



Conseil national du sida
et des hépatites virales
14 avenue Duquesne
75350 PARIS 07 SP
cns.sante.fr

NOTE VALANT AVIS

sur le projet de Feuille de route 2026-2030
de la Stratégie nationale de santé sexuelle

ADOPTÉE PAR LE CNS
LE 25 AOÛT 2026

NOTE VALANT AVIS
POLITIQUE PUBLIQUE
FR

La présente *Note valant Avis* a été adoptée par le Conseil national du sida et des hépatites virales, réuni en séance plénière extraordinaire le 25 août 2026, à l'unanimité des membres présent·es ou représenté·es.

MEMBRES DE LA COMMISSION « 3^E FEUILLE DE ROUTE DE LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ SEXUELLE »

- Nathalie BAJOS, Présidente de la commission
- Mustapha BENSLIMANE
- Olivier BOUCHAUD
- Carine FAVIER
- Hugues FISCHER
- Laurence MEYER
- Aurélie PIERRE
- Christine SILVAIN

RAPPORTEURS

- Michel CELSE (conseiller expert auprès du CNS)
- Laurent GEFFROY (secrétaire général du CNS)
avec le concours de :
- Christine FERRAN (chargée d'études au sein du CNS)
- Emma GRENIER (apprentie au sein du CNS)

Le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) est une commission consultative indépendante composée de 26 membres, qui émet des Avis et des recommandations sur les questions posées à la société par le VIH/sida, les hépatites virales chroniques, les infections sexuellement transmissibles et la santé sexuelle dans sa vision globale et positive. Il est consulté sur les programmes et plans de santé établis par les pouvoirs publics.

Ses travaux sont adressés aux pouvoirs publics et à l'ensemble des acteurs concernés. Le Conseil participe à la réflexion sur les politiques publiques et œuvre au respect des principes éthiques fondamentaux et des droits des personnes.

Pour plus d'informations, rendez-vous sur cns.sante.fr

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	4
II.	OBSERVATIONS GÉNÉRALES	5
III.	OBSERVATIONS PAR ACTIONS	10
	Axe 1 : Promotion de la santé sexuelle, information et formation, EVARS.....	10
	Axe 2 : Parcours, dépistage, prévention biomédicale et prise en charge	13
	Axe 3 : Chemsex.....	19
	Axe 4 : Connaissances pour agir.....	19
	Axe 5 : Les territoires ultra-marins	21
	INDEX DES SIGLES ET ACRONYMES.....	24
	ANNEXE : LETTRE DE SAISINE.....	25

I. INTRODUCTION

Le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) a été saisi par la ministre en charge de la Santé, par courrier de la directrice générale adjointe de la Santé en date du 30 juillet 2026, pour avis sur le projet de troisième Feuille de route, portant sur la période 2026-2030, de la Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 (SN2S).

Cette saisine résulte des dispositions de l'[article D3121-1 du code de la santé publique](#), qui prévoit que le CNS « *est consulté sur les programmes et plans nationaux de santé et les programmes d'information, de prévention et d'éducation pour la santé, établis par le Gouvernement, et les organismes publics* » entrant dans son champ de compétence. Le CNS est saisi sur l'ensemble du projet de Feuille de route et non sur les seules actions concernant la lutte contre le VIH, les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles (IST). Le choix de ce périmètre global est cohérent avec la volonté des pouvoirs publics d'étendre les compétences du Conseil à l'ensemble des questions posées à la société dans le champ de la santé sexuelle. Les travaux actuels du Conseil s'inscrivent déjà dans ce périmètre.

Comme les deux Feuilles de route précédentes (2018-2020, 2021-2024), le projet de troisième Feuille de route a été élaboré sous l'égide de la Direction générale de la santé (DGS), et plus particulièrement de sa sous-direction Santé des populations (SP), dans une démarche de co-construction large avec les acteurs concernés. À cet effet, un comité de pilotage (COFIL) à caractère interministériel, interdirectionnel et partenarial a été mis en place, co-présidé par deux personnalités qualifiées. Il a permis la contribution des différentes parties prenantes : administrations, institutions et agences de l'État, professionnel·les de santé, du social et du médico-social, sociétés savantes, organismes de recherche et associations. Plusieurs groupes de travail thématiques ont été formés et chargés de conduire, avec l'appui du bureau de la Santé sexuelle (SP2), les travaux préparatoires relatifs aux différents axes structurant le projet de Feuille de route. Un ensemble d'auditions d'acteurs et de personnalités qualifiées a également été réalisé dans ce cadre.

Au regard de sa mission de donner un avis sur le projet de Feuille de route, le CNS, en tant que membre du COFIL, a siégé en qualité d'observateur. Il a ainsi assisté aux trois réunions plénières du COFIL et eu accès aux documents partagés dans ce cadre. Il s'est en revanche abstenu de contribuer à l'élaboration du projet, et notamment de participer aux groupes de travail. Par ailleurs, le Conseil a été auditionné pour présenter son expertise et son positionnement sur certaines questions qu'il a traitées dans ses Avis récents.

La phase d'élaboration participative du projet de Feuille de route, débutée en septembre 2025, s'est clôturée début février 2026. Le projet issu de ces travaux est entré, à compter de cette date, en phase de consolidation technique et d'arbitrage. Cette phase a été conduite par les services de l'administration de la Santé, puis par le cabinet de la ministre en charge de la Santé.

Pour élaborer la présente *Note valant avis*, le Conseil a décidé la création d'une commission dédiée. La saisine du CNS, intervenue au cours de la période estivale et dans un délai rapproché, a fortement contraint l'organisation des travaux de la commission. Le Conseil n'a ainsi disposé que de trois semaines pour élaborer la *Note* et en délibérer au cours d'une séance plénière exceptionnelle convoquée le 25 août 2026.

La *Note* porte sur la version complète de la Feuille de route datée du 28 juillet 2026 et transmise au CNS avec le courrier de saisine début août. Le Conseil a toutefois eu accès mi-juillet aux versions de travail des fiches-actions, afin de débiter son analyse. Il a ensuite tenu compte des modifications – en nombre relativement limité – apportées aux fiches-actions dans la version annexée au courrier de saisine. La *Note* expose des observations générales sur le projet qui lui est soumis, suivies d'observations détaillées par actions.

Le CNS attire l'attention sur le fait qu'au moment où la troisième Feuille de route sera rendue publique, les observations qu'il porte dans la présente *Note* pourraient, au moins pour partie, être devenues sans objet. Ce serait la marque de leur prise en compte, que le Conseil appelle de ses vœux, dans la version définitive de la Feuille de route.

II. OBSERVATIONS GÉNÉRALES

1. Le CNS souligne l'importance du travail d'élaboration accompli dans le cadre du COPIL mais regrette les délais ayant conduit à une publication très tardive de la troisième Feuille de route

De manière générale, le CNS constate un long délai entre le terme de la deuxième Feuille de route (fin 2024) et le début de la mise en œuvre de la troisième (au mieux au cours du dernier trimestre 2026). Même si la mise en œuvre des actions initiées par les feuilles de route précédentes se poursuit, l'absence de document de programmation pendant près de deux ans est dommageable pour la dynamique d'action de la SN2S. Elle laisse les acteurs – pilotes aux différents niveaux et opérateurs – dans l'incertitude quant aux perspectives d'activités futures, qu'il s'agisse de pérenniser certaines actions engagées ou de se projeter vers de nouvelles étapes. Le lancement du chantier d'élaboration de la troisième Feuille de route a été tardif, au-delà de la phase d'évaluation de la deuxième, étape indispensable mais qui a elle-même subi d'importants retards.

S'agissant de la phase d'élaboration participative, le CNS, dans sa position d'observateur au sein du COPIL, a pu constater la dynamique, l'ampleur et la qualité du travail fourni par la coprésidence et les membres du COPIL, ainsi que l'appui apporté par les services de la Direction générale de la santé. Ce travail a permis la production, en seulement quatre mois, d'un projet très construit.

Le CNS déplore, en revanche, la durée de la phase de consolidation et d'arbitrage de plus de sept mois qui a suivi, alors même que l'essentiel des propositions d'actions issues de la phase d'élaboration participative ont été retenues.

Les reports successifs de la date de parution de la nouvelle Feuille de route ont par ailleurs eu un retentissement direct sur les conditions dans lesquelles le CNS a été consulté pour avis. Les délais extrêmement resserrés dans lesquels le projet transmis a dû être examiné n'ont pas permis au Conseil de procéder à un examen aussi approfondi qu'il l'aurait souhaité, notamment par la réalisation d'auditions qui auraient pu apporter un éclairage plus complet sur certains des choix opérés.

2. Le CNS salue la pertinence des objectifs affichés par la Feuille de route mais déplore le choix de ne pas préciser davantage, dans sa version publique, les modalités opérationnelles et les moyens de leur mise en œuvre

Le CNS souscrit à l'ensemble des objectifs présentés dans la Feuille de route. Ceux-ci sont cohérents avec les ambitions portées depuis 2017 par la SN2S et s'inscrivent dans la continuité des orientations engagées dans les feuilles de route précédentes. Leur pertinence ne fait globalement aucun doute au regard des enjeux identifiés, et ils apparaissent largement partagés et portés par les parties prenantes.

Au-delà de l'affirmation de ces objectifs, le document soumis au CNS demeure cependant très imprécis pour la plupart des actions proposées. À l'exception de quelques fiches-actions dont le périmètre est plus restreint, il ne décrit pas les modalités opérationnelles de mise en œuvre des actions permettant d'atteindre les objectifs fixés.

L'absence de contenu opérationnel dans le projet de Feuille de route ne reflète pas la réalité des travaux préparatoires menés dans le cadre du COPIL. Des documents plus précis y ont en effet été élaborés pour les vingt-deux actions proposées – et plus particulièrement pour celles poursuivant des objectifs très larges. Ils détaillent un ensemble de sous-actions concrètes et de jalons de mise en œuvre pour chacune d'elles.

Quelles qu'en soient les raisons, le CNS estime regrettable le choix opéré de rendre publique une version largement amputée du contenu opérationnel qui a été élaboré. Le document s'apparente ainsi davantage à une

déclaration d'intentions qu'à une feuille de route au sens propre. Il serait attendu qu'elle décrive, à l'attention des parties prenantes, une programmation systématiquement étayée et détaillée de l'action publique envisagée et qu'elle précise leurs rôles respectifs dans sa mise en œuvre. S'agissant de fixer un cap clair pour les trois prochaines années, cet exercice de transparence dans la programmation de l'action publique est essentiel pour fournir un cadre de référence à l'ensemble des acteurs concernés. Il l'est tout particulièrement dans un contexte d'incertitude, tant politique que budgétaire.

Considérant toutefois qu'il serait délétaire de différer davantage la publication de cette troisième Feuille de route, le CNS recommande que celle-ci soit suivie, dans un délai raisonnable d'un à deux mois, de la publication complémentaire d'une version des fiches-actions détaillant les aspects opérationnels actuellement manquants.

Au-delà de la nécessité d'apporter ces compléments, le CNS considère que la Feuille de route appelle une révision plus substantielle afin de prendre en compte plusieurs préoccupations majeures.

3. Le CNS souligne l'importance de l'enjeu de garantir la mise en œuvre effective de l'EVARS pour l'ensemble des jeunes et estime fondamental de renforcer son suivi

Le CNS a régulièrement rappelé l'importance d'une éducation à la vie affective, relationnelle et à la sexualité (EVARS) auprès de l'ensemble des jeunes et a contribué par ses travaux¹ à en cerner les enjeux et préconiser des orientations d'actions. Dans le cadre de l'enseignement scolaire, la loi a posé en 2001 le caractère obligatoire, selon la terminologie de l'époque, de l'éducation à la sexualité (EAS). Le contenu de cette éducation a été progressivement étendu par la loi. Il comprend aujourd'hui notamment la lutte contre les violences sexistes et sexuelles,² ainsi que, au regard des missions transversales assignées à l'école, la lutte contre les discriminations.³ Enfin, l'élaboration d'un programme formalisé d'EVARS par l'Education nationale et son entrée en vigueur à compter de l'année scolaire 2025-2026 représentent une avancée considérable. L'enseignement scolaire constitue ainsi un levier essentiel pour la mise en œuvre auprès des jeunes des objectifs de la SN2S, s'agissant tant de la prévention des IST que de la lutte contre les violences sexistes et sexuelles et les discriminations, notamment à l'égard des minorités sexuelles et de genre.

La mise en œuvre effective du programme d'EVARS auprès de tous les élèves demeure cependant loin d'être acquise et doit ainsi constituer une priorité de la troisième Feuille de route.

D'une part, cette mise en œuvre intervient dans un contexte de regain de la contestation par certaines forces politiques du principe même de dispenser une éducation à la vie affective, relationnelle et à la sexualité dans le cadre scolaire, et de remise en cause des valeurs cardinales sur lesquelles repose le programme – égalité, laïcité, accès de toutes et tous à cette éducation fondée sur une approche positive, globale et respectueuse de la vie affective et sexuelle. Ce principe et ces valeurs ont cependant été clairement réaffirmés par le Conseil d'Etat dans une décision de rejet d'une requête déposée par plusieurs associations et des particuliers, qui visait à contester la légalité de l'arrêté par lequel la ministre en charge de l'Education nationale a fixé le programme d'EVARS. Dans sa décision, le Conseil d'Etat constate, d'une part, la conformité du programme d'EVARS avec les dispositions prévues par le législateur relativement à la mise en œuvre par le service public de l'éducation d'une éducation à la sexualité à caractère obligatoire. Il rappelle, d'autre part, que le législateur a prévu ces dispositions « aux fins notamment de contribuer au respect de l'égalité des êtres humains

¹ Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS). (2017). *Avis suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles chez les adolescents et les jeunes adultes* (avis adopté le 19 janvier 2017). CNS.

Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS). (2025). *Avis suivi de recommandations sur la santé sexuelle des adolescentes, des adolescents et des jeunes adultes à l'ère du numérique* (avis adopté le 22 mai 2025, 56 p.). CNS.

² Code de l'éducation, art. L.312-16.

³ Code de l'éducation, art. L.121-1.

et à la lutte contre les discriminations ainsi que de prévenir les atteintes à l'intégrité physique et psychique des personnes ».⁴

D'autre part, les difficultés de mise en œuvre demeurent nombreuses en matière de disparités territoriales, de ressources humaines, de formation des équipes pédagogiques, de conditions posées au recours à l'intervention de partenaires extérieurs. Sur ce dernier point, au regard d'informations qui lui ont été transmises, le CNS constate que des offres de prestations proposant des contenus contraires aux objectifs et valeurs du programme se développent actuellement sans véritable contrôle. Paradoxalement, des acteurs associatifs expérimentés, partenaires historiques de l'Education nationale en matière d'éducation à la vie affective et sexuelle, voient leur légitimité parfois remise en cause par l'institution et rencontrent des difficultés à intervenir dans des établissements.

Dans ce contexte et compte tenu de l'importance de l'enjeu, le CNS estime que les mesures prévues dans le cadre de l'action 1 (Promouvoir la santé sexuelle auprès des jeunes) pour garantir la mise en œuvre effective de l'EVARS pour tous les élèves demeurent insuffisantes. Le processus de mise en œuvre doit impérativement faire l'objet d'un dispositif de suivi et d'évaluation robuste, qui ne soit pas une simple évaluation de résultats mais bien de mise en œuvre. Celui-ci doit être mis en place dès à présent. Le Conseil émet une préconisation opérationnelle en ce sens dans ses observations détaillées de l'action 1 de la présente *Note*.

Le CNS souligne d'autre part l'impératif d'assurer l'accès à l'EVARS des jeunes hors cadre scolaire. Il recommande de mobiliser l'ensemble des acteurs accompagnant ces jeunes et de leur attribuer les moyens nécessaires, afin de garantir à toutes et tous une égalité d'accès à l'information et aux droits.

4. Le CNS déplore que les violences sexistes et sexuelles, les discriminations liées à l'orientation sexuelle ou à l'identité de genre, ainsi que la prise en charge des victimes, restent quasi absentes de la Feuille de route

Le CNS approuve le choix retenu de porter à travers la Feuille de route une vision globale et positive de la santé sexuelle, privilégiant la prévention au sens large du terme, et promouvant au-delà de la prévention des risques l'épanouissement relationnel et sexuel, dans le respect de la diversité des orientations sexuelles et des identités de genre. Cette approche positive se retrouve notamment dans l'action 1, centrée sur l'éducation des jeunes, et dans l'action 3, qui vise à lutter contre la désinformation en santé sexuelle, en diffusant une information fiable et accessible.

Cependant, si ces actions contribuent de façon structurelle aux objectifs de lutte contre les violences sexistes et sexuelles, contre la stigmatisation et les discriminations, le CNS regrette que ces enjeux ne fassent l'objet d'aucune traduction concrète en objectifs d'action. Le fait que la lutte contre les violences sexistes et sexuelles, et contre la stigmatisation et les discriminations dépasse le cadre spécifique de la SN2S et soit traitée dans d'autres programmes publics, ne doit pas pour autant conduire à son invisibilisation dans une stratégie dédiée à la santé sexuelle, dont elle est une composante essentielle comme le rappelle l'OMS.

La SN2S n'a pas vocation à se substituer aux programmes et plans relevant d'autres secteurs de l'action publique. Toutefois, elle devrait préciser les articulations entre ces différents cadres d'intervention. Or, faute d'être exposées, elles ne permettent pas d'apprécier la manière dont l'action publique, dans son ensemble, répond aux enjeux, notamment à ceux qui sont propres au champ de la santé sexuelle.

La prise en compte des vécus des personnes exposées aux violences sexistes et sexuelles et aux discriminations ainsi que des répercussions sur leur santé sexuelle doit être renforcée dans de nombreuses actions. Les besoins en matière de repérage, d'accompagnement et de prise en soin, spécifiquement en matière

⁴ Conseil d'État. (2025). *Décision n° 501820 du 27 juin 2025*. <https://www.conseil-etat.fr/fr/arianeweb/CE/decision/2025-06-27/501820>

de santé sexuelle, des victimes de violences sexistes et sexuelles devraient faire l'objet de véritables objectifs opérationnels.

5. Le CNS s'inquiète d'une vision trop descendante de l'action publique, au regard de la très faible place accordée dans la Feuille de route aux CoReSS ainsi qu'aux opérateurs associatifs, notamment communautaires

La troisième Feuille de route de la stratégie nationale de santé sexuelle a vocation à fixer un cap stratégique ambitieux, à énoncer des priorités nationales et à créer les conditions de leur déclinaison par les agences régionales de santé (ARS), les collectivités territoriales et les autres acteurs concernés. Cette fonction de pilotage confère nécessairement à l'action de l'État une dimension verticale.

Pour autant, l'État ne peut se cantonner à une position de surplomb et à une gouvernance principalement descendante. L'État est également appelé à exercer un rôle d'animation, de coordination et d'appui, en mettant ses ressources au service des parties prenantes et en favorisant une dynamique de coopération fondée sur la reconnaissance de la pluralité des expériences, des expertises et des réalités territoriales. Or cet exercice apparaît réduit à la portion congrue dans la Feuille de route proposée.

Un rôle des Comités de coordination régionale de la santé sexuelle (CoReSS) peu défini et marginal

Le rédactionnel introductif de la Feuille de route affirme que les Comités de coordination régionale de la santé sexuelle (CoReSS) récemment mis en place sont appelés à jouer « un rôle majeur dans [la] mise en œuvre [de la Feuille de route] : animation régionale, coordination des actrices et acteurs institutionnels, associatifs et communautaires, adaptation des actions aux contextes locaux. ».

Le CNS regrette que ce rappel du rôle des CoReSS ne mentionne pas explicitement leur dimension d'instance de démocratie en santé. Celle-ci est cependant essentielle pour créer une véritable dynamique fédérant l'ensemble des acteurs régionaux autour des objectifs de la Feuille de route et de sa mise en œuvre déclinée au plan régional.

Par ailleurs, le Conseil s'étonne du contraste entre cette affirmation du rôle des CoReSS en introduction et la quasi-absence de leur mention dans les vingt-deux fiches-actions, où ceux-ci n'apparaissent évoqués que dans quatre d'entre elles. De la sorte, l'activité des CoReSS semble n'être concernée que de manière très périphérique par la programmation définie par la Feuille de route. Cela est paradoxal au regard de leur objet même, qui est d'appuyer les politiques de santé sexuelle conduites à l'échelon régional.

Particulièrement dans le contexte de leur mise en place récente, le Conseil préconise de mieux préciser dans la Feuille de route la contribution attendue des CoReSS, tant à leur attention qu'à celle des ARS. Les missions qui leur sont dévolues par les textes sont larges. Elles peuvent difficilement être assumées dans toute leur étendue au regard des moyens limités dont les CoReSS disposent et impliquent d'opérer des choix pour structurer leur action. La détermination de priorités régionales est une prérogative des ARS, mais ces priorités doivent être définies en cohérence avec les objectifs fixés au plan national, et en l'espèce par la Feuille de route. Or cette cohérence dans l'articulation entre l'échelon national et les régions doit également être garantie concernant l'activité des CoReSS. Celle-ci, sans être uniforme sur l'ensemble du territoire, doit en effet être suffisamment convergente pour contribuer aux objectifs nationaux communs.

Cet enjeu est particulièrement patent en matière de contribution des CoReSS au recueil, à la production et à la mise à disposition de l'ensemble des acteurs des données territoriales de santé sexuelle, et de leurs remontées à l'échelon national. Mais il concerne, de manière générale, l'ensemble des missions assignées aux CoReSS. En effet, dans les domaines de la formation ou de la qualité et de l'harmonisation des pratiques des professionnel·les en charge des parcours en santé sexuelle, il importe de favoriser la mutualisation des expériences et des expertises entre les régions. Cela doit permettre de faire progressivement émerger une

culture commune et des standards partagés sur l'ensemble du territoire. À cet égard, la Feuille de route devrait mieux orienter, structurer et soutenir la contribution des CoReSS à la mise en œuvre de la SN2S.

Une absence problématique des acteurs associatifs, notamment communautaires

L'inclusion des acteurs associatifs dans le processus d'élaboration participative du projet de Feuille de route, au sein du COPIL et à travers de nombreuses auditions, est légitimement soulignée à plusieurs reprises dans les éléments rédactionnels introductifs.

Le CNS est en revanche frappé de constater que les fiches-actions mentionnent à peine le rôle joué par le tissu associatif, en particulier par les structures communautaires. Ces acteurs sont pourtant des opérateurs indispensables à la mise en œuvre sur le terrain d'une majorité des actions. On ne trouve ainsi aucune occurrence des termes acteurs associatifs, associations ou acteurs communautaires dans les fiches, hormis dans quatre d'entre-elles (actions 11, 16, 17 et 22.5), où leur mention, au demeurant en termes très génériques, est incontestablement justifiée. Elle le serait toutefois tout autant dans plusieurs autres, où leur concours est déterminant pour le succès des objectifs poursuivis.

En effet, le projet de Feuille de route en général, et de nombreuses actions en particulier, mettent en exergue l'objectif de garantir l'équité d'accès de tous les publics aux différents services et dispositifs, et en particulier des personnes ou groupes sociaux en situation de vulnérabilité, qui en demeurent actuellement éloignés ou exclus. Le Conseil salue la priorité accordée à cet objectif. Mais il s'étonne dès lors que la description des actions ne précise ni les leviers à mobiliser ni les acteurs en capacité d'atteindre ces publics.

En l'espèce, l'approche communautaire est essentielle. Les acteurs associatifs, et en particulier les structures communautaires, sont les plus à même d'intervenir auprès des publics les plus éloignés des services d'accompagnement et de soins en santé sexuelle. Cette approche permet une connaissance fine de ces publics et d'élaborer avec eux des modalités d'action adaptées à leurs besoins et leurs attentes en matière d'information, d'accompagnement, d'orientation et de prise en soin. Elle offre des connaissances utiles pour les évaluations.

L'approche communautaire permet aussi la médiation en santé, qui constitue un outil d'intervention majeur. La médiation communautaire en santé favorise en outre l'écoute et la participation des personnes, conditions essentielles pour que l'exercice de la démocratie en santé ne se limite pas aux publics les plus insérés. En dehors de l'action relative à la création de cinq centres de santé et de médiation en santé sexuelle (CSMSS) supplémentaires, le développement de la médiation communautaire en santé n'est nulle part évoqué dans le document alors qu'elle est utile aussi bien pour les actions auprès des publics jeunes, dans les DROM COM ou des groupes les plus discriminés (personnes étrangères en situation irrégulière de séjour, personnes LGBTQIA+...).

Le CNS considère que l'insuffisante prise en compte du rôle de l'action associative, notamment communautaire, dans le projet de feuille de route en limite la capacité à structurer l'action sur le terrain.

L'action associative et le développement de l'approche communautaire, y compris la médiation communautaire en santé, doivent être soutenus. Pour garantir ce soutien, le CNS estime indispensable de faire figurer l'approche communautaire parmi les objectifs opérationnels de toutes les actions pour lesquelles elle est pertinente.

III. OBSERVATIONS PAR ACTIONS

Axe 1 : Promotion de la santé sexuelle, information et formation, EVARS

Action 1 : Promouvoir la santé sexuelle auprès des jeunes

Le CNS considère la promotion de la santé sexuelle auprès des jeunes comme une priorité et souligne le rôle essentiel de l'EVARS pour la traduire concrètement. Il note toutefois que les différents objectifs assignés à l'EVARS doivent être rappelés, au-delà de sa contribution à la diffusion de contenus fiables. Manquent notamment dans la Feuille de route présentée : (i) la prévention des violences sexuelles et sexistes ; (ii) la sensibilisation aux rapports de pouvoir et à l'hétéronormativité ; (iii) la lutte contre les discriminations, en particulier l'homophobie et la transphobie ; (iv) la prise en compte des besoins des jeunes en situation de handicap, notamment par le recours à des outils adaptés.

Le CNS partage l'objectif de garantir la mise en œuvre effective de l'EVARS pour tous les élèves, en assurant son intégration dans le parcours éducatif de manière progressive, cohérente et équitable. Le Conseil regrette cependant l'absence de dispositif d'évaluation de l'EVARS (outils et financement) permettant de suivre les conditions de mise en œuvre des actions et d'en mesurer les résultats. Certes, le Conseil note la production et la publication des résultats de l'enquête nationale EVARS annuelle envoyée aux établissements. Mais le Conseil constate que la Feuille de route ne fait pas état d'une stratégie initiale d'évaluation à court et moyen terme du déploiement du programme. Elle ne reprend pas non plus la recommandation du Haut conseil de la santé publique de produire des indicateurs de suivi de la mise en œuvre des dispositifs d'EVARS (nombre de séances, contenus, niveaux scolaires), en particulier en fonction des caractéristiques sociales et territoriales des établissements⁵.

Une évaluation de l'EVARS devrait permettre d'apprécier la mise en œuvre du programme, la couverture des différents publics, ainsi que la conformité des actions d'EVARS réalisées aux orientations nationales. Elle devrait également porter sur les ressources humaines et organisationnelles mobilisées, l'effectivité des actions de formation réalisées, ainsi que les difficultés rencontrées par les acteurs chargés de sa mise en œuvre. Elle devrait enfin permettre d'identifier les éventuelles disparités entre les établissements, notamment selon leurs caractéristiques sociales et territoriales, et, à moyen terme, de mesurer les effets du dispositif sur les connaissances et les compétences des publics jeunes. Une telle évaluation permettrait d'adapter le dispositif.

Le CNS recommande que cette évaluation soit confiée à l'Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche (IGÉSR), en partenariat avec une équipe ou une unité de recherche, pour laquelle une dotation devra être prévue. Elle devrait en outre bénéficier de l'appui de la direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP) du ministère de l'Éducation nationale. Une telle démarche permettrait de croiser l'expertise administrative de l'inspection et sa connaissance des établissements et modalités de déploiement d'un programme. Elle mobiliserait ainsi les compétences scientifiques et méthodologiques nécessaires à l'élaboration d'un protocole d'évaluation, à l'analyse des données et à l'évaluation des effets d'une politique publique. Elle garantirait en outre une approche indépendante et structurée fondée sur des données probantes.

Sans attendre la mise en œuvre de l'évaluation, le CNS appelle à prévoir un jalon de contrôle des supports et partenariats EVARS, notamment lorsque des organismes privés interviennent dans les établissements scolaires, pratique dont le développement a été rapporté au Conseil. De ce point de vue, le Conseil rappelle que si les organismes extérieurs intervenant en milieu scolaire sont en principe agréés, une direction d'établissement peut faire appel à un organisme n'ayant pas reçu d'agrément après en avoir informé le rectorat. Celui-ci,

⁵ Haut Conseil de la santé publique. (2025). *Évaluation à mi-parcours de la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030*. HCSP.

après avoir pris connaissance du projet d'intervention, peut s'y opposer.⁶ Le Conseil suggère qu'une analyse des pratiques des rectorats en la matière, qui pourrait être conduite par l'IGÉSR, soit réalisée, et qu'une réflexion soit engagée sur les critères à appliquer dans l'appréciation de la conformité de ces demandes.

Au-delà de ses observations sur l'évaluation de l'EVARS, le CNS s'interroge sur le ciblage prioritaire des étudiant·es et demande que soient également pris en compte tous les jeunes adultes hors du milieu étudiant, notamment les jeunes en formation, en emploi ou sans activité ni formation.

Le CNS recommande par ailleurs de mieux distinguer les enjeux relatifs aux vaccinations HPV et VHB, et de rappeler le retard persistant de la couverture vaccinale HPV en France. Le Conseil préconise que soit envisagée une évolution du cadre législatif permettant aux personnes mineures de se faire vacciner sans l'accord parental, sur le modèle de certaines possibilités existant déjà en matière de dépistage des IST.

Enfin, de façon générale, le CNS rappelle l'intérêt d'associer pleinement les associations spécialisées, les acteurs communautaires et de la médiation par les pairs aux objectifs de promotion de la santé sexuelle chez les jeunes. Il souligne également l'importance de mobiliser les structures existantes, notamment les CeGIDD, les CSS, les CoReSS, les CRIPS, et de renforcer la coordination entre les ministères concernés – Santé, Éducation nationale, Agriculture, Travail.

Action 2 : Faire évoluer la formation et les compétences professionnelles des acteurs en santé sexuelle

Le CNS déplore une approche trop médicalisée et centrée sur les seuls professionnel·les de santé, au détriment d'une vision plus globale de la santé sexuelle. Il regrette que la partie « Contexte et enjeux » ne mentionne pas, au titre des professionnel·les concerné·es par l'action, les acteurs non professionnels de santé (travailleuses sociales et travailleurs sociaux, associations, santé communautaire, pairs-aidant·es, intervenant·es EVARS). Le Conseil demande davantage de précisions sur les modalités de formation, l'intégration du repérage des violences sexuelles et de leur accompagnement, ainsi qu'une meilleure formation des médecins à l'abord de la sexualité des personnes. Il souligne également la nécessité d'élargir la réflexion au-delà des infirmier·ères et de clarifier la place et la reconnaissance des sexologues. Par ailleurs, la prise en compte de certains publics spécifiques apparaît insuffisante, notamment les personnes en situation de handicap, les femmes issues de l'immigration et les habitants des Outre-mer. Le Conseil plaide pour une approche plus inclusive, positive et diversifiée de la santé sexuelle.

Action 3 : Lutter contre la désinformation en santé sexuelle

Le CNS se félicite du renforcement des campagnes nationales d'information en santé sexuelle. Il regrette néanmoins l'absence de précisions concernant les actions envisagées, les publics ciblés, les moyens mobilisés et les canaux de diffusion.

Plus généralement, le Conseil déplore l'absence d'analyse du rôle et de la place des réseaux sociaux numériques dans la production et la diffusion de la désinformation, de la mésinformation, voire des théories du complot, alors même qu'ils constituent aujourd'hui un espace majeur d'accès à l'information pour les publics jeunes. Il relève par ailleurs que la communication demeure principalement envisagée dans une perspective institutionnelle, verticale et descendante. Cette approche tient insuffisamment compte des dynamiques d'échange d'informations et d'expériences et des formes de soutien entre pairs au sein des communautés en ligne, ainsi que des expériences associatives de partage de contenu.

Dans son *Avis sur la santé sexuelle des adolescentes, adolescents et jeunes à l'ère du numérique* rendu en 2025, le CNS recommande de renforcer l'offre d'informations fiables et son accessibilité. Il propose pour cela de soutenir la production, la maintenance et la mutualisation des outils numériques d'information des acteurs publics et associatifs, et de centraliser l'offre existante au sein d'un répertoire national géolocalisé, largement référencé sur les plateformes fréquentées en particulier par les jeunes. Il préconise également de mieux

⁶ Code de l'Éducation, art. D. 551-6.

encadrer et fiabiliser les contenus diffusés en ligne, notamment en formant les créateurs et créatrices de contenus aux enjeux de santé sexuelle. Cela passerait par une certification de l'influence responsable en santé et par un renforcement des chartes de bonnes pratiques pour les professionnel·les de santé.

Cette stratégie doit s'appuyer, selon le CNS, sur des campagnes multicanales, ciblées et conçues avec les personnes concernées, ainsi que sur le développement de l'éducation par les pairs. Elle doit également reposer sur l'approfondissement des compétences des professionnel·les et des acteurs éducatifs et sur le renforcement de l'EVARS. Ces différents leviers doivent permettre aux publics jeunes de nourrir leur esprit critique face aux contenus accessibles en ligne, de déconstruire les stéréotypes et de renforcer leur capacité à identifier les informations fiables en matière de santé sexuelle.

Action 4 : Améliorer l'accessibilité universelle des outils de prévention et de promotion en santé sexuelle

Le CNS salue l'objectif d'amélioration de l'accessibilité des outils de prévention et de promotion en santé sexuelle. Il estime toutefois que l'approche proposée demeure trop centrée sur les dispositifs nationaux et sur la mise à disposition d'outils, sans prendre suffisamment en compte les réalités territoriales et les inégalités d'accès. Il est nécessaire de mieux mobiliser les acteurs locaux, notamment les associations, les structures de proximité et les centres ressources *Intimagir*, qui pourraient jouer un rôle de copilote dans la mise en œuvre des actions.

Le CNS regrette également un manque de précisions sur les actions envisagées, les supports qui seront développés, les acteurs responsables de leur production ainsi que les moyens mobilisés. Les objectifs et jalons proposés apparaissent parfois trop généraux pour permettre d'évaluer leur faisabilité et leur impact. Le Conseil souligne que l'accès aux ressources d'information ne suffit pas à garantir un accès effectif à la prévention et que des obstacles structurels persistent, tels que le coût, la confidentialité, les conditions d'accueil ou l'organisation des soins. Il alerte ainsi sur le risque de creuser une « fracture de prévention » entre les publics les plus et les moins dotés en ressources sociales, scolaires ou numériques.

Enfin, le CNS demande une meilleure prise en compte de certains publics et territoires spécifiques, tels que les personnes en situation de handicap et les personnes âgées. Il appelle plus largement à une meilleure prise en compte des populations confrontées à la stigmatisation en matière de santé sexuelle, notamment les plus marginalisées, telles, par exemple, que les travailleurs et travailleuses du sexe. Par ailleurs, il est indispensable de tenir compte des situations propres à certains territoires, qu'il s'agisse de l'absence, de l'éloignement ou de la faible accessibilité de certains services, ou encore de spécificités linguistiques, historiques, économiques, sociales et culturelles. Le Conseil rappelle que le renforcement de l'autonomie et du pouvoir d'agir doit constituer un objectif transversal pour l'ensemble de la population, tout en s'accompagnant d'actions visant à réduire les discriminations et les inégalités d'accès.

Action 5 : Promouvoir la santé sexuelle en ESSMS (établissements et services sociaux et médico-sociaux)

Le CNS met en avant la nécessité d'articuler explicitement l'action 5 de la SN2S avec le plan d'actions 2026-2027 pour la vie intime, affective et sexuelle des personnes en situation de handicap et contre les violences, porté par le Comité interministériel du handicap (CIH)⁷. Cette articulation est d'autant plus nécessaire que ce plan prévoit notamment de faire évoluer les pratiques professionnelles et institutionnelles, d'intégrer ces enjeux dans les projets d'établissement et de renforcer l'accès à la santé sexuelle dans les ESSMS.

Le CNS rappelle qu'une stratégie nationale doit couvrir tous les champs pertinents et s'adresser à l'ensemble des personnes concernées, y compris lorsque certaines actions ou certains volets sont confiés à d'autres

⁷ Comité interministériel du handicap. (2026). *Plan d'actions pour la vie intime, affective et sexuelle des personnes en situation de handicap et contre les violences (2026-2027)*.

instances. L'articulation entre la SN2S, le plan d'actions du CIH et les politiques conduites dans les secteurs sanitaire, social et médico-social doit donc être clairement identifiée dans la stratégie nationale, afin d'assurer la cohérence, la complémentarité et la lisibilité des interventions.

Le CNS met également en avant la nécessité d'associer davantage les familles à cette démarche, à travers des actions d'information et de sensibilisation sur les droits des personnes accompagnées. Il rappelle que l'acceptation et le respect de ces droits constituent un enjeu essentiel pour favoriser leur mise en œuvre effective.

Le CNS plaide également pour la définition d'objectifs opérationnels visant à lever les obstacles matériels et organisationnels à l'exercice de la vie intime, affective et sexuelle dans les établissements. Cela implique notamment d'adapter les pratiques professionnelles, les règles de fonctionnement et l'organisation des structures. Cette adaptation doit permettre une réelle prise en compte des souhaits, du consentement et de l'autonomie des personnes accompagnées, conformément aux orientations du plan d'actions 2026-2027 du CIH.

Axe 2 : Parcours, dépistage, prévention biomédicale et prise en charge

Action 6 : Améliorer les stratégies de dépistage actualisées et innovantes

Le CNS souligne l'intérêt de l'action 6, qui vise à améliorer les stratégies de dépistage, à diversifier les modalités d'accès et à mieux atteindre les publics les plus éloignés du système de santé, notamment en développant des techniques de dépistage et des modalités d'offre en « aller-vers » et « faire avec » innovantes et complémentaires des dispositifs existants.

Le CNS préconise toutefois de préciser les dépistages concernés et, surtout, de définir les modalités d'action à mobiliser. S'agissant par exemple des hépatites virales, l'action devrait intégrer plus explicitement les démarches « d'aller-vers » et « faire avec » et les dispositifs de type *test and treat*. Elle devrait s'appuyer pour cela sur des initiatives telles que ScanVir et sur une articulation renforcée avec la Fédération nationale des pôles de référence et réseaux hépatites (FPRH), les services experts de lutte contre les hépatites (SELHV) et les réseaux hépatites, afin de rapprocher dépistage, confirmation diagnostique et accès au traitement. Par ailleurs, le rôle des infirmiers et infirmières devrait être pleinement affirmé, compte tenu de leur capacité à prescrire des sérologies. Le développement de la biologie médicale délocalisée (BMD) constitue un levier important et doit effectivement être priorisé. Pour autant, la présentation qui est faite des TROD en tant qu'outils « uniquement à visée d'orientation et ne permettent pas de diagnostic biologique certain » mériterait d'être nuancée, s'agissant des résultats négatifs. Il conviendrait ainsi de mieux préciser l'articulation entre les TROD et la BMD afin d'en souligner la complémentarité dans les dispositifs « d'aller-vers ».

Enfin et surtout, le CNS déplore l'absence de toute mention des acteurs communautaires au regard des objectifs de l'action. L'amélioration du dépistage suppose un soutien accru aux acteurs communautaires, notamment aux petites structures. Ces dernières jouent un rôle essentiel pour atteindre les publics les plus exposés, en situation de vulnérabilité sociale et économique ou les plus éloignés des structures de soins. Il serait à cet égard pertinent d'envisager la question d'une adaptation des modalités de financement de leur activité de dépistage, afin de mieux garantir leurs capacités d'intervention tout en privilégiant davantage le ciblage des publics les plus exposés, plutôt qu'une logique principalement quantitative. L'augmentation du volume de tests réalisés ne saurait en effet constituer, à elle seule, un indicateur suffisant d'efficacité si elle ne s'accompagne pas d'un meilleur repérage des situations d'exposition et d'une augmentation des diagnostics pertinents. L'action devrait également prévoir l'accompagnement et la formation permettant aux acteurs communautaires de s'approprier les nouvelles offres de dépistage et de les adapter aux besoins des publics concernés. L'appui des CoReSS pourrait être sollicité sur ce point.

Action 7 : Evaluer et optimiser le dispositif « Mon Test IST »

L'action 7 est consacrée à l'évaluation du dispositif « Mon Test IST », et à d'éventuelles évolutions à apporter au dispositif en fonction des résultats. Le CNS suggère une clarification de sa rédaction sur ce point. Les évolutions réglementaires du dispositif sont présentées à juste titre comme une éventualité, leur opportunité devant être appréciée à la lumière des résultats de l'évaluation. Or, le jalon 2028 en acte implicitement la nécessité en programmant leur mise en œuvre. Par ailleurs, la rédaction du premier objectif appelle une précision quant aux "caractéristiques" évoquées dont il n'est pas clairement établi si elles renvoient au dispositif ou bien à ses usagers et usagers.

Sur le fond, le CNS relève que le caractère très circonscrit de l'objet de l'action 7 contraste avec celui de la plupart des autres actions de la Feuille de route qui recouvrent des objectifs et périmètres d'action beaucoup plus généraux et larges. Elle revêt de ce fait un caractère davantage opérationnel, même si les objectifs énoncés gagneraient à exposer plus précisément le type d'analyses à engager. Le CNS ne peut que souligner l'importance d'évaluer et le cas échéant de faire évoluer le dispositif « Mon Test IST », comme tout dispositif récemment instauré, et en particulier au regard de son ampleur et des attentes fortes qu'il suscite. Le Conseil s'étonne toutefois du fait qu'il semble nécessaire de consacrer une action de la nouvelle feuille de route pour s'assurer de l'évaluation, et le cas échéant d'ajustements du dispositif. Cela devrait relever du suivi des actions mises en œuvre dans le cadre de la feuille de route précédente, sans qu'il soit besoin de l'inscrire comme une action spécifique de la nouvelle.

Le CNS considère en revanche qu'une action dédiée à l'optimisation du dispositif « Mon Test IST » devrait envisager son élargissement aux personnes ne disposant pas d'une couverture par l'assurance maladie. Les personnes étrangères sans titre de séjour en sont exclues alors qu'elles constituent une population fortement exposée, en particulier aux infections par le VIH et par le VHB. Comme le Conseil l'a déjà souligné à propos de l'action 6, la diversification des modalités d'accès aux dépistages n'a pas pour objectif en soi d'augmenter le nombre de dépistages réalisés, mais de permettre de dépister davantage de personnes infectées et réduire ainsi le retard au diagnostic.

Action 8 : Améliorer l'accès à l'IVG

Le CNS salue la proposition de supprimer la clause de conscience spécifique, juridiquement superfétatoire⁸, ainsi que la volonté de saisir une instance à la fois sur les délais légaux et sur cette clause, qui constitue une avancée symbolique dans la lutte contre la stigmatisation. Il s'interroge toutefois sur la saisine du CCNE et recommande que le CNS, directement compétent sur ces questions, soit saisi.

A cette occasion, le CNS souligne la nécessité d'engager également une réflexion sur la clause de conscience collective dont les établissements privés peuvent se prévaloir. Distincte de la clause de conscience que les professionnel·les de santé peuvent opposer individuellement pour refuser de pratiquer une IVG ou d'y concourir, la clause de conscience dite collective peut, sous certaines conditions, être opposée par un établissement privé pour refuser, à l'échelle de l'établissement, que des IVG soient pratiquées en son sein.⁹

Le CNS constate par ailleurs que la fiche est principalement centrée sur l'accès à l'IVG et les dimensions réglementaires et financières. Celle-ci devrait davantage intégrer :

- l'amélioration des délais d'obtention d'un rendez-vous pour une IVG ;
- la formation des professionnel·les de santé aux différentes techniques d'IVG, notamment instrumentales ;¹⁰

⁸ Défenseur des droits, *Avis n° 15-12 du 28 mai 2015, relatif au projet de loi de modernisation de notre système de santé*.

⁹ Code de la santé publique, art. L.2212-8, alinéas 3 et 4.

¹⁰ Battistel, M.-N., & Muschotti, C. (2020). *Rapport d'information déposé par la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (n° 3343)*. Assemblée nationale.

- la lutte contre la culpabilisation et la stigmatisation, en population générale et auprès des professionnel·les de santé ;
- l'amélioration de l'accueil, et de l'articulation avec la lutte contre les violences.

Concernant la démedicalisation, le CNS recommande d'examiner :

- la suppression de l'échographie obligatoire, qui pourrait être remplacée, dans certains cas, par un dosage des bêta-HCG à distance ;
- la possibilité de prescrire l'IVG non instrumentale entièrement en téléconsultation, lorsque cela est approprié, et de prévoir sa prise en charge par l'assurance maladie.

Le CNS souligne également que la clause de conscience n'explique pas, à elle seule, les IVG hors délai. Les causes des retards d'accès doivent être analysées plus largement.

Enfin, au titre des jalons, le CNS recommande de cibler explicitement les pratiques de facturation hors forfait et les dépassements d'honoraires, plutôt que de se limiter à la modernisation des forfaits liés à l'IVG.

Action 9 : Améliorer l'accès à la contraception

Le CNS constate que cette action est trop centrée sur l'offre contraceptive et ne traite pas suffisamment de l'information, des représentations et des freins socioculturels qui influencent les choix et les parcours contraceptifs. Concernant la sous-action 2, le CNS suggère de :

- mentionner d'emblée la saisine du CNS et préciser que la SN2S s'appuiera sur son avis ainsi que sur celui du HCSP ;
- clarifier l'articulation entre la saisine du HCSP et celle du CNS ;
- ajouter l'avis du CNS parmi les livrables ;
- prendre en compte les freins liés aux représentations.

Le CNS considère par ailleurs que la communication ne devrait pas se limiter au dispositif intra-utérin au cuivre et la contraception d'urgence, mais présenter l'ensemble des méthodes contraceptives, incluant l'offre, notamment en matière de contraception masculine. En conséquence une campagne nationale d'information serait à envisager.

Enfin, plusieurs mesures complémentaires devraient être envisagées :

- évaluer l'efficacité de la délivrance gratuite des préservatifs chez les moins de 26 ans ;
- conduire une réflexion sur la question de la revalorisation des actes de vasectomie et de ligature des trompes, incluant une analyse des écarts de coût entre ces deux actes, qui peut favoriser une inégalité d'accès ;
- identifier les freins au recours à la vasectomie et les moyens de les réduire.

Action 10 : Accompagner le déploiement de la PrEP à longue durée d'action et améliorer l'accès au traitement post-exposition au VIH

L'action 10 porte à la fois sur le déploiement de la PrEP, en particulier des nouvelles formes injectables, et sur l'amélioration de l'accès au TPE, avec dans les deux cas une ambition d'assurer un accès équitable, alors qu'actuellement une partie des publics auxquels ces outils seraient le plus bénéfique est constituée des personnes qui y accèdent le moins.

Concernant la PrEP, le CNS préconise de rappeler, au titre des enjeux, que celle-ci, dans ses formes orales classiques comme sous forme injectable, doit être proposée et utilisée en première intention lorsqu'elle constitue une option pertinente pour la personne concernée. Comme le Conseil l'a souligné dans un précédent

Avis¹¹, il convient de rompre avec une représentation et des pratiques qui font de la PrEP un outil mobilisé par défaut, uniquement en cas d'échec, de difficulté d'usage ou d'inadéquation des autres moyens de prévention.

Pour garantir un accès équitable à la PrEP injectable et en favoriser la diffusion auprès de l'ensemble des publics exposés, son accès doit être assuré dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), ce qui est loin d'être assuré actuellement. Les CeGIDD doivent également être en mesure de délivrer gratuitement les PrEP injectables aux personnes sans couverture maladie, comme c'est déjà le cas pour les PrEP orales. Cela nécessite de les doter d'un financement complémentaire, indispensable pour que cette activité demeure soutenable, compte tenu du coût des formes injectables. Plus largement, l'objectif implique de promouvoir et soutenir les associations et autres structures ayant particulièrement accès aux populations les plus exposées au risque, ce que la fiche omet de mentionner.

S'agissant des limites actuelles d'accès au TPE, le CNS considère que l'absence d'accès dans les lieux de privation de liberté devrait être explicitement mentionnée dans les enjeux et spécifiquement envisagée en termes d'action pour y remédier.

Action 11 : Renforcer et améliorer l'offre en santé sexuelle ainsi que sa lisibilité au niveau national

Le CNS salue la mesure prévue de déployer cinq centres de santé et de médiation en santé sexuelle (CSMSS) supplémentaires.

Concernant les enjeux portés plus globalement par l'action, le CNS recommande d'adopter une approche davantage centrée sur les publics et leurs attentes, plutôt que sur les dispositifs.

Plus spécifiquement, le CNS demande :

- de ne pas limiter l'organisation de l'offre à une répartition thématique entre CSS et CeGIDD : les besoins des publics doivent être prioritaires, et la contraception et les IST doivent rester articulées, conformément aux pratiques des CSS ;
- d'intégrer les publics accueillis dans l'état des lieux prévu dès 2026, notamment les jeunes, les femmes et les personnes particulièrement exposées au VIH et aux IST ;
- d'envisager les évolutions légales et réglementaires nécessaires à garantir une pleine autonomie d'accès des personnes mineures à l'ensemble des structures de santé sexuelle, et à préserver la confidentialité des prises en charge vis-à-vis des parents ou titulaires de l'autorité parentale ;
- de programmer l'évaluation des organisations dès leur mise en œuvre, et non à partir de 2028 seulement ;
- de clarifier les livrables, en distinguant les données déjà disponibles auprès des ARS de celles qui doivent être produites au niveau national ;
- de prévoir une communication renforcée sur les CeGIDD et sur l'ensemble de l'offre en santé sexuelle.

Ces évolutions permettraient de construire une offre plus cohérente, lisible et équitable, fondée sur les parcours et les besoins des personnes plutôt que sur une segmentation des structures et des thématiques.

Action 12 : Elargir la consultation longue de santé sexuelle aux personnes de plus de 26 ans

Le CNS souscrit aux différents objectifs portés par cette action. Ouvrir la possibilité de prise en charge à 100% par l'assurance maladie de consultations longues en santé sexuelle pour d'autres tranches d'âge constituerait un progrès indéniable en termes d'équité d'accès à la prévention et à la prise en charge. Cette prise en charge pourrait, si possible, être étendue *in fine* à tous les âges de la vie. Le Conseil recommande de préciser, notamment dans les jalons, l'articulation de cet objectif avec celui visant à élaborer un référentiel de bonnes pratiques pour améliorer le dispositif de consultation longue. Ce second objectif est également

¹¹ Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS). (2021). *Avis sur la place de la PrEP dans la prévention du VIH en France : changer de paradigme, changer d'échelle* (avis adopté le 15 avril 2021). CNS.

pertinent. Ce référentiel devra en outre être conçu d'emblée pour couvrir un dispositif de consultation longue à tous les âges de la vie.

Le Conseil estime que la mise en œuvre de ces deux objectifs doit être conduite en parallèle. L'élargissement de la consultation longue ne doit pas être conditionnée par la production du référentiel, dans la mesure où celle-ci relève d'un processus de saisine de la HAS qui implique des délais généralement longs et incertains. Également en parallèle de toute démarche d'extension, le CNS souligne la nécessité de renforcer la connaissance et le recours à la consultation actuellement destinée aux moins de 26 ans, tant auprès des jeunes que des professionnels susceptibles de la proposer.

Le CNS recommande par ailleurs, dans la section « Contexte et enjeux », de préciser les besoins spécifiques des différents publics, ainsi que de mieux définir la notion de « recul de la contraception », notamment en précisant les méthodes ou populations concernées. Dans la section « Objectifs », il conviendrait de remplacer l'expression « structurer la pertinence » par une formulation plus précise et opérationnelle.

Action 13 : Prévention, dépistage et prise en soins des hépatites virales

Le Conseil rappelle que la prévention, le dépistage et la prise en soins des hépatites virales doivent s'inscrire dans le cadre d'une approche globale de santé sexuelle.

Le CNS s'étonne de l'absence de mention des personnes placées sous main de justice en tant que population particulièrement exposée. Il conviendrait que l'articulation de l'action 13 avec celles portées auprès de cette population spécifique par la Feuille de route santé des personnes placées sous main de justice 2024-2028 soit précisée.

Le CNS demande plus spécifiquement :

- de ne pas présenter comme nouveau le parcours de prise en soins des personnes atteintes d'une hépatite virale C chronique, qui existe déjà, mais de prévoir son adaptation aux personnes en situation de grande précarité et aux publics éloignés du système de santé ;
- d'intégrer les personnes placées sous main de justice, notamment à travers le dépistage, l'évaluation de la fibrose hépatique, la vaccination, l'éducation thérapeutique et la prévention des réinfections ;
- d'actualiser les données quantitatives à partir de la dernière enquête CSF concernant le VHC ;
- d'inclure l'hépatite A, notamment en tant qu'IST pouvant concerner les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, en renforçant la promotion de la vaccination et son remboursement, ainsi que la sensibilisation des médecins aux signes et circonstances évocateurs du diagnostic ;

Ces compléments permettraient de mieux prendre en compte la diversité des publics, les situations de vulnérabilité et les enjeux de continuité des soins, tout en renforçant la prévention des contaminations et des réinfections.

Action 14 : Optimiser le parcours des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et accompagner le vieillissement

Le CNS déplore que la fiche 14 soit très déclarative et manque de précisions opérationnelles sur le parcours des PVVIH et le rôle concret des CoReSS et des acteurs territoriaux. La Feuille de route devait préciser, dans " Contexte et enjeux ", que les ruptures de soins concernent surtout les PVVIH vulnérables : personnes en situation de handicap, usagers et usagers de drogue, personnes présentant des troubles de la santé mentale, personnes trans, personnes migrantes et, plus largement, personnes en grande précarité ou éloignées des droits.

Le jalon « renforcer la mobilisation des acteurs de ville et du médico-social » doit expliciter les modalités : formations, sensibilisation, outils de repérage, protocoles de coopération, référentes territoriales et référents territoriaux, etc. La médiation en santé devrait être reconnue comme un levier essentiel d'accès aux soins et d'accompagnement des publics en situation de vulnérabilité. Par ailleurs, les rôles respectifs des acteurs

chargés de porter et de coordonner ces actions devraient être précisés (CoReSS, ARS, DAC, CPTS, établissements, associations...). Enfin, dans les livrables, le CNS recommande de :

- Définir le périmètre de l'Avis de la HAS (parcours PVVIH, vieillissement, coordination, ruptures de soins).
- Identifier les acteurs chargés de repérer et gérer les ruptures de soins dans les territoires (équipes VIH, ville, médico-social, associations, médiateurs et médiatrices en santé).

La fiche devrait traduire les orientations générales en un plan d'action territorialisé précisant les publics ciblés, les acteurs responsables, les outils, notamment la médiation en santé, ainsi que les livrables attendus et les indicateurs de suivi.

Action 15 : Améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes trans

Le CNS recommande que soient explicitées la diversité et la complexité des besoins des femmes et des hommes trans et qu'il soit tenu compte des situations de handicap, de précarité, de migration, de racisation ou d'isolement. Des approches trop segmentées risquent en effet de laisser de côté les expériences croisées, par exemple celles d'une femme trans migrante en situation précaire. Les objectifs devraient également mentionner explicitement la lutte contre la transphobie.

Par ailleurs, la place des associations trans et communautaires, souvent en première ligne auprès de personnes isolées, devrait être davantage reconnue. Leur intégration et leur coordination avec les structures de soins, les CoReSS et les dispositifs d'accompagnement des violences devraient être prévues, les CoReSS étant identifiés comme pilotes de la mobilisation territoriale.

Enfin, la fiche devrait préciser :

- le contenu du « pack d'information » destiné aux personnes trans ;
- les modalités concrètes de formation des professionnel·les de santé ;
- les moyens mobilisés et les critères permettant d'en évaluer la faisabilité et l'impact.

La prévention et les soins doivent ainsi être construits en associant les personnes concernées et leurs associations, dans une logique de parcours individualisé, coordonné et exempt de toute discrimination.

Action 16 : Renforcer la prévention, la recherche et la visibilité de la santé sexuelle des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes (FSF) et des femmes bisexuelles

Le CNS recommande pour cette action de prendre en compte les besoins des FSF et des femmes dans toute leur diversité. Les actions devraient être co-construites avec les personnes concernées, les associations communautaires et les acteurs de terrain, afin d'éviter des dispositifs trop généraux ou insuffisamment adaptés aux réalités vécues. Le CNS demande en particulier :

- de remplacer, dans les jalons 2026, la saisine du HCSP par celle du CNS et de prévoir, parmi les livrables, un avis et des recommandations du CNS ;
- de tenir compte de l'âge, de l'origine, de la précarité, du handicap, du statut migratoire, de l'identité de genre ou de l'orientation sexuelle ;
- de définir les modalités de co-construction des actions avec les FSF, les femmes concernées et leurs associations ;
- de préciser les modalités d'évaluation de l'accès aux outils de prévention, de leur utilisation et de leur adéquation aux besoins des publics.

Ces évolutions permettraient de rendre la fiche plus participative, inclusive et opérationnelle, en associant étroitement les personnes concernées à la conception et à l'évaluation des dispositifs de prévention et de recherche.

Axe 3 : Chemsex

Action 17 : Renforcer la prévention et les compétences professionnelles autour du chemsex

Le CNS salue cette action, mais s'interroge néanmoins sur les délais de sa mise en œuvre. Ceux-ci ne paraissent pas justifiés dans la mesure où les messages et des outils éprouvés concernant, en particulier, la réduction des overdoses et la prévention des infections, existent d'ores et déjà. Des documents et des formations sont proposés aux professionnel·les, soit dans le cadre de projets financés par l'Etat (projet ARPA-chemsex, guide « Aller vers les chemsexuels »), soit par l'ARS Île-de-France, soit par des associations. Le Conseil recommande par conséquent que leur diffusion et leur déploiement interviennent sans délai.

Action 18 : Structurer les parcours de soins et de prise en charge des personnes concernées par le chemsex

Le fait de poursuivre des personnes qui consomment des produits illicites les renvoie dans la clandestinité et les dissuade de recourir aux services de secours dans les situations d'urgence, et plus généralement aux soins.

L'engagement d'une réflexion juridique de fond sur le recours aux services de secours d'urgence sans crainte de poursuites en cas de consommation de produits illicites, telle que prévue dans l'action, est en soi légitime. Cette réflexion pourrait notamment s'inspirer des dispositions adoptées en 2017 au Canada dans le cadre de la Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose¹². Le Conseil relève en outre qu'une proposition de loi prévoyant ce type de protection a d'ores et déjà été déposée au Sénat en février 2026.¹³

La réflexion juridique prévue par l'action 18 n'apparaît cependant pas susceptible de produire d'effets concrets avant 2030. De ce fait, l'action ne répond pas à l'urgence sanitaire que représente la fréquence actuelle des situations graves et des décès.

Le CNS souligne par conséquent la nécessité de mettre rapidement en œuvre une réponse pragmatique permettant de garantir aux personnes de pouvoir faire appel aux services de secours d'urgence sans crainte de poursuites en cas d'usage de produits illicites. A cet effet, dans l'attente d'un cadre juridique consolidé, la voie d'une instruction aux services d'urgence sur la conduite à tenir lors d'interventions en contexte de consommation de produits illicites pourrait être envisagée.

Axe 4 : Connaissances pour agir

Action 19 : Structurer la recherche en santé sexuelle

Le CNS rappelle que la recherche en santé sexuelle est développée par plusieurs équipes de recherche qui travaillent ensemble. Il recommande donc de nuancer le constat d'une recherche insuffisamment structurée et de mentionner plutôt l'idée de données encore fragmentaires sur certains sujets, et l'intérêt d'une dynamique nationale coordonnée.

Le CNS s'interroge sur la notion d'« écosystème national, durable, cohérent et interdisciplinaire » et demande qu'elle soit définie plus concrètement. Il souligne également que l'absence de référentiels méthodologiques communs ne doit pas empêcher la diversité des méthodes de recherche, notamment dans l'évaluation de la

¹² Gouvernement du Canada. (2017). *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose*. https://laws.justice.gc.ca/fra/LoisAnnuelles/2017_4/TexteCompleet.html

¹³ Souyris, A. (2026). *Proposition de loi relative à la prévention des risques et des dommages liés à la pratique du chemsex* (déposée au Sénat le 10 février 2026). Sénat. <https://www.senat.fr/dossier-legislatif/ppl25-368.html>

qualité de vie sexuelle. L'élaboration de tels référentiels nécessiterait une gouvernance et une concertation précises entre les chercheurs et chercheuses.

Par ailleurs, le CNS recommande de :

- intégrer la santé sexuelle dans les missions de l'ANRS-MIE, avec une dotation financière dédiée ;
- engager conjointement avec la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) une réflexion sur une évolution de la législation visant à permettre d'interroger les 15-18 ans sans l'accord de leurs parents ou des titulaires de l'autorité parentale, dans le cadre de recherches scientifiques qui recueillent des données pseudonymisées ;
- mieux définir la « Plateforme nationale de données et ressources en santé sexuelle », en anticipant les enjeux de gouvernance, de financement, de sécurité et de protection des données.

Le CNS souligne la nécessité de mieux investir plusieurs champs aujourd'hui insuffisamment étudiés :

- la santé sexuelle des personnes âgées, notamment en institution ;
- la sexualité des personnes présentant des troubles de santé mentale, particulièrement en établissement ;
- la contraception masculine, y compris la question de l'acceptabilité de la contraception par les hommes ;
- la santé sexuelle des jeunes à l'ère du numérique, en s'appuyant sur l'avis et les recommandations déjà formulés par le CNS ;
- la santé sexuelle des personnes trans, qui demeure insuffisamment visible.

Action 20 : Mettre en place un cadre d'évaluation des politiques publiques en santé sexuelle

Le CNS salue la priorité accordée à l'évaluation de la Stratégie nationale de santé sexuelle. Celle-ci est d'autant plus nécessaire que les données permettant d'en apprécier les résultats restent dispersées et que les indicateurs de santé sexuelle ne sont pas encore suffisamment consolidés.

Le CNS s'interroge toutefois sur les conditions de réalisation de cette évaluation. Le cadre évaluatif n'ayant pas été défini en amont de la conception et du déploiement des dispositifs, les données de référence et les éléments nécessaires à une évaluation rétrospective risquent de faire défaut. Le Conseil regrette que l'action 20 intervienne à un stade aussi avancé de la mise en œuvre de la stratégie, alors qu'un cadre d'évaluation devrait, au moins pour partie, être établi dès la conception des actions ou des dispositifs concernés.

Le CNS souligne par ailleurs les limites d'un cadre méthodologique unique défini à l'échelle nationale : les dispositifs et actions relevant de la stratégie poursuivent des objectifs différents et s'adressent à des populations variées. Elles doivent donc pouvoir être évaluées au moyen de méthodes adaptées à leurs objectifs, à leurs modalités de mise en œuvre et à leurs publics cibles. Dans ce contexte, plutôt que de rechercher une normalisation excessive des méthodes, il conviendrait (i) de définir au niveau national les principaux enjeux de l'évaluation – effets recherchés, populations concernées, mécanismes à analyser et résultats attendus – tout en laissant aux projets la souplesse nécessaire pour choisir les protocoles les plus pertinents et (ii) d'adapter leur financement.

Le CNS rappelle l'intérêt d'un suivi régulier du déploiement de la stratégie, au moyen d'un nombre limité d'indicateurs pertinents, rendus accessibles et discutés avec les parties prenantes. Ces indicateurs devraient notamment permettre d'apprécier la couverture des dispositifs, les éventuels écarts territoriaux et l'évolution des situations dans le temps.

Le CNS souligne enfin que le suivi d'indicateurs ne saurait à lui seul constituer une évaluation de la stratégie. Celle-ci doit également intégrer l'analyse de la mise en œuvre et des processus, des données qualitatives et, le cas échéant, des études spécifiques consacrées aux résultats et aux effets des actions. À cet égard, le CNS rappelle la recommandation formulée pour l'action 1 concernant la mise en place d'une évaluation de l'EVARS.

Axe 5 : Les territoires ultra-marins

Le CNS salue la prise en compte explicite des territoires ultramarins dans les formations et les actions de promotion de la santé sexuelle, qui peut contribuer à réduire des inégalités territoriales documentées. Le Conseil s'interroge toutefois sur l'articulation entre les objectifs nationaux de santé publique, la coopération internationale et les mesures ciblées dans les territoires ultramarins. Cette articulation devrait être pensée selon une logique de réciprocité : les politiques nationales doivent être adaptées aux réalités propres à ces territoires, tandis que leurs expériences et leurs besoins doivent pouvoir contribuer, en retour, à favoriser l'évolution des priorités nationales.

Le CNS recommande de mieux prendre en compte de façon générale :

- les inégalités sociales et territoriales propres à chaque territoire ;
- les contextes historiques, notamment les héritages coloniaux et les éventuels décalages entre des politiques conçues au niveau national et les réalités sociales, culturelles et sanitaires propres aux outre-mer ;
- les contraintes socio-économiques et les rapports de pouvoir qui influencent l'accès à la santé sexuelle ;

Au regard des toutes dernières données publiées par les enquêtes promues par l'ANRS-Mie, le CNS souligne en outre que les problématiques spécifiques qui apparaissent dans les actions ciblées (22.1 à 22.5) concernent l'ensemble des territoires ultramarins. Il recommande d'explicitier la méthode utilisée pour définir les principaux enjeux et priorités de chaque territoire.

Action n° 21 - Renforcer l'intégration régionale des territoires ultramarins

Le CNS souligne que les territoires ultramarins ne se caractérisent pas uniquement par des mobilités régionales importantes. Certains connaissent au contraire un isolement géographique qui complique fortement l'accès aux soins, tandis que les échanges réguliers avec les pays voisins, particulièrement importants en Guyane ou à Mayotte, sont moins marqués dans d'autres territoires.

Le CNS salue la pertinence de mentionner l'IPPF Caraïbes, rattachée à la région Amériques et Caraïbes de l'IPPF, qui soutient la santé et les droits sexuels et reproductifs avec ses associations membres.

Le CNS préconise par ailleurs d'élargir l'approche au-delà du seul cadre médico-institutionnel et de mieux intégrer :

- la dimension de genre et l'impact des rapports de domination ;
- la participation des personnes concernées dans l'ensemble des actions, et pas uniquement pour le chemsex ;
- la précarité économique et sociale, les spécificités culturelles et leur influence sur l'accès aux soins, la prévention et les prises de risque ;
- les premiers résultats du volet ultramarin de l'enquête CSF portée par l'ANRS-Mie.

Le CNS demande également de préciser les fortes disparités de l'offre de soins, qui peut être quasi inexistante dans certains territoires, comme Mayotte. A cette fin, il recommande de mieux exploiter les données issues des volets DROM de l'Enquête Santé Européenne, encore peu accessibles aux équipes de recherche ultramarines, notamment en raison des coûts d'accès aux infrastructures sécurisées de données.

En outre, le CNS suggère de préciser quels acteurs sont appelés à participer à des projets financés au niveau européen ou international dans le cadre du jalon de 2028, ainsi que les modalités d'accompagnement prévues pour faciliter leur participation.

Enfin, le CNS propose d'ajouter aux livrables la création d'une structure de coordination intersectorielle associant l'Éducation nationale, la santé, l'action sociale, la justice et la police, afin de renforcer la prévention et la lutte contre les violences sexuelles.

Action n°22.1 - Promouvoir la vie affective, relationnelle et sexuelle à Mayotte par le renforcement du maillage territorial des EVARS

Le CNS s'interroge sur le choix de centrer cette action uniquement sur le renforcement des EVARS et demande de préciser leur rôle, leur implantation, les acteurs responsables et les modalités de coordination avec les autres dispositifs. Le Conseil relève par ailleurs que le titre « Promouvoir la vie affective, relationnelle et sexuelle », ne permet pas d'identifier suffisamment clairement le sens de l'action ni sa traduction en objectifs opérationnels.

Le CNS recommande de mieux intégrer les spécificités de Mayotte, marquée par une forte proportion de personnes étrangères ou en situation irrégulière, un accès limité aux droits et à la couverture assurantielle et des difficultés particulières d'accès aux soins et à la prévention. Ces réalités doivent orienter la définition des priorités et les modalités concrètes de mise en œuvre des actions.

Le CNS souligne également que la prise en compte des enjeux linguistiques et l'adaptation des supports aux populations concernées doit constituer une priorité.

Action n°22.2 - Identifier les déterminants sociaux, culturels et organisationnels du recours à la contraception et à l'IVG en Guadeloupe

Le CNS recommande de préciser la valeur ajoutée de cette action, les lacunes de connaissance qu'elle entend combler et son articulation avec les travaux existants.

Le CNS souligne également que la description des « spécificités importantes en matière de santé sexuelle et reproductive » s'applique à tous les DROM. Il demande donc de vérifier le diagnostic territorial et de mieux justifier le choix de la Guadeloupe.

Action n°22.3 - Assurer une information fiable en santé sexuelle en ligne auprès des jeunes en Martinique

Le CNS salue l'intérêt de cette action, mais se demande pourquoi cette dernière ne serait pas déployée sur l'ensemble des territoires ultra-marins.

Action n°22.4 - Déployer des actions de prévention en santé sexuelle à destination des jeunes en Guyane

Le CNS regrette que la question des inégalités d'accès aux soins et à la prévention ne soit pas suffisamment soulignée dans ce territoire en particulier.

Action n°22.5 - Mettre en place une prévention multimodale des IST, du VIH, des grossesses non désirées et promouvoir la santé sexuelle à La Réunion – Programme « Run'Safe – Kosa i Di ? Prévention ! »

Le CNS salue le caractère complet du programme « Run'Safe – Kosa i Di ? Prévention ! », qui propose une prévention multimodale des IST, du VIH, des grossesses non souhaitées et une promotion de la santé sexuelle. Le Conseil s'interroge toutefois sur la formulation du contexte, qui semble limiter les « vaccinations recommandées » à La Réunion. Il recommande de préciser que, selon les vaccins concernés, ces recommandations doivent s'appliquer à l'ensemble du territoire national ou à plusieurs territoires ultramarins, avec d'éventuelles adaptations tenant aux contextes épidémiologiques locaux. Par exemple, la vaccination contre la dengue est recommandée dans plusieurs territoires ultramarins, dont La Réunion, les Antilles, la

Guyane et Mayotte. La fiche devrait donc distinguer les mesures propres à La Réunion des actions pouvant être déployées dans d'autres territoires, afin d'éviter une présentation excessivement territorialisée de recommandations qui ont une portée plus large.

INDEX DES SIGLES ET ACRONYMES

ANRS Mie : Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales – Maladies infectieuses émergentes

ARS : Agences régionales de santé

BMD : Biologie médicale délocalisée

CCNE : Comité consultatif national d'éthique

CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic

CIH : Comité interministériel du handicap

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNS : Conseil national du sida et des hépatites virales

CoReSS : Comités de coordination régionale de la santé sexuelle

COPIL : Comité de pilotage

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé

CRIPS : Centre régional d'information et de promotion de la santé sexuelle

CSF : Contexte des sexualités en France (nom de l'enquête)

CSMSS : Centres de santé et de médiation en santé sexuelle

CSS : Centres de santé sexuelle

DAC : Dispositifs d'appui à la coordination

DEPP : Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance

DGS : Direction générale de la santé

DROM : Départements et régions d'outre-mer

ESSMS : Établissements et services sociaux et médico-sociaux

EVAR : Éducation à la vie affective et relationnelle

EVARS : Éducation à la vie affective, relationnelle et à la sexualité

FPRH : Fédération nationale des pôles de référence et réseaux hépatites

FSF : Femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes

HAS : Haute autorité de santé

HCG : Hormone chorionique gonadotrope (dosage bêta-HCG)

HCSPP : Haut conseil de la santé publique

HPV : Papillomavirus humain

IDE : Infirmier·e diplômé·e d'État

IGÉSR : Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche

IPPF : Fédération internationale pour la planification familiale

IST : Infections sexuellement transmissibles

IVG : Interruption volontaire de grossesse

PASS : Permanences d'accès aux soins de santé

PrEP : Prophylaxie pré-exposition

PVVIH : Personnes vivant avec le VIH

SELHV : Services experts de lutte contre les hépatites virales

SN2S : Stratégie nationale de santé sexuelle

SP : Santé des populations (sous-direction de la DGS)

SP2 : Bureau de la santé sexuelle (au sein de la sous-direction Santé des populations de la DGS)

TPE : Traitement post-exposition

TROD : Test rapide d'orientation diagnostique

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

ANNEXE : LETTRE DE SAISINE



Direction générale de
la santé

LA DIRECTRICE GÉNÉRALE ADJOINTE DE LA SANTÉ

Paris, le 30/07/2026

Affaire suivie par : Elliot VALET
Tél. : 06.68.10.83.11.
Mél. : elliot.valet@sante.gouv.fr
Nos réf. : D-26-017045

Madame Nathalie BAJOS
Présidente du Conseil National du sida
et des hépatites virales
14 avenue Duquesne
75350 PARIS 07 SP

OBJET : Consultation sur la troisième feuille de route en santé sexuelle déclinant la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030

Madame la Présidente,

La France s'est dotée en 2017, pour la première fois, d'une Stratégie nationale de santé sexuelle (SNSS) visant à dépasser une organisation jusque-là fragmentée et à structurer une action interministérielle cohérente. Cette stratégie se décline en feuilles de route pluriannuelles, dont les deux premières (2018-2020 et 2021-2024) ont constitué les déclinaisons opérationnelles.

Les travaux préparatoires à l'élaboration de la troisième feuille de route se sont organisés autour de cinq axes thématiques : promotion de la santé sexuelle, information, formation et EVARS¹ (Axe 1), parcours, prévention et prise en charge (Axe 2), « chemsex » (Axe 3), connaissances pour agir (Axe 4) et territoires ultramarins (Axe 5). À l'exception de l'axe dédié au « chemsex », introduit pour répondre à des besoins émergents, ces axes prolongent ceux des précédentes feuilles de route. Conduits selon une démarche résolument participative, les travaux ont reposé sur trois cycles de réunions des groupes de travail, trois comités de pilotage ainsi qu'une cinquantaine d'auditions et de réunions bilatérales. Cette méthode d'élaboration, dans le prolongement des précédentes feuilles de route, des plans VIH-IST et des recommandations de la Haute Autorité de santé, a permis d'intégrer les contributions des administrations, des professionnels, des chercheurs, des associations et des personnes concernées afin d'aboutir à une feuille de route pour la période 2026-2030.

Dans le contexte de la transformation souhaitée par le Conseil national du sida et des hépatites virales vers une approche globale de la santé sexuelle, je vous adresse, conformément à l'article D. 3121-1 du code de la santé publique, l'ensemble des fiches-actions et le rédactionnel public composant la troisième feuille de route de la Stratégie nationale de santé sexuelle pour avis. Je souhaite que le Conseil puisse se prononcer sur les orientations stratégiques de la future feuille de route.

Comme convenu entre les services de la DGS et du CNS, des versions de travail des fiches-actions ont été transmises à titre préparatoire afin de permettre au Conseil d'engager ses travaux en

¹ Éducation à la vie affective, relationnelle et à la sexualité

Tél. 01 40 56 60 00
14 avenue Duquesne – 75350 Paris 07 SP

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse dgs-rgpd@sante.gouv.fr ou par voie postale.
Pour en savoir plus : <https://sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>

amont de la saisine officielle. La présente saisine porte exclusivement sur la version définitive de la troisième feuille de route, intégrant les dernières évolutions apportées.

Compte tenu du calendrier resserré, la version finale vous sera transmise au plus tard **le 14 août 2026**, afin que votre avis puisse être rendu pour le **26 août au plus tard**, en vue d'une publication de la feuille de route le 3 septembre 2026.

Les services de la DGS se tiennent à votre disposition pour faciliter l'organisation des travaux nécessaires à l'élaboration de votre avis.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de mes salutations distinguées.

La Directrice Générale Adjointe
de la Santé

Sarah SAUNERON





Conseil national du sida
et des hépatites virales

14 avenue Duquesne - 75007 PARIS
conseil-national-du-sida@sante.gouv.fr

cns.sante.fr

