

**DIRECTION GENERALE DE LA SANTE**

**PROGRAMME D' ACTIONS DE PRÉVENTION DE  
L'INFECTION VIH/SIDA ET M.S.T. EN FRANCE  
POUR LES HOMMES AYANT DES RAPPORTS  
AVEC LES HOMMES  
POUR LES ANNÉES 2001-2004**

Novembre 2001

**organismes ayant participé à la conception de ce programme :**

- |  |   |
|--|---|
| - Act UP Paris                               | - Kiosque   |
| - Aides Fédération Nationale                 | - Ligne Azur  |
| - Aides Ile-de-France                        | - Mousse Sciences Po  |
| - Bi'Cause                                   | - Sida Info Service   |
| - CDAG de Fernand-Vidal                      | - Syndicat national des Entreprises gaies                     |
| - Fédération sportive gay et lesbienne CGPIF | - Têtu Magazine   |
| - CGL  | - Union Nationale des Associations de Lutte<br>contre le Sida |
| - Degel                                      |   |

**Institutions ayant contribué à la conception de ce programme**

- InVS
- DASS Paris
- DDASS de Côte d'Or

## **Programme d’actions de prévention de l’infection VIH/sida pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) en France pour les années 2001/2004**

En France, comme dans d’autres pays européens, ainsi qu’aux Etats-Unis ou en Australie, les données récentes sur le VIH, les MST et les comportements sexuels et préventifs témoignent d’une dégradation de la situation épidémiologique et préventive. Cela laisse craindre un renversement de la tendance épidémiologique pour l’infection VIH. Compte-tenu de ces indicateurs et en particulier ceux concernant les hommes homosexuels, le ministère de la santé met en place un plan national de lutte qui soutient prioritairement les actions en direction des homosexuels masculins.

Ce programme d’actions est sous tendu par la stratégie nationale présentée en juin 2001 et la programmation mise en œuvre par la DDASS de Paris. Il a été soumis à la concertation d’un groupe interdisciplinaire associant les associations nationales, des CDAG, des groupes médias affinitaires et des institutionnels.

### **I - OBJECTIFS**

#### **Objectif général :**

Enrayer le risque de reprise épidémique VIH et diminuer l’incidence de l’infection VIH et des MST.

#### **Objectifs spécifiques du programme :**

- 1) Ajuster les actions de prévention à l’évolution des cultures homosexuelles.
- 2) Maintenir un cadre général de prévention évitant la marginalisation de l’infection VIH, la stigmatisation des gays et s’adressant à toutes les composantes des HSH notamment les jeunes homosexuels.
- 3) Relancer le dépistage et le traitement post exposition.
- 4) Tenir compte des problèmes spécifiques des hommes séropositifs.
- 5) Avoir une approche conjointe des MST et du VIH dans la prévention, le dépistage et le soin.
- 6) Reconnaître et renforcer les interventions centrées sur la personne ou les groupes en tenant compte des facteurs psychosociaux personnels et de l’environnement.

## **II - CONTEXTE**

Les associations, la presse et le milieu gay ont alerté durant toute la fin de l’année 2000 sur l’augmentation de comportements à risque chez les homosexuels masculins. Il existe une revendication minoritaire de la prise de risque qui s’exprime dans le discours sur le *bareback*. Les résultats de l’enquête presse gay réalisée durant l’été et l’automne 2000 ont confirmé une augmentation de l’exposition pour les homosexuels : augmentation des rapports non protégés dans tous les types de pratiques sexuelles, augmentation des MST et ceci particulièrement chez les jeunes et les hommes d’âge mûr, ainsi qu’à Paris, zone de forte prévalence.

Des données récentes soulignent une détérioration de la situation préventive qui touche les hommes homosexuels et les bisexuels :

- Les cas de syphilis à Paris en 2001 (indicateur prédictif du relâchement de la prévention et d’un risque de rebond de nouveaux cas de VIH) : de janvier à mai 2001 plus de cas ont été diagnostiqués que dans toute l’année 2000. Au total, il s’agit de 78 cas dont une seule femme et parmi les hommes, 58 se déclaraient homosexuels et 8 bisexuels, 41 d’entre eux étaient séropositifs.
- Le baromètre gay réalisé à Paris confirme le relâchement des comportements de prévention par rapport aux années précédentes dans les établissements gays et les lieux de drague.

Cette évolution doit être remise en perspective :

Dans les années 80, les hommes homosexuels masculins ont vu leur existence, leurs modes de vie, leurs liens intimes, leur sexualité dévastés par l’infection VIH. Ils ont réagi par une transformation profonde de leur vie sexuelle dominée pendant plusieurs années par l’infection à VIH : ils ont modifié le nombre de leurs partenaires, de leurs échanges sexuels, ainsi que leurs pratiques y compris au sein des couples ; ils ont adopté le préservatif, établi d’autres types de relations amoureuses. Depuis le début 1990, en même temps que progresse l’adoption de pratiques à moindres risques, les homosexuels ont recommencé à augmenter le nombre de leurs partenaires et à fréquenter de plus en plus les lieux de rencontre et de pratiques sexuelles<sup>1</sup>. Ce phénomène s’est accéléré avec les multithérapies qui font apparaître la menace comme moins grave et dissipent l’ambiance de mort qui a prévalu pendant les années 80/90. Si, en dépit des contraintes et des effets secondaires, les effets positifs des traitements redonnent la santé et le goût de la vie sexuelle aux hommes séropositifs, ils ne réduisent pas leur sentiment de contraintes voire de révolte face à la prévention. L’existence du traitement après exposition semble aller dans le sens d’une moindre vigilance. Cet ensemble de faits affaiblit la perception du risque et laisse donc craindre un double processus d’adoption de comportements sexuels à risque (multiplication des partenaires, pratique du sexe anonyme) et de rejet de l’utilisation des préservatifs voire de revendication de la prise de risque<sup>2</sup>. Il apparaîtrait aussi une exclusion des hommes séropositifs portant les marques physiques liées à la maladie et aux traitements antirétroviraux.

Dans un contexte de régression générale du sida dans les préoccupations collectives, ce processus peut s’accroître dans les nouvelles générations qui n’ont pas été marquées dans leur vie affective et leur expérience par le sida<sup>3</sup> ; au début de l’ère sida, la connaissance et la proximité avec une personne

---

<sup>1</sup> M.A Schiltz (1998) Les homosexuels face au sida. Enquête 1995. Regards sur une décennie d’enquête. CAMS/CERMES.

<sup>2</sup> M.Danneker (2000). Contre le déni du désir sexuel. Infothèque Sida,5-10.

<sup>3</sup> G. Mansergh et al (2000).Is 'knowing people with HIV/AIDS associated with safer sex in men who have sex with men ? AIDS, 14, 1845-51

atteinte étaient favorables à l’adoption de comportements préventifs. Il apparaît cependant que la communication entre générations ne se fait pas naturellement et donc que l’épreuve traversée par les homosexuels n’est pas transmise aux nouvelles générations ; en effet les jeunes ont des réseaux de sociabilité propres soit au sein du milieu homosexuel soit dans la jeunesse.

Les pratiques préventives identifiées jusqu’à maintenant reposent sur un ajustement de la protection : selon les pratiques sexuelles, les partenaires, la connaissance mutuelle du statut sérologique. Cette protection sélective est, depuis longtemps la principale stratégie des homosexuels : protection entre partenaires séropositifs ou de statut différent au sein des couples, protection des relations secondaires, protection de la pénétration anale, protection rare des rapports oro-génitaux<sup>4</sup>. Les couples peuvent instituer une règle entre les partenaires pour définir une conduite qui permet les relations non protégées (*negociated safety*)<sup>5</sup>.

Les messages doivent être actualisés car des études étrangères mettent en évidence aussi des risques existant entre partenaires stables, en particulier chez les jeunes homosexuels<sup>6</sup>. Il existe aujourd’hui un risque réel que le bénéfice apporté par l’impact du traitement sur le risque de transmission de la maladie et du traitement après exposition soit effacé par la reprise des comportements et pratiques à risque<sup>7</sup>.

### **III - DEMARCHE**

#### **La démarche pour atteindre ce but au niveau national passe par :**

⇒ L’analyse de la situation épidémique du VIH et des MST élaborée par l’InVS (documents de synthèse et publications du BEH) et la veille scientifique de l’épidémie en Europe et dans le monde.

⇒ Le recensement des actions réalisé en 2001 au niveau national, par les associations financées par la DGS, leur évaluation et le renforcement des soutiens structurels à ces associations : SNEG, AIDES, SIS, Ligne Azur, UNALS, Bi’Cause, David et Jonathan, Chrétiens et Sida, les Sœurs de la perpétuelle indulgence, Contact. Un appel à projet est fait auprès des associations regroupant les jeunes (Moules frites) et les sportifs (CGPIF).

⇒ La mise en place d’un tableau de bord pour le suivi des actions nationales.

⇒ Un partenariat renforcé, animé par l’administration avec les professionnels, les institutionnels et les associatifs qui s’exprime par :

- La concertation sur la stratégie nationale et le programme d’action pour les hommes homosexuels,
- Une programmation des conventions et du soutien financier des associations nationales en fonction de leur engagement et de critères d’évaluation des actions,

---

<sup>4</sup> M-A. Schiltz op.cit., P.Adam, op.cit.

<sup>5</sup> S. Kippax et al (1997) Sexual negotiation in the AIDS era: negotiated safety revisited AIDS Feb;11(2):191-7

<sup>6</sup> J. Elford et al, Gay men, risk and relationships, AIDS 2001, 15 : 1053 – 1055

U. Davidovich et al, Increase in the share of steady partners as a source of HIV infection : a 17 – year study of seroconversion among gay men, AIDS 2001, 15 : 1303 - 1308

<sup>7</sup> P. Geoff et al, Measuring the risk of HIV transmission, AIDS, 15 : 641 – 643

Matthew G. Law et al, Modelling the effect of combination antiretroviral treatments on HIV incidence, AIDS 2001, 15 : 1287 - 1294

- La redéfinition des pratiques de prévention dans le contexte actuel notamment de recrudescence des MST,
- L’élaboration des outils des campagnes de communication (groupe de communication du CFES, groupe jeunes homos du CFES),
- L’élaboration des cahiers des charges des formations déconcentrées (sensibilisation aux diversités sexuelles, formations à l’approche psychosociale, formations à la conduite de projet).

⇒ La participation et soutien aux événements nationaux, européens et internationaux tels que : les états généraux « homosexualité et sida », l’université euro-méditerranéenne des homosexuels, le colloque sur la bisexualité à Toulouse, notamment.

⇒ Une journée prévue en novembre 2001 doit rassembler les acteurs institutionnels des régions prioritaires et les associations nationales. Cette rencontre a pour but d’alerter sur le risque de reprise de l’épidémie et sur la nécessité d’une mobilisation autour des actions prioritaires. A cette occasion le programme d’action national pour les hommes homosexuels sera diffusé et discuté quant à sa mise en œuvre. Cette journée sera relayée par un dossier de presse et la diffusion du programme d’action auprès des DDASS et des DRASS.

### **La démarche pour atteindre ce but au niveau local passe par :**

⇒ Le recensement par les services déconcentrés de l’Etat (DDASS ou DRASS) des acteurs qui interviennent sur le terrain et leur articulation avec les associations locales ou nationales et les lieux d’offre de soins ou de dépistage.

⇒ Le recensement par les DDASS ou les DRASS des actions en cours et leur évaluation à partir d’une grille descriptive détaillée permettant d’appréhender la pertinence de l’action, son effectivité et sa qualité.

⇒ Le soutien financier des associations locales grâce à des conventions sur la base d’engagement d’actions et d’indicateurs d’évaluation,

⇒ La complémentarité des actions à mettre en œuvre par rapport aux populations prioritaires (exemple sur Paris : Permanences Aides, CGL, David et Jonathan, Crips, Le Kiosque..).

⇒ Le suivi des actions sur la base d’un tableau de bord local.

⇒ Le recentrage des actions sur les régions prioritaires au regard des données épidémiologiques

⇒ L’incitation à l’évaluation des actions par des critères simples (voir le chapitre évaluation) pour suivre l’effectivité et l’impact des actions en lien avec une évaluation du programme national lui-même (indicateurs nationaux à définir pendant le 4<sup>ème</sup> trimestre 2001).

⇒ L’organisation par les DDASS ou les DRASS, dans les régions prioritaires, de réunions de programmation des actions pour les hommes homosexuels, avec les différents acteurs (associatifs, professionnels, Conseil Général, institutionnels) et avec le soutien de la DGS afin :

- de présenter la programmation nationale et la programmation locale préparée par les chargés de missions,

- d’adapter les projets existants ou de développer des projets nouveaux (appel à projets), en prenant en compte les obstacles à l’adoption de comportements de prévention et la diversité des lieux de rencontre,
- de mobiliser les acteurs pour effectuer les formations en fonction de leurs besoins (sensibilisation aux diversités sexuelles, formations à l’approche psychosociale, formations à la conduite de projet).

⇒ Les DDASS et les DRASS soutiendront les réunions (méthode et logistique) de mobilisation des intervenants du secteur associatif pour des projets partenariaux autour des actions prioritaires :

- Des réunions régionales organisées par le SNEG ont pour objectif de remobiliser les patrons des établissements commerciaux (adhérents ou non au SNEG) pour la mise à disposition de leurs clients de matériels de base (préservatifs, gel, documentation) et pour l’amélioration des conditions d’hygiène dans les établissements.
- des réunions régionales inter associatives organisées par un réseau national tel que AIDES, l’UNALS (réseaux identifiés au niveau national) ou une association locale fédérant les associations afin de :
  - favoriser les échanges de savoir-faire entre associations et entre professionnels ;
  - échanger sur l’évolution des lieux de rencontre et des pratiques des HSH ;
  - préciser les champs d’intervention de chaque association.

#### **IV – ACTIONS POUR ENRAYER LE RISQUE DE REPRISE EPIDEMIQUE VIH ET DIMINUER L’INCIDENCE DE L’INFECTION VIH ET DES MST**

##### **Ajuster les actions de prévention à l’évolution des cultures homosexuelles**

Cet objectif doit prendre en compte :

- les modifications des styles de vie des homosexuels,
- les difficultés d’ordre psychosocial des hommes ayant des rapports avec des hommes,
- l’évolution des pratiques sexuelles compte tenu du niveau du risque et de l’épidémiologie des MST
- le principe d’une responsabilité individuelle quel que soit le statut sérologique
- les situations de haute vulnérabilité tels que les lieux d’échanges sexuels et les prostitutions masculines
- l’exposition au sein des couples
- la dimension « plaisir »

***Soutenir le programme d’action par une communication visible et claire, élaborée par la DGS, le CFES en lien avec les associations***

- Les campagnes nationales dans les médias grand public devant intégrer des messages s’adressant aux HSH,
- Les campagnes ciblées étant maintenues et développées :
  - partenariat avec les sites Internet (gay.com et Têtu, Illico...), achats de bandeaux type publicitaire, envois de « messages » et interventions dans les forums de discussion,
  - partenariat avec la presse affinitaire (Gratuits, spécialisée gay, « généraliste »).

- Est initiée une négociation avec les partenaires commerciaux du X la mise en place de messages préventifs dans les produits (films, cassettes X etc....) s’adressant notamment aux multipartenaires homosexuels.
- Des actions de communication seront spécifiquement élaborées pour les HSH dans les départements français d’Amérique (DFA) et originaires de communautés immigrées.

***Agir directement à travers des réseaux nationaux qui interviennent dans les lieux de rencontre et de pratiques sexuelles et rappeler leur responsabilité aux directeurs d’établissements commerciaux en matière de prévention et d’hygiène***

- Une convention nationale entre la DGS et le SNEG permet d’installer dans tous les lieux commerciaux de pratique sexuelle (adhérents ou non au SNEG) des distributeurs gratuits de préservatifs et de gels en veillant à la disponibilité immédiate de ces produits.
- Par ailleurs la charte d’engagement des responsables d’établissement (SNEG) est en cours de mise à jour, autour d’objectifs d’hygiène générale, de prévention des risques sexuels, de prévention des consommations d’alcool et de drogues dans les lieux commerciaux et du respect de la protection des mineurs.
- Un recensement des lieux de rencontres externes et des associations intervenantes permettra la réalisation d’un cahier des charges qui précisera les objectifs et les modalités d’intervention, le rôle des acteurs de prévention sur les lieux de drague.
- Seront élaborés avec le CFES en collaboration avec les associations des outils pour les lieux de pratiques sexuelles rappelant la nécessité de la prévention, (flyers, des affiches, des sticks fluorescents ou d’autres moyens).

***Favoriser et soutenir des actions de communication locale par l’intermédiaire des acteurs associatifs***

- Un effort particulier sera fait pour améliorer la diffusion des supports de prévention créés soit au niveau national soit au niveau local afin de rendre accessible l’information en tout lieu.
- Cet effort s’appuie sur la création de lieux spécifiques proposant une information et un soutien psychosocial individualisé, dans les quartiers les plus exposés (lieux de loisirs de la société gaie, par exemple à Paris : lieux d’accueil et d’écoute dans le Marais, du CRIPS, du CGL, du Kiosque, de Contact, de David et Jonathan).
- Dans les DFA, les associations nationales pourront être les relais pour les programmes locaux (exemple l’implantation de SIS en Guyane).

***Agir à travers des réseaux associatifs qui interviennent auprès des hommes pratiquant la prostitution (en lien avec le programme d’action pour les situations de haute vulnérabilité)***

Les personnes prostituées ont constitué dès le départ des cibles privilégiées pour la prévention du sida. Des programmes de santé communautaire se sont constitués principalement pour les prostituées féminines. Sur le modèle du programme parisien spécifique aux hommes prostitués, l’extension ou la création de programmes vers les hommes prostitués est à envisager en fonction des contextes locaux.

Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire de :

- Mobiliser les réseaux associatifs et les administrations concernées par la prostitution notamment au niveau de l’action sociale, de la police et de la justice, dans le cadre de l’interministérialité, afin de faciliter les interventions de terrain. Cela passe par :
  - La mise en place d’un groupe de travail pour suivre cette démarche au niveau national, réunissant les responsables des programmes locaux, les DDASS concernées, des représentants des services du ministère de l’intérieur. Ce groupe est commun à la problématique de la prostitution.
  - L’organisation de rencontres nationales (« Etats généraux de la prostitution » ) début 2003 permettra de réorienter les actions de proximité.
- Soutenir le colloque européen des associations de prostitués masculins qui permettra l’expression des problèmes sociaux et d’accès aux soins qu’ils rencontrent.
- Au niveau local, mobiliser les acteurs, grâce à :
  - la mise en place, en fonction des besoins, de groupes de travail associant des représentants des prostitués, des associations et des institutions pour lever les obstacles aux actions de prévention et à l’accès aux soins.
  - la mise en place de formations au soutien médico/psycho-social pour les équipes de terrain et les professionnels, afin de renforcer les actions centrées sur la personne, les rapports sociaux de genre, les situations de violence.

**Maintenir un cadre général de prévention évitant la marginalisation de l’infection VIH, la stigmatisation des gays et s’adressant à toutes les composantes des HSH, notamment les jeunes homosexuels :**

***Lutter contre l’homophobie et la stigmatisation des bisexuels,  
dans les actions de santé et plus généralement dans la communication publique,  
favoriser la visibilité des homo- et bisexuels, hommes et femmes,  
pour accroître leur estime de soi et la reconnaissance identitaire grâce à :***

- L’élaboration de stratégies de lutte contre l’homophobie dans le cadre de la communication grand public mise en œuvre par le CFES ; ces actions pourront s’étendre à d’autres secteurs de l’action publique ou de la communication,
- La participation et le soutien à de grands événements tels que l’université euroméditerranéenne des homosexualités à Marseille et les colloques sur la bisexualité à Toulouse.

***Mobiliser les associations qui interviennent  
auprès des hommes originaires de communautés immigrées :***

- Soutien des actions nationales ou locales qui permettent l’expression des différences sexuelles et incitation à la formation des intervenants (tels que les associations Kelma, Long Yang Club, Fantasia, Akwaba...).
- Soutien à la création d’espaces d’expression et de rencontre dans les associations recevant des hommes homosexuels.

***Etablir un partenariat avec les associations nationales des jeunes homosexuels, la fédération des associations sportives homosexuelles (CGPIF) :***

- en réalisant des outils visant à informer les publics sur le safer sex adaptés aux diversités sexuelles, en prenant en compte les nouvelles pratiques de socialisation, de rencontre, le phénomène de génération, l’absence de mémoire de la maladie, le déni de la maladie;
- en développant la promotion de la Ligne Azur ;
- au niveau local, il s’agit de promouvoir des lieux associatifs attractifs avec des intervenants formés au soutien psychosocial individuel à l’exemple du CGL à Paris ;
- en apportant un soutien méthodologique et en diffusant des outils d’éducation diversifiés sur les sexualités.

***Favoriser la prise en compte des diversités sexuelles, notamment dans l’ensemble des actions publiques s’adressant aux jeunes***

- dans le développement des programmes d’éducation sexuelle en milieu scolaire,
- par le soutien des associations de parents d’élèves et des associations de parents d’hommes et de femmes homosexuels tel que Contact pour que des actions sur le terrain soient réalisées.

**Relancer le dépistage et le traitement post exposition sexuelle :**

***Sensibiliser et communiquer sur l’intérêt du dépistage dans les populations ayant une haute prévalence du VIH par :***

- l’élaboration de documents d’information et de communication sur le dépistage adapté aux situations particulières aux HSH : couple désirant abandonner le préservatif, couple séro-différent, bisexuels, multipartenaires.
- l’évolution des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et des dispensaires anti-vénériens (DAV) pour renforcer le conseil adapté à la diversité des HSH et mieux articuler les activités VIH et MST (en particulier gonococcie, syphilis et condylomes).
- l’incitation des personnels de ces structures à agir en dehors de leurs murs, notamment sur les lieux prioritaires.

***Améliorer les modes d’accès du traitement après exposition (TAE) pour en optimiser le rapport bénéfique/risque par :***

- l’élaboration d’un document sur les conduites à tenir en cas d’urgence après une prise de risque, pour les CDAG et les permanences des associations ;
- la production et la diffusion de supports d’information en partenariat avec la presse affinitaire ;
- l’actualisation des cadres de référence, des recommandations cliniques et des conseils de prescription (groupe d’experts réuni par l’AFSSAPS).
- L’établissement d’un état des lieux de l’accès au TAE au niveau local.

## **Tenir compte des problèmes spécifiques des hommes séropositifs :**

- Les traitements antirétroviraux ont permis un réengagement dans la sexualité des personnes séropositives qui fait émerger des problèmes nouveaux liés aux contraintes des traitements, à leurs effets secondaires et aux difficultés sociales, affectives et psychologiques.
- La persistance des prises de risques sexuelles est réelle parmi les personnes atteintes particulièrement chez les homosexuels.

### **L’action dans ce domaine doit prendre en compte :**

- la difficulté de maintenir sur le long terme des pratiques sexuelles protégées ;
- les besoins spécifiques des hommes séropositifs en traitement ;
- la nécessité d’informer sur l’accès au traitement post-exposition et d’améliorer son accessibilité ;
- la lutte contre la stigmatisation des séropositifs.
- le lien entre vie sexuelle, prévention et insertion sociale

### ***Informar les HSH séropositifs des risques de sur-contamination VIH et MST et des bénéfices d’une prévention individuelle entre les personnes séropositives et leurs partenaires :***

- Poursuite et renforcement des campagnes nationales et des actions avec les médias affinitaires ;
- Elaboration de documents précis sur les risques de sur-contamination.

### ***Soutenir les initiatives ou les programmes en faveur des séropositifs pour réduire l’impact des effets secondaires, accompagner les personnes en traitement et améliorer la qualité de vie en lien avec le programme personnes atteintes :***

- Création d’un champ sexualité et prévention dans le groupe Delfraissy,
- Accompagnement et soutien des programmes en direction des jeunes séropositifs (exemple la Ligne Azur, Contact...).

### ***Dans les hôpitaux intégrer la prévention dans les lieux et le trajet de soin des personnes séropositives :***

- Les services hospitaliers doivent intégrer la prise en compte de la vie sexuelle et la prévention dans la prise en charge des personnes séropositives (observance des traitements, impact des effets secondaires, problématiques de la sexualité dans les couples, soutien médico-psychosocial, etc. ),
- Les DDASS développeront et renforceront les liens entre les services de soins et de prévention (CDAG, DAV, associations ; exemple à Paris : mobilisation sur la prévention MST/VIH des soignants de l’APHP),
- Les professionnels médico-sociaux seront mobilisés par des formations centrées sur le soutien médico-psychosocial des personnes séropositives en traitement.

***Dans les lieux hors des hôpitaux, soutenir les projets centrés sur les besoins des personnes séropositives en traitement ou des couples séro-différents par :***

- le développement de l’offre de groupes de parole ou de soutien individualisé (exemple sur Paris : projets CGL, AIDES, KIOSQUE) et leur promotion,
- la mobilisation et la formation des professionnels sur le soutien médico-psychosocial dans le cadre des réseaux « ville-hôpital ».

**Avoir une approche conjointe des MST et du VIH dans la prévention, le dépistage et le soin**

La recrudescence des MST, en particulier chez les homosexuels séropositifs impose une approche conjointe des MST et du VIH dans l’ensemble des services de soins et des actions.

***Mobiliser les DAV, les services de dermatovénérologie et de maladies infectieuses, les CDAG, les CISIH pour une approche conjointe des MST et du VIH :***

- cette approche conjointe doit associer la prévention, le dépistage, l’information des partenaires et le soin,
- elle se fonde sur des recommandations actualisées en matière de prévention, de dépistage et de traitement par le Conseil Supérieur d’Hygiène Publique de France,
- elle passera par une programmation des DDASS qui associent les Conseils Généraux et les hôpitaux.

***Communiquer sur les MST à destination des HSH par :***

- l’élaboration de documents et de campagnes sur les MST, comme cofacteurs de vulnérabilité au VIH (BEH, bulletins d’alertes de la DGS),
- l’élaboration de documents spécifiques sur les signes, le dépistage, le traitement et la prévention des MST (outils du CFES et publications des associations nationales tel que l’AMG et Têtu),
- une attention portée à la cohérence des informations et des documents proposés dans les différents contextes de dépistage et de soin,
- l’incitation des intervenants de terrain sur les lieux de rencontre (fermés et extérieurs) à intégrer les MST à leurs actions de prévention.

***Améliorer le système de surveillance***

- Maintien des dispositifs de surveillance des gonocoques et des urétrites.
- Mettre en place un système de surveillance de la syphilis suite à la disparition de la déclaration obligatoire.

***Favoriser la formation des médecins en lien avec la FMC et les réseaux « ville-hôpital » sur l'importance du dépistage des MST, le diagnostic et la clinique (syphilis..)***

- En diffusant des dossiers spécifiques d'alerte (DGS, BEH, InVS).
- En intégrant la thématique des MST dans les formations VIH.

**Reconnaître et renforcer les interventions centrées sur la personne, les rapports de genre ou les groupes en tenant compte des facteurs psychosociaux personnels et de l'environnement :**

Développer l'écoute, le conseil et la prise en charge personnalisée prenant en compte la globalité de la personne.

***Mettre en place des formations au soutien médico-psychosocial :***

- Mise au point d'un nouveau cahier des charges suite au recensement et aux évaluations des formations existantes.
- Sur cette base, appel d'offres auprès des organismes de formation en vue de l'obtention d'un agrément.
- Elaboration d'une base d'information sur les organismes et les contenus de formation

***Renforcer le dispositif de formation à la sensibilisation des diversités sexuelles :***

- Le comité de pilotage DGS sur ces formations est maintenu.
- Les formations de CILO et d'autres organismes sur les thèmes des sexualités, des identités et des rapports de genre seront démultipliées.

***Recenser les formations et les outils à la conduite de projet, les différentes formes d'intervention et leurs évaluations :***

- Des centres de ressources documentaires pour les intervenants seront favorisés (exemples : ENSP).
- Des indicateurs d'évaluation seront définis.

## **V – RECHERCHE**

### **Favoriser des orientations de recherches en lien avec l’ANRS :**

- L’évolution actuelle du contexte socioculturel, incite la DGS à proposer des orientations sur l’impact des facteurs d’ordre psychologique et social sur les prises de risques des hommes ayant des rapports avec des hommes, notamment chez les jeunes (enquête presse gay, enquêtes épidémiologiques, enquête qualitative sur les histoires de vie...).
- L’effort de recherche doit s’attacher plus particulièrement à certaines populations telles que les hommes bisexuels, les hommes des DFA et ceux qui appartiennent à des communautés ou milieux où l’homophobie est importante.
- L’étude des interactions entre maladie VIH, situation sociale et personnelle, vie sexuelle et prévention constitue également un thème prioritaire.
- Sera maintenue l’Enquête presse gay.

### **Diffuser les résultats des recherches auprès des DDASS, DRASS et des réseaux nationaux d’associations.**

## **VI – EVALUATION**

### **Définir et mettre en place des indicateurs nécessaires au suivi et à l’évaluation des actions**

#### **Au niveau national :**

1. Suivre le programme :
  - L’ensemble du programme sera accompagné d’un dispositif de suivi et d’évaluation (un groupe rassemblant administratifs, acteurs de terrain et chercheurs) permettant d’apprécier la mise en œuvre et les résultats par des indicateurs budgétaires, des indicateurs d’activité et des indicateurs de résultats.
  - Le programme d’action sera suivi à partir d’un tableau de bord permettant d’identifier les pilotes et les étapes de réalisation des actions.
2. Analyser les données recueillies par les administrations et les résultats de la surveillance épidémiologique.
  - Indicateurs épidémiologiques : suivi des nouveaux diagnostics VIH (D.O. à partir de 2002, DMI 2), enquêtes CDAG, profil épidémiologique des personnes ayant recours aux traitements après exposition (TAE) et réseau national du gonocoque (RENAGO), surveillance de la syphilis.
  - Connaissances, attitudes, croyances et comportements : en population générale (publication fin 2001), chez les jeunes, en DFA, enquête presse gay (2000 et 2002), baromètre santé 12 – 75 ans.
  - Indicateurs d’activité :
    - Suivi d’activité des CDAG par l’InVS (données semestrielles) et des alertes DAV (parution BEH sur les alertes MST).

- Nombre de personnes ayant recours aux TAE.
  - Statistiques des appels à Sida Info Service.
  - Nombre de préservatifs distribués dans les lieux commerciaux et autres lieux (données du SNEG et du CFES).
  - Allocation de financements public et privé (dons à Ensemble Contre le Sida, budget de l’Etat)
3. Suivre et évaluer les actions
- Evaluation post-campagne menées par le CFES, campagnes grand public, campagnes ciblées sur les HSH,
  - Fréquence des communications institutionnelles : conférences de presse, points presses, alertes, publications,
  - Fréquences des communications des agences InVS, ANRS,
  - Bilan du partenariat avec les principaux acteurs associatifs (SNEG, AIDES, les Sœurs...).
  - Evaluation des formations impulsées au niveau national (sensibilisation aux diversités sexuelles, à l’approche psychosociale, à l’élaboration de projet d’action)
4. Evaluer avec les acteurs du programme l’avancée des programmes,
- Organisation de rencontres avec les « chargés du VIH » des DDASS et des DRASS pour évaluer l’avancée des programmes et trouver des solutions aux difficultés rencontrées
  - Organisation au moins une fois par an une réunion avec les acteurs de la concertation du programme sur le bilan des actions (nationales et locales) au vu de l’évolution de la situation.

**Au niveau local :**

1. Baromètre gay à Paris visant à suivre les comportements dans les établissements gays.
2. Suivis départementaux des nouveaux diagnostics VIH dans les CISIH et CDAG.
3. Renforcement du dispositif d’alerte de la syphilis et la gonococcie auprès des différents acteurs (DAV, consultations hospitalières).
4. Mise en place d’un tableau de bord des actions pour les départements ou régions prioritaires.
5. Evaluation des actions locales par les DRASS et les DDASS.

**La mise en œuvre de ces mesures repose sur une forte implication des institutionnels, des professionnels et des gays comme communauté, en adaptant les stratégies préventives aux contextes de vie.**