

Affaire suivie par :
Frédéric GOYET

Direction de la Promotion de la Santé
et de la Réduction des Inégalités
Département « Pathologies infectieuses, chroniques
et cancer »

Courriel : frederic.goyet@ars.sante.fr
Téléphone : 01.44.02.02.17

Paris, le 8 juin 2018

Relancer la lutte contre le VIH/Sida en Ile-de-France, proposition de stratégie pour atteindre les trois 95 d'ici 2020 en s'appuyant sur les projets de transformation du PRS2.

Préambule

La lutte contre l'épidémie d'infection à VIH a progressé remarquablement depuis la découverte de la maladie il y a plus de trente ans. Ces progrès sont à mettre au crédit de l'alliance étroite créée très tôt entre tous les acteurs concernés : personnes touchées, soignants, chercheurs, autorités publiques.

Néanmoins, après avoir fortement reculé dans les années 2000, le nombre annuel de nouvelles déclarations d'infections à VIH en Ile-de-France ne recule quasiment plus, autour de 2.700 à 3.000 cas. De plus une partie importante (15 à 20 %, soit 10.000 personnes) des personnes infectées ignorent leur statut, étant ainsi privées des bénéfices du traitement, et contribuant involontairement au maintien de la transmission.

La stratégie nationale de santé confirme les engagements de la stratégie nationale de santé sexuelle, adoptée en mars 2017 qui retient comme l'un de ses 5 axes prioritaires la lutte contre les IST et le VIH. Elle reprend ainsi l'objectif adopté par les Nations Unies de disparition de l'épidémie d'ici 2030, avec l'objectif intermédiaire des trois 95 d'ici 2020¹.

L'ARS Ile-de-France présente ici une stratégie régionale et ambitieuse pour contribuer à l'atteinte de ces objectifs, à partir de laquelle elle propose de construire avec l'ensemble de ses partenaires un plan d'action concerté. Elle s'appuie sur la stratégie nationale de santé et la stratégie de santé sexuelle, et s'inscrit dans le cadre d'intervention que fixe le programme régional de santé. Les nouveaux outils techniques et les nouvelles approches validés au niveau international, tant dans le champ de la prévention que du traitement, offrent une réelle opportunité d'atteindre ces objectifs. La diversité et l'engagement des acteurs impliqués de longue date dans notre région, la réforme récente des dispositifs d'intervention, la mobilisation forte de certaines collectivités locales sont des atouts majeurs.

¹ 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, 95 % de celles-ci ont accès au traitement efficace ; 95 % de celles-ci ont une charge virale indétectable.

1 - Rappel sur l'épidémie et les outils pour la combattre

Au 31 décembre 2016, près de 50.000 personnes résidant en Ile-de-France étaient suivies pour une infection à VIH (Inter COREVIH, mai 2017). Au cours de l'année 2016, 2.650 nouvelles infections avaient été découvertes (Santé Publique France, 29/11/17). Ces découvertes concernaient dans 40 % des cas des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), dans 25 % des cas des femmes nées à l'étranger, dans 14 % des hommes hétérosexuels nés à l'étranger, l'Afrique subsaharienne (ASS) étant la zone d'origine de la très grande majorité d'entre elles et d'entre eux. 28 % de ces découvertes avaient lieu à un stade dit avancé de l'infection². Cette épidémie à double dimension demande des réponses adaptées et en rapport à ces publics divers.

L'épidémie est particulièrement active à Paris, avec un taux de découverte de séropositivité de 445 par million d'habitants en 2016 (206 pour la région IDF, 90 pour la France entière).

La modélisation de l'épidémie effectuée par l'INSERM (V. Supervie, 2017) permet d'estimer en 2014 à près de 10.000 le nombre de personnes vivant sans le savoir avec le VIH en Ile-de-France. La proportion de personnes ignorant leur séropositivité est particulièrement élevée dans les groupes de personnes migrantes venant d'Afrique au Sud du Sahara, et chez les hommes de ce groupe.

Des outils performants et des approches renouvelées

On dispose aujourd'hui d'avancées importantes :

Une connaissance beaucoup plus affinée de l'épidémie, des publics vulnérables et des personnes suivies (informatisation des déclarations obligatoires, suivi des ALD ; analyse régionale des files actives hospitalières ; enquête Prevagay, Hypergay, Afrobarometre..).

L'approche de « prévention combinée » qui associe mesures comportementales et chimio-prophylaxie, stratégies de dépistage, et traitement antirétroviral précoce (Traitement comme prévention (TasP) ; Prophylaxie pré exposition (PrEP) ; traitement post exposition ; usage du préservatif ; tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) et autotests). Elle reconnaît la diversité des moyens et des outils qui doivent être proposés et rendus disponibles à tous pour répondre à des situations de risque qui sont-elles mêmes diverses, et évolutives.

Les méthodes d'« aller vers » et la médiation

De nombreuses expériences ont démontré l'intérêt de développer vis-à-vis des publics éloignés du soin des approches pro-actives en s'appuyant sur des acteurs de médiation, issus ou non des groupes concernés, et formés pour aborder avec eux les questions de santé en général, voire celles de santé sexuelle en particulier. La récente publication par l'HAS du référentiel pour la médiation en santé vient donner un cadre à cette pratique reconnue par la loi de Santé publique de janvier 2016. Un sujet proche est celui de l'accès à l'interprétariat en santé, indispensable pour respecter les droits et renforcer l'autonomie des personnes, du dépistage aux soins.

La force de partenariats multi-acteurs anciens et dynamiques

La pluri-factorialité de la vulnérabilité à l'infection à VIH requiert une approche multi-acteurs, à toutes les étapes du parcours de prévention et de soins. Tout programme, projet, action visant à réduire l'épidémie et son impact sur les personnes touchées doit se construire de manière inclusive, en impliquant, selon le niveau territorial concerné :

² Stade sida ou nombre de globules blancs CD4 inférieur à 200 par ml

- les représentants des personnes ou des communautés les plus concernées,
- les équipes soignantes des établissements de soins et plus généralement les professionnels de santé, y compris de ville,
- les équipes sociales et médico-sociales, et en particulier celles s'adressant aux populations en difficultés spécifiques (CSAPA/CARUD ; ACT...),
- les associations spécialisées en santé et en lutte contre le VIH, ou plus spécifiquement attentives à certaines populations, ou certains territoires.

Dans ce cadre le rôle des collectivités locales est à souligner : au-delà de leur rôle d'opérateurs de l'Etat pour la gestion de dispositifs publics (CeGIDD en particulier), le Conseil régional et certains Conseils départementaux sont très engagés dans la lutte contre le VIH/Sida à laquelle ils amènent leurs capacités de mobilisation politique, leur parole publique contre les exclusions, mais aussi pour certains des appuis financiers aux acteurs de proximité. De même plusieurs communes ont souhaité faire de la santé sexuelle et/ou la lutte contre les IST et le VIH des priorités de leurs contrats locaux de santé, et/ou maintenu leurs actions d'information et de prévention dans ces domaines. Les initiatives « Vers Paris sans sida », « Ile-de-France sans Sida » et « Seine-Saint-Denis sans Sida » sont ainsi des partenaires essentiels pour atteindre les trois 95.

L'alliance avec la recherche pour le suivi et l'évaluation

Le champ de la lutte contre l'infection à VIH reste un champ très fécond en termes d'innovations tant techniques qu'organisationnelles. Le rôle central des patients, la lutte contre les discriminations comme élément clé de la prévention, de l'accès aux soins de qualité, sont deux exemples de cet apport historique.

La grande proximité des acteurs de la recherche, du soins et de l'accompagnement, ont permis que des outils ou méthodes nouvelles soient étudiés, validés puis diffusés très rapidement, en suivant l'évolution de l'épidémie. Cette alliance doit être soutenue et développée, par exemple dans des approches de recherche-action. Ces approches de recherche-action ont vocation à mobiliser aussi bien le champ épidémiologique que celui des sciences humaines et sociales.

Les dispositifs spécifiques pilotés et animés par l'ARS

L'action publique mobilise des dispositifs qui ont été récemment renouvelés.

Le réseau des Centres gratuits d'information de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) est un élément central au service de la politique régionale. Les 29 CeGIDD de la région, et leurs 40 antennes ont été habilités le 1^{er} janvier 2016 avec une mission large de lutte contre les IST en général dont VIH et hépatites, dans une approche de santé sexuelle, et avec une exigence renforcée de partenariat territorial. L'ARS subventionne le fonctionnement des CeGIDD à hauteur de 17 M€ par an. Le processus de renouvellement de ces habilitations est en cours en 2018. Ce réseau a accueilli en 2016 au plan régional plus de 98.000 personnes, dépisté 600 infections à VIH, et diagnostiqué et traité 852 syphilis, soit un taux de découverte de séropositivité de 6.7 pour mille tests. Au plan national on estime à 6 % la proportion de dépistages réalisés dans les CeGIDD.

L'habilitation des acteurs communautaires pour la pratique des Tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) et la distribution des autotests

Les 15 associations habilitées en Ile-de-France, et ayant bénéficié d'un concours financier (Convention DGS/Assurance maladie) pour acheter et réaliser les TROD communautaires, ont effectué près de 30.000 tests en 2016, dont 311 se sont révélés positifs, soit 10.5 pour mille tests réalisés, démontrant l'intérêt de cette approche en termes de nouvelles découvertes de séropositivité.

L'appui aux acteurs en promotion de la santé

L'ARS apporte un appui direct aux opérateurs de prévention pour développer des projets ou programmes sur différentes thématiques. L'ARS édite régulièrement un Guide de l'intervention en prévention et promotion de la santé, à l'intention des partenaires qui présente les objectifs prioritaires de l'ARS en termes de publics et de territoires, étayés par les éléments qualitatifs attendus des projets (qualité, pertinence) des projets. Des fiches spécifiques, par thématiques, viennent préciser ces attentes. La version 2018 de ce guide vient d'être mise en ligne. En 2016 et 2017, les actions financées dans le champ de la santé sexuelle et de la lutte contre les IST dont le VIH et les hépatites ont représenté plus de 20% de ce budget.

L'Education thérapeutique du patient (ETP) : l'ARS autorise et finance des programmes d'éducation thérapeutique du patient tels que défini par la Loi HSPT de 2009. L'infection à VIH est une des pathologies prioritaires pour ces programmes, les populations les plus éloignées du soin, et les territoires périphériques étant privilégiés. En 2016, 24 M€ ont été consacrés à l'ETP par l'ARS, pour 785 programmes, dont 44 sur le VIH. 37 d'entre eux sont portés par des établissements de santé (dont 21 par l'APHP) et 7 par des associations.

L'offre pour les personnes en difficulté spécifique : les capacités d'hébergement du type Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT) ou Lits Halte Soins Santé (LHSS) sont fortement mobilisées pour des personnes vivant avec le VIH et en difficulté d'autonomie. L'accompagnement assuré par les ACT est d'une importance cruciale dans le parcours des personnes infectées par le VIH et qui ont échappé au suivi et au traitement, et qui souffrent de séquelles ou d'incapacité liés à des infections opportunistes.

La réduction des risques et dommages liés à l'usage des drogues (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques, CAARUD). Ce dispositif garde un rôle dans la prévention primaire et secondaire du VIH, mais apporte surtout une contribution importante au dépistage, et à l'accès au traitement des hépatites C et B.

L'offre de soins : l'hôpital joue un rôle central dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH, en consultation et parfois en hôpital de jour. Au-delà de quelques praticiens très engagés, le suivi en ville est très marginal pour ce qui concerne l'infection, le médecin traitant restant le référent pour les autres demandes des patients, au mieux en relation avec l'hôpital.

La file active hospitalière, telle qu'évaluée par les COREVIH, s'élevait en 2016 à 48 000 personnes. Les hôpitaux de l'AP-HP concentrent près des trois quarts de cette file active hospitalière VIH, mais il existe des pôles importants hors AP (Saint-Denis, Corbeil, Pontoise...) et des équipes impliquées dans de nombreux établissements de soins.

Les équipes hospitalières s'impliquent fréquemment dans les activités d'amont et d'aval : CeGIDD, actions de formation, actions de prévention (dont PrEP et TPE) et jouent un rôle important pour l'amélioration de la qualité des soins. Le maintien de cette offre de soins de qualité sur l'ensemble de la région est parfois mis en cause par les réorganisations internes aux établissements (GHT) ou par les difficultés à stabiliser les ressources humaines nécessaires.

Les COREVIH d'Ile de France

Les Comités régionaux de coordination de la lutte contre le VIH et les IST (COREVIH), réunissent des acteurs engagés dans la lutte contre le VIH et les IST, issus du milieu du soin, de l'accompagnement social, de l'appui communautaire. Les COREVIH sont chargés d'animer ce réseau sur le territoire considéré, du renforcement des capacités des professionnels et des associatifs, de l'analyse des données régionales ou sous régionales et de la mobilisation de leur expertise technique en appui aux décideurs. Composés chacun de 30 membres bénévoles et assistés d'équipes de professionnels dédiés, les 5 COREVIH sont engagés avec l'ARS dans un Contrat commun d'objectif et de moyens pour développer des travaux d'intérêt régional, en complément de leur travail propre (4.6 M€ par an au total).

2 - Pour atteindre les trois 95 en 2020 : trois priorités, et quatre champs transversaux

Trois priorités :

- réduire l'épidémie cachée : mieux dépister pour faire accéder plus tôt au traitement les personnes contaminées et diminuer la charge virale communautaire,
- faire reculer l'incidence : en déployant sur tous les territoires l'ensemble des outils de la prévention combinée,
- assurer aux personnes touchées et à leur entourage une qualité de vie optimale, grâce à un accompagnement sanitaire et social adapté.

Quatre champs transversaux :

- Communiquer - Travailler dans une approche de santé sexuelle - Mobiliser les partenaires dans tous les territoires - Apprendre en innovant/innover en apprenant

3 - Le PRS : des opportunités

Le Projet Régional de Santé d'Ile-de-France, soumis actuellement à la consultation publique avant finalisation, fournit un cadre qui permettra d'avancer vers les objectifs spécifiques de la lutte contre le VIH, tout en s'appuyant (et en y contribuant) sur des dynamiques territoriales plus globales et attentives à la réduction des inégalités de santé. Parmi les 5 axes et les 27 projets de transformations du Schéma Régional de Santé, certains seront particulièrement pertinents pour contribuer à atteindre les objectifs.

Dans l'Axe 1 : améliorer l'organisation des parcours sur les territoires

- Le projet 1 : faire émerger et accompagner des dynamiques territoriales autour des parcours

Deux types de parcours sont à prendre en compte, celui qui amène au dépistage, qui peut s'organiser autour des CeGIDD, dans une approche de santé sexuelle, et en lien étroit avec les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), et celui qui concerne les personnes découvertes infectées, et pour lequel c'est le service soignant (hôpital dans 95 % des cas) qui est au centre, en lien avec les acteurs médico-sociaux et associatifs qui accompagnent les patients. (Hébergement, ACT, aide à l'emploi, lutte contre l'isolement, soutien juridique..).

- Le projet 2 : construire des dispositifs de repérage précoce

Il s'agit d'un élément central pour réduire l'épidémie cachée, d'abord avec la question de l'identification, sur un territoire donné, des publics vulnérables (au VIH, mais souvent à d'autres pathologies telles que les IST, Hépatites, tuberculose..) et des acteurs qui sont à leurs contacts, dans une relation de confiance, puis de la coordination des interventions vers/avec/pour ces publics.

- Le projet 3 : mettre en place un accompagnement thérapeutique de proximité

L'infection à VIH, en devenant une maladie chronique une fois un traitement efficace engagé, exige de la part du patient une observance rigoureuse et des compétences mises à jour pour assurer un environnement porteur (nutrition, activité physique, relations sociales). Le contact avec le service soignant étant réduit (semestriel le plus souvent) l'éducation thérapeutique au plus près de son cadre de vie est un levier majeur pour le renforcement et le maintien de ces compétences.

Dans l'axe 2 : une réponse aux besoins de la population mieux ciblée, plus pertinente et efficiente

- **améliorer la connaissance des besoins et de la qualité des réponses** : la lutte contre le VIH dispose d'un outil spécifique, les COREVIH, dont les missions incluent l'évaluation des besoins, de la qualité des prises en charge, de la pertinence des dispositifs de réponse. Leurs territoires sont larges (5 pour la région) et construits dans une logique historique de têtes de réseaux expertes (au CHU) et de partenaires déployés en éventail vers les départements périphériques. Les COREVIH ont une fonction de recueil (en partie) et d'analyse des données particulièrement utile pour ces missions. Le COM entre l'ARS et les 5 COREVIH, en cours de redéfinition pour les années 2018-2021, doit permettre de renforcer cette dimension du travail des COREVIH au service d'une stratégie régionale plus pertinente et efficiente, comme recommandé par la récente instruction DGS/DGOS.
- **prioriser les moyens en fonction des besoins** : préoccupation centrale pour les dispositifs de prévention et leur évolution. La méthodologie utilisée lors de la première habilitation des CeGIDD, fin 2015, pourrait être affinée et mise à jour, en concertation avec les acteurs, et permettre une réduction des inégalités d'accès à l'occasion du renouvellement des habilitations. L'appui aux promoteurs d'action de prévention et de soutien accompagnera cette démarche. Ce point est à la fois très attendu au vu de la cartographie actuelle, et très sensible.
- **améliorer la pertinence des prescriptions** : le développement des médicaments génériques est une priorité pour permettre le financement de l'innovation médicamenteuse. Les traitements du VIH représentent en Ile de France le principal poste de dépense des médicaments remboursés. La prescription de médicaments génériques du VIH sera un levier d'efficience dans notre région. Les prescripteurs seront sensibilisés au coût du traitement afin de privilégier les associations les moins chères (cf. recommandations de prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, Morlat, oct. 2017).

Dans l'axe 3 : favoriser un accès égal et précoce à l'innovation et à la recherche

La force des acteurs de la lutte contre le VIH a été depuis 30 ans la relation étroite entre soins et recherche, entre santé et social, voire politique, et en impliquant très vite les personnes les plus concernées elles-mêmes. Cette dynamique doit être poursuivie et renforcée en permettant à tous d'y contribuer. Là encore les COREVIH sont des espaces qui devront être remobilisés pour produire de la connaissance fine et basée sur les preuves. Le lien étroit entre les COREVIH et les équipes universitaires, et via celles-ci avec la recherche (dont l'ANRS) facilitera ce travail qui se déploiera dans les deux champs de la recherche clinique et de la recherche interventionnelle (ou de politique publique) L'appui de Santé Publique France sera précieux en particulier pour élaborer des outils adaptés pour l'information et le conseil aux groupes cibles prioritaires, et les évaluer dans le contexte régional.

Dans l'axe 4 : permettre à chaque francilien d'être acteur de la santé et des politiques sanitaires

Comme rappelé plus haut, la lutte contre le VIH s'est construite avec et par les malades, puis plus généralement avec des représentants des groupes les plus touchés. Les réseaux d'acteurs associatifs issus de ces groupes sont des opérateurs (de l'accompagnement, du soin, de la prévention) et des partenaires des soignants, et des pouvoirs publics. La notion d'« empowerment » individuel reste centrale dans la prévention primaire et secondaire (TasP). Au niveau régional les COREVIH sont des lieux importants où la représentation des usagers est active et pertinente. La participation des personnes affectées à la réflexion, à la

formation des acteurs, et au suivi des dispositifs est indispensable ; elle permet, en outre, d'initier, de tester et valider des approches nouvelles en étant au plus près de leurs besoins.

4 - Une proposition de stratégie détaillée qui sera partagée et complétée avec et par les acteurs pour aller vers un plan d'action concerté

La stratégie régionale repose sur la poursuite de l'amélioration de la connaissance des besoins et de la qualité des réponses au plus près des territoires en mobilisant les sources de données disponibles et les contributions des acteurs régionaux et nationaux pour une analyse et une mise en œuvre concertée.

Réduire l'épidémie cachée : mieux dépister pour faire accéder plus tôt au traitement les personnes contaminées et diminuer la charge virale communautaire

- affiner la connaissance de l'épidémie dans la région, en particulier pour ce qui concerne les personnes non dépistées et celles ayant un diagnostic tardif.
- élaborer un cadre commun pour les modalités de dépistage les plus adaptées, tant en termes de structures que de méthodes (autotests, TROD, tests en CeGIDD, chez le médecin traitant, à l'hôpital) en fonction des publics ciblés, et du moment du dépistage.
- mettre à jour ou effectuer dans chaque territoire un diagnostic partagé des populations cibles, et des acteurs en capacité d'agir auprès d'elles :
 - attention particulière aux jeunes HSH non communautaires ; aux HSH seniors aux migrants d'Afrique au sud du Sahara, dont les exilés récents.
- amener au dépistage par l'information, l'accompagnement vers les centres de dépistage, (mobilisation des acteurs associatifs, et des professionnels sociaux de premier contacts auprès des publics cibles, animation territoriale par CeGIDD) :
 - Définir les modalités les plus adaptées pour proposer aux personnes originaires de zone à forte endémie une offre de dialogue et d'orientation éventuelle sur les questions de santé sexuelle, de manière précoce mais tenant compte de la diversité de leurs parcours d'arrivée en France.
 - Appuyer les CeGIDD pour renforcer leurs capacités d'animer la coordination entre ces acteurs de premier contact et l'offre en santé sexuelle,
- re-mobiliser les professionnels de santé de premier recours (MG, gynéco, services d'urgence) ou rencontrant des publics (Centres de lutte anti tuberculeuse (CLAT), Centres de soins d'accueil et de prévention en addictologie (CSAPA) afin qu'ils proposent le dépistage plus régulièrement et plus systématiquement :
 - appuyer les médecins généralistes pour la relance des propositions de dépistage régulières, en fonction des risques ; tester l'utilisation de TROD, ou de délivrance d'autotests gratuits en cabinet libéral ou en centres de santé, (projet pilote Vers Paris sans Sida - VPSS),
 - relancer les propositions de dépistage dans les services hospitaliers (Urgences, pneumo, ..), type Journée du dépistage.
- rapprocher le dépistage des populations cibles, par développement et meilleur ciblage des TROD communautaires dans tous les territoires :
 - concertation au niveau départemental sur les géographies et les calendriers des interventions avec TROD,
 - recherche et mobilisation de nouveaux acteurs communautaires pour les TROD.

Cibles : moins de 5.000 personnes séropositives ignorant leur statut en 2022 ; base : 10.000 en 2013

(La fixation de cibles par département, ou par groupe cibles devra être discutée en termes de faisabilité, et de pertinence).

Réduction du délai entre infection et découverte de séropositivité à 2 ans (base : 3 ans en 2013), dans tous les groupes cibles ; réduction du taux de découverte à un stade avancé (moins de 200 CD4) à 15 %. Base 28 % en 2017.

Faire reculer l'incidence en déployant sur tous les territoires l'ensemble des outils de la prévention combinée

- renforcer la lutte contre les discriminations liées à l'orientation sexuelle ou à l'origine, qui dissuadent ou empêchent certains groupes ou certaines personnes d'accéder à l'information :
 - information/sensibilisation auprès des jeunes au sein de l'Education nationale, dans le domaine du sport (fédérations, animateurs..),
 - co-construction puis relais des campagnes grand-public de Santé Publique France avec les autres « relais d'opinion ».
- organiser l'approche des populations les plus vulnérables au plus près de leurs lieux de vie et de socialisation, en privilégiant une réponse à des problématiques larges, non limitée au VIH, et moins stigmatisante (santé de la reproduction, lutte contre les IST, aide vis-à-vis des dysfonctions sexuelles..) :
 - diagnostic territorial des groupes et des acteurs,
 - ateliers santé pour les publics spécifiques, par territoire et via/par les collectivités locales, les associations communautaires et les médiateurs, avec ou non proposition de TROD, modalités d'information et d'orientation vers la PrEP...,
 - évaluer l'intérêt et le cadre propice au déploiement de l'application Flash (suivi personnel de la prescription de PrEP ; notification des IST aux partenaires) pour le public HSH dans les CeGIDD (avec APHP, Mairie de Paris, AIDES...).
- adapter la communication et l'information aux publics divers, portées par des interlocuteurs crédibles et formés. Le rôle des médiations est ici crucial, à la fois au plan collectif (identification et accès aux communautés, ou groupe sociaux) et au plan individuel (accompagnement vers le dépistage ou le soin). La place de l'interprétariat et des traductions devra être précisée :
 - rendre les divers éléments de la prévention combinée accessibles à tous les publics, culturellement et géographiquement,
 - évaluer l'intérêt de centres de santé sexuelle « communautaires » en capacité d'accueillir des publics discriminés par ailleurs,
 - évaluer le besoin et la faisabilité d'un second centre de santé sexuelle prioritairement en direction du public HSH (pour accompagner le déploiement de la PrEP en milieu HSH, ainsi que le diagnostic et le traitement précoce des IST,
 - Proposer des modalités adaptés pour répondre aux questions et besoins en santé sexuelle pour hommes et femmes d'ASS ((lieu spécifique, temps dédiés dans des structures plus généralistes, notion de CeGIDD ciblé), évaluer et mettre en place le cadre le plus pertinent pour faire accéder à la PrEP les populations migrantes d'ASS qui pourraient/souhaiteraient en bénéficier.
- maintenir une information de qualité auprès de la population générale et des jeunes en particulier, (toutes IST et santé reproductive).

Cibles : moins de 2.000 nouvelles infections déclarées en 2022 (base 2016 : 691 femmes nées à l'étranger ; 505 hommes hétéros nés à l'étranger ; 1.000 HSH ; 200 hétéros nés en France), en tenant compte du fait qu'une phase d'accroissement du nombre des DO est à prévoir si l'objectif de réduire l'épidémie cachée est atteint.

Assurer aux personnes touchées et à leur entourage une qualité de vie optimale, grâce à un accompagnement sanitaire et social adapté

- suivre, analyser les facteurs de risque de perdu de vue et d'échappement aux soins pour mieux adapter le suivi aux cas complexes (poursuite du travail engagé par les COREVIH),
- maintenir une offre de soins hospitalière spécialisée (VIH et publics vulnérables) de qualité sur l'ensemble de la région, en tenant compte des files actives et de l'articulation nécessaire entre hôpital et ville dans les territoires (suivi des GHT en particulier), en étant attentif à la question des ressources humaines, médicales et para-médicales, et aux modalités innovantes d'organisation (protocole de coopération en particulier)
- améliorer l'efficacité des traitements en favorisant l'utilisation de produits génériques, et en renforçant l'évaluation médico-économique des protocoles,
- proposer des modalités d'échange hôpital/ville/santé/social pour accompagner, et maintenir dans les soins les personnes affectées (parcours),
- développer l'ETP ambulatoire, assurer l'échange de pratiques entre les programmes hospitaliers et ambulatoires
- faciliter les liens santé/social pour assurer un hébergement stable aux personnes touchées, en identifiant les besoins spécifiques liés à l'infection au sein des modalités généralistes de réponse (SSR, ACT, MAS, EHPAD...).

Cibles : diminuer le nombre de patients perdus de vue dans la file active (FA) hospitalière et réduire le délai du retour aux soins :

- réduire la durée de séjour dans les dispositifs d'urgence ou relais, au bénéfice d'hébergement pérenne avec accompagnement en fonction des besoins,
- adapter (créer ?) les places en établissements médico-sociaux pour accueillir des personnes vivant avec le VIH, dont des personnes vieillissantes (MAS, EHPAD...).

NB : Des cibles chiffrées seront proposées à l'issue du travail en cours conduit par un groupe de travail inter COREVIH sur ces sujets.

Les champs transversaux

Communiquer : mettre en place une stratégie de communication régionale, spécifique à la situation de la région, mais également aux situations différenciées en termes de territoires ou de communautés concernées. Dans cet objectif, un travail est engagé en partenariat avec Santé Publique France. Il portera sur les outils et les contenus en matière de communication et abordera notamment le champ de la communication sur les réseaux sociaux communautaires et applications spécialisées. Ce partenariat devrait également permettre aux équipes spécialisées au sein des collectivités territoriales de proposer des messages cohérents et complémentaires, et coordonnés dans le temps (autour d'évènements spécifiques type 1^{er} Décembre, Sidaction,..., ou au fil du temps). Une attention sera portée à l'accès à la traduction/interprétariat à chaque niveau d'intervention.

Travailler dans une approche de santé sexuelle, incluant la lutte contre les violences sexuelles et contre les discriminations, ceci implique une relation étroite avec les acteurs de la santé reproductive, en particulier les CPEF et les acteurs « généralistes » de la promotion de la santé (Education nationale, associations).

Mobiliser les partenaires dans tous les territoires : s'appuyer sur les acteurs publics déjà engagés (Vers Paris sans Sida, Ile-de-France sans Sida, Seine-Saint-Denis sans Sida, ELCS..) pour mobiliser d'autres collectivités, mais également d'autres partenaires, publics, libéraux et privés (laboratoires d'analyses médicales, fondations, établissements festifs...).

Apprendre en innovant/innover en apprenant : implication précoce d'équipes de recherche (médicales, épidémiologiques, socio-anthropologiques, démographiques, économique, sciences-politique...) dans l'élaboration de la stratégie ; conduite de recherches-actions de haut niveau (publications).

5 - Le pilotage régional et la mise en œuvre

Conformément à sa mission l'ARS Ile-de-France est le pilote légitime de cette stratégie. Elle est en position unique pour faire converger l'ensemble des acteurs concernés autour de ces objectifs communs, et pour établir avec eux le plan d'action qui permettra à chacun de contribuer à les atteindre.

L'importance humaine du sujet, la grande sensibilité du public à de nombreuses questions qu'il soulève, et la dynamique des acteurs réclament un portage politique de haut niveau qui pourrait se traduire par une présentation conjointe du plan d'action issu de la stratégie, puis d'un rendez-vous annuel de partage public des résultats à l'invitation du DG ARS avec la Présidente du Conseil Régional, les Présidentes et Présidents des Conseils départementaux, la Maire de Paris, le Directeur de l'Assistance Publique, le coordonnateur régional de l'Assurance maladie.

L'animation de cette démarche est assurée par la Direction de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités de l'ARS (DPSRI), avec l'appui des Pôles Prévention promotion de la santé (PPS) au sein des 8 directions départementales, relais indispensables à la pertinence de l'action par leur connaissance des territoires, des publics et des acteurs.

Trois rencontres annuelles seront assurées au niveau opérationnel : pôles PPS des DD, DPSRI), COREVIH, associations, CD impliqués, APHP, CHG gestionnaire de CeGIDD hors AP...

Suivi et communication

L'Agence communique régulièrement sur l'élaboration, puis sur les résultats de la stratégie, en particulier par une parole publique de son Directeur général.

Etapes suivantes

- présentation aux partenaires pour validation des priorités : via les COREVIH qui regroupent une partie des acteurs engagés et dont c'est une mission (le « concours à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques régionales de la lutte contre les IST et le VIH.. ») ; mais également avec les élus locaux, les associations d'usagers, les URPS, les services concernés des autres administrations (Education, Justice,..) ou l'Assurance maladie
- élaboration d'un plan d'action 2018-2022, rappelant les engagements et énonçant clairement les responsabilités opérationnelles à chaque niveau, et leur déclinaison par territoire.

L'Agence alignera le pilotage des dispositifs publics (CeGIDD en particulier) et les priorités de l'appui aux acteurs de prévention sur ce plan d'action, qui décline les priorités du PRS. Le COM de deuxième génération entre l'Agence et les COREVIH devra organiser et préciser les modalités de leur appui.