

Stratégie nationale de santé sexuelle



Agenda 2017 - 2030



Liste des membres du comité d'élaboration de la stratégie nationale de santé sexuelle

DAC des Ministères Sociaux :

DGS, DGOS, DGCS, SGMAS, DSS, MIPROF

Autres directions d'administration centrale :

Délégué interministériel à la Jeunesse, Éducation Populaire et Vie Associative (DJEPVA)

Direction Générale de l'Enseignement Scolaire (DGESCO),

Direction de l'Enseignement Supérieur et Insertion Professionnelle (DGESIP)

Direction Générale de la Recherche et de l'Innovation (DGRI)

Sociétés savantes et organisations professionnelles :

Collège Médecine Générale (CMG)

Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE)

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens (CNGO)

Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant (CNNSE)

Collège National des Sages Femmes (CNSF)

Collège des présidents de COREVIH

Fédération Française de Sexologie et Santé Sexuelle (FFSSS)

Société Française de Dermatologie et pathologie sexuellement transmissible (SFD)

Unions Régionales des professionnels de Santé Médecins libéraux (URPS)

Agences et institutions publiques :

Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les Hépatites virales (ANRS)

ANRS - Groupe d'expert sur la prise en charge médicale des Hépatites

Agence Nationale de Santé Publique (ANSP)

ARS Corse

ARS Centre

Haute Autorité de Santé (HAS)

Association des Départements de France (ADF)

Associations :

Afrique Avenir

AIDES

Collectif Inter-associatif sur la Santé (CISS)

Médecins du Monde (MDM)

Mouvement Français du Planning Familial (MFPF)

SOS Hépatites Fédération

Concertation élargie

I – Liste des personnes concertées

Directions d'Administration Centrale :

DREES, ministère de l'Intérieur (DGCL) ; ministère de la Justice (DAP); DGOM, MILDECA

Agences et institutions nationales :

CNAMTS; INCA; HCSP; ANSM; Collège des DGARS; Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) ; Institut National de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP); INSERM; INED

Sociétés savantes et associations professionnelles :

Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes (ANSFO) ; Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception (ANCIC); Association des Professionnels de Santé exerçants en Prison (APSEP); Fédération des Associations Pour Adultes et Jeunes Handicapé (APAJh); Association des sexologues Clinicien de langue française ; Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM); Conseil National de l'Ordre des Sages Femmes (CNOSF); Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens (CNOSP); Institut National d'Études Démographiques (INED); Société Française de Lutte contre le SIDA (SFLS); Services Inter Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SIUMPPS); Société Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF); Association Nationale des Sages Femmes Orthogénistes (ANSFO); Conseil national des missions locales; Services Inter Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SIUMPPS); 3 CeGIDD; les 28 COREVIH

Associations nationales :

ENIPSE; HF Prévention; Association des Paralysés de France (APF); Collectif hépatites virales (CHV); Comité médical pour les exilés (COMEDE); Paris sans Sida; RESPADD - Réseau de prévention des addictions; SAMU social; Sidaction; Fédération nationale LGBTI; Groupe inter associatif Traitement & recherche thérapeutique (TrT5) ; Griselidis, CABIRIA; ARCAT, Le Kiosque / Checkpoint; CRIPS IDF; IKAMBERE; Réseau des associations afro caribéennes de lutte contre le sida (RAAC)

Sommaire

Préambule	5
Introduction	7
AXE I – INVESTIR DANS LA PROMOTION EN SANTE SEXUELLE, EN PARTICULIER EN DIRECTION DES JEUNES, DANS UNE APPROCHE GLOBALE ET POSITIVE	13
OBJECTIF 1 - EDUQUER LES JEUNES A LA SEXUALITE, A LA SANTE SEXUELLE ET AUX RELATIONS ENTRE LES PERSONNES	14
OBJECTIF 2 - AMELIORER L'INFORMATION EN SANTE SEXUELLE EN UTILISANT LES NOUVEAUX OUTILS DE COMMUNICATION	16
OBJECTIF 3 - RENFORCER LA FORMATION EN SANTE SEXUELLE DES PROFESSIONNELS DE SANTE, DU MEDICO SOCIAL, DE L'EDUCATION ET DE LA JUSTICE ET DES MEDIAS INTERVENANT DANS LE CHAMP DE LA SANTE SEXUELLE ET DE L'EDUCATION A LA SEXUALITE	18
OBJECTIF 4 - RENFORCER LES COMPETENCES DES PARENTS	19
AXE II – AMELIORER LE PARCOURS DE SANTE EN MATIERE D'IST DONT LE VIH ET LES HEPATITES VIRALES : PREVENTION, DEPISTAGE, PRISE EN CHARGE	20
OBJECTIF 1 - RENFORCER ET DIVERSIFIER LA PREVENTION DES IST ET DU VIH	22
OBJECTIF 2 - AUGMENTER LA COUVERTURE VACCINALE DES IST A PREVENTION VACCINALE	23
OBJECTIF 3 - AMELIORER LES DEPISTAGES DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES DANS UNE APPROCHE GLOBALE DE SANTE SEXUELLE	24
OBJECTIF 4 - AMELIORER LA PRISE EN CHARGE MEDICALE des IST et du VIH	26
OBJECTIF 5 - AMELIORER L'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL ET SOCIAL, FAVORISER L'ACCES AUX DROITS ET LUTTER CONTRE LES DISCRIMINATIONS SUBIES PAR LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ET LES POPULATIONS VULNERABLES	27
AXE III – AMELIORER LA SANTE REPRODUCTIVE	29
OBJECTIF 1 - GARANTIR L'ACCES AUX METHODES DE CONTRACEPTION DE LEUR CHOIX POUR LES FEMMES ET POUR LES HOMMES	31
OBJECTIF 1.1 - Renforcer l'information sur les moyens de contraception	31
OBJECTIF 1.2 - Améliorer l'accès à la contraception notamment par la mobilisation du cadre conventionnel	31
OBJECTIF 1.3 - Mobiliser l'ensemble des professionnels de santé et mobiliser de nouveaux acteurs	32
OBJECTIF 1.4 - Développer la connaissance	32
OBJECTIF 2 - REDUIRE LES GROSSESSES NON PREVUES ET NON DESIREES	32
OBJECTIF 3 - PREVENIR L'INFERTILITE CHEZ LES FEMMES ET LES HOMMES EN FONCTION DES DETERMINANTS COMPORTEMENTAUX	33

AXE IV – REpondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables.....	34
OBJECTIF 1 - RENFORCER LA PREVENTION, LE DEPISTAGE, L'ACCES AUX DROITS ET LA PRISE EN CHARGE A DESTINATION DES POPULATIONS LES PLUS EXPOSEES AU VIH, AUX HEPATITES ET AUX IST	36
OBJECTIF 1.1 - En direction des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH).....	36
OBJECTIF 1.2 - En direction des personnes trans	38
OBJECTIF 1.3 - En direction des Populations Originaires de Zones d'Endémie Forte (POZEFs) / les migrants	39
OBJECTIF 1.4 - en direction des autres populations exposées au VIH, aux IST, aux hépatites virales, aux violences et aux grossesses non prévues : personnes en situation de prostitution, les personnes sous main de justice, les personnes usagères de drogues	40
OBJECTIF 2 - PRENDRE EN COMPTE LA SEXUALITE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET DES PERSONNES AGEES	43
OBJECTIF 3 - PRENDRE EN COMPTE LA SEXUALITE DES PERSONNES AYANT UNE MALADIE CHRONIQUE.....	45
AXE V - PROMOUVOIR LA RECHERCHE, LES CONNAISSANCES ET L'INNOVATION EN SANTE SEXUELLE	46
OBJECTIF 1 - RENFORCER LA SURVEILLANCE PAR LA MISE EN PLACE DES INDICATEURS DE SANTE SEXUELLE	47
OBJECTIF 2 - PROMOUVOIR LA RECHERCHE INTERVENTIONNELLE ET L'INNOVATION EN SANTE SEXUELLE	48
OBJECTIF 3 - DEVELOPPER LA CONNAISSANCE EN SCIENCES PSYCHO-SOCIALES	48
OBJECTIF 4 - POURSUIVRE LA RECHERCHE CLINIQUE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE SEXUELLE	49
OBJECTIF 5 - MAINTIEN D'UN HAUT NIVEAU DE LA RECHERCHE SUR LE VIH/SIDA ET IST	49
AXE VI – PRENDRE EN COMPTE LES SPECIFICITES DE L'OUTRE-MER POUR METTRE EN OEUVRE L'ENSEMBLE DE LA STRATEGIE DE SANTE SEXUELLE.....	50
LE PILOTAGE DE LA STRATEGIE NATIONALE DE SANTE SEXUELLE.....	52
Tableau synoptique des cibles	57
ANNEXE 1 : DEFINITIONS	58
ANNEXE 2 : LES CHIFFRES CLES.....	61
ANNEXE 3 : LES STRUCTURES ET DISPOSITIFS DANS LE CHAMP DE LA SANTE SEXUELLE.....	64
ANNEXE 4 : LES 17 OBJECTIFS DE DEVELOPPEMENT DURABLE (ODD) DU PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT DURABLE À L'HORIZON 2030 DE L'ONU.....	65
ANNEXE 5 : LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ SEXUELLE ET SES INTERFACES AVEC LES AUTRES PLANS ET STRATÉGIES, PLANS ET CADRES NATIONAUX (30)	67
BIBLIOGRAPHIE	68

Préambule

La stratégie nationale de santé sexuelle s'inscrit dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé et de la stratégie de santé pour les Outre-mer. Elle s'inscrit dans **une démarche globale** d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive. Elle se base sur des principes fondamentaux : la sexualité doit être fondée sur l'autonomie, la satisfaction, la sécurité. Elle prend en compte les relations inégalitaires entre les sexes et les sexualités qui impactent l'accès universel à la santé sexuelle.

Nous avons fait le choix de construire cette stratégie en **concertation avec les acteurs de terrain**, ce qui a permis d'identifier de grandes priorités qui recouvrent l'ensemble des territoires :

- ▶ **la promotion de la santé et de la prévention**, en agissant tôt et fortement sur tout ce qui a une influence sur notre santé ;
- ▶ **La promotion des droits humains et leur traduction dans la législation** : refuser les discriminations, lutter pour l'égalité entre les femmes et les hommes, promouvoir l'approche centrée sur la personne dans son environnement, et une approche éthique ;
- ▶ **Organiser les soins autour des patients et en garantir l'égal accès** ;
- ▶ Contribuer à **la démocratie sanitaire** ;
- ▶ **Lutter contre les inégalités sociales et territoriales** en misant **sur la déconcentration des politiques publiques**.

Elle s'adresse à l'ensemble de la population, articulant les interventions des professionnels, services et établissements d'un territoire autour de parcours dans lesquels la personne est un acteur de sa santé.

Pour autant, compte tenu des besoins spécifiques de certaines populations, **une approche populationnelle renforcée est nécessaire** afin d'assurer le déploiement de mesures adaptées à ces publics : les populations les plus exposées aux violences, et/ou au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), aux infections sexuellement transmissibles (IST), aux hépatites virales, et/ou aux discriminations et/ou les plus éloignés de l'offre généraliste de santé sexuelle.

Nous devons garantir la possibilité, pour les personnes, de choisir de concevoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles le désirent, dans le cadre d'une sexualité satisfaisante, responsable et sûre.

Nous souhaitons en **finir avec l'épidémie du sida d'ici 2030**, et faire en sorte que 95% de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut VIH, que 95% des personnes qui connaissent leur séropositivité au VIH aient accès au traitement et que 95% des personnes sous traitement aient une charge virale supprimée d'ici 2020. **Il s'agit également d'éliminer les épidémies d'infections sexuellement transmissibles en tant que problèmes majeurs de santé publique.**

La stratégie nationale de santé sexuelle développe **une action volontariste d'information, d'éducation à la santé et de communication, avec une place prioritaire pour la santé des jeunes et permet de renforcer la formation et la mobilisation des professionnels de santé, notamment de premier recours.**

Enfin, elle s'inscrit en articulation avec les autres démarches impactant la santé sexuelle menées par le ministère chargé de la santé, le ministère en charge des droits des femmes, le ministère de l'éducation nationale, le ministère en charge de la jeunesse, le ministère des affaires étrangères et du développement international et/ou les autres administrations centrales ainsi que les structures institutionnelles et associatives, dans une logique de **synergie** et **d'approche globale en matière de santé sexuelle**.

Je remercie l'ensemble de nos partenaires qui ont contribué à l'élaboration de cette stratégie nationale de santé sexuelle et je compte sur vous pour la déployer à nos côtés.

Pr Benoît Vallet

Directeur général de la Santé

Introduction

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁽¹⁾ : « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence. Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les Droits Humains et Droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés». La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble.

Un périmètre défini en cohérence avec les autres démarches structurantes impactant le champ de la santé sexuelle.

La stratégie nationale de santé sexuelle couvre les champs suivants :

- ▶ l'accès aux droits humains (2), le respect des genres et des sexualités ;
- ▶ la promotion de la santé sexuelle par l'information, l'éducation, la communication et la formation à une santé sexuelle ;
- ▶ l'information sur les dysfonctionnements et les troubles sexuels, leur prévention, dépistage et prise en charge ;
- ▶ la prévention par la vaccination VHB et HPV, le dépistage et la prise en charge des IST dont le VIH et les hépatites virales ;
- ▶ la promotion de la santé reproductive (prévention de l'infertilité liée aux causes infectieuses, contraceptions, IVG et prévention des grossesses non désirées/non prévues) ;
- ▶ la lutte contre les discriminations liées au sexe, à l'orientation sexuelle ou à l'identité de genre ;
- ▶ la prévention de violences sexuelles.

La santé maternelle et infantile et l'aide médicale à la procréation, non couvertes par cette stratégie, sont traitées par des politiques nationales spécifiques. Une cohérence et une articulation de ces politiques avec cette stratégie seront assurées.

Des avancées, mais encore beaucoup de chemin à parcourir

La France intervient dans le champ de la santé sexuelle par l'intermédiaire de multiples plans ou programmes de santé qui mettent en œuvre des actions à travers des approches thématiques centrées principalement sur la notion de risque et sans toujours présenter une vision globale.

Des avancées notables dans les textes ou les dispositifs ont été réalisées ces dernières années en matière de promotion de la santé sexuelle et de la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les hépatites virales et des autres infections sexuellement transmissibles (IST) :

- ▶ Introduction dans le code de la santé publique de la notion de santé sexuelle et reproductive (article 10 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé) ;
- ▶ Création du parcours éducatif de santé pour tous les élèves (3). Le parcours éducatif de santé permet d'explicitier ce qui est offert aux élèves en matière de santé à l'échelon de l'école, de la circonscription et de l'établissement scolaire en articulation étroite avec leur territoire ;
- ▶ Création au 1^{er} janvier 2016 des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD) issus de la fusion des Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) et des Centres d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST), avec des missions élargies à une approche globale de santé sexuelle ;
- ▶ Élaboration de recommandations de prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C, publiées en 2014/2016 (4) et de prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH (5) ;
- ▶ Avancées en matière de prévention du VIH (prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP)), diversification des moyens de dépistage du VIH, du VHC et des infections sexuellement transmissibles (Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD), auto prélèvements, autotests...)
- ▶ Amélioration du parcours d'IVG : ouverture des IVG instrumentales aux centres de santé et extension des compétences des sages-femmes aux IVG médicamenteuse, suppression du délai minimal de réflexion d'une semaine (article 82 de la loi de modernisation de notre système de santé), mise en place de la prise en charge à 100% par l'Assurance maladie du parcours de l'IVG ;
- ▶ Accessibilité des moyens de contraception grâce à une prise en charge à 100% du parcours contraceptif pour les jeunes femmes mineures ;
- ▶ Suppression des discriminations en raison de l'orientation sexuelle pour le don du sang (article 40 de la loi de modernisation de notre système de santé).

Toutefois, le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP), dans les suites de l'évaluation du 5^{ème} plan de lutte contre le VIH/Sida et les IST (6) ainsi que dans le cadre de ses recommandations sur la santé sexuelle et reproductive (7), fait le constat d'une prise en charge de la santé sexuelle morcelée entre de nombreuses institutions et dans différents plans et politiques de santé publique, sans véritable articulation entre eux. Il recommande de mettre en place « une stratégie nationale de santé sexuelle, afin d'assurer un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité de la naissance à la vieillesse pour l'ensemble de la population ».

De même, le rapport relatif à l'éducation à la sexualité rendu par le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (8), pointe le morcèlement de cette politique entre de nombreuses institutions et acteurs et appelle à la mise en place d'un plan national d'action et de coordination interministérielle pour une éducation à la sexualité effective visant l'ensemble des espaces de socialisation des jeunes.

La stratégie nationale de santé sexuelle s'appuie notamment sur l'avis suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes rendu par le Conseil national du sida et des hépatites virales en février 2017 (10).

Les indicateurs globaux de la santé sexuelle de la population française sont satisfaisants par rapport à de nombreux pays : les principaux indicateurs des objectifs d'une bonne santé sexuelle sont partiellement atteints :

- ▶ **L'autonomie** (avoir la capacité de concevoir des enfants et la liberté de décider d'en concevoir) : 80% des femmes de 15 à 49 ans utilisent un moyen de contraception (30) ;
- ▶ **La sécurité** : plus de 80% des jeunes de 15 à 25 ans utilisent des préservatifs lors des premiers rapports sexuels (30) ;
- ▶ **La satisfaction** : 88% des femmes comme des hommes ont jugé « très bonne » ou « satisfaisante » leur vie sexuelle (18) ;

Cependant, de nombreux indicateurs liés à la santé sexuelle sont peu satisfaisants et démontrent que les approches centrées sur l'individu et les pathologies ont atteint leurs limites d'efficacité (Annexe 2). Nous pouvons ainsi citer les plus marquants :

- ▶ **25% des écoles déclarent n'avoir mis en place aucune action d'éducation à la sexualité** malgré l'obligation légale montrant que l'éducation à la sexualité est encore insuffisamment déployée selon le baromètre réalisé par le Haut Conseil à l'Égalité (8);
- ▶ **un tiers des grossesses reste non prévu et aboutit 6 fois sur 10 à une IVG**, malgré un niveau de contraception élevé, les grossesses non désirées restent trop importantes aboutissant notamment à des interruptions volontaires de grossesse (11);
- ▶ **une augmentation de 10% d'IST chez les 15-24 ans entre 2012 et 2014 et chez les populations vulnérables** (10), les IST sont en recrudescence et touchent plus spécifiquement les jeunes ;
- ▶ **près de 6000 nouvelles séropositivités en 2015**, même si l'épidémie du VIH est globalement stable depuis 2007 (12), elle reste alarmante chez les HSH (qui représentent 43% des nouvelles découvertes de séropositivité en France) et importante chez les hétérosexuel.le.s né.e.s à l'étranger (38%) (13) ;
- ▶ **la couverture vaccinale VHB est insuffisante chez les adolescents et les adultes exposés** (43% des adolescents de 15 ans (2009)) et la couverture vaccinale HPV est également trop faible (28.3% des jeunes femmes de 16 ans) (14) ;
- ▶ une femme sur 7 et un homme sur 25 déclarent avoir subi au moins une forme de **violence sexuelle** au cours de leur vie (15) ;
- ▶ **des discriminations sociales**, notamment les inégalités entre les femmes et les hommes, homophobie (31% des HSH ont été victimes d'actes homophobes au cours des 12 derniers mois (2012) (16)), qui impactent la santé mentale et génèrent une mauvaise estime de soi ;
- ▶ **les difficultés liées à la sexualité** varient de 35 à 65% en fonction de l'âge, du sexe. Les troubles et dysfonctions sexuelles varient (13% à 38%) en fonction de l'âge, du sexe et des comorbidités associées (17).

Promouvoir une approche qui intègre les déterminants de la santé sexuelle

La réalisation d'une sexualité humaine satisfaisante, autonome et responsable dépend de différents déterminants (individuels, relationnels, structurels et environnementaux) qui agissent directement sur le comportement sexuel des personnes (18) (19) (20). Cette stratégie de santé publique en lien avec l'intime sexuel doit être capable à la fois d'entrevoir les racines communes à des groupes sociaux d'origines différentes et de déterminer ce qui leur appartient en propre. L'approche centrale et transversale des droits humains dans la stratégie de santé sexuelle permettra d'agir de façon adaptée sur la santé des populations.

Les progrès de la science et leurs applications, seuls, ne suffisent pas pour améliorer les indicateurs de santé. Intervenir en amont des problèmes, en ciblant l'ensemble des déterminants qui influencent positivement ou négativement, la santé des individus, des communautés et d'une population est indispensable. À l'approche biomédicale de la sexualité doivent être associées des approches individuelles intégrant les quatre dimensions de la santé sexuelle : psycho sociale, communautaire, environnementale et structurelle dans le respect des droits humains.

Le premier champ des déterminants de la santé sexuelle est individuel. Il comprend les stratégies intégrant systématiquement les dimensions physiques/biologiques, les caractéristiques socioéconomiques, les compétences sociales/émotionnelles/relationnelles/mentales.

Le deuxième champ des déterminants de la santé sexuelle est communautaire. Il comprend les stratégies intégrant les influences et les impacts directs sur l'individu des milieux : famille, ami.e.s, communauté locale, scolaire, travail et hébergement.

Le troisième champ des déterminants de la santé sexuelle est structurel et contextuel. Il comprend, d'une part, les systèmes éducatifs, de santé et socio-sanitaires, l'aménagement du territoire, les médias et techniques de communication et, d'autre part, les contextes politiques, législatifs, économiques, démographiques, socioculturels et culturels.

Sur son périmètre, la stratégie nationale de santé sexuelle doit donc permettre de mobiliser un ensemble de leviers, interdisciplinaires et intersectoriels, impactant directement les déterminants de santé sexuelle et d'agir sur les cumuls de vulnérabilité, dans un objectif de correction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Les leviers déployés, au premier rang desquels ceux de la prévention primaire (information, éducation, communication pour promouvoir la santé sexuelle), chercheront ainsi à agir sur les principaux déterminants de la santé sexuelle, individuels et sociaux. Ils s'emploieront en particulier à faire évoluer les représentations sociales liées à l'identité de genre et à l'orientation sexuelle, présentes au sein de la société et transposées dans l'offre de santé, et qui font obstacle au développement d'une sexualité individuelle satisfaisante, autonome, sécuritaire et se réalisant dans le respect et la réciprocité des relations humaines.

Mieux agir en faveur de la santé sexuelle de la population passe par l'engagement collectif de tous les acteurs pour comprendre la portée des déterminants en lien avec les droits humains, et être ainsi en capacité d'agir efficacement. La participation de toutes les communautés et la communication entre elles sont les conditions indispensables pour améliorer les indicateurs en santé sexuelle (7).

La santé sexuelle représente également un déterminant de la santé globale et à ce titre elle intégrera également la prise en compte des dysfonctions sexuelles impactant le bien être sexuel qui apparaissent lors de différents événements de la vie comme la grossesse, les maladies chroniques non transmissibles (diabète, cancer, hypertension artérielle...), le vieillissement (ménopause) et le handicap.

Mobiliser tous les leviers

La stratégie nationale de santé sexuelle, pilotée par un comité national, est conçue comme un cadre définissant les grandes orientations nationales, partagées au niveau interministériel, en faveur d'une meilleure santé sexuelle.

Pour ce faire, elle mobilisera les différents dispositifs nationaux et locaux pour une mise en œuvre au sein des stratégies opérationnelles des différents acteurs : administrations centrales des ministères concernés et leurs services déconcentrés, ainsi que les agences et établissements publics concernés, les collectivités territoriales, le réseau de l'assurance maladie, les professionnels, les associations et les acteurs concernés, notamment les Comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH).

La stratégie permettra de mobiliser les acteurs essentiels que sont les ARS pour articuler les objectifs opérationnels de courts et moyens termes dans le cadre des Projets Régionaux de Santé (PRS).

Les services et professionnels de santé, notamment de premier recours, ont un rôle essentiel à jouer dans la structuration des parcours de santé des usagers et doivent être encouragés dans leur effort de coordination et de développement de compétences et sur le champ de la santé sexuelle.

La place des associations en tant que partenaires de l'État et des collectivités territoriales dans leur rôle de co-construction des politiques publiques doit également être rappelée. Comme précisé par la circulaire du Premier ministre n° 5811-SG du 29 septembre 2015 relative aux nouvelles relations entre les pouvoirs publics et les associations, « au cœur de la société civile, les associations occupent une place essentielle dans la vie collective de la Nation et le fonctionnement de notre modèle de société » ; la circulaire souligne par ailleurs qu'« il est indispensable de conforter le rôle des associations dans la construction de réponses originales et pertinentes aux enjeux actuels ».

Le calendrier de la stratégie nationale de santé

Le calendrier de la stratégie nationale de santé sexuelle s'inscrit dans la durée en cohérence avec l'horizon 2030 défini pour les Objectifs de Développement Durable (ODD) des Nations Unies ⁽¹⁸⁾ (annexe 4).

Des indicateurs chiffrés à atteindre à mi-parcours - en 2023 - sont définis pour mesurer l'avancement et assurer le suivi de la stratégie, en cohérence avec l'agenda de la nouvelle politique-cadre européenne de la santé « santé 2020 » et avec l'agenda des projets régionaux de santé quinquennaux arrêtés par les agences régionales de santé.

Une démarche d'évaluation régulière, et dans la durée, est mise en place afin de permettre l'adaptation des priorités aux évolutions des connaissances.

Orientations stratégiques

Les orientations stratégiques de la stratégie de santé sexuelle s'articulent autour de six axes :

- ▶ **AXE I** : Investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive ;
- ▶ **AXE II** : Améliorer le parcours de santé en matière d'IST, dont le VIH et les hépatites virales : prévention, dépistage, prise en charge ;
- ▶ **AXE III** : Améliorer la santé reproductive ;
- ▶ **AXE IV** : Répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables ;
- ▶ **AXE V** : Promouvoir la recherche, les connaissances et l'innovation en santé sexuelle ;
- ▶ **AXE VI** : Prendre en compte les spécificités de l'outre-mer pour mettre en œuvre l'ensemble de la stratégie de santé sexuelle .

AXE I – INVESTIR DANS LA PROMOTION EN SANTE SEXUELLE, EN PARTICULIER EN DIRECTION DES JEUNES, DANS UNE APPROCHE GLOBALE ET POSITIVE

Vision	▶ Agir précocement auprès des jeunes pour permettre à chacun de prendre des décisions éclairées et responsables quant à leur santé sexuelle
Priorités	▶ Éduquer dès le plus jeune âge à la vie relationnelle et sexuelle dans le respect des droits humains ▶ Améliorer l'impact des informations en santé sexuelle, en particulier chez les jeunes ▶ Renforcer la formation en santé sexuelle des professionnels de santé et médico-sociaux et du secteur éducatif et judiciaire
Cibles pour 2023	▶ 100 % des jeunes ont reçu une éducation de qualité à la sexualité et aux risques liés (IST, grossesses non prévues) tout au long de leur cursus scolaire ▶ 100% des organismes de formation initiale ou continue des professionnels de santé proposent une formation complète et globale de santé sexuelle

Pour permettre à l'ensemble de la population de prendre des décisions éclairées et responsables quant à sa santé sexuelle, l'information, l'éducation et la communication à la santé sexuelle sont primordiales.

Elles doivent s'attacher à améliorer le niveau de connaissances des individus mais également à faire évoluer les attitudes, les comportements et les compétences. Les contenus doivent porter en priorité sur la promotion de l'égalité entre hommes et femmes, le respect de soi et d'autrui, la lutte contre les préjugés et les discriminations envers les lesbiennes, gays, bissexuelles, transgenres et intersexes (LGBTI), la lutte contre la sérophobie et contre les violences sexuelles, la prévention des IST et du VIH, l'information sur la contraception et l'IVG. Ils doivent également permettre aux différents publics d'identifier et de s'orienter vers les structures et professionnels ressources en fonction de leurs besoins.

Les programmes et ressources, d'information, d'éducation et de communication doivent être adaptés aux différents âges de la vie et à chaque public, notamment aux publics en situation de handicap et aux autres publics vulnérables.

OBJECTIF 1 – EDUQUER LES JEUNES A LA SEXUALITE, A LA SANTE SEXUELLE ET AUX RELATIONS ENTRE LES PERSONNES

L'enjeu est de favoriser et de renforcer la mise en œuvre d'une éducation interdisciplinaire à la sexualité. Celle-ci ne doit pas se limiter à la transmission de connaissances biologiques mais s'attacher à développer les compétences psycho-sociales des enfants, adolescents et des jeunes adultes, à les accompagner à la fois dans la construction d'un ensemble de connaissances, dans leur réflexion sur le respect mutuel, l'égalité filles-garçons, la réciprocité et le consentement des relations à l'autre. Le développement de leur esprit critique, notamment l'analyse des modèles et des rôles sociaux (stéréotypes) ⁽¹⁷⁾ véhiculés par les médias et les réseaux sociaux doit être valorisé. L'École joue un rôle essentiel dans l'éducation à la santé, le repérage, la prévention, l'information. L'éducation à la sexualité doit impliquer d'une manière générale l'ensemble des structures accueillant des enfants et adolescents et impliquer l'éducation parentale. Une attention particulière sera portée aux adolescents de moins de 15 ans dont 20% sont déjà entrés dans la sexualité.

1. S'appuyer sur des contrats cadre en santé publique pour déployer l'éducation à la sexualité et à la santé sexuelle dans l'ensemble des établissements éducatifs

- ▶ **Déployer l'éducation à la sexualité au sein du Parcours éducatif de santé ⁽³⁾ à tous les niveaux scolaires, de la maternelle au lycée.** L'éducation à la sexualité se développe à travers tous les enseignements, en particulier celui de biologie, et la vie scolaire. Désormais intégrée dans les objectifs prioritaires du parcours éducatif de santé mis en place par l'Éducation nationale, l'éducation à la sexualité doit poursuivre son déploiement pour une mise en œuvre effective dans l'ensemble des établissements scolaires et les résultats de ce programme doivent être évalués au regard de ses objectifs ;
- ▶ **S'appuyer sur le contrat cadre de partenariat en santé publique Éducation Nationale/Santé et le plan national de vie étudiante** pour promouvoir des offres de santé sexuelle dans les universités et dans les services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS). La politique éducative en matière de santé sexuelle au sein des universités doit être développée en s'appuyant sur les Services de Santé Universitaires (SSU) ;
- ▶ **Établir un contrat cadre de partenariat en santé publique Agriculture/Santé** afin de poursuivre la politique éducative mise en place au sein des établissements relevant du ministère de l'agriculture.

2. Développer l'éducation en santé sexuelle en direction des jeunes en dehors d'un cursus scolaire ou universitaire.

- ▶ **Intégrer l'éducation à la sexualité au sein du parcours contractualisé d'accompagnement vers l'emploi et l'autonomie et notamment dans le dispositif « Garantie jeunes »¹ ;**

L'objectif est d'intégrer à ce parcours une sensibilisation à l'éducation à la sexualité, encadrée par des professionnels formés à l'éducation sexuelle.

- ▶ **Engager des actions de sensibilisation dans le cadre des activités sportives et/ou culturelles extrascolaires**, notamment sur la prévention du sexisme et de l'homophobie, et des violences sexuelles ;
- ▶ **Établir une convention cadre de partenariat de santé publique Direction de la protection judiciaire de la jeunesse/Santé permettant de développer et adapter pour les personnes mineures suivies par la protection judiciaire de la jeunesse** des actions d'éducation à la vie affective et sexuelle et de prévention des risques liés aux pratiques sexuelles ;
- ▶ **Rendre accessible et adaptée l'éducation à la vie sexuelle, relationnelle et citoyenne aux jeunes vivant en institution**, notamment en direction des jeunes en situation de handicap ;
- ▶ **Adapter et labelliser les outils d'éducation à la sexualité** en direction des jeunes hommes, femmes ou trans qui se reconnaissent dans les populations LGBTI.

3. Améliorer la visibilité des ressources et dispositifs d'information mis à la disposition des équipes éducatives et des intervenants auprès des jeunes publics

- ▶ **Enrichir et promouvoir le portail « Éducation à la sexualité » sur le site Eduscol²**, portail d'information et d'accompagnement dédié à la diffusion de ressources éducatives ;
- ▶ **Mettre à disposition des guides labellisés à destination des intervenants auprès des jeunes publics et des publics spécifiques³** (par exemple « comportements sexistes et sexuels », « guide de l'intervenant en éducation à la sexualité », « guide à l'usage des organisateurs et directeurs de centres de vacances et de loisirs : prévenir et gérer les situations de violence »).

4. Développer des actions « d'aller vers » des structures de prévention (CeGIDD, CPEF...) 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.

¹ [L'article 46 de la loi n°2016-1088 du 8 août 2016](#) prévoit en effet l'inscription de la Garantie jeunes dans le code du travail au sein d'un parcours contractualisé d'accompagnement vers l'emploi et l'autonomie. La Garantie jeunes deviendra à partir du 1er janvier 2017 un droit pour les jeunes de 18 à 25 ans.

² <http://eduscol.education.fr/>

³ Recommandation n°20, Diffuser systématiquement des outils d'éducation à la sexualité de référence à destination des intervenant.e.s, des personnels éducatifs, des jeunes et des parents. HCE – Rapport relatif à l'éducation à la sexualité,

OBJECTIF 2- AMELIORER L'INFORMATION EN SANTE SEXUELLE EN UTILISANT LES NOUVEAUX OUTILS DE COMMUNICATION

L'information en santé sexuelle est complémentaire de l'éducation à la sexualité. Elle s'adresse à la population générale, et notamment les jeunes, ainsi qu'à des publics spécifiques, et doit agir sur les déterminants de la santé sexuelle. Cette information s'appuie sur le respect des droits humains et des valeurs qu'ils légitiment, et intègre outre les informations sur les moyens biomédicaux qui permettent de se protéger, d'être dépisté ou d'être traité, des informations sur les compétences personnelles et sociales, les attitudes et les valeurs favorables à la santé sexuelle.

5. Mettre à disposition de tous, au sein d'une base de données unique, des ressources en matière de communication à la santé sexuelle fiables et actualisées (Service Public d'Information en Santé (SPIS)).

L'e-santé représente une opportunité pour l'utilisateur d'accéder à une information scientifique et médicale, de mieux comprendre comment s'orienter dans le parcours de santé et devenir un véritable acteur de sa santé. Le Service public d'information en santé (SPIS), dont le premier volet sera consacré aux jeunes, en sera le principal vecteur, offrant les garanties attendues de fiabilité et d'accessibilité de l'information pour tous les publics.

6. Mobiliser les techniques de communication notamment du marketing social ⁽²¹⁾ au bénéfice de la promotion de comportements favorables à la santé, pour une communication et une prévention plus efficaces.

- ▶ **Améliorer les connaissances et l'appropriation de la prévention par les jeunes entrants dans la sexualité**, par exemple le site onsexprime.fr à destination des jeunes développé par l'Agence Nationale de Santé Publique (ANSP) met à disposition des contenus interactifs et pédagogiques, ainsi que des outils d'aide à la gestion de sa santé sexuelle ;
- ▶ **Soutenir et promouvoir les nouveaux outils éducatifs, notamment numérique** favorisant les changements de comportements par des jeux de loisirs ou éducatifs qui ont pour objectif l'autonomie, la satisfaction et la sécurité en lien avec la sexualité pour les adultes ou les jeunes.

7. Promouvoir les services d'aide à distance en santé sexuelle en proposant des outils interactifs pour orienter les usagers vers les ressources et structures adaptées à leurs besoins, au plus près des territoires.

- ▶ **Créer le volet « santé sexuelle » de la « Boussole des droits » destinée aux jeunes.** Développée dans le cadre du plan priorité jeunesse, la Boussole des droits est une plateforme numérique géo localisée qui permettra à chaque jeune, en fonction de sa situation à un moment donné, d'obtenir une réponse et/ou une orientation vers un service se situant à proximité et en capacité de lui répondre, sur quatre thématiques : logement, emploi, formation et santé. L'objectif est de développer un volet relatif à la santé sexuelle au sein de la thématique santé ;
- ▶ **Diffuser les messages de prévention sur les réseaux sociaux et les applications de rencontre géo localisées ;**
- ▶ **Soutenir et promouvoir les services à distance** intégrant l'information, l'éducation, des outils de prévention et les dépistages en matière de santé sexuelle afin de favoriser l'autonomie des personnes (dépistages IST, information contraception...) ;

8. Limiter et agir contre les contenus potentiellement sensibles auxquels est exposée la population notamment les jeunes.

- ▶ **Prendre en compte dans la prévention en santé sexuelle les diversités des sexualités, des identités et des orientations sexuelles et des discriminations afférentes.**
- ▶ **Agir contre la désinformation en santé sexuelle** et les représentations normatives concernant le genre, l'orientation sexuelle et la sexualité, véhiculées dans les médias et les réseaux sociaux.
- ▶ **Élaborer une charte d'engagement en direction des médias et des publicitaires sur la lutte contre toutes les discriminations visuelles** (uniformité des corps, stéréotypes de genre et liés à l'orientation sexuelle...) ;
- ▶ **Adapter et étendre la charte d'engagement en direction des usagers de sites pornographiques ou de rencontres, des lieux commerciaux de rencontres sexuelles** (sur la prévention diversifiée, la réduction des risques et les droits humains ...) ;
- ▶ **Rendre effective la législation protégeant les mineurs d'une exposition aux contenus à caractère pornographique ;**
- ▶ **Étudier les conditions d'une contribution sur la diffusion de contenus et œuvres cinématographiques ou audiovisuelles à caractère pornographique**, destinée à soutenir les actions d'éducation en santé sexuelle en direction des personnes qui utilisent ces moyens de divertissement et de rencontre.

OBJECTIF 3 - RENFORCER LA FORMATION EN SANTE SEXUELLE DES PROFESSIONNELS DE SANTE, DU MEDICO SOCIAL, DE L'EDUCATION ET DE LA JUSTICE ET DES MEDIAS INTERVENANT DANS LE CHAMP DE LA SANTE SEXUELLE ET DE L'EDUCATION A LA SEXUALITE

L'amélioration des pratiques des professionnels passe par une définition académique et un renforcement de la formation en santé sexuelle des professionnels de santé, en particulier les professionnels de 1er recours (médecins généralistes, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers...), première porte d'entrée des usagers dans le système de santé, et des professionnels du secteur médico-social et social (conseiller.e conjugal.e et familial.e (CCF) notamment).

L'objectif est autant de permettre à ces professionnels de disposer d'un socle commun de connaissances scientifiques, psycho-sociales et juridiques, que d'apprendre à communiquer de façon efficace, avec empathie et sans jugement sur les sujets liés à la sexualité, permettant ainsi d'améliorer la communication et d'adapter leurs conseils, leur diagnostic et la prise en charge des usagers. Il s'agira également d'améliorer la connaissance des professionnels de santé, notamment de 1er recours, sur les caractéristiques et les besoins spécifiques des populations cibles, notamment les cumuls d'addiction et sur les modalités de communication telles que la « brève communication » relative à la sexualité (22).

De la même manière, dans le champ de l'éducation, la formation initiale et continue des intervenants en éducation à la sexualité en milieu scolaire est encore insuffisante et doit être renforcée. Facteur essentiel de la réussite pédagogique, la formation des personnels éducatifs en éducation à la sexualité permet la constitution d'équipes aux compétences partagées, susceptibles d'analyser les besoins des élèves, de construire une démarche globale progressive d'éducation adaptée aux élèves.

9. Renforcer l'approche et le développement de formations pluridisciplinaires : professionnels de santé (médecins, sages femmes, infirmiers, pharmaciens...), les professionnels des secteurs médico-social notamment les établissements accueillant des personnes âgées ou en situation de handicap, de l'éducation, de la justice, des médias.

10. Revoir la formation des professionnels de santé dans une approche globale de santé sexuelle.

- ▶ **Intégrer la thématique de la santé sexuelle dans le cadre de la réforme du 3ème cycle des études des professionnels de santé** (Commission nationale des études de maïeutique, médecine, odontologie et pharmacie (CNEMMOP)) ;
- ▶ **Élaborer des maquettes de formation en santé sexuelle** pour la formation initiale des médecins, des pharmaciens, des sages femmes et des infirmiers, sur le modèle des maquettes de formation existantes pour les études en maïeutique ;
- ▶ **Développer l'offre de formation continue dans le champ de la santé sexuelle, des techniques de communication relative à la sexualité**, sur la plateforme de l'agence nationale du développement continu des professionnels de santé ;
- ▶ **Ouvrir les CeGIDD comme terrains de stage** aux médecins, infirmiers, sages-femmes, CCF, à l'instar des CPEF, des services de PMI et centres d'orthogénie ;
- ▶ **Former les professionnels de premier recours** (dont les professionnels des urgences) sur les problèmes sexuels et mentaux des populations clés cumulant les risques (ex : chemsex) ;
- ▶ **Promouvoir les outils pédagogiques novateurs** en matière de protection des victimes de violences.

11. Renforcer la formation en santé sexuelle des personnels éducatifs de l'Éducation Nationale et du ministère de l'agriculture (personnels enseignants et cadres).

- ▶ Rendre des modules obligatoires de santé sexuelle dans les Ecoles Supérieures du Professorat et de l'Éducation (ESPE) en formation initiale et continue ;
- ▶ Permettre une analyse de pratique et de réappropriation des connaissances en formation continue.

12. Intégrer un module sur l'éducation à la sexualité dans le cadre des formations dispensées aux personnels encadrant les dispositifs d'accueil des mineurs, aux éducateurs en général, et en particulier dans le cadre de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) et de l'aide sociale à l'enfance (ASE), des formations au Brevet d'Aptitude aux Fonctions d'Animateur (BAFA) et au Brevet d'Aptitude aux Fonctions de Directeur (BAFD).

OBJECTIF 4 - RENFORCER LES COMPETENCES DES PARENTS

13. Renforcer les compétences des parents en éducation à la santé sexuelle de leurs enfants, en mettant à leur disposition des outils adaptés, et en s'appuyant sur les dispositifs existants : au sein de l'Éducation nationale (espaces parents, mallette des parents, Eduscol...), dans les Caisses d'Allocations familiales (CAF), les mairies, via les médiateurs de santé associatifs, etc.

AXE II – AMELIORER LE PARCOURS DE SANTE EN MATIERE D'IST DONT LE VIH ET LES HEPATITES VIRALES : PREVENTION, DEPISTAGE, PRISE EN CHARGE

Vision	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Zéro nouvelle infection à VIH, zéro décès lié au Sida et zéro discrimination ▶ Éliminer les épidémies d'IST en tant que problèmes majeurs de santé publique ▶ Les personnes vivant avec le VIH peuvent vivre longtemps et en bonne santé
Priorités	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Développer une approche globale et positive centrée sur toutes les dimensions et les déterminants de la santé sexuelle ▶ Développer et promouvoir la prévention diversifiée pour mettre fin à l'épidémie du VIH en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030. ▶ Identifier les personnes ignorant leur séropositivité au VIH et éloignée de l'offre de dépistage pour réduire rapidement "l'épidémie cachée" ▶ Inverser la courbe de l'épidémie des IST les plus fréquentes et/ou les plus graves (Syphilis, Gonococcies, Chlamydiae, Lymphogranulome vénérien (LGV)) ▶ Réduire le temps entre l'infection et la mise sous traitement en favorisant l'accès rapide aux dépistages VIH, VHB, VHC, IST...et aux traitements ▶ Développer la vaccination VHB / HPV et le rattrapage à l'adolescence ▶ Maintenir l'accès à des thérapeutiques efficaces contre les principales IST et lutter contre la résistance aux antimicrobiens ▶ Garantir un accès aux soins adapté pour les populations clés
Cibles 2020-2030	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 95% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique en 2020 ▶ 95% de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti rétroviral recommandé en 2020 ▶ 95% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement indétectable en 2020 ▶ 75 % de couverture vaccinale de l'hépatite B chez les adolescents en 2023 (95% en 2030) ▶ 60 % de couverture vaccinale de HPV chez les adolescentes en 2023 (80% en 2030) ▶ Réduire l'incidence des IST les plus fréquentes et les plus graves : (Syphilis, Gonococcies, Chlamydiae, Lymphogranulome vénérien (LGV) (année de référence: 2023)

En France, le nombre de découvertes de séropositivité VIH ⁽²³⁾ 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 ¾ 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.

On observe une plus grande précocité des diagnostics en 2015, dans un contexte où l'activité globale de dépistage du VIH a augmenté de 3% par rapport à 2013 (5,4 millions de sérologies réalisées en laboratoires en 2015).

Le nombre de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) réalisés en 2015 ⁽¹⁹⁾ dans le cadre d'actions de « dépistage communautaire » est de 62 200, similaire à celui de 2014. Il reste marginal par rapport à l'activité globale de dépistage. Par contre, en ciblant des populations particulièrement exposées au VIH (30% d'HSH et 31% de migrants en 2015), le taux de positivité y est plus élevé.

Le dépistage du VIH doit encore être intensifié dans ces populations afin de réduire la proportion de ceux qui ignorent leur séropositivité. Ceci devrait être rendu possible grâce à une offre diversifiée en termes d'outils (tests classiques en laboratoires, TROD communautaires, ventes d'autotests en pharmacie, mise à disposition gratuite d'autotests dans les structures autorisées), et de lieux dédiés, comme les CeGIDD, les CPEF.

En 2013, la proportion de personnes séropositives pour le VIH diagnostiquées est de 84 %, 90 % des personnes diagnostiquées sont traitées et 90 % des personnes traitées depuis au moins 6 mois ont une charge virale indétectable ⁽²³⁾.

Depuis plusieurs années, le nombre de cas diagnostiqués des autres infections sexuellement transmissibles (syphilis, gonococcie, chlamydiae, lymphogranulomatose vénérienne) est en forte augmentation ⁽²⁴⁾. La progression des IST bactériennes (syphilis précoces, infections à gonocoque, et lymphogranulomatoses vénériennes -LGV-) se poursuit, notamment chez les HSH ⁽²⁴⁾. Dans un contexte de prévention combinée du VIH (préservatif, dépistage, PrEP, TPE, TasP), le dépistage précoce des IST bactériennes, suivi d'un traitement adapté, est indispensable pour interrompre leur transmission.

Les mesures prioritaires à développer pour les populations les plus exposées aux IST (HSH, FSF, Trans et personnes en situation de prostitution (PSP), personnes incarcérées,...), les populations les plus exposées aux hépatites virales (personnes originaires de régions endémiques, HSH, les usagers de drogue...), les populations les plus exposées au VIH (HSH, migrants originaires d'Afrique Subsaharienne, usagers de drogue et personnes en situation de prostitution, personnes incarcérées,...) sont développées dans l'axe IV.

La stratégie nationale de santé sexuelle repose sur la mise en œuvre des outils de prévention comportementale et biomédicale, de dépistage et de traitement, spécifiques au VIH, tout en maintenant et renforçant une politique de réduction des autres IST les plus fréquentes.

OBJECTIF 1 - RENFORCER ET DIVERSIFIER LA PREVENTION DES IST ET DU VIH

Ce sont les conditions sociales d'exercice de la sexualité qui créent la vulnérabilité préventive (17). C'est bien en termes de situations, relationnelles et sociales, qu'ils convient d'appréhender les enjeux préventifs de l'individu. La prévention se décline autour d'un message renouvelé autour de la prévention diversifiée dans une approche globale de santé sexuelle. Cette approche, qui a été proposée devant les échecs partiels de la prévention du VIH/sida (25), est aujourd'hui l'enjeu prioritaire de la prévention des IST et du VIH. Il s'agit de développer des approches de prévention combinant les dimensions socio-comportementales et biomédicales, les dépistages adaptés à une personne, à un moment, à une situation, visant à réduire l'exposition aux IST et au VIH.

Les **préservatifs comme outil de base** : largement accessible, le préservatif est le moyen de prévention le plus répandu. Il reste la méthode de base pour se protéger et protéger les autres du VIH et des IST et prévenir les grossesses non prévues.

Les traitements anti rétroviraux sont utilisés pour réduire la transmission du VIH. Le **Traitement Post-Exposition (TPE)** est un traitement d'urgence préventif qui peut réduire fortement les risques de transmission du VIH/sida après une exposition au risque de transmission du virus. La **Prophylaxie Pre-exposition (PrEP)** s'intègre dans une stratégie de prévention diversifiée de la transmission du VIH par voie sexuelle qui permet de diminuer le risque de contracter le VIH au cours d'une période d'exposition à un risque de contamination. Le **Traitement comme Prévention (TasP, i.e. Treatment as Prevention)** permet, si le traitement pris pour le VIH est efficace et la charge virale plasmatique indétectable depuis au moins 6 mois, de réduire le risque de transmettre le virus à son partenaire.

14. Continuer à promouvoir comme outils de base les préservatifs (masculins et féminins).

- ▶ **Rendre accessible pour tous l'usage des préservatifs** en associant sa promotion à des actions ciblées d'éducation, de dépistage ou de prise en charge psychosociale.
- ▶ **Développer et diversifier le « marketing social » des préservatifs dans des approches spécifiques à chaque population clé ;**
- ▶ **Développer leur accessibilité et la diversification de l'offre** avec des modèles plus qualitatifs et donc plus attractifs ;
- ▶ **Assurer leur mise à disposition effective dans les collèges et les lycées, les universités** (distributeurs, infirmerie) dans de bonnes conditions.

15. Promouvoir les dépistages répétés des IST dont le VIH comme outils de prévention en associant des entretiens individuels et répétés, comprenant outre l'éducation à la santé, les interventions brèves pour réduire l'exposition au VIH et aux IST.

OBJECTIF 2 - AUGMENTER LA COUVERTURE VACCINALE DES IST A PREVENTION VACCINALE

16. Proposer les vaccinations selon les recommandations vaccinales « générales » et des recommandations vaccinales « particulières » propres à des conditions spéciales (risques accrus de complications, d'exposition, de transmission ou à des expositions professionnelles) notamment pour les vaccinations contre les infections à papillomavirus humains (HPV), contre l'hépatite B.

17. Améliorer la couverture vaccinale dans le cadre du rattrapage de la vaccination anti-VHB :

- ▶ **Renforcer la promotion du rattrapage vaccinal anti-VHB actuellement recommandé :** grands enfants et adolescent.e.s jusqu'à 15 ans révolus, ainsi qu'adolescents plus âgés et adultes selon les critères de risque majoré d'exposition définis par le calendrier vaccinal ;
- ▶ **À titre transitoire, promouvoir une stratégie élargie de rattrapage vaccinal anti-VHB,** hors notion de risque majoré d'exposition, à la génération des jeunes de moins de 30 ans non vaccinés ;
- ▶ **Redéfinir les outils et le discours de la communication sur la vaccination anti-VHB ;**
- ▶ **Faire du rappel de la vaccination DT-polio entre 11 et 13 ans une opportunité d'offrir systématiquement le rattrapage de la vaccination anti-VHB ;**
- ▶ **Mobiliser, au profit de la stratégie de rattrapage et en tenant compte des spécificités des publics jeunes accueillis, les structures suivantes : CeGIDD, CPEF, centres de santé** impliqués dans la prise en charge des populations en situation de précarité, structures de prise en charge sanitaire des mineurs et jeunes adultes sous main de justice ;
- ▶ **Sensibiliser les médecins du travail à la vaccination anti-VHB,** lors de l'entrée en apprentissage ou dans le premier emploi.

18. Réduire l'incidence et la prévalence des infections à HPV chez les adolescents et les jeunes adultes :

- ▶ **Adopter une stratégie de vaccination anti-HPV universelle des jeunes filles et jeunes garçons de 11 à 13 ans,** assortie d'un rattrapage vaccinal des adolescent.e.s et jeunes adultes non vacciné.e.s.

19. Redéfinir les outils et le discours de la communication sur la vaccination anti-HPV en direction :

- ▶ Des parents et adultes éducateurs : **améliorer l'information sur le rapport bénéfices/risques de la vaccination** en insistant, au-delà des risques néoplasiques, sur l'impact négatif des verrues ano-génitales sur la santé sexuelle.
- ▶ Des jeunes : **adapter l'information aux âges concernés** et la diffuser sur les supports qu'ils utilisent.
- ▶ Des professionnels de santé et de l'éducation : **améliorer la connaissance des pathologies liées à cette infection** et renforcer les capacités à répondre aux inquiétudes exprimées et à promouvoir la santé sexuelle.

OBJECTIF 3 – AMELIORER LES DEPISTAGES DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES DANS UNE APPROCHE GLOBALE DE SANTE SEXUELLE

Toutes les actions de dépistage prendront en compte les nouvelles stratégies de dépistage en fonction des recommandations et des évolutions technologiques.

20. Favoriser le dépistage répété des populations les plus exposées au VIH par un renforcement de l'offre de dépistage : mobilisation de l'ensemble des acteurs (professionnels de santé de premier recours, laboratoires de biologie médicale, associations, structures de prévention et de dépistage, CeGIDD, CPEF).

- ▶ **Développer de nouvelles approches favorisant la proximité des populations clés, en encourageant des actions d'« aller vers »,** ou par Smartphones ou autres moyens de communication dématérialisés ;
- ▶ **Soutenir l'offre de dépistage communautaire du VIH et/ou VHC** assurée par des associations impliquées dans la prévention sanitaire ou la réduction des risques et des dommages associés à la consommation de substances psychotropes ;
- ▶ **Encourager la participation des structures de prévention, de réduction des risques et d'accompagnement de publics en difficulté (CSAPA / CAARUD/ Consultations jeunes consommateurs (CJC))** au dépistage des infections par le VHC et le VIH chez les usagers de drogues, en particulier par l'utilisation des TROD ;
- ▶ **Développer des moyens d'incitation aux dépistages tournés vers les groupes de populations qui arrivent le plus tardivement aux dépistages** (hommes nés en Afrique sub-saharienne pour le VIH et pour le VHB notamment) et qui méconnaissent le plus leur statut sérologique (12) ;
- ▶ **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, en faisant évoluer la réglementation pour les mettre en accès direct dans les officines de pharmacie ;
- ▶ **Adapter les horaires des consultations de dépistage aux habitudes de vie des populations clés à dépister ;**
- ▶ **Permettre une meilleure prise en charge du dépistage des IST, en faisant évoluer la nomenclature des actes de biologie.**

21. Étudier l'opportunité et la faisabilité d'une levée de l'obligation d'accompagnement par un adulte du mineur souhaitant garder le secret sur son état de santé dans le cadre de la prévention des dépistages des IST et de leur traitement.
22. 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.
23. Promouvoir la prévention du cancer du col de l'utérus (voir d'autres types de cancer) par la vaccination, le dépistage du HPV en dépistage primaire et le dépistage du cancer du col par frottis pour les personnes identifiées à risque, généraliser le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus sur le territoire national et développer des programmes de santé sexuelle des femmes lesbiennes sous-dépistées notamment en ce qui concerne le cancer du col. Soutenir la prévention des cancers anaux et oro-pharyngés par les dépistages et les vaccinations.
24. Systématiser l'offre de dépistage des IST lors d'une IVG.
25. Renforcer l'offre de dépistage des futurs parents à l'occasion d'un désir de grossesse ou d'une grossesse.
26. Étudier la possibilité d'étendre les délégations de compétences en matière de dépistage.
27. Étudier la faisabilité et l'acceptabilité de la notification au(x) partenaire(s) et mettre en place des projets d'accompagnement à l'annonce au(x) partenaire(s).

OBJECTIF 4 – AMELIORER LA PRISE EN CHARGE MEDICALE des IST et du VIH

28. Améliorer le parcours de santé sexuelle

- ▶ **Conforter la place des professionnels de premier recours et notamment les médecins généralistes** dans la lutte contre les IST en particulier chez les jeunes, en mobilisant les outils conventionnels (rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), consultations longues) ;
- ▶ **Encourager l'organisation des acteurs de la prévention, du dépistage et de la prise en charge en santé sexuelle sur les territoires**, en s'appuyant sur les outils de la loi de modernisation de notre système de santé et notamment les équipes de soins primaires et communautés professionnelles territoriales de santé ;
- ▶ **Conforter l'accompagnement à la santé sexuelle par les acteurs associatifs, communautaires et les médiateurs de santé ;**
- ▶ **Promouvoir la coordination médicale pour les situations dites « complexes »** : le parcours de santé est dit complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rendent nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux (Art. L. 6327-1. du code de la santé publique) ;
- ▶ **S'appuyer sur les COREVIH pour améliorer les parcours de santé.**

29. Faciliter la prise en charge thérapeutique rapide des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ou une hépatite (dans l'objectif de réduire la morbi-mortalité individuelle et le risque de transmission du virus (traitement comme outil de prévention)).

- ▶ **Mettre en route une thérapie antirétrovirale/ antivirale pour toutes les personnes vivant avec le VIH et/ou une hépatite virale selon les recommandations**, en remédiant aux principales inégalités d'accès au traitement : accès aux droits couverture maladie, titre de séjour, logement, transport, précarité,... et en luttant contre les discriminations ;
- ▶ **Permettre l'accès à des traitements efficaces à toutes les personnes vivant avec le VIH ou le VHC**, par des stratégies visant à optimiser l'adhésion au traitement/observance, l'acceptabilité ainsi que la continuité des soins ;
- ▶ **Lutter contre les refus de soins** par un dispositif de signalement et une formation des professionnels.

30. Faciliter l'intervention d'interprétariat linguistique pour les non francophones et/ou de la médiation sanitaire pour les publics en situation de précarité à partir des référentiels de la Haute Autorité de Santé relatifs aux bonnes pratiques encadrant le recours à l'interprétariat linguistique ou à la médiation sanitaire pour améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de santé, en prenant en compte leurs spécificités.

OBJECTIF 5 - AMELIORER L'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL ET SOCIAL, FAVORISER L'ACCES AUX DROITS ET LUTTER CONTRE LES DISCRIMINATIONS SUBIES PAR LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ET LES POPULATIONS VULNERABLES

31. Améliorer l'offre d'hébergement et de logement pour les personnes atteintes du VIH ou d'hépatites

- ▶ **Adapter aux besoins des personnes la capacité d'accueil et de prise en charge des appartements de coordination thérapeutique (ACT) ;**
- ▶ **Expérimenter des modalités alternatives** d'appartements de coordination thérapeutique
- ▶ **Favoriser les solutions de maintien à domicile** via un accompagnement médico-social approprié ;
- ▶ **Déployer au sein des dispositifs d'hébergement sociaux des lieux d'intimité** pour les personnes accueillies.

32. Permettre l'accès aux soins des populations en situation de précarité légale ou administrative

- ▶ **Assurer l'effectivité du droit à la délivrance d'un titre pluriannuel de séjour et de travail** pour les personnes étrangères atteintes de pathologie grave vivant en France parmi lesquelles celles concernées par le VIH et/ou les hépatites virales qui ne pourraient effectivement pas bénéficier de la continuité de la prise en charge médicale appropriée dans leur pays d'origine ;
- ▶ **Veiller à ce que les droits ouverts aux personnes étrangères titulaires d'un titre de séjour pluriannuel en raison de leur état de santé ne fassent l'objet d'aucune discrimination** (accès à une carte de résident, droit au travail...);
- ▶ **Assurer une couverture maladie de base et complémentaire** à toutes les personnes étrangères, quel que soit leur statut administratif pour permettre un accès effectif à la prévention et aux soins ;
- ▶ **Rendre effective la domiciliation administrative** par les Caisses communales ou inter communales d'action sociale (CCAS ou CICAS).

33. Lutter contre la stigmatisation, la discrimination selon l'état de santé (statut sérologique), le sexe, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, la nationalité, qui restent fréquentes et peuvent toucher la vie sociale, professionnelle et privée et contribuer à l'isolement, y compris dans les communautés les plus touchées.

- ▶ Dans une optique de promotion de la santé, affirmer que la personne séropositive est un acteur de prévention à part entière et travailler sur les préjugés sur les PVVIH, notamment les modalités de transmission du virus ;
- ▶ Favoriser les actions visant à réduire les discriminations dans le milieu médical, en particulier les pratiques de refus de soins.

34. Favoriser l'accès aux droits.

- ▶ **Assurer une harmonisation des critères de décision** de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), en particulier **concernant l'allocation aux adultes handicapés (AAH)** accordée par les Maisons départementales des personnes handicapées (MPDH), notamment pour les personnes contaminées depuis de nombreuses années, poly pathologiques et souffrant des effets des premiers traitements antirétroviraux ;
- ▶ **Reconnaître la qualité de travailleur handicapé pour les personnes en capacité de travailler**, mais présentant des difficultés à exercer certains types d'activités professionnelles en raison de problèmes de santé (VIH, Hépatites virales, maladies chroniques...) ;
- ▶ **Faciliter l'accès, le maintien, le retour dans l'emploi et l'insertion professionnelle des personnes vivant avec le VIH et/ou une hépatite virale ;**
- ▶ **Assurer une couverture santé de base et complémentaire à tous** sans rupture de prise en charge pour permettre un accès effectif à la prévention et aux soins.

35. Prendre en compte et anticiper le vieillissement de la population vivant avec le VIH

- ▶ Améliorer la prévention et le dépistage des comorbidités (26) ;
- ▶ **Améliorer les réponses aux situations de handicap ou de perte d'autonomie** liées au VIH et/ou aux hépatites virales ;
- ▶ **Favoriser les approches respectueuses de l'orientation sexuelle en intervenant auprès des professionnels sanitaires et sociaux en contact avec la population LGBTI vieillissante ou situation de handicap.**

36. Améliorer l'accès au crédit des personnes vivant avec le VIH

- ▶ **Garantir un accès effectif des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et de leurs familles aux assurances et aux crédits**, accès qui prendra en compte les progrès scientifiques de prise en charge.

AXE III – AMELIORER LA SANTE REPRODUCTIVE

En conformité avec la convention européenne des droits de l'homme, l'État est garant de la protection et du respect des droits des personnes en matière de santé reproductive. La santé reproductive implique que les personnes puissent avoir une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité avec la capacité et la liberté de décider ou non de concevoir des enfants, si elles le souhaitent et quand elles le désirent.

La santé reproductive, dans la stratégie nationale de santé sexuelle, inclut la contraception, les interruptions volontaires de grossesse et la prévention de l'infertilité hors Assistance Médicale à la Procréation (AMP).

L'AMP, la grossesse et son suivi, l'accouchement, la périnatalité sont ou seront traités dans d'autres plans de santé publique en lien avec cette stratégie.

Vision	<ul style="list-style-type: none">▶ Garantir la possibilité pour les personnes de choisir de concevoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles le désirent, dans le cadre d'une sexualité satisfaisante, responsable et sûre▶ Permettre aux femmes et aux hommes de choisir des méthodes de régulation de la fécondité sûres, efficaces, acceptables et accessibles.
Priorités	<ul style="list-style-type: none">▶ Réduire le nombre de grossesses non désirées et non prévues⁴▶ Améliorer l'accès au choix de la contraception adaptée
Cibles 2020-2030	<ul style="list-style-type: none">▶ Réduire d'un tiers l'indice de grossesses non désirées / non prévues chez les femmes⁵▶ 90% des demandes d'IVG sont prises en charge dans les délais définis par la HAS (5 jours).▶ Maintenir la syphilis congénitale à un bas seuil⁶▶ Faciliter l'accès au recours à la contraception définitive (vasectomie, stérilisation tubaire à 5%)

Contraception et interruptions volontaires de grossesse (IVG)

On compte environ deux naissances en moyenne par femme au cours de la vie, dont 1,6 prévues, 0,2 pour lesquelles la femme « n'y pensait pas ». 0,15 grossesses arrivent trop tôt car elles sont mal planifiées et 0,05 sont non désirées car la femme ne souhaitait pas d'enfant, auxquelles s'ajoute le nombre moyen d'IVG que connaîtrait une femme au cours de sa vie qui est de 0,5 IVG (27).

En France, l'augmentation de la couverture contraceptive entre 1978 et 2010 a permis de réduire le nombre de grossesses non prévues. L'indice de 1.23 grossesses non prévues sur la période 1973-1977 a baissé à 0.85 sur la période 2005-2009 chez les femmes de 18-44 ans⁷.

⁴ Sont considérées comme « grossesses planifiées ou prévues » : les grossesses « souhaitées à ce moment-là » ou souhaitées « plus tôt ». Sont considérées comme « grossesses mal planifiées » les grossesses qui sont déclarées « souhaitées plus tard », ou les femmes « qui n'y pensaient pas » ou la grossesse qui n'était « pas du tout souhaitée » (cette dernière catégorie correspond aux grossesses non désirées).

⁵ Indice de grossesses non prévues à 0.85 sur la période 2005-2009 chez les femmes de 18-44 ans

⁶ Intitulé CIM 10 Syphilis congénitale (A50) générée à partir des statistiques du PMSI français

⁷ Effectiveness of Family Planning Policies: The Abortion Paradox

Le taux de recours à la contraception reste élevé. En 2013, 45 % des femmes de 15 à 49 ans, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne voulant pas d'enfant, utilisent la contraception orale et seulement moins de 5 % d'autres méthodes hormonales. Une femme sur cinq a recours au dispositif intra-utérin (DIU), la majorité d'entre elles ayant déjà deux enfants et plus, 12% pour le préservatif tandis que le recours à la stérilisation est faible (4%) (28).

Le modèle traditionnel contraceptif français se caractérise par un recours important au préservatif en début de vie sexuelle, par l'utilisation de la pilule dès que la vie sexuelle se régularise et par le recours au stérilet quand les couples ont eu les enfants qu'ils désiraient. Depuis 2013, ce paysage contraceptif évolue lentement vers une plus grande diversification des moyens utilisés, mais la contraception féminine est encore majoritairement hormonale et par voie orale (11). Dans ce paysage, la contraception masculine est quasi absente (23). Ainsi, la stérilisation à visée contraceptive est autorisée par la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 mais reste très peu utilisée en France, notamment chez l'homme, contrairement à d'autres pays de même niveau socio-économique (Royaume-Uni, Pays-Bas, Canada, Allemagne).

La loi du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse a autorisé pour la première fois l'interruption volontaire de grossesse en France. L'IVG est un droit humain qu'il convient de rappeler et de réaffirmer. En France, le taux de recours à l'IVG est stable depuis 10 ans, environ 220 000 IVG par an(30). Il existe des différences selon les classes d'âge. Les femmes jeunes de moins de 30 ans ont les taux les plus élevés. Certains territoires métropolitains ont également des taux élevés comme les régions IDF, PACA et dans les DOM. Parmi les méthodes utilisées, en France métropolitaine, 57% des IVG sont réalisées par voie médicamenteuse et 18% hors établissement de santé. La moitié des IVG réalisées en établissement de santé le sont par méthode médicamenteuse (30).

Parmi les femmes ayant recours à l'IVG, la majorité utilisait un moyen de contraception qui n'avait pas fonctionné (rupture du préservatif, oubli de pilule). À noter que le recours à la contraception d'urgence, moyen de rattrapage pour réduire le risque de grossesses non désirées, augmente depuis 1999.

Il existe de grandes disparités socio-économiques dans l'utilisation des moyens de contraception souvent liées à des défauts d'information et des fausses représentations (11,31,32).

Infertilité

L'OMS définit l'infertilité comme l'incapacité pour un couple de procréer après deux ans de rapports sexuels non protégés.

Les données dont nous disposons sur l'infertilité des couples en France sont partielles ou incertaines à cause principalement des difficultés d'estimation en population générale. Malgré cela, des études ont estimé 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% (27).

OBJECTIF 1 - GARANTIR L'ACCES AUX METHODES DE CONTRACEPTION DE LEUR CHOIX POUR LES FEMMES ET POUR LES HOMMES

OBJECTIF 1.1 - Renforcer l'information sur les moyens de contraception

37. Continuer à promouvoir le choix contraceptif adapté à chaque situation individuelle

- ▶ **Renforcer l'information** (notamment auprès des professionnels 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.**

38. Déployer une information sur les méthodes contraceptives pour les personnes en situation de handicap (prescription, consultation, suivi).

- ▶ **Développer des outils de communication adaptés** aux personnes ayant des déficiences physiques et psychiques.

OBJECTIF 1.2 - Améliorer l'accès à la contraception notamment par la mobilisation du cadre conventionnel

39. Renforcer l'implication des médecins dans les programmes de prévention et de promotion de la santé

- ▶ **Rendre effective la première consultation de contraception ou de prévention des infections sexuellement transmissibles chez les jeunes filles de 15 à 18 ans prévue dans le cadre de la nouvelle convention médicale de 2016.**

40. Conforter l'accès aux soins

- ▶ **Proposer des plateaux techniques accessibles aux personnes handicapées en établissements de santé et en établissements médico-sociaux.**

41. Améliorer l'accès à la contraception définitive féminine et masculine

- ▶ **Mobiliser les professionnels et envisager une incitation par la revalorisation des actes (ex : vasectomie).**

42. Fluidifier le parcours contraceptif par le développement de réseaux locaux de professionnels

(professionnels de santé libéraux, notamment les médecins traitants, centre de santé, CPEF, CeGIDD, pharmaciens, IDE...) en s'appuyant sur les outils de la loi de modernisation de notre système de santé.

OBJECTIF 1.3 – Mobiliser l'ensemble des professionnels de santé et mobiliser de nouveaux acteurs

43. 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 ...).
44. Rappeler les compétences des professionnels de santé en matière de contraception (médecins généralistes, gynécologues obstétriciens, sages-femmes, infirmiers, pharmaciens).
45. Augmenter l'offre pour l'accès à une contraception adaptée chez les moins de 25 ans et chez les personnes les plus démunies.
- ▶ **Permettre aux services de santé universitaire (SSU) de pratiquer les consultations pour la maîtrise de la fécondité.** À ce titre, ces structures pourraient effectuer les consultations médicales et la prescription des moyens de contraception, la prescription des dépistages des IST et prendre en charge les problèmes liés à la sexualité.

OBJECTIF 1.4 – Développer la connaissance

46. Améliorer l'accès à la contraception définitive féminine et masculine
- ▶ **Étudier les freins à la contraception définitive par une étude en population générale et auprès des professionnels.**

OBJECTIF 2 – REDUIRE LES GROSSESSES NON PREVUES ET NON DESIREES

47. Renforcer la formation initiale et continue des professionnels 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.
48. Assurer une offre diversifiée de proximité répondant aux besoins des territoires en matière de sexualité et d'IVG.
- ▶ **Augmenter le nombre de centres de santé universitaires proposant les IVG par voie médicamenteuse** (y intégrer les sages-femmes comme acteurs) ;
 - ▶ Augmenter le nombre de maisons de santé proposant les IVG par voie médicamenteuse ;
 - ▶ **Revaloriser le forfait IVG médicamenteuse ou chirurgicale** pour améliorer l'offre de soins en intégrant notamment les actes de dépistage des IST ;
 - ▶ **Réaliser un appel à projet** pour aider les centres de santé à se mettre en conformité avec le cahier des charges de la HAS pour réaliser les IVG instrumentales ;

- ▶ **S'assurer que tous les CPEF soient en capacité de proposer** des IVG par voie médicamenteuse.
49. Étudier les possibilités de simplifier le parcours IVG en France en analysant les parcours en place dans les pays comparables au nôtre.
- ▶ **Actualiser les recommandations de bonnes pratiques** dans le domaine de la prise en charge de l'IVG.
50. Étudier la délégation de compétence en matière de contraception et d'IVG médicamenteuse pour les IDE et les conseillères conjugales et familiales (CCF) formées sous la responsabilité d'un médecin dans le cadre d'un protocole validé.
51. Étudier la collaboration entre professionnels de santé et acteurs des associations pour fluidifier le parcours IVG et contraceptif.
52. Faciliter l'accès à une contraception réversible fiable⁸ en utilisation courante.
- ▶ **Étudier les conditions d'une prise en charge à 100% par l'assurance maladie des dispositifs intra-utérins et des implants.**

OBJECTIF 3 - PREVENIR L'INFERTILITE CHEZ LES FEMMES ET LES HOMMES EN FONCTION DES DETERMINANTS COMPORTEMENTAUX

53. 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...).
54. 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).

⁸ Dont l'indice de Pearl est < 1. L'efficacité théorique d'une méthode contraceptive se mesure par l'indice de Pearl, indice théorique égal au pourcentage de grossesses "accidentelles" sur un an d'utilisation optimale de la méthode(33).

AXE IV – REpondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables

Vision	▶ Garantir à tous les mêmes droits dans le domaine de la santé sexuelle et répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables et les plus exposées aux IST
Priorités	▶ Renforcer la prévention, l'offre de dépistage et la prise en charge à destination des populations les plus exposées au VIH, VHB, VHC et aux IST ▶ Prendre en compte la sexualité des personnes en situation de handicap, des personnes vieillissantes et des personnes ayant une maladie chronique
Cibles pour 2023	▶ Réduire l'incidence des IST bactériennes dans les populations clés ▶ Objectif 95-95-95 pour le VIH par population clé ▶ 80% de couverture vaccinale au sein des populations clés

La population générale et les populations ayant des besoins spécifiques sont concernées par l'ensemble des champs et des domaines de la stratégie de santé sexuelle. Cet axe vise à prioriser les mesures :

- ▶ vers les populations les plus exposées :
 - ▶ aux violences sexuelles (les femmes, les gays, les trans, les lesbiennes, les personnes en situation de prostitution, les personnes incarcérées,...) ;
 - ▶ aux IST (les jeunes, HSH, FSF, Trans et personnes en situation de prostitution, personnes incarcérées,...) ;
 - ▶ aux hépatites (personnes originaires de régions endémiques, HSH, usagers de drogues (UD) ...) ;
 - ▶ au VIH (HSH, migrants originaires d'Afrique Subsaharienne, usagers de drogue et personnes en situation de prostitution, personnes incarcérées,...) ;
 - ▶ aux discriminations.
- ▶ vers les populations avec sur déterminations de vulnérabilité : HSH/migrants, Trans/migrants, Gay/chemsex.
- ▶ vers les populations ultra-marines⁹ les plus exposées aux grossesses précoces et non prévues, aux maladies métaboliques (l'obésité et le surpoids frappent plus sévèrement, ils entraînent une forte prévalence du diabète, des insuffisances rénales et cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux plus nombreux), aux infections sexuellement transmissibles ou aux conduites addictives.

⁹ Cf. Axe VI- Prendre en compte les spécificités de l'outre-mer pour mettre en œuvre l'ensemble de la stratégie de santé sexuelle

Cette approche spécifique est nécessaire pour prendre en compte les besoins particuliers liés notamment à l'un ou plusieurs des facteurs suivants :

- ▶ Sur-exposition aux risques dans des groupes à forte prévalence (LGBTI, PSP, UDIV...)
- ▶ Sous-estimation de l'exposition aux risques (seniors, personnes handicapées...)
- ▶ Méconnaissance ou difficultés administratives pour l'accès aux soins, l'assurance maladie (personnes en situation de vulnérabilité économique et sociale, les personnes étrangères en situation administrative illégale ou instable au regard de la législation sur l'entrée et le séjour en France) ;
- ▶ Prise en charge médico-psycho-sociale et accompagnement juridique des violences physiques, sexuelles et/ou psychologiques des victimes de violences ou enfants exposés ;
- ▶ Prise en charge sanitaire des auteurs de violences pour une prévention de la récurrence (s'agissant des violences sexuelles, via par exemple les centres ressources pour l'aide à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles (CRAVS)) ;
- ▶ Prise en charge des dysfonctions sexuelles : maladies chroniques, addictions, vieillissement, troubles psychiques et handicaps physiques.

La réponse à ces besoins spécifiques nécessite une :

- ▶ Amélioration des connaissances des caractéristiques des populations clés par les professionnels et les acteurs du champ de la santé sexuelle ;
- ▶ Amélioration de l'accueil, avec la promotion et l'adoption de postures non jugeantes des différents parcours de vie et pratiques sexuelles ou pratiques associées à la sexualité, comme la consommation de produits psychoactifs ;
- ▶ Adaptation de l'information et la prévention ;
- ▶ Lutte contre les discriminations ;
- ▶ Application effective du droit existant à l'intimité ;
- ▶ Implication des acteurs concernés : associations, COREVIH, professionnels sociaux, personnels médicaux et para médicaux /établissements médicaux et médico-sociaux, professionnels de l'éducation ;
- ▶ Mise en œuvre des stratégies de réduction des risques et des dommages ;
- ▶ Offre de soins élargie et adaptée et effectivement accessible aux populations ;
- ▶ Nécessaire approche inter sectorielle.

OBJECTIF 1 – RENFORCER LA PREVENTION, LE DEPISTAGE, L'ACCES AUX DROITS ET LA PRISE EN CHARGE A DESTINATION DES POPULATIONS LES PLUS EXPOSEES AU VIH, AUX HEPATITES ET AUX IST

OBJECTIF 1.1 – En direction des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH)

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 (12) . Les plus jeunes, âgés de moins de 25 ans, représentaient 13% des découvertes de séropositivité en 2013, cette proportion ayant évolué de façon significative depuis 2003(13). La proportion de personnes de 50 ans et plus était de 17% en 2013, celle-ci ayant augmenté entre 2003 et 2012. Le pic d'incidence à 50 ans et plus nécessite une vigilance particulière.

C'est également la population la plus touchée par les autres IST (syphilis, gonorrhées, condylomes...) (24). Le risque de VIH et d'IST reste donc très présent pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, malgré les efforts mis en place depuis le début de l'épidémie.

Par ailleurs, le HCSP (7) énonce que 49% des HSH ont vécu un épisode dépressif au cours de leur vie (26% des moins de 25 ans 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. Parmi les répondants, 27% déclarent avoir consommé des anxiolytiques et/ou des antidépresseurs et 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 rejet de la part de leurs proches ou d'agressions homophobes (31). Il existe également des caractéristiques de vulnérabilité physiologique pour les HSH au regard des pratiques sexuelles. Il s'agira, notamment en développant les actions basées sur le principe de « l'aller vers », de :

55. Augmenter la couverture vaccinale des HSH à risque élevé d'exposition (méningocoque C, hépatite A et hépatite B, HPV...) selon les recommandations en vigueur.

56. Renforcer la prévention diversifiée.

Cette stratégie comporte une communication centrée sur la sexualité contextualisée dans l'environnement de la personne, une information détaillée sur la transmission du VIH et ses méthodes de prévention, la promotion de l'usage de préservatifs, le recours au dépistage régulier du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles, la connaissance de la sérologie VIH du/des partenaire(s) et le recours au « Treatment as Prevention (TasP) » chez le partenaire séropositif, le recours à la PrEP, au TPE (Traitement post-Exposition).

- ▶ **Poursuivre la promotion du préservatif comme outil de base ;**
- ▶ **Accompagner et sécuriser l'accès à la PrEP pour les publics clés**, dans le cadre de l'ouverture aux médecins généralistes du renouvellement de la prescription de la PrEP au 1er mars 2017 ;
- ▶ **Mettre en place au niveau national un suivi particulier de la PrEP** et notamment une surveillance des personnes ayant séroconverti sous PrEP pour l'analyse sur l'acquisition ou la transmission de résistance au VIH ;
- ▶ **Faciliter l'accès au traitement post exposition contre le VIH ou l'hépatite B** en permettant aux médecins des CeGDID de prescrire les médicaments nécessaires ;

- ▶ **Améliorer l'appropriation de la prévention combinée** par les populations prioritaires à chaque situation individuelle, via une communication ciblée, notamment auprès des jeunes HSH.

57. Faciliter l'accès aux dépistages répétés par les professionnels de santé, en milieu communautaire, dans les CeGIDD...

- ▶ **Mettre en place et développer des entretiens individuels de soutien pour les personnes** en situation à haut risque d'acquisition du VIH et des IST (épisodes d'IST dans les 12 derniers mois, en situation de vulnérabilité exposant à des rapports sexuels non protégés, usage de drogues psycho-actives...);
- ▶ **Soutenir l'offre de dépistage communautaire du VIH et/ou VHC assurée par des associations** impliquées dans la prévention sanitaire ou la réduction des risques et des dommages associés à la consommation de substances psychotropes ;
- ▶ **Adapter l'offre de dépistage rapide aux évolutions scientifiques et aux outils disponibles ;**
- ▶ **Promouvoir le dépistage des IST (syphilis, gonococcie...)** auprès de cette population ;

58. Développer une offre de santé sexuelle globale intégrant la prise en compte de la santé mentale, des autres maladies chroniques, la réduction des risques et des dommages liés aux addictions (réseau d'acteurs ou structures ad hoc en fonction des territoires). Elle doit reposer sur une coordination et un partage de bonnes pratiques entre les professionnels de santé de ville, de l'hôpital, des CeGIDD, des centres de santé, des acteurs associatifs, des COREVIH.

- ▶ **Travailler à réduire les risques et les dommages liés aux pratiques qui consistent à consommer des produits psychoactifs dans le cadre sexuel « chemsex »,** en ce qu'elle participe au maintien de la dynamique de l'épidémie de VIH et à l'augmentation des infections par le VHC dans la population homosexuelle ;
- ▶ **Développer une offre de consultations spécialisées :** proctologues, sexologues, dermato-vénérologues, urologues, hépatologues, prenant en compte les spécificités des HSH, dans une logique de parcours de santé.

59. Lutter contre les discriminations (7,34).

- ▶ **Réduire les inégalités dans l'accès au soin,** notamment pour les HSH PVVIH ;
- ▶ **Développer une approche pluridisciplinaire associative et institutionnelle** pour lutter contre les discriminations.

OBJECTIF 1.2 – En direction des personnes trans

Une enquête française de 2010 ⁽³⁵⁾ révèle des difficultés d'accès aux soins pour les personnes trans en France ainsi que l'inadéquation d'une partie de l'offre de soins exprimée par cette population. Peu de données existent sur cette population, pourtant fortement précarisée. Des études plus poussées seraient nécessaires pour affiner les connaissances et ainsi mieux cibler la prévention et le dépistage.

Une étude de 2007 menée sur internet montre que les personnes trans se distinguent de la population générale ⁽³⁶⁾ :

- ▶ Elles vivent moins en couple,
- ▶ Elles présentent une activité sexuelle plus faible,
- ▶ Et sont exposées à plus de risques : la moitié des répondants déclarent ne jamais utiliser de préservatif lors de rapports avec leur partenaire principal.

Concernant le dépistage du VIH, 21 % des personnes interrogées disent n'y avoir jamais eu recours et parmi les personnes qui ont déjà été testées, 5,7 % se déclarent séropositives. Enfin, 20 % des participants avouent avoir renoncé à consulter un médecin traitant par peur d'être discriminé du fait de leur transidentité tandis que 49 % ont subi une discrimination ou renoncé à un droit de peur d'en subir.

Une prévalence de 6,9 % de l'infection à VIH parmi les MtF (male to female, personnes dont le sexe de l'état-civil à la naissance est masculin et qui s'identifient au genre féminin) 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 %).

60. Lutter contre les discriminations et la transphobie.

- ▶ Déployer la lutte contre les discriminations et la transphobie ;
- ▶ Assouplir la procédure de changement d'état civil.

61. Renforcer la prévention dont le dépistage ⁽³⁶⁾

- ▶ **Améliorer l'accès à la prévention diversifiée, aux dépistages** de l'infection à VIH et aux IST ;
- ▶ **Faciliter l'accès aux services de santé ;**
- ▶ **Développer une approche pluridisciplinaire** associative et institutionnelle pour répondre au mieux aux besoins des personnes trans.

62. Améliorer la prise en charge des personnes trans

- ▶ **Renforcer la formation des professionnels de santé sur les parcours de transition** et les spécificités de la population trans.
- ▶ **Renforcer les compétences** des professionnels de santé et médico-sociaux **sur les questions de santé sexuelle et les spécificités de cette population.**
- ▶ Mettre en place des consultations appropriées (gynécologiques, proctologiques, addictologiques, psychiatriques) dans les structures de santé.

OBJECTIF 1.3 – En direction des Populations Originaires de Zones d'Endémie Forte (POZEFs) / les migrants

Le HCSP⁽⁷⁾ précise que les migrants forment une population très hétérogène et présentent un ensemble de facteurs de vulnérabilité sociale, juridique et épidémiologique. Il convient de rappeler que ce terme recouvre plusieurs types de populations :

- ▶ les personnes nées étrangères dans un pays étranger et résidant en France (environ 5,7 millions dont 40 % de Français par acquisition de nationalité selon le recensement INSEE 2012).
- ▶ les personnes forcées à immigrer : les exilés, les demandeurs d'asile, les réfugiés qui ont soit un statut délivré par la Convention de Genève de 1951, soit une protection subsidiaire accordée par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides, ou la Commission des recours des réfugiés ;
- ▶ les personnes sans-papiers, résidant en France mais dont le séjour n'est pas validé administrativement, parmi lesquels se trouvent certains étrangers atteints de pathologie grave dont le droit à un titre de séjour en France est conditionné par leur état de santé.

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, la période d'installation correspondant souvent à une période de précarité sanitaire et sociale, qui accroît les risques d'exposition aux VIH et aux IST.

On ne dispose que de peu d'informations propres à la santé reproductive des femmes migrantes ⁽³⁷⁾, 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.

Malgré la baisse observée au cours de cette dernière décennie, les migrants représentent encore 35 % des nouveaux cas de VIH dans l'Union européenne et l'Espace économique européen. Dix pour cent concernent les immigrés originaires d'Europe de l'Est et d'Europe centrale, et le groupe le plus important est celui des immigrés originaires d'Afrique subsaharienne. On estime cependant qu'entre 35 et 49 % des migrants subsahariens suivis pour le VIH en Ile-de-France ont contracté le virus après leur arrivée ^(38,39).

63. Intensifier auprès de cette population clé la prévention en santé sexuelle, via des actions ciblées ou en l'intégrant au sein d'une approche globale de prévention et de prise en charge en santé.

- ▶ **Réaliser chez les personnes migrantes et étrangères le dépistage des hépatites virales B et C, de l'infection à VIH et des autres IST**, mais aussi de la tuberculose pulmonaire, du diabète, de l'hypertension artérielle, de l'insuffisance rénale dans une unité de temps et de lieu ⁽⁴⁰⁾ ;
- ▶ **Proposer un rattrapage vaccinal, contre l'hépatite B et le HPV en particulier ;**
- ▶ Favoriser l'accès à la PrEP des personnes exposées originaires d'Afrique Sub saharienne en particulier des femmes en situation de précarité ayant recours à des échanges économique sexuels pour survivre ;
- ▶ **Développer les lieux de prise en charge de premier recours des populations en précarité** (services de PMI, Centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF), PASS hospitalières, centres de santé, services de gynéco-obstétrique...) ;
- ▶ **Mettre en place et développer des entretiens individuels de soutien** pour les personnes ayant des antécédents d'IST et ayant des comportements sexuels à haut risque ;

- ▶ **Accompagner la mise en place d'un « rendez-vous santé » systématiquement proposé aux étrangers primo-arrivants** dans un délai de 4 mois après l'entrée sur le territoire ;
- ▶ **Favoriser le recours à la médiation sanitaire et/ou à l'interprétariat linguistique** par les acteurs de terrain intervenant auprès de ces populations ;
- ▶ **Assurer la visibilité des migrants dans les programmes de communication généraux « grand public »** et développer des programmes spécifiques à décliner en fonction des populations en communication de proximité ;
- ▶ **Favoriser l'accès aux droits et aux soins de ces populations** : garantir un droit à la domiciliation administrative rapide pour tous ; permettre l'accès rapide à un titre de séjour et de travail en raison de l'état de santé pour les personnes étrangères sans papier résidant en France ; permettre l'inclusion de toutes les personnes étrangères sans discrimination dans les essais thérapeutiques et les protocoles de recherche ;
- ▶ **Permettre l'accès de tous**, y compris les mineurs isolés étrangers, à l'assurance maladie universelle.

OBJECTIF 1.4 - en direction des autres populations exposées au VIH, aux IST, aux hépatites virales, aux violences et aux grossesses non prévues : personnes en situation de prostitution, les personnes sous main de justice, les personnes usagères de drogues

64. Développer les actions allant au-devant des publics les plus exposés et les plus vulnérables face aux IST et au VIH

Les actions de prévention et de RDR à l'égard de ces populations doivent se garder de tout jugement de valeur.

▶ Pour les personnes en situation de prostitution :

Le nombre de personnes en situation de prostitution en France est compris entre 20 000 et 40 000 personnes selon l'Office central pour la répression de la traite des êtres humains (OCRTEH) et 400 000 selon le Syndicat du travail sexuel (STRASS) ⁽⁴¹⁾.

La prostitution se caractérise par son hétérogénéité. Le rapport IGAS de 2012 ⁽⁴¹⁾ et le rapport la HAS de 2016 ⁽⁴²⁾ définissent différents lieux d'activité, différentes formes de pratiques et divers modes d'exercice : prostitution de rue, bars à hôtesse, salons de massage (611 établissements d'après l'OCRTEH), prostitution à domicile ou à l'hôtel après une prise de contact sur internet, échanges economico-sexuels (ex. dans les territoires ultra-marins). L'activité prostitutionnelle peut être la seule source de revenu ou elle peut être exercée en parallèle d'une autre activité. Toutes ces différences, dans les profils individuels, comme les divers modes d'exercice, se traduisent par des conditions de vie très contrastées et une disparité de revenus. Il n'en reste pas moins que l'exercice de la prostitution expose les personnes concernées à une part de risques communs.

- ▶ **Sur le plan de la santé** : selon le rapport de la HAS, la prévalence de femmes en situation de prostitution ayant une infection à *Chlamydia trachomatis* se situait entre 4,8 % et 10 % ; ces dernières ont deux fois plus de risque d'avoir une chlamydie que les femmes en population générale. Il en est de même pour le papillomavirus humain où la prévalence était de 15,8 %, c'est-à-dire dix fois supérieure à la population générale.
- ▶ **Sur le plan des violences**, plusieurs études rapportent également des données sur la fréquence des agressions physiques et psychologiques. L'étude Pro santé de 2010-2011 ⁽⁴³⁾ révèle que entre 36 et 50% des femmes interrogées exerçant leur activité dans la rue avaient subi des violences.

De manière générale, l'isolement, la clandestinité, la précarité financière apparaissent comme des facteurs d'aggravation des risques, en même temps qu'ils restreignent les possibilités d'accès aux dispositifs de soins, aux moyens de prévention, à une couverture santé ou encore à l'accès au logement. Par ailleurs, les personnes en situation de prostitution craignant d'être discriminées par les professionnels de santé, les représentants de l'administration ou de la police, en viennent à dissimuler leur activité, voire à renoncer à recourir aux diverses structures de soins et/ou aux structures publiques.

- ▶ **Promouvoir les actions de prévention et de promotion de la réduction des risques (RDR)** pour les personnes en situation de prostitution visant à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux sur les lieux d'activité dont internet. La RDR concerne toute personne en situation de prostitution qu'elle soit une femme, un homme, une personne transgenre ou intersexe selon le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des personnes en situation de prostitution ;
- ▶ **Promouvoir les actions de prévention et d'information à destination des clients ;**
- ▶ **Simplifier la procédure de droit à l'oubli pour les personnes en situation de prostitution** qui souhaitent arrêter leurs activités prostitutionnelles.

▶ **Pour les personnes placées sous main de justice :**

Il s'agira de mettre en place des actions de prévention, d'éducation et de promotion de la santé dans l'ensemble des établissements pénitentiaires en y intégrant l'entourage et l'accueil des familles et en développant des partenariats avec les associations de prévention et de RDR⁽⁴⁴⁾.

- ▶ **Promouvoir les programmes de prévention et d'éducation pour la santé ;**
- ▶ **Rendre accessibles les outils de prévention et de RDR et les préservatifs ;**
- ▶ **Proposer le dépistage du VIH, des hépatites et des IST à l'entrée, pendant et à la sortie de la détention ainsi que la vaccination VHB ;**
- ▶ **Prendre en compte l'entourage des personnes détenues en associant les associations d'accueil des familles dans la mise en place des actions de prévention, de promotion et d'éducation pour la santé sexuelle ;**
- ▶ **Développer les unités de vie familiale ;**
- ▶ **Favoriser l'accueil des femmes enceintes incarcérées et leurs enfants.**
- ▶ **Renforcer les programmes d'éducation pour la santé ;**
- ▶ **Renforcer les compétences sur les questions de santé sexuelle des personnels pénitentiaires.**

▶ **Pour les personnes usagères de drogues (UD) :**

Il s'agira de prendre en compte les questions de santé sexuelle dans les activités existantes des dispositifs et de développer des actions spécifiques prenant en compte l'évolution des produits psychoactifs consommés et leurs modalités de consommation.

Chez les femmes, la consommation de produits peut augmenter ou diminuer le désir, et le plaisir sexuel (arrêt des règles, dessèchement du col...). Dans l'enquête Coquelicot ⁽⁴⁵⁾, les femmes sont décrites comme ayant plus souvent des relations sexuelles que les hommes, plus souvent avec un partenaire occasionnel lui-même usager de drogues (81 vs 58%) et recourant dix fois plus souvent à des rapports sexuels contre des drogues ou de l'argent. Plus de 30% des femmes (vs 1% des hommes) révèlent se livrer à la prostitution ⁽⁴⁶⁾. Elles sont aussi décrites comme plus fragiles et plus dépendantes de leur partenaire sexuel, en particulier pour se procurer les substances, et plus exposées aux risques de violences conjugales ⁽⁴⁷⁾, elles-mêmes sources de contaminations par infections sexuellement transmissibles. Elles sont de ce fait moins en mesure pour négocier l'usage du préservatif et considèrent que le risque affectif, soit la perte de leur partenaire, est plus important que le risque de contracter une infection ⁽⁴⁸⁾.

L'usage de produits psychoactifs, injectés (Slam/Chemsex) ou non, notamment à base de nouveaux produits de synthèse, en contexte sexuel, particulièrement chez les HSH depuis 2010 et actuellement chez certains jeunes, présente des caractéristiques spécifiques au regard de l'exposition aux IST, notamment les VIH et VHC et d'autres risques de santé, notamment psychiques.

- ▶ **Intégrer la RDR sexuels dans les projets** des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) d'addictologie ;
- ▶ **Prendre en compte les pratiques émergentes mêlant pratiques sexuelles et consommations de substances psychoactives** dans les stratégies d'aller-vers des établissements médico-sociaux ;
- ▶ **Mettre en place des actions de prévention et d'éducation combinant la santé sexuelle et les consommations de produits psychoactifs** spécifiques aux femmes (49) et aux jeunes ;
- ▶ **Développer des réseaux de partenariat avec des acteurs associatifs et institutionnels de la santé sexuelle pour répondre aux mieux au besoin des UD ;**
- ▶ **Systématiser les offres de dépistage des IST, du VIH et des hépatites B et C en particulier par la mise à disposition des TROD ;**
- ▶ **Améliorer la vaccination VHB chez les usagers de drogues ;**
- ▶ **Favoriser l'ouverture et la continuité des droits en prenant en compte la spécificité des UD ;**
- ▶ **Renforcer les compétences sur les questions de santé sexuelle des intervenants des CAARUD, des CSAPA et des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC).**

OBJECTIF 2 - PRENDRE EN COMPTE LA SEXUALITE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET DES PERSONNES AGEES

L'enquête sur la sexualité des français ⁽¹⁷⁾ fait apparaître que le vieillissement sexuel s'est profondément modifié et qu'il a été marqué par l'ensemble des changements qui ont affecté les trajectoires de vie au cours des dernières décennies : prise en charge médicale de la ménopause, accroissement de l'autonomie des femmes et plus grande mobilité conjugale.

Ainsi, au regard des enquêtes menées respectivement en 1970 ⁽⁵⁰⁾ et 2006 ⁽¹⁷⁾ :

- ▶ 90% des femmes de plus de 50 ans en couple ont une activité sexuelle contre 50% en 1970 ;
- ▶ 55% des femmes de plus de 50 ans pensent que les rapports sexuels sont nécessaires au bien être contre 33% en 1970 ;
- ▶ De fait, l'activité sexuelle tard dans la vie est uniquement motivée par le désir et la libido. Il n'est désormais plus question de procréation ;
- ▶ Toutefois, les femmes âgées de 60-69 ans sont plus nombreuses que les hommes à ne pas avoir de partenaire sexuel (37 % des femmes contre 16% des hommes).

En outre, le vieillissement psychologique et physiologique, certaines maladies ainsi que les profondes modifications sociales qui touchent les séniors peuvent représenter des barrières à l'expression d'une sexualité épanouie.

Ainsi, la dysfonction érectile ou les troubles du désir sont plus fréquents après 50 ans. De nombreuses études montrent que la dysfonction érectile qui concerne plus d'un homme sur deux après 60 ans, doit être considérée, jusqu'à preuve du contraire, comme un marqueur précoce de morbi-mortalité cardiovasculaire ⁽⁵¹⁾.

Enfin, la vie en institution est un frein supplémentaire lié au manque d'intimité. L'activité sexuelle en institution est souvent considérée comme inexistante, voire dérangeante.

De manière générale, les personnes handicapées ont un risque d'infection par le VIH au moins égal, voire supérieur, à celui de la population générale, mais font rarement l'objet d'interventions adaptées de prévention et de dépistage. Elles sont également fréquemment victimes d'abus sexuels, en raison de nombreux facteurs de vulnérabilité. A cette augmentation des risques s'ajoutent des limitations liées à leurs conditions de vie et au manque d'intimité dont elles souffrent souvent ⁽⁷⁾.

65. Promouvoir une vision positive de la sexualité des personnes en situation de handicap et des personnes âgées.

Il s'agit de favoriser le regard de la société sur l'existence de la sexualité des personnes âgées et des personnes en situation de handicap et de faciliter les rencontres et la vie sociale tout en préservant l'intimité et le respect de chaque individu.

- ▶ **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 et des personnes handicapées** ;
- ▶ **Mettre en place, au sein des établissements et services médico-sociaux (ESMS), des programmes de santé sexuelle et de promotion de la santé à destination des personnes handicapées par une éducation adaptée, un accompagnement des parents et des intervenants en institution** ;
- ▶ **Adapter l'éducation à la spécificité de chacun, dans le respect de son intimité et de son souci de discrétion. Promouvoir la formation des personnels soignants et éducatifs tant sur la question de la sexualité que sur le questionnement éthique dans ce rôle professionnel** (52) ;
- ▶ **Faciliter le contact des personnes handicapées physiques, faciliter l'accès à des moyens mécaniques de satisfaction sexuelle tout en favorisant les moyens facilitant l'autonomie des personnes handicapées** (52) ;
- ▶ **Valoriser et partager les démarches engagées par des établissements et des associations dans le champ du handicap** ;
- ▶ **Inscrire l'accompagnement de la vie relationnelle de la personne handicapée mentale dans chaque projet individualisé et ce en collaboration étroite avec les familles** ;
- ▶ **Élaborer des référentiels pour les professionnels de santé** afin d'accompagner les femmes et les couples à l'apparition des dysfonctionnements sexuels liés à l'âge.

66. Permettre l'expression d'une vie sexuelle au sein des établissements accueillant des seniors, des personnes âgées (en prenant en compte l'augmentation des pathologies chroniques et des situations de maladies de longue durée) et des personnes en situation de handicap.

- ▶ **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 et des personnes âgées en perte d'autonomie.
- ▶ **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.**
- ▶ **Développer des actions de sensibilisation et de formation à la sexualité en direction des professionnels dans les établissements accueillant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.**

OBJECTIF 3 - PRENDRE EN COMPTE LA SEXUALITE DES PERSONNES AYANT UNE MALADIE CHRONIQUE

67. Prendre en compte l'impact des maladies chroniques sur la vie sexuelle à tout âge de la vie

- ▶ **Former des professionnels** aux conséquences sur la sexualité de la prise en charge des maladies chroniques.
- ▶ **Mettre en œuvre des soins de support en lien avec les problèmes sexuels.**

AXE V - PROMOUVOIR LA RECHERCHE, LES CONNAISSANCES ET L'INNOVATION EN SANTE SEXUELLE

La recherche dans le domaine de la santé sexuelle couvre de nombreux domaines. Elle pourra plus particulièrement porter sur l'état de santé et les besoins des publics spécifiques, les problématiques observées et leur surveillance dans les territoires ultramarins, sur l'apport éventuel des bases de données médico-administratives pour la connaissance de la santé sexuelle de la population.

Vision

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

Priorités

- ▶ Développer l'utilisation des bases de données (big data), de l'information scientifique et des résultats de la recherche en santé sexuelle
- ▶ Augmenter les connaissances en épidémiologie, pharmacologie (thérapeutique), sociologie, anthropologie dans le domaine de la santé sexuelle
- ▶ Développer la recherche pluridisciplinaire, interventionnelle, favoriser les expérimentations en prévention, les innovations probantes

OBJECTIF 1 - RENFORCER LA SURVEILLANCE PAR LA MISE EN PLACE DES INDICATEURS DE SANTE SEXUELLE

68. Refaire une enquête sur la sexualité en France, permettant de comparer l'évolution des indicateurs de santé sexuelle par rapport à l'enquête sur la sexualité en France (INSERM, 2005) et aux enquêtes sur la sexualité de la Région Europe.
69. Réaliser périodiquement des enquêtes sur la sexualité des populations spécifiques en fonction des connaissances.
70. Réaliser périodiquement une enquête sur les pratiques contraceptives des français et sur l'évolution des grossesses non prévues / non désirées.
71. Mesurer et surveiller l'antibiorésistance¹⁰ notamment pour le gonocoque.
72. Améliorer la veille des infections émergentes transmissibles par voie sexuelle et génitale.
73. S'appuyer sur des données d'enquêtes pour améliorer les connaissances sur les personnes victimes de violences sexuelles et les agresseurs.
74. Mettre en place, au niveau académique, un système d'information permettant le recueil et l'analyse des données relatives aux actions d'éducation à la sexualité.
75. Mettre en place des indicateurs sur les comportements à haut risque (sexuels et addictions alcool et produits psycho actifs).
76. Améliorer les connaissances sur la sexualité des adolescents de moins de 15 ans

¹⁰ Feuille de route interministérielle pour la maîtrise de l'antibiorésistance, http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_antibioresistance_nov_2016.pdf

OBJECTIF 2 - PROMOUVOIR LA RECHERCHE INTERVENTIONNELLE ET L'INNOVATION EN SANTE SEXUELLE

77. Promouvoir la recherche interventionnelle et communautaire et la place de l'éducation populaire dans l'appropriation des informations.
78. Repérer et mutualiser les expériences locales prometteuses, les évaluer, les partager et les déployer sur le territoire.
79. Soutenir les initiatives existantes ou à venir auprès de personnes handicapées notamment des projets expérimentaux consistant à aider des couples formés de personnes handicapées à s'installer en milieu ordinaire ⁽⁵²⁾.
80. Travailler sur l'amélioration des dispositifs de soin et de prévention et les freins à leur accès pour les populations cibles.

OBJECTIF 3 - DEVELOPPER LA CONNAISSANCE EN SCIENCES PSYCHO-SOCIALES

La recherche dans le domaine de la santé sexuelle couvre de nombreux domaines. Elle pourra plus particulièrement porter sur :

81. La connaissance sur la sexualité de la population et la documentation des phénomènes émergents et sociétaux.
 - ▶ Le rôle d'Internet, des réseaux sociaux ;
 - ▶ Les besoins en matière de santé sexuelle de publics spécifiques ;
 - ▶ Les besoins en matière d'accès à la santé et aux protections sociales et légales dans les situations d'asile et de refuge dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive ;
 - ▶ Les nouvelles représentations de la sexualité chez les jeunes dont les adolescents de moins de 15 ans et l'évolution des pratiques afin d'adapter les contenus de l'éducation à la sexualité aux réalités et aux usages ;
 - ▶ La connaissance en santé sur les questions en santé sexuelle concernant les personnes en situation de prostitution ;
 - ▶ La santé des personnes transgenres (effets secondaires des traitements hormonaux...);
 - ▶ La pratique et l'usage de produits psychoactifs, dont les nouveaux produits de synthèse, en contexte sexuel, et les modalités d'intervention en santé sexuelle adaptées ;
 - ▶ Les problématiques particulières observées dans les territoires ultramarins et leur surveillance.

82. Identifier et analyser les mécanismes producteurs d'inégalités sociales et de genre dans le domaine de la santé sexuelle.

83. S'assurer que toutes les personnes puissent participer à des recherches¹¹ qu'elles soient affiliées ou non à un régime d'assurance maladie.

OBJECTIF 4 - POURSUIVRE LA RECHERCHE CLINIQUE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE SEXUELLE

84. Promouvoir la recherche dans le domaine de la contraception masculine.

85. Promouvoir des recherches sur les alternatives dans le domaine de la contraception féminine.

86. Promouvoir les recherches sur les préventions et les dépistages des IST.

OBJECTIF 5 - MAINTIEN D'UN HAUT NIVEAU DE LA RECHERCHE SUR LE VIH/SIDA ET IST

87. Actualiser les recommandations de prise en charge des infections sexuellement transmissibles dont le VIH et les hépatites virales, sur les plans sanitaires, sociaux, éthiques et organisationnels sous forme d'un rapport unique regroupant le VIH, les hépatites virales ainsi que les IST, en fonction des évolutions scientifiques, thérapeutiques, du contexte épidémiologique et des avancées dans le domaine de la prévention et du dépistage.

88. Accompagner et évaluer les stratégies d'éradication de l'épidémie du VIH et des IST en France.

- ▶ **Renforcer la recherche sur les facteurs de risque d'acquisition du VIH et IST chez les populations originaires des zones de forte endémie (Pozefs)** ainsi que sur l'accès au dépistage, à la prévention et aux soins.
- ▶ **Développer des recherches interventionnelles et innovantes sur le dépistage et la prévention pour toutes les populations clés.**
- ▶ **Initier des recherches interventionnelles sur l'accès à la prévention et aux soins dans les territoires ultra-marins.**
- ▶ **Développer la recherche sur les indicateurs épidémiologiques pertinents pour la surveillance de l'épidémie de VIH et des IST.**

¹¹ [Ordonnance n°2016-800 du 16 juin 2016 - art. 1](#)

AXE VI – PRENDRE EN COMPTE LES SPECIFICITES DE L'OUTRE-MER POUR METTRE EN OEUVRE L'ENSEMBLE DE LA STRATEGIE DE SANTE SEXUELLE

Vision

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

Priorités

- ▶ **Renforcer l'éducation à la sexualité**
- ▶ **Améliorer l'accès aux outils de dépistage et aux contraceptifs**
- ▶ **Favoriser l'accès aux soins**

L'ensemble des axes de la stratégie nationale de santé sexuelle doivent être déclinés en Outre-mer. Ils complètent, développent et précisent l'action 5.1 de la stratégie de santé pour l'outre-mer⁽⁵³⁾. Il s'agit de garantir à toutes les populations ultra-marines les conditions les plus favorables au développement de la santé, par la prévention, l'accès aux soins et aux prises en charge, en misant sur les innovations et sur les potentialités des outre-mer et en tenant compte de la diversité des territoires. L'ensemble des cibles et des indicateurs prévus aux axes 1 à 4 seront suivis pour ces territoires.

Cette approche spécifique a pour objectifs :

- ▶ Améliorer l'état de santé, renforcer la prévention diversifiée, lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé ;
- ▶ Améliorer la veille, l'évaluation et la gestion des risques sanitaires ;
- ▶ Répondre aux besoins dans le champ de l'autonomie (vieillesse et handicap) ;
- ▶ Viser l'excellence et l'efficacité du système de santé en Outre-mer et répondre aux défis majeurs du 21^e siècle (démographies médicales, nouvelles technologies, enseignement, recherche, innovation) ;
- ▶ Réduire les inégalités d'accès aux soins (géographiques et financières) et améliorer les prises en charge ;
- ▶ Renforcer la lutte contre les violences (prévention des comportements sexistes et homophobes, prise en charge des victimes de violences) ;

89. Renforcer la promotion de la santé en lien avec l'éducation nationale et la santé scolaire,

en s'appuyant sur les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) et les centres gratuits d'information, de dépistages et de diagnostic (CeGIDD), en développant l'accès aux préservatifs en milieu scolaire.

90. Rendre plus accessibles les préservatifs dans les territoires d'outre-mer

91. Améliorer l'accès aux moyens de contraception

en étudiant la possibilité d'étendre le dispositif de gratuité pour l'accès aux contraceptifs remboursables aux mineures de moins de 15 ans.

92. Développer l'accès au dépistage, en matière d'IST, VIH-SIDA, et la vaccination de toutes les populations ultra-marines :

déploiement de l'offre de dépistage par les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) et autotests, généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus, augmentation de la couverture vaccinale hépatite B et HPV.

Dans ces territoires ultra-marins, la priorité doit être de réduire le délai entre l'infection par le VIH et la découverte du statut sérologique. Il convient de davantage cibler le dépistage, de promouvoir l'accompagnement des parcours de santé, notamment l'accompagnement communautaire, de développer des espaces de santé non discriminants où les personnes peuvent parler librement de leurs pratiques et des outils de prévention adaptés à celles-ci.

93. Favoriser l'accès aux soins notamment par un soutien renforcé à la mise en place de la médiation sanitaire.

94. Renforcer la coopération par zone géographique : départements français d'Amérique ; zone de l'Océan Indien ; stratégie à mettre en place avec les Comores pour Mayotte.

95. Lutter contre les violences faites aux femmes et contre les discriminations des personnes séropositives.

LE PILOTAGE DE LA STRATEGIE NATIONALE DE SANTE SEXUELLE

La stratégie nationale de santé sexuelle définit le cadre d'orientation nationale, partagé au niveau interministériel, en faveur d'une meilleure santé sexuelle. Sa gouvernance implique tous les ministères concernés au niveau national et régional, pour permettre de définir des objectifs communs, de garantir la complémentarité des approches et d'assurer une mise en œuvre, un suivi et une évaluation concertée des programmes. Ces objectifs supposent la mise en place d'un certain nombre d'actions et d'outils.

La gouvernance de la stratégie nationale de santé sexuelle

Au niveau national, le pilotage sera assuré par **un Comité national de pilotage de la stratégie de santé sexuelle**, sous l'égide de la direction générale de la santé, associant les représentants des autres directions de l'administration centrale du champ de la santé et des autres administrations centrales des ministères concernés (ministère en charge des droits des femmes, ministère de l'Éducation Nationale, ministère de l'Agriculture, ministère du Travail, ministère en charge de la jeunesse et des sports, ministère des affaires étrangères et du développement international, ministère de la Justice, ministère en charge des collectivités, ministère des outre-mer).

Il comprendra également des représentants des agences et institutions nationales (Agence Nationale de Santé Publique, Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales...), du Conseil national du sida et des hépatites virales, de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), d'associations professionnelles, de sociétés savantes et d'associations d'usagers et structures de terrain, notamment les CeGIDD, CPEF, ainsi que des structures de coordination existantes dans le champ des IST et du VIH notamment les COREVIH.

La gouvernance mise en place doit permettre d'inscrire cette stratégie **dans une démarche dynamique et d'adapter les objectifs et priorités** aux progrès des connaissances scientifiques, aux évolutions de la société, des modes de communication.

Dans cette optique, le comité de pilotage consultera également des experts (groupe d'expert sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, groupe d'experts sur la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C, et des experts sur les différents axes de la stratégie), des personnalités qualifiées pour appuyer l'évolution de la stratégie nationale par des recommandations et des représentants des usagers.

Le comité national de pilotage aura pour mission :

- ▶ d'assurer l'animation, la coordination et le suivi de la mise en œuvre de la stratégie ;
- ▶ d'informer et promouvoir l'action des multiples acteurs institutionnels, associatifs et privés dont les actions contribuent à l'atteinte des objectifs fixés (rôle d'observation et de diffusion des projets innovants et des bonnes pratiques) ;
- ▶ d'élaborer un bilan, quantitatif et qualitatif, de son déploiement sur le territoire.

Le Comité national de pilotage veillera au déploiement de l'ensemble des orientations de la **stratégie, sans se limiter à seules actions opérationnelles listées dans la stratégie.**

Lors de son installation en 2017, le comité validera la feuille de route de pilotage et de suivi à trois ans de la stratégie nationale de santé sexuelle.

Pour leur mise en œuvre, les orientations de cette stratégie seront **déclinées et adaptées au sein des stratégies opérationnelles des différents acteurs** : administrations centrales des ministères concernés et leurs services déconcentrés, ainsi que les agences et établissements publics concernés, agences régionales de santé, collectivités territoriales, réseau de

l'assurance-maladie, professionnels, associations et autres acteurs concernés, notamment les comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH).

La feuille de route interministérielle identifiera les pilotes des différentes mesures, au niveau national et régional, les principaux jalons de leur mise en œuvre opérationnelle et les leviers à mobiliser ou à développer pour mener à bien leur déploiement.

Une mobilisation de tous les acteurs au niveau national

Au niveau national, les différents leviers de l'action publique en santé seront mobilisés: évolution du cadre législatif, réglementaire et financier, mise en place de campagnes et d'outils de prévention, production et diffusion d'avis et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles, inscription de mesures incitatives au sein de la rémunération des professionnels de santé...

Pour ce faire, les priorités de la stratégie devront être transposées au sein des documents stratégiques des partenaires : programmes pluriannuels de travail des agences et institutions nationales (ANSP, ANSM, HAS...), convention d'objectif et de gestion avec l'assurance-maladie (COG), conventions nationales avec les professionnels de santé, contrats-cadres interministériels.

Dès à présent, la convention cadre de partenariat en santé publique entre le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et le ministère des affaires sociales et de la santé, va permettre de renforcer l'inter-sectorialité aux niveaux national, régional et académique, pour promouvoir un environnement favorable à la santé et à la réussite éducative. Les conventions-cadres de partenariat en santé publique à venir avec les autres ministères (PJJ notamment) poursuivront cette dynamique.

La mobilisation de tous les acteurs au niveau territorial

Les ARS déterminent et mettent en œuvre la politique régionale de santé dans le cadre de leur Projet régional de santé (PRS), arrêté pour une durée de cinq ans. Les actions mises en place pour décliner au niveau régional les priorités de la stratégie de santé sexuelle, en fonction des spécificités des territoires, ont ainsi vocation à être portées **dans le cadre du schéma régional de santé**, sur la base du diagnostic territorial réalisé par l'ARS.

Il sera le cadre régional de mobilisation et de coordination des acteurs sur le territoire régional.

L'offre de santé sexuelle repose sur plusieurs structures et dispositifs pouvant intervenir dans le champ de la santé sexuelle en France (Annexe 3). Parallèlement à ces structures, de nombreux relais existent et participent à la prévention et à la promotion de la santé sexuelle, notamment les unions régionales des professionnels de santé (URPS), les comités de coordination régionale de la lutte contre l'infection du VIH (COREVIH), les structures associatives comme les associations de lutte contre le sida et les hépatites ou le mouvement français pour le planning familial, les centres experts des hépatites, les sociétés savantes...

Pour assurer une **déclinaison opérationnelle** des objectifs et **formaliser les engagements de chacun de ces acteurs** dans le cadre des schémas régionaux de santé, **les ARS s'appuieront sur l'ensemble des outils de partenariat à leur disposition**, notamment :

- ▶ **les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et les contrats locaux de santé** avec les acteurs locaux ;
- ▶ **les conventions avec les partenaires associatifs** ;
- ▶ l'inscription au sein des **conventions de partenariats existantes entre les ARS, les collectivités territoriales et les services de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur** des sujets de promotion et prévention de la santé sexuelle, permettant d'articuler le PRS avec les autres stratégies territoriales existantes, dans les conventions entre ARS et rectorats qui formalisent les orientations stratégiques communes ;
- ▶ l'inscription systématique de l'éducation à la sexualité dans les conventions **entre ARS et universités** afin de formaliser les orientations stratégiques à destination des étudiants ;
- ▶ la contractualisation avec les **communautés professionnelles territoriales de santé** créées par la loi de modernisation de notre système de santé et réunissant au niveau territorial les offreurs de santé, les acteurs sociaux et médico-sociaux, pour une meilleure structuration des parcours de santé sur les territoires ;
- ▶ l'inscription de l'amélioration du parcours de santé sexuelle dans les axes de travail de la **commission de coordination ARS/Assurance Maladie** ;
- ▶ **le rôle des COREVIH**, dans le cadre de leurs missions d'animation, de coordination et d'expertise sur les infections sexuellement transmissibles dont le VIH dans une approche de santé sexuelle. L'ARS est responsable de la programmation stratégique, qui peut se faire en lien avec le COREVIH, sur la base d'un diagnostic territorial partagé. Elle assure la coordination, le suivi et l'analyse des activités des centres habilités. L'ARS peut confier la mise en œuvre opérationnelle des missions de coordination, de suivi et d'analyse des activités à un CeGIDD ou à un COREVIH.

Une mise en œuvre à évaluer pour une actualisation régulière de la feuille de route nationale

Pour évaluer la mise en œuvre des dispositifs mis en place dans le cadre de la stratégie et leur impact en termes de santé publique, le comité de pilotage national s'appuiera sur les indicateurs définis dans le tableau synoptique des cibles et mettra en place les actions suivantes :

- ▶ Organiser la remontée des indicateurs quantitatifs et qualitatifs à partir d'outils de suivi (tableau de bord, de recueil de données) et de mise en œuvre des objectifs ;
- ▶ Établir un rapport de suivi de la stratégie ;
- ▶ Organiser un suivi et une évaluation des PRS sur le volet « santé sexuelle » ;
- ▶ Élaborer et analyser les rapports d'activités des structures de prévention et de dépistage ;
- ▶ Définir des indicateurs territoriaux d'activité sous forme standardisée.

Sur la base de cette évaluation, le comité de pilotage proposera l'actualisation de la feuille de route tous les trois ans, à partir du tableau de suivi des indicateurs, des résultats des actions menées, des évolutions scientifiques et des données épidémiologiques.

Gouvernance internationale : améliorer le cadre normatif international en matière de santé et de droits sexuels

Au-delà de la stratégie nationale de santé sexuelle, la France s'appuie sur ses valeurs et ses atouts pour relever les grands défis de la santé dans le monde et poursuit ses efforts visant à améliorer le cadre normatif international en matière de santé sexuelle et reproductive.

- ▶ Améliorer le cadre normatif en matière de santé et de droits sexuels au sein de l'Union européenne ; dans les instances multilatérales (Organisation des Nations Unies (ONU) : Organisation mondiale de la santé (OMS), Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP), Conseil économique et social des Nations unies (ECOSOC), Conseil de Sécurité) ; au sein des fonds et programmes dédiés : Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme/GAVI Alliance/Banque mondiale... ;
- ▶ Promouvoir l'expertise française en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs à l'international (notamment *via* l'agence d'expertise technique internationale (Expertise France) et l'Agence française de développement (AFD).
- ▶ Développer des coopérations bilatérales en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs, en particulier avec les pays prioritaires tels que définis par le comité interministériel de la coopération internationale et du développement (CICID), notamment les pays d'Afrique de l'ouest et du centre ;
- ▶ Assurer une coordination des positions françaises en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs, notamment sur les enjeux de population, de droits et santé sexuels et reproductifs.

STRATEGIE NATIONALE DE SANTE SEXUELLE

AGENDA 2017 - 2030

Annexes



Tableau synoptique des cibles

I -INVESTIR DANS LA PROMOTION EN SANTE SEXUELLE, EN PARTICULIER EN DIRECTION DES JEUNES, DANS UNE APPROCHE GLOBALE ET POSITIVE
100 % des jeunes ont reçu une éducation de qualité à la sexualité et aux risques liés (IST, grossesses non prévues) au cours de leur cursus en primaire et secondaire
100% des organismes de formation initiale ou continue proposent une formation complète et globale de santé sexuelle
II-AMELIORER LE PARCOURS DE SANTE EN MATIERE D'IST DONT LE VIH ET LES HEPATITES VIRALES : PREVENTION, DEPISTAGE, PRISE EN CHARGE
95% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique en 2020
95% de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti rétroviral recommandé en 2020
95% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement indétectable en 2020
75 % de couverture vaccinale de l'hépatite B chez les adolescents en 2023 (95% en 2030)
60 % de couverture vaccinale de HPV chez les adolescentes en 2023 (80% en 2030)
Réduire l'incidence des IST les plus fréquentes et les plus graves- Syphilis, Gonococcie, Chlamydiae, Lymphogranulome vénérien (LGC)) (année de référence: 2023)
III-AMELIORER LA SANTE REPRODUCTIVE
Réduire d'un tiers l'indice de grossesses non désirées / non prévues chez les femmes
90% des demandes d'IVG sont prises en charge dans les délais définis par la HAS (5 jours).
Maintenir la syphilis congénitale à un bas seuil
Faciliter l'accès au recours à la contraception définitive (vasectomie, stérilisation tubaire à 5%)
IV-REPENDRE AUX BESOINS SPECIFIQUES DES POPULATIONS LES PLUS VULNERABLES
Réduire l'incidence des IST bactériennes dans les populations clés
Objectif 95-95-95 pour le VIH par population clé
80% de couverture vaccinale au sein des populations clés

ANNEXE 1 : DEFINITIONS

(54,55)

Santé reproductive :

La santé reproductive a été définie à la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, le bien-être et non pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité, dans toutes les questions relatives au système de reproduction et de ses fonctions et processus. La santé reproductive implique donc que les gens [...] ont la capacité de se reproduire et la liberté de décider si, quand et avec quelle fréquence le faire ».

Santé sexuelle :

La définition de l'OMS de la santé sexuelle est née d'une rencontre internationale d'experts en 2002 qui avaient une vue d'ensemble de la santé sexuelle : « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans coercition, discrimination et violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés, protégés et réalisés.

La santé sexuelle est un processus dynamique central de l'être humain tout au long de sa vie qui englobe le sexe, le genre, les identités et les rôles, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée dans les pensées, les fantasmes, les désirs, les croyances, les attitudes, les valeurs, les comportements, les pratiques, les rôles et les relations. Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, toutes ne sont pas toujours vécues ou exprimées.

La définition de la sexualité OMS de 2002 (OMS 2006) reconnaît le rôle important joué par les facteurs intrinsèques de la santé sexuelle (biologique, psychologique, spirituel) et les facteurs extrinsèques (relationnel, économique, juridique, etc.).

Au-delà de cette définition, il est prouvé que les mauvais résultats en santé sexuelle sont déterminés par une interaction complexe de facteurs à des niveaux distincts mais liés :

- ▶ Le niveau macro où les lois, leurs interdictions et préconisations agissent sur la Société;
- ▶ Le niveau intermédiaire où l'environnement local, les réseaux sociaux, les aspects culturels, économiques et politiques influencent les variables telles que l'accès à des services et des informations ;
- ▶ le niveau micro où les caractéristiques innées de l'individu (le sexe, la santé physique et mentale, l'ethnie, l'âge, etc.), ainsi que les caractéristiques acquises (grâce à l'éducation, aux réseaux sociaux et à l'expérience dans la vie sociale, aux facteurs culturels, économiques et politiques) influent directement sur la santé sexuelle.

Les principes de base de la santé sexuelle sont de promouvoir les résultats positifs de la sexualité: l'autonomie, le bien-être et l'épanouissement, la promotion et la protection des droits de l'homme. La sexualité saine est définie comme la réalisation d'une vie sexuelle satisfaisante et sans risques, la réalisation d'une attitude positive à des relations sexuelles et la liberté d'expression de l'identité sexuelle et de genre d'une personne.

Autonomie : l'autonomie reconnaît les droits des individus à l'autodétermination dans tous les domaines de leur santé sexuelle et de leur bien-être. En général, l'autonomie signifie que les individus ont la capacité de prendre des décisions éclairées et non sous la contrainte dans tous les aspects de leur vie. En termes de santé sexuelle, l'autonomie est à la base des individus et des sociétés sexuellement sains. En général, cependant, l'autonomie ne peut être atteinte par des individus seuls. Les institutions internationales, les gouvernements, les communautés, les familles jouent tous un rôle dans la promotion et la protection de l'autonomie en matière de santé sexuelle.

Bien-être : le bien-être est un concept largement utilisé dans le discours public, mais il existe peu d'accord mondial sur son sens ou sur ses facteurs déterminants. Dans le contexte de la santé sexuelle, le bien-être englobe les questions de qualité de vie pour les individus, les communautés et les sociétés. En outre, il prévoit la création d'environnements propices qui favorisent et protègent la réalisation des objectifs personnels en matière de santé sexuelle tout en agissant de façon responsable envers les autres.

Épanouissement sexuel : possibilité pour chaque homme, chaque femme et chaque couple de pouvoir ajuster sa vie sexuelle en fonction de ses aspirations.

Sexualité :

La sexualité est "un aspect central de l'être humain tout au long de la vie qui englobe le sexe, l'identité sexuelle et les rôles, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée dans les pensées, les fantasmes, les désirs, les croyances, les attitudes, les valeurs, les comportements, les pratiques, les rôles et les relations. La sexualité est influencée par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels » (OMS 2012).

L'accomplissement de la santé sexuelle est lié au degré de respect, de protection effective des droits de l'homme. Les droits sexuels englobent certains droits qui sont déjà reconnus dans les documents internationaux et régionaux relatifs aux droits en général, dans des documents de consensus et dans les lois nationales. L'application des droits existants à la sexualité et à la santé sexuelle constitue des droits sexuels. Les droits sexuels protègent les droits de tous les gens à remplir et à exprimer leur sexualité et à jouir d'une bonne santé sexuelle, en tenant dûment compte des droits des autres et dans un cadre de protection contre la discrimination.

Sexe : désigne les caractéristiques définissant les êtres humains, femmes ou hommes, qui sont déterminées sur le plan biologique.

Orientation sexuelle :

L'orientation sexuelle désigne à la fois le modèle durable d'autoévaluation et d'auto-identification, d'auto classification, d'attraction et de comportements (émotionnel, romantique et/ou sexuelle) envers les hommes, les femmes ou les deux sexes. Ainsi, alors que l'orientation sexuelle est inhérente à l'individu, elle est exprimée en termes de sentiments, de pensées et de relations avec les autres. L'identité liée à l'orientation sexuelle peut englober à la fois l'identité personnelle (perception de soi en fonction des modèles durables d'attraction et de comportement) et sociale (collective, appartenance à un groupe social fondée sur l'orientation sexuelle partagée).

Identité de genre :

La définition de l'OMS de l'identité de genre se réfère aux « rôles sociaux des comportements, des activités et des attributs qu'une société considère comme appropriés pour les hommes et les femmes ». On naît homme ou femme, mais on apprend à devenir un jeune homme ou une jeune femme, puis un homme ou une femme. Ce comportement déterminé, renforcé sur le plan social, qui a souvent un caractère juridique, délimite les rôles impartis à chaque sexe et les relations entre eux. Lorsque l'identité de genre ne correspond pas au sexe assigné, les individus peuvent s'identifier comme transgenre ou trans. En outre, la conception qu'a un même individu des relations entre les sexes et de l'égalité peut changer selon le contexte et la situation.

Définition des droits de l'homme en matière de santé sexuelle :

En 1994 au Caire, 179 pays se sont engagés lors de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) à mettre en place un programme d'action reconnaissant que le droit à la santé sexuelle et reproductive, l'autonomisation des femmes, et l'égalité entre les sexes, sont essentiels pour réduire la pauvreté et promouvoir le développement.

"Les droits de l'homme sont propres à tout être humain. Cependant, leur reconnaissance ne crée pas des droits en soi. Les droits de l'Homme sont au-delà des valeurs culturelles. Si une culture particulière a des pratiques qui vont à l'encontre des Droits de l'Homme, elles doivent être modifiées, comme dans le cas des mutilations génitales des femmes (...) L'approche en termes de Droits de l'Homme a déjà été développée à propos de la promotion de la santé reproductive. La protection de la santé étant un Droit de l'Homme fondamental, il en découle que la santé sexuelle repose sur des Droits Sexuels." (PAHO, OMS, WAS, 2000).

La Conférence internationale sur la population et le développement au-delà de 2014 accorde une place centrale à la santé sexuelle et procréative, aux droits à la santé et au développement.

ANNEXE 2 : LES CHIFFRES CLES

25% des écoles déclarent n'avoir mis en place aucune action éducation à la sexualité malgré l'obligation légale montrant que l'éducation à la sexualité est encore insuffisamment déployée selon le baromètre réalisé par le Haut Conseil à l'Égalité (8)

Prévalence des violences sexuelles en France :

62 000 femmes, âgées de 20 à 69 ans déclarent avoir été **victimes de viols ou de tentatives de viol**(56).

553 000 femmes, âgées de 20 à 69 ans et 185 000 hommes déclarent avoir été **victimes d'au moins une agression sexuelle autre que le viol**(56)

Au cours de la vie, **une femme sur sept** (14,5 %) et **un homme sur vingt-cinq** (3,9 %) déclarent avoir vécu **au moins une forme d'agression sexuelle** (y compris viols et tentatives et hors harcèlement et exhibitionnisme). Parmi eux, **3,7% des femmes** et **0,6% des hommes** ont vécu au moins **un viol ou une tentative de viol** au cours de leur vie. (15)

Les violences sexuelles subies au cours de la vie étaient 2 à 3 fois plus souvent déclarées chez les populations sourdes et malentendantes en France qu'en population **générale** (57).

Les mutilations sexuelles féminines

53 000 femmes excisées vivent en France(37)

Les discriminations liées au à l'identité de genre et à l'orientation sexuelle demeurent importantes :

31% des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ont été victimes d'actes homophobes au cours des 12 derniers mois (16)

44 % des femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes se sentent discriminées par l'attitude professionnelle des gynécologues (58)

80% des PVVIH victimes de discriminations le sont en raison de leur séropositivité au VIH ; 47% des enquêtés-es victimes de discriminations le sont en raison de leur orientation sexuelle ; 10, 2% des enquêtés-es ont été confrontés-es à des refus de soins (34).

Méthodes contraceptives :

Les moyens de contraception les plus utilisées en France sont la pilule (42.7%), le stérilet (25.4%) et le préservatif (12.5%) chez les femmes de 15 à 49 ans. Le stérilet est très peu utilisé chez les femmes sans enfant de moins de 24 ans (5.8%) (59)

Contraception masculine :

<1% des hommes ont recours à la vasectomie en France (entre 15 et 20% au Royaume-Uni et aux Pays-Bas) (29)

Contraception d'urgence :

24.4% des femmes de 15 à 49 ans déclarent avoir déjà utilisé au moins 1 fois au cours de leur vie la contraception d'urgence (17)

Le pharmacien est souvent le premier (voire le seul) interlocuteur sollicité dans le cadre d'une demande ou d'un conseil sur la contraception d'urgence (60).

Grossesses non désirées :

7.7% des femmes de 15-19 ans sexuellement actives déclarent avoir eu une grossesse non prévue au cours des 5 dernières années.

1/3 des grossesses est non programmées en France, pays qui offre une des plus large couverture contraceptive et fortement médicalisée (61)

IVG :

Chaque année les IVG concernent environ 1,5 % des femmes d'âge reproductif (1,4 % pour la France métropolitaine). Le recours à l'IVG est stable au fil du temps, avec environ 200 000 IVG chaque année (62).

Le taux d'IVG est le plus élevé chez les 20-24 ans (27 pour 1000) puis les 25-29 ans (25.5 pour 1000). Chez les moins de 20 ans, le taux d'IVG est en baisse depuis 2010 (7.6 pour 1000 chez les 15-17 ans et 19.5 pour 1000 chez les 18-19 ans) (30)

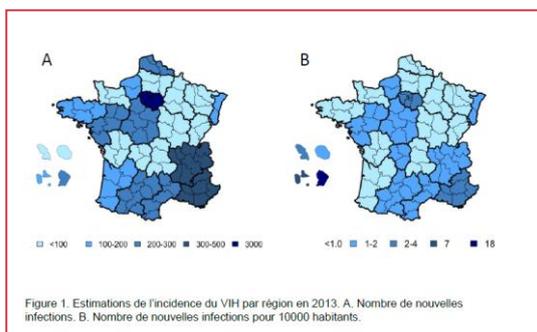
2 femmes sur 3 ayant recours à l'IVG utilisent un moyen de contraception (30)

Le recours à l'IVG est plus fréquent dans les territoires d'outre-mer qu'en métropole notamment chez les 15-17 ans (7.6 pour 1000 en 2015, ce chiffre s'élevant à 20 pour 1000 dans les DOM) (63)

VIH

6600 personnes ont découvert leur séropositivité en 2014 (70% à l'hôpital et 30% en ville), parmi lesquelles 3100 migrants (48 %) dont 2/3 nés en Afrique subsaharienne (64) Augmentation significative du nombre de découvertes de séropositivité chez les HSH entre 2011 et 2014 (stabilité dans tous les autres groupes de population) (65) Poids persistant des pertes de chance liées au retard au dépistage chez les hommes nés à l'étranger, notamment originaires d'Afrique sub-saharienne (données Santé Publique France, BEH 41-42 du 29 novembre 2016). Parmi les découvertes de séropositivité en 2013, l'âge médian au diagnostic était de 36,6 ans. Les personnes de 25 à 49 ans représentaient 70% des découvertes en 2013, cette proportion ayant diminué au cours du temps (77% en 2003, $p < 10^{-3}$). La proportion de personnes de 50 ans et plus était de 17% en 2013, celle-ci ayant augmenté entre 2003 et 2012 (de 13% à 18%, $p < 10^{-3}$). Les plus jeunes, âgés de moins de 25 ans, représentaient 13% des découvertes de séropositivité en 2013, cette proportion n'ayant pas évolué de façon significative depuis 2003 (65). Nouvelles infections : Taux les plus élevés en Guyane (18 pour 10000), Guadeloupe (7 pour 10000), IDF (4 pour 10000) et Martinique (3 pour 10000). Personnes ignorant leur séropositivité : Taux très élevés dans les départements français d'Amérique : Guyane (66 pour 10000 habitants), Guadeloupe (27 pour 10000), Martinique (13 pour 10000) versus 9 pour 10000 en IDF. En métropole, 50% des nouvelles infections du VIH et des personnes ignorant leur séropositivité regroupées dans trois régions de la métropole (IDF, PACA et Rhône-Alpes). Ces trois régions regroupent également 50% des personnes non diagnostiquées. Augmentation de la proportion de patients PVVIH diagnostiqués avec des comorbidités liées à l'âge et la prise de traitement (26).

Par ailleurs, il existe d'importantes disparités régionales de l'épidémie de VIH en France (66)



Autres IST

Les jeunes âgés de 15 à 24 ans rendent compte d'environ 41% des IST (VIH, syphilis, gonocoque et chlamydia) en 2014, +10% par rapport à 2012 (10).

Infections à Chlamydia :

En 2015, la majorité des patients diagnostiqués pour une infection à Chlamydia étaient des femmes (64%). Les classes d'âge les plus concernées étaient les 15-24 ans chez les femmes (65%) et les 20-29 ans chez les hommes (61%) (24).

Lymphogranulomatose vénérienne rectale : le nombre de LGV rectales a augmenté de 47% et celui des infections rectales à Chlamydia non L de 92% entre 2013 et 2015. L'épidémie touche quasi-exclusivement des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), qui représentaient 98% des cas de LGV et d'infections rectales non L en 2015 (24).

Syphilis précoces :

Le nombre de syphilis précoces a augmenté de 56% chez les HSH entre 2013 et 2015. Chez les hétérosexuels, malgré des effectifs relativement faibles, une augmentation du nombre de cas est aussi observée au cours de la même période (+85% chez les femmes et +75% chez les hommes) (24).

Gonococcies :

Entre 2013 et 2015, le nombre de gonococcies a augmenté d'environ 100% chez les HSH, de 32% chez les femmes hétérosexuelles et de 8% chez les hommes hétérosexuels (24)

Données sur vaccinations

Hépatite B : couverture vaccinale chez enfants âgés de 24 mois (3 doses) = 81.5% en 2013 et chez adolescents de 15 ans = 43% en 2009 (67);

Papillomavirus : couverture vaccinale des jeunes femmes de 16 ans (3 doses) = 28.3% en 2010 et 17.2% en 2014) (7)

Comportement sexuels des français (17)

L'âge du premier rapport sexuel des jeunes filles est de 17 ans et 8 mois contre 17 ans et 4 mois pour les garçons.

Les nombre moyen de partenaires sexuels des femmes et des hommes apparaissent très différents : 4,4 pour les femmes versus 11,6 pour les hommes en 2006.

Parmi les personnes ayant eu des rapports sexuels dans les 12 derniers mois (87,2% des femmes et 91,4% des hommes), le nombre mensuel moyen de rapports est de 8,7 pour les deux sexes, mais la tendance est à la diminution avec le temps de couple, avec l'âge, avec le statut de vie commune ou pas : 18% des hommes et 33% des femmes n'ont pas de rapport sexuel.

4,0 % des femmes et 4,1% des hommes de 18 à 69 ans déclarent avoir déjà eu des pratiques sexuelles avec un partenaire du même sexe.

88% des femmes comme des hommes ont jugé « très bonne » ou « satisfaisante » leur vie sexuelle
(17)

Les troubles sexuels (17)

Les dysfonctions sexuelles masculines les plus fréquentes (souvent et parfois) sont les dysfonctions érectiles 16 %, l'éjaculation précoce 39%, les troubles du désir 22%, les troubles de l'orgasme 14%.

Chez les femmes, les dysfonctions sexuelles féminines les plus fréquentes (souvent et parfois) sont : les rapports sexuels douloureux 16 %, les troubles de l'orgasme 36%, les troubles du désir 35%.

Les comportements de recherche d'aide pour ces problèmes sexuels étaient quasi similaires chez les hommes et chez les femmes : parmi les personnes souffrant de troubles sexuels 32,9 % des hommes et 26,4 % des femmes n'avaient fait aucune démarche dans le but de résoudre leurs difficultés

ANNEXE 3 : LES STRUCTURES ET DISPOSITIFS DANS LE CHAMP DE LA SANTE SEXUELLE

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

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

ANNEXE 4 : LES 17 OBJECTIFS DE DEVELOPPEMENT DURABLE (ODD) DU PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT DURABLE À L'HORIZON 2030 DE L'ONU.

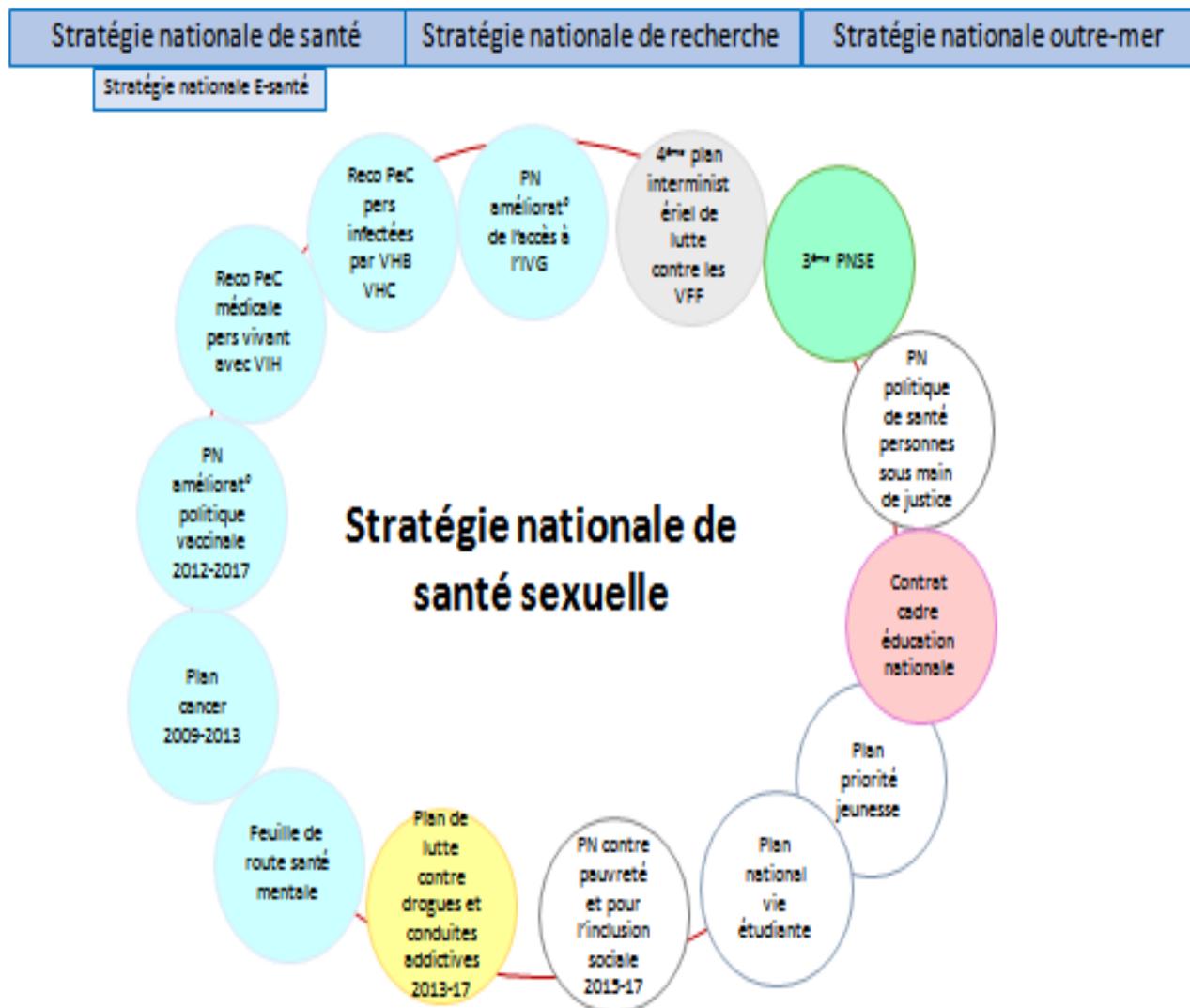
Pratiquement les 17 objectifs de développement durable (ODD) ont une composante sanitaire ou contribueront à améliorer la santé. L'objectif 3 de développement durable est spécifiquement consacré à la santé et au bien-être. Il vise à «permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge».



La stratégie de santé sexuelle s'inscrit principalement dans 27 cibles :

- ▶ 1.3 Mettre en place des systèmes et mesures de protection sociale pour tous
- ▶ 2.2 assurer les besoins nutritionnels pour les femmes enceintes, allaitantes et les enfants
- ▶ 3.2 éliminer les décès évitables des nouveaux nés dus aux infections sexuellement transmissibles (IST) dont le VIH
- ▶ 3.3 mettre fin aux épidémies du VIH/sida et des IST et prévenir leurs conséquences
- ▶ 3.4 réduire les troubles sexuels organiques ou fonctionnels, prévenir les cancers des organes sexuels et promouvoir la santé mentale et le bien être
- ▶ 3.5 prévenir les abus de stupéfiants licites ou non et d'alcool
- ▶ 3.7 assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation
- ▶ 3.8 faire bénéficier de la couverture sanitaire universelle pour tous incluant le respect et le secret de sa vie sexuelle et reproductive
- ▶ 3.9 réduire l'infertilité et les cancers des organes sexuels (OS) dus à des substances chimiques
- ▶ 4.2 faire en sorte que toutes les filles et tous les garçons aient accès à des activités de d'éducation à la sexualité dans une approche globale
- ▶ 4.5 éliminer les inégalités (de sexe, de vulnérabilité, de handicap) face à l'éducation sexuelle et aux services de santé sexuelle et reproductive
- ▶ 4.7 faire en sorte que tous les élèves acquièrent les connaissances et compétences nécessaires pour promouvoir le développement durable, notamment par l'éducation en faveur des droits de l'homme, de l'égalité des sexes, de la non violence, et de l'appréciation de la diversité culturelle
- ▶ 5.1 Mettre fin, à toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et des filles
- ▶ 5.2 Éliminer de la vie publique et de la vie privée toutes les formes de violence faite aux femmes et aux filles, y compris la traite et l'exploitation sexuelle
- ▶ 5.3 Éliminer toutes les pratiques préjudiciables, telles que la mutilation génitale féminine
- ▶ 6.3 réduire les émissions des produits chimiques pour lutter contre l'infertilité et les cancers des organes sexuels
- ▶ 8.7 mettre fin à l'esclavage sexuel, à la traite des êtres humains
- ▶ 9.5 renforcer les moyens de la recherche (sociologique, anthropologique, médicale, vaccinale) et de l'évaluation
- ▶ 10.2 autonomiser toutes les personnes pour permettre l'expression de leur sexualité dans le respect des diversités
- ▶ 10.3 réduire les inégalités et les pratiques discriminatoires de genre, de sexe et d'orientation
- ▶ 11.1 assurer l'accès de tous à des lieux permettant l'exercice d'une sexualité avec intimité
- ▶ 12.4 réduire le déversement dans l'air, l'eau et le sol des produits chimiques et des déchets pour lutter contre l'infertilité et cancers des organes génitaux
- ▶ 15.9 intégrer la protection des écosystèmes et de la biodiversité dans les stratégies de réduction des risques de l'infertilité et des cancers organes génitaux
- ▶ 16.1 réduire toutes les formes de violence relative à la sexualité (physique, morale, émotionnelle et sociale) et les taux de mortalité qui y sont associés
- ▶ 16.3 promouvoir l'état de droit relatif à toutes les sexualités et les conditions d'égalité
- ▶ 17.6 renforcer la coopération internationale pour mieux comprendre les diversités culturelles relatives à la sexualité
- ▶ 17.17 encourager et promouvoir les partenariats gouvernementaux, de la société civile pour implémenter les stratégies de santé sexuelle

ANNEXE 5 : LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ SEXUELLE ET SES INTERFACES AVEC LES AUTRES PLANS ET STRATÉGIES, PLANS ET CADRES NATIONAUX ⁽³⁰⁾



BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Introduire des lignes directrices et outils OMS de santé sexuelle et génésique dans les programmes nationaux [Internet]. WHO. [cité 23 juin 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/RHR_07_09/fr/
2. ONU. Déclaration universelle des droits de l'homme [Internet]. 1948. Disponible sur: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/frn.pdf
3. Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. circulaire n° 2016-008 du 28-1-2016 -Mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves [Internet]. [cité 19 nov 2016]. Disponible sur: http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=97990
4. Dhumeaux D. Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C: rapport de recommandations 2014 [Internet]. 2014 [cité 10 août 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatitis_2014.pdf
5. France, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Morlat P. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Rapport 2013: recommandations du groupe d'experts [Internet]. Paris: DILA - Direction de l'information légale et administrative : La documentation française; 2013. Disponible sur: https://issuu.com/ministere-sante/docs/rapport_morlat_2013_mise_en_ligne/1?e=2487729/5166461
6. HCSP. Évaluation du Plan national de lutte contre le VIH-sida et les IST 2010-2014 [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 janv [cité 27 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=547>
7. HCSP. Santé sexuelle et reproductive [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 mars [cité 27 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=550>
8. Bousquet D. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité. Répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes. Rapport n°2016-06-13-SAN-021 [Internet]. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes; 2016 juin. Disponible sur: http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_rapport_education_a_la_sexualite_2016_06_15-4.pdf
9. Danielle BOUSQUET, Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité Répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_rapport_education_a_la_sexualite_2016_06_15-4.pdf
10. Conseil national du sida et des hépatites virales. Avis suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes [Internet]. Conseil national du sida et des hépatites virales; 2017 février p. 81. Disponible sur: http://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/02/2017-01-19_avi_fr_prise_en_charge.pdf
11. Nathalie Bajos, Aline Bohet, Mireille Le Guen, Caroline Moreau, l'équipe de l'enquête Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Popul Sociétés • Bull Mens D'information L'Institut Natl D'études Démographiques INED [Internet]. sept 2012;(N492). Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf
12. Jean Capsec, Denys Brand, Antoine Chaillon, Stéphane Le Vu, Alain Moreau, Françoise Cazein, Josiane Pillonel, Florence Lot, Francis Barin, Leslie Grammatico-Guillon. Caractéristiques des infections VIH très récentes et réseaux de transmission à partir des données de la déclaration

- obligatoire, France, 2012-2014 [Internet]. BEH, N° 41-42 - 29 novembre 2016; Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/41-42/2016_41-42_4.html
13. Cazein F, Pillonel J, Le Strat Y, Pinget R, Le Vu S, Brunet S, et al. Découvertes de séropositivité VIH et de sida, France, 2003- 2013. Bull Epidemiol Hebd. 24 mars 2015;(9-10):152-61.
 14. Drees-Dgesco. Enquêtes nationales de santé auprès des élèves scolarisés en classe de 3ème. Traitement InVS [Internet]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Hepatite-B>
 15. Christelle Hamel, Alice Debauche, Elizabeth Brown, et al. Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage [Internet]. Population et Sociétés; 538. Disponible sur: http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/25953/538.population.societes.2016.novembre.viols.agression.sexuelle.fr.pdf
 16. Velter A, Bouyssou A, Saboni L, Bernillon P, Sommen C, Methy N, et al. Enquête presse gays et lesbiennes 2011. Département des maladies infectieuses. Saint-Maurice : InVS. [Internet]. 2012. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/PDF/EPGL_ReunionAssos_2012.pdf
 17. Nathalie BAJOS, Michel BOZON. Enquête sur la sexualité en France Pratiques, genre et santé [Internet]. La Découverte. 2008. 612 p. (Hors Collection Social). Disponible sur: <http://www.cairn.info/enquete-sur-la-sexualite-en-france--9782707154293.htm>
 18. OMS. Comblent le fossé en une génération Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé - [Internet]. 2008. Disponible sur: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf?ua=1
 19. Whitehead, M., Dahlgren G. What can we do about inequalities in health. . The Lancet. 1991;(n° 338):1059–1063.
 20. Agence de santé publique du Canada. Qu'est-ce qui détermine la santé? » [Internet]. Disponible sur: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php#What>
 21. Lee NR, Rothschild ML, Smith W. A. A declaration of social marketing's unique principles and distinctions. March 2011. Quoted by: Lee N, Kotler P. Social Marketing: Influencing Behaviors for Good. 4th ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.; .2011. Sage Publ Inc. mars 2011;
 22. OMS. Communication brève relative à la sexualité (CBS) Recommandations pour une approche de santé publique [Internet]. 2015. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204278/1/9789242549003_fre.pdf?ua=1
 23. Virginie Supervie UMR S 1136, Inserm, UPMC, Paris. Données épidémiologiques VIH récentes en France [Internet]. SFLS; [cité 14 nov 2016]. Disponible sur: <http://sfls.aei.fr/ckfinder/userfiles/files/Formations/JourneesNationales/2016/presentations/VIRGINIE-SUPERVIE.pdf>
 24. Ndeindo Ndeikoundam Ngangro, Delphine Viriot, Nelly Fournet, Bertille De Barbeyrac, Agathe Goubard, Nicolas Dupin, Michel Janier, Isabelle Alcaraz, Michel Ohayon,. Les infections sexuellement transmissibles bactériennes en France : situation en 2015 et évolutions récentes. BEH N° 41-42 [Internet]. 29 nov 2016; Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/41-42/pdf/2016_41-42.pdf
 25. Bajos N. Social factors and process of risk construction in HIV sexual transmission. Aids Care. 1997;9(2):227 – 237.

26. HIV patients today and 10 years ago: do they have the same needs? Results from cross-sectional analysis of ANRS CO3 Aquitaine cohort. International. In: abstract 0212. Glasgow; 2016.
27. Rémy Slama, Béatrice Ducot, Niels Keiding , Béatrice Blonde, Jean Bouye. La fertilité des couples en France. BEH. février 2012;(n°7.8.9).
28. HAS. Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. 2013. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
29. Soufir J-C, Mieusset R. La contraception masculine [Internet]. Paris; New York: Springer; 2013 [cité 23 août 2016]. Disponible sur: <http://site.ebrary.com/id/10649375>
30. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. Etudes Résultats [Internet]. Juin 2016;(968). Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er968.pdf>
31. Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.). Baromètre santé 2005 Attitudes et comportements de santé. INPES, coll Baromètres santé,. 2007;608 p.
32. INED. Population & Sociétés. 2012;(492 :1-4). Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19161/493.fr.pdf
33. HAS. Document de synthèse : Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. 2013. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf
34. AIDES. La face cachée,des discriminations La synthèse du rapport 2016 - Etat des discriminations et des inégalités sociales à l'encontre des personnes concernées par le Vih et les hépatites [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.aides.org/download.php?filepath=/sites/default/files/doc/AIDES_RAPPORT_DISCRIMINATION_WEB-ilovepdf-compressed.pdf
35. Kayigan d'Almeida Wilson, France Lert, François Berdougou, Hélène Hazera. Transsexuel(le)s: conditions et style de vie, santé perçue et comportements sexuels. Résultats d'une enquête exploratoire par Internet, 2007. juil 2008;(27):240-4.
36. Giami A, Beaubatie E, Le Bail J, others. Caractéristiques sociodémographiques, identifications de genre, parcours de transition médicopsychologiques et VIH/sida dans la population trans. Premiers résultats d'une enquête menée en France en 2010. Bull Epidemiol Hebd. 2011;42:433-437.
37. Armelle Andro (Universite Paris1), Marie Lesclingand (Université de Nice), Emmanuelle Cambois (Ined). Les mutilations sexuelles féminines en France Premiers résultats de l'enquête Excision et Handicap (ExH) [Internet]. Institut national d'études démographiques; Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/269/version.imprimable.mutilations.fr.pdf
38. Desgrées du Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Supervie V, Panjo H, , et al, et al. Migrants subsahariens suivis pour le VIH en France : combien ont été infectés après la migration ? Estimation dans l'Étude Parcours (ANRS). Bull Epidémiol Hebd 201540-41752-8 [Internet]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/beh/2015/40-41/pdf/2015_40-41_2.pdf
39. Desgrées-du-Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Supervie V, Panjo H, Bajos N, Lert F, Lydié N, Dray-Spira R. The Parcours Study Group5. Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration. France; 2015 p. 20(46). (Euro Surveill.).

40. Dhumeaux D. Rapport sur la «Prise en charge thérapeutique et le suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C» [Internet]. ANRS et le CNS; 2016 oct. Disponible sur: Daniel
41. Claire AUBIN, Danielle JOURDAIN-MENNINGER, Dr Julien EMMANUELLI. Prostitutions : les enjeux sanitaires [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2012 Décembre. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-146P_sdr_Sante_et_prostitutions-2.pdf
42. Haute Autorité de Santé - État de santé des personnes en situation de prostitution et des travailleurs du sexe et identification des facteurs de vulnérabilité sanitaire [Internet]. [cité 27 juin 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2615057/fr/etat-de-sante-des-personnes-en-situation-de-prostitution-et-des-travailleurs-du-sexe-et-identification-des-facteurs-de-vulnerabilite-sanitaire
43. Lot F, Hajman E, Le Grand E, Fender L, Cirbeau C, Labich F, et al. Étude ProSanté 2010-2011 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. Bull Epidemiol Hebd. 2013;(39-40):517-23.
44. Chiron E, Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Chemlal K, Valantin MA, Serre P, et al et le groupe Prévacar. Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010. Bull Epidemiol Hebd. 2013;(35-36):445-50.
45. Jauffret-Roustide M, Pillonel J, Weill-Barillet L, Léon L, Le Strat Y, Brunet S, et al. Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France - Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011. Bull Epidemiol Hebd. 2013;(39-40):504-9.
46. Jauffret-Roustide M, Oudaya L, Rondy M, Kudawu Y, Le Strat Y, Couturier E, Emmanuelli J, Desenclos JC. Trajectoires de vie et prises de risques chez les femmes usagères de drogues. Med Sci. 2008;(24):111-21.
47. TEMPLE JR, WESTON R, STUART GL, MARSHALL LL. The longitudinal association between alcohol use and intimate partner violence among ethnically diverse community women. Addict Behav. 2008;(33):1244.
48. Mouglin C, Emmanuelli J, Desenclos JC. Femmes usagères de drogues et pratiques à risque de transmission du VIH et des hépatites. Complémentarité des approches épidémiologiques et socio-anthropologique, enquête Coquelicot 2004-2007. Bull Epidemiol Hebd. 2009;(10-11):96-9.
49. Fédération Addiction. Femmes et addictions. Accompagnement en CSAPA et CAARUD [Internet]. 2016. (collection Repère(s)). Disponible sur: http://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2016/06/guide_femmes_versionweb_v2.pdf
50. P. Simon (dir.), J., Gondonneau, L., Mironer, A.-M. Dourlen-, Rollier,. Rapport sur le comportement sexuel des français. éditions Julliard; 1970.
51. Dr Madeleine Gérardin Toran, Pr Pierre Costa. Santé sexuelle et de la reproduction « sexologie et santé, des réponses possibles ». ADSP. sept 2016;(96):42-3.
52. Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. Vie affective et sexuelle des personnes handicapées Question de l'assistance sexuelle [Internet]. 2012. Report No.: Avis 118. Disponible sur: http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_ndeg118.pdf

53. La stratégie de santé pour les Outre-Mer [Internet]. Disponible sur: http://www.outre-mer.gouv.fr/IMG/pdf/20160523_Strategie_Sante_Outre-mer.pdf
54. World Health Organization. Gender and human rights. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. 28-31 January 2002, Geneva [Internet]. World Health Organization; [cité 24 juin 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health/en/
55. Santé sexuelle et reproductive Compétences de base en soins primaires [Internet]. Bibliothèque de l'OMS; 2012. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77743/1/9789242501001_fre.pdf?ua=1
56. MIPROF. La lettre de l'Observatoire National des violences faites aux femmes, N°10 [Internet]. 2016. Disponible sur: http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_ONVF_10_-_Violences_sexuelles_-_nov16.pdf
57. Audrey Sitbon, Romain Guignard, Christine Chan Chee, Enguerrand du Roscoët. Pensées suicidaires, tentatives de suicide et violences subies chez les populations sourdes et malentendantes en France. Résultats du Baromètre santé Sourds et malentendants, 2011-2012. BEH [Internet]. décembre 2015;(N° 42-43). Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2015/42-43/pdf/2015_42-43_2.pdf
58. Sylvain Toiron, Grégory Pierresteguy. SOS Homophobie rapport annuel 2016 [Internet]. Disponible sur: https://www.sos-homophobie.org/sites/default/files/rapport_annuel_2016.pdf
59. Nathalie Bajos, Mylène Rouzard-Cornabas, Henri Panjo, Aline Bohet, Caroline Moreau, et l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France: vers un nouveau modèle contraceptif? Popul Sociétés • Bull Mens D'information L'Institut Natl D'études Démographiques INED [Internet]. mai 2014;(N511). Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf
60. Haute autorité de santé. RAPPORT D'ÉLABORATION - Contraception : dispensation en officine [Internet]. 2013. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/fiche_memo_sur_la_contraception_en_officine_-_rapport_delaboration.pdf
61. Caroline Moreau, Nathalie Bajos. PROJET «FECOND»: FEcondité-CONtraception-Dysfonctions sexuelles. INSTITUT NATIONAL D'ETUDES DEMOGRAPHIQUES. 2008.
62. Magali Mazuy, Laurent Toulemon, Élodie Baril*. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. INED Popul Sociétés [Internet]. janv 2015;(518). Disponible sur: http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/22860/population.societes.2015.518.ivg.fr.pdf
63. Richard Jean-Baptiste. Baromètre santé DOM 2014 - Résultats détaillés selon le DOM, l'âge et le sexe [Internet]. Santé publique France; 2015. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1662>
64. Institut de Veille Sanitaire. Découvertes de séropositivité VIH et de sida. Point épidémiologique du 1er avril 2016. [Internet]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Decouvertes-de-seropositivite-VIH-et-de-sida.-Point-epidemiologique-du-1er-avril-2016>
65. Institut de Veille Sanitaire. Bulletins des réseaux de surveillance des IST - Numéro 4 - Données au 31 Décembre 2014 [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>

66. Marty L, Cazein F, Pillonel J, Costagliola D, Supervie V, & the HERMETIC study group. Mapping the HIV epidemic to improve prevention and care: the case of France. 21th International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 18-22, 2016. Abstract TUAC0203. 2016; Disponible sur: <http://www.anrs.fr/VIH-SIDA/Sante-publique-Sciences-sociales/Actualites/VIH-en-France-premiere-cartographie-regionale-de-l-epidemie>
67. Antona, D, Fonteneau L, Lévy-Bruhl D, Guignon N, De Peretti C et al. Couverture vaccinale des enfants et des adolescents en France : résultats des enquêtes menées en milieu scolaire, 2001-2004. Bull Epidemiol Hebd. 2007;6:45-9.

