



RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES



RECOMMANDATION



Organisation et
accès aux soins,
qualité de vie pour
un succès
thérapeutique



Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés en dernière page (fiche descriptive) et détaillés dans l'argumentaire scientifique.

Descriptif de la publication

Titre	Organisation et accès aux soins, qualité de vie pour un succès thérapeutique (recommandation)
Méthode de travail	Recommandation pour la pratique clinique (RPC)
Objectif(s)	Etablir un état des lieux de l'organisation et de l'accès aux soins pour les personnes vivant avec le VIH, une hépatite virale chronique ou atteinte d'IST en France métropolitaine et dans les DROM-COM. Proposer des pistes d'amélioration pour optimiser l'organisation des soins, l'accès aux soins, et garantir une qualité de vie propice à un succès thérapeutique
Cibles concernées	Patients concernés par le thème : personnes vivant avec le VIH, une hépatite virale chronique ou atteintes d'IST ; Professionnels concernés par le thème : médecins généralistes et spécialistes et autres professionnels de santé impliqués dans le suivi de l'infection VIH, des hépatites virales chroniques et des IST, travailleurs sociaux ; Associations de patients
Demandeur	Ministère de la santé et de la prévention
Promoteur(s)	Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) et Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS) Maladies infectieuses émergentes
Pilotage du projet	Pr Pierre Delobel, infectiologue, CHU de Toulouse
Auteurs	Groupe de travail sous la direction du Pr Olivier Bouchaud, infectiologue, Hôpital Avicenne-APHP, Bobigny, Université Sorbonne Paris-Nord : Dr Cédric Arvieux, infectiologue, CHU de Rennes et COREVIH Bretagne ; Mme Annabel Desgrees Du Lou, démographe, de la santé, CEPED, IRD et Conseil Consultatif National d'Éthique, Paris ; Pr Loïc Epelboin, infectiologue, CH de Cayenne et Université Antilles-Guyane, Guyane ; Dr Olivier Lefebvre, médecin, association COMEDE (comité pour la santé des exilé-e-s) ; Mme Chloé Le Gouëz, association AIDES, TRT-5 CHV ; Mr Didier Maille, association COMEDE (comité pour la santé des exilé-e-s) ; Mme Hélène Meunier, association ENVIE, TRT-5 CHV
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la DGS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées par la direction des affaires juridiques du Ministère de la Santé et de la Prévention. Par ailleurs, la base de données publique « Transparence-Santé » (www.transparence.sante.gouv.fr) rend accessible les informations déclarées par les entreprises concernant les conventions, les rémunérations et les avantages liant ces entreprises et les acteurs du secteur de la santé. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail et les informations déclarées par les entreprises ont été considérés comme étant compatibles avec la participation des membres du groupe de travail à ce travail.
Validation	Version du [20/08/2024]
Actualisation	Version du [04/11/2024]
Autres formats	

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.cns.sante.fr et www.anrs.fr

Conseil national du sida et des hépatites virales

39-43 quai André Citroën
75902 Paris cedex 15

ANRS | Maladies infectieuses émergentes

PariSanté Campus - 2, rue d'Oradour-sur-Glane
75015 Paris

Sommaire

Introduction	5
1. Accès aux droits et aux soins	6
1.1. Emploi, ressources, prestations sociales	7
1.2. Améliorer l'offre d'hébergement et de logement	8
2. Parcours de soins et accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité et populations particulières	9
2.1. Caractérisation des populations et déterminants sociaux de la santé	9
2.1.1. Travailleurs et travailleuses du sexe	9
2.1.2. Personnes transgenres	10
2.1.3. Personnes détenues	11
2.1.4. Personnes usagères de drogues	11
2.1.5. Personnes ayant des troubles de la santé mentale et émotionnelle	11
2.1.6. Personnes concernées par le vieillissement	12
2.2. Focus sur les populations migrantes	13
2.3. La médiation en santé	14
2.4. Fin de vie des PVVIH et des patients vivant avec des hépatites virales chroniques et soins palliatifs	15
2.5. Prévention du risque pénal lié à la transmission du VIH	15
2.6. Particularités dans les territoires ultramarins (voir Annexe)	16
3. Enjeux éthiques et sociétaux de la prise en soins, droits fondamentaux et qualité de vie	17
4. Place des COREVIH et futurs CORESS dans la santé sexuelle, la prévention des IST et la prise en soins des personnes vivant avec le VIH	19
Participants	21
Abréviations et acronymes	23

Introduction

La décision de faire un chapitre commun sur les aspects psycho-sociaux de la prise en soins du VIH, des hépatites virales chroniques et des infections sexuellement transmissibles (IST) relève de l'évidence du quotidien. Quelles que soient les pathologies dont souffrent nos patients et patientes, les difficultés d'accès aux droits et aux soins, les éventuelles ruptures dans les suivis, les discriminations dont ils/elles sont parfois l'objet s'inscrivent dans les mêmes mécaniques et les mêmes vulnérabilités. Il est donc logique de les traiter en commun même si l'histoire plus ancienne de la structuration des soins au cours de l'infection par le VIH et son impact psycho-social dans nos sociétés imprègnent largement ce chapitre. Certains aspects plus spécifiques à l'un des domaines pathologiques pris en compte dans ce rapport sont cependant traités à part ou approfondis dans la partie concernée lorsque ça le justifiait.

Même si le système de santé français reste globalement plutôt performant par rapport à celui d'autres pays « riches », le constat global d'une certaine dégradation de l'accès aux soins dans un contexte général d'aggravation des fragilités de beaucoup des populations les plus vulnérables amène à inciter les lecteurs et lectrices à être très attentifs aux notions développées ici. Elles sont en effet souvent méconnues ou sous estimées. En effet beaucoup des échecs dans les soins sont liés à une méconnaissance d'un système qui devient de plus en plus complexe y compris pour les professionnels de santé. Cette complexité qui prend toute son ampleur chez les plus vulnérables de nos concitoyens et concitoyennes justifie en soi une évolution du système de santé, notamment grâce à la montée en puissance souhaitée d'un nouveau métier qu'est la médiation en santé, dont l'objectif est d'accompagner les patients vulnérables en difficulté dans leurs parcours de soin, dans le contournement des obstacles qui en sont la cause.

Les recommandations issues de ce travail s'inscrivent dans une logique de santé publique, de lutte contre les inégalités de santé et de démocratie en santé.

D'un point de vue pratique nous avons fait l'option pour rendre la lecture de ce chapitre plus fluide d'insérer des notes de bas de page en complément des références. Ces notes ont pour objectif d'approfondir certains points précis et peuvent comprendre ou être constituées d'une référence à un document, numérique le plus souvent, issue le plus souvent de la littérature « grise » ou de sources institutionnelles non référencées dans les bases de données habituelles de la littérature médicale. Le choix d'intégrer des références dans les notes relève de l'auteur du chapitre. Par ailleurs les références sont numérotées par ordre d'apparition et sont regroupées en bas de texte.

Enfin vous trouverez en annexe un texte, contenant ses propres références, complété par des figures et des tableaux sur la situation épidémiologique et de l'accès aux soins dans les territoires ultra-marins. L'importance et le caractère inédit (et par ailleurs proposé pour la 1^{re} fois dans la série des rapports) de ces données justifient leur autonomisation.

Nous avons fait le choix de ne pas grader les recommandations proposées dans ce chapitre, considérant que l'échelle de gradation utilisée dans le reste de ce rapport, qui repose sur le niveau de preuves des études dans la littérature scientifique, n'était pas adaptée au thème de ce chapitre.

1. Accès aux droits et aux soins

Synthèse

L'enjeu de la solvabilité financière, et partant l'enjeu de l'accès à la protection maladie (assurance maladie, couvertures complémentaires, AME, dispositifs soins urgent et vitaux, assurance et prévoyance privées), et des ruptures des droits restent stratégiques pour toute personne, et particulièrement pour les patients en situation de précarité. Pourtant, de nombreuses difficultés perdurent dans l'accès aux droits. Obtenir une première fois une protection maladie reste difficile dans un système encore complexe malgré les réformes CMU (1999) et PUMa (2015). Quatre facteurs rendent difficiles l'accès ou le maintien de la protection maladie : la structure en « double-système » (AME pour les personnes étrangères en situation irrégulière et assurance maladie pour les autres), l'organisation interne des caisses inadaptée aux problématiques d'accès aux droits des personnes précaires, l'absence de transparence réglementaire de la CNAM, et les erreurs de droits dans l'application de la réglementation notamment pour les étrangers précaires. Malgré l'intervention des « complémentaires santé », des restes à charge financiers demeurent importants. Les difficultés d'accès aux droits et les restes à charge imposent de pérenniser les dispositifs palliatifs type « PASS ».

RECOMMANDATIONS

1. Fusionner l'assurance maladie (avec C2S) et l'AME comme le recommandent plusieurs institutions, pour réduire le non recours à la protection maladie et améliorer l'accès aux soins des plus démunis.
2. Relever le plafond de ressources de la C2S et de l'AME à la hauteur du SMIC.
3. Supprimer les franchises et forfaits pour les bénéficiaires d'aides sociales d'un montant inférieur au SMIC, pour ne pas aggraver leur précarité et leurs difficultés d'accès aux soins.
4. Assurer automatiquement la prise en charge du VIH, des hépatites et des IST par le dispositif pour les soins urgents et vitaux si elle ne peut pas être prise en charge par une protection maladie de droit commun (en raison des délais de carence).
5. Mettre en place à Mayotte l'assurance maladie, la C2S et l'AME dans les conditions équivalentes à celles des autres départements d'outremer.
6. Assurer l'accès aux PASS à toute personne démunie, conformément à la loi, et attribuer aux PASS des financements à la hauteur des besoins et des enjeux.
7. Développer les différentes modalités du dispositif PASS sur l'ensemble du territoire, particulièrement là où les indicateurs de précarité sont inquiétants, et sans créer des filières spécifiques pour les plus démunis.
8. Poursuivre et consolider la mise en place des PASS mobiles pour repérer et aller au-devant des publics en situation d'exclusion les plus éloignés des structures de soins.

9. Rappeler aux acteurs socio-sanitaires à travers des instructions ministérielles la prééminence des critères médicaux sur les critères socio-administratifs ou économiques pour le fonctionnement des PASS
10. En faire la promotion auprès de tous les acteurs médicaux (dont les médecins libéraux) et sociaux.
11. Mettre systématiquement en ligne, sur le site internet de la caisse nationale d'assurance maladie, les circulaires internes et les lettres-au-réseau-CNAM

1.1. Emploi, ressources, prestations sociales

Synthèse

Beaucoup de PVVIH, notamment celles infectées avant l'ère des trithérapies et de personnes vivant avec des hépatites chroniques rencontrent en effet des difficultés d'insertion sociale, ont ou ont eu une carrière professionnelle fragilisée ou fractionnée du fait de leur séropositivité, de leur état de santé, de leur terrain psychique et des discriminations auxquelles elles sont toujours confrontées. Ces difficultés sont trop souvent méconnues des soignants et travailleurs sociaux, les patients hésitant à les aborder spontanément. Pourtant plusieurs dispositifs de maintien ou de retour à l'emploi existent mais ils sont parfois complexes à mettre en place et demeurent mal connus des personnes (et parfois aussi des soignants et des travailleurs sociaux) et en pratique trop peu mis en œuvre. Par ailleurs il est souvent difficile de faire reconnaître les effets invalidants du VIH ou des hépatites chroniques dans des cadres avant tout conçus pour la prise en charge de formes plus traditionnelles de handicap, et auprès d'instances peu sensibilisées.

RECOMMANDATIONS

12. Mettre en place dès le début de la prise en soin ainsi qu'au cours du suivi des évaluations régulières autour de l'effectivité de l'accès aux droits, l'insertion dans l'emploi et des ressources nécessaires aux besoins fondamentaux. Cela pourrait passer par l'intégration dans les logiciels de suivi d'un onglet d'accès facile colligeant ces informations qui faciliterait la pluri-professionnalité.
13. Promouvoir la mise en place d'études permettant de suivre l'évolution des indicateurs sociaux des PVVIH et des populations clés vulnérables au VIH et aux hépatites, en mettant en évidence les éventuelles disparités et inégalités entre le territoire métropolitain et les Outre-Mer.
14. Inciter à une rédaction du protocole de soins (ALD) la plus complète possible, surtout en cas d'affections multiples et complexes, afin d'éviter les restes à charge.
15. Rappeler aux MDPH de respecter les délais légaux d'instruction des dossiers de 4 mois, de donner la motivation des décisions de taux de handicap et de s'adapter aux spécificités du VIH et des hépatites chroniques.

1.2. Améliorer l'offre d'hébergement et de logement

Synthèse

L'accès à l'hébergement ou au logement ainsi que le maintien à domicile constituent la pierre angulaire du succès thérapeutique, un logement stable favorisant le suivi médical et l'adhésion au traitement. Or malgré l'existence d'une diversité de dispositifs d'accès au logement et à l'hébergement adapté, le manque de places en structures médico-sociales et les longues listes d'attente pour accéder au logement social entravent le parcours de santé de nombreuses personnes vivant avec le VIH et/ou une hépatite en situation de précarité. Par ailleurs, les services d'aide au maintien à domicile sont encore trop méconnus ou sous-développés dans certaines régions, donc peu mobilisés par les personnes elles-mêmes et les acteurs sociaux de leur accompagnement.

RECOMMANDATIONS

- 16.** Considérer que l'accès à l'hébergement ou au logement pour les personnes vulnérables ainsi que le maintien à domicile doivent constituer la pierre angulaire du succès thérapeutique, une résidence stable favorisant le suivi médical et l'adhésion au traitement.
- 17.** Développer une logique de parcours avec des objectifs de court/moyen terme puis de long terme pour l'hébergement visant à mieux orienter et prendre en compte les PVVIH ou souffrant de formes compliquées d'hépatite chronique. Dépasser le cloisonnement entre santé et social est indispensable.
- 18.** Augmenter l'offre d'appartements de coordination thérapeutique (ACT).
- 19.** Développer et étendre à tout le territoire les dispositifs mobiles d'accompagnement à domicile de type SAMSAH, SAVS ou ACT mobiles.
- 20.** Pérenniser et étendre à l'ensemble du territoire l'expérience PILS (plateforme inter-associative pour le logement SIDA).
- 21.** Permettre l'application de la loi Égalité et Citoyenneté (article 70) de 2017 permettant aux personnes sortant d'ACT d'être prioritaires pour l'accès à un logement social en augmentant l'offre de logement social adapté.

2. Parcours de soins et accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité et populations particulières

2.1. Caractérisation des populations et déterminants sociaux de la santé

2.1.1. Travailleurs et travailleuses du sexe

Synthèse

En France, depuis les dernières décennies, le travail du sexe a connu de profondes transformations avec l'arrivée d'une population migrante, souvent précaire, le développement d'une prostitution occasionnelle (sexe de « survie ») caractérisée par son invisibilité ou son fonctionnement par internet. L'ambiguïté des textes qui tentent de le réguler ballotent les professionnels du sexe entre victimes et coupables. Même si la loi de 2016 prévoit un parcours de sortie, ses autres dispositions les repoussent plutôt dans la clandestinité compliquant le recours aux soins et aux préventions. Les situations de vulnérabilités sociales et psychologiques favorisent le risque de transmission du VIH et vraisemblablement des hépatites virales, ce qui est souvent le cas des personnes transgenres et des HSH notamment d'origine africaine. Le constat que dans les pays où il y a pénalisation du travail du sexe la prévalence du VIH chez les professionnels du sexe est 8 fois plus élevée que dans le cas inverse est éloquent. Pour lutter contre les effets délétères de la loi de 2016, un référentiel national a été proposé qui prône une approche de la santé fondée sur les trois principes d'absence d'exigence, de non jugement et d'inconditionnalité de l'accompagnement. Le rôle des associations communautaires qui ont montré leur impact positif notamment sur la santé et la prévention des risques doit être reconnu et renforcé.

RECOMMANDATIONS

- 22.** Décriminaliser le travail du sexe afin de promouvoir des politiques publiques concernant le travail du sexe centrées sur les droits humains des personnes exerçant le travail du sexe et co-construite avec elles.
- 23.** Mettre en place un accompagnement inconditionnel pour les personnes souhaitant arrêter le travail du sexe, offrant de réelles alternatives à cette activité.
- 24.** Mettre en œuvre une politique effective de lutte contre toutes les formes de traite à des fins d'exploitation en suivant notamment les recommandations de l'avis du 28 avril 2020 de la commission nationale consultative des droits de l'homme.

- 25.** Adopter une véritable politique de santé publique à destination des travailleurs et travailleuses du sexe fondée sur la réduction des risques et, par conséquent, sur une démarche communautaire.
- 26.** Prioriser le financement des associations communautaires et des associations de santé adoptant une approche communautaire.

2.1.2. Personnes transgenres

Synthèse

Le terme transgenre désigne toute personne dont le sexe biologique de naissance n'est pas conforme à son identité de genre et qui fait un parcours de transition, avec ou sans hormones, avec ou sans chirurgie, vers le genre auquel elle s'identifie. Sachant qu'il existe une multiplicité de parcours de transition, il faut que les professionnels socio-sanitaires s'inscrivent dans un non jugement en préférant par exemple le terme de transidentité qui tend à effacer la dimension pathologique et notamment psychiatrique que les a priori entretiennent, à celui de transgenre et en respectant les manières dont les personnes concernées se présentent concernant leur genre. En France le parcours de transition est pris en charge à 100%, le certificat « psychiatrique » n'étant plus exigible depuis fin 2022. Les diverses vulnérabilités notamment socio-économiques et psychiques fréquentes dans le contexte de la transidentité facilitent le recours au travail du sexe et/ou à la surexposition à la transmission du VIH et des IST.

Le libre choix des parcours médicaux sur la base du consentement éclairé ainsi qu'une meilleure prise en charge par l'assurance maladie de l'ensemble des soins liés aux parcours de transition simplifieraient l'accès aux soins des personnes transgenres. Une approche pluridisciplinaire associative et institutionnelle et la mise en place d'initiatives reposant sur l'intervention des pairs doivent être promues. Des formations aux spécificités des personnes transgenres, destinées aux professionnels de santé, du social et du médico-social doivent être instaurées.

RECOMMANDATIONS

- 27.** Fonder les parcours de santé des personnes transgenres sur l'autodétermination et un choix libre et éclairé.
- 28.** Faciliter les parcours de transition en les dépsychiatrisant, en faisant une plus grande place à la médecine de premier recours, en renforçant le travail en réseau et pluridisciplinaire.
- 29.** Faciliter et sécuriser l'accès à l'hormonothérapie en autorisant les médecins généralistes de primo-prescrire les hormones et en consolidant le cadre de prescription (extension de l'AMM dans le cadre d'un « usage bien établi » ou reconnaissance par l'ANSM d'un cadre de prescription compassionnel, sur la base de recommandations de bonnes pratiques).
- 30.** Sensibiliser et former les professionnels de santé aux parcours de transition et de santé des personnes transgenres.
- 31.** Reconnaître la santé communautaire et lui donner des moyens.

2.1.3. Personnes détenues

⇒ Se référer aux [Recommandations de Prise en charge de l'hépatite virale chronique : parcours de soin \(chap. 2.4, p. 27\)](#)

2.1.4. Personnes usagères de drogues

⇒ Se référer aux [Recommandations de Prise en charge de l'hépatite virale chronique : parcours de soin \(chap. 2.3, p. 19\)](#)

2.1.5. Personnes ayant des troubles de la santé mentale et émotionnelle

Synthèse

La santé mentale influe sur chaque étape de la cascade de soin pour le VIH, les hépatites et les IST, que ce soit dans le domaine de la prévention, dans le parcours de santé ou l'efficacité de la prise en soin. De nombreux facteurs influencent la santé mentale, qu'ils soient démographiques, biologiques, communautaires, liés aux stigmatisations, psycho-sociaux, environnementaux et économiques. Les PVVIH et les hépatites sont particulièrement impactées par les problématiques de santé mentale et émotionnelle. Or la dimension santé mentale est souvent négligée dans les parcours de santé avec un manque de dispositifs de prise en soin adaptés. Afin d'avoir un réel impact sur la santé mentale et émotionnelle des personnes vivant avec le VIH et les hépatites, l'accent doit être porté sur la lutte contre les discriminations, les stigmatisations et la défense des droits humains, en s'appuyant sur des actions communautaires promouvant la santé mentale et le bien-être.

RECOMMANDATIONS

- 32.** Sensibiliser et former les intervenants associatifs, communautaires, professionnels du secteur médico-social dans le champ du VIH, des hépatites virales chroniques et des IST aux questions de santé mentale et émotionnelle.
- 33.** Développer les approches intégrées en considérant la prise en soin des troubles psychiques chez les personnes affectées ou à risque de contracter le VIH et/ou les hépatites virales chroniques et IST d'une façon transversale, sans oublier leurs proches.
- 34.** Développer les connaissances des réseaux et acteurs locaux pour mieux orienter les personnes.
- 35.** Intégrer des actions de sensibilisation et de promotion de la santé mentale dans les programmes d'éducation thérapeutique (hospitaliers et associatifs).
- 36.** Intégrer le dépistage des troubles en santé mentale et leur traitement dans les soins courants du VIH et des hépatites (dépression, anxiété, ...)

2.1.6. Personnes concernées par le vieillissement

Synthèse

L'efficacité des ARV avec le passage à la chronicité de l'infection par le VIH ou la stabilisation des lésions hépatiques pour les hépatites virales chroniques, avec le cortège de comorbidités associés, a fait émerger la problématique du vieillissement de ces patients. De même que certains de ces patients, les professionnels de santé s'y étaient peu préparés, concentrés sur la prise en soin de l'infection virale elle-même. Pourtant des problématiques spécifiques voient le jour, liées à des causes aussi diverses qu'un vieillissement physiologique précoce, à une insuffisance d'anticipation des droits à la retraite ou, par exemple pour les patients chez qui une hépatite chronique est découverte à un âge avancé, de la discussion sur le bénéfice qu'un traitement peut apporter. Afin de préserver des conditions de vie décentes aux PVVIH vieillissantes, les informations sur les droits lors du passage à la retraite et sur les dispositifs de ressources et d'hébergement doivent être abordés et anticipés lors du suivi médico-social, pour préparer au mieux l'avancée en âge. C'est particulièrement vrai pour les patients ayant eu de longues périodes de revenus liés aux aides sociales (AAH, RSA...). L'accès aux maisons de retraite et aux EHPAD ne va pas de soi pour des raisons financières, beaucoup de patients ayant eu des carrières professionnelles détruites par leur maladie ou tout simplement du fait du coût des antirétroviraux. Un autre obstacle est l'inadaptation de certains établissements à l'accueil de patients dont le profil n'est pas toujours bien accepté du fait du VIH lui-même ou des orientations sexuelles. De même la coordination des soins et le lien avec les équipes soignantes spécialisées doit être préservé. Il y a là un défi important à relever pour aller vers un accueil inconditionnel grâce à des formations ciblées des personnels.

RECOMMANDATIONS

- 37.** Former les professionnels socio-sanitaires à anticiper le passage à la retraite de leurs patients
- 38.** Informer les patients selon leur déroulé professionnel des droits et aides auxquels ils peuvent prétendre
- 39.** Former les professionnels des maisons de retraite/ EHPAD à un accueil inconditionnel des patients concernés par le VIH ou les hépatites chroniques quel que soit leur profil ou leur orientation sexuelle
- 40.** Harmoniser le financement des antirétroviraux de telle manière que leur coût ne puisse pas être un obstacle à l'admission dans les établissements d'accueil
- 41.** Préserver la coordination des soins et le lien avec l'équipe soignante habituelle des patients
- 42.** Développer le lien social grâce à des intervenants associatifs, communautaires et institutionnels.

2.2. Focus sur les populations migrantes

Synthèse

De nombreux migrants originaires de zones d'endémie connaissent souvent, en France, une situation de grande précarité qui s'ajoute à la grande hétérogénéité des facteurs de risque liés à la migration. L'accès à la prévention et aux soins dépend fortement du niveau d'information, des difficultés de communication, du statut administratif et du droit au séjour. La levée des obstacles à l'accès aux soins et à une prise en soin efficiente dans le respect de la déontologie médicale nécessite un accompagnement pluridisciplinaire, si besoin à l'aide d'un interprète professionnel pour les personnes allophones, après un diagnostic social et juridique préalablement et dûment établi. Pour les personnes en situation administrative irrégulière, la perspective d'une demande de titre de séjour pour raison de santé doit être envisagée et les critères médicaux examinés au cas par cas selon le pays d'origine de la personne. Tant que le droit au séjour est précaire, la protection maladie, via le dispositif pour les soins urgents et vitaux ou, dans une moindre mesure, l'AME, ne garantit pas toujours des soins préventifs, anticipés, globaux, de qualité et continus.

RECOMMANDATIONS

- 43.** Développer un accompagnement interdisciplinaire et adapté aux personnes vulnérables : unité de lieu, maison et centre de santé, réseau pluridisciplinaire de professionnels à proximité des lieux de vie.
- 44.** Inclure le repérage des facteurs de vulnérabilités sociales dans la pratique médicale (infectiologue, hépatologue, médecin généraliste, etc.) en utilisant des grilles d'analyse pertinentes afin d'assurer la continuité d'un soin global.
- 45.** Faciliter l'accès à l'interprétariat en mettant en place un dispositif public d'interprétariat médico-social professionnel accessible à tous les acteurs socio-sanitaires, y compris ceux de la protection maladie, en attribuant un financement qui renforce les moyens actuels
- 46.** Former le personnel administratif et social qui reçoit les personnes accueillies à l'importance de l'interprétariat, des droits sociaux et de la non-discrimination.
- 47.** Former les soignants et travailleurs sociaux (hospitaliers et extrahospitaliers) aux spécificités de l'accès au droit des personnes migrantes (protection maladie, droit au séjour pour raison médicale, dispositifs d'accueils et d'aide sociale) ainsi qu'aux règles déontologiques et éthiques.
- 48.** Demander l'application de l'arrêté ministériel du 05/01/2017 relatif aux recommandations pour les médecins de l'OFII sur leurs avis médicaux concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves demandeurs de titres de séjour pour soin.
- 49.** Prendre en compte pour accorder les titres de séjour pour soin d'autres indicateurs que la seule disponibilité des ARV / antiviraux annoncée par des organismes comme l'ONU-SIDA : accessibilité des ARV de 2^e et 3^e ligne, fragilité des financements internationaux, niveau de

stigmatisation et de discrimination et capacité des systèmes de santé à prendre en soin les infections opportunistes et les comorbidités.

50. Clarifier la procédure « étrangers malades » en centre de rétention administrative

2.3. La médiation en santé

Synthèse

La France dispose d'un système de santé performant mais complexe, que ce soit pour l'accès aux droits ou aux soins. Associée aux différentes vulnérabilités pouvant toucher certaines personnes vivant avec le VIH et/ou une hépatite chronique, cette complexité peut conduire à des interruptions ou des renoncements dans les parcours de soins, autant d'échecs alimentant les inégalités sociales de santé. La médiation en santé s'inscrit ainsi dans la logique de démocratie sanitaire. Elle participe à la réduction de ces inégalités en créant des interfaces entre les différents acteurs du système socio-sanitaire et les personnes en difficulté dans leur parcours de soins et de prévention. Selon une logique de « faire avec » et non de « faire pour », l'objectif étant que les personnes accompagnées deviennent autonomes, la médiation en santé favorise l'empowerment des individus en les accompagnant dans la compréhension de leur parcours de santé et le contournement des obstacles à leur parcours de soin. Au-delà de l'accompagnement des usagers en difficulté sur leur parcours de soin et de prévention, les médiateurs et médiatrices en santé ont aussi pour mission de faire prendre conscience aux professionnels de santé de la réalité de ces obstacles. La médiation en santé a ainsi pour vocation de devenir un nouveau métier de santé qui doit diffuser dans les différents secteurs de notre système sanitaire aussi bien dans les structures institutionnelles ou privées que dans le monde associatif, son creuset historique, grâce à des financements pérennes. Ces objectifs nécessitent une formation à la hauteur des enjeux.

RECOMMANDATIONS

- 51.** Favoriser le recours large à la médiation en santé, y compris dans le soin primaire, et permettre la création de postes pérennes de médiateurs par des moyens dédiés. Assurer des financements pérennes, notamment au sein des petites et moyennes associations (maillage de l'intervention auprès des publics les plus éloignés de la santé).
- 52.** Inscrire le métier de médiateur en santé dans le répertoire opérationnel des métiers et des emplois (ROME), le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles, avec un positionnement précis dans le système de santé afin d'en favoriser la reconnaissance par les professionnels et les autorités de santé.
- 53.** Définir les articulations du métier de médiateur en santé avec ceux de l'intervention sociale en favorisant le décloisonnement entre santé et social.
- 54.** Mettre en place une formation qualifiante nationale, avec des diplômes reconnus par les autorités sanitaires mais sans exigence de prérequis à l'entrée pour préserver la diversité des parcours et valoriser la reconnaissance des acquis liés à l'expérience.

- 55.**Garantir l'accès des médiateurs en santé à la formation continue afin d'assurer le développement des compétences et l'adaptation aux évolutions de l'emploi, tout au long de l'exercice professionnel.

2.4. Fin de vie des PVVIH et des patients vivant avec des hépatites virales chroniques et soins palliatifs

Synthèse

Si l'espérance de vie des PVVIH a beaucoup progressé, les comorbidités et les cancers nécessitent parfois d'accompagner la fin de vie dans des lieux qui ne sont pas spécifiques aux PVVIH. Cette évolution s'observe aussi chez les patients vivant avec des hépatites notamment au stade de cirrhose évoluée. Diverses structures ou dispositifs de soins palliatifs existent en milieu institutionnel ou à domicile y compris l'aide financière à un proche du patient. Ces dispositifs souffrent cependant d'une méconnaissance par les professionnels de santé, d'une certaine complexité d'activation et d'une disponibilité hétérogène sur le territoire. Par ailleurs ils ne sont pas toujours bien adaptés à certains profils de patients concernés par le VIH ou les hépatites chroniques avec parfois même des réactions de rejets par certains personnels.

RECOMMANDATIONS

- 56.**Faciliter l'accès aux dispositifs de soins palliatifs par une meilleure information des professionnels, des patients et de leur famille.
- 57.**Former les personnels des structures de soins palliatifs aux spécificités des profils des patients concernés par le VIH ou les hépatites chroniques.

2.5. Prévention du risque pénal lié à la transmission du VIH

Synthèse

Dans de nombreux pays, les PVVIH peuvent être poursuivies pénalement pour des transmissions ou des expositions au risque de transmission du VIH. Ce constat fait l'objet d'une mobilisation portée à la fois par des ONG et des agences de l'ONU, la pénalisation ayant des conséquences délétères. L'ONUSIDA propose de limiter l'application de la législation générale aux seuls cas exceptionnels dans lesquels l'intention de transmettre a pu être établie. En France le code pénal peut situer ce risque dans le cadre de l'administration de substances nuisibles allant ainsi dans le sens que toute relation sexuelle non protégée entre partenaires séro-différents engage potentiellement la responsabilité pénale de la personne séropositive. La jurisprudence montre cependant que le nombre de condamnations est très limité et tient compte du fait que l'efficacité actuelle du traitement antirétroviral (principe du TasP) modifie considérablement le contexte pénal. L'information des professionnels du droit est tout aussi importante que celle des personnes concernées et de la population générale.

RECOMMANDATIONS

- 58.** Dépénaliser la transmission et le risque de transmission du VIH, à l'exception des seuls cas exceptionnels dans lesquels l'intention de transmettre a pu être établie.
- 59.** Accompagner les acteurs de la lutte contre le VIH pour intégrer la prévention du risque pénal dans leurs actions.
- 60.** Former les professionnels-les de la chaîne pénale (police, justice).

2.6. Particularités dans les territoires ultramarins (voir Annexe)

Synthèse (voir Annexe)

Les territoires français ultramarins (DROM-COM) sont souvent considérés comme une entité homogène alors qu'il existe une grande hétérogénéité populationnelle et épidémiologique du VIH, des IST et des hépatites virales chroniques. Très peu de données sont disponibles et c'est la première fois qu'est proposée (notamment sous forme de cartes) une vision globale de l'épidémiologie et des spécificités de territoire qui prédéterminent le niveau et la qualité de l'accès aux soins pour l'infection au VIH, les hépatites B et C et, plus anecdotiquement (extrême pauvreté des données), les IST. En miroir de situations épidémiologiques très diverses selon les territoires, les points communs sont les problématiques de stigmatisation et de confidentialité ainsi qu'une communication autour de la santé sexuelle et reproductive qui n'est pas assez adaptée aux spécificités sociales et culturelles des populations locales.

RECOMMANDATIONS

- 61.** Mettre en place dans les territoires ultramarins un dispositif prospectif de collecte de données épidémiologiques.
- 62.** Développer une communication autour de la santé sexuelle et reproductive, et des stratégies de prévention adaptées aux spécificités sociales et culturelles des différents territoires.
- 63.** Lutter contre la stigmatisation dans les territoires ultramarins en s'appuyant sur l'expertise communautaire existante.

3. Enjeux éthiques et sociétaux de la prise en soins, droits fondamentaux et qualité de vie

Synthèse

La place prise dès le début de l'épidémie par les personnes et les communautés concernées par l'infection à VIH, notamment à travers des mouvements associatifs puissants, dans l'élaboration de la réponse à l'épidémie rend compte d'une forme d'exceptionnalisme de la lutte contre le VIH-SIDA. Leur rôle déterminant et sans précédent a bouleversé les représentations habituelles de la séparation entre savants-médecins-experts et patients-profanes-sujets passifs, et transformé les rapports des malades à la maladie, à l'institution médicale et à la société via l'avènement de la démocratie sanitaire. À l'ère des traitements efficaces, cependant, la relative normalisation de la réponse médicale et une certaine banalisation des enjeux au sein de la société interrogent les acquis et soulèvent des points de vigilance.

Malgré cette relative normalisation, l'infection par le VIH, reste une maladie « pas comme les autres », tant sur le plan sociétal (stigmatisation, discriminations) que sur celui des problématiques sociales indissociables de l'épidémie (sociologie des PVVIH et des populations les plus exposées, facteurs de vulnérabilité, besoins d'accompagnement social). C'est également applicable dans une certaine mesure aux hépatites virales chroniques. Maintenir une approche globale dans la relation thérapeutique qui prenne en compte les éléments extra-médicaux tels que l'accompagnement psychosocial et juridique ou l'éducation thérapeutique du patient est donc essentiel. Dans cette optique la longue expérience d'une pratique centrée sur les besoins de la personne des associations est un acquis à préserver et à développer. Au-delà des objectifs des 3x90, la question de la qualité de vie, étroitement liée aux enjeux sociétaux et aux droits fondamentaux, de celles et ceux qui vivent et vieillissent avec le VIH et/ou une hépatite est un enjeu fondamental qui ne peut s'envisager que par une approche holistique. Cette qualité de vie passe par un authentique rééquilibrage des relations soignants/soignés au profit de l'autonomie du patient dans la prise des décisions médicales le concernant. Cette autonomie nécessite un partage d'informations tout en garantissant une confidentialité absolue pour laquelle l'évolution vers le dossier médical partagé numérique doit inciter à une grande vigilance du fait du risque éthique qui lui est inhérent. Malgré d'authentiques succès la lutte contre les discriminations doit rester un objectif constant des professionnels, des politiques et de la société, le refus de soins par des professionnels ne pouvant pas sortir de l'inacceptable.

RECOMMANDATIONS

- 64.** Renforcer les moyens des services impliqués dans la prise en soin ambulatoire du VIH et des hépatites chroniques, notamment en revalorisant les consultations des patients en situation complexe.

- 65.** Promouvoir la mise en place d'études sur la faisabilité et l'impact de l'évaluation de la qualité de vie au cours du suivi des PVVIH, et la façon de l'intégrer aux pratiques courantes.
- 66.** Rappeler l'importance de la démocratie en santé et celle de la place des associations et personnes concernées dans les choix politiques et organisationnels les concernant, même en tant de crise.
- 67.** Garantir le maintien du secret professionnel même dans le cadre de la mise en place du dossier médical partagé et de « Mon espace santé », s'assurer de la bonne compréhension du dispositif par les personnes et de leur consentement à y recourir, et les informer sur les modalités de fermeture de « Mon espace santé » le cas échéant.
- 68.** Garantir la possibilité au patient de refuser l'accès de ses données à son médecin traitant, ce qui nécessiterait une modification du cadre législatif et réglementaire.
- 69.** Rappeler à échéances régulières leurs droits aux patients et la possibilité de choisir quelles données ces derniers souhaitent partager et à quels praticiens.
- 70.** Promouvoir la création d'un observatoire indépendant et citoyen sur les bénéfices et risques de ces outils numériques, les difficultés rencontrées par les patients dans son utilisation et une veille citoyenne sur le respect du secret médical et la non divulgation des données de santé à des fins commerciales.
- 71.** Promouvoir et soutenir une approche pluridisciplinaire associative et institutionnelle et la mise en place d'initiatives communautaires de soutien par les pairs.
- 72.** Garantir aux associations qui assurent un accompagnement pluridisciplinaire un cadre juridique et financier favorisant la pérennité de leurs actions.
- 73.** Renforcer la formation (initiale et continue) et la sensibilisation des professionnels de santé sur les risques de stigmatisation et de discrimination
- 74.** Adapter le code de la santé en fonction des avis actualisés du HCSP et autres instances émettant des avis de façon à minimiser au maximum les exclusions d'emplois ou de formations des PVVIH ou porteurs chroniques des virus des hépatites aux seules situations où c'est réellement justifié
- 75.** Objectiver, informer et si besoin sanctionner les refus de soin de la part d'institutions ou de professionnels de santé

4. Place des COREVIH et futurs CORESS dans la santé sexuelle, la prévention des IST et la prise en soins des personnes vivant avec le VIH

Synthèse

Les COREVIH, initialement dédiés à la coordination au niveau régional de la lutte contre le VIH, ont vu leur périmètre s'élargir aux IST en 2017 pour devenir des « comités de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine ». Leur périmètre a encore été élargi au champ de la santé sexuelle avec le décret du 3 juillet 2024 remplaçant les COREVIH par des comités de coordination régionale de la santé sexuelle (CORESS).

Les futurs CORESS auront des missions élargies de coordination territoriale des acteurs œuvrant dans les domaines de la promotion, de la prévention, du dépistage et de la prise en charge de l'infection VIH, des IST, et de la santé sexuelle mais également un rôle dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques dans le domaine de la santé sexuelle. Les CORESS devront également coordonner, sur leur territoire, le recueil des données régionales utiles au pilotage et à l'évaluation des politiques territoriales en matière de santé sexuelle,

Compte-tenu de l'élargissement de leurs missions, il apparaît crucial que les CORESS disposent chacun d'un plan d'action pluriannuel leur permettant de planifier leurs actions en fonction des priorités fixés par les membres du comité. Cette feuille de route régionale doit se construire en cohérence avec les aspects « santé sexuelle » des plans régionaux de santé piloté par les ARS et les feuilles de routes successives de la SNSS. Elle doit définir les indicateurs de suivi et de réalisation des actions régionales.

Le financement des COREVIH qui était basé sur un modèle préexistant aux nouvelles missions doit être révisé. En effet, il permettait jusqu'alors essentiellement de financer les ressources humaines destinées au recueil de données épidémiologiques, mais était insuffisant pour mener à bien les missions de santé publique et notamment de prévention. L'élargissement des missions des CORESS implique qu'ils disposent de financements adaptées à ce champ élargi.

RECOMMANDATIONS

- 76.** Demander à chaque CORESS de se doter d'un plan d'action pluriannuel en cohérence avec les plans régionaux de santé (PRS) et la stratégie nationale de santé sexuelle.
- 77.** Revoir le statut juridique et le type de portage administratif des CORESS, afin de faciliter l'utilisation des fonds en rapport avec leurs missions.
- 78.** Rappeler l'importance du champ associatif et communautaire dans la gouvernance des CORESS.

- 79.** Etablir à l'échelon national des modalités équitables de financement pour l'ensemble des CORESS qui ne soient pas uniquement basées sur la taille de la file active VIH et le dimensionnement du territoire, mais qui prennent en compte ses spécificités socio-démographiques.
- 80.** Définir de façon claire les interactions entre CORESS et ARS en insistant sur le rôle de démocratie en santé des CORESS.
- 81.** Anticiper l'évolution des ressources humaines adaptées aux missions qui sont confiées aux CORESS.
- 82.** Conserver au sein des CORESS le rôle clé des personnels dans le domaine de l'épidémiologie du VIH et des IST.
- 83.** Promouvoir le lien entre recueil épidémiologique et recherche interventionnelle territoriale.
- 84.** Doter les CORESS d'une représentation nationale à l'image de leur composition, mandatée pour les représenter auprès des instances nationales.

Participants

Coordination

Pr Pierre Delobel, infectiologue, CHU de Toulouse

Groupe de travail

Pr Olivier Bouchaud, infectiologue, Hôpital Avicenne-APHP, Bobigny, Université Sorbonne Paris-Nord – **(coordinateur du groupe de travail)**

Dr Cédric Arvieux, infectiologue, CHU de Rennes et COREVIH Bretagne

Mme Annabel Desgrees Du Lou, démographe, de la santé, CEPED, IRD et Conseil Consultatif National d’Ethique, Paris

Pr Loïc Epelboin, infectiologue, CH de Cayenne et Université Antilles-Guyane, Guyane

Dr Olivier Lefebvre, médecin, association COMEDE (comité pour la santé des exilé-e-s)

Mme Chloé Le Gouëz, association AIDES, TRT-5 CHV

Mr Didier Maille, association COMEDE (comité pour la santé des exilé-e-s)

Mme Hélène Meunier, association ENVIE, TRT-5 CHV

Personnes auditées ou ayant communiqué des données

Dr Laura Salas De Prado, médecin généraliste, Saint-Etienne

Pr Nicolas Vignier, infectiologue, hôpital Avicenne-APHP et Université Sorbonne Paris-Nord

Groupe de lecture

Mme Bénédicte Astier, chargée de mission, Centre régional de ressources d’information et de prévention (CRIPS) Ile-de-France

Mme Karen Boudaud, responsable du service social hospitalier, Hôpital Avicenne, Bobigny

Dr Béatrice Broche, médecin de santé publique, Alès

Mme Isabelle Chabin-Gibert, référente cohésion sociale/précarité, Agence Régionale de Santé Ile-de-France

Dr Bénédicte Gaudillière, médecin généraliste, Le Château en Santé, Marseille

Dr Fabrice Giraud, Centre Municipal de Santé du Dr Antoine Pesqué, Aubervilliers

Mme Emmanuelle Hamel, Santé publique France

Dr Agnieszka Kolakowska, médecin généraliste, Service des Maladies Infectieuses, CH de Bastia

Mme Marjorie Mailland, coordinatrice Réseau Santé Marseille Sud

Dr Virginie Maincion, médecin généraliste, La Case de Santé, Toulouse

Mr Franck Marcé, association Sida Info Service, Montpellier

Mr Cyril Martin, association AIDES, Toulouse

Mme Natacha Penalva, infirmière, Animatrice territoriale COREVIH Occitanie, Toulouse

Dr Yannick Ruelle, médecin généraliste, Pantin

Mr Cédric Suat, La Place Santé, Centre de santé communautaire, pôle médiation, Saint-Denis

Groupe transversal de synthèse des recommandations VIH

Dr Fanny Alby-Laurent, pédiatre, AP-HP Hôpital Trousseau, Paris

Dr Cédric Arvieux, infectiologue, CHU de Rennes

Pr Véronique Avettand-Fenoël, virologue, CHU d'Orléans

Pr Fabrice Bonnet, interniste, CHU de Bordeaux

Dr Julie Bottero, infectiologue, AP-HP Hôpital Avicenne, Bobigny

Pr Olivier Bouchaud, infectiologue, AP-HP Hôpital Avicenne, Bobigny

Pr André Cabie, infectiologue, CHU de la Martinique

Dr Karen Champenois, épidémiologiste, Inserm, Paris

Pr Antoine Cheret, infectiologue, CHU de la Guadeloupe

Dr Guillaume Conort, médecin généraliste, Penne-d'Agenais

Dr Cyrille Delpierre, épidémiologiste, Inserm, Toulouse

Dr Catherine Dollfus, pédiatre, AP-HP Hôpital Trousseau, Paris (jusqu'au 19/03/2024)

Pr Albert Faye, pédiatre, AP-HP Hôpital Robert Debré, Paris

Mr Hugues Fischer, représentant associative, Act Up Paris, TRT-5 CHV

Pr Cécile Goujard, interniste, AP-HP Hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre

Dr Christine Jacomet, infectiologue, CHU de Clermont-Ferrand (jusqu'au 01/12/2022)

Dr Marie Lachatre, infectiologue, AP-HP Hôpital Cochin et Hôpital Necker, Paris

Pr Fanny Lanternier, infectiologue, AP-HP Hôpital Necker, Paris

Mme Marianne L'Henaff, représentante associatif, Arcat, TRT-5 CHV

Dr Florence Lot, épidémiologiste, Santé publique France

Pr Alain Makinson, infectiologue, CHU de Montpellier

Pr Laurent Mandelbrot, gynécologue-obstétricien, AP-HP Hôpital Louis-Mourier, Colombes

Pr Sophie Matheron, infectiologue, AP-HP Hôpital Bichat, Paris

Dr Olivier Paccoud, infectiologue, AP-HP Hôpital Necker, Paris

Mme Hélène Pollard, représentante associatif, Sol En Si, TRT-5 CHV

Dr David Rey, infectiologue, CHU de Strasbourg

Dr Quentin Richier, infectiologue, AP-HP Hôpital Saint-Antoine, Paris

Pr Caroline Solas, pharmacologue, AP-HM Hôpital de la Timone, Marseille

Dr Cathia Soulie, virologue, AP-HP Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

Dr Roland Tubiana, infectiologue, AP-HP Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

Dr Stéphane Tuffier, médecin de santé publique, Copenhague, Danemark

Remerciements

Le CNS et l'ANRS MIE tiennent à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Abréviations et acronymes

AAH	Allocation adulte handicapé
ACT	Appartement de coordination thérapeutique
ADA	Allocation pour demandeur d'asile
AGEFIPH	Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
AJAP	Allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie
ALD	Affection longue durée
ALT	Allocation logement temporaire
AME	Aide médicale d'état
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANRS MIE	Agence nationale de recherches sur le SIDA et les hépatites virales Maladies infectieuses émergentes
ARS	Agence régionale de santé
ARV	Antirétroviraux
ASI	Allocation supplémentaire d'invalidité
ASN	Administration de substances nuisibles
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
ASS	Allocation spécifique de solidarité
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CAF	Caisse d'allocations familiales
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CeGIDD	Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic
CESEDA	Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CIM	Classification internationale des maladies
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNS	Conseil national du Sida et des hépatites virales
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

COREVIH	Comité de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRA	Centre de rétention administratif
CSAPA	Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSPS	Centre délocalisé de prévention et de soins
C2S	Complémentaire santé solidaire
DAHO/DAL	Droit à l'hébergement et au logement opposable
O	
DFA	Départements français d'Amérique
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DMP	Dossier médical partagé
DO	Déclaration obligatoire
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DREETS	Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
DRJSCS	Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DROM-COM	Département-région d'outre-mer et collectivités d'outre-mer
DSM	Manuel de diagnostic en santé mentale
DSUV	Dispositif de soins urgents et vitaux
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMSP	Equipes mobiles de soins palliatifs
ERRSPP	Equipes ressources régionales en soins palliatifs pédiatriques
ETP	Education thérapeutique
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FIPHFP	Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
FIR	Fond d'intervention régional
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HCSP	Haut conseil de la santé publique
HPV	Human papillomavirus
HSH	Homme ayant des rapports sexuels avec les hommes
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques

IST	Infection sexuellement transmissible
LAM	Lits d'accueil médicalisé
LGBTQIA+	Lesbienne, gay, bisexuel(le), trans, queer, intersexe et asexuel(le)
LHSS	Lits halte soins santé
LISP	Lits identifiés soins palliatifs
MAS	Maison d'accueil spécialisé
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MES	Mon espace santé
MSA	Mutualité sociale agricole
MVA	Majoration vie autonomie
OFII	Office français de l'immigration et de l'intégration
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des nations unies
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PDHAI	Plans départementaux de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion
PILS	Plateforme inter associative pour le logement SIDA
PMI	Protection maternelle et infantile
PRAPS	Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
PUMA	Protection universelle maladie
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RdR	Réduction des risques
RGPD	Règlement général sur la protection des données
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
ROME	Répertoire opérationnel des métiers et des emplois
RSA	Revenu de solidarité active
RUP	Région ultra périphérique
SAMSAH	Services d'accompagnement médico-social des adultes handicapés
SAVS	Services d'accompagnement à la vie sociale
SIAO	Services intégrés d'accueil et d'orientation
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SMIC	Salaire minimum interprofessionnel de croissance
SNDS	Système national des données de santé

SNSS	Stratégie nationale de santé sexuelle
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
TasP	Treatment as Prevention
TEC	Techniciens d'études épidémiologiques et cliniques
TFA	Territoire français d'Amérique
TPE	Traitement post-exposition
TROD	Test rapide d'orientation diagnostique
UDI	Usager de drogue intraveineuse
USP	Unités de soins palliatifs
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

L'ANRS Maladies infectieuses émergentes et le CNS, ont été missionnés par le ministre chargé de la santé pour conduire une actualisation des recommandations françaises de prise en charge du VIH, des hépatites virales, et des IST.

L'actualisation des recommandations est placée sous la responsabilité du Pr. Pierre Delobel.

Les travaux sont réalisés sous l'égide de l'ANRS | MIE et du CNS, et de la HAS pour les chapitres ayant trait aux aspects de thérapeutique anti-infectieuse, curative et préventive.

Retrouvez tous les chapitres sur
www.cns.sante.fr et www.anrs.fr
