

## Accès aux soins de santé sexuelle en Belgique francophone : pistes de plaidoyer

### Compte rendu

Par **Christian DONGMO**, Observatoire du sida et des sexualités

Cette note est une synthèse des échanges tenus au cours de la matinée d'étude du 23 juin 2021, à l'initiative du comité de pilotage et d'appui méthodologique (CPAM) des Stratégies concertées (SC) des acteurs de prévention des IST/VIH et VHC en Belgique francophone (<http://www.strategiesconcertees.be/>), coordonné par l'Observatoire du Sida et des Sexualités/ULB (<https://www.observatoire-sidasexualites.be/>). La décision de mener une réflexion sur l'accès aux soins de santé sexuelle en Belgique francophone a été guidée par une volonté de construire un plaidoyer collectif sur cette thématique, jugée prioritaire par les membres du CPAM. L'identification des thématiques devant faire l'objet d'une analyse collective constituait la première étape du processus de concertation des membres du CPAM, qui ont entrepris de réaliser un diagnostic et une revue de la littérature, autour du groupe de travail « Accès aux soins de santé sexuelle ». Les résultats des recherches et constats de terrain des professionnel·les sont une ressource utile pour consolider autant le diagnostic que l'analyse de la littérature sur l'accès aux soins de santé sexuelle des publics vulnérables.

En introduction, **Christian Dongmo** et **Charlotte Pezeril** de l'Observatoire du sida et des sexualités/ULB ont rappelé que les stratégies concertées contribuent à l'amélioration de la qualité des actions de prévention et de réduction de risque liés aux IST/VIH, en articulant données de recherche, constats des professionnel·les et recommandations nationales et internationales. Les pistes d'élaboration d'un plaidoyer pour un meilleur accès aux soins ont été discutées lors de ce webinar à partir de trois angles : (1) les obstacles de l'accès aux soins de santé sexuelle en Belgique francophone, (2) le cadre administrativo-légal de l'accès aux soins, et (3) les diverses expériences de plaidoyer. Soit deux synthèses produites par le CPAM : une revue de la littérature et des constats de terrain qui reviennent amplement sur ces différents obstacles (Ces travaux seront publiés après validation sur le site des stratégies concertées IST/VIH/VHC).

#### « Obstacles à l'accès aux soins de santé sexuelle »

Présidée par **Bénédicte Rusingizandekwe** du Service de santé affective, sexuelle et de réduction des risques de la Province de Namur (SASER), ce panel a réuni **Marie Dauvrin** (chercheuse, KCE et UCLouvain-Louvain4Migration), **Céline Glorie** (référente Santé sexuelle et reproductive, Médecins du Monde), **Sarah Demart** (sociologue, Observatoire du sida et des sexualités, ULB) et **Émilie Gérard** (chargée de projet, Plateforme prévention sida).

La contribution de **Marie Dauvrin** concernait l'étude sur l'accès aux soins des personnes sans-papiers menée en 2015<sup>1</sup>. L'objet de la communication était de mettre en lumière les changements observés depuis cette recherche qui proposait des modifications de l'aide médicale urgente (AMU) pour garantir un accès effectif aux soins de santé des personnes en séjour irrégulier (cette recherche du KCE était la première d'une série de trois études visant l'accès aux soins pour des personnes en situation vulnérables, à savoir également les personnes détenues (rapport KCE 293 – 2017) et les personnes en demande d'asile (rapport KCE 319 – 2019) suite à la publication du livre vert sur l'accès aux soins de l'INAMI). Ces propositions de réforme de l'AMU concernaient : l'uniformisation et la simplification des procédures administratives, un meilleur monitoring des données, la délivrance de cartes médicales valables un an et l'extension de MediPrima aux soins de santé primaire.

L'évaluation de la mise en œuvre de ces recommandations a permis de constater qu'**aucune des recommandations du KCE n'a été mise en œuvre**, tant sur le plan politique qu'administratif. Il reste nécessaire de simplifier les procédures administratives et d'intégrer demandeurs·euses d'asile et personnes sans statut de séjour légal dans l'assurance maladie invalidité obligatoire. La démultiplication de systèmes d'assurabilité « parallèles » pour les personnes sans-papiers, mais également les demandeurs·euses d'asile et les détenu·es, sont coûteux et peu efficaces, surtout lorsqu'on sait le nombre dérisoire de personnes concernées par rapport à l'ensemble de la population belge : soit environ 150.000 personnes sans-papiers, 15.000 détenu·es et entre 30.000 à 40.000 demandeurs·euses d'asile. Marie Dauvrin a terminé sa présentation en réaffirmant qu'une volonté politique permettrait de lever les obstacles dénombrés dans l'accès aux soins. La concertation entre les entités fédérées et le fédéral est une étape essentielle, qui pourrait, entre autre, amener à inscrire les personnes en séjour irrégulier, les demandeurs·euses d'asile et les détenu·es dans l'assurance maladie invalidité.

**Céline Glorie**, référente Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) à Médecins du Monde a présenté les constats issus du rapport publié en 2020 par Médecins du Monde sur la santé sexuelle et reproductive des femmes en situation de précarité à Bruxelles<sup>2</sup>. L'étude combine méthodes qualitatives et quantitatives à partir des observations de terrain. La population était constituée de 163 femmes, dont certaines sont en transit, et ayant des difficultés à se loger et à s'exprimer en français. **Toutes n'ont pas accès aux soins de santé sexuelle et reproductive, et certaines déclarent avoir été victimes de violences sexuelles y compris de viols** dans leur pays d'origine, durant le parcours migratoire ou encore à leur arrivée en Belgique. Les principales contraintes auxquelles font face ces femmes sont liées au retard dans le suivi de leur grossesse, au non recours à la contraception ou encore à l'absence d'offre des soins de santé sexuelle. **De manière générale, ce public craint de s'adresser à l'administration ou aux institutions, en raison notamment de son statut de séjour.**

Des 76 femmes enceintes suivies par Médecins du Monde, 28 ont déclaré avoir une grossesse non-désirée tandis que 3 autres avaient dépassé le délai légal d'IVG en Belgique. Les difficultés d'accès à la contraception s'expliquent notamment par les barrières linguistiques et culturelles. **L'offre de service ne serait donc pas adaptée**, puisque ces femmes refusent

---

<sup>1</sup> Roberfroid, Dominique ; Dauvrin, Marie ; Keygnaert, Ines ; Desomer, Anja ; Kerstens, Birgit ; et. al. Quels soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier ?. (2015) Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé 40 pages : <http://hdl.handle.net/2078.1/177868>

<sup>2</sup> Santé sexuelle et reproductive des femmes en situation de précarité à Bruxelles, évaluation des activités de Médecins du Monde en matière de santé sexuelle et reproductive de mars 2018 à mars 2019 : <https://medecinsdumonde.be/system/files/publications/downloads/Rapport%20SSR%20-%20Version%20finale.pdf>

majoritairement la contraception, ou la reportent alors même qu'elles expriment clairement leur volonté de ne pas tomber enceinte. Le recours tardif à l'IVG observé peut, en effet, s'expliquer par le retard du suivi des grossesses. Certaines femmes ne savaient pas qu'elles étaient enceintes, ou ne percevaient pas les risques liés à la grossesse au moment de l'étude.

Deux pistes de plaidoyer sont retenues. Au niveau du système de santé, l'harmonisation des procédures et la levée des barrières administratives permettraient d'améliorer l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive. Sur le plan communautaire, la concertation entre Médecins du Monde et les différents services aurait pour avantage d'améliorer l'orientation (les références et contre références<sup>3</sup>) des patients vers les structures spécialisées : planning familial, dépistage, de violences sexuelles). Cela permettrait aussi d'améliorer les stratégies de communication appropriées pour le public. La formation des bénévoles travaillant avec ces femmes contribuerait par ailleurs à mieux connaître le public et à faciliter la rencontre.

**Sarah Demart et Émilie Gérard** ont circonscrit leur intervention à la non-utilisation de la prophylaxie pré exposition au VIH, en abrégé PrEP<sup>4</sup> par les femmes africaines ou afro-descendantes en Belgique. Cette recherche dénommée FemiPrEP ambitionne de rendre compte des facteurs qui expliquent la non-utilisation de la PrEP par les femmes africaines ou afro-descendantes en Belgique.

La PrEP est un nouveau moyen de prévention remboursé en Belgique depuis 2017. Ce remboursement est toutefois soumis à différents critères dont l'appartenance aux publics dits prioritaires et la possession d'une mutuelle en ordre. Ces critères sont fixés par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) et n'incluent pas les migrant.es ainsi que les femmes afro-descendantes parmi les publics prioritaires alors même qu'environ 40% des infections chez les migrant-es ont lieu en Belgique (ce public est donc prioritaire d'un point de vue épidémiologique). A ces difficultés, s'ajoute le manque d'harmonisation entre CPAS qui ne facilite pas le remboursement de la PrEP. Chaque CPAS décide du remboursement ou non, selon des critères opaques et non-homogènes.

Les procédures de mise sous PrEP sont par ailleurs globalement longues. Seuls les centres de références VIH (CRV) peuvent en effet prescrire la PrEP en Belgique, ce qui induit par ailleurs une confusion entre les suivis VIH et PrEP. Lorsqu'on sait que les populations africaines sont stigmatisées comme étant à risque d'infection au VIH, ce rapprochement entre les deux types de suivis pourrait décourager les Africain·es d'accéder à la PrEP.

La biomédicalisation de la santé sexuelle justifie par ailleurs le screening effectué par les médecins avant la mise sous PrEP. Cette étape comprend le bilan médical, le test de dépistage du VIH ainsi que l'entretien sur les pratiques sexuelles. Le point sur les pratiques sexuelles questionne la régularité des rapports, la planification à l'avance de l'acte sexuel et les prises de risques. **Ce processus peut être contraignant pour un public qui n'a pas forcément un rapport évident aux institutions et aux questionnaires.** Or, les initiatives mises en place pour contourner ces obstacles et prescrire la PrEP « hors les murs » ne touchent pas encore les femmes afro-descendantes.

---

<sup>3</sup> Le système de référence consiste à orienter le patient vers un ou plusieurs services compétents pour assurer le continuum de soins. La contre référence est la démarche inverse. Ici, le patient est renvoyé vers le service ayant fait la référence afin d'assurer le suivi du patient.

<sup>4</sup> La PrEP est un médicament actif contre le virus du VIH, proposé aux personnes séronégatives fortement exposées au risque d'infection au VIH afin d'éviter une contamination ( définition du guide MyPrEP :[http://myprep.be/?page\\_id=35](http://myprep.be/?page_id=35)).

Cette recherche suggère de penser la migration comme un facteur de risque, d'inscrire la PrEP dans une réflexion globale sur la nécessité d'un espace dédié à la santé sexuelle au féminin et d'impliquer les femmes concernées dans la construction du plaidoyer qui les concerne<sup>5</sup>

### « Prise en charge des soins de santé sexuelle : quel cadre ? »

La deuxième session de cette matinée qu'a présidé **Rudy Gooris**, coordinateur de l'association Sida IST Charleroi/Mons mettait en discussion les aspects juridiques, et plus exactement certains dispositifs garantissant l'accès aux soins de santé sexuelle des Belges, que ce soit dans ou en dehors du territoire belge.

**Jérémy Mandin**, docteur en Anthropologie et chercheur au Centre d'Études de l'Ethnicité et des Migrations (CEDEM) à l'Université de Liège a intitulé sa présentation : « Politiques de la diaspora, services consulaires et protection sociale des citoyens belges à l'étranger ». Cette contribution se situait dans le cadre d'une étude sur la protection sociale des Européens en situation de mobilité dans une perspective transnationale<sup>6</sup>. Comparée à d'autres populations européennes, la proportion de Belges vivant à l'étranger est moindre (moins de 5%). Cette diaspora belge immigre en grande majorité dans les pays de l'Union européenne, ce qui a un impact sur le type de protection sociale que peuvent avoir ces populations.

Cette recherche interroge les politiques de protection sociale fournies par les États à leurs diasporas et les initiatives plus informelles et/ou non régulées par les États. Il ressort que sur le plan infrastructurel, une multiplicité d'acteurs prennent en charge la protection sociale des Belges de l'étranger : le service public fédéral (SPF) Affaires étrangères, Wallonie Bruxelles international et le département buitenlandse zaken au niveau communautaire ainsi que diverses initiatives citoyennes ou encore le service social d'outre-mer pour les Belges résidant hors de l'espace économique européen.

Ces dispositifs sont justifiés par les principes d'égalité de traitement et de non-discrimination des citoyen·nes belges vivant dans un autre pays de l'UE, notamment ceux dont les systèmes de sécurité sociale ne sont pas performants. Hors union européenne, l'assistance consulaire est en effet exceptionnelle et se limite très souvent à informer les belges sur la disponibilité des services (hôpitaux, médecins parlant les langues nationales). Au sein de l'UE cependant, la carte européenne d'assurance maladie permet de garantir la couverture des soins de santé des membres de l'UE.

**Clément Valentin** du service Études et politique du CIRÉ (<https://www.cire.be/>) a analysé les critères de l'Aide Médicale Urgente. Selon l'arrêté royal du 12 décembre 1996, cette aide concerne tant les soins préventifs que curatifs, est réservée aux soins avec numéros INAMI et couvre les soins ambulatoires et hospitaliers. Les CPAS ont cependant la latitude de financer sur fonds propres les soins et médicaments qui ne répondent pas à ces critères.

---

<sup>5</sup> lien vers la présentation de la recherche :

<https://www.observatoire-sidasexualites.be/recherches/la-prophylaxie-pre-exposition-prep/>

<sup>6</sup> Lafleur, J-M., Vintila, D., 2020, **Migration and Social Protection in Europe and Beyond (Volume 2), Comparing Consular Services and Diaspora Policies** : <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-030-51245-3.pdf>

Le terme « urgent » caractérisant cette aide a par ailleurs été clarifié. Il ne s'agit pas ici de soins urgents sur le plan médical, mais bien de tous types de soins, y compris préventifs (dont la consultation chez un kinésithérapeute) pour des personnes en situation de séjour irrégulier et dans l'indigence.

Le rôle des CPAS est donc de vérifier l'indigence, mais également la résidence sur le territoire de la commune. Cette enquête sociale est à réaliser en maximum 30 jours, période durant laquelle les personnes enquêtées n'ont pas droit aux soins. Excepté pour des situations d'urgence, le certificat médical est exigé pour ouvrir droit à l'AMU. Cette aide est octroyée sous deux formes possibles :

- Réquisitoire : document précisant les types de soins/traitements couverts, à renouveler pour tout nouveau traitement. Ne concerne qu'une/plusieurs consultation(s) précisée(s) à l'avance.
- Carte médicale : accordée pour une durée précise (contexte COVID : souvent portée à 1 an) et pour un type de soins particulier (ex. rendez-vous fréquents chez un oncologue).

L'évolution du nombre de bénéficiaires de l'AMU a été enregistrée de 1999 à 2012. Les données ne sont pas disponibles depuis 2012 où 17.185 personnes avaient obtenues l'AMU, sur un total d'environ 150. 000 sans-papiers. Environ 10% de personnes sans titre officiel de séjour bénéficient donc de l'AMU (très souvent pour des urgences médicales), tandis que le reste de la population consulte un.e soignant.e dans l'année. Les personnes sans-papiers en Belgique sollicitent donc très peu l'AMU, en raison entre autre de la peur d'être dénoncés. Cette crainte pourrait être justifiée par des antécédents avec les services communaux. Aucune information n'est cependant disponible sur des cas de transmission d'information par les CPAS au service des étrangers.

Le plaidoyer pour un meilleur accès aux soins de santé des personnes « sans-papiers » devrait s'appuyer sur les recommandations du KCE. Il s'agirait déjà de modifier le nom de l'AMU en supprimant le terme urgent afin que toutes les parties prenantes de l'accès aux soins de ce public aient la même compréhension de cette notion. L'AMU devrait également couvrir la période durant laquelle l'enquête sociale est menée et étendue. Cette aide ne représente par ailleurs que 0.2% du budget de l'INAMI en 2013. Enfin, la liberté de choix du soignant devrait être accordée aux bénéficiaires de l'AMU qui sont actuellement orientés vers des institutions précises (maison médicale, pharmacie).

**Laurence Noël**, collaboratrice scientifique à l'Observatoire de la santé et du social a proposé une intervention portant sur le non-recours aux droits et prestations (droit de la santé) et ses effets précarisants. Un rapport publié en 2017<sup>7</sup> a exploré les facteurs de non-recours et mis l'accent sur les effets de la dématérialisation<sup>8</sup>. L'Observatoire de la Santé et du Social a travaillé à partir de la définition de Philippe Warin<sup>9</sup> (2014) qu'il a testée sur le terrain

---

<sup>7</sup> Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2017) *Aperçus du non-recours aux droits sociaux et de la sous-protection sociale en Région bruxelloise*, Cahier thématique du Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2016, Commission communautaire commune : Bruxelles. Lien : <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/2016-rapport-thematique-aperçus-du-non-recours-aux-droits-sociaux-et-de-la>

<sup>8</sup> Noël, L. (2021) « Non-recours aux droits et précarisations en Région bruxelloise », *Brussels Studies* [En ligne], Collection générale, n° 157, mis en ligne le 30 mai 2021, consulté le 25 septembre 2021. URL : <http://journals.openedition.org/brussels/5569> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/brussels.5569>

<sup>9</sup> Warin, P. (2014) Le non-recours : éléments de définition et de présentation des enjeux in *Les Politiques Sociales : Accessibilité et non-recours aux services publics*, n°3 & 4 – 2014 – 74ème année.

bruxellois. : « le non-recours renvoie à toute personne qui ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre ». Le phénomène a été analysé sous trois angles : niveau individuel, niveau des droits fondamentaux (prestations régionales ou fédérales) et par l'examen des parcours.

Plusieurs situations individuelles rendent compte du non-recours aux droits:

- La non-connaissance du droit. Il a été observé pour cette situation que les personnes reçoivent trop ou trop peu d'informations, des informations erronées ou contradictoires et que les procédures et démarches sont déjà problématiques à ce stade.
- La non-demande du droit. Ici une personne est éligible mais ne veut, ne peut ou refuse de demander son droit (momentanément ou définitivement). Ce cas remet en question la manière dont le droit a été construit et montre la lassitude des personnes face aux services publics/privés, leurs représentations négatives d'un statut, d'une institution, un vécu de "maltraitance institutionnelle", des sentiments de colère, d'humiliation, etc.)
- Le nonaccès aux droits. La personne formule bien une demande mais ne reçoit pas le droit. Il s'agit de la situation la plus fréquemment rencontrée lors de l'étude, pour des personnes déjà en situation de précarité. Les facteurs sont multiples : parcours du combattant, obligation de se présenter/raconter à de multiples guichets, être systématiquement réorienté, mal remplir un formulaire, ne pas recevoir un courrier, mal comprendre, ne pas détenir une preuve pour un des critères, longueur du processus de demande (prise d'informations, premier rendez-vous, démarches, dossier, rendez-vous, files, introduction d'un recours en cas de refus, etc.), des changements des critères d'éligibilité (nature, fréquence et nombre de conditions), de changements de procédures (parcours attendu, documents, ordre des démarches, ...), d'une non-communication (interne ou externe) entre deux services publics/privés ou institutions publiques de la sécurité sociale et/ou organisations privées.
- La non-proposition. Situation dans laquelle c'est l'intervenant d'un service public/privé ou d'une institution qui ne propose pas les services/droits (ou soins) aux personnes éligibles en raison d'une surcharge administrative, asymétrie des rapports entre usager.e et intervenant (mauvaise relation, conflit ...), d'un refus pour des raisons budgétaires, etc.

**Tous ces obstacles, concernent des situations où les personnes sont éligibles et parfois tout simplement exclues du droit ou n'ont peu ou pas de possibilité de recours (ne les utilisent pas).**

Les divers droits autour du droit de la santé (droits aux soins, aux traitements, aux remboursements, aux hospitalisations, aux indemnités), pourtant parfois très protecteurs (intervention majorée) et consacrés par les instances nationales et internationales, présentent pour une partie de la population bruxelloise des coûts encore trop importants, au vu de la précarisation et des inégalités sociales de santé observées. En outre, l'étude a montré que les parcours des personnes présentent des variations importantes de statuts et que les effets de la dématérialisation des services amplifient le risque de non-recours aux droits.

Pour remédier à ces contraintes, il est recommandé par les premières personnes concernées et les intervenant.es de services publics et privés de simplifier et d'harmoniser les procédures, d'être capable d'analyser juridiquement et immédiatement les demandes et d'y répondre dans les délais, mais aussi d'améliorer l'accueil et coordonner davantage les échanges de données; de développer un travail humain de vérification; **d'augmenter les moyens des services publics, associations, services sociaux, renforcer et améliorer le système de protection sociale**, d'augmenter les revenus des personnes (et notamment pour une petite part des intervenant.es par l'allocation universelle), de repenser l'aide aux personnes, automatiser les flux et l'octroi des droits, améliorer la formation des intervenant.es et redévelopper des politiques plus universelles.

## « Construction d'un plaidoyer collectif »

Le dernier panel consacré aux stratégies et éléments pouvant nourrir un plaidoyer collectif en faveur de l'accès aux soins a été présidé par **Stephen Barris, Coordinateur de Ex Æquo**. Deux présentations ont ponctué cet échange : celle de Caroline Izambert et de Céline Nieuwenhuys. Madame Christine Mahy, Secrétaire générale et politique du Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté n'a pas pu rejoindre ces intervenantes en raison d'un empêchement de dernière minute.

**Caroline Izambert**, directrice plaidoyer au sein de l'association AIDES/France a partagé l'expérience de **Plaidoyer sur la primo-prescription de la PrEP en médecine générale en France**. Trois étapes clés ont été parcourues pour parvenir au succès de ce plaidoyer : (1) démontrer l'efficacité de la PrEP, (2) permettre son accessibilité et enfin (3) permettre la primo-prescription en dehors de l'hôpital.

Depuis 2013, un consensus international sur l'efficacité de la PrEP s'est imposé. AIDES a dans ce contexte participé à des essais cliniques visant à démontrer l'efficacité de la PrEP (essai ANRS-IPERGAY, 2012 - 2016). Permettre l'accessibilité de la PrEP constituait la seconde étape de ce processus de plaidoyer. Diverses rencontres ont eu lieu à cet effet entre novembre 2015 et février 2017 avec les autorités sanitaires afin de favoriser les autorisations nécessaires à la mise sur le marché et au remboursement de la PrEP.

La prise en charge totale (100%) de la PrEP n'a cependant pas abouti à une accessibilité totale aux populations les plus précaires ou à celles n'ayant pas de complémentaire santé. AIDES s'est alors engagée à défendre une prescription en dehors des hôpitaux et centres de dépistage VIH à travers la **primo-prescription** de façon à ce que les médecins généralistes puissent la prescrire. Depuis le 1<sup>er</sup> juin 2021 en France, les généralistes, gynécologues et la médecine de ville peuvent prescrire la PrEP en primo-prescription, sans tenir compte de critères qui limitent son attribution.

Pour y arriver, AIDES a progressivement rallié diverses institutions stratégiques : le Syndicat des gynécologues, le Collège de médecine générale, le Conseil de l'ordre des médecins, la société française de lutte contre le sida. La présence de ces alliés parmi les porteurs du plaidoyer a augmenté la crédibilité du processus et facilité son succès.

Un groupe de travail avait parallèlement été mis sur pieds en 2019 au sein du comité de pilotage de la Stratégie nationale de santé sexuelle, un e-learning à destination des médecins de ville a également été conçu. Cette stratégie de formation et d'information s'est accompagnée de demandes formelles et de recommandations auprès notamment du Conseil d'État.

Le succès de ce plaidoyer pour la PrEP tient notamment au choix qui a été fait de ne pas mettre en lumière un des objectifs du plaidoyer : rendre accessible la PrEP au public migrant, avec ou sans papiers. Mettre en avant cet objectif aurait desservi le plaidoyer dans un contexte politique défavorable aux migrations.

**Céline Nieuwenhuys**, secrétaire générale de la Fédération des services sociaux est revenue dans son intervention sur son expérience en tant que secrétaire générale, mais aussi sur sa participation au groupe d'expert-es COVID.

De son point de vue, la construction d'un plaidoyer gagnerait à intégrer une bonne identification des besoins et problématiques qui entravent l'accès aux droits des personnes. Concernant la thématique de l'accès aux soins, la question centrale à poser serait la suivante :

Comment aménage-t-on les choses pour que l'AMU soit accessible ? Il s'agirait ici de travailler avec les CPAS afin que chaque personne ait le même accès aux soins de santé. Pour atteindre cet objectif, il faut partir des besoins exprimés par les personnes qui vivent le problème pour faire remonter ces obstacles, mais aussi coopérer avec les administrations, même si c'est une coopération essentiellement conflictuelle.

Le terme « coopération conflictuelle » s'explique, soutient Mme Nieuwenhuys par le fait qu'il faudrait être réaliste et se rendre compte que la résolution des difficultés que vivent les gens nécessitent d'aller vers les administrations et les cabinets pour rendre compte de ce qui s'observe sur le terrain. Cette démarche ne suppose pas que les plaideurs soient au service des administrations, bien au contraire. Leur ambition est de défendre les intérêts des populations, de demander à l'administration d'initier des actions concrètes face aux dysfonctionnements observés sur le terrain. Il serait en effet contreproductif de travestir la réalité ou de s'engager dans la dénonciation avant d'avoir épuisé toutes les pistes de collaborations. **Le plaidoyer, poursuit-elle, c'est construire ensemble des politiques qui tiennent la route.** La posture de l'étonnement a été conseillée. Elle consiste à s'étonner de ce que l'on observe sur le terrain, à continuer à s'indigner. C'est aussi en relevant le fait que ces situations ne sont ni banales, ni éthiques que l'on parvient à construire un plaidoyer qui tient la route.

La construction de ce plaidoyer est une activité à articuler avec minutie. Après avoir décrit les difficultés et les conséquences observées, la prochaine étape serait d'identifier des alliés (au sein des administrations et des autres secteurs (ayant des approches différentes mais complémentaires aux nôtres) et d'analyser l'environnement politique (notamment les compétences effectives de chaque niveau de pouvoir). Face à certaines revendications restées sans réponses, la tentation pourrait être celle de l'autoflagellation. Cependant la conjoncture politique pèse énormément et les arguments politiques doivent être scrupuleusement examinés afin de comprendre les logiques d'actions sous-jacentes. On gagnerait à être pragmatiques pour être audibles. Les politiques disposent de très peu de temps pour pouvoir analyser et retravailler nos revendications. Au plus on peut maîtriser le langage de la technicité, au plus on peut être audibles (calcul du coût des revendications/propositions, précisions sur l'origine des chiffres, formulation de revendications concrètes, etc.).

Pour terminer avec les leçons de sa participation au groupe d'expert.es COVID, Mme Nieuwenhuys soutient que l'organisation de la parole des usager.es est nécessaire et qu'il faut des relais pour l'organiser et la soutenir.

Le modèle d'organisation de la parole citoyenne au Portugal a été discuté et présenté comme un nouveau modèle de prise en compte de la parole des personnes concernées, dans une logique pérenne et non conflictuelle. L'existence des lieux de parole devrait donc être structurelle et efficace de manière à répondre aux crises sanitaires à partir de lieux déjà opérationnels.

### **Conclusion par Maureen Louhenapessy** (directrice adjointe, Plateforme prévention sida)

En guise de conclusion, la directrice adjointe de la Plateforme prévention sida a noté le besoin de construire un plaidoyer vivant, guidé par des arguments pragmatiques, concrets et articulé avec un langage adapté aux politiques et administrations. Cet effort permettrait de gagner en crédibilité et de faire bouger les obstacles sur lesquels le secteur bute depuis des années. La mise en discussion des contributions des chercheur.es sur l'accès aux soins de santé sexuelle permet de se rendre compte qu'il n'est pas toujours nécessaire de réinventer la roue, mais de bien faire circuler les données et de trouver la bonne accroche pour être entendus. Le CPAM, en tant que dispositif de plaidoyer devrait à cet effet organiser davantage de



rencontres sur des thématiques spécifiques liées aux IST, au VIH et à la santé sexuelle (diagnostics tardifs, recours tardifs aux soins, violences sexuelles, structurelles et administratives), notamment de publics invisibilisés et vulnérables. Ceci permettrait de mieux formuler et suivre les recommandations adressées aux politiques : élaboration du Plan national VIH, cadres de références dont celui en cours sur l'accès aux soins, etc. Le Plaidoyer est transversal, a conclu Mme Louhenapessy qui affirme que c'est aux acteur.rices d'être fort·es, documenté·es, créatifs·tives et agiles pour pouvoir s'adapter aux différents niveaux auxquels on s'adresse.