



16 JUIN 2011

Direction générale de la santé

Sous-direction Prévention des risques infectieux (RI)

Bureau infection par le VIH, IST, Hépatites (RI2)

Sous Direction Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques (MC)

Bureau des pratiques addictives (MC2)

N° 228

APPEL A PROJETS 2011 PREVENTION DES RISQUES LIES A LA SEXUALITE ET AUX ADDICTIONS CHEZ LES FEMMES

I OBJET DE L'APPEL A PROJETS

Le présent appel à projets, d'un montant de 605.000 euros dont 265.000 euros orientés vers la prévention des risques liés à la sexualité et 340.000 euros vers la prévention des risques liés aux addictions a pour objet de promouvoir des actions pour la santé des femmes, qui prennent en compte les spécificités liées au sexe et au genre¹. Les actions éligibles à cet appel à projets pourront concerner les femmes en population générale comme les femmes appartenant aux publics les plus exposés.

Champ

Cet appel à projets s'organise autour de deux grands axes :

- la lutte contre les risques infectieux liés à la sexualité dans le cadre du plan national de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014
- et la lutte contre les risques liés aux addictions dans le cadre du plan national de lutte contre les hépatites B et C (2009-2012) et du plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 (Ministère chargé de la Santé) ainsi que du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011.

¹ Le genre = le rôle social attribué à chaque sexe et les rapports de force comme les interdits qui en découlent

A- LA LUTTE CONTRE LES RISQUES INFECTIEUX LIES A LA SEXUALITE CHEZ LES FEMMES (VIH/IST)

Contexte

Bien que l'on constate depuis de nombreuses années la « féminisation » de l'épidémie à VIH (les femmes représentent 53% des contaminations hétérosexuelles par le VIH en 2009 en France), une approche prenant en compte les rapports sociaux de sexe et les difficultés que ceux-ci entraînent en matière de prévention des risques liés à la sexualité (VIH/IST, grossesses non désirées, violences) peine à être adoptée parmi les intervenants auprès des populations les plus exposées.

Les vulnérabilités particulières des femmes par rapport à la transmission du VIH et des IST (mais aussi des hépatites : cf. infra les risques liés à la consommation de drogues) ont été largement exposées lors de différents colloques consacrés au sujet femmes et VIH et ont fait l'objet de publications².

Outre des vulnérabilités d'ordre biologique plus importantes chez les femmes³, peut s'ajouter un cumul de vulnérabilités affectives, sociales, économiques et professionnelles susceptible de faire obstacle à l'adoption de comportements de prévention.

Ainsi, les enquêtes Knowledge, Attitude, Beliefs and Practices-KABP (2004) et Contexte de la sexualité en France-CSF (2006) soulignent les différences entre hommes et femmes, tant dans les représentations sur la sexualité que dans les comportements qui en découlent. Ainsi, les femmes sont plus souvent que les hommes dans la situation d'accepter des rapports sexuels non protégés, en particulier celles qui ont un faible niveau d'éducation. Les femmes rapportent trois fois plus souvent avoir été victimes d'une agression sexuelle. Lors des ruptures affectives, les femmes, et en particulier celles de plus de 35 ans, sont en difficulté pour négocier une protection avec leurs nouveaux partenaires.

Ces situations d'exposition particulière des femmes aux risques de contamination par le VIH et les IST ont été prises en compte lors de la préparation du plan national de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014 par le comité de pilotage et étudiées au sein d'un groupe de travail ad hoc. C'est ainsi qu'un certain nombre de mesures et d'actions spécifiques en direction des femmes ont été préconisées et déclinées sous forme de fiches-actions dans le plan national et ses différents programmes populationnels (migrants, HSH-LBT⁴, personnes usagères de drogues, personnes qui se prostituent) ainsi que dans le plan complémentaire en direction des départements d'outremer.

Le présent volet de l'appel à projets devrait permettre la réalisation d'un certain nombre d'actions de ce plan. Il est porté par la nécessité de favoriser et de renforcer l'appropriation de stratégies de prévention par les femmes les plus exposées et d'améliorer la qualité de vie des femmes séropositives. Il est organisé autour des trois axes opérationnels qui sont détaillés ci-après.

² Cf - Actes des états généraux du 5 mars 2005 : « femmes et sida », - Actes du colloque « femmes et vih 1997- 2007, où en sommes nous dix ans après ? » ainsi que la publication par l'ANRS en mars 2008 du n° hors série de médecine/sciences -« les femmes et le sida en France : enjeux sociaux et de santé publique »

³ Facteurs biologiques de risque d'infections par le VIH et les IST chez les femmes : « - zones de muqueuses susceptibles d'être exposées aux virus plus étendues chez les femmes ; - plus grande quantité de liquide sexuel transféré par l'homme et la charge virale est plus importante dans le liquide séminal que dans le liquide vaginal ; des micro-déchirures du tissu du vagin ou du rectum qui peuvent être causées par la pénétration sexuelle ; »

³ F.C. pour Female Condom

⁴ HSH-LBT : Hommes qui ont des relations Sexuelles avec des Hommes, Lesbiennes, Bisexuel(le)s, Transexuel(le)s

A-1/ La promotion du préservatif féminin en population générale et dans les populations de femmes les plus exposées. (cf. fiche action : T10 du plan national VIH-IST 2010-2014)

Contexte

Il est paradoxal de constater que la prévention au féminin repose encore majoritairement sur le préservatif masculin et la volonté du partenaire de l'utiliser, la négociation du port du préservatif restant le plus souvent à la charge des femmes. Il existe cependant un préservatif féminin (le Fémidom), en vente en France depuis 1998 dans sa première version en polyuréthane (FC1)⁵ et depuis 2007 dans une version améliorée en nitrile (FC2), mais il peine à s'imposer comme outil de prévention. Il est distribué gratuitement par l'INPES aux associations de lutte contre le sida (en moyenne 800.000 par an) mais sa vente auprès du grand public stagne (moins de 80.000 unités par an vendues en pharmacie) et est sans commune mesure avec celle du préservatif masculin montrant le manque d'accessibilité et de visibilité de cet outil, pour partie lié à son coût⁶ supérieur à celui du préservatif masculin.

S'agissant du seul outil de prévention des contaminations sexuelles par le VIH et les IST à destination des femmes et maîtrisable par elles, il mérite d'être mieux connu et mieux diffusé.

C'est pourquoi, la fiche action T10 du plan national de lutte contre le VIH et les IST 2010 - 2014 préconise de « rendre le préservatif féminin plus accessible et d'en diminuer le coût ».

Entrent dans le cadre du présent appel à projets les actions concourant :

- à banaliser l'utilisation du préservatif féminin auprès des femmes, en travaillant notamment sur sa représentation auprès :

*du public (population générale) et

*des publics de femmes particulièrement exposées : femmes des DOM, femmes migrantes, femmes séropositives (couples séro-différents), femmes usagères de substances psycho actives.

- à favoriser l'appropriation de cet outil

*par les femmes (communication adaptée)

*par les professionnels de santé et partenaires associatifs intervenant auprès de ces publics pour en faire la promotion (amélioration de la communication et des notices d'utilisation)

- à impulser une véritable réflexion par les différents acteurs et par les femmes elles-mêmes sur la diversification et l'amélioration possible de l'offre de préservatifs féminins.

A-2/ La prévention des risques liés à la sexualité auprès des personnes qui se prostituent (fiches actions P2, P4, P7 du plan national VIH-IST 2010-2014)

Contexte

La population des personnes qui se prostituent est extrêmement hétérogène et a connu de nombreuses évolutions ces dernières années ; parallèlement à un exercice traditionnel de la prostitution, se sont développées des offres d'échanges economico-sexuels plus discrètes dans des lieux fermés (salons de massage, saunas, sex-shops...) et sur internet. Ces évolutions, en renforçant la précarisation des personnes prostituées, accroissent l'exposition déjà majorée de cette population aux risques d'infection par le VIH et les IST.

Le besoin d'outils de prévention et de réduction des risques liés à la sexualité (IST, contraception, IVG, violences, traitement post-exposition) adaptés est manifeste quand on considère la diversité d'origine des personnes prostituées (migrantes venues d'Afrique anglophone, de Chine et d'Europe de l'Est et des Balkans, peu informées des risques encourus et pouvant véhiculer des représentations erronées des pratiques préventives) et la transformation des modes d'exercice de la prostitution avec le développement d'une prostitution cachée et de la prostitution via Internet.

Or, s'il existe de nombreuses brochures de prévention en direction des personnes qui se prostituent, élaborées par des associations de santé (parfois disponibles sur Internet), elles ne sont pas recensées, actualisées et suffisamment accessibles aux personnes prostituées et aux professionnels et bénévoles intervenant auprès d'elles. Il en est de même des outils de prévention. Il est nécessaire

⁶ Le préservatif féminin (FC1 et FC2) disponible sur le marché français et européen est fabriqué par une société américaine (la Female Health Company : FHC) qui a l'exclusivité du brevet et de la fabrication

d'adapter et de rendre accessibles les documents et les outils de prévention (VIH/IST et de réduction des risques liés aux addictions) existants à destination des personnes qui se prostituent.

Par ailleurs des actions de prévention (financées par l'INPES) sont menées sur Internet, mais ces actions ne constituent pas encore un véritable réseau de prévention des risques liés à la sexualité. Un important travail est à faire notamment en direction des gestionnaires de sites (qui se trouvent parfois à l'étranger) pour les convaincre notamment d'accepter des liens avec des sites de prévention ou d'héberger des messages de prévention.

Dans cet appel à projets, pourront faire l'objet d'un soutien financier, les actions qui, en lien avec l'INPES, contribueront (cf. fiches P2, P4, P7 du plan national de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014) :

- Au recensement et à la mise à disposition des associations et des personnes prostituées les documents et outils de prévention du VIH, des IST (dont l'hépatite virale B) et des addictions en vue d'une actualisation et mutualisation.
- à la conception et à la diversification des supports d'information et de prévention (via Internet, journaux, téléphone portable...) en direction des personnes qui se prostituent et de leurs clients
- à l'élaboration d'une méthodologie d'approches préventives adaptées au média Internet (analyse des risques spécifiques à la prostitution sur Internet, des modalités de recours à la prévention, notamment pour les personnes qui ne s'identifiant pas à des prostituées professionnelles et/ou ne se présentant pas comme telles peuvent avoir des difficultés à imposer des relations protégées).
- à l'amélioration des connaissances sur le profil des clients de cette nouvelle prostitution pour mener des actions de prévention auprès des « communautés »⁷ qu'ils constituent.
- à la sensibilisation des acteurs associatifs, sanitaires, sociaux et judiciaires en contact avec les personnes prostituées aux enjeux de la prévention du VIH, des IST et des addictions notamment par l'établissement d'un référentiel de formation communautaire.

A-3/ La promotion de la « prévention positive » auprès des femmes vivant avec le VIH : soutien à leur qualité de vie affective, psychologique et sexuelle (action T35, M3 et M6 du plan national VIH-IST 2010-2014)

Il s'agit d'augmenter la capacité des femmes vivant avec le VIH à améliorer leur santé sexuelle ainsi que leur qualité de vie dans différents domaines en leur offrant, notamment, un accompagnement adapté lorsqu'elles souffrent d'addictions susceptibles d'altérer leur état de santé (alcool, tabac, substances psychoactives). Il faut également améliorer la compétence des professionnels engagés dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sur les questions de santé sexuelle, plus particulièrement en direction des femmes PVVIH, notamment migrantes ou résidant dans les Départements français d'Amérique (DFA). Seront retenues les actions permettant :

- la valorisation des actions de formation de femmes migrantes (personnes relais, médiatrices de santé et interprètes)
- le développement d'outils méthodologiques ou de formation portant sur des programmes de réduction des risques liés à la sexualité animés par et pour des femmes migrantes (ateliers santé sexuelle, groupes de paroles, discussions à partir de saynètes de théâtre, ...)
- l'élaboration d'un guide d'aide à l'intégration des questions de santé sexuelle spécifiques aux femmes dans les programmes d'éducation thérapeutique

⁷ Il semble que les clients de sites d'escortes se regroupent sur des forums

B- CONDUITES ADDICTIVES CHEZ LES FEMMES EN SITUATION DE VULNERABILITE : FAVORISER UNE APPROCHE ET DES ACTIONS SPECIFIQUES

Pour mémoire, les actions éligibles au volet de cet appel à projets pourront concerner les femmes en population générale comme les femmes appartenant aux publics les plus exposés.

Contexte

La moindre consommation de certaines substances psycho actives (alcool, tabac, substances illicites) par les femmes tend à masquer leurs besoins spécifiques. En France, comme ailleurs en Europe, on constate des spécificités de consommations et de vulnérabilité des femmes usagères de substances psycho actives ainsi qu'une insuffisance d'offres spécifiques⁸.

Cette deuxième partie de l'appel à projets a pour objet de favoriser le développement d'approches spécifiques aux femmes en matière de prévention, de réduction des risques et de prise en charge, à partir du constat des vulnérabilités particulières des femmes usagères de substances psychoactives.

Spécificités sociales, psychologiques et affectives :

Les femmes usagères présentent des trajectoires de vie avec des ruptures précoces, des violences familiales, marquées par davantage d'hospitalisations en milieu psychiatrique et/ou de tentatives de suicide⁹ que les hommes. Leur parcours médical montre une plus grande expression du besoin de prise en charge thérapeutique (parmi les moins de 30 ans, ce sont même 80% des femmes usagères contre 58% des hommes qui sollicitent une prise en charge thérapeutique, notamment en psychiatrie). Elles se trouvent également plus fréquemment en situation de précarité avec des enfants à charge.

Les consommations de produits psychoactifs :

L'alcool : l'ivresse, plus fréquente chez les jeunes, au moins une fois dans l'année concerne près d'une jeune femme sur cinq entre 15 et 25 ans. Entre 18 et 75 ans, presque une femme sur dix (8%) consomme de l'alcool quotidiennement.

Les consommations d'alcool au cours de la grossesse peuvent entraîner des manifestations regroupées comme « ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale » (ETCAF) sur le cours de la grossesse et sur l'enfant et pour les consommations les plus importantes, elles peuvent donner lieu à un syndrome d'alcoolisation fœtale. On estime que près de huit mille enfants pourraient être concernés chaque année.¹⁰

La pharmacocinétique de l'éthanol présente des différences entre l'homme et la femme. Compte tenu d'une masse grasse plus importante chez la femme, le volume de distribution de l'éthanol dans la masse maigre est plus faible (0,50 g/l/kg) et entraîne une éthanolémie plus élevée pour une même quantité ingérée.

La stigmatisation sociale forte de la femme dépendante à l'alcool constitue un frein à l'accès à la prévention et aux soins.

Le tabac : parmi les jeunes de 17 ans, en 2008¹¹, la consommation quotidienne de tabac est plutôt unisexue (28% des filles et 30% des garçons). Les récents résultats du baromètre santé 2010¹²

⁸ Rapport annuel 2006 de l'Observatoire européen des drogues

⁹ Cf. données du dispositif RECAP « Femmes prises en charge en CSST et CCAA en 2008 »

¹⁰ Une série de mesures pour prévenir le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) et la consommation d'alcool pendant la grossesse est en cours (depuis 2004).

- Un arrêté impose un message sanitaire de prévention recommandant l'absence de consommation d'alcool durant la grossesse ou un pictogramme, sur les contenants de boissons alcooliques, depuis octobre 2007.
- Le carnet de maternité a été revu en juillet 2007 afin d'y ajouter une mention de prévention à propos de la consommation d'alcool.
- L'INPES a développé une campagne de communication en direction des femmes, avec une action spécifique sur le thème de la grossesse, fin 2009.

¹¹ Legleye, S., S. Spilka, et al. (2009). "Les drogues à 17 ans : Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008." Tendances(66): 1-6.

¹² Beck, F., R. Guignard, et al. (2010) "Premiers résultats du baromètre santé 2010. Evolutions récentes du tabagisme en France." 1-13.

montrent que 27,9% des femmes de plus de quinze ans consomment du tabac et que 23,8% en fument quotidiennement. Entre 2005 et 2010, l'augmentation de la prévalence du tabagisme quotidien se révèle assez forte parmi les femmes de 15 à 75 ans passant de 23,0 % à 25,7 %. La hausse est particulièrement forte pour celles âgées de 45 à 64 ans (augmentation de l'ordre de 7 points sur cette tranche d'âge) et relativement modeste voire inexistante sur les autres tranches d'âges. Cette hausse résulte probablement avant tout d'un effet de génération. Chez les femmes, l'incidence des cancers du poumon et la mortalité associée se sont accrues à partir des années 90 (+ 4,2% par an sur la période 2000 - 2005) en lien avec le développement de la consommation de tabac. La consommation de tabac a des conséquences importantes sur la fertilité des hommes et des femmes, sur le cours d'une grossesse et sur la santé du nouveau-né.

L'arrêt du tabac peut nécessiter de mettre en œuvre des stratégies différenciées car les demandes et préoccupations des femmes sont parfois différentes¹³ de celles des hommes.

Les drogues illicites : on dispose de différentes données sur les consommations problématiques de drogues illicites chez les femmes, à travers l'exploitation des enquêtes récentes¹⁴.

Les femmes correspondent au quart de la population reçue dans les différentes structures d'accueil s'occupant de la réduction des risques liés à l'usage de drogues (RDR). L'âge moyen est à peu près le même, entre 30 et 35 ans, sauf concernant les populations précaires, où l'on trouve de très jeunes femmes. Ces femmes sont sans emploi à plus de 75%. Les entretiens ont souvent montré des trajectoires de vie avec des ruptures précoces, des violences familiales, une dépendance au conjoint. Sur le plan des pratiques de consommation, l'injection est plus fréquente que chez les hommes, le partage de la seringue est plus important.

Le partenaire sexuel est souvent l'initiateur et le dealer. De toute évidence, la vulnérabilité des femmes est supérieure face au risque sexuel quand les partenaires sont usagers de drogue. La morbidité psychique est aussi supérieure à celle des hommes. Les femmes sont moins prises en charge en structure spécialisée, leur problème de consommation moins souvent identifié, elles sont moins souvent adressées par la justice.

Les femmes qui consomment des opiacés dans le cadre d'une prise en charge par l'Assurance-maladie sont plus souvent bénéficiaires de la CMU que les hommes.

Selon toutes ces études, l'observation des femmes consommant des drogues illicites et fréquentant des structures médicosociales montre :

- une plus grande vulnérabilité psychique ;
- une double fragilité, liée au mode de consommation (partage) et à la sexualité (avec notamment le recours à la prostitution) ;
- une radicalisation des usages pour les jeunes femmes en errance.

Spécificités de la prise en charge des femmes :

- leur problème de consommation (alcool ou substances) est moins souvent identifié
- elles sont moins souvent adressées aux structures spécialisées par la justice car elles ont moins d'antécédents d'incarcération que les hommes
- les femmes qui ont des enfants se présentent moins souvent que les hommes dans les lieux de soins car elles craignent le retrait de la garde de leurs enfants et préfèrent « se débrouiller » seules sans cure ni traitement. Le placement des enfants dont la mère consomme des substances se traduit, en l'absence d'accompagnement spécifique, par la rupture pure et simple du lien entre la mère et l'enfant.
- On peut penser que les services offerts par un certain nombre de structures ne correspondent pas toujours à la demande et aux besoins des femmes

Actions récemment soutenues :

¹³ Cf. colloque RESPAAD juin 2010 présentation du Pr Dautzenberg : « Différences homme-femme dans la demande de soins TABAC »

¹⁴ **Jauffret-Roustide, M., L. Oudaya, et al. (2009).** "Femmes usagères de drogues et pratiques à risque de transmission du VIH et des hépatites. Complémentarité des approches épidémiologique et socio-anthropologique, Enquête Coquelicot 2004-2007, France." Bulletin épidémiologique hebdomadaire (10-11): 96-99. **Cadet-Tairou, A., A. Coquelin, et al. (2010).** "CAARUD : profils et pratiques des usagers en 2008." Tendances(74): 1-4. **Cadet-Tairou, A., M. Gandilhon, et al. (2010).** Drogues et usages de drogues en France. État des lieux et tendances récentes 2007-2009. Saint-Denis, OFDT: 281 pages. **Palle, C., C. Lemieux, et al. (2008).** Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes et les centres de cure ambulatoire en alcoologie en 2006. C. Palle. Saint Denis, OFDT. **Canarelli, T. et A. Coquelin (2010).** Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. Saint Denis, OFDT: 146 pages.

La mise en œuvre de mesures en direction des femmes proposées par le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 s'est traduite par un appel à projets conjoint de la DGS et de la MILDT en 2009. Celui-ci a permis de soutenir 4 consultations en CHRS, 20 projets d'accueil spécifique pour les femmes en CSAPA et en CAARUD ainsi qu'une équipe mobile de prise en charge précoce parent-enfant. En 2010, un nouvel appel à candidatures pour l'ouverture de structures d'hébergement collectif accueillant des femmes avec leurs enfants a été lancé (CSAPA avec hébergement) ; 2 structures ont été sélectionnées. Quinze structures CSAPA et CAARUD ont été sélectionnées pour un financement concernant l'accueil spécifique des femmes. Des actions plus particulières ont bénéficié à la prise en charge des femmes enceintes, pour lesquelles, il s'agit dans ce cas de limiter l'effet dangereux des substances consommées pendant la grossesse notamment de l'alcool pour la mère et pour l'enfant à naître. Cet aspect constitue une priorité de santé publique comme en témoignent l'appel à projet spécifique lancé par la DGS en 2010 et les appels à projets déjà mentionnés lancés par la MILDT et la DGS en 2009 et 2010.

B-1/ Prévention des conduites addictives chez les femmes en situation de vulnérabilité

Les populations féminines usagères de drogues présentent des risques particuliers : violence, prostitution, risques sexuels, grossesse. Le nombre de jeunes consommatrices de moins de 25 ans est en augmentation dans les structures de première ligne. Cependant, la prise en compte des besoins spécifiques, en termes de santé, des femmes reçues dans ces structures doit être améliorée et adaptées à leurs facteurs de risque particuliers ; certaines structures ont déjà mis en place des accueils réservés aux femmes.

Type d'actions pouvant être soutenues

Toute action innovante visant à prévenir les conduites addictives chez les femmes en situation de vulnérabilité sociale et psychologique, à améliorer leur prise en charge et à réduire les risques liés à ces pratiques. Toute action permettant de mieux connaître et comprendre les caractéristiques spécifique d'addiction chez les femmes en situation de vulnérabilité et de proposer des démarches visant à y remédier.

Ces actions peuvent s'adresser aux femmes elles-mêmes, le cas échéant au déroulement de la grossesse et à l'enfant à naître, aux professionnels intervenant auprès d'elles et à leur entourage en particulier le conjoint. Elles peuvent concerner une démarche globale ou cibler un produit particulier, en fonction des spécificités de prévalence de consommation (alcool, tabac, cannabis, autres drogues illicites, médicaments mésusés...)

Les actions se déroulent dans les champs suivants :

- prévention individuelle et collective
- accompagnement des personnes vers une démarche de soins ;
- sensibilisation et formation des professionnels du soin et de l'insertion

Au sein de ces champs, les thèmes considérés comme prioritaires sont :

- les actions portant sur les femmes en situation de vulnérabilité consommant plusieurs produits (polyconsommations) ;
- les actions incluant spécifiquement la période de la grossesse, dont l'entourage de la femme enceinte ;
- la prévention de la consommation d'alcool et l'accompagnement des femmes vers une prise en charge dans ce domaine ;
- la prise en compte des situations de vulnérabilité dans l'abord des conduites addictives des femmes ;
- la prise en compte des inégalités de santé dans l'abord du tabagisme des femmes.

B-2/ Prévention des infections sexuellement transmissibles et des hépatites chez les femmes usagères de drogues (cf. fiche action UD3 du programme de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014)

Risques liés à la sexualité et à l'injection

Comme le soulignent les données de la littérature¹⁵, les femmes usagères de substances psychoactives constituent une population particulièrement exposée aux risques infectieux liés à la sexualité et/ou à l'injection.

La politique de réduction des risques (accessibilité des seringues et autres outils, traitement de substitution aux opiacés, développement de structures d'accueil de bas seuil adapté ...), menée depuis une vingtaine d'années, a permis de faire baisser considérablement l'incidence et la prévalence du VIH chez les femmes comme chez les hommes UD. Toutefois de nombreux problèmes persistent :

- Si le nombre de cas estimé de nouvelles infections par le VIH est inférieur à 100, l'incidence du VIH parmi les personnes usagères de drogues reste cependant 10 fois plus élevée qu'en population générale, avec des disparités régionales.
- Malgré un fort recours au dépistage dans la population des usagers de drogues, les nouveaux diagnostics d'infection par le VIH sont posés à des stades tardifs de l'infection.
- La précarité sociale et des conditions de vie des usagers de drogues favorisent leur exposition au risque VIH.¹⁶
- La prévalence et l'incidence des hépatites virales (hépatite B et hépatite C) restent élevées (au dessus de 50% pour l'hépatite C), en particulier chez les usagers recourant à l'injection.
- La contamination par le virus de l'hépatite C survient généralement au cours des deux premières années de consommation par voie injectable.
- Il existe un risque de transmission verticale de l'hépatite B de la mère à l'enfant.

L'expertise collective de l'INSERM¹⁷ sur la réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues recommande que les besoins des femmes soient reconnus dans les dispositifs de première ligne et centres de soins pour toxicomanes, de façon à leur offrir des services prenant en compte leurs risques spécifiques comme les grossesses non désirées, la perte de la garde de leurs enfants, les violences conjugales et les risques infectieux ainsi que les risques spécifiques pour l'enfant à naître en cas de grossesse. Il préconise de développer des programmes de prise en charge globale médico-sociale s'inscrivant dans la durée, au-delà de la période de grossesse et des lieux d'accueil mère-enfant.

Le plan national VIH/IST 2010-2014 prend en compte ces risques particuliers des femmes consommatrices de produits au regard de la contamination par le VIH et les IST dans la fiche action UD3¹⁸ « améliorer l'accès des femmes consommatrices de drogues à la prévention des risques sexuels et au suivi gynécologique ». Cette action vise à renforcer les capacités des femmes consommatrices de substances psychoactives à prendre soin d'elles et à se protéger des risques liés à la sexualité (prévention, contraception, vaccinations etc.). Sont encouragées les initiatives mettant en place des collaborations entre CDAG/CPEF et les structures spécialisées en addictologie pour le suivi gynécologique, la contraception, les dépistages, la vaccination contre l'hépatite B, la mise en place d'ateliers de prévention de réduction des risques liés à la sexualité.

15 Cf BEH n°10-11 (10 mars 2009). Numéro thématique - Femmes et addictions

16 Cf Enquête Coquelicot 2004 : Cette précarité sociale favorise l'exposition au risque VIH car l'absence de logement favorise l'injection dans la rue ou chez d'autres UD, ce qui constitue une surexposition au risque de partage de seringues.

17 Expertise collective Inserm sur la Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues octobre 2010, accessible à : <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>

¹⁸ Cette fiche tout comme le programme en direction des personnes usagères de drogues figurant dans le PNL VIH/IST 2010-2014 vient en complémentarité des actions :

- du plan national de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012 ;
- du plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 ;
- du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 et des appels à projets

Type d'actions pouvant être soutenues

- le recensement des documents existant sur les thèmes femmes et addictions (constitution d'une base de données) sur cette approche ;
- la mise à disposition des femmes dans les accueils spécialisés ou non et les structures mobiles (prostitution) d'un document d'information sur les risques, pour la santé des femmes et de leurs enfants de l'usage de produits psycho actifs (tabac, alcool, substances illicites) et détaillant l'offre spécifique aux femmes (gynécologue) ;
- la réalisation d'un document méthodologique pour les animateurs CAARUD et les CSAPA (ou d'autres structures de soins et d'accueil des femmes consommatrices de drogues) accompagnant des femmes consommatrices de drogues sur les compétences et les connaissances spécifiques à acquérir et à mettre en œuvre en matière de santé et notamment de santé sexuelle pour ces femmes à partir des expérimentations déjà réalisées en France et à l'étranger.

Le Directeur Général de la Santé,

Dr Jean-Yves GRALL

II SELECTION DES PROJETS

II- 1 ORGANISMES ELIGIBLES :

Organismes à but non lucratif (associations loi de 1901, structures médicosociales du dispositif spécialisé en addictologie...)

II- 2 CRITERES DE SELECTION

Les projets éligibles devront :

- prendre en compte :
 - o les champs d'intervention proposés par le présent appel à projet
 - o les actions déjà développées ou appuyées par d'autres organismes, notamment l'INPES, l'INCA, la MILDT, en veillant à être en lien ou complémentarité avec celles-ci
- présenter en introduction :
 - o Le contexte (littérature scientifique et/ou professionnelle, pistes d'expérimentation préexistantes) relatif à l'objet du projet (**deux pages maximum**)
 - o Le diagnostic local et/ou national amenant à proposer le projet
 - o L'objectif principal et les objectifs opérationnels du projet
- décrire avec précision :
 - o les méthodes qui seront employées
 - o le public destinataire
 - o les résultats attendus et les indicateurs d'évaluation pour en juger
 - o le calendrier de réalisation

Une attention particulière sera portée au caractère participatif des actions proposées, visant à renforcer la capacité des femmes concernées à s'en saisir, ainsi qu'à une inscription dans une démarche territoriale, particulièrement dans des sites présentant des indicateurs de vulnérabilité.

Un projet peut être composé de différents volets, et être porté conjointement par plusieurs associations.

II- 3 PROJETS EXCLUS:

L'appel à projets n'est pas destiné à financer :

- des actions nécessitant le recrutement de personnel pérenne
- des actions dites « de proximité » sauf si elles ont une valeur expérimentale et/ou sont porteuses d'une méthodologie transposable exprimée sous forme de document à l'issue de leur déroulement
- des outils déjà réalisés par d'autres organismes
- des coûts d'investissement (locaux, mobilier, ordinateur, scanner, gadgets promotionnels).

III PUBLICS DESTINATAIRES DES PROJETS

Le public destinataire des projets est constitué par :

- les femmes en population générale (pour la promotion du préservatif féminin) notamment les femmes vivant dans les DOM
- les femmes séropositives
- les femmes migrantes
- les femmes usagères de substances psychoactives licites ou illicites en situation de vulnérabilité
- les femmes qui se prostituent
- les professionnels de santé et du social amenés à organiser des actions avec ou pour ces femmes.

IV FINANCEMENT

Cet appel à projets est doté d'un financement non renouvelable pour l'année 2011 d'un montant de 605.000 euros dont 265.000 euros orientés vers la prévention des risques liés à la sexualité et 340.000 euros vers la prévention des risques liés aux addictions.

Le financement de 8 à 13 projets, pour un montant de 40.000 à 80.000 € chacun, est envisagé.

La subvention DGS obtenue dans le cadre de cet appel à projet ne pourra contribuer qu'à un maximum de 80% du budget total du projet. L'origine des financements complémentaires devra être précisée dans le dossier. Ils peuvent être portés conjointement par plusieurs associations

V PROCEDURE DE SELECTION

Un comité de sélection national composé de représentants de la DGS et d'experts extérieurs étudiera les projets reçus.

Après avis de ce comité, qui établira un ordre de priorité, le choix final sera notifié par la DGS aux promoteurs des projets, fin août 2011. Les projets retenus feront l'objet d'une convention avec la DGS. La convention mentionnera :

- les éléments de la réalisation de l'ensemble de l'action pour toute sa durée ;
- le soutien et le suivi assurés par le financeur ;
- la nécessité pour les promoteurs de participer à une réunion de présentation du projet et de bilan dans le cadre du comité de suivi de cet appel à projets.

VI DEPOTS DES DOSSIERS ET CALENDRIER

Dépôt des dossiers : **Au plus tard le 20 juillet 2011**, trois exemplaires papier seront adressés à :

Direction générale de la santé
Ministère du travail de l'emploi et de la santé
Bureaux RI2 et MC2
8, avenue de Ségur 753050 Paris 07 SP

ainsi qu'une version informatique du projet à : DGS-AAP-FEMMES@sante.gouv.fr

Le dossier de demande de subvention CERFA [¹⁹] **devra être rempli dans son intégralité.**

Pour remplir la fiche 3-1 de ce dossier, intitulée « description de l'action », il est conseillé de prendre en compte les éléments suivants : *La description de l'action doit être brève et ne pas dépasser deux pages.*

Dans la rubrique « présentation de l'action » : *préciser l'intitulé de l'action,*

Dans la rubrique « objectifs de l'action » : *préciser les différents niveaux d'objectifs : de moyens, de résultats...*

Dans la rubrique « description de l'action » : *préciser les partenariats de votre action (nature et implication), préciser le type d'action, les méthodes et outils,*

Dans la rubrique « date de mise en œuvre prévue » : *préciser la date du début de l'action,*

Dans la rubrique « durée prévue » : *préciser le calendrier prévisionnel de l'action,*

Dans la rubrique « méthode d'évaluation et indicateurs choisis au regard des objectifs ci-dessus » : *préciser l'évaluation du processus (écart entre les interventions prévues et celles réalisées) et l'évaluation de l'atteinte des objectifs en précisant les indicateurs qui seront suivis.*

¹⁹ Pour y accéder, www.cerfa.gouv.fr, dans la rubrique, « Formulaires sur les sites publics », cliquer sur Associations : demande de subvention (accès au Cerfa n°12156*03 qui inclut le modèle de compte rendu financier) ou à l'adresse suivante <http://www.service-public.fr/formulaires/pdf/12156v03.pdf>

