

## **LOI DE MODERNISATION DE NOTRE SYSTEME DE SANTE**

**Ce qui change en matière de santé sexuelle**

*Dossier de synthèse documentaire et bibliographique*

*mars 2016*





# SOMMAIRE

<b>Les grands axes de la loi .....</b>	<b>2</b>
<b>Santé des jeunes .....</b>	<b>3</b>
<b>Santé des femmes et accès à l'IVG .....</b>	<b>5</b>
<b>Dépistage rapide du VIH, des hépatites et des IST .....</b>	<b>7</b>
<b>Infection à VIH/sida .....</b>	<b>9</b>
<b>Politique de réduction des risques .....</b>	<b>12</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>15</b>

## Les grands axes de la loi

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 [7], ou loi de santé, réaffirme la responsabilité de l'État dans la conduite de la politique de santé et en définit les finalités : « *assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins* ».

La modernisation du système de santé français s'articule autour de 4 grands axes : renforcer la prévention et la promotion de la santé (notamment en direction des jeunes) ; faciliter au quotidien les parcours de santé ; innover pour garantir la pérennité de notre système de santé ; renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire.

Concrètement, il s'agit à la fois d'adapter le système de santé français aux besoins des patients-es, ainsi qu'aux mutations qui sont à l'œuvre (vieillesse de la population, développement des maladies chroniques...) et de combattre les injustices et les inégalités de santé et d'accès aux soins tout en garantissant l'information de la population et sa participation, directe ou par l'intermédiaire d'associations, aux débats publics sur les questions de santé et les risques sanitaires.

La loi de modernisation fait de la prévention le cœur de notre système de santé : elle organise le déploiement d'un parcours éducatif en santé de la maternelle au lycée, crée de nouveaux outils pour lutter contre le tabagisme, améliore l'information nutritionnelle, combat l'alcoolisation excessive des jeunes, encourage le dépistage des infections sexuellement transmissibles et renforce la réduction des risques, dont ceux liés aux usages de drogues.

La loi recentre le système de santé sur les soins de proximité et engage le "virage ambulatoire" que les professionnels-les demandent depuis longtemps. Dans cette perspective, elle encourage le développement d'une médecine de proximité, facilite l'accès aux soins avec la mise en place du tiers payant chez le médecin, améliore l'information des usagers-ères sur l'offre de soins de proximité, en particulier sur les plages de garde, donne aux professionnels-les de santé les outils pour assurer un suivi efficace de leurs patients-es et renforce le service public hospitalier.

La loi crée enfin de nouveaux droits concrets pour les patients-es. Elle instaure un droit à l'oubli pour les personnes anciennement atteintes de certaines pathologies lourdes et rend plus effectif l'accès à l'IVG sur l'ensemble du territoire. Elle prend des mesures fortes pour faire progresser la démocratie sanitaire, comme l'ouverture des données de santé, l'association des usagers au fonctionnement des agences sanitaires et la transparence sur les liens d'intérêts entre médecins et industries de santé. Elle renforce enfin la sécurité des patiente-s en leur apportant de nouvelles garanties sur l'approvisionnement et le contrôle des médicaments et en leur permettant de se défendre collectivement face à certains préjudices subis dans le domaine sanitaire (action de groupe).

### **Parcours éducatif de santé dans les établissements scolaires**

La loi n°2013-595 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République [6] rappelle que les actions de promotion de la santé font partie des missions de l'Education Nationale à travers la mise en place d'un environnement scolaire favorable à la santé, de programmes d'éducation à la santé visant à développer les connaissances des élèves ainsi que de visites médicales et de dépistage obligatoires.

La loi de santé 2016 vient définir le cadre de mise en place des actions de promotion de la santé et modifie le Code de l'Education, dans son chapitre Ier « Soutenir les jeunes pour l'égalité des chances en santé », en précisant que dans tous les établissements d'enseignement « *les élèves bénéficient d'actions de promotion de la santé constituant un parcours éducatif* ». Ce parcours vise à structurer la présentation des dispositifs qui concernent à la fois la protection de la santé des élèves, les activités éducatives liées à la prévention des conduites à risques et les activités pédagogiques mises en place dans les enseignements en référence aux programmes scolaires.

La loi insiste sur le rôle des acteurs-rices de proximité non professionnels-les de santé dans le déploiement de ce parcours, notamment à travers des actions participatives favorisant l'implication et la responsabilisation des jeunes. Le parcours, dans ses différentes dimensions, doit donc mobiliser l'ensemble de la communauté éducative, mais également des partenaires de l'école comme les acteurs du système de soins et de prévention et les associations spécialisées en promotion de la santé.

Le 28 janvier 2016, l'Education Nationale a publié sa circulaire n°2016-008 [8] qui organise ce nouveau parcours en santé dans les établissements. Il y est rappelé en préambule que « *la santé, dans ses dimensions physique, psychique, sociale et environnementale, est un élément essentiel de l'éducation de tous les enfants et adolescents* » et constitue à ce titre « *un enjeu primordial au sein du système éducatif* ». La mission de l'école en matière de santé consiste d'abord « *à faire acquérir à chaque élève les connaissances, les compétences et la culture lui permettant de prendre en charge sa propre santé de façon autonome et responsable en référence à la mission émancipatrice de l'école* ». L'opérationnalisation de ces orientations sera pilotée localement par des cellules académiques en association avec les écoles supérieures du professorat et de l'éducation (ESPE), les agences régionales de santé (ARS) et les collectivités territoriales.

### **Promotion de la santé hors Education Nationale**

Les politiques de santé en direction des jeunes sont souvent limitées à des actions d'information ou de prévention s'inscrivant dans un cursus scolaire classique. Dans ce contexte, il faut s'interroger sur la situation des jeunes suivant une formation professionnelle et plus encore de ceux se trouvant aujourd'hui en dehors du système scolaire ou le quittant prématurément. Les jeunes sont souvent pensés comme un public homogène et ciblés par groupe d'âge, alors même qu'ils présentent des caractéristiques et des trajectoires extrêmement variées.

L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) pointe d'ailleurs dans un rapport de 2009 autour des politiques d'éducation à la sexualité [12] que celles-ci « *sont encore plus délicates à organiser en dehors du système éducatif et dans les cursus spécifiques, comme par exemple les centres de formation d'apprentis* ». L'IGAS [14] recommande de « *renforcer la formation des professionnels qui entrent en contact avec les jeunes hors du système scolaire (missions locales, foyers de jeunes travailleurs, ...)* » et « *d'intégrer dans cette formation, à côté de l'information directement opérationnelle, une approche des questions sensibles auxquelles les jeunes peuvent être confrontés* ».

Dans l'optique de renforcer l'égalité des chances, la nouvelle loi de santé insiste à son tour sur l'implication dans le champ de la santé des acteurs-rices intervenant auprès des jeunes en marge du système scolaire. Elle inscrit ainsi la promotion de la santé et la mise en place du parcours éducatif de santé dans les missions des établissements de l'enseignement agricole et dans les missions des instituts médico-éducatifs (IME) qui accueillent les enfants et adolescents-es atteints de handicap mental ou présentant une déficience intellectuelle.

Enfin, elle souligne également le rôle des missions locales qui « *sont reconnues comme participant au repérage des situations qui nécessitent un accès aux droits sociaux, à la prévention et aux soins, et comme mettant ainsi en œuvre les actions et orientant les jeunes vers des services compétents qui permettent la prise en charge du jeune concerné par le système de santé de droit commun et la prise en compte par le jeune lui-même de son capital santé.* »

### **Accès des jeunes à la prévention**

La loi met en place plusieurs mesures visant à faciliter l'accès des jeunes à la santé tant en termes d'accès aux soins que de prévention. A ce titre, elle :

- rappelle que toute personne a le droit d'être informée sur l'ensemble des méthodes de contraception et d'en choisir une librement,
- simplifie les conditions de délivrance de la contraception d'urgence par les infirmier(e)s scolaires,
- élargit les missions des centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) à la prévention des IST.

En France, malgré la diversification des moyens de contraception disponibles la pilule continue à faire souvent l'objet d'une prescription « de principe » alors qu'elle ne convient pas forcément le mieux à la situation individuelle et au mode de vie des utilisatrices. Lors de l'étude de la loi, les délégations aux droits des femmes de l'Assemblée Nationale [22] et du Sénat [15] ont rappelé que le choix éclairé par les femmes de la méthode contraceptive leur convenant le mieux était conditionné par la délivrance d'une information claire et complète sur les différents contraceptifs par les professionnels-les de santé. Elles soulignent que des marges importantes de progression demeurent pour une meilleure adéquation des méthodes utilisées aux besoins des femmes, ce qui plaide pour une amélioration de la formation initiale et continue des professionnels-les de santé appelés à prescrire des contraceptifs.

La loi du 13 décembre 2000 [1] a inscrit dans le code de la santé publique différentes mesures visant à renforcer l'accès à la contraception d'urgence, dont la délivrance gratuite pour les mineures dans les pharmacies [3] et la délivrance par les infirmier-ères scolaires en cas d'urgence et de détresse [2]. Or, les délégations aux droits des femmes soulignent

tout comme l'IGAS [13] que l'appréciation de la condition de « détresse caractérisée » est propice à l'arbitraire et que l'exigence d'absence d'un-e professionnel-le médical ou d'un centre de planification immédiatement accessible est une source manifeste de disparité d'application sur le territoire. C'est pourquoi la loi lève désormais ces restrictions afin de faciliter l'administration de contraceptifs d'urgence dans les lycées par des infirmiers-ères scolaires.

L'élargissement des missions des CPEF à la prévention des IST vise notamment à permettre à ces centres de réaliser les vaccins anti-HPV (papillomavirus humains) et de l'hépatite B. Un décret pris après avis du Haut Conseil de la Santé Publique doit fixer les modalités de cette vaccination et les conditions de prise en charge des dépenses afférentes à cette activité.

D'autres mesures visant à améliorer l'accès à l'IVG ou à simplifier les actions de dépistage des infections sexuellement transmissibles, dont les hépatites et le VIH, viennent également renforcer l'accès aux soins des jeunes.

### **Santé des femmes et accès à l'IVG**

Les dernières données de la DREES [33] montrent que depuis une dizaine d'années le recours à l'IVG est relativement stable avec 216 700 IVG en 2013 en France métropolitaine. La région PACA présente de loin le plus fort taux : 22,3 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans (15,3‰ en France métropolitaine), et 13,1‰ chez les mineures (9,7‰ en France métropolitaine). Concrètement, l'IVG est un événement assez courant de la vie sexuelle et reproductive des femmes puisque l'on estime que plus d'une femme sur trois aura recours à l'IVG au cours de sa vie.

Si la prise en charge de l'IVG a marqué des progrès réels au cours des dernières années, près de 40 ans après la loi Veil des difficultés et des inégalités persistent. En 2009, l'IGAS [12] soulignait que les progrès demeuraient fragiles et que des problèmes persistaient dans certaines zones de forte demande, notamment les grandes métropoles. En 2013, le Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes (HCE|fh) [23] pointe à son tour l'existence de nombreux obstacles et carences avant d'émettre des recommandations pour améliorer la situation. Il fait état d'un droit « à part » qui se heurte parfois à différents obstacles pouvant être lourds de conséquences. Il souligne que l'offre de soins actuelle ne permet pas partout un accès rapide et de proximité à l'IVG, ne garantit pas le choix de la méthode d'IVG et n'assure pas toujours la gratuité et la confidentialité.

Le gouvernement a déjà traduit plusieurs des recommandations du HCE|fh par des actes concrets notamment le remboursement à 100% de l'IVG (et à partir du 1<sup>er</sup> avril 2016 de l'ensemble des actes afférant à l'IVG), la suppression de la notion de détresse ou la revalorisation financière de l'acte pour les établissements réalisant des IVG. Début 2015, il a défini un programme national d'action pour améliorer l'accès à l'IVG [28] s'articulant autour de 3 axes : mieux informer les femmes sur leurs droits ; simplifier et améliorer le parcours des femmes souhaitant avorter ; garantir une offre diversifiée sur l'ensemble du territoire.

La loi de santé s'inscrit dans cette dynamique à travers plusieurs mesures :

- suppression du délai de réflexion d'une semaine

- réalisation des IVG médicamenteuses par les sages-femmes et des IVG instrumentales par les centres de santé
- formalisation d'un programme régional pour améliorer l'accès à l'IVG par chaque agence régionale de santé

### **Suppression du délai de réflexion**

Lors de l'étude de la loi, les délégations au droit des femmes de l'Assemblée Nationale [22] et du Sénat [15], dans le prolongement du rapport du HCE|fh [23], ont souligné que le délai de sept jours après la première consultation médicale était le plus long d'Europe et que de nombreux pays européens (Danemark, Norvège, Suède, Suisse, Autriche et Angleterre) n'exigeaient aucun délai concernant l'IVG. Elles notent également qu'aucun délai de réflexion n'est imposé pour les autres actes médicaux (en dehors de la procréation médicalement assistée, de la stérilisation à visée contraceptive et des opérations de chirurgie esthétique).

Parallèlement, les différents acteurs-rices de terrain et experts-es interrogés par ces institutions mettent en avant que cette obligation est souvent perçue comme infantilisante par les femmes qui, dans leur ensemble, ont déjà largement réfléchi à l'intervention au moment d'entrer dans le parcours de soins.

La suppression du délai de réflexion de 7 jours entre les deux premières consultations nécessaires avant une IVG s'inscrit donc dans une optique de simplification du parcours de soins et de déstigmatisation de l'avortement en tant qu'acte médical « à part ». Cette mesure a pris application immédiatement après promulgation de la loi.

### **Renforcement de l'offre**

Les statistiques de la DREES montrent que plus de 130 établissements de santé pratiquant des IVG ont fermé au cours des 10 dernières années et que cette baisse n'a pas été compensée par l'augmentation de l'offre en médecine de ville qui reste limitée avec d'importantes disparités régionales. Face à ce constat, l'ensemble des acteurs-rices et des institutions pointent l'importance de créer des conditions garantissant réellement aux femmes un accès égal à l'IVG sur l'ensemble du territoire.

Ce renforcement de l'offre doit se traduire tant par l'augmentation du nombre de structures et de professionnels-les à même de pratiquer une IVG que par la garantie pour les femmes du choix de la technique utilisée (IVG chirurgicale ou médicamenteuse) en fonction de leur situation. C'est dans cette perspective que s'inscrivent l'extension de la compétence des sages-femmes aux IVG médicamenteuses et la possibilité pour les centres de santé de pratiquer des IVG instrumentales.

Permettre aux centres de santé de réaliser des IVG par méthode instrumentale, selon un cahier des charges défini par la Haute Autorité de Santé (HAS), s'inscrit dans les recommandations du HCE|fh et des mesures préconisées par le programme national d'action pour l'amélioration de l'accès à l'IVG. La HAS a donc été saisie [26] pour déterminer les conditions nécessaires à la réalisation d'IVG chirurgicales hors établissements de santé : terme de grossesse, critères d'exclusion, environnement technique et modalités médicales tant par rapport à l'acte lui-même que la prise en charge de la douleur ou la prévention des risques infectieux. On peut noter que la saisie ne cible

pas exclusivement les centres de santé et que la HAS devra donc, de manière plus large, définir « les lieux autorisés » pour cette pratique (éventuellement CPEF, maisons médicales pluridisciplinaires).

Concernant l'élargissement des compétences des sages-femmes aux IVG médicamenteuses, l'Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes (ANSFO) s'est félicitée de cette avancée tout en soulignant qu'elle continuera à militer pour que les sages-femmes puissent également réaliser les IVG instrumentales afin de garantir un véritable choix aux femmes [11]. L'ANSFO rappelle aussi que cet élargissement ne sera effectif que s'il s'accompagne de l'extension du droit de prescription des sages-femmes à l'ensemble des médicaments nécessaires à l'IVG ainsi qu'à la prescription d'arrêt de travail aux femmes en dehors de toute déclaration de grossesse. Elle note également la nécessité pour les sages-femmes de se former spécifiquement à cette nouvelle compétence tant sur le plan technique que sur le plan de l'accompagnement humain.

### **Formalisation de programmes régionaux d'accès à l'IVG**

Dans le cadre de la territorialisation de la politique de santé, la loi prévoit que « *dans chaque région, un plan d'action pour l'accès à l'interruption volontaire de grossesse est élaboré par l'agence régionale de santé, en prenant en compte les orientations nationales définies par le ministre chargé de la santé* ».

Cette mesure, déjà inscrite dans le programme national d'action pour améliorer l'accès à l'IVG, vise à garantir une offre diversifiée pour toutes les femmes sur l'ensemble du territoire. La formalisation dans chaque région d'un plan IVG doit permettre aux ARS de traduire les engagements nationaux par une série d'actions concrètes afin de renforcer l'offre tant sur le plan qualitatif que quantitatif.

Le programme prévoit que des orientations nationales soient élaborées dès le premier semestre 2016 en s'inspirant d'expériences régionales réussies, plus particulièrement le projet FRIDA (Favoriser la Réduction des Inégalités D'accès à l'Avortement) en Ile-de-France. A partir de ce modèle, chaque ARS, après avoir identifié les déficits de l'offre de soins dans sa région, mettra en place un programme défini sur des objectifs fixés avec les établissements de santé qui intégrera l'activité d'IVG dans les contrats d'objectifs et de moyens.

### **Dépistage rapide du VIH, des hépatites et des IST**

Face à la persistance en France d'une épidémie cachée (on estime à 28 000 le nombre de personnes infectées ignorant leur séropositivité), l'accès au dépistage constitue une des clés d'une prise en charge optimale, et donc d'un possible impact à terme sur l'incidence de l'épidémie de VIH. Le dépistage présente un intérêt tant individuel (connaissance de son statut sérologique, accès aux soins, gain de chances, espérance et qualité de vie) que collectif grâce notamment au TasP (Treatment as Prevention) qui permet de réduire le risque de transmission en réduisant la charge virale des personnes traitées.

Afin de lutter contre le dépistage tardif des infections sexuellement transmissibles (IST) dont le VIH, en particulier auprès des personnes les plus éloignées de la prévention et des

soins, la loi de santé entend faciliter l'accès aux tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) et aux autotests.

### **TROD : Tests Rapides d'Orientation Diagnostique**

Les tests rapides permettent d'obtenir un résultat dans un délai inférieur à 30 minutes grâce à un kit de réactifs sans avoir besoin de recourir aux équipements sophistiqués d'un laboratoire. Leur réalisation nécessite une formation préalable mais ne requiert pas d'expertise technique ou médicale particulière. Ils sont moins sensibles que les tests classiques (ils sont positifs plus tardivement en cas de primo infection) et ne permettent qu'une orientation diagnostique (tout résultat positif doit être confirmé par une sérologie classique).

Les TROD VIH peuvent déjà être réalisés par les structures associatives selon les conditions de réalisation définies par un arrêté de 2010 [5] qui a permis le développement de programmes de dépistage communautaires. Initialement annoncée pour mai 2015, l'autorisation des TROD VHC dans un cadre non médicalisé reste bloquée à ce jour suite à la contestation du Syndicat national des médecins biologistes (SNMB).

Avec environ 149 800 TROD VIH réalisés par les associations entre 2012 et 2014, les données présentées dans le BEH en 2015 [32] montrent une montée en puissance progressive de ce dispositif qui permet d'aller à la rencontre des populations les plus exposées et les plus vulnérables. En 2014, sur les 61 566 TROD réalisés, 0,9% se sont révélés positifs (proportion plus élevée que pour le dépistage classique : 0,2% pour les sérologies non anonymes et 0,34% dans les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit).

A travers l'article 39, la loi de santé assied la base légale du dépistage rapide en inscrivant dans le Code de santé publique la possibilité de recourir aux TROD pour le dépistage de l'ensemble des maladies infectieuses transmissibles dont la liste doit être définie par un futur arrêté, ouvrant notamment la voie aux TROD VHC très attendus par les structures médico-sociales et associations de terrain.

### **TROD pour les mineurs**

L'absence de ressources financières, de couverture santé indépendante des parents, d'autonomie dans la gestion de leur emploi du temps constituent pour nombre de jeunes des freins quant à l'accès à la prévention, au dépistage et aux soins, a fortiori lorsqu'ils sont mineurs. Pour pallier à cette situation, un certain nombre de lois ont supprimé l'exigence de consentement des titulaires de l'autorité parentale et introduit un droit au secret ou à l'anonymat au bénéfice des personnes mineures. C'est le cas en matière de prise en charge des usagers-ères de produits stupéfiants en établissement, de prescription, délivrance et administration de contraceptifs, de recours à l'IVG, de dépistage et traitement des IST.

La loi de modernisation de notre système de santé a étendu ces dispositions en prenant en compte les recommandations formulées par le Conseil National du Sida (CNS) dans un avis de 2015 concernant les freins au dépistage et à la prise en charge des mineurs-es en matière de VIH [21]. Ainsi, les TROD réalisés dans un cadre communautaire et effectués par des associations de terrain habilitées seront rendus accessibles aux mineurs-es puisque les associations ne seront plus soumises à l'obligation de recueillir le

consentement des titulaires de l'autorité parentale avant la réalisation du test. Cette disposition renforce l'accès au dépistage des mineurs notamment ceux appartenant aux populations les plus exposées au VIH. Par ailleurs, la loi garantit désormais que la prise en charge par les organismes d'assurance maladie de certaines dépenses (notamment concernant la prise en charge médicale des personnes mineures diagnostiquées séropositives ou celles éligibles à un traitement post-exposition) soit protégée par le secret pour les mineurs mais également pour les ayants droits qui le demandent.

## **Autotests**

L'autotest est un TROD composé d'un kit complet et une notice explicative permettant la réalisation du test par un utilisateur-riche profane dans un environnement domestique. Le prélèvement et l'interprétation sont effectués directement par l'intéressé-e. L'autotest présente les mêmes limites que les TROD et leur manque de sensibilité dans les phases précoces de l'infection.

Dès 2013, le CNS [20] et le Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) [18] rendaient des avis favorables à la mise à disposition des autotests VIH comme dispositif additionnel et complémentaire de l'offre existante de dépistage. Différentes études regroupées dans deux méta-analyses publiées en 2013 [27,30] montrent un fort intérêt pour les autotests dans toutes les populations étudiées du fait de sa rapidité de réalisation et de l'autonomie qu'il confère au sujet en toute confidentialité.

Depuis septembre 2015, les autotests VIH sont commercialisés dans les pharmacies françaises (entre 25 et 30€) et la HAS a édité un guide à destination des professionnels pour les aider à répondre aux interrogations des utilisateurs-rices potentiels et à les accompagner dans leur démarche de dépistage [24].

Comme pour les TROD, la loi de santé ne se limite pas aux autotests VIH déjà disponibles, et pose le cadre de la diffusion de l'ensemble des autotests de maladies infectieuses transmissibles notamment du VHC et des autres IST. Parallèlement à la vente en officine, elle autorise la diffusion gratuite de ces autotests par :

- les nouveaux Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) résultant de la fusion CDAG/CIDDIST,
- les associations habilitées à réaliser des TROD,
- les structures d'accueil et d'accompagnement des personnes en situation d'addiction (CSAPA et CAARUD).

Un arrêté doit fixer la liste des autotests concernés ainsi que les conditions de leur délivrance et les modalités d'information et d'accompagnement des utilisateurs-rices.

## **Infection à VIH/sida**

### **CeGIDD et PrEP**

Fin 2015, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a établi une Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU) du Truvada en prophylaxie pré-exposition (PrEP) du VIH, inscrivant ainsi cet outil biomédical comme une offre

additionnelle au sein d'une stratégie de prévention diversifiée, pour les personnes majeures à haut risque d'acquisition du VIH par voie sexuelle. Le protocole [10] défini par l'ANSM dans le cadre de cette RTU précise les modalités pratiques de prescription, de délivrance, d'administration du médicament et de suivi des patients.

L'article 39 de la loi de santé confère aux CeGIDD (Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections sexuellement transmissibles), créés au 1<sup>er</sup> janvier 2016 par la loi de finance de la Sécurité Sociale en remplacement des dispositifs CDAG-CIDDIST, la capacité de mettre en place la PrEP pour des personnes particulièrement exposées au risque de contamination du VIH.

Les CeGIDD centralisent désormais les anciennes missions des CDAG et des CIDDIST, élargies à la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle et de prévention combinée : la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH et les hépatites ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés ; la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles ; la prescription et la délivrance de la contraception et de la contraception d'urgence ainsi que la vaccination (VHA, VHB et HPV), la prise en charge et le suivi du traitement post-exposition (en milieu hospitalier), la prévention des autres risques liés à la sexualité (violences ou dysfonctions sexuelles etc). Cette réforme doit notamment permettre de conjuguer l'efficacité des moyens de prévention, du dépistage et des antirétroviraux, en valorisant ainsi la diversité et la complémentarité des outils et des usages. Pensée pour favoriser l'autonomie des personnes vers une pratique ajustée, maîtrisée et responsable de leur prévention, cette réforme devrait contribuer à un déploiement plus efficient et facilitant des parcours de santé des personnes.

Ces nouveaux dispositifs voient également évoluer leurs modes opératoires à travers l'obligation dans les territoires les plus touchés par le VIH et les hépatites de mettre en place des activités hors les murs et des approches innovantes, en s'associant notamment l'expertise des acteurs-rices de terrain, en direction des publics les plus vulnérables : hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, travailleur(se)s du sexe, usager(e)s de drogues, migrant(e)s d'Afrique sub-saharienne.



## **Dispositifs d'accompagnement à l'autonomie en santé**

L'article 92 prévoit l'expérimentation, pour une durée de 5 ans, de dispositifs d'accompagnement à l'autonomie des personnes souffrant d'une maladie chronique ou étant particulièrement exposées au risque d'une telle maladie ainsi que des personnes handicapées. Cet accompagnement doit leur permettre de « *disposer des informations, des conseils, des soutiens et des formations leur permettant de maintenir ou d'accroître leur autonomie, de participer à l'élaboration du parcours de santé les concernant, de faire valoir leurs droits et de développer leur projet de vie* ».

L'entrée dans un projet d'accompagnement est subordonnée au consentement éclairé de la personne intéressée et peut, avec son accord, bénéficier également à son entourage. Chaque projet fera l'objet d'une convention, conforme au cahier des charges établi par le ministère en charge de la santé, entre les acteurs-rices porteurs-euses du projet et l'ARS qui sera chargée de son suivi et de son évaluation annuelle. Le Gouvernement, après avis de la Conférence nationale de santé, devra dresser un rapport d'évaluation de l'ensemble de l'expérimentation au plus tard trois mois avant son terme.

La Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes a confié au CISS (Collectif Interassociatif Sur la Santé) la préparation du cahier des charges de ces expérimentations [31]. Le CISS rappelle dans son rapport que l'accompagnement à l'autonomie doit s'inscrire dans une logique de renforcement des capacités des personnes (empowerment) et reposer sur une approche globale des personnes dans la durée. Le collectif recommande également que ces projets reposent sur un partenariat associant des acteurs variés (associations, collectivités locales, professionnels et établissements de santé,...) dans une dynamique innovante.

Cette expérimentation ne cible aucune pathologie spécifique et des projets portant sur l'infection à VIH, concernant des personnes séropositives ou des publics à risque d'acquisition du VIH, pourraient faire partie des projets-pilotes retenus.

## **Fin de l'exclusion du don du sang en raison de l'orientation sexuelle**

L'arrêté du 12 janvier 2009 [4] fixant les critères de sélection des donneurs de sang stipulait jusque-là que les hommes ayant eu des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) n'étaient pas autorisés à donner leur sang. Cette exclusion visait à garantir la sécurité transfusionnelle du fait d'un risque d'exposition au VIH plus important lors d'une relation sexuelle entre hommes que lors d'une relation hétérosexuelle ou d'une relation entre femmes.

Suite à un travail approfondi entre les autorités sanitaires et les associations de patients, de donneurs et LGBT, un scénario progressif d'ouverture du don aux HSH a été défini [29] :

- printemps 2016 fin de l'exclusion définitive : le don de sang total sera ouvert aux HSH après une période de contre-indication (abstinence) de douze mois, tandis que ceux qui n'auront pas eu de relation sexuelle avec un homme ou n'auront eu qu'un seul partenaire au cours des 4 derniers mois pourront donner leur plasma grâce à la création d'une filière sécurisée par quarantaine

- vers le printemps 2017 : rapprochement des durées d'ajournement entre les HSH et les donneurs hétérosexuels (4 mois après le dernier rapport non protégé) suivant les résultats de surveillance de la filière sécurisée par quarantaine pour le plasma

La mise en place de ce scénario doit s'accompagner d'une évolution du questionnaire d'entretien pré-don, de l'information au candidat au don pour favoriser l'auto-exclusion et la responsabilisation, ainsi que de la formation des personnes effectuant la collecte.

L'article 40 de la loi de santé introduit ainsi le principe selon lequel « *nul ne peut être exclu du don du sang en raison de son orientation sexuelle* ».

## **Droit à l'oubli**

Les personnes connaissant ou ayant connu des problèmes sérieux de santé éprouvent des difficultés particulières à accéder à l'emprunt et à l'assurance, dont le coût est considérablement augmenté au motif des pathologies rencontrées, sans parler des exclusions de garanties ou du refus pur et simple de l'assureur.

Le protocole du droit à l'oubli [9] signé dans le cadre du plan cancer 2014-2018 permettait déjà aux personnes ayant vaincu le cancer d'avoir accès aux assurances et prêts sans surprime. Il fixait alors à 15 ans maximum le droit à l'oubli après la date de fin de traitement pour toutes les pathologies cancéreuses et prévoyait la publication d'une grille de référence précisant des délais plus courts pour certains cancers.

L'article 190 de la loi de santé réduit à 10 ans le délai au-delà duquel aucune information médicale relative aux pathologies cancéreuses ne peut être recueillie après la fin du protocole thérapeutique (5 ans pour les pathologies survenues avant 18 ans). Il instaure également l'extension du droit à l'oubli à d'autres pathologies chroniques, "*dès lors que les progrès thérapeutiques et les données de la science attestent de la capacité des traitements concernés de circonscrire significativement et durablement leurs effets*".

La première grille de référence [19] publiée début 2016 fixe ainsi à 48 semaines le délai d'accès à l'assurance emprunteur sans surprime ni exclusion, à compter de la fin du traitement et en l'absence de rechute pour l'hépatite virale C. Cette grille sera actualisée et enrichie tous les ans en tenant compte des progrès thérapeutiques et le VIH est d'ores et déjà inscrit à l'agenda 2016 du groupe de travail chargé du suivi de cette grille.

## **Politique de réduction des risques**

La loi de santé réaffirme que la politique de réduction des risques (RdR) est un des succès les plus marquants en santé publique et qu'elle doit continuer de s'adapter aux évolutions des publics concernés, des produits et des modes de consommation. Elle définit un cadre législatif visant à sécuriser juridiquement les actions menées auprès des usagers et à permettre le développement de stratégies innovantes comme les salles de consommation à moindre risque.

## **Définition rénovée de la politique de réduction des risques**

La loi pose une définition élargie et consolidée de la RdR et des outils de sa mise en œuvre à travers l'article 41 qui explique que « *la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections, la mortalité par surdose liée à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants* ».

Outre la sécurisation des professionnels-les et des intervenants-es en RdR dans le cadre de leurs missions, cette nouvelle définition inclut notamment :

- la notion de substances psychoactives au sens large, qu'elles soient licites ou illicites, ouvrant notamment la RdR aux questions d'alcool et de tabac ;
- la reconnaissance de l'accompagnement et de l'éducation à la consommation (promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques) ;
- la reconnaissance des produits de santé participant à la RdR tels que la Naloxone pour la prévention des overdoses ;
- l'introduction d'une nouvelle mission d'analyse, de veille et d'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers-ères, sur la composition des produits et la dangerosité des substances consommées.

La loi prévoit aussi l'extension de l'application de la politique de RdR au milieu carcéral dans des conditions adaptées. Elle précise que chaque personne détenue doit, lors de la visite médicale obligatoire d'entrée, se voir proposer un bilan de santé relatif à sa consommation de produits stupéfiants, de médicaments psychotropes, d'alcool et de tabac.

Si les associations se félicitent des avancées en matière de RdR actées par la loi, certaines soulignent cependant que l'article concerné reste très vague sur les modalités de transposition de la politique de RdR en prison et regrettent que certaines recommandations telles que l'évaluation et le testing des produits n'aient pas été retenues dans la loi.

Enfin, la loi définit le rôle des CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) et rend obligatoire leur mission de prévention. Cette mesure vise à mettre en place de façon cohérente les articulations nécessaires entre les actions de prévention, d'intervention précoce telles que les consultations jeunes consommateurs, et de soins. La Commission des Affaires Sociales du Sénat souligne toutefois que cette évolution ne peut s'exonérer d'une réflexion plus approfondie sur le financement de cette nouvelle mission par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam).

## **Expérimentation des salles de consommation à moindre risque**

Les salles de consommation à moindre risque (SCMR) existent déjà chez plusieurs de nos voisins européens avec un bilan positif [17]. Ces structures ont en effet montré leur aptitude à recevoir les usagers de drogues les plus marginalisés, à faciliter l'accès aux soins et à réduire la mortalité directe par overdose.

En France, malgré l'avis favorable de la HAS dès 2013 [25] à la mise en œuvre de ce type de dispositif, le projet parisien initialement retenu pour une première expérimentation avait

été suspendu par un avis du Conseil d'Etat [16] estimant qu'il n'était pas conforme avec l'interdiction pénale de l'usage de stupéfiants et ne pouvait trouver une justification suffisante à travers la reconnaissance par la loi de la politique de réduction des risques. Le Conseil d'Etat invitait le gouvernement à proposer une nouvelle loi pour autoriser ces salles à titre expérimental dans un dispositif bien encadré.

La loi de santé du 26 janvier 2016 définit donc un cadre réglementaire précis à l'expérimentation des SCMR pour une période maximale de six ans par les CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction pour usagers de drogues) dans des locaux adaptés et distincts de ceux utilisés à leurs autres missions. Toute implantation de ce type de dispositif sera soumise à une concertation préalable entre l'ARS compétente, la structure porteuse et le maire de la commune concernée (voire le maire d'arrondissement ou de secteur à Paris, Lyon et Marseille).

Chaque structure devra rendre un rapport annuel sur le déroulement de l'expérimentation au ministre chargé de la santé ainsi qu'au directeur de l'ARS et au maire concernés. Parallèlement, le Gouvernement devra réaliser avant la fin de ces six ans une évaluation de l'expérimentation portant notamment sur son impact en santé publique et sur la réduction des nuisances dans l'espace public.

Concrètement, la loi précise que ces espaces sont destinés à accueillir des usagers-ères majeurs-es de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants qui souhaitent bénéficier de conseil en réduction des risques dans le cadre d'usages supervisés. Il définit les conditions dans lesquelles ces usagers-ères sont autorisés-es à consommer leurs produits sur place sous la supervision d'une équipe pluridisciplinaire également chargée de faciliter leur accès aux soins. Enfin, il stipule que ne pourront être poursuivis pour détention illicite de stupéfiants ou complicité d'usage ni les professionnels-les intervenant à l'intérieur de la salle de consommation ni les usagers-ères détenant des stupéfiants pour leur usage personnel et consommant à l'intérieur de la salle.

Le Conseil constitutionnel a jugé conforme à la constitution l'article 43 de la loi de santé relatif à l'expérimentation des salles de consommation et un arrêté doit déterminer la liste des CAARUD pouvant ouvrir un espace de réduction des risques pour usage supervisé et déterminer le cahier des charges à respecter pour disposer d'un tel espace. Les villes de Paris et de Strasbourg se sont déjà inscrites dans une démarche d'ouverture de SCMR avec des projets portés respectivement par les associations Gaia et Ithaque qui verront le jour en 2016.

Certains représentants-es associatifs regrettent cependant que ce dispositif ne soit pour l'instant envisagé qu'à titre expérimental, la littérature sur ce sujet ayant déjà apporté de nombreuses preuves de son efficacité sur les risques infectieux et l'état de santé général des personnes usagères de drogues.

## Bibliographie

*Les références bibliographiques sont classées par ordre alphabétique d'auteur physique ou moral. Tous les documents référencés sont disponibles et consultables dans les deux centres de documentation du CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur.*

**[1] Loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence**

Journal officiel de la République française, 2000, n°289, p. 19830

**[2] Décret n° 2001-258 du 27 mars 2001 pris en application de la loi n°2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence**

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, MINISTERE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PECHE

Journal officiel de la République française, 2001, n°74, pp. 4825-4826

**[3] Décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence**

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, MINISTERE DELEGUE A LA SANTE

Journal officiel de la République française, 2002, n°8, p. 590

**[4] Arrêté du 12 janvier 2009 fixant les critères de sélection des donneurs de sang**

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS

Journal officiel de la République française, 2009, n°15, p. 1067

**[5] Arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2)**

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE

Journal officiel de la République française, 2010, n°266, p. 20499

**[6] Loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République**

Journal Officiel de la République Française, 2013, n°0157

**[7] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé**

Journal Officiel de la République Française, 2016, n°0022

**[8] Circulaire n°2016-008 du 28 janvier 2016 : Mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves**

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE

Bulletin Officiel de l'Education nationale, 2016, n°5, pp. 33-36

**[9] Protocole faisant l'objet de la signature d'accord sur le « droit à l'oubli » pour les personnes ayant été atteintes d'un cancer**

Paris, 2015, 3 p.

**[10] ANSM**

**Recommandation temporaire d'utilisation (RTU) TRUVADA – protocole de suivi des personnes traitées par TRUVADA pour une prophylaxie pré-exposition au VIH**

Paris : ANSM, 2015, 62 p.

**[11] ASSOCIATION NATIONALE DES SAGES-FEMMES ORTHOGENISTES**

**Communiqué de presse suite à la promulgation de la Loi de modernisation de notre système de santé**

Périgueux : ANSFO, 2016, 1 p.

- [12] AUBIN C, JOURDAIN-MENNINGER D, CHAMBAUD L, INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES  
**Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des IVG suite à la loi du 4 juillet 2001 : rapport de synthèse**  
Paris : IGAS, 2009, 93 p.
- [13] AUBIN C, JOURDAIN-MENNINGER D, INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES  
**La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence**  
Paris : IGAS, 2009, 99 p.
- [14] AUBIN C, JOURDAIN-MENNINGER D, INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES  
**La prévention des grossesses non désirées : information, éducation et communication**  
Paris : IGAS, 2009, 109 p.
- [15] BILLON A, LABORDE F  
**Femmes et santé, les enjeux d'aujourd'hui - Rapport d'information sur les dispositions du projet de loi n° 406 (2014-2015) de modernisation de notre système de santé**  
Paris : Sénat, 2015, 228 p.
- [16] BISSIYOU Y  
**L'avis défavorable du conseil d'Etat à l'ouverture des salles de consommation**  
Swaps, 2014, n°74, pp. 19-20
- [17] CHAPPARD P, COUTERON J-P  
**Salle de shoot : les salles d'injection supervisée à l'heure du débat français**  
Paris : Les Empêcheurs de penser en rond, 2013, 201 p.
- [18] COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET LA SANTE  
**Les problèmes éthiques posés par la commercialisation d'autotests de dépistage de l'infection VIH**  
Paris : CCNE, 2013, 31 p.
- [19] COMMISSION DES ETUDES ET RECHERCHE DE LA CONVENTION AERAS  
**Grille de référence : conditions d'accès à une assurance emprunteur dans le cadre du titre IV de la convention sans surprime ni exclusion de l'affection par type d'affections**  
Paris : Convention AERAS, 2016, 2 p.
- [20] CONSEIL NATIONAL DU SIDA  
**Avis sur les autotests de dépistage de l'infection à VIH**  
Paris : CNS, 2013, 12 p.
- [21] CONSEIL NATIONAL DU SIDA  
**Avis suivi de recommandations sur la garantie du droit au secret des personnes mineures dans le cadre de leur prise en charge médicale**  
Paris : CNS, 2015, 14 p.
- [22] COUTELLE C, QUERE C  
**Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur le projet de loi (n°2302) relatif à la santé**  
Paris : Assemblée Nationale, 2015, 228 p.
- [23] HAUT CONSEIL A L'EGALITE ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES  
**Rapport relatif à l'accès à l'IVG. Volet 2 : accès à l'IVG dans les territoires**  
Paris : HCE/fh, 2013, 110 p.

[24] HAUTE AUTORITE DE SANTE

**Autotests de dépistage de l'infection par le VIH : information à l'intention des professionnels de santé et des associations**

Saint-Denis : HAS, 2015, 51 p.

[25] HAUTE AUTORITE DE SANTE

**Avis n°2013.0058/AC/SEESP du 24 juillet 2013 du collège de la Haute Autorité de santé relatif au décret d'expérimentation sur les salles de consommation à moindre risque et au cahier des charges de l'expérimentation visé par le décret**

Paris : HAS, 2013, 2 p.

[26] HAUTE AUTORITE DE SANTE

**Interruption volontaire de grossesse par méthode instrumentale hors établissements de santé - Feuille de route**

Saint-Denis : HAS, 2015, 3 p.

[27] KRAUSE J, SUBKLEW-SEHUME F, KENYON C, COLEBUNDERS R

**Acceptability of HIV-self-testing: a systematic literature review**

BMC Public Health, 2013, vol.13, 9 p.

[28] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES

**Améliorer l'accès à l'IVG : programme national d'action**

Paris : Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 2015, 13 p.

[29] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES

**Marisol TOURAINE met fin à l'exclusion du don du sang en raison de l'orientation sexuelle – communiqué de presse**

Paris : Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 2015, 1 p.

[30] NAPIERALA MAVEDZENGE S, BAGGALEY R, CORBETT E L

**A review of self-testing for HIV: research and policy priorities in a new era of HIV prevention**

Clinical Infectious Diseases, 2013, vol.57, n°1, pp. 126-138

[31] SAOUT C, VOITURIER J

**CAP Santé ! Rapport en vue du cahier des charges des expérimentations des projets d'accompagnement à l'autonomie prévues par le projet de loi de modernisation de notre système de santé**

Paris : CISS, 2015, 70 p.

[32] SARRE A, ITODO O, BOUCHE N, CATE L, FALIU B

**Dépistage communautaire par tests rapides (TROD) VIH en France**

BEH, 2015, n°40-41, pp.772-778

[33] VILAIN A, MOCQUET M-C

**Les interruptions volontaires de grossesse en 2013**

Etudes et résultats, 2015, n° 9243, 6 p.



**CENTRE RÉGIONAL  
D'INFORMATION  
ET DE PROMOTION  
DE LA SANTÉ SEXUELLE**

**Pôle de Marseille**

5, rue Saint Jacques

13006 Marseille

Tél : 04 91 59 83 83

Fax : 04 91 59 83 99

eMail : [crips.marseille@lecrips.net](mailto:crips.marseille@lecrips.net)

**Pôle de Nice**

6, rue de Suisse

06000 Nice

Tél : 04 92 14 41 20

Fax : 04 92 14 41 22

eMail : [crips.nice@lecrips.net](mailto:crips.nice@lecrips.net)

**Site Internet**

<http://sud.lecrips.net>

**Centres de documentation:**

ouverts du lundi au vendredi

9h-13h / 14h-18h sauf vendredi 17h

