

---

PLAIDOYER  
LUTTE CONTRE  
LE VIH/SIDA

**GroupesOS**  
Entreprendre au profit de tous

# « En finir avec le VIH : sans progrès social, les avancées scientifiques ne suffiront pas »



**E**n finir avec le VIH en 2030, c'est l'objectif qu'a fixé l'ONUSIDA en 2010. Si 10 ans plus tard nous sommes encore loin du compte, la dynamique est lancée et est internationale.

Première bonne nouvelle : depuis 2010, la mortalité liée au sida a été divisée par deux<sup>1</sup>. Ce début de victoire a été rendu possible grâce aux traitements et aux progrès réalisés en matière de prévention et de réduction des risques. Les antirétroviraux ont marqué le début du basculement. Grâce à ces traitements, l'espérance de vie des PVVIH<sup>2</sup> n'a cessé d'augmenter dans les régions du monde où ils sont disponibles et accessibles. Mais plus de 35 ans après la découverte du virus, il n'est toujours pas possible de guérir les patients souffrant du VIH. S'ils empêchent la réplication du virus, les antirétroviraux ne l'éliminent pas de l'organisme, ce

qui impose de prendre des traitements à vie pour contrôler durablement l'infection et empêcher le développement du sida. Pour en finir avec le sida, il faut stopper la transmission du VIH. Les traitements antirétroviraux sont une des clés pour atteindre l'objectif zéro contamination : une personne séropositive sous traitement antirétroviral ne transmet pas le virus à ses partenaires.

Deuxième bonne nouvelle : il existe aujourd'hui un traitement qui permet de se protéger du VIH : la PrEP est recommandée pour les personnes les plus exposées au VIH, et a démontré son efficacité à 100%<sup>3</sup>. Elle constitue sans aucun doute un outil majeur de prévention pour réduire l'épidémie de VIH.

Troisième bonne nouvelle : la lutte contre le VIH dans les pays à ressources limitées va disposer de moyens financiers sans précédent. Des donateurs et dirigeants ont promis 14 milliards de dollars pour mettre fin aux épidémies de VIH/sida, de tuberculose et de paludisme d'ici 2030. La contribution de la France à ce fonds a atteint pour la première fois 1,24 milliards de dollars, soit une augmentation de 15%.

Toutes ces bonnes nouvelles ne suffisent pas néanmoins pour crier victoire. Les discriminations auxquelles certaines populations font face posent des défis que progrès médicaux et moyens financiers ne peuvent résoudre seuls. Aujourd'hui, en France et dans le monde, nous ne sommes pas tous égaux face au risque de contracter le VIH. Les hommes gays, les femmes et les hommes trans, les travailleur.se.s du sexe et personnes en situation de prostitution, les personnes privées de liberté, et les personnes immigrées nées dans des pays à forte endémicité sont plus exposés au VIH. Partout ces communautés sont discriminées, souvent criminalisées et victimes d'atteintes aux droits humains qui les rendent plus vulnérables.

La France n'est pas épargnée par ces inégalités. Chaque année, plus de 6 000 personnes découvrent leur séropositivité : 40% sont gays ou HSH (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes), et 35% sont des personnes hétérosexuelles nées à l'étranger dont les 3/4 dans un pays d'Afrique.

La lutte contre le VIH/sida passe nécessairement par une transformation de l'environnement dans lequel vivent ces populations. En promouvant des législations et politiques publiques qui leur sont favorables, en luttant contre les Inégalités Sociales de Santé (ISS), en dénonçant la pénalisation de pratiques comme l'usage de drogue, et en luttant contre toutes les formes de discrimination et de stigmatisation dont sont victimes ces communautés et populations. Cette transformation sociale ne se fera pas sans les premiers et premières concerné.e.s : Le « Rien pour nous sans nous ! », que nous ont légué les pionniers de la lutte, n'a jamais été autant d'actualité.

**Nicolas Derche**

Directeur Arcat et le Kiosque Infos Sida

 @NicolasDerche

 Nicolas Derche

(1) Données ONUSIDA (2) Personnes vivant avec le VIH (3) Étude ANRS IPERGAY



## À GROUPE SOS Solidarités,

nous croyons au concept de fécondité sociale : chaque individu a quelque chose à apporter à ses contemporains.

Ainsi, nous déclinons le concept de solidarité au pluriel et développons des actions solidaires auprès de personnes précaires, souffrant d'addictions, atteintes du VIH, en situation de handicap, sans-abri ou mal logées, LGBT+, migrantes, travailleuses du sexe.

C'est par la recherche constante de solutions innovantes que nous parviendrons à faire reculer l'exclusion et la précarité.

### NOS PROPOSITIONS :

**1.** Créer des centres de santé communautaire proposant une offre de santé globale à destination des personnes LGBTIQ+, tout en étant des lieux-ressource pour la formation des médecins de ville à la santé sexuelle pour toutes et tous.

**2.** Développer des programmes de prévention à destination des populations migrantes reposant sur les principes de la santé communautaire, adaptés et pragmatiques.

**3.** Réviser la loi prostitution de 2016 en construisant avec les premier.ère.s concerné.e.s les réponses aux enjeux de santé, de sécurité, d'insertion et d'accompagnement des personnes en situation de prostitution / travailleur.se.s du sexe et aux enjeux de mise à l'abri et protection des victimes du proxénétisme et de la traite des êtres humains.

# Construire une offre de santé inclusive : **un bénéfice pour l'ensemble de la population**

## VIH/sida : de quoi parle-t-on ?

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un rétrovirus qui s'attaque aux cellules du système immunitaire et les détruit ou les rend inefficaces. Une personne est dite «séropositive pour le VIH» lorsqu'elle est infectée par le VIH, donc porteuse du virus. Cela ne signifie pas qu'elle est malade. En l'absence de traitement, l'infection au VIH se développe progressivement dans l'organisme entraînant un affaiblissement du système immunitaire et une vulnérabilité accrue aux infections opportunistes. On parle alors de stade sida (syndrome d'immunodéficience acquise). En l'absence de traitement, il peut se déclarer au bout de 10 à 15 ans.

Malgré des traitements très efficaces, on ne guérit pas du VIH. On parle d'une inflammation chronique due au virus pouvant favoriser l'apparition de certaines maladies dont les cancers. Le VIH se transmet à l'occasion de rapports sexuels non protégés, d'une transfusion de sang contaminé ou de l'échange de seringues contaminées. Il se transmet aussi de la mère à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement au sein.



**En France,  
1 personne  
séropositive sur 4**

**déclare avoir été discriminée par le corps  
médical au cours de l'année**

Vivre avec le VIH entraîne son lot d'exclusions, y compris de la part du corps médical. Les personnes LGBTIQ+ (Lesbienne, Gay, Bisexuel, Transgenre, Intersexe, Queer...) exposées à des risques spécifiques en santé, font également l'objet de discriminations et ont trop peu accès à des offres de santé adaptées à leurs besoins. Par ailleurs, nous constatons que la population globale elle-même est en demande d'une plus grande intégration de la santé sexuelle à la médecine générale.

Nos recommandations : développer la formation des médecins et professionnels de santé par des patients experts, et créer des centres de santé sexuelle communautaires à destination des personnes LGBTIQ+ adaptés aux enjeux du territoire. Ces centres pourront à la fois fournir une offre de soin adaptée et servir de lieu ressource pour les médecins de ville afin d'intégrer une offre de santé sexuelle inclusive à leur offre de santé globale.

## **Inégalités d'accès au soin des personnes vivant avec le VIH (PVVIH)**

Il existe un double effet de causalité entre VIH et discriminations dans l'accès au soin. D'une part, les populations-clefs, les plus vulnérables face au VIH<sup>4</sup> sont également les populations écartées de l'accès au soin. D'autre part, les personnes vivant avec le VIH sont exposées à un rejet d'une partie du corps médical en raison même de leur séropositivité.

Vivre avec le VIH est donc un facteur exposant à une moindre prise en charge sanitaire, un éloignement des parcours de prévention et de soin, et donc à des risques d'altération de la santé globale, dont la santé sexuelle et la santé mentale. En France, 1 personne séropositive sur 4 déclare avoir été discriminée par le corps médical au cours de l'année<sup>5</sup>. Cette inégalité de fait dans l'accès au soin est particulièrement inquiétante. Les personnes vivant avec le VIH sont fortement impactées par des problèmes de santé mentale, en lien direct avec les difficultés qu'elles rencontrent dans tous les aspects de leur vie : affective, sociale, professionnelle, d'accès au logement, etc. Un quart des personnes séropositives déclare avoir subi des discriminations, chiffre montant à plus d'un tiers quand elles sont des femmes venant d'Afrique subsaharienne ou des usagères de drogues<sup>6</sup>. Ces niveaux élevés traduisent non seulement la persistance du stigmate lié à la séropositivité, mais aussi ceux en lien avec la couleur de peau, les origines, l'orientation sexuelle, le genre ou la situation socio-économique. Parler de son statut à son/sa partenaire et à son environnement social sans craindre des discriminations reste compliqué. La prévalence de la dépression est estimée à 28% chez les personnes vivant avec le VIH, plus élevée que dans la population générale,

(4) Personnes LGBTIQ+, personnes migrantes, personnes en situation de prostitution et travailleur.se.s sexe, usagers de drogues.

(5) Enquête VHV, AIDES, 2016

(6) Enquête ANRS-Vespa2, 2013

## Santé sexuelle : quelle définition ?

Selon l'OMS, « la santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. »

en raison de l'inactivité, du manque de ressources financières, du fait d'avoir parlé de sa séropositivité et des expériences de discrimination. Le risque suicidaire concerne 6% des personnes séropositives, en particulier pour les personnes sans logement et se sentant isolées<sup>7</sup>.

Il y a donc un fort enjeu à lutter contre les inégalités sociales de santé en levant les préjugés et méconnaissances conduisant les acteurs de santé à rejeter les populations les plus vulnérables au VIH et les PVIH. Nous proposons la construction et la promotion de programmes de formation obligatoires assurés par des patients-experts, s'appuyant sur leur expérience de parcours de soin compliqué par les discriminations. Ces programmes seraient destinés aux médecins et professionnels de santé dans leur cursus initial mais également tout au long de la vie professionnelle.

### **Les inégalités dans l'accès au soin des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes**

Le nombre total de personnes ayant découvert leur séropositivité en 2018 est estimé à 6 200, en diminution par rapport à 2017. Cette diminution est observée dans plusieurs groupes de personnes, en lien avec les actions de prévention mises en place (renforcement du dépistage, PrEP, ...). Si on observe une inflexion des nouvelles contaminations chez les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH), ce groupe demeure celui le plus touché, avec environ 2500 HSH dépistés positifs au VIH en 2018<sup>8</sup>. De plus, aucune diminution n'est observée chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes nés à l'étranger, populations à laquelle une attention particulière doit être portée.

Il s'agit également d'une population subissant un fort rejet, avec des conséquences désastreuses en termes de santé mentale : 1 HSH sur 2 a déjà subi un épisode dépressif, et 1 sur 5 a déjà fait au moins une tentative de suicide<sup>9</sup>. C'est 5 fois plus que dans la population générale. C'est également une population exposée aux consommations de produits psycho-actifs à risque, et notamment dans un contexte sexuel pouvant altérer la capacité à se protéger et à consentir (chemsex). Or, nous pouvons là aussi établir un lien direct entre les discriminations subies par cette population et les expositions au risque : 1 HSH sur 3 a subi une discrimination ou violence homophobe

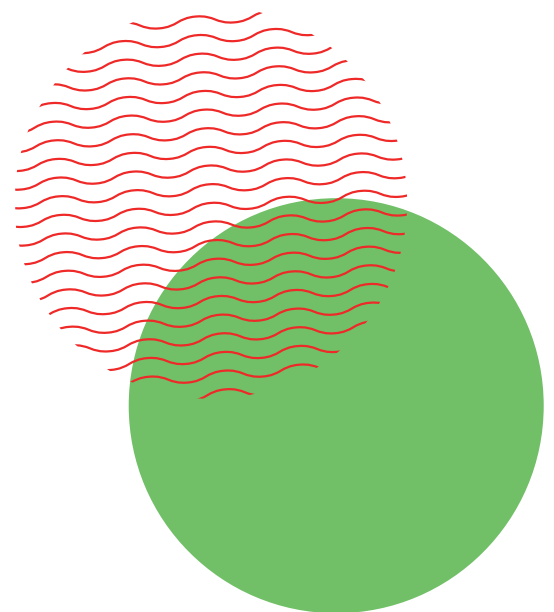
dans l'année, des rejets venant de leur famille ou cercle social, et particulièrement quand ils sont jeunes ou appartenant à une classe socio-économique défavorisée<sup>10</sup>.

On constate donc des obstacles dans l'accès au soin des personnes LGBTIQ+ : exclusions, système médical hétéronormé et sentiment d'incompréhension du corps médical envers leurs pratiques, dans un contexte de surexposition aux risques pour leur santé physique et mentale. Dans ce cas également, la lutte contre les inégalités dans l'accès au système de santé de droit commun et l'offre de soins et de préventions adaptées constituent le premier outil pour enrayer l'épidémie.

### **Une offre de santé inadaptée aux spécificités des personnes trans**

L'accès au soin des personnes trans est particulièrement complexe, en raison notamment de l'inadéquation de l'offre existante à leurs besoins réels<sup>11</sup>. Par ailleurs, elles sont souvent exposées à des risques de précarité économique et sociale. Les personnes trans ont une santé sexuelle globalement moins bonne que la population générale : moins d'activité sexuelle, davantage d'isolement, et une exposition aux risques en santé sexuelle supérieure. La moitié d'entre elles déclare ne jamais utiliser de préservatif lors de leurs rapports sexuels avec le ou la partenaire principal.e, 21% ne recourent jamais au dépistage. Malgré le manque de données, plusieurs recherches estiment une prévalence au VIH allant de 2 % chez les jeunes à 45 % chez les femmes trans travailleuses du sexe.

Ces enjeux de santé spécifiques indiquent clairement le besoin de proposer une offre de santé et un accès aux soins adaptés aux personnes trans. Or, il est non seulement compliqué de trouver des professionnels de santé pouvant répondre aux



(7) Ibid

(8) Santé Publique France, VIH/sida : données 2018 sur les découvertes de séropositivité VIH et diagnostics du sida

(9) HCSP. Santé sexuelle et reproductive. Paris : Haut Conseil de la Santé Publique, 2016

(10) Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.). Baromètre santé 2005, Attitudes et comportements de santé. INPES, coll Baromètres santé, 2007

(11) Kayigan d'Almeida Wilson, France Lert, François Berdougo, Héliène Hazera. Transsexuel(le)s: conditions et style de vie, santé perçue et comportements sexuels. Résultats d'une enquête exploratoire par Internet, 2007.

(12) 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

(13) Ibid

enjeux de santé spécifiques aux personnes trans, mais il est également difficile d'avoir accès à des médecins généralistes, pourtant première porte d'entrée dans le soin pour la population générale. 20% des personnes trans interrogées affirment avoir déjà renoncé à rencontrer un médecin par peur d'une discrimination liée à leur transidentité, et 49% ont déjà subi une telle discrimination ou ont déjà renoncé à un droit parce qu'elles ont peur d'y être exposées<sup>14</sup>.

Il est donc nécessaire de renforcer les compétences des professionnels de santé et du secteur médico-social pour qu'ils soient en capacité de les accueillir dans le respect de leur identité et de leur parcours, et de répondre à leurs besoins et enjeux de santé spécifiques. Une approche de santé globale et pluridisciplinaire doit par ailleurs être offerte aux personnes trans dans des centres de santé inclusifs proposant une palette de soins en endocrinologie, gynécologie, proctologie, santé mentale, sexologie, addictologie, et médecine générale.

### **Santé sexuelle en médecine générale : une demande grandissante bénéfique à l'ensemble de la santé publique**

En parallèle des lacunes de l'offre de santé sexuelle à destination des personnes LGBTQ+, nous constatons une forte demande au sein de la population générale pour intégrer cet aspect à l'offre de santé proposée par les médecins généralistes. Une étude réalisée sur 1500 patients en Suisse montre que 90% d'entre eux souhaitent, malgré une éventuelle gêne, être interrogés sur leur sexualité par leur médecin traitant plutôt que de recevoir des conseils en prévention non personnalisés. Malgré ce souhait qu'ils ont exprimé, seuls 40% des patients ont déjà eu une telle discussion avec leur médecin<sup>15</sup>.

Ces consultations orientées sur la santé sexuelle sont très peu réalisées, alors qu'elles permettent, à travers l'identification des pratiques et des expositions aux risques, de diminuer la mortalité en lien avec les IST, le cancer du col, les IVG. Ces consultations sont justifiées par une haute prévalence des dysfonctionnements sexuels (concernant 1 personne sur 2



### **Inégalités dans l'accès au soin des personnes migrantes**

L'enquête ANRS PARCOURS met aussi en évidence des barrières dans l'accès aux soins. En effet, plus d'un participant à l'enquête sur cinq rapporte avoir déjà renoncé au soin, le plus souvent pour raisons financières ou administratives. Cette enquête montre également que les immigrés africains rapportent des refus de soins plus fréquents parmi les personnes vivant avec le VIH (12%) que parmi les répondants non atteints par le VIH (6%). En dehors des discriminations liées à la séropositivité, les refus de soins sont principalement attribués par les répondants à leur affiliation à la CMU ou à l'AME.



### **Une initiative du GROUPE SOS**

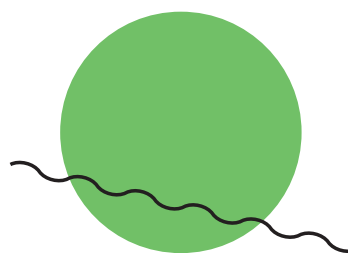
**Le Checkpoint-Paris.** Porté par l'association le Kiosque Infos Sida et Toxicomanie, le Checkpoint-Paris développe une offre communautaire implantée au plus près des lieux de socialisation gays, avec un ensemble de services de santé sexuelle dédiés aux publics LGBTQ+. Il comprend un Centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic qui propose une offre de consultation PrEP. Impliqué dans la recherche scientifique autour du VIH, il participe actuellement à deux études nationales, Prévenir (ANRS) et Memodépistage (Santé Publique France).

En juin 2019, le Checkpoint-Paris a remporté un Appel à Manifestation d'Intérêt de la Direction Générale de la Santé pour devenir un centre de santé sexuelle communautaire. Ce centre a pour objectif d'augmenter significativement le nombre de dépistage VIH et IST chez les HSH (objectif : 15 000 dépistages annuels) et d'assurer un traitement dans les 4 à 6 heures en cas d'IST positive. Il a également pour objectif de renforcer l'offre PrEP, et de proposer une offre de santé adaptée et inclusive à tous les publics LGBTQ+, notamment en proposant des consultations spécialisées à horizon 2020.



### **Une initiative du GROUPE SOS**

**La consultation chemsex du Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) Monceau.** Le chemsex est l'usage de produits psychoactifs en contexte sexuel. On constate une recrudescence de ce phénomène depuis une dizaine d'années chez les HSH. Depuis 2019, un dispositif de consultation d'addictologie *gay friendly* est mis en place, dans le cadre du partenariat entre le Checkpoint-Paris et le Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) Monceau. Cette consultation permet une prise en soin psychothérapeutique dans le cadre d'une approche communautaire.



(14) Ibid

(15) Meystre-Agustoni G. Talking about sexuality with the physician, are patients receiving what they wish? Swiss Med Wkly. 2011;141

(16) Nusbaum MR, Hamilton CD. The proactive sexual health history. Am Fam Physician. 2002;66(9):1705-1712

(17) Ibid

(18) Anna Lebateux. Santé sexuelle en médecine générale : attentes des femmes victimes de violences. Médecine humaine et pathologie. 2018.

# 90%

**des patients souhaitent être interrogés sur leur vie sexuelle par leur médecin traitant**

au cours de sa vie). Ces dysfonctionnements ont des retentissements sur la vie sociale et familiale, sur la santé mentale et ont un lien avec de nombreuses maladies (diabète, HTA, dépression...)¹⁶. La sexualité peut également être un indicateur de santé mentale (violences, conduites à risque, estime de soi...) et enfin servir la prévention, notamment des violences faites aux femmes¹⁷. La réussite de l'intégration de la santé sexuelle dans la médecine générale pourrait donc faire diminuer les risques pour la santé et la mortalité, et améliorer le bien-être des patients¹⁸.

Nous pouvons ainsi chercher à concilier les besoins des publics LGBTIQ+ d'accéder à des soins et à une prévention qui leur soient adaptés, avec l'intérêt considérable en termes de santé publique résultant de l'intégration de la santé sexuelle à la médecine générale. Nous proposons donc de créer des centres de santé communautaire à destination des personnes LGBTIQ+, incluant une offre de soins classiques, une offre de santé sexuelle (offre de dépistage en continue du VIH et des IST, sexologie, addictologie, ...) et une offre de santé spécialisée (gynécologie, endocrinologie, proctologie...).

Ces centres de santé, en développant des offres de soins en santé sexuelle inclusive, pourront par ailleurs servir de lieux ressources pour la médecine générale et les médecins de ville, afin d'y recevoir des formations et participer à des temps d'échanges de bonnes pratiques entre professionnels. Nous travaillerons ainsi dans le même temps à développer la santé communautaire adaptée aux personnes LGBTIQ+, et la capacité des médecins de ville à intégrer la santé sexuelle, adaptée à chaque public, à leurs consultations, maximisant ainsi l'impact positif sur la santé publique globale.

## NOS PROPOSITIONS

1. **Créer des centres de santé communautaire proposant une offre de santé globale à destination des personnes LGBTIQ+, tout en étant des lieux-ressource pour la formation des médecins de ville à la santé sexuelle pour toutes et tous.**



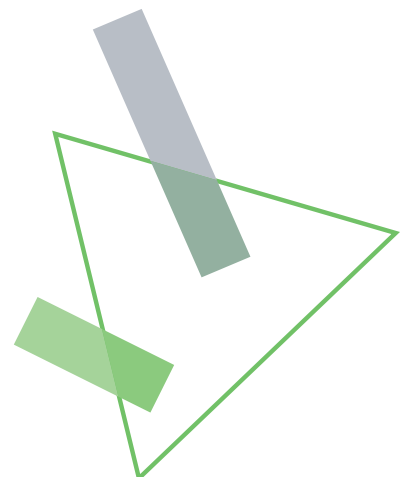
Une initiative du GROUPE SOS

**La Maison d'accueil spécialisé (MAS) Francis de Pressensé** accueille des personnes dépendantes et souffrant de pathologies neurologiques lourdes dont une vingtaine de patients souffrant de neuro-sida, c'est-à-dire d'atteintes neurologiques consécutives au VIH. Ces dernières impliquent des troubles de la parole, de la mémoire, des difficultés motrices, qui nécessitent un soutien constant dans les gestes de la vie quotidienne. La MAS Francis de Pressensé est un lieu de vie adapté, sécurisant et réconfortant, encadré par une équipe de plus de 80 professionnels. L'établissement dispose d'équipements de qualité, pour la balnéothérapie par exemple, ou encore une salle d'art thérapie.



## Universalisme proportionné

L'universalisme proportionné offre une réponse à l'antagonisme entre les approches universelles et ciblées. Les programmes universels ont l'avantage d'être ouverts à tous, mais dans les faits, ils sont souvent peu accessibles aux personnes les plus fragiles. Inversement, les programmes ciblés ont comme point fort de s'adresser aux populations les plus à risque, celles qui, précisément, échappent généralement aux programmes universels. Mais ils peuvent exclure des personnes vulnérables se trouvant dans les populations qui ne sont pas, a priori, identifiées comme étant à risque. L'universalisme proportionné vise ainsi à combiner les deux approches, universelle et ciblée, pour que l'ensemble de la population accède aux programmes de prévention et de soin tout en accordant une attention particulière aux groupes les plus exposés. Cela permet de diminuer l'écart entre les groupes et de prendre en compte chacun selon ses besoins.



# Migrations & VIH: la précarité de l'accueil en France fait le lit de l'épidémie



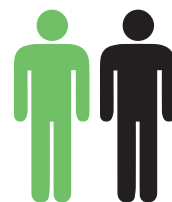
Parmi les nouveaux cas de découvertes d'infection au VIH chez les hétérosexuels en 2017, 75% concernent des personnes nées à l'étranger, principalement en Afrique subsaharienne<sup>19</sup>. Les personnes nées à l'étranger sont la deuxième population-clef en terme de taux d'infection au VIH, après les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH). Contrairement aux idées reçues, la moitié des contaminations a lieu après la migration. En cause : les conditions de vie précaires, l'absence de droits, le mal-logement de très longue durée, et des accompagnements peu adaptés aux spécificités des parcours de vie marqués par l'exil.

Notre recommandation : des programmes de prévention reposant sur les principes de la santé communautaire adaptés et pragmatiques, mettant l'accent tant sur le dépistage et l'appropriation des nouveaux outils de prévention que sur un accompagnement inconditionnel de qualité afin de réunir les conditions de vie nécessaires aux personnes pour prendre soin de leur santé.

## L'épidémie favorisée par la précarité des personnes ayant un parcours migratoire en France

La population migrante, notamment originaire d'Afrique subsaharienne, est particulièrement exposée au risque de contamination au VIH. Venant de la région du monde la plus touchée par le VIH, l'hypothèse d'une « maladie importée », c'est-à-dire d'une contamination pré-migratoire, a longtemps été privilégiée. Or, de récents travaux au niveau européen démontrent qu'une importante partie d'entre eux est contaminée après l'arrivée en Europe.

Parmi les migrants subsahariens vivant avec le VIH en France, entre 35% et 49% sont contaminés après leur arrivée dans le pays<sup>20</sup>. On estime que la majeure partie d'entre eux est contaminée pendant la période dite de « pré-installation », durant laquelle les personnes ne réunissent pas de conditions administratives stabilisées, un logement personnel et un revenu propre. Ce qui est d'autant plus inquiétant que cette période tend à s'allonger, pour atteindre environ 7 années après l'arrivée sur le sol français. Ces chiffres se retrouvent au niveau européen : 31% des migrants subsahariens séro-



1 homme sur 2



1 femme sur 3

**vivant avec le VIH né.e en Afrique subsaharienne  
a été contaminé.e après son arrivée en France**

positifs ont été contaminés par le VIH après leur arrivée en Europe, la moitié des personnes asiatiques et plus des deux tiers des personnes caribéennes<sup>21</sup>.

Les raisons des transmissions du VIH tiennent à la fois au contexte socioculturel d'origine où l'accès aux outils de prévention n'est pas optimal, au parcours migratoire (violences sexuelles et expositions majeures au risque) et aux conditions de vie socio-économiques en France<sup>22</sup> : la précarité et l'insécurité administrative augmentent l'exposition aux risques sexuels. L'absence de logement stable, de ressources et la peur de l'expulsion poussent à accepter des relations ou rapports sexuels en échange d'aide, et ce mode de vie

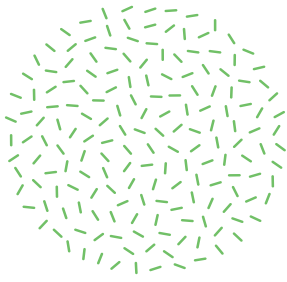
(19) Santé Publique France, Mars 2019

(20) Enquête ANRS Parcours

(21) Ibid

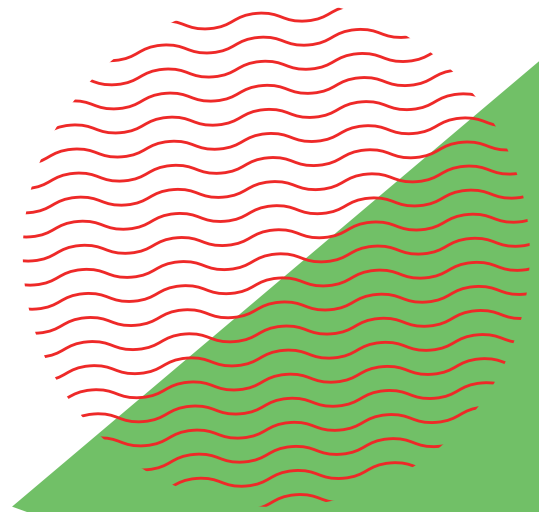
(22) Ibid





axé sur la survie et la satisfaction des besoins primaires (se nourrir, se loger...) rend secondaire l'attention portée à la santé en général.

La période de pré-installation est donc propice à l'exposition au VIH, avec une corrélation directe entre précarité et prise de risque, notamment chez les femmes. Celles qui n'ont pas de revenus personnels durant cette période ont 2 fois plus de risques d'avoir des partenaires multiples. Lorsqu'elles traversent une année sans logement personnel ni papiers, elles ont 8 fois plus de risque d'accepter un rapport sexuel en échange d'une aide ou d'un hébergement ; et leur position de débitrice rend difficile d'imposer l'utilisation du préservatif. Les rapports sexuels constituent alors l'ultime ressource contre la grande précarité. Enfin, elles sont fortement exposées à la violence sexuelle, particulièrement quand elles sont en situation de précarité résidentielle : quand les femmes sont hébergées par des parents ou amis, elles sont 3 fois plus exposées aux violences sexuelles que les années avec logement personnel<sup>(23)</sup>. Les femmes sont donc non seulement exposées à la violence, mais également à la transmission du VIH lors de rapports non protégés, consentis ou non.



### Une initiative du GROUPE SOS

**Makasi** est une recherche interventionnelle menée par Arcat, Afrique Avenir et l'équipe de recherche du Centre d'études Population et Développement. Elle a pour objectif général de renforcer l'*empowerment* en santé sexuelle des personnes immigrées d'Afrique Subsaharienne et des Caraïbes vivant en Ile-de-France. L'objectif est d'améliorer leur pouvoir d'agir et leur capacité de protection dans les interactions sexuelles. Cette nouvelle offre d'accompagnement a été pensée avec l'aide d'un groupe de pairs ayant mobilisé leurs savoirs expérientiels pour co-construire avec l'équipe de chercheur.se.s, de travailleur.se.s sociaux.les et de médiateur.rice.s une réponse plus adaptée aux besoins des publics ciblés par l'action.

(23) Ibid

## De cela, nous pouvons tirer trois conclusions :

1. Le taux de contamination pendant la période de pré-installation démontre qu'il faut passer d'une politique axée sur le dépistage à l'arrivée en France à une politique de dépistage de routine tout au long de la période d'installation et au-delà. Il est également nécessaire d'instaurer une politique de prévention à long terme, prenant en compte les risques de contamination sur le sol français et mobilisant tous les outils de prévention dont nous disposons, dont la PrEP.

2. Nous devons agir sur les causes de l'exposition au VIH : précarité, violences, mal logement, anxiété d'une situation instable. En cela, la lutte contre le VIH rejoint pleinement la lutte contre les défaillances de l'accueil des personnes migrantes et demandeuses d'asile : seule une prise en charge globale et de qualité peut enrayer l'épidémie.

3. L'accès à la santé et aux soins des étrangers doit être garanti à toutes les étapes de leur parcours d'installation en France, et ce dès leur arrivée sur le territoire. Afin d'enrayer l'épidémie, il est également indispensable de garantir le droit au séjour pour soin, décorrélé de tout enjeu de maîtrise des flux migratoires et sous la compétence du Ministère de la Santé.

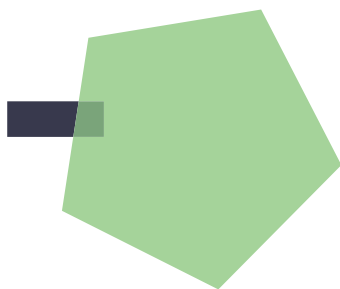
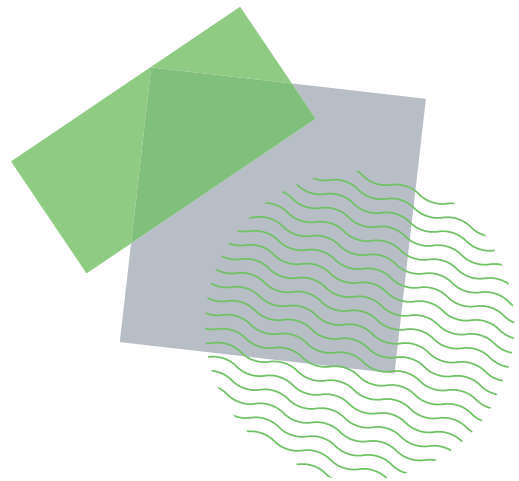
### La santé communautaire : principes d'action

La santé communautaire fait partie intégrante de la santé publique. Sa spécificité est d'être populationnelle et non individuelle. Elle promeut une vision globale et de proximité de la santé. Cette stratégie implique une réelle participation de la communauté à l'amélioration de sa santé. Il y a santé communautaire quand les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur leurs problèmes de santé, expriment des besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement des activités les plus aptes à répondre à ces priorités, et à leur évaluation.



### Une initiative du GROUPE SOS

**Le programme Asia d'Arcat.** Initié en 1998, ce programme propose de la médiation sanitaire en mandarin auprès de la population migrante asiatique d'Ile-de-France. Il est assuré par une médiatrice en santé, infirmière de formation, issue de la communauté asiatique, et parlant plusieurs dialectes. Elle anime des activités dans des lieux habituellement fréquentés par la communauté chinoise. Son rôle de médiatrice de santé contribue à créer un circuit d'information sur la santé pour cette communauté. Depuis 2016, une action dédiée aux travailleuses du sexe chinoises est menée en partenariat avec le «lotus bus» de Médecin du monde. Dans un local de l'association Arcat, situé à proximité des lieux d'exercice des travailleuses du sexe chinoises, ce programme propose des actions d'information, de prévention, de dépistage rapide du VIH et d'orientation vers les dispositifs de santé en capacité d'accueillir le public sinophone.



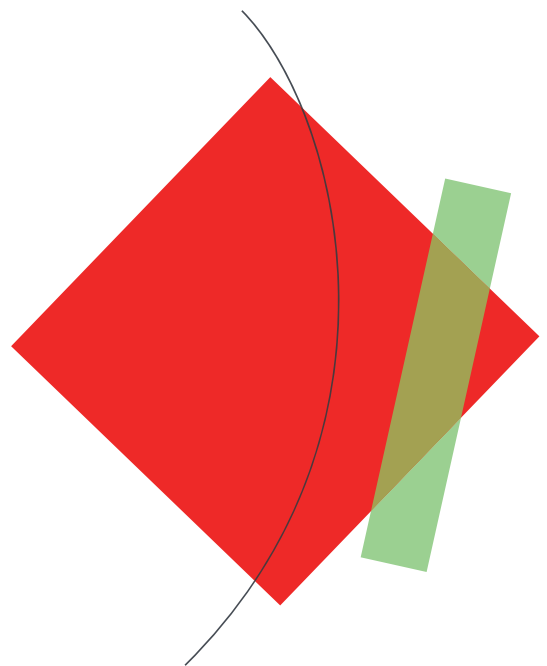
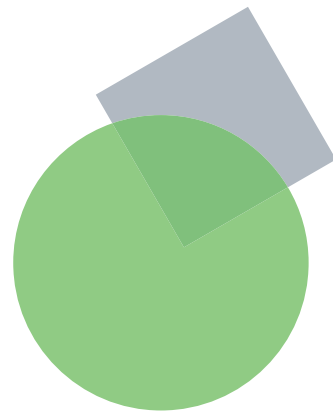
## La santé communautaire pour une prévention efficace et adaptée aux besoins des populations vulnérables

Pour toucher la population ciblée, nous devons adapter les actions de prévention et d'accompagnement à ses besoins et à sa réalité quotidienne.

Nous observons par exemple aujourd'hui des inégalités d'accès à la PrEP entre les différentes populations-clés : si les gays et HSH ont un bon niveau de connaissance de l'outil et s'en saisissent de plus en plus à travers des offres adaptées à leurs besoins, ce n'est pas le cas des autres populations cibles, et plus spécifiquement des personnes originaires de pays à forte prévalence (principalement Afrique subsaharienne et Caraïbes). Par ailleurs, les parcours d'accompagnement à la PrEP mis en place par et pour les gays et HSH ne sont pas transposables à l'identique pour d'autres publics. Or, proposer une offre adaptée nécessite une connaissance fine des réalités quotidiennes du public, des ressorts culturels, et une capacité à aller vers les personnes de manière adaptée.

Les associations communautaires s'appuient sur l'expérience partagée de savoirs expérientiels pour répondre au mieux au public qu'elles représentent. Elles donnent une considération et une autonomie valorisantes, permettent le partage d'expérience entre pairs ayant souvent plus d'impact que les relations « verticales » d'accompagnement et le développement des capacités. En s'appuyant sur l'expérience des pairs, elles peuvent définir des programmes d'aller-vers et d'accompagnement adaptés à la population cible. Les associations communautaires permettent aussi d'améliorer l'efficacité des actions de prévention, de dépistage, de soin et d'accompagnement en les concevant de la manière la plus réaliste possible en fonction des besoins réels et non supposés des personnes ; tout en ayant un bénéfice certain dans le rétablissement des personnes accompagnées.

Pour que les politiques de prévention, de réduction des risques et d'accompagnement dans le soin soient les plus adaptées possibles, nous préconisons donc de développer les programmes de santé communautaire à destination des populations migrantes. Ces programmes doivent être basés sur la pair-aidance et la pair-émulation, et mettre l'accent tant sur le dépistage et l'accès aux nouveaux outils de prévention que sur un accompagnement global de qualité permettant de renforcer les capacités des individus à faire des choix favorables à leur santé.



### NOS PROPOSITIONS

- 2. Développer des programmes de prévention à destination des populations migrantes reposant sur les principes de la santé communautaire, adaptés et pragmatiques.**

# Prostitution, travail du sexe & santé : **élaborer des réponses efficaces et pragmatiques avec les premier.ère.s concerné.e.s**

Les discriminations dont sont victimes les populations-clés, c'est-à-dire les communautés et groupes de personnes particulièrement vulnérables au VIH, augmentent leur exposition au risque de contamination en altérant leur accès aux parcours de prévention et de soin. Or, les acteurs de terrain constatent que certaines dispositions législatives contribuent à éloigner les populations-clés du système de santé, parfois même alors qu'elles visent leur protection. Faute de prendre en compte leurs réalités de vie, ces lois participent à leur exclusion et les exposent davantage au risque de contracter le VIH. Parfois plus idéologiques que pragmatiques, elles gagneraient à être révisées pour protéger de manière efficiente les populations concernées, et bénéficier par extension à l'ensemble de notre santé publique. Comment faire ? Tout d'abord, en reconnaissant l'échec des politiques publiques guidées par un principe idéologique qui se sont éloignées de leur objectif premier en ne répondant pas aux besoins des personnes les plus vulnérables. Ensuite en mettant les populations et leurs savoirs expérimentiels au centre de l'élaboration des politiques qui les concernent.

Le GROUPE SOS ne se place pas dans un débat idéologique « pour ou contre la prostitution » qui jusqu'à présent n'a jamais bénéficié aux premières personnes concernées. En tant qu'acteur du soin et de l'accompagnement social, nous plaidons pour que les conditions de vie des personnes en situation de prostitution et des travailleur.se.s du sexe soient dignes, sans précarité, mal-logement, violences et risques sanitaires, dans une logique de réduction des risques. Avec un impératif : construire un parcours de sortie efficace pour les personnes en situation de prostitution et les travailleur.se.s du sexe qui le souhaitent. **Par ailleurs, le GROUPE SOS dénonce avec force toute forme d'exploitation des êtres humains employant la contrainte, la menace, la violence ou abusant de situations de vulnérabilité.**



## 63%

**des personnes en situation de prostitution et des travailleur.se.s du sexe constatent une dégradation de leur santé depuis la promulgation de la loi en 2016.**

## 78%

**une hausse de la précarité.**

## 38%

**ne parviennent plus à imposer systématiquement le préservatif.**

La loi du 13 avril 2016<sup>24</sup> introduisant la pénalisation des clients de la prostitution a fortement dégradé la situation économique et sociale des personnes en situation de prostitution et des travailleur.se.s du sexe, une des populations les plus exposées au VIH. 42% des personnes en situation de prostitution et des travailleur.se.s du sexe sont davantage exposé.e.s aux violences, en étant à présent contraintes de travailler dans des lieux isolés, sur des horaires allongés et de plus en plus tard dans la nuit, en acceptant des clients qui auraient été refusés auparavant. 63% constatent de ce fait une dégradation des conditions de vie – santé physique et mentale, 78% une baisse de leurs revenus conduisant à une grande précarité, en particulier des femmes migrantes travaillant dans la rue, car la raréfaction des clients et leur inquiétude face au risque encouru ont accru la concurrence et fait baisser les prix. 38% des personnes en situation de prostitution et des travailleur.se.s du sexe déclarent avoir de plus en plus de difficultés à imposer l'usage du préservatif<sup>26</sup>. Or, l'esprit de la loi était de protéger les personnes en situation de prostitution et les travailleur.se.s du sexe, en renversant la charge de la culpabilité par l'abrogation du délit de racolage et la pénalisation des clients..

Quant au « parcours de sortie de la prostitution », volet social de la loi, son bilan est mitigé : seules 39% des personnes en situation de prostitution et travailleur.se.s du sexe connaissent son existence, et parmi elles, seules 26% souhaitent en faire la demande ; alors que la majorité d'entre elles souhaite changer d'activité<sup>27</sup>. En cause, un parcours de sortie de prostitution déconnecté de la réalité des situations des personnes concernées : d'une part ses conditions d'accès sont bien trop restrictives, notamment l'obligation d'avoir cessé l'activité prostitutionnelle au préalable, qui, en plus d'être hautement discutable puisque l'activité n'est pas interdite par la loi, est contraire au principe d'inconditionnalité de l'accueil, comme le souligne le Défenseur des Droits<sup>28</sup>. D'autre part, les moyens mobilisés sont insuffisants pour permettre à celles et ceux qui le souhaitent de s'inscrire dans ce parcours de sortie : le niveau de l'allocation accordée est bien trop bas pour permettre de vivre dignement, le recours au logement social dysfonctionne, et on constate des inégalités entre les territoires concernant la mobilisation et le déploiement du dispositif. Depuis leur création, seuls 160 parcours ont été initiés. Enfin, la durée du titre de séjour de 6 mois délivré aux personnes étrangères intégrant ce parcours de sortie les empêche de se projeter et de construire une insertion professionnelle durable.

## Les principales dispositions de la loi du 13 avril 2016

La loi visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées du 13 avril 2016, communément appelée « Loi de pénalisation des clients », comporte 3 dispositions principales :

- L'abrogation du délit de racolage public, qui visait à réprimer l'offre de prostitution.
- L'interdiction de l'achat d'acte sexuel, devenu une infraction, qui vise à réprimer l'achat de la prostitution (volet répressif).
- La création d'un parcours de sortie de la prostitution, qui vise à accompagner le changement d'activité des personnes en situation de prostitution et des travailleur.se.s du sexe. Ce parcours inclut une autorisation provisoire de séjour de 6 mois renouvelable pour les personnes qui en ont besoin ; le versement d'une aide financière à l'insertion sociale et professionnelle pour les personnes non éligibles aux minima sociaux ; et enfin, le soutien d'une association agréée pour l'accès à un logement social, à une formation, aux soins et aux droits (volet social).

(24) Loi N°2016-44 du 13 avril 2016 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées

(26) Que pensent les travailleur.se.s du sexe de la loi prostitution ? Enquête sur l'impact de la loi du 13 avril 2016 contre le « système prostitutionnel », Héléne le Bail, chercheuse CNRS Sciences Po-CERI, avril 2018

(27) Ibid

(28) Avis du Défenseur des Droits n°15-28, 16 décembre 2015

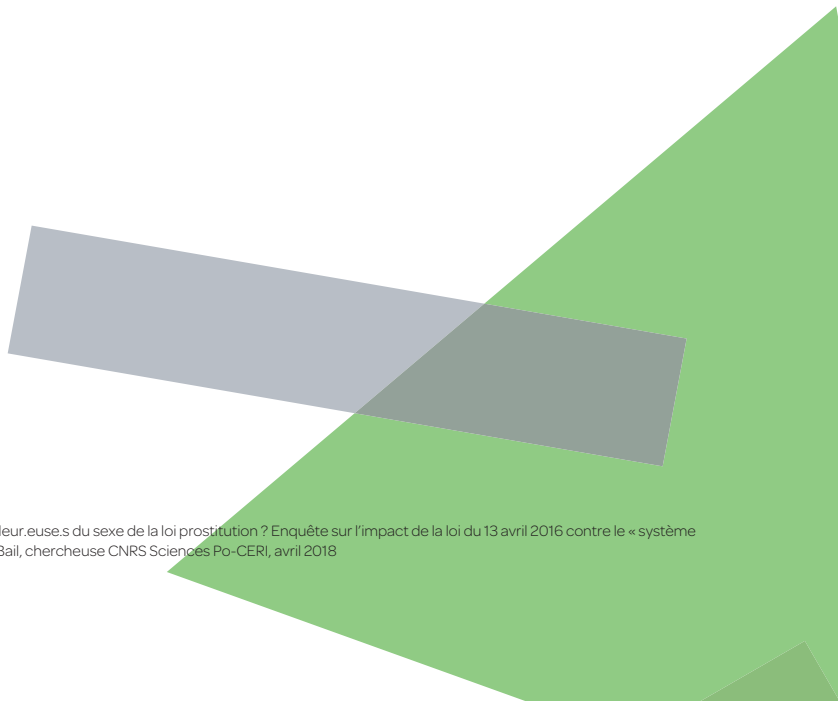
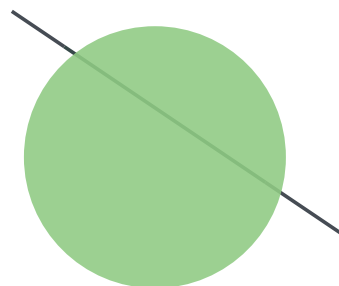
70% des personnes en situation de prostitution et des travailleur.se.s du sexe constatent une absence d'amélioration, voire une détérioration de leurs relations avec la police malgré l'abrogation du délit de racolage et la volonté protectrice de la loi<sup>29</sup>.

Comment en sommes-nous arrivés à ce qu'une loi qui vise à protéger une population se retourne contre celles et ceux qu'elle était censée protéger ? L'élément de réponse principal réside sans doute dans le fait que la parole des première.s concerné.e.s, centrée sur les conséquences réelles et pratiques d'une telle loi, a été ignorée au profit d'une vision idéologique d'une France sans prostitution. En résulte une politique publique non seulement inefficace –le nombre de personnes en situation de prostitution et des travailleur.se.s du sexe n'a pas diminué- mais surtout néfaste pour les personnes directement concernées avec la dégradation des conditions de sécurité, de santé et de niveau de vie, et l'augmentation ressentie de la stigmatisation. 88% des personnes en situation de prostitution et des travailleur.se.s du sexe s'opposent toujours à cette loi<sup>30</sup>.



#### Une initiative du GROUPE SOS

**Le Service écoute accompagnement (SEA) d'Altair** travaille en partenariat avec El pasaje latino. Il accueille des personnes en situation de prostitution et travailleur.se.s du sexe en situation de précarité et propose un accompagnement global pour construire des projets d'insertion sociale et professionnelle avec les personnes accueillies.



(29) Que pensent les travailleur.euse.s du sexe de la loi prostitution ? Enquête sur l'impact de la loi du 13 avril 2016 contre le « système prostitutionnel », Hélène le Bail, chercheuse CNRS Sciences Po-CERI, avril 2018

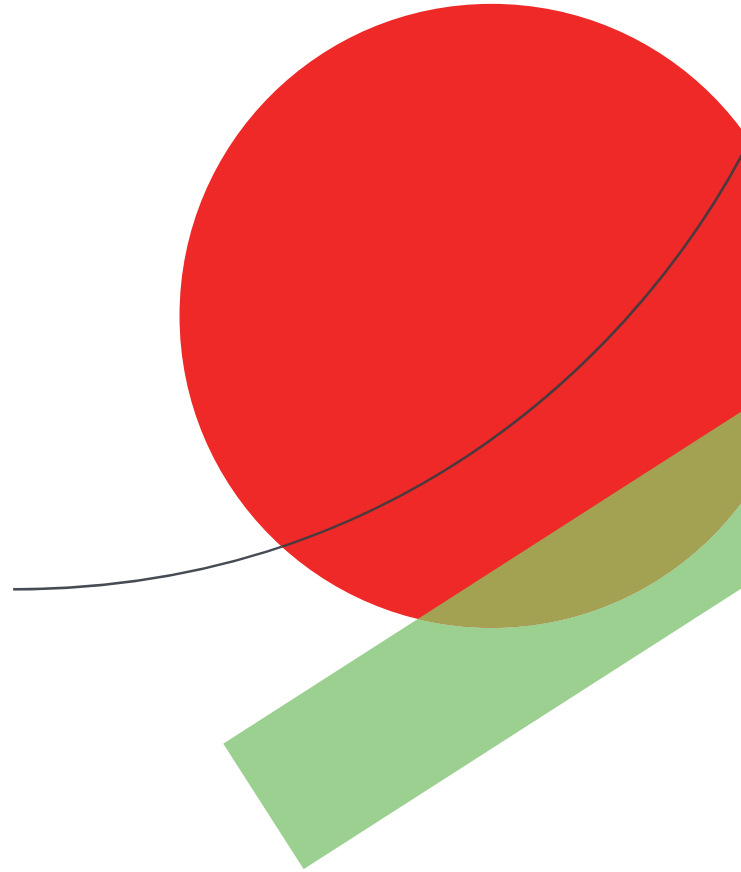
(30) Ibid



## Une initiative du GROUPE SOS

Créé en 2002 par **Arcat**, **El pasaje latino** répond aux besoins d'information sur la santé et la prévention des personnes hispanophones et lusophones en situation de précarité, notamment des personnes en situation de prostitution, travailleur.se.s du sexe et femmes trans. L'objectif de l'équipe d'El pasaje latino est de soutenir l'accès aux droits et aux soins de ces publics prioritaires et de promouvoir la santé sexuelle en mobilisant les principes de la santé communautaire. Ainsi, l'accueil du public se fait avec des professionnel.le.s issu.e.s des communautés concernées qui proposent des actions d'information autour de la prévention diversifiée, de dépistage rapide du VIH et d'orientation et d'accompagnement physique vers les dispositifs de prévention (dépistage, PrEP) et de soins.

Sans entrer dans le piège d'un débat idéologique « pour ou contre la prostitution », nous plaçons pour des politiques centrées sur la réalité de la situation des premier.ère.s concerné.e.s en encadrant et en sécurisant leurs conditions de vie (accès aux droits, à la santé physique mentale et sexuelle, sécurité...), tout en développant une offre d'accompagnement solide pour celles et ceux qui souhaiteraient se réorienter, ou qui sont victimes de traite et d'exploitation. Quelles que soient les opinions sur la question, les personnes en situation de prostitution et les travailleur.se.s du sexe doivent pouvoir accéder à leurs droits fondamentaux, participer au débat autour de leur condition, et être en capacité de décider de leur avenir. Lutter contre leur exclusion et leur précarisation grandissante est également le moyen le plus efficace de lutter contre le VIH et les hépatites dans ces communautés, en leur redonnant la possibilité d'être de nouveau actrices et acteurs de leur prévention et de leur santé.



### NOS PROPOSITIONS

**3.** Réviser la loi prostitution de 2016 en construisant avec les premier.ère.s concerné.e.s les réponses aux enjeux de santé, de sécurité, d'insertion et d'accompagnement des personnes en situation de prostitution / travailleur.se.s du sexe et aux enjeux de mise à l'abri et protection des victimes du proxénétisme et de la traite des êtres humains.



Pour lutter contre le VIH et accompagner les personnes vivant avec le VIH au plus près de leurs besoins, nous proposons de :

**1. Créer des centres de santé communautaires proposant une offre de santé globale à destination des personnes LGBTIQ+, tout en étant un lieu-ressource pour la formation des médecins de ville à la santé sexuelle pour tous et toutes.** Nous partons de deux constats : d'une part les personnes LGBTIQ+ rencontrent des obstacles dans leur accès au soin dans le système de droit commun ; d'autre part, la population générale exprime le besoin d'intégrer davantage la santé sexuelle à leurs consultations en médecine générale. Un tel centre permettrait donc de concilier les besoins de la population LGBTIQ+ d'accéder à des soins et à une prévention qui leur soient adaptés, avec l'intérêt considérable en termes de santé publique résultant de l'intégration de la santé sexuelle à la médecine générale.

**2. Développer des programmes de prévention à destination des populations migrantes reposant sur les principes de la santé communautaire, adaptés et pragmatiques.** Près de la moitié des personnes migrantes subsahariennes vivant avec le VIH en France l'ont contracté après leur migration, en raison de la précarité de leurs conditions de vie sur place. Développer ces programmes permettraient d'une part de proposer un accompagnement global correspondant à ce constat, tout en s'assurant qu'ils répondent effectivement aux besoins de ces populations grâce à une approche communautaire au plus près de leur réalité quotidienne.

**3. Réviser la loi prostitution de 2016 en construisant avec les premier.ère.s concerné.e.s les réponses aux enjeux de santé, de sécurité, d'insertion et d'accompagnement des personnes en situation de prostitution / travailleur.se.s du sexe et aux enjeux de mise à l'abri et protection des victimes du proxénétisme et de la traite des êtres humains.** La loi de pénalisation des clients de 2016, qui vise à protéger les personnes en situation de prostitution et les travailleur.euse.s du sexe, se révèle contreproductive dans son volet répressif qui a eu pour effet d'augmenter la précarité et l'exposition aux risques en santé (dont VIH) ; et peu efficace dans son volet social visant la sortie de la prostitution des personnes concernées. Ces failles sont celles d'une loi davantage élaborée à partir d'une vision idéologique que des besoins exprimés par les premier.ère.s concerné.e.s. Nous préconisons d'organiser sa révision en associant les personnes en situation de prostitution et les travailleur.euse.s du sexe au centre du débat public.

## GRUPE SOS

102c, rue Amelot - 75011 Paris

Tél. 01 58 30 55 55 - [info@groupe-sos.org](mailto:info@groupe-sos.org)

Retrouvez-nous sur

[groupe-sos.org](http://groupe-sos.org)



**GroupesOS**  
Entreprendre au profit de tous