

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'il 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).