contraception et du risque de grossesse ; les garçons sous l'angle de la performance, de la masturbation;
- Travail de Fil santé jeunes : transformer les pulsions sexuelles des jeunes, sous-tendues par des normes supposées, vers la liberté de vivre la sexualité qu'ils auront choisie.

Santé Sexuelle et reproductive : Haut Conseil de la Santé Publique -2016.

- Environ 30% des consommateurs de pornographie sont des adolescents âgés de 13 et 14 ans ; 80% des garçons de 14 à 18 ans et 45% des filles du même âge ont vu au moins un film X dans l'année écoulée;
- Les programmes d'éducation à la sexualité basés sur les données provenant de la recherche pouvaient, lorsqu'ils étaient menés par des éducateurs formés, accroître les connaissances en matière de sexualité et diminuer les pratiques sexuelles à risques;
- Les programmes fondés sur l'égalité des sexes dans les relations sexuelles sont cinq fois plus efficaces dans la réduction des IST et des grossesses non désirées que les programmes qui n'insistent pas sur cette égalité intrinsèque des deux partenaires;
- L'OMS propose une matrice structurée en fonction de six tranches d'âge et de huit catégories thématiques;
- A la Réunion, une charte a été élaborée de façon conjointe par l'ARS et le Rectorat définissant les principes d'éducation à la sexualité et les modalités d'intervention des intervenants extérieurs.

ADSP : Santé Sexuelle et de la reproduction – septembre 2016.

- Près d'un élève sur 5 (17.8%) en classe de 4^e ou de 3^e déclare avoir eu des rapports sexuels (22% garçons ; 13.7% filles).

Rapport relatif à l'éducation à la sexualité (Haut conseil à l'égalité entre les hommes et les femmes HCE – juin 2016 – Baromètre)

- 25% des écoles déclarent n'avoir mis en place aucune action ou séance en matière d'éducation à la sexualité;
- Les personnels de l'Éducation nationale sont peu formés à l'éducation à la sexualité;
- Les séances ne concernant pas toutes les classes mais en priorité CM1 et CM2, 4^e et 3^e, 2^{nde};
- Les questions de violences sexistes et d'orientation sexuelles sont les moins abordées.

La sexualité des jeunes en Bretagne – État des lieux – juin 2011

- Un déficit d'information des jeunes, perçus par les professionnels;
- Pas d'étude régionale sur les jeunes déscolarisés ou sortis du système scolaire classique (sauf enquête santé des apprentis mars 2016);
- Difficultés d'identification et d'accessibilité des structures ressources pour les jeunes, surtout en milieu rural;
- Manque de connaissances des pratiques contraceptives chez les jeunes;
- Peu de données sur les grossesses précoces.

L'enquête santé des apprenti.e.s en Bretagne – Mars 2016.

- La grande majorité des apprentis a déjà eu un rapport sexuel (79%) ;
- Un apprenti sur 5 n'a pas utilisé de préservatif lors du premier rapport;
- Un recours à la contraception d'urgence relativement répandu (35%);
- Une apprentie sur dix a déjà eu recours à l'IVG.

[OBJECTIF 1] Conforter l'éducation à la vie affective, sexuelle et relationnelle en direction des jeunes en garantissant une offre adaptée à chaque tranche d'âge, équitable et coordonné sur l'ensemble des territoires bretons

● **Références SNSS** Axe 1 / Objectif 1 / Actions 1- 2-4

● **Références PRS** Thème 1 / Chantier 3
Thème 8 / Chantiers 4-5

Grandes actions

1. Milieu scolaire et apprentissage

De la maternelle au lycée

- Dans le cadre du contrat ARS/Éducation Nationale : veiller avec le Rectorat à l'intégration du volet Santé Sexuelle dans le parcours éducatif de santé et participer aux réflexions et aux modalités de déploiement de ce parcours en référence au guide « 3 critères de qualité pour promouvoir la santé des jeunes en milieu scolaire »;
- Promouvoir la Santé Sexuelle dans les établissements de la DDEC sous contrat avec l'État;
- Promouvoir la Santé Sexuelle dans les établissements relevant du Ministère de l'Agriculture ou sous contrat avec le Ministère de l'Agriculture (Lycées et MFR) et dans les établissements d'apprentissage.

Dans les universités et les écoles de formations des carrières sanitaires, sociales et médicosociales

- Promouvoir l'offre en Santé Sexuelle dans les universités dans le cadre de la déclinaison régionale du Plan national de la vie étudiante, en lien avec les SUMPPS;
 - Intégrer la Santé Sexuelle dans les CPOM des SUMPPS et SIMPPS.
 - Intégrer la Santé Sexuelle dans les programmes des écoles de formations des carrières sanitaires, sociales et médicosociales.

2. Hors milieu scolaire

- Proposer une offre différenciée d'actions d'information et de prévention en direction des jeunes hors cursus scolaire ou universitaire : jeunes fréquentant les structures d'orientation, d'insertion, socio-éducatives, des activités sportives, culturelles, accueils jeunes, jeunes sous protection judiciaire (PJJ)...
 - Identifier et cibler des jeunes publics prioritaires ;
 - Permettre la mise en œuvre d'expérimentations et d'innovations ;
 - Prendre appui sur les réseaux modernes de communication ;
 - Impliquer les jeunes et les familles au travers d'actions.

Une attention particulière sera portée aux jeunes en situation de handicap (voir fiche « Personnes en situation de handicap »), et aux jeunes se reconnaissant dans les populations LGBTI (voir fiche « LGBTI »).

3. Développer et soutenir des actions d'information et de prévention.

- Des structures de prévention dans les écoles mais aussi sur les lieux de vie, lieux informels pour développer la connaissance des jeunes dans leur contexte et diffuser une information de prévention adaptée.

4. Soutenir et promouvoir des nouveaux outils éducatifs.

[OBJECTIF 2] Renforcer les compétences des acteurs intervenants auprès des jeunes, notamment les familles dans le champ de l'éducation à la vie affective, sexuelle et relationnelle

● **Références SNSS** Axe I / Objectifs 1-2-3-4
Actions 3-5-6-9-10-11-12-13

● **Références PRS** Thème 1 / Chantier 3
Thème 8 / Chantier 4

Grandes actions

- 5. Renforcer la formation théorique et pédagogique en Santé Sexuelle des personnels « de première ligne » intervenants auprès des jeunes** (personnel de l'éducation, de l'animation socio-culturel, du médical, du para médical...).
- 6. Communiquer auprès des organismes de formations initiales sur les structures compétentes pour intervenir dans leurs cursus en Santé Sexuelle.**
- 7. Développer, soutenir et promouvoir des dispositifs permettant de renforcer les compétences des parents et des représentants légaux en éducation à la sexualité.**

Personnes sous main de justice

LES CONSTATS

« La Santé Sexuelle des détenus n'est ni reconnue, ni approchée de façon positive et respectueuse. Les pratiques sexuelles en détention sont risquées et souvent coercitives. Elles ne correspondent en rien à la définition de la Santé Sexuelle établie par l'Organisation mondiale de la santé. »¹

- La privation sexuelle entraîne des conséquences ravageuses à la fois sur la santé psychique, physique et sexuelle d'un individu, ce qui ne peut manquer d'interférer sur ses relations personnelles et la manière de se comporter dans l'environnement carcéral.
- La pratique de relations sexuelles entre détenus est susceptible de prendre diverses formes : une sexualité consentie, des pratiques homosexuelles de circonstance, une sexualité d'échange et de contrainte.
- En prison d'hommes, violence et sexualité entre détenus sont fortement corrélées.

La prostitution carcérale : La prostitution de son propre corps s'avère être assez courante dans le milieu carcéral, principalement chez les hommes. Le commerce de la drogue est considéré comme un des principaux facteurs causant la prostitution, permettant ainsi de s'acquitter des dettes accumulées.

L'homosexualité : Les rapports sexuels avec une personne de même sexe seraient une sexualité « d'occasion » : la possibilité de satisfaire leurs besoins sexuels par un moyen différent que la masturbation. Cela ne permet en aucun cas d'affirmer que ces personnes sont nécessairement homosexuelles. L'orientation des détenus n'influe que rarement sur leurs actions : c'est le besoin de combler leurs désirs qui prime.

- L'homophobie est génératrice de taux importants d'agressions sexuelles internes;
- 26,4% se disent en accord avec l'affirmation : des relations sexuelles entre détenus ont lieu et 17% avec l'affirmation : un détenu peut accepter des relations homosexuelles en prison et reprendre une vie hétérosexuelle à sa libération;
- Plus les détenus subissent une période d'incarcération longue ou plus ils sont âgés, plus ils témoignent d'un attachement moindre à l'orientation hétérosexuelle et d'une plus grande ouverture à l'égard de l'homosexualité en détention.

Viol et sévices sexuels : les nouveaux détenus peuvent être victime de viol, et ce, dès la première nuit en prison. Les victimes les plus fréquentes seraient les détenus atteints de déficiences mentales ou physiques, les personnes incarcérées pour crimes sexuels ou qui troublent les mœurs, les jeunes arrivants, les plus gringalets et ceux qui ont la réputation de délateur. Le taux de dénonciation est excessivement bas : par peur de représailles ou par honte, ils évitent non seulement de porter plainte, mais ils n'osent pas non plus consulter un médecin, empêchant un dépistage rapide d'une possible infection transmise sexuellement.

- 3,9% se déclare en accord avec l'affirmation : en prison, j'ai été victime d'une agression sexuelle et 7% avec l'affirmation : en prison, je me suis déjà senti menacé sexuellement.

Maladies transmissibles sexuellement : En détention les relations sexuelles non protégées, consentantes ou non, sont fréquentes et augmentent le risque de transmission. Effectivement, la mise à disposition et donc l'usage du préservatif demeure quasi absent dans la majorité des établissements correctionnels (Saum et al. 1995). La santé de la population carcérale est donc compromise par le risque dangereusement élevé de contracter une infection transmise sexuellement.

Enquête PREVACAR

- En milieu carcéral, les prévalences du VIH et du VHC sont significativement plus élevées qu'en milieu libre;
- D'après l'enquête Prévacar 2010 (DGS/INVS), la prévalence du VIH est de 2% (IC = 0,95-4,23) versus 0,35% en population générale;
- Pour le VHC, la prévalence est de 4,8 % (IC : 3,53-6,50) versus 0,84 % (IC = 0,65-1,10) en population générale;
- 70% des contaminations par le VHC sont liées à l'usage de drogues;
- Chez les personnes en traitement de substitution par les opiacés (TSO), les prévalences virales sont particulièrement élevées, tant pour le VIH : 3,6% (IC = 1,1-11,8) que pour le VHC : 26,3% (IC = 16,8-38,7);
- Les risques de transmission existent pendant l'incarcération du fait de différentes pratiques ou activités : pratiques sexuelles ou de consommation, modifications corporelles, coiffure;
- Au regard des constats récents, les mesures de prévention et de réduction des risques ne sont pas optimisées et sont à améliorer, qu'il s'agisse de transmission par voie sexuelle ou par voie sanguine;
- Le développement d'espaces de parole et d'écoute relatifs à la sexualité, en direction des personnes détenues et des personnels est souhaitable pour faire évoluer les comportements et les représentations et proposer une réelle et nécessaire appropriation par les intéressés des enjeux et des objectifs de la prévention.

Références

⁽¹⁾ La sexualité en prison Par Marie-Laurence Leclerc et Sophie-Andrée Goulet (CANADA)

www.alterjustice.org/dossiers/articles/130612_sexualite_prison.htm

• La sexualité en milieu carcéral : au cœur des représentations de personnes incarcérées ; Axelle François // Étude sur la sexualité en milieu carcéral au sein de dix établissements pénitentiaires belges entre 2012 et 2013 (représentations des personnes incarcérées à l'égard de la sexualité)

<https://champpenal.revues.org/9415>

[OBJECTIF 1] Développer des actions de Santé Sexuelle dans le cadre d'une approche en santé globale et de développement des compétences psycho sociales tout au long du parcours des personnes sous main de justice

● **Références SNSS** Axe IV / Objectifs 1.4 / Action 64

● **Références PRS** Thème 1 / Chantier 3
Thème 7 / Chantiers 1-2-3

Grandes actions

- 1. Promouvoir les programmes de prévention et d'éducation pour la santé.**
- 2. Favoriser l'accès aux dépistages :**
 - former le personnel des Unités Sanitaires Mobiles Pénitentiaires (USMP) aux TRODS ;
 - mettre en place des actions TROD VIH/VHC afin d'engager des temps d'échanges individuels sur la Santé Sexuelle ;
 - associer les problématiques de consommations de produits (produits de substitution...).
- 3. Rendre accessibles les outils de prévention, de RDR et les préservatifs adaptés aux besoins des personnes.**
- 4. Communiquer auprès des organismes et des associations sur les structures compétentes pour intervenir en Santé Sexuelle en milieu carcéral.**
- 5. Renforcer les compétences des personnels de la pénitencière, des USMP et des intervenants extérieurs (dont les personnels des Unités Locales d'Enseignement) sur la prise en compte de la Santé Sexuelle, sur les représentations de la sexualité en prison...**
 - Communiquer auprès des organismes de formations sur les structures compétentes pour intervenir dans les formations des personnels.
- 6. Développer les notions de Réduction des Risques en Santé Sexuelle dans le cadre de l'accompagnement à la sortie.**

Personnes en situation de prostitution

LES CONSTATS

- Environ 30 000 personnes sont prostituées en France;
- 85% des personnes prostituées en France sont des femmes. 93% sont étrangères, principalement originaires d'Europe de l'Est (Roumanie et Bulgarie), d'Afrique de l'Ouest (Nigéria) et de Chine;
- 51% des personnes prostituées ont subi des violences physiques dans le cadre de la prostitution (au cours des 12 derniers mois), 64% des insultes et/ou des actes d'humiliation ou stigmatisation;
- 38 % des personnes prostituées ont subi un viol au cours de leur vie. Ce taux est de 6,8% pour les femmes en population générale.
- 29% des personnes prostituées ont eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois)
 - Prostitution en France : ampleur du phénomène et impact sur les personnes prostituées ; Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les Violences et la Lutte contre la Traite des Êtres Humains. http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_ONVF_no7_-_prostitution_-_oct_2015.pdf
- Une part importante de cette population (60 à 90 %) est soumise aux contraintes, aux violences et à la traite des êtres humains, et cumule de nombreux indicateurs de précarité (absence de soutien social, de logement, de titre de séjour, de couverture maladie).
- Au regard des évolutions récentes des méthodes de rencontre et de marchandage (usage d'internet, intensification de la traite), les personnes concernées par la prostitution (subie ou choisie) sont de fait éloignées des réseaux de solidarité entre pairs, des actions de prévention et des offres sanitaires adaptées.
- Plus de la moitié des personnes qui se prostituent sont dans un état de santé moyen, mauvais ou très mauvais avec une vulnérabilité particulière sur le plan gynéco-obstétrical (faible prévention vis-à-vis du cancer du col de l'utérus, faible utilisation d'une contraception orale et fort recours aux interruptions volontaires de grossesse).
- Les personnes transgenres qui se prostituent sont plus touchées par le VIH, avec une prévalence déclarée de 44 %.
 - Santé Sexuelle et reproductive. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 mars <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=550>
 - FNARS, InVS. Étude ProSanté 2010-2011. Étude sur l'état de santé, l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes en situation de prostitution rencontrées dans des structures sociales et médicales. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2013. Synthèse et rapport : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Autres-thematiques/Etude-ProSante-2010-2011>

En 2012, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) a conduit une mission sur les enjeux sanitaires liés à l'exercice de la prostitution. Les conclusions ont mis en évidence que :

Il n'y a pas une mais des prostitutions, recouvrant des enjeux sanitaires différents :

- Des conditions de vie très contrastées ;
- Des risques sanitaires directement liés à l'exercice de la prostitution ;
- Des facteurs de risque communs, inhérents à l'activité prostitutionnelle ;
- Des niveaux d'exposition très variables selon les populations et modes d'exercice ;
- Une capacité inégale des personnes à se prémunir contre les risques de leur activité.

Les difficultés d'accès aux droits et aux soins affectent le niveau de couverture sanitaire

- Des obstacles à l'accès effectif aux droits avant tout liés à la précarité des personnes qui se prostituent ;
- La crainte des jugements de valeur et de la discrimination ;
- Des difficultés spécifiques pour faire valoir ses droits ;
- Une couverture sanitaire qui souffre de plusieurs lacunes ;
- Un recours aux soins variable, souvent tardif, et des difficultés d'observance ;
- Des besoins spécifiques liés à l'activité prostitutionnelle imparfaitement satisfaits.

Des réponses associatives pertinentes dans un cadre institutionnel qui manque de cohérence

- Une action publique rendue difficile par la diversité des situations des personnes qui se prostituent ;
- Les préoccupations de santé qui entrent en conflit avec d'autres objectifs politiques ;
- Une logique d'intervention que contredit l'organisation institutionnelle ;
- Des moyens en baisse, délégués au secteur associatif sans véritable pilotage ;
- Un défaut général de vision stratégique, d'animation et de cohérence ;

Les dernières évolutions législatives, tendant à répondre aux difficultés mises en évidence dans ce rapport, auront certainement un impact auprès des personnes et des modalités d'intervention. Nous n'avons pas, aujourd'hui, assez de recul pour en présenter les résultats.

• Prostitutions : les enjeux sanitaires. FRANCE. Inspection générale des affaires sociales. Décembre 2012

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000667.pdf>

• Actes du colloque : « Prostitutions : Quel accompagnement vers la santé ? Des éléments d'information et de réflexion pour mieux prendre en compte la prostitution dans les pratiques professionnelles ». http://education-sante-ra.org/publications/2016/ACTES_ProstitutionS_Sante_15_12_15.pdf

[OBJECTIF 1] Repérer les situations à risques afin d'identifier les besoins en santé du public cible et construire des réponses adaptées

● **Références SNSS** Axe IV / Objectifs 1.4 / Action 64

● **Références PRS** Thème 1 / Chantier 3
Thème7 / Chantiers 2-3

Grandes actions

- 1. Participer à la réalisation du diagnostic régional ayant pour objectif d'avoir une meilleure connaissance des phénomènes et enjeux prostitutionnels en Bretagne, et d'identifier : les besoins des personnes qui se prostituent et des professionnel.le.s qui sont au contact de ces populations.**

[OBJECTIF 2] Améliorer l'accès à la prévention, à la Réduction Des Risques (RDR), à l'information et à l'offre des soins des personnes en situation de prostitution.

● **Références SNSS** Axe IV / Objectifs 1.4 / Action 64

● **Références PRS** Thème 1/ Chantier 3
Thème7 / Chantiers 1-2-3

Grandes actions

- 2. Mettre en place des temps de formations : formations sur l'accueil/l'orientation et formations sur le soin, la prise en charge (professionnel.le.s, bénévoles des champs du soin, du social, de l'éducation...les bailleurs sociaux, Pôle emploi, intervenants jeunesse...).**
- 3. Éditer un document d'information sur la santé en général et les lieux ressources, en plusieurs langues (format papier + numérique).**
- 4. Encourager la mise au point et le développement de modes d'intervention adaptés aux nouvelles formes de prostitution (indoor et internet).**
- 5. Promouvoir les actions de prévention et de promotion de la RDR.**

Textes de Références :

→ Décret n° 2016-1467 du 28 octobre 2016 relatif au parcours de sortie de la prostitution et d'insertion sociale et professionnelle et à l'agrément des associations participant à son élaboration et à sa mise en œuvre.

→ Décret n° 2017-281 du 2 mars 2017 approuvant le référentiel national de réduction des risques en direction des personnes prostituées et complétant le code de la santé publique.

LGBTI

Lesbiennes, Gays, Bi, Trans et Intersexes

LES CONSTATS

Taille des populations

À partir de l'enquête sur la sexualité en France (2006), on estime à partir de la population sexuellement active de 15 à 60 ans (soit 19 millions de femmes et 19 millions d'hommes) à :

- 760 000 le nombre de femmes ayant eu une partenaire sexuelle du même sexe dans leur vie, dont 152 000 dans l'année de l'enquête ; ces 152 000 femmes déclarent avoir eu 1,4 partenaire femme et 1,4 partenaire homme;
- 780 000 le nombre d'hommes ayant eu un partenaire sexuel du même sexe dans leur vie dont 440 000 dans l'année de l'enquête ; ces 440 000 hommes déclarent avoir eu 4,4 partenaires homme et 0,8 partenaire femme;
- La taille de la population Trans¹ en France est actuellement inconnue;

La SoFECT² donne une estimation de la population concernée, mais cette estimation est établie uniquement en fonction des personnes venues les consulter (soit 20 % de la population Trans) et qui ont réalisé une transition, soit : les hommes qui ont réalisé leur transition en femmes (Male to Female: MtF) de 1 100 à 1 600 individus et les femmes qui ont réalisé leur transition en hommes (Female to Male : FtM) de 320 à 625 individus (Zuker). Ces estimations ne recouvrent donc pas la réalité de la population qui s'auto-identifie comme Trans, ils et elles ne sont pas toutes et tous pris en charge par ce circuit de soin.

→ Santé Sexuelle et reproductive. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 mars

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=550>

Des problématiques communes

- Une prévalence élevée des IST, du VIH pour les HSH et les personnes trans ;
- Une inégalité d'accès aux moyens de prévention ;
- Une inégalité d'accès aux consultations ou aux centres de dépistage du VIH et des IST ;
- Des comportements sexuels minoritaires et spécifiques qui permettent l'identification aux groupes ;
- La revendication de l'expression d'une sexualité libre et multiple (nombre de partenaires plus élevés que la population hétérosexuelle) ;
- L'objet de discrimination multiple en raison de leur orientation sexuelle ou identité de genre ;
- Un réseau associatif via une plate-forme identitaire et de lutte commune ;
- Des interactions sexuelles croissantes entre homosexuels identitaires, bisexuels.le.s, Trans et hétérosexuel.le.s, grâce notamment à l'utilisation d'internet pour favoriser des rencontres discrètes ou en fréquentant des lieux extérieurs de rencontres sexuelles à des horaires compatibles entre travail et vie familiale.

→ Santé Sexuelle et reproductive. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 mars

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=550>

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)

- 49% des HSH déclarent avoir vécu un épisode dépressif au cours de leur vie (26% des moins de 25ans ont eu un état dépressif au cours des 12 derniers mois), 19% ont fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie soit 5 fois plus que dans la population générale;
- Concernant les homosexuels masculins, ils révèlent que leur consommation de drogues psychoactives est 4 fois supérieure à celle de la population générale (poppers 37% et cannabis 28%) (enquête Presse gay 2004) ;
- 31% ont été victimes d'actes homophobes au cours des 12 derniers mois. Les jeunes ou les hommes faisant partie des classes sociales moins favorisées sont plus fréquemment l'objet de

¹ Trans : Le plan national VIH/IST 2010 - 2014 a choisit, le vocable «Trans» pour définir l'ensemble des personnes désignées ou auto- désignées transsexuelles, transgenres ou transidentitaires, ayant subi ou non une intervention chirurgicale de réassignation sexuelle.

² SoFECT : Société française d'étude et de prise en charge du transsexualisme.

« Les associations trans sont souvent très critiques vis-à-vis de cette société et de la nature de la prise en charge proposée. Pour elles, la SoFECT réunit des experts autoproclamés du "transsexualisme" qui s'efforcent, à travers plusieurs équipes hospitalières pluridisciplinaires et des protocoles très psychiatisés, d'imposer une approche pathologisante des transidentités et de monopoliser la prise en charge des demandes de traitements et d'opérations liées aux transitions. »

Remaides N°98 / p.28

http://www.aides.org/sites/default/files/Aides/bloc_telechargement/remaides_98_france_3.pdf

- rejet de la part de leurs proches ou d'agressions homophobes;
 - Une incidence VIH chez les HSH 200 fois supérieure à l'incidence de la population générale
 - Des comportements sexuels non protégés en augmentation chez les HSH avec des partenaires stables ou occasionnels
 - Recrudescence des infections sexuellement transmissibles (IST) depuis 2000, notamment de la syphilis précoce, de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) rectale et augmentation des infections à gonocoques
- Santé Sexuelle et reproductive. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 mars
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=550>
- Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf
- Enquête Presse gay 2004
http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2007/epg_2004/index.html

Population trans

Du fait de sa faible représentation, les actions auprès de ce public sont insuffisantes et l'exposition liée aux risques sexuels, sous-évalués.

Peu de données fiables sont disponibles en France sur la population Trans.

Deux enquêtes (INVS 2007 et INSERM 2010) permettent toutefois de déterminer quelques caractéristiques sociodémographiques, des parcours de soins et la situation vis-à-vis du VIH/sida :

- Une stigmatisation importante ;
- Des comportements à risque dus à la clandestinité et à des problèmes identitaires spécifiques ;
- Une grande précarité sociale, économique, affective et relationnelle, facteurs de prise de risque ;
- Un recours fréquent à la prostitution, lié pour partie au coût du parcours de transition et à l'absence de papier conforme ;
- Beaucoup renoncent à consulter un médecin traitant ou à un droit de peur de subir une discrimination;
- La consommation de psychotropes et de drogues illicites est également plus forte qu'en population générale : 15,1 % des répondants ont expérimenté la cocaïne et 8,1 % l'héroïne, contre respectivement 2 % et 2,6 %;
- Méconnaissance des interactions médicamenteuses entre hormones et traitements divers (dont ARV) ;
- Absence de campagnes de prévention (en santé et Santé Sexuelle) ciblées : dépistages des cancers du sein/col de l'utérus/prostate..., VIH, IST etc;
- Des prises de risques existent lorsque les hormones sont achetées illégalement, lors de partage d'aiguilles, ou lorsque les personnes reportent leurs injections faute d'avoir le matériel...³

Le cumul de ces différents facteurs expose les personnes Trans à des prises de risque vis-à-vis du VIH, des Hépatites et des IST.

A noter également qu'il est indispensable de prendre en compte le genre d'assignation⁴ lorsqu'il est question de VIH dans cette population.

En effet la prévalence du VIH/sida serait fortement différenciée selon le genre assigné, puisque, dans l'enquête Inserm, aucun homme trans (FtM ; homme ayant été assigné fille à la naissance) n'a déclaré être porteur du VIH.

La prévalence est de 6,9% parmi les femmes trans (MtF ; personnes ayant été assigné garçon à la naissance) confirme la gravité de l'épidémie dans ce sous-groupe, et a fortiori lorsque ces personnes ont eu l'expérience de la prostitution et sont d'origine étrangère (prévalence de 36,4%).

- Santé Sexuelle et reproductive. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 mars
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=550>
- Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014 http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf
- Caractéristiques sociodémographiques, identifications de genre, parcours de transition médicopsychologique et VIH/sida dans la population Trans, BEH n° 42, InVS, 2011 <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-n-42-2011>
- Transsexuel(le)s : conditions et style de vie, santé perçue et comportements sexuels. Résultats d'une enquête exploratoire par Internet, 2007 http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2008/27/beh_27_2008.pdf
- Fiche pratique CRIPS Rhône-Alpe : « Population trans: Histoires et risques pluriels » ; N°12, oct. 2014 http://education-sante-ra.org/publications/2014/fiche_pratique_crips_12.pdf

³ AIDES44 et Trans Inter Action ont lancé un Kit TransExpert-e qui contient le matériel d'injection et une notice, distribués gratuitement, afin de limiter ces prises de risques. Il sera probablement développé au national à l'avenir.

⁴ Genre d'assignation : désigne la détermination du sexe de l'enfant à la naissance

Population des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes (FSF)

Il existe peu de données épidémiologiques, comportementales et sociodémographiques relatives aux populations FSF en France.

Les FSF représentent une population diversifiée ne pouvant se penser comme un groupe unifié. Elles associent l'invisibilité individuelle, sociétale, communautaire et politique. Leur absence dans les enquêtes de grande ampleur dans notre pays en est une illustration.

Quelques données :

- Les FSF ont quatre fois plus d'infections sexuellement transmissibles que les femmes hétérosexuelles (es femmes qui déclarent des pratiques homosexuelles sont plus à risque d'IST que les femmes hétérosexuelles dans l'enquête CSF 2006. Elles rapportent plus souvent un épisode d'IST dans les cinq dernières années que les femmes hétérosexuelles-12 % versus 3%);
 - Elles déclarent plus d'usage de produits psycho-actifs et de médicaments que les femmes hétérosexuelles;
 - Dans l'enquête Vespa 2003, 9 % des femmes interrogées séropositives pour le VIH déclarent des rapports sexuels avec d'autres femmes. La majorité rapporte un usage de drogues injectables ou des relations sexuelles non protégées avec des hommes séropositifs ou appartenant à une population à forte prévalence. (Lert, 1992);
 - Elles ont plus souvent rompu avec leur milieu familial;
 - Elles souffrent à la fois du sexisme en tant que femmes et de l'homophobie en tant qu'homosexuelles (lesbophobie);
 - La prévalence du VIH chez les FSF : des données insuffisantes ;
 - Le diagnostic social des FSF : des données insuffisantes.
- Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014 http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf
- Fiche pratique CRIPS Rhône-Alpe : « Les lesbiennes face aux IST et au VIH » ; N°6 Déc. 2011 http://education-sante-ra.org/publications/2011/fiche_pratique_crips_06.pdf
- Rapport de stage « les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes face au VIH et aux IST » ; Sophie Devillard ; 2011 http://www.education-sante-ra.org/publications/2011/fsf_vih_ist.pdf
- 44 % des FSF se sentent discriminées par l'attitude professionnelle des gynécologues.
- Sylvain Toiron, Grégory Pierresteguy. SOS Homophobie rapport annuel 2016. https://www.sos-homophobie.org/sites/default/files/rapport_annuel_2016.pdf

[OBJECTIF 1] Renforcer la prévention diversifiée et les dépistages, l'accès aux droits et prise en charge à destination des personnes LGBTI notamment en « allant vers »

● **Références SNSS** Axe IV
HSH : Objectif 1.1 / Actions 56-57
Trans : Objectif 1.2 / Action 61

● **Références PRS** Thème 1 / Chantier 3
Thème 7 / Chantiers 2-3
Thème 8 / Chantiers 4-5

Grandes actions

1. Soutenir/mettre en place des projets d'information et de dépistage adaptés aux populations.
2. Rendre accessible le dépistage pour tou.te.s (VIH, VHC, IST...) en « allant vers ».
3. Adapter les messages de prévention sur internet.

[OBJECTIF 2] Améliorer la prise en charge des personnes LGBTI

● **Références SNSS** Axe IV
HSH : Objectif 1.1 / Actions 55-58
Trans : Objectif 1.2 / Action 62

● **Références PRS** Thème 1 / Chantier 3
Thème 7 / Chantiers 2-3

Grandes actions

4. Renforcer les compétences des professionnel.le.s sur les questions de Santé Sexuelle et les spécificités des populations.
5. Soutenir les projets visant à l'amélioration de la prise en charge des personnes LGBTI.
6. Mettre à jour les connaissances des professionnel.le.s sur la PREP, le TASP et le TPE.
7. Soutenir la mise en place d'un réseau par la création et la diffusion d'un annuaire ressources pour la prise en charge des personnes Trans (notamment le parcours de transition).
8. Améliorer l'écoute des professionnel.le.s à la sexualité.

[OBJECTIF 3] Réduire les risques et les dommages liés aux pratiques qui consistent à consommer des produits psychoactifs dans le cadre sexuel

● **Références SNSS** HSH : Axe IV
Objectif 1.1 / Action 58
Objectif 1.4 / Action 64 (#UD)

● **Références PRS** Thème 1 / Chantier 3
Thème 7 / Chantiers 2-3
Thème 8 / Chantiers 4-5
Thème 11 / chantiers 1-2-3

Grandes actions

9. Développer une offre en CSAPA, CAARUD (addiction) adaptée au public LGBTI (slam, chemsex).

10. Améliorer la formation des professionnel.le.s de premier recours, notamment les services des urgences, sur la connaissance des produits et des protocoles de prise en charge.

[OBJECTIF 4] Lutter contre les discriminations

● **Références SNSS** Axe IV
HSH : Objectif 1.1 / Action 59
Trans : Objectif 1.2 / Action 60

● **Références PRS** Thème 1 / Chantier 3
Thème 7 / Chantiers 2-3

Grandes actions

11. Sensibiliser les professionnel.le.s pour améliorer le 1er accueil et l'orientation vers les réseaux spécialisés.

12. Réduire les inégalités dans l'accès au soin.

13. Développer une approche pluridisciplinaire associative et institutionnelle pour lutter contre les discriminations.

LES CONSTATS

Il existe peu de données épidémiologiques sur la santé des populations migrantes. Les femmes subissent plus de problèmes de Santé Sexuelle : complications lors de la grossesse et l'accouchement et violences sexuelles, qui dépendent des coutumes du pays d'origine, du parcours migratoire et peuvent être renforcés par des conditions d'accueil précaire.

- **2300 personnes hétérosexuelles et nées à l'étranger ont découvert leur séropositivité au VIH en 2015, la moitié de ces personnes ont contracté le virus après leur arrivée.**

En 2015, environ 3 200 personnes contaminées par rapports hétérosexuels ont découvert leur séropositivité VIH, représentant 54% de l'ensemble des découvertes. Parmi ces personnes 2300 personnes sont nées à l'étranger. Il s'agit essentiellement de personnes nées en Afrique subsaharienne (75%) et de femmes (60%).

→ Infection par le VIH et les IST bactériennes. Point épidémiologique du 29 novembre 2016 ; Santé publique France

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-et-les-IST-bacteriennes.-Point-epidemiologique-du-29-novembre-2016>

- **Les femmes migrantes, en plus grand nombre que les hommes en France, subissent plus de problèmes liés à la Santé Sexuelle.**

Complications propres à la grossesse et à l'accouchement, violences sexuelles. Ces états sont dépendants des conditions du pays d'origine (mutilations sexuelles, mariages forcés), du parcours migratoire (viols, trafic d'êtres humains). Ils peuvent être renforcés lors de l'arrivée dans le pays d'accueil selon les conditions sanitaires (hygiène déficiente, pénurie d'eau, manque d'abri et d'installations sanitaires adéquats, privations, et interruption éventuelle des premiers soins lors des périodes de mobilité) et sociales (esclavage humain, prostitution de survie) subies au cours de cette période souvent précaire.

- **Dans l'ensemble, les primipares sont plus jeunes et l'usage des préservatifs moins systématique.**

Il n'y a pas d'informations propres à la santé de la reproduction des femmes migrantes, à leur usage des contraceptifs, ou leurs pratiques d'IVG. On sait que, dans l'ensemble, Les primipares sont plus jeunes et l'usage des préservatifs moins systématique.

- **Une immigration forcée chez les lesbiennes, gays, bi et trans (LGBT), menacés dans leur pays pour discrimination sexuelle.**

Des personnes indiquent avoir subi des violences émotionnelles, verbales, physiques et sexuelles au sein de leur cellule familiale d'origine. Ils ne bénéficient généralement pas de l'appui naturel de leur communauté ethnique une fois arrivés dans leur pays d'accueil. Confrontés aux juges qui doivent apprécier des indicateurs valides d'une demande d'asile au motif de persécutions, ils parviennent difficilement à relater les événements traumatiques qu'ils ont vécus et le fait de revenir sur un épisode de persécution peut avoir un nouvel effet traumatisant sur eux.

→ Santé Sexuelle et reproductive. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 mars

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=550>

[OBJECTIF 1] Renforcer la prévention et la prise en charge en Santé Sexuelle des migrant.e.s

● **Références SNSS** Axe IV / Objectif 1.3 / Action 63

● **Références PRS** Thème 1 / Chantier 3
Thème 7 / Chantiers 1-2-3

Grandes actions

1. Améliorer l'accès à la prévention, aux dépistages et à la prise en charge.

- Soutenir et développer les actions hors les murs : mettre en place des permanences des CeGIDD, Planning Familial, CPEF, Aides... dans les lieux de consultations ou lieux de vie dédiés aux migrants ;
- Organiser des protocoles de prise en charge des dépistages sur la Bretagne afin d'avoir une politique de dépistage cohérente à l'échelle de la région) et améliorer la « traçabilité » du parcours des personnes (DATASAM, Aides, Point H...) ;
- Décliner les « journées santé » du Réseau Louis Guilloux sur la région Bretagne.

2. Renforcer les compétences en Santé Sexuelle des professionnel.le.s et des structures passerelle (Cada, Pass...).

- Soutenir/développer des formations/informations permettant d'améliorer les connaissances sur :
 - Les dépistages et les prises en charge (Prep, Tasp...)
 - Le réseau régional et les pratiques ;
 - les zones de forte endémie (afin de pouvoir ajuster le dépistage en fonction des pays d'origines) ;
 - Les protocoles de prise en charge (ex : OFPRA et mutilations sexuelles) ;
 - Les mutilations sexuelles ;
 - Trans et demande d'asile ;
- Mettre en place des temps de formation spécifiques en Santé Sexuelle pour les interprètes.

3. Fournir un appui technique aux professionnel.le.s.

- Développer le recours à l'interprétariat dans les consultations de médecine générale, les consultations de Santé Sexuelle, lors des dépistages, mais aussi pour des actions de prévention ciblées Créer et/ou diffuser des outils adaptés (traduction/pictogrammes...) ;

Personnes âgées Résidants en institution

LES CONSTATS

Santé Sexuelle et reproductive : Haut Conseil de la Santé Publique -2016.

- Un tiers des personnes âgées de 75 à 85 ans ont une activité sexuelle (39% des hommes ; 17% des femmes) ;
- Dans la tranche d'âge 60-69 ans, 89% des hommes et 66% des femmes déclarent avoir eu une activité sexuelle au cours des 12 derniers mois (enquête sexualité France 2006);
- Attention particulière au risque de contamination par le VIH : les plus de 50 ans représentent 18% des découvertes de séropositivité en 2012, en augmentation (INVS);
- La population des 50-70 ans se sent moins concernée par les risques d'infection et se font moins dépister alors que les prises de risques sont plus importants (37% n'ont jamais mis de préservatifs);
- L'image d'un grand âge asexué persiste dans l'opinion générale et chez les professionnel.le.s du soin et du médicosocial;
- La sexualité est rarement abordée au cours des consultations par le médecin généraliste;
- La question est le plus souvent occultée dans la plupart des établissements pour personnes âgées;
- Il existe des approches pédagogiques propres à l'éducation sexuelle des aînés (sexogérontagogie).

Recommandations :

- Promouvoir la formation initiale et continue des professionnel.le.s des secteurs de santé et médicosocial ;
- Introduire dans les règlements intérieurs des établissements de santé accueillant des personnes âgées une partie explicite précisant les conditions de respect de l'intimité ;
- Promouvoir des actions d'éducation des personnes âgées, en leur donnant la possibilité d'une communication ouverte avec un.e professionnel.le.s de la santé et l'accès à des renseignements pertinents qui leur permettent de s'adapter aux changements qui touchent leurs relations personnelles et sexuelles.

[OBJECTIF 1] Promouvoir une vision positive de la sexualité des personnes âgées en prenant en compte le droit à l'intimité, la vie relationnelle et sexuelle

● **Références SNSS** Axe IV / Objectif 2 / Action 65

● **Références PRS** Thème 1 / Chantier 3
Thème 9 / Chantier 1

Grandes actions

- 1. Élaborer des référentiels de bonnes pratiques relatives à la vie privée, au respect de la liberté et de la dignité des personnes, à destination des personnels intervenant dans les institutions hébergeant des personnes âgées.**
 - Réaffirmer que la liberté sexuelle est un droit fondamental afin d'accompagner de manière bienveillante un changement de regard du grand public et des proches aidants sur la sexualité des personnes âgées ;
 - Inscrire la dimension Vie Affective et Sexuelle au cœur du projet de vie individualisé et dans les projets d'établissements ;
 - Réaffirmer le devoir d'accueil des personnes LGBTI+, et des personnes séropositives en établissement ;
 - Soutenir les actions visant à maintenir et développer les sociabilités des personnes âgées.
- 2. Valoriser et partager les démarches engagées par les établissements et les associations.**
- 3. Communiquer auprès des organismes et des associations sur les structures compétentes pour intervenir en Santé Sexuelle auprès des personnes âgées.**
 - Communiquer auprès des structures d'accueil sur les structures compétentes pour intervenir auprès des personnes âgées.
- 4. Renforcer les compétences des personnels sur la prise en compte de la Santé Sexuelle, les représentations de la sexualité des personnes âgées, dans les formations.**
 - Communiquer auprès des organismes de formations sur les structures compétentes pour intervenir dans les formations des personnels.
- 5. Soutenir des programmes de Santé Sexuelle et de promotion de la santé à destination des personnes âgées par une éducation adaptée, un accompagnement des familles et des intervenants en institution.**

[OBJECTIF 2] Permettre l'expression d'une vie sexuelle au sein des établissements

● **Références SNSS** Axe IV / Objectif 2 / Action 66

● **Références PRS** Thème 1 / Chantier 3
Thème 9 / Chantier 1

Grandes actions

- 6. Accompagner les établissements et services médico-sociaux (ESMS), pour prendre en compte le droit à l'intimité et à la vie relationnelle et sexuelle des personnes âgées en perte d'autonomie.**
- 7. Lors de visites de conformité ou d'inspection dans ces établissements, vérifier que la vie sexuelle des résidents soit respectée et ne soit pas exclue par le règlement intérieur.**
- 8. Soutenir des programmes de sensibilisation et de formation à la sexualité en direction des professionnel.le.s dans les établissements accueillant des personnes âgées.**

Personnes en situation de handicap

Résidants en institution

LES CONSTATS

ADSP : Santé Sexuelle et de la reproduction – septembre 2016.

- Les parents d'enfants handicapés ont parfois du mal à les reconnaître comme être sexués;
- Les enfants ont peu accès aux réseaux sociaux qui leur permettraient une éducation par les pairs;
- Les personnes handicapées ont un risque d'infection par le VIH au moins égal, voir supérieur, à celui de la population générale et bénéficient rarement d'intervention en matière de prévention et de dépistage;
- Elles sont plus fréquemment victimes d'abus sexuel;
- L'absence de partenaire est l'un des principaux motifs d'insatisfaction rapportés par les personnes handicapées;
- Pour progresser, nécessité de déconstruire le mythe de l'asexualité de la personne handicapée.

Recommandations :

- Promouvoir la formation initiale et continue des professionnel.le.s des secteurs de santé et médicosocial;
- Introduire dans les règlements intérieurs des établissements de santé accueillant des personnes handicapées une partie explicite précisant les conditions de respect de l'intimité;
- Développer l'information et l'éducation à la sexualité des personnes handicapées dès l'enfance et tout au long de la vie en prenant en compte les spécificités de chaque type de handicap et donner à chaque personne la possibilité de contacts sociaux.

Enquête ORS Région Centre (93 établissements)

- Les administrateurs ne sont pas tous favorables à la mise en œuvre d'une réflexion collective
- 60% des FAM et MAS n'ont pas de dispositions réglementaires
- Les relations sexuelles sont interdites dans 95% des IME, 5% des foyers d'hébergement, 12% des foyers de vie et 8% des FAM-MAS;
- La sexualité est principalement abordée sous l'angle du devoir de protection des personnes accueillies;
- Les échanges entre professionnel.le.s et parents sont souvent empreints d'incompréhension entre les deux parties : chacun a sa propre représentation de la sexualité (sexualité socialement acceptable);
- Le discours des parents sur la sexualité s'inscrit dans le cadre de la crainte d'une grossesse;
- Les professionnel.le.s tiennent le plus souvent un discours d'interdit de maternité et la contraception est souvent imposée de fait;
- Les professionnel.le.s évoquent l'intérêt d'une éducation à la masturbation pour certains résidents.

Actualités sociales hebdomadaires – Novembre 2016 – Handicap et sexualité : déconstruire les préjugés.

- La sexualité des personnes handicapées reste traitée comme un problème alors qu'elle fait partie de l'identité de chaque personne ;
- L'éducation à la sexualité des personnes handicapées ne peut se résumer à des interventions sur les risques (IST, grossesse, abus...) ou sur les modes de contraception mais sur la notion de plaisir, de bien-être et de qualité de vie;
- La « pair-émulation » est à développer;
- La déconstruction des préjugés doit être au cœur des formations-actions.

[OBJECTIF 1] Promouvoir une vision positive de la sexualité des personnes en situation de handicap tout au long de la vie en prenant en compte le droit à l'intimité, la vie relationnelle et sexuelle

● **Références SNSS** Axe IV / Objectif 2 / Action 65

● **Références PRS** Thème 1 / Chantier 3
Thème 10 / Chantier 4

Grandes actions

- 1. Élaborer des référentiels de bonnes pratiques relatives à la vie privée, au respect de la liberté et de la dignité des personnes, à destination des personnels intervenant dans les institutions hébergeant des personnes en situation de handicap.**
 - Réaffirmer que la liberté sexuelle est un droit fondamental afin d'accompagner de manière bienveillante un changement de regard du grand public et des proches aidants sur la sexualité des personnes en situation de handicap ;
 - Inscrire la dimension Vie Affective et Sexuelle au cœur du projet de vie individualisé et dans les projets d'établissements ;
 - Soutenir les actions visant à maintenir et développer les sociabilités des personnes en situation de handicap ;
 - Réaffirmer le droit à une VAS et à leur droit à exprimer leur choix : autodétermination.
- 2. Valoriser et partager les démarches engagées par les établissements et les associations ;**
- 3. Communiquer auprès des organismes et des associations sur les structures compétentes pour intervenir en Santé Sexuelle auprès des personnes en situation de handicap.**
 - Communiquer auprès des structures d'accueil sur les structures compétentes pour intervenir auprès des personnes en situation de handicap.
- 4. Renforcer les compétences des personnels sur la prise en compte de la Santé Sexuelle, les représentations de la sexualité des personnes en situation de handicap..., dans les formations.**
 - Communiquer auprès des organismes de formations sur les structures compétentes pour intervenir dans les formations des personnels.
- 5. Soutenir des programmes de Santé Sexuelle et de promotion de la santé à destination des personnes en situation de handicap par une éducation adaptée, un accompagnement des parents et des intervenant.e.s en institution.**
- 6. Former les professionnel.le.s sur les questions de violence (notions de consentement/refus) incluant les risques d'abus pouvant être pratiqués à l'extérieur des établissements.**

[OBJECTIF 2] Favoriser l'accès à une offre prévention et de soin en Santé Sexuelle au sein des établissements, dans le cadre de l'application de la charte Romain Jacob adapté aux contextes de vie, compréhensible et accessible

● **Références SNSS** Axe IV / Objectif 2 / Action 66

● **Références PRS** Thème 1 / Chantier 3
Thème 10 / Chantier 4

Grandes actions

- 7. Promouvoir et développer des outils adaptés.**
- 8. Accompagner les établissements et services médico-sociaux (ESMS), pour prendre en compte le droit à l'intimité et à la vie relationnelle et sexuelle des personnes en situation de handicap.**
- 9. Soutenir les actions de sensibilisation en direction des personnes en situation de handicap et de leurs parents.**
- 10. Soutenir les actions de formation en direction des professionnel.le.s dans les établissements accueillant des personnes en situation de handicap.**
- 11. Accompagner les programmes en lien avec la parentalité et la procréation.**

Amélioration de la santé reproductive

DÉFINITIONS

Définition de la Santé Sexuelle et reproductive de la Conférence du Caire (septembre 1994)

Par santé en matière de reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement, et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé. Il faut donc entendre par services de santé en matière de reproduction l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation en prévenant et résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine. On entend également par cette expression la santé en matière de sexualité, qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles.

→ In adsp n° 96 septembre 2016

La santé reproductive, s'intéresse donc aux mécanismes de la procréation et au fonctionnement de l'appareil reproducteur à tous les stades de la vie. Cette conception de la santé génésique suppose que les femmes et les hommes puissent choisir des méthodes de régulation de la fécondité sûres, efficaces, abordables et acceptables, que les couples puissent avoir accès à des services de santé appropriés permettant aux femmes d'être suivies pendant leur grossesse et offrant ainsi aux couples la chance d'avoir un enfant en bonne santé.

Elle englobe : La contraception ; l'IVG ; l'assistance médicale à la procréation (AMP) ; le diagnostic anténatal et les interruptions de grossesse pour motif médical ; la grossesse ; l'accouchement et tout ce qui entoure la naissance.

→ In « Santé Sexuelle et reproductive » et « Stratégie nationale de Santé Sexuelle »

L'AMP, la grossesse et son suivi, l'accouchement et la périnatalité sont traités dans d'autres volets de PRS.

Concernant l'IVG, voir également la fiche consacrée à ce thème.

Ce volet du PRS sera donc consacré à la contraception et à la prévention de l'infertilité.

LES CONSTATS

La contraception

En France,

- La contraception orale est la plus utilisée : 45 % des femmes âgées de 15 à 49 ans, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne voulant pas d'enfant l'utilisent. Une femme sur cinq a recours au dispositif intra-utérin (DIU), 12 % au préservatif, 4 % à la stérilisation.
- Le recours à la stérilisation est faible : 4% pour les femmes et <1% pour les hommes, contrairement à d'autres pays de même niveau socio-économique (Royaume-Uni, Pays-Bas, Canada, Allemagne).

La contraception masculine est quasi absente.

- Certaines recommandations de la HAS concernant les stratégies de choix des méthodes contraceptives ne sont pas suffisamment suivies par les professionnels.

→ In « Santé Sexuelle et reproductive » et « Stratégie nationale de Santé Sexuelle »

La prévention de l'infertilité

Peu de données sont produites concernant les questions d'infertilité, que ce soit sur le nombre de personnes concernées ou les raisons de l'infertilité.

Quelques chiffres : des études estiment qu'environ 18% à 24% des couples qui arrêtent d'utiliser un moyen de contraception seront concernés par une infécondité involontaire d'une durée d'un an. Après 24 mois, la proportion est de 8%.

Quelques causes probables (outre une origine congénitale):

- Les infections sexuellement transmissibles non traitées à temps - chez l'homme et la femme ;
- L'âge maternel à la première naissance (diminution des réserves ovariennes au-delà des 35 ans) - chez la femme ;
- Des dysfonctions hormonales - chez l'homme et la femme ;
- Des origines environnementales - chez l'homme et la femme ;
- Surpoids, maigreur, consommation de tabac et d'alcool - chez l'homme et la femme ;
- L'endométriase - chez la femme...

→ In « Stratégie nationale de Santé Sexuelle »

ENJEUX MAJEURS

- Permettre aux femmes et aux hommes de choisir des méthodes de régulation de la fécondité sûres, efficaces, acceptables et accessibles.
- Augmenter les chances de procréer : informer sur les causes de l'infertilité (dépistage des IST, baisse de la fertilité féminine après 30 ans, endométriase...).

[OBJECTIF 1] Garantir l'accès aux méthodes de contraception de leur choix pour les femmes et pour les hommes

● **Références SNSS** Axe III / Objectif 1

● **Références PRS** Thème 1 / Chantier 3
Thème 2 / chantier 2
Thème 7 / chantiers 1-2-3

Thème 8 / Chantiers 4-5
Thème 10 / Chantier 4

Grandes actions

1. Renforcer l'information sur les moyens de contraception adaptés à chaque situation.

- Renforcer l'information (notamment auprès des professionnel.le.s de santé) sur l'ensemble des moyens de contraception notamment ceux pouvant être une alternative à la contraception orale ;
- Développer des supports et des outils adaptés en fonction des publics en incluant notamment les représentations et barrières culturelles ;
- Développer une communication prenant en compte les moments de la vie représentant une période de moindre vigilance contraceptive (changement de contraception, âge extrême de la vie féconde,..) ;
- Développer l'information sur la contraception définitive féminine et masculine ;
- Développer des outils de communication adaptés aux personnes ayant des déficiences physiques et psychiques.

● **Références SNSS** Objectif 1.1 / Actions 37-38

2. Améliorer l'accès à la contraception notamment par la mobilisation du cadre conventionnel.

- Renforcer l'implication des médecins dans les programmes de prévention et de promotion de la santé ;
- Conforter l'accès aux soins (plateau technique accessibles pour les personnes en situation de handicap et pour les personnes en situation de précarité) ;
- Améliorer l'accès à la contraception définitive féminine et masculine ;
- Fluidifier le parcours contraceptif par le développement de réseaux locaux de professionnel.le.s.

● **Références SNSS** Objectif 1.2 / Actions 39-40-41-42

3. Mobiliser l'ensemble des professionnel.le.s de santé et mobiliser de nouveaux acteurs.

- Renforcer le rôle du médecin traitant autour de la Santé Sexuelle (repérage des violences, prévention primaire et secondaire des IST et du VIH, accès à une contraception adaptée...) ;
- Rappeler les compétences des professionnel.le.s de santé en matière de contraception (médecins généralistes, gynécologues, obstétriciens, sages-femmes, infirmiers, pharmaciens) ;
- Augmenter l'offre pour l'accès à une contraception adaptée chez les moins de 25 ans et chez les personnes les plus démunies.

● **Références SNSS** Objectif 1.3 / Actions 43.44.45

4. Développer la connaissance.

- Améliorer l'accès à la contraception définitive féminine et masculine en étudiant les freins en population générale et chez les professionnel.le.s.

● **Références SNSS** Objectif 1.4 / Action46

[OBJECTIF 2] Réduire les grossesses non désirées et non prévues

● **Références SNSS** Axe III / Objectif 2 / Actions 47-48

Références PRS Thème 1 / Chantier 3 Thème 8 / Chantier 2
Thème 2 / chantier 2

Grandes actions

5. Renforcer la formation initiale et continue des professionnel.le.s de santé (médecins, sages-femmes, pharmaciens).

- Inscrire dans la formation initiale et continue l'utilisation des différents moyens de contraception et l'approche privilégiant le choix éclairé par la personne de son moyen de contraception, la formation à la pause (DIU, nouvelles contraceptions (Implant, anneau ...) ;
- Soutenir les associations pour le développement de programmes de formation continue dans le domaine de la contraception et de l'IVG instrumentale et par voie médicamenteuse.

6. Assurer une offre diversifiée de proximité répondant aux besoins des territoires en matière de sexualité et d'IVG. → IVG : voir fiche concernée

[OBJECTIF 3] Prévenir l'infertilité chez les femmes et les hommes en fonction des déterminants comportementaux

● **Références SNSS** Axe III / Objectif 3 / Actions 53-54

Grandes actions

7. Inclure la prévention de l'infertilité chez les femmes et les hommes en relation avec les déterminants comportementaux (surpoids, maigreur, consommation de tabac et d'alcool) dans les plans nationaux et lors de la prise en charge de certaines pathologies, en particulier les maladies chroniques (cancer, diabète, HTA...) et les déterminants environnementaux (perturbateurs endocriniens...).

8. Préserver la fertilité naturelle des femmes et des hommes en renforçant et adaptant les moyens de communication (informations sur les périodes de fécondité, les options de contraception, l'espacement des naissances, les conséquences des IST non diagnostiquées).

Interruption Volontaire de Grossesse

IVG

LES CONSTATS

Près de 230 000 femmes ont recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) chaque année en France (100 000 par voie instrumentale et 130 000 par voie médicamenteuse en 2013, dont 34 500 réalisées hors d'un établissement de santé¹).

Depuis 2012, de nombreuses mesures visant à renforcer l'offre d'IVG et faciliter le parcours des femmes souhaitant interrompre leur grossesse ont permis des évolutions favorables. Il s'agit notamment du remboursement à 100% de l'IVG pour toutes les femmes, de la revalorisation des forfaits d'IVG par méthode instrumentale pour maintenir cette offre sur le territoire, de la suppression de la notion de détresse, du renforcement du délit d'entrave, de la création du site www.ivg.gouv.fr et de la rédaction de la brochure « IVG médicamenteuse à domicile ».

Toutefois, si l'accès à l'IVG est le plus souvent aisé sur le territoire, on note de fortes disparités des taux de recours selon l'âge (principalement la classe des 20/24 ans), et les régions (davantage dans les DOM, en Ile de France et dans le Sud de la France). Des difficultés peuvent survenir, pour certaines femmes, notamment en situation de vulnérabilité ou lors de la mise en tension de l'offre en période estivale. Certaines femmes, insuffisamment informées, peuvent être encore, mal ou tardivement orientées ou ne pas avoir la possibilité de choisir les modalités d'IVG qui leur conviennent le mieux.

C'est pourquoi, un programme national d'action pour améliorer l'accès à l'IVG a été présenté en janvier 2015 par la Ministre chargée de la santé. Il s'inscrit dans la volonté du gouvernement d'améliorer l'information, de faciliter le parcours des femmes et de renforcer l'accessibilité de l'IVG sur l'ensemble du territoire au travers, notamment, d'une offre diversifiée. Cette dynamique, enclenchée en 2015, s'est traduite par des avancées substantielles inscrites dans la loi de modernisation de notre système de santé : la suppression du délai de réflexion entre l'information et le consentement des femmes souhaitant une IVG ; la possibilité pour les sages-femmes de réaliser des IVG médicamenteuses ; le recrutement possible de praticiens contractuels dans les établissements publics de santé pour la réalisation d'IVG ; la réalisation, désormais possible, d'IVG instrumentales en centres de santé dans le cadre d'un cahier des charges défini par la Haute Autorité de Santé.

En 2016, l'ORSB a réalisé un point épidémiologique et la Bretagne, au 2^{ème} rang des régions de faible recours à l'IVG, connaît une relative stabilité du taux d'IVG (11,4‰ en 2015). Les femmes de 20 à 24 ans sont les plus concernées par l'IVG, et si on note un recul des IVG chez les plus jeunes, elles progressent chez les 30-39 ans. Près de 8 IVG sur 10 ont lieu avant 9 semaines d'aménorrhée mais plus d'1 IVG sur 5 chez les moins de 30 ans et près d'1 sur 4 chez les mineures ont lieu après la fin du délai légal d'IVG médicamenteuse. La part de la technique médicamenteuse poursuit sa progression et concerne, en 2015, plus d'une IVG sur deux (55,2% vs 49,8% en 2011). Près du tiers des femmes concernées (32%) ont un antécédent d'IVG.

En 2016, la Bretagne a écrit son plan régional d'amélioration de l'accès à l'IVG, dont les objectifs et principales actions sont reportés dans cette fiche.

[OBJECTIF 1] Tenir à jour l'état des lieux de l'IVG en Bretagne

● **Références PRS** Thème 1 / Chantier 3 Thème 3 / Chantier 2

Grandes actions

1. Améliorer le recueil de données sur l'IVG.

- Réaliser une enquête plus exhaustive de l'accès à l'IVG en Bretagne en étudiant les lieux de réalisation, les acteurs et l'organisation de l'activité sur les territoires ;
- Analyser les données du PMSI tous les 2 ans ;
- Réaliser des appels téléphoniques anonymes pour tester les réponses apportées aux femmes par les CIVG.

[OBJECTIF 2] Mieux informer les femmes, les jeunes et les professionnel.le.s de santé

- **Références PRS** Thème 1 / Chantier 3 Thème 3 / Chantier 2
Thème 2 / Chantier 2 Thème 8 / Chantier 4

Grandes actions

- 2. Assurer l'accès de toutes et tous et à tous les âges, à l'information à l'IVG et à l'éducation à la sexualité comme outil d'émancipation et de prévention.**
 - Réaliser des campagnes de communication régulières sur l'IVG et le parcours d'IVG ;
 - Porter une attention spécifique à l'information sur l'IVG dans la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité ; auprès des jeunes scolarisés ou non.
- 3. Assurer une meilleure connaissance du numéro vert national.**
 - Renforcer la campagne de communication à plus grande échelle à la fois dans le secteur de la santé, mais également de la jeunesse, l'éducation nationale, le secteur social et médicosocial ;
 - Inclure le numéro vert national sur l'ensemble des éléments de communication relatifs à la Santé Sexuelle et à la vie affective et relationnelle en Bretagne ;
 - Réaliser une enquête biannuelle sur l'accès à l'IVG afin de conforter les informations de l'annuaire du numéro vert national.
- 4. Améliorer la visibilité de l'activité d'IVG dans les établissements.**
 - Renforcer la signalétique en interne aux établissements ;
 - Accroître la visibilité numérique de l'activité d'IVG en l'inscrivant sur les sites internet des établissements et du réseau de santé en périnatalité.
- 5. Améliorer la lisibilité des professionnel.le.s de santé libéraux investis sur l'IVG.**
 - Tenir à jour un annuaire des professionnel.le.s de ville diffusable via le numéro vert national.
- 6. Améliorer la connaissance des professionnel.le.s de santé sur l'IVG.**
 - Communiquer auprès des professionnel.le.s de santé libéraux et plus particulièrement les médecins généralistes et les sages-femmes sur l'IVG ;
 - Faire connaître les évolutions législatives et permettre une orientation adéquate des femmes en demande d'IVG
 - Poursuivre les programmes de formation ARMORIC sur l'IVG.

[OBJECTIF 3] Améliorer le parcours et permettre l'accès à une offre diversifiée

- **Références PRS** Thème 1 / Chantier 3 Thème 3 / Chantier 2
Thème 2 / Chantier 2

Grandes actions

- 7. Assurer une activité d'IVG dans les établissements publics qui disposent d'un service de gynécologie obstétrique ou de chirurgie.**
 - Intégrer l'activité d'IVG dans les contrats d'objectifs et de moyens des établissements de santé qui présentent des fragilités quant à l'accès et à l'activité d'IVG.
- 8. Développer l'IVG médicamenteuse en ville.**
 - Former des médecins généralistes et des sages-femmes sur l'IVG médicamenteuse ;
 - Promouvoir auprès des établissements de santé et des professionnel.le.s de santé libéraux le conventionnement.
- 9. Développer l'accès aux différentes méthodes d'IVG à l'échelle d'un territoire de proximité et dans le cadre des GHT.**
 - Réaliser une étude pour comprendre et considérer la restriction d'accès aux différentes méthodes ;
 - Définir les territoires de proximité pertinents et mobiliser pour la mise en œuvre des différentes méthodes ;
 - Former les professionnel.le.s de santé aux différentes méthodes d'IVG sur les territoires définis ;
 - Établir des réseaux de prise en charge et formaliser les échanges entre les CIVG afin de prendre au mieux en considération le choix des femmes en demande d'IVG et les critères environnementaux et sociaux qui impactent sa demande.
- 10. Rationnaliser l'entrée dans le parcours.**
 - Formaliser un parcours type pour les professionnel.le.s de santé permettant un démarrage rapide et de proximité du parcours d'IVG pour éviter les consultations « doublons » et les délais de prises en charge.
- 11. Permettre la réalisation de l'échographie de datation dans un délai contraint.**
 - Développer les conventions avec des cabinets d'échographie en ville.
- 12. Inscrire l'activité d'IVG dans les projets de pôle et les projets d'établissements.**
 - Proposer un modèle d'organisation au sein des établissements avec un rattachement fonctionnel de l'activité selon le nombre d'IVG.
- 13. Assurer une composition minimale de l'équipe assurant les IVG dans chaque établissement.**
 - Définir la composition minimale d'une équipe assurant les IVG dans un établissement de santé ;
 - Intégrer l'activité d'IVG dans le cursus des internes en gynéco-obstétrique ;
 - Intégrer les sages-femmes dans la prise en charge des IVG au vu de leurs nouvelles compétences.
- 14. Coordonner les acteurs de la prise en charge.**
 - Conforter le rôle d'expertise et de formateurs du Groupe régional ARMORIC au sein des Réseaux de Santé en Périnatalité ;
 - Mettre en œuvre des réseaux locaux sur l'IVG pour organiser l'activité d'IVG sur les territoires.
- 15. Articuler les politiques d'IVG, de planification familiale et de Santé Sexuelle.**
 - Intégrer les conseils départementaux dans le travail sur l'accès à l'IVG à un niveau de proximité et au niveau régional.

Infections Sexuellement Transmissibles

IST

CONSTATS

La fréquence des infections sexuellement transmissibles (IST) en général, et de l'infection par le VIH en particulier, est élevée et continue à augmenter chez les jeunes. En outre, les études épidémiologiques et socio-comportementales mettent en évidence des différences importantes d'exposition des jeunes au risque d'IST en fonction de leurs pratiques sexuelles et de leur statut social : ainsi, l'épidémie VIH n'est pas contrôlée chez les jeunes HSH, et les jeunes économiquement défavorisés ont moins souvent recours que les autres au dépistage et à la prise en charge des IST ainsi qu'à certaines vaccinations.

Les réseaux de cliniciens (RésIST) et de laboratoires (Rénago, Rénachla, lymphogranulomatoses vénériennes : LGV) permettent de suivre l'évolution des indicateurs des IST bactériennes.

En 2015, les données de la surveillance aboutissent aux principaux constats suivants :

- en 2015, le nombre de cas notifiés de **syphilis** récentes augmente de 59% par rapport à 2013. Cette augmentation est très marquée dans les régions hors Ile-de-France. Les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) représentent la population la plus concernée, soit 84% des cas rapportés en 2015. L'augmentation du nombre de cas dans cette population est de 56% entre 2013 et 2015 ;
- le nombre d'infections à **gonocoque** continue d'augmenter (62% entre 2013 et 2015). L'augmentation est plus marquée chez les HSH (+99% sur la même période) comparativement aux hétérosexuels (+20%). Les augmentations sont observées en Ile-de-France et dans les autres régions ;
- concernant la surveillance de la sensibilité du gonocoque aux antibiotiques, aucune souche résistante à la ceftriaxone (traitement de Référence) n'a été isolée depuis 2011. Néanmoins, la poursuite de la surveillance de la sensibilité du gonocoque aux antibiotiques reste indispensable ;
- une augmentation de 10% du nombre d'infections uro-génitales à **Chlamydia trachomatis** notifiées est observée entre 2013 et 2015, en lien avec une augmentation hors Ile-de-France. Les deux tiers des cas rapportés en 2015 sont des femmes (64%), en majorité âgées de 15 à 24 ans, ce qui reflète en partie l'application des recommandations du dépistage systématique des jeunes femmes dans les centres dédiés ;
- le nombre de **lymphogranulomatoses vénériennes** (LGV) rectales et de rectites à Chlamydia non L est en augmentation en 2015. La quasi-totalité des cas concerne des HSH ;
- le niveau de co-infections par le VIH reste élevé chez les HSH présentant une rectite à Chlamydia (LGV ou rectite non L), une syphilis précoce ou une gonococcie, reflétant une utilisation insuffisante du préservatif chez les HSH séropositifs.

Au total, les IST bactériennes (syphilis récentes, infections à gonocoque, et rectites à Chlamydia) continuent d'augmenter en France d'une manière particulièrement importante chez les HSH. Dans cette population, l'augmentation est plus marquée hors Ile-de-France. Dans un contexte de prévention diversifiée du VIH, où le préservatif n'est plus le seul outil de prévention, le dépistage précoce des IST, suivi d'une prise en charge adaptée, est indispensable pour interrompre leur transmission.

Chez les hétérosexuels, on constate une poursuite de l'augmentation des gonococcies et des infections à Chlamydia, comparable entre les jeunes de moins de 25 ans et ceux de 25 ans et plus. Le nombre de cas de syphilis récente a augmenté plus récemment, ce qui nécessite une vigilance en termes de diffusion dans la population hétérosexuelle. Il est donc important qu'un dépistage des IST soit proposé, sachant que les formes asymptomatiques sont fréquentes, notamment chez les femmes.

L'enquête ARS – ORSB réalisée en 2016 (sur base des premiers résultats sur 1 semestre) auprès de tous les laboratoires bretons publics et privés, montre que l'activité de dépistage varie fortement selon les départements bretons. La proportion de sérologie confirmée positive est la plus élevée dans les Côtes-d'Armor (8,2 sérologies positives pour 1000 tests réalisés) et la plus faible dans le Morbihan (4,5), le Finistère et l'Ille-et-Vilaine affichant des niveaux comparables et proches de la moyenne régionale (5,6).

Une enquête a également été réalisée en 2017 auprès de tous les laboratoires par Santé Publiques France, pour estimer les taux d'incidence des trois IST bactériennes (syphilis, infections à gonocoque et à chlamydia) diagnostiquées en 2016 au niveau national et régional selon l'âge et le sexe.

La **Stratégie Nationale de Santé Sexuelle** (SNSS) et les **recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes** (Conseil National du SIDA janvier 2017) sont deux documents récents de Référence pour guider les acteurs dans la planification et la mise en œuvre des actions régionales.

[OBJECTIF 1] Réduire l'incidence des IST les plus fréquentes et les plus graves : Syphilis, gonococcie, Chlamydiae dont lymphogranulome vénérien, HPV en population générale

● **Références SNSS** Axe II / objectifs 1-2-3-4-5

● **Références PRS** Thème 1 / Chantier 3
Thème 8 / Chantiers 4-5

Grandes actions

1. Renforcer et diversifier la prévention des IST.

- Continuer à promouvoir les outils de prévention adaptés à chaque pratique ;
- Favoriser le recours aux contrats territoriaux de santé et aux contrats locaux de santé, outils pertinents de coordination territoriale pour organiser la lutte contre les IST ;
- Introduire la lutte contre les IST dans la convention ARS / rectorat ;
- Conforter et organiser la participation des médecins généralistes à la lutte contre les IST chez les jeunes ;
- Sensibiliser les structures sociales, médico-sociales et médico-psychologique, spécialisées dans l'accueil et l'accompagnement des jeunes en situation précaire, au dépistage de problèmes liés à la Santé Sexuelle (CSAPA, CAARUD, CJC, espaces santé jeunes, MDA, PAEJ, CMP...) ;
- Renforcer l'action en Santé Sexuelle des Missions locales ;
- Sensibiliser et former les intervenants dans le domaine de la prévention des IST, aux prises de risques liées aux pratiques sexuelles sous produits psychoactifs (Chemsex) ; informer sur les vaccins hépatites A, méningocoque, HPV.

2. Augmenter la couverture vaccinale des IST à prévention vaccinale.

- Renforcer la stratégie de rattrapage vaccinal anti-VHB : dans les CeGIDD, les CPEF, les centres de santé, les centres de vaccination, les structures de prise en charge des mineur.e.s et jeunes adultes sous main de justice ;
- Promouvoir la vaccination HPV et VHB des jeunes filles et jeunes garçons de 11 à 13 ans, et le rattrapage vaccinal des adolescents et jeunes adultes (jeunes et parents).

3. Améliorer le dépistage et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles dans une approche globale de Santé Sexuelle.

- Amplifier le dépistage des infections à Chlamydiae chez les jeunes femmes âgées de moins de 25 ans, les hommes âgés de moins de 30 ans et les multipartenaires → voir les nouvelles recommandations de la HAS
- Systématiser l'offre de dépistage des IST lors d'une IVG ;
- Promouvoir le dépistage et la prise en charge des IST, et plus largement de la Santé Sexuelle, dans les réseaux de soins primaires.

4. Assurer l'information locale sur les missions, l'organisation et les ressources des principaux opérateurs publics de santé agissant dans la lutte contre les IST et implantés sur les territoires.

[OBJECTIF 2] Réduire l'incidence des IST bactérienne dans les populations clés.

● **Références SNSS** Axe IV / objectifs 1- 2- 3- 4- 5

● **Références PRS** Thème 1 / Chantier 3

Grandes actions

- #### 5. Voir la déclinaison des actions dans les thématiques populationnelles : jeunes, personnes sous main de justice, LGBTI, migrant.e.s, personnes en situation de prostitution, personnes usagères de drogues.

Les hépatites B et C

LES CONSTATS

Les hépatites B et C sont des infections hépatiques causées par les virus de l'hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC). Les hépatites B et C représentent un problème de santé publique majeur du fait de leur gravité potentielle avec une évolution possible vers une cirrhose et/ou un carcinome hépatocellulaire, du nombre de personnes infectées et du coût engendré par leur prise en charge.

Le VHC est transmis par le sang contaminé, par contact direct, ou par l'intermédiaire d'un objet contaminé. Le principal mode de transmission du VHC en France est lié au partage de matériel lors de l'usage de drogues par voie intraveineuse et dans une moindre mesure par voie intranasale. Il existe également un risque de transmission en cas d'utilisation de matériel non stérilisé (tatouage, piercing, acupuncture...).

Le VHC entraîne une hépatite C chronique (correspondant à une persistance du virus dans le sang pendant plus de 6 mois) dans 60% à 85% des cas.

Les nouveaux traitements (antiviraux à action directe de seconde génération) permettent désormais la guérison de cette infection dans plus de 90% des cas. Malgré cela, le nombre de patients ayant accès au traitement est faible et de nombreux points de rupture existent dans la cascade de soins. Sur 100 personnes porteuses du VHC, environ 50% sont dépistées, 14% prises en charge et environ 5% traitées. On note de grandes inégalités d'accès réel aux AAD selon sous-population notamment précaire source de 80% des nouvelles contaminations

Pour le VHB, les principales expositions à risque de transmission en France sont les rapports sexuels à risque (avec un.e partenaire porteur.se d'une infection chronique par le VHB, en cas de partenaires multiples ou de rapports entre hommes) et le séjour dans une zone d'endémie pour l'hépatite B. La transmission peut également intervenir par exposition à du sang ou des objets contaminés tels que lors d'échanges de seringues, de pratiques de tatouage, piercing ou acupuncture.

L'hépatite B est potentiellement grave en raison d'un passage à la chronicité dans 2 à 10% des cas. Les traitements actuellement disponibles ne permettent pas d'obtenir la guérison définitive de l'infection chronique. La vaccination est le moyen de prévention le plus efficace contre cette maladie.

Dans le monde, les régions les plus touchées par ces infections sont : l'Afrique et l'Asie centrale et orientale pour l'hépatite C, l'Afrique Subsaharienne et l'est de l'Asie pour l'hépatite B.

La France est un pays de faible endémicité pour le VHC et pour le VHB. Le nombre de personnes ayant une infection chronique par le VHC a été estimé à 192 700 en 2011 en France métropolitaine, soit 0,42% de la population. La prévalence de l'hépatite B chronique est inférieure à 1% en population métropolitaine. En France, les régions les plus concernées pour les infections à VHC sont la Provence Alpes Côte d'Azur, l'Ile de France et l'Occitanie. Pour les infections à VHB, il s'agit des départements d'outre-mer (Mayotte, Guyane et Guadeloupe) et de l'Ile de France.

La Bretagne reste une des régions avec la plus faible prévalence pour les virus de l'hépatite B et C, mais aussi une des régions où le dépistage a le taux de recours le plus faible. L'enjeu majeur pour les années à venir est le dépistage des personnes qui ignorent leur séropositivité aux virus de l'hépatite B et C.

Concernant l'hépatite C, la Bretagne s'est donnée comme priorité d'intensifier le dépistage chez les usagers de drogues par voie injectable, principal réservoir de ce virus. L'utilisation des TROD (Tests Rapides d'Orientation Diagnostique) dans les CSAPA (Centres de Soins et de Prévention en Addictologie) et les CAARUD (Centre d'Accueil, d'accompagnement à la réduction des Risques chez les Usagers de Drogues), sous couvert d'une autorisation de l'ARS, devrait permettre d'intensifier ce dépistage. Parallèlement, un dispositif de « guichet unique » dans les CSAPA est en cours de mise en œuvre, permettant une prise en charge globale et intégrée des patients sur ce lieu unique : dépistage, diagnostic, mise sous traitement, suivi.

Si des progrès notables ont été faits sur la couverture vaccinale contre l'hépatite B chez les enfants de 24 mois (Bretagne, 87% en 2015), moins de la moitié des adolescents sont vaccinés. Malgré la difficulté à effectuer des rattrapages vaccinaux chez les jeunes, des actions restent à déployer pour améliorer la couverture de ces tranches d'âge.

La surveillance des hépatites B et C reste une des clés de la lutte contre ces virus et sera intégrée dans un tableau de bord regroupant l'ensemble des données disponibles concernant la prévention (vaccination, dépistage) les soins (PMSI, ALD) et les prises en charge médico-sociales.

Enjeux majeurs :

- dépister les personnes qui ignorent leur séropositivité aux virus de l'hépatite B et C ;
- amener le maximum de personnes dépistées pour l'VHC vers une guérison ;
- renforcer la couverture vaccinale contre l'VHB des personnes les plus à risque.

[OBJECTIF 1] Mieux connaître la situation épidémiologique de la région, la prise en charge des patient.e.s et pouvoir en suivre l'évolution

- **Références PRS** Thème 1 / Chantier 3
Thème 16 / Chantiers 1-2

Grandes actions

- 1. Produire des estimations épidémiologiques régionales sur les hépatites B (VHB) et C (VHC), et plus seulement nationales.**
 - Recueillir chaque année les données VHB et VHC auprès des CSAPA, des CeGIDD, des CPEF ;
 - Réaliser une enquête annuelle sur le nombre de patients pris en charge (traités et en attente) : données SNIIRAM ;
 - Réaliser une enquête pour définir la typologie des patients pris en charge.
- **Références données épidémiologiques** I-2 ; I-5 (=XXI-1)

- 2. Élaborer et diffuser tous les deux ans un tableau de bord regroupant l'ensemble des données disponibles concernant la prévention (vaccination, dépistage) les soins (PMSI, ALD) et les prises en charge médico-sociales.**
 - Regrouper dans le tableau de bord régional VAS toutes les données concernant le VHB et le VHC ;
 - Mettre à jour les données tous les deux ans.

- **Références Élaboration tableau de bord régional** XVII-10 en lien avec la XVII-11

[OBJECTIF 2] Améliorer l'organisation des structures de prévention, de soins et médico-sociales et leur articulation

- **Références mise à disposition de vaccins VHB et offre de dépistage des hépatites dans les structures de prévention, de soins et médico-sociales** III-6 ; XVII-2

- **Références PRS**
Thème 1 / Chantier 3
Thème 7 / Chantiers 1-2
Thème 16 / Chantier 3

Grandes actions

- 3. Améliorer l'organisation du parcours de soins sur les étapes clés dans un objectif d'éviter les ruptures de parcours et améliorer la prise en charge.**
 - Définir les points de rupture dans la cascade de prise en charge des VHC et VHB ;
 - Développer des actions visant à réduire les goulots d'étranglement dans la cascade de soins.
- 4. Renforcer la prévention et le dépistage des hépatites B et C, dans une approche combinée avec le VIH, et l'offre de vaccination contre l'hépatite B en fonction des facteurs de risque de contamination et plus particulièrement auprès des personnes vulnérables (personnes en situation de pauvreté et de précarité, migrants, usagers de drogues et personnes placées sous main de justice), mais aussi aux 2 parents lors d'une grossesse.**
 - Renforcer la prévention par le soutien aux associations qui interviennent auprès des publics à risque élevé d'exposition et éloignés des soins ;
 - Renforcer le dépistage de proximité par TROD VHC (et VHB à venir) par les structures autorisées et/ou habilitées (CSAPA, CAARUD, ACT, structures associatives) ;
 - Dépister prioritairement les populations à haut risque de contamination et de transmission : usagers de drogues, populations précaires, migrant.e.s, détenus, HSH) ;
 - Profiter de tout contact d'une personne à risque avec un.e professionnel.le de santé ou une structure d'accueil dédiée pour vérifier son statut vaccinal ;
 - Renforcer l'accès à la vaccination contre l'hépatite B des personnes à risques par mise à disposition gratuite des vaccins dans les lieux de dépistages et de soins (CSAPA, CeGIDD, CPEF...) ;
 - Associer dans tous les cas la recherche des trois virus VHB, VHC et VIH compte tenu des similitudes épidémiologiques.
- 5. Déployer sur le terrain les stratégies de réduction des risques chez les usagers de drogues.**
 - Développer la couverture des structures de RDR dans le cadre d'un plan régional.
- 6. Proposer une offre de soins globale et coordonnée pour les usagers de drogues : soins médico-sociaux en addictologie, réduction des risques, dépistage, utilisation des méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose hépatique, traitements antiviraux et suivi spécialisé.**
 - Développer une offre globale avec notion de guichet unique dans les CSAPA de la région qui peuvent mobiliser les ressources disponibles ;
 - Structurer un parcours de soins bien identifié pour une prise en charge globale pour les CSAPA ne pouvant pas développer cette offre sur leur site ;
 - Expérimenter des offres innovantes de dépistages chez les UD ne fréquentant pas les structures d'addictologie.
- 7. Adapter l'organisation des RCP aux recommandations nationales.**
 - Présenter en RCP uniquement les dossiers complexes.
- 8. Assurer le suivi des fibroses sévères et des patients ayant des comorbidités hépatiques (co-infection VHB, consommation d'alcool, syndrome métabolique...)**

[OBJECTIF 3] Faire évoluer les programmes d'éducation thérapeutique

● Référence éducation thérapeutique du patient (ETP)
XVI-1- 2- 3- 5- 6

● Références PRS
Thème 13 / chantier 2

Grandes actions

9. **Adapter les programmes d'éducation thérapeutique consacrés au VHC.**
→ Étendre les objectifs et le contenu des programmes d'éducation thérapeutique au diagnostic, au traitement, au suivi (ETP relative à la fibrose et à la cirrhose) et à la prise en charge des comorbidités.
10. **Intégrer les associations de patients à la conception et à la mise en œuvre des programmes d'éducation thérapeutiques.**
11. **Valoriser les outils de l'éducation thérapeutique dans l'hépatite B.**
12. **Développer un référentiel régional pour l'éducation thérapeutique sur le VHC et VHB.**

[OBJECTIF 4] Aider/ faciliter l'information sur les hépatites virales et la formation de professionnel.le.s

● Référence information sur le dépistage et les méthodes disponibles
IV-5, VI-5

● Références PRS
Thème 11 / chantiers 2-3
Thème 13 / chantiers 1-3

Grandes actions

13. **Améliorer la formation des acteurs en contact avec les usagers de drogues sur les risques liés au VHB et au VHC et sur la réalité concrète des pratiques d'injection, afin qu'ils soient mieux à même de conseiller les usagers de drogues sur les techniques efficaces de réduction des risques.**
→ Faire des points réguliers en réunion inter-CSAPA et CAARUD sur les hépatites.
14. **Renforcer l'information et la formation des médecins généralistes afin de leur permettre de participer plus efficacement aux enjeux du dépistage et de la prise en charge des patients infectés par le VHC et le VHB.**
15. **Décliner au niveau régional la campagne de sensibilisation nationale, avec une offre de dépistage combiné.**

[OBJECTIF 5] Améliorer la qualité de vie des personnes concernées par les hépatites virales en renforçant leurs capacités à agir favorablement pour leur santé

● Références PRS Thème 11 / chantiers 2-3
Thème 13 / chantiers 2-4

Grandes actions

16. **Développer des programmes d'actions spécifiques aux personnes concernées par les hépatites, combinant une approche de prévention positive et de soutien communautaire.**
→ Animer en structure ou hors les murs, des actions de soutien communautaire et de prévention positive auprès des personnes concernées par les hépatites ;
→ Animer des permanences hospitalières au sein des hôpitaux la prise en charge des patients atteints d'hépatites.

VIH

Virus de l'immunodéficience humaine

LES CONSTATS

L'OMS s'est donné pour objectif qu'en 2020, 90% des personnes infectées par le VIH connaîtront leur statut, 90% de celles-ci seront sous traitement antirétroviral et 90% de celles sous traitement auront une charge virale indétectable. La Stratégie Nationale de Santé Sexuelle¹ fixe des objectifs encore plus ambitieux, avec des chiffres de 95/95/95% à atteindre en 2020. La vision à plus long terme est ambitieuse : Zéro nouvelle infection à VIH, zéro décès lié au Sida et zéro discrimination.

L'incidence de l'infection par le VIH reste globalement stable au cours des dernières années en France mais avec d'importantes différences selon les populations concernées. Le nombre de découvertes de séropositivité VIH est estimé à près de 6 000 au cours de l'année 2015 ; ce nombre est stable depuis 2007. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les hétérosexuels nés à l'étranger (dont les 3/4 sont nés dans un pays d'Afrique subsaharienne) restent les deux groupes les plus touchés et représentent respectivement 43% et 38% des découvertes en 2015. Les hétérosexuels nés en France et les usagers de drogues injectables (UDI) représentent respectivement 16% et 2%.

Le nombre de découvertes de séropositivité ne diminue toujours pas chez les HSH, contrairement à ce que l'on observe chez les hétérosexuels, hommes ou femmes, qu'ils soient nés en France ou à l'étranger. Environ 2 600 HSH ont découvert leur séropositivité en 2015.

Le dépistage reste l'un des points faibles en France. L'étude de la cascade de la prise en charge en France montre que nous n'avons pas encore atteint la première marche des objectifs de l'OMS pour 2020, soit 90% des personnes infectées par le VIH en connaissance de leur séropositivité. Ce chiffre était estimé à 84% en 2013². Dans la population des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), le niveau de connaissance de son statut est meilleur que dans la population générale mais il reste perfectible. Dans l'enquête Prevagay³ 2015, 92% des 433 hommes dépistés séropositifs sur des lieux de convivialité gay sont au courant de leur séropositivité, et 93% de ceux-ci sont sous traitement antirétroviral.

En Bretagne, l'incidence est faible, et relativement stable au cours des dernières années : en 2016, 83 adultes ont découvert leur infection VIH, contre 102 en 2013, 134 en 2014 et 142 en 2015.

La dynamique épidémique y reste importante chez les HSH, puisqu'ils représentent près de 60% des nouvelles contaminations diagnostiquées en 2016⁴. Ce chiffre se majore régulièrement depuis 2011, où il était plus proche de 40%. Le dépistage est encore trop tardif, puisqu'en 2016 seul 44% des nouveaux dépistés en Bretagne ont des CD4 > 500/mm³, et 6% des personnes qui découvrent leur séropositivité sont au stade sida et 18% ont des CD4 < 200/mm³.

La cohorte de personne vivant avec le VIH vieillit : plus de la moitié des patients de la file active (52 %) ont 50 ans ou plus et les hommes sont globalement plus âgés que les femmes. Depuis 2014, l'âge médian des hommes a passé le cap des 50 ans pour atteindre 52 ans en 2016 tandis que chez les femmes il est de 46 ans.

Enfin, le VIH reste une maladie à part du point de vue de sa perception par la société, avec encore un niveau important de sérophobie, bien mis en évidence dans l'enquête menées par l'association AIDES en octobre 2017⁵.

La **Stratégie Nationale de Santé Sexuelle (SNSS)**¹, les **recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes** (Conseil National du SIDA janvier 2017), les **Recommandations d'Experts pour la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH** (rapport Morlat) et les Données épidémiologiques VIH/Sida et IST 2016 en Bretagne⁴ sont quatre documents récents de référence pour guider les acteurs dans la planification et la mise en œuvre des actions régionales.

¹ Stratégie Nationale de Santé Sexuelle : Agenda 2017-2030

² Supervie V. Données épidémiologiques VIH récentes en France. Communication au XVIIe congrès de la Société française de lutte contre le sida, Montpellier, 6-7 octobre 2016.

³ BEH, n°18, 18 juillet 2017

⁴ Surveillance VIH/Sida – IST en Bretagne. Décembre 2017. <http://www.corevih-bretagne.fr/ckfinder/userfiles/files/vih-en-bretagne/20171201-VIH-SIDA-2017.pdf>

⁵ VIH/Hépatites, la face cachée des discriminations, rapport 2017. AIDES. http://www.aides.org/sites/default/files/Aides/bloc_telechargement/AIDES_RAPPORT%20DISCRIMINATIONS_2017_FINAL.pdf

[OBJECTIF 1] Réduire l'incidence de l'infection par le VIH

Grandes actions

1. Renforcer et diversifier la prévention du VIH.

- Poursuivre et renforcer les actions de mise à disposition des préservatifs masculins et féminins ;
- Améliorer la couverture antirétrovirale chez les personnes infectées par le VIH, par une promotion du dépistage et du traitement précoce (TasP) ;
- Améliorer l'accessibilité à la Prévention préexposition (PrEP) pour l'ensemble de la région ;
- Améliorer l'accès au traitement post Exposition (TPE) pour les populations les plus à risque de s'infecter par le VIH.

● **Références SNSS** Axe II / Objectif 1 / actions 15 -14

● **Références PRS** Thème 1 / chantier 3

2. Promouvoir la formation continue dans le domaine du dépistage et de la prévention du VIH et des IST pour les soignants, médicaux et paramédicaux.

● **Références SNSS** Axe II / Objectif 3 / actions 20

● **Références PRS** Thème 1 / chantier 3
Thème 2 / chantier 2

3. Soutenir l'offre de dépistage communautaire.

● **Références SNSS** Axe II / Objectif 3 / actions 20

● **Références PRS** Thème 1 / chantier 3
Thème 2 / chantier 2

4. Favoriser le recours aux autotests de dépistage du VIH : en les proposant à titre gratuit dans les CeGIDD, les CPEF, les CSAPA, les CAARUD, les CJC et par les associations communautaires préalablement habilitées à réaliser du dépistage par TROD.

● **Références SNSS** Axe II / Objectif 3 / actions 20

● **Références PRS** Thème 1 / chantier 3
Thème 2 / chantier 2

5. Renforcer les politiques de prévention chez les personnes à haut risque : HSH, notamment utilisateurs de Chemsex, et personnes originaires de zone d'endémie forte (POZEF).

● **Références SNSS** Axe II / Objectif 3 / actions 20

● **Références PRS** Thème 1 / chantier 3
Thème 2 / chantier 2

[OBJECTIF 2] Garantir des soins de qualité pour les personnes infectées par le VIH

● **Références SNSS** Axe II / Objectif 4 / actions 28-29

● **Références PRS** Thème 16 / chantiers 1-2-3-4-5

Grandes actions

6. Donner un accès à l'éducation thérapeutique du patient (ETP) individuelle et collective à toutes les personnes VIH+ en ayant besoin.
7. Mettre en place un bilan systématique des comorbidités adapté à chaque personne infectée par le VIH.
8. Faciliter l'accueil des personnes infectées par le VIH dans les structures de prise en charge des personnes âgées.
9. Promouvoir les vaccinations adaptées aux personnes infectées par le VIH : grippe, pneumocoque, hépatite A chez les HSH.
10. Promouvoir la formation continue dans le domaine du VIH pour les soignants, médicaux et paramédicaux.

[OBJECTIF 3] Réduire la sérophobie dans la population générale

● **Références PRS** Thème 1 / Chantier 3
Thème 7 / Chantiers 2-3

Grandes actions

11. Promouvoir une éducation à la tolérance vis-à-vis des personnes infectées par le VIH.

Indicateurs de suivi du Plan Régional Santé Sexuelle

JEUNES

OBJECTIF 1 - Conforter l'éducation en Santé Sexuelle en direction des jeunes en garantissant une offre adaptée à chaque tranche d'âge, équitable et coordonnée sur l'ensemble des territoires bretons.

OBJECTIF 2 - Renforcer les compétences des acteurs intervenants auprès des jeunes, notamment les familles dans le champ de l'éducation à la sexualité et à la Santé Sexuelle.

INDICATEURS

- Pourcentage d'établissements scolaires, par type et par département, ayant bénéficié d'une intervention en VAS par un prestataire extérieur agréé par l'éducation nationale, la DDEC ou la DRAAF.
- Pourcentage d'intervention par un prestataire extérieur ayant associé les familles.
- Pourcentage de jeunes de la PJJ ayant reçu, annuellement, une intervention en VAS par un prestataire extérieur.

PERSONNES SOUS MAIN DE JUSTICE

OBJECTIF 1 - Développer des actions de Santé Sexuelle dans le cadre d'une approche en santé globale et de développement des compétences psycho sociales tout au long du parcours des personnes sous main de justice.

INDICATEURS

- Pourcentage d'établissements pénitentiaires, par type, ayant bénéficié d'une intervention en VAS par un prestataire extérieur.

PERSONNES EN SITUATION DE PROSTITUTION

OBJECTIF 1 - Améliorer l'accès à la prévention, la réduction des risques, à l'information et à l'offre des soins des personnes en situation de prostitution.

OBJECTIF 2 - Repérer les situations à risques afin d'identifier les besoins en santé du public cible et construire des réponses adaptées.

INDICATEURS

- Nombre de personnes se déclarant en situation de prostitution fréquentant les CeGIDD, le Planning Familial et les CPEF.

LGBTI

OBJECTIF 1 - Renforcer la prévention diversifiée et les dépistages, l'accès aux droits et prise en charge à destination des LGBTI notamment en « allant vers ».

OBJECTIF 2 - Améliorer la prise en charge des personnes LGBTI.

OBJECTIF 3 - Réduire les risques et les dommages liés aux pratiques qui consistent à consommer des produits psychoactifs dans le cadre sexuel.

OBJECTIF 4 - Lutter contre les discriminations.

INDICATEURS

- Évolution du nombre de personnes LGBTI fréquentant les structures de prise en charge : CPEF, Planning Familial, CeGIDD...
- Construction d'un réseau régional de prise en charge des personnes trans.
- Nombre de formations en direction des professionnel.le.s sur la Santé Sexuelle des personnes LGBTI.

MIGRANT.E.S

OBJECTIF 1 - Renforcer la prévention et la prise en charge en Santé Sexuelle des migrant.e.s .

INDICATEURS

- Évaluation de la mise en place d'actions ciblées.
- Évolution du nombre de consultations avec interprètes.
- Protocole de dépistage créés et diffusés sur la Région Bretagne.

- Nombre d'outils adaptés créés oet/ou diffusés.
- Évolution du nombre de professionnel.le.s intervenants auprès des personnes migrantes ayant reçu une formation sur la Santé Sexuelle.

PERSONNES ÂGÉES (résidents en institution)

OBJECTIF 1 - Promouvoir une vision positive de la sexualité des personnes âgées en prenant en compte le droit à l'intimité, la vie relationnelle et sexuelle.

OBJECTIF 2 - Permettre l'expression d'une vie sexuelle au sein des établissements.

INDICATEURS

- Évolution du nombre d'EHPAD ayant reçu une formation sur la Santé Sexuelle.

PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP (résidents en institution)

OBJECTIF 1 - Promouvoir une vision positive de la sexualité des personnes en situation de handicap tout au long de la vie en prenant en compte le droit à l'intimité, la vie relationnelle et sexuelle.

OBJECTIF 2 - Favoriser l'accès à une offre prévention et de soin en Santé Sexuelle au sein des établissements, dans le cadre de l'application de la charte Romain Jacob adapté aux contextes de vie, compréhensible et accessible.

INDICATEURS

- Évolution du nombre d'établissements recevant des personnes en situation de handicap ayant reçu une formation sur la Santé Sexuelle.

AMÉLIORER LA SANTÉ REPRODUCTIVE

OBJECTIF 1 - Garantir l'accès aux méthodes de contraception de leur choix pour les femmes et pour les hommes.

OBJECTIF 2 - Réduire les grossesses non désirées et non prévues.

OBJECTIF 3 - Prévenir l'infertilité chez les femmes et les hommes en fonction des déterminants comportementaux.

INDICATEURS

- Évolution du recours au DIU.
- Évolution du recours à la contraception hormonale remboursable selon l'âge.
- Évolution de la délivrance de la contraception d'urgence par type de population (milieu scolaire, apprenties...).
- Évolution des connaissances des jeunes sur la contraception (cf enquêtes sur la santé des jeunes).

INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

OBJECTIF 1 - Tenir à jour l'état des lieux de l'IVG en Bretagne.

OBJECTIF 2 - Mieux informer les femmes, les jeunes et les professionnel.le.s de santé.

OBJECTIF 3 - Améliorer le parcours et permettre l'accès à une offre diversifiée.

OBJECTIF 4 - Porter une attention accrue aux situations particulières.

INDICATEURS

- Délai entre la première prise de contact (plateforme téléphonique, professionnel.le.s, etc.) et le premier rendez-vous avec un.e professionnel.le délivrant l'attestation.
- Délai entre la date de planification du premier rendez-vous avec un.e professionnel.le délivrant l'attestation et ce premier rendez-vous.
- Délai entre le premier rendez-vous avec un.e professionnel.le délivrant l'attestation et la réalisation de l'IVG.
- Distance entre le lieu où l'intervention est pratiquée et le domicile de la femme.
- Nombre d'IVG non prises en charge.
- Nombre de médecins conventionnés et nombre d'IVG médicamenteuses réalisées par chacun.e.
- Personnel humain affecté à chaque centre d'IVG.
- Rang de l'IVG et année de l'IVG précédente.
- Éléments sociodémographiques : situation face à l'emploi, situation conjugale, nombre de naissances antérieures, lieu de naissance.
- Proportion d'établissements de santé pratiquant des IVG parmi les établissements autorisés à la gynécologie-obstétrique et/ou à la chirurgie.
- Proportion de femmes domiciliées dans une région/un département et ayant eu une IVG hors région/département
- Proportion d'IVG (hors échecs) selon la méthode (instrumentale /médicamenteuse) par région et par établissement (indicateur par établissement et par région de réalisation mis à disposition dans la SAE).
- Nombre et proportion d'IVG entre 12 et 14 SA par région et par établissement (indicateur par établissement

et par région de réalisation mis à disposition dans la SAE).

- Proportion d'IVG selon l'âge gestationnel, y compris les IVG hors établissement, en classes d'âge.
- Proportion d'IVG instrumentales avec anesthésie générale par région
- Délai entre le premier contact (plateforme téléphonique, professionnel.le.s, etc.) et le premier rendez-vous avec un.e professionnel.le délivrant l'attestation de grossesse.
- Délai entre le premier rendez-vous avec un.e professionnel.le délivrant l'attestation et la réalisation de l'IVG.
- Distance entre le lieu où l'intervention est pratiquée et le domicile de la femme ;
- Événements indésirables liés à l'accès à l'IVG.
- Nombre d'IVG non prises en charge.
- Taux de recours par département de réalisation de l'IVG selon le département de domicile (mesure indirecte de l'accessibilité géographique).
- Proportion d'IVG médicamenteuses par zone géographique, par établissement.
- Proportion d'anesthésies générales par zone géographique, par établissement par rapport au nombre d'IVG instrumentales réalisées

IST – INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

OBJECTIF 1 - Réduire l'incidence des IST les plus fréquentes et les plus graves : Syphilis, gonococcie, Chlamydiae dont lymphogranulome vénérien, en population générale.

OBJECTIF 2 - Réduire l'incidence des IST bactériennes dans les populations clés.

INDICATEURS

- Evolution de l'incidence des IST dépistées dans les CeGIDD.
- Evolution de l'incidence des IST dépistées dans les autres structures (Planning Familial, CPEF).

HÉPATITES

OBJECTIF 1 - Mieux connaître la situation épidémiologique de la région, la prise en charge des patients et pouvoir en suivre l'évolution.

OBJECTIF 2 - Améliorer l'organisation des structures de prévention, de soins et médico-sociales et leur articulation.

OBJECTIF 3 - Faire évoluer les programmes d'éducation thérapeutique.

OBJECTIF 4 - Aider/ faciliter l'information sur les hépatites virales et la formation de professionnel.le.s.

OBJECTIF 5 - Améliorer la qualité de vie des personnes concernées par les hépatites virales en renforçant leurs capacités à agir favorablement pour leur santé.

INDICATEURS

Indicateurs VHB: données régionales (voir départementales) avec comparaison France.

- Activité de dépistage des Ag HBs en population générale (tests / 1000habitants) : SNIIRAM.
- Activité de dépistage des Ag HBs en laboratoire (nbre de tests et nbre positifs/ 1000habitants) : LaboHep.
- Prévalence du VHB chez les nouveaux donneurs de sang (tests / 10 000 nouveaux donneurs) : SPF.
- Prévalence de l'AgHBs chez les femmes enceintes, certificat 8ème jour : PMI, DREES.
- Prévalence du VHB chez les UDI en CSAPA (pourcentage) : ARS.
- Prévalence de l'infection par le VHB chez les UDI en CAARUD (pourcentage non disponible pour effectifs déclarés insuffisant) : enquête ENa -CAARUD.
- Pourcentage de test réalisé en CeGIDD sur la file active (Rapport d'activité des CeGIDD) : COREVIH.
- Pourcentage de tests positifs en CeGIDD sur tests réalisés (Rapport d'activité des CeGIDD) : COREVIH.
- Nombre et taux de patients en ALD pour VHB (ALD / 100 000 habitants) : SNIIRAM.
- File active des nouveaux patients sous traitement pour une VHB : centre expert hépatite.
- Nombre de programme ETP autorisés par l'ARS.
- Couverture vaccinale VHB, 3 doses à 24 mois : SPF.
- Couverture vaccinale VHB, 3 doses à 6 ans : SPF.
- Couverture vaccinale VHB, 3 doses à 11 ans : SPF.
- Vaccination complète déclarée contre le VHB dans les CAARUD et CSAPA.
- Nombre de personnes ayant débuté une vaccination VHB dans les CeGIDD.
- Nombre d'établissements prenant en charge les hépatites, bénéficiant d'une permanence de AIDES.

Indicateurs VHC : données régionales (voir départementales) avec comparaison France.

- Activité de dépistage des Ac anti-VHC en population générale (tests / 1000habitants) : SNIIRAM.
- Activité de dépistage des Ac anti-VHC en laboratoire (nbre de tests et nbre positifs/ 1000habitants) : LaboHep.
- Prévalence du VHC chez les nouveaux donneurs de sang (tests / 10 000 nouveaux donneurs) : SPF.
- Prévalence du VHC chez les UDI en CSAPA (pourcentage) : ARS.
- Prévalence de l'infection par le VHC chez les UDI en CAARUD (pourcentage non disponible pour effectifs déclarés insuffisant) : enquête ENa -CAARUD.
- Pourcentage de test réalisé en CeGIDD sur la file active (Rapport d'activité des CeGIDD) : COREVIH.
- Pourcentage de tests positifs en CeGIDD sur tests réalisés (Rapport d'activité des CeGIDD) : COREVIH.
- Nombre et taux de patients en ALD pour VHC (ALD / 100 000 habitants) : SNIIRAM.

- Nombre et taux annuel de patients ayant initié un traitement contre le VHC par antirétroviraux directs de 2ème génération : SNIIRAM.
- File active des nouveaux patients sous traitement pour une VHC : centre expert hépatite.
- Nombre de RCP annuelle.
- Nombre de programme ETP autorisés par l'ARS.
- Nombre d'établissements prenant en charge les hépatites, bénéficiant d'une permanence de AIDES.

VIH

OBJECTIF 1 - Réduire l'incidence de l'infection par le VIH.

OBJECTIF 2 - Garantir des soins de qualité pour les personnes infectées par le VIH.

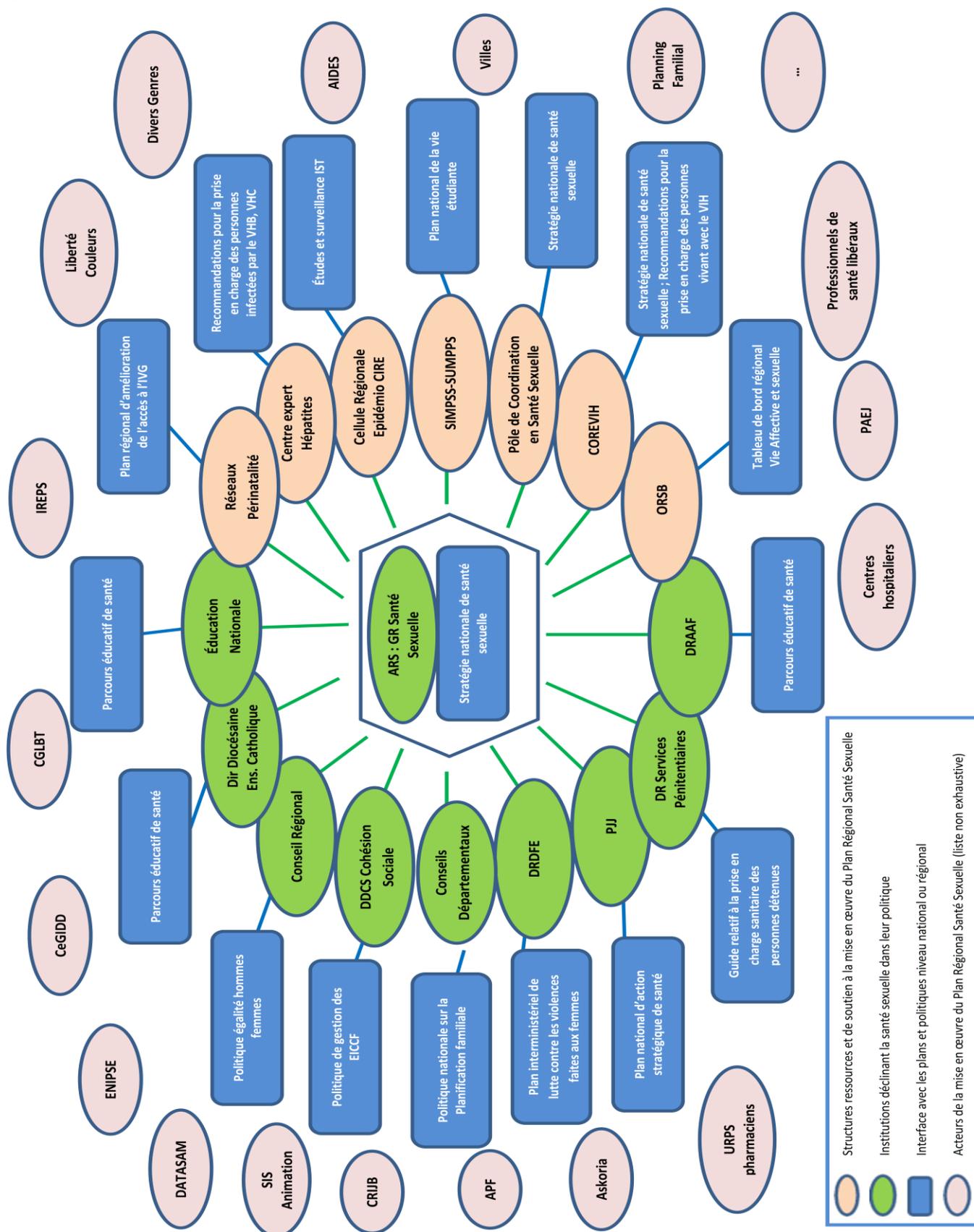
OBJECTIF 3 - Réduire la sérophobie dans la population générale.

INDICATEURS

- Taux d'incidence du VIH en Bretagne.
- Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage « TROD » en milieu communautaire.
- Nombre de personnes entrant chaque année dans un programme PrEP.
- Présence d'un protocole « TPE » actualisé, accessible et opérationnel dans tous les services d'urgence de Bretagne.
- Présence d'un site de prise en charge spécialisé dans l'infection par le VIH à moins de 50 km du domicile de toute personne concernée.
- Présence d'un centre prescripteur de PrEP à moins de 50 km du domicile de toute personne concernée.
- Délai moyen entre découverte de la séropositivité inférieur à un mois pour l'ensemble de la file active bretonne.
- Délai moyen de mise sous traitement en cas de primo-infection VIH < 48h après le premier test permettant d'évoquer le diagnostic.

[Annexes]

Schéma des acteurs intervenant dans la déclinaison régionale de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle



Exemple de fiche projet

PLAN REGIONAL EN SANTE SEXUELLE

Fiche action 2018

Nom du groupe de travail

Intitulé/numéro de l'action

Objectifs

Contexte

Description de l'action

Pilote de l'action

Partenaire(s)

Public(s) visé(s)

Territoire(s) concerné(s)

Calendrier prévisionnel

Liens PRS, ou autres projets de territoire (ex : CLS...)

Financement/budget

Coût prévisionnel

Financeurs sollicités

Dispositif de suivi:

- Outils
- Indicateurs de suivi

Index des sigles

A

AAD | Antiviraux à Action Directe
ACT | Appartement de Coordination Thérapeutique
ADR | Activité de Dépistage Régionale
ADSP | Actualité et Dossier en Santé Publique
ALD | Affection de Longue Durée
AMP | Assistance Médicale à la Procréation
APF | Association des Paralysés de France
ARS | Agence Régionale de Santé

C

CAARUD | Centre d'Accueil, d'Accompagnement à la Réduction des Risques chez les Usagers de Drogues
CADA | Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile
CCF | Conseiller.e Conjugal.e et Familial.e
CeGIDD | Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (du VIH, des hépatites virales et des IST)
CGLBT | Centre Gays, Lesbiens, Bi et Trans
CIVG | Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse
CJC | Consultations Jeunes Consommateurs
CMP | Centre Médico Psychologique
COREVIH | Coordination Régionale de la Lutte contre le VIH, les IST et les hépatites
CPEF | Centre de Planification et d'Éducation Familiale
CPOM | Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRIBJ | Centre Régional Information Jeunesse Bretagne
CSAPA | Centres de Soins et de Prévention en Addictologie
CSF | Contexte de la Sexualité en France

D

DAPMIAS | Direction Adjointe de la Protection Maternelle et Infantile et des actions de santé
DATASAM | Dispositif d'Appui Technique pour l'Accès aux Soins et l'Accompagnement des Migrants
DDEC | Direction Départementale de l'Enseignement Catholique
DGS | Direction Générale de la Santé
DIU | Dispositif Intra Utérin
DOM | Département d'Outre Mer
DRAAF | Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt
DRDFE | Délégation Régionale aux Droits des Femmes et à l'Égalité
DREES | Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

E

EHPAD | Établissement d'Hébergement Pour Personnes Âgées Dépendantes
EICCF | Établissements d'Information, de Consultation et de Conseil Familial

ENIPSE | Équipe Nationale d'Intervention en Prévention et Santé pour les Entreprises
ESMS | Établissements et Services Médico-sociaux
ETP | Éducation Thérapeutique du Patient

F

FAM-MAS | Foyers d'Accueil Médicalisé - Maisons d'Accueil Médicalisé
FNARS | Fédération des Acteurs de la Solidarité
FSF | Femmes ayant des relations Sexuelles avec d'autres Femmes
FtM | Female to Male
Le sigle FtM est utilisé pour désigner les personnes trans qui passent ou passeront de femme vers homme dans le cadre d'une transition de genre.

G

GHT | Groupement Hospitalier de Territoire

H

HAS | Haute Autorité de Santé
HCE | Haut Conseil à l'Égalité entre les hommes et les femmes
HSH | Homme ayant des relations Sexuelles avec d'autres Hommes
HTA | Hyper Tension Artérielle

I

IGAS | Inspection Générale des Affaires Sociales
IME | Institut Médico Éducatif
INSEE | Institut National de La Statistique et Études Économiques
INSERM | Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
INVS | Institut National de Veille Sanitaire
IREPS | Instances Régionales d'Éducation et de Promotion de la Santé
IST | Infections Sexuellement Transmissibles
IVG | Interruption Volontaire de Grossesse

L

LGBTI | Lesbiennes-Gays-Bi-Trans-Intersexes
LGV | Lymphogranulomatose Vénérienne

M

MDA | Maison Des Adolescents
MFR | Maison Familiale et Rurale
MtF | Male to Female
Le sigle MtF est utilisé pour désigner les personnes trans qui passent ou passeront de homme vers femme dans le cadre d'une transition de genre.

O

OFPPA | Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides
OMS | Organisation Mondiale de la Santé
ORSB | Observatoire Régional de Santé Bretagne

P

PAEJ | Point Accueil Écoute Jeunes

Pass | Permanences d'Accès aux Soins de Santé

PCESS | Pôle de Coordination en Santé Sexuelle

PJJ | Protection Judiciaire de la Jeunesse

PMI | Protection Maternelle et Infantile

PMSI | Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PrEP | Prophylaxie pré-Exposition

La PreP est un traitement préventif proposé aux personnes séronégatives très fortement exposées à un risque d'infection au VIH.

PRS | Programme Régional de Santé

R

RCP | Réunions de Concertation Pluridisciplinaire

RDR | Réduction des Risques

RLG | Réseau Louis Guilloux

S

SAE | Statistique Annuelle des Établissements de santé

SIDA | Syndrome d'Immunodéficience Acquis

SIMPSS | Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé

SIS Animation | Santé Info Solidarité - Animation

SNIRAM | Système National d'Information Inter-régimes de l'Assurance Maladie

SNSS | Stratégie Nationale de Santé Sexuelle

SPF | Santé Publique France

SUMPPS | Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé

SoFECT | Société Française d'Étude et de prise en Charge du Transsexualisme

T

TASP | Treatment AS Prevention

Utilisation du traitement comme prévention de la transmission du VIH

TIR | Taux d'Incidence Régionale

TPE | Traitement Post Exposition

« Traitement d'urgence » à prendre suite à un risque d'exposition au VIH

TPR | Taux de Positivité Régional

TROD | Tests Rapides d'Orientation Diagnostique

TSO | Traitement de Substitution par les Opiacés

U

UDI | Usagers de Drogues Injectables

URPS | Union Régionale des Professionnels de Santé

USMP | Unités Sanitaires Mobiles Pénitentiaires

V

VAS | Vie Affective et Sexuelle

VHB | Virus de l'Hépatite B

VHC | Virus de l'Hépatite C

VIH | Virus de l'Immunodéficience Humaine

Bibliographie

- **Actes du colloque : « Prostitutions : Quel accompagnement vers la santé ? Des éléments d'information et de réflexion pour mieux prendre en compte la prostitution dans les pratiques professionnelles ».**
http://education-sante-ra.org/publications/2016/ACTES_ProstitutionS_Sante_15_12_15.pdf
- **Caractéristiques sociodémographiques, identifications de genre, parcours de transition médico psychologique et VIH/sida dans la population Trans ;** BEH n° 42, InVS, 2011.
<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-n-42-2011>
- **Contrôler durablement l'épidémie VIH en France ; Estimation de la prévalence du VIH chez les hommes ayant des relations Sexuelles avec des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay De cinq villes françaises – Prevagay 2015 ;** BEH n°18 ; Santé Publique France ; juillet 2017.
http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/18/pdf/2017_18.pdf
- **Données épidémiologiques VIH récentes en France.** Communication au XVIIe congrès de la Société française de lutte contre le sida ; Supervie V ; Montpellier, 6-7 octobre 2016.
- **Enquête Presse gay 2004 ;** ANRS, INVS.
http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2007/epg_2004/index.html
- **Étude Pro Santé 2010-2011 //** Étude sur l'état de santé, l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes en situation de prostitution rencontrées dans des structures sociales et médicales. FNARS, INVS ; 2013.
<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Autres-thematiques/Etude-ProSante-2010-2011>
- **Handicap et sexualité : déconstruire les préjugés.** Actualités Sociales Hebdomadaires N° 2982 ; Novembre 2016.
<https://vas-handicap.fr/wp-content/uploads/2016/11/art-ash-prog-vas-04.11.2016.pdf>
- **Infection par le VIH et les IST bactériennes. Point épidémiologique du 29 novembre 2016.** Santé Publique France.
<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-et-les-IST-bacteriennes.-Point-epidemiologique-du-29-novembre-2016>
- **La sexualité en milieu carcéral : au cœur des représentations de personnes incarcérées ;** Axelle François ; Vol. XIII | 2016, mis en ligne le 05 octobre 2016.
<https://champpenal.revues.org/9415>
- **La sexualité en prison.** Marie-Laurence Leclerc et Sophie-Andrée Goulet (CANADA) ; juin 2013 ; Alter Justice.
http://www.alterjustice.org/dossiers/articles/130612_sexualite_prison.html
- **Les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes face au VIH et aux IST.** Rapport de stage ; Sophie Devillard ; 2011.
http://www.education-sante-ra.org/publications/2011/fsf_vih_ist.pdf
- **Les lesbiennes face aux IST et au VIH.** Fiche pratique CRIPS Rhône-Alpe N°6 ; Décembre 2011.
http://education-sante-ra.org/publications/2011/fiche_pratique_crips_06.pdf
- **Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014.**
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf
- **Population trans: Histoires et risques pluriels.** Fiche pratique CRIPS Rhône-Alpe N°12 ; oct. 2014.
http://education-sante-ra.org/publications/2014/fiche_pratique_crips_12.pdf
- **Prostitution en France : ampleur du phénomène et impact sur les personnes prostituées.** Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les Violences et la Lutte contre la Traite des Êtres Humains (MIPROF) ; octobre 2015.
http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_ONVF_no7_-_prostitution_-_oct_2015.pdf
- **Prostitutions : les enjeux sanitaires.** Inspection générale des affaires sociales ; Décembre 2012.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000667.pdf>

- **Recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes.** Conseil National du SIDA ; janvier 2017.
https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/02/2017-01-19_avi_fr_prise_en_charge.pdf
- **Santé Sexuelle et de la reproduction.** Actualité et dossier en santé publique (ADSP) ; N°96 - Septembre 2016 ; Dossier coordonné par Virginie Halley des Fontaines et; Marie-Hélène Bouvier-Colle ; La Documentation française ; septembre 2016.
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=153#82>
- **Santé Sexuelle et reproductive.** Paris ; Haut Conseil de la Santé Publique ; mars 2016.
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=550>
- **SOS Homophobie rapport annuel 2016.** Sylvain Toiron, Grégory Pierresteguy.
https://www.sos-homophobie.org/sites/default/files/rapport_annuel_2016.pdf
- **Stratégie Nationale de Santé Sexuelle : agenda 2017-2030.** Ministère des affaires sociales et de la santé ; Mars 2017.
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
- **Surveillance VIH/Sida – IST en Bretagne. Décembre 2017.**
<http://www.corevih-bretagne.fr/ckfinder/userfiles/files/vih-en-bretagne/20171201-VIH-SIDA-2017.pdf>
- **Transsexuel(le)s : conditions et style de vie, santé perçue et comportements sexuels.** Résultats d'une enquête exploratoire par Internet ; INVS ; 2007.
http://invs.santepubliquefrance.fr//beh/2008/27/beh_27_2008.pdf
- **Vie affective et sexualité des personnes handicapées mentales, quel accompagnement dans les établissements de la région Centre ?** C. Leclerc, C. Binet ; ORS Région Centre, Agence Régionale de l'Hospitalisation du Centre ; octobre 2010.
https://orscentre.org/images/files/publications/handicaps_et_personnes_agees/Rapports/VieAffective-ORSHD.pdf
- **VIH/Hépatites, la face cachée des discriminations, rapport 2017.** AIDES.
http://www.aides.org/sites/default/files/Aides/bloc_telechargement/AIDES_RAPPORT%20DISCRIMINATIO NS_2017_FINAL.pdf