



# Mettre fin à l'épidémie

**Évaluation de la politique française en  
matière de VIH et recommandations  
pour améliorer le quotidien des  
personnes vivant avec le VIH et à  
risque**



Mars 2019

[kpmg.com/uk](http://kpmg.com/uk)

## 2 Mettre fin à l'épidémie



**Ce rapport a été commandité et financé par Gilead Sciences Europe Ltd (« Gilead »).**

**Le rapport a été rédigé par KPMG mais sous la direction constante d'un groupe de pilotage indépendant composé d'experts politiques, cliniques et des patients en matière de VIH. Le groupe de pilotage assurait le contrôle éditorial du rapport.**

## 01

## Note de synthèse

En France, la lutte contre l'épidémie de VIH a eu un impact réel. On estime à 156 000 le nombre de personnes vivant avec le VIH sur le territoire français. 90 % des personnes connaissant leur statut sérologique suivent un traitement antirétroviral (ARV). 90 % de ce groupe présente une charge virale indétectable. Les services liés au VIH sont largement accessibles, y compris l'accès gratuit à la prophylaxie pré-exposition (PrEP) pour les populations à risque. En attendant que la PrEP devienne disponible en Allemagne plus tard cette année, la France est actuellement le seul pays offrant un accès à la PrEP parmi les 5 pays d'Europe étudiés.

Mais l'épidémie est loin d'être terminée. De nombreux obstacles perdurent. À titre d'exemple, malgré une stabilisation relative du nombre de nouveaux cas d'infection, il n'y a pas encore de diminution. Chaque année, environ 5 000 nouveaux cas de VIH sont diagnostiqués ; les deux groupes les plus affectés sont les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH ; 43 %) et les hétérosexuels nés à l'étranger (38 %). De façon inquiétante, le nombre de nouveaux cas d'infection ne diminue pas parmi les HSH, contrairement aux autres groupes de population<sup>[1]</sup>. Le taux de diagnostic tardif<sup>1</sup> reste élevé ; une étude récente indique que près de 48 % des diagnostics sont tardifs, et près de 29 % sont considérés comme très

tardifs. (CD4 < 200 cellules/mm<sup>3</sup>). On estime que 25 000 individus sont des porteurs du VIH ne sont pas diagnostiqués. Répondre aux besoins des patients vieillissant avec le VIH est un autre défi, en raison de l'évolution de leurs besoins à long terme en matière de santé et de bien-être. Il est essentiel de surveiller de près les indicateurs de qualité de vie et de s'assurer que des services comme ceux liés à la santé mentale sont proposés. Le cadre juridique général continue également d'avoir un impact sur la lutte contre le VIH et sur certaines sous-populations. Par exemple, la loi de 2016 criminalisant les clients de la prostitution pourrait avoir accentué la marginalisation des travailleurs du sexe.

La France a récemment actualisé sa stratégie concernant le VIH et autres IST, en élaborant la Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 et sa feuille de route de pilotage et de suivi à trois ans. Pour prendre la mesure de son efficacité face aux défis nouveaux et évolutifs que présente l'épidémie, le Comité de pilotage<sup>2</sup> a entrepris une évaluation. En examinant étape par étape le continuum des soins liés au VIH – sensibilisation, prévention, tests et dépistage, traitements cliniques spécifiques au VIH et approche holistique de la santé à long terme – ils ont identifié des points forts et des domaines où il y a matière à amélioration.

1. Un diagnostic est dit « tardif » s'il est réalisé à un point dans le temps situé au-delà du stade auquel le traitement contre le VIH aurait dû débiter. Actuellement, on considère comme tardive une numération des CD4 inférieure à 350 cellules/mm<sup>3</sup>.

2. Voir le tableau 1 de la section Méthodologie



### Sensibilisation

Les interventions sont souvent limitées aux zones de haute prévalence, si bien que des régions et des populations à haut risque<sup>3</sup> n'en bénéficient pas. On constate un manque de sensibilisation persistant au sein de la population générale.



### Prévention

La politique préconise une approche de prévention mixte, généralement bien mise en œuvre. Toutefois, on constate une carence en centres de santé spécialisés dans les IST et d'accès facile ; il n'existe que quelques centres pilotes basés dans la communauté. La compréhension et l'adaptation face à des schémas de risque en évolution constituent des points à améliorer.



### Tests et dépistage

Les tests doivent être améliorés dans divers cadres, notamment dans le domaine de la prise en charge primaire et communautaire, tout comme la mise en œuvre de la répétition des tests.



### Traitement clinique spécifique au VIH

Il est d'un niveau exceptionnel en France, si bien que la majorité des personnes vivant avec le VIH suivent un traitement ARV et présentent une charge virale indétectable. Mise rapide sous traitement ARV est recommandé, et des médicaments plus récents et plus innovants sont proposés. Le délai entre diagnostic et début du traitement n'est peut-être pas le même dans tout le pays – il existe peu de données nationales à ce sujet, toutefois des cas anecdotiques indiquent qu'il pourrait y avoir matière à amélioration.



### Prise en charge holistique à long terme

Les comorbidités et le vieillissement sont généralement bien gérés par les spécialistes et les réseaux communautaires. Néanmoins, le bien-être à long terme doit faire l'objet de plus d'attention, telle la disponibilité d'accès aux services de santé mentale.

3. Voir la liste des populations à haut risque dans la section Méthodologie

4. Le « chemsex » est la pratique qui consiste à consommer des drogues à des fins récréatives afin de faciliter l'activité sexuelle. Habituellement il s'agit de l'une des drogues

suivantes ou d'une combinaison des trois : méthamphétamine (meth en cristaux), méphédron (M-CAT), et GHB/GBL (G). La consommation de ces drogues réduit les inhibitions et accroît par conséquent les conduites à risque, tout en aggravant la santé mentale de l'individu<sup>[21]</sup>



### Le Comité de pilotage a émis plusieurs recommandations en vue d'améliorer le quotidien des personnes vivant avec le VIH ou à risque :

- **Mieux appréhender la prévalence du « chemsex »<sup>4</sup> en demandant la collecte de données**, afin de générer des preuves concernant les schémas suivis et les risques, et ainsi soutenir le développement de la politique
- **Établir des lignes directrices plus détaillées concernant les tests dans le cadre de la répétition des tests parmi les populations à haut risque**, notamment un guide des rôles et des responsabilités en matière de tests et des conseils pour inciter à la répétition des tests
- **Formaliser l'évaluation de la santé mentale des personnes vivant avec le VIH**, notamment par des contrôles annuels de santé mentale effectués par le personnel infirmier à l'occasion des check-up réguliers du VIH
- **Développer les centres de santé sexuelle de quartier consacrés au VIH et aux IST**, et ainsi proposer un accès aisé et inclusif à toutes les populations en matière de sensibilisation, de dépistage et de prévention (ex : programmes de PrEP)

## 02

# Contexte général du VIH en France

## Brève épidémiologie et vue d'ensemble de l'objectif de traitement 90-90-90

La lutte contre le VIH en France donne de bons résultats. Le nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH s'est globalement stabilisé, et les personnes porteuses du VIH qui sont diagnostiquées suivent une thérapie antirétrovirale et présentent une charge virale indétectable. Il en résulte que la France a bien progressé en direction des objectifs internationaux tels que l'ONUSIDA 90-90-90, réussissant à atteindre les 2e et 3e composantes (voir Schéma 1).

Plusieurs obstacles essentiels perdurent. Le nombre de nouveaux diagnostics de VIH était d'environ 6 000 en 2015 (taux de 7,7 pour 100 000 habitants). Les HSH et les hétérosexuels nés à l'étranger représentaient plus de 50 % de ces cas (respectivement 43 % et 38 % des nouveaux cas). Il est à noter que même si le nombre total de cas d'infection par le VIH s'est stabilisé, il ne diminue toujours pas pour les HSH <sup>[1]</sup>.

Les variations géographiques sont significatives : une enquête de 2014 indiquait que 42 % des nouveaux cas d'infection concernaient l'Île-de-France et 14 %, deux régions du Sud-Est (Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes). On constate également une hétérogénéité de la

population : 54 % des nouveaux cas d'infection concernent les hétérosexuels ; parmi eux, 35 % sont nés à l'étranger (dont une proportion élevée d'individus originaires d'Afrique subsaharienne).

Les diagnostics tardifs persistent : une étude transversale nationale de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) indique près de 48 % de diagnostics tardifs (CD4 < 350 cellules/mm<sup>3</sup>), et 29 % de diagnostics à un stade de maladie avancé (CD4 < 200 cellules/mm<sup>3</sup>). En 2017, on estimait à environ 156 000 le nombre de personnes vivant avec le VIH. Les HSH en formaient la majeure partie, suivis des usagers de drogues injectables (UDI), avec des prévalences respectives de 14 % et 10 %. Une enquête nationale de 2014 estimait que 25 000 personnes étaient porteuses du VIH mais non diagnostiquées <sup>[1][2][3]</sup>.

Les difficultés sont connues, et la nouvelle stratégie française face au VIH, incluse dans la *Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030*, tente d'y répondre (voir chapitre suivant). Le cadre juridique et politique général continue également d'impacter la lutte actuelle et contribue à la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et aux efforts de limitation de l'épidémie (voir l'encadré 1).

**Diagramme 1. Performance par rapport à l'objectif 90-90-90**



**Source :** Ministère des Affaires sociales et de la Santé, « Stratégie nationale de santé sexuelle, » 2017

**Note :** Chiffres pour 2013 de l'objectif 90-90-90



### Encadré 1. Le cadre juridique et réglementaire général

Comme souligné dans la section Méthodologie, une évaluation en profondeur du cadre juridique et réglementaire général et de son impact sur la lutte contre le VIH n'est pas l'objet de ce projet ; toutefois, est indiquée ci-après la position actuelle de la France concernant trois obstacles potentiels fréquents dans la lutte contre le VIH :



#### 1) Protection juridique contre la stigmatisation et la discrimination :

En 1990, la France a adopté une loi interdisant la discrimination en raison de « l'état de santé ou du handicap », qui protège les personnes vivant avec le VIH <sup>[4]</sup> ; une loi renforçant l'égalité des droits et la participation à la vie sociale des personnes en situation de handicap a été adoptée en 2005 <sup>[4]</sup>. Toutefois, une enquête nationale représentative réalisée en 2011 a établi que les personnes vivant avec le VIH faisaient fréquemment l'objet de discriminations (26 %), particulièrement lors de la recherche d'un emploi (24 %) <sup>[5]</sup>, ce qui suggère que l'application de ces lois n'est peut-être pas générale. En outre, une étude concernant 3 000 personnes vivant avec le VIH a fait apparaître un renoncement aux soins de santé lié aux obstacles et aux refus rencontrés, 17 % des personnes indiquant qu'elles avaient renoncé à des soins l'année précédente. 42 % avaient un niveau élevé d'insécurité sociale <sup>[6]</sup>.



#### 2) Accès gratuit et sans discrimination aux soins de santé :

La France offre une couverture de santé universelle, en grande partie financée par l'assurance maladie publique, qui permet l'accès aux soins sans considération d'âge, de revenu ou de statut <sup>[7]</sup>. Les migrants sont couverts par la Protection universelle maladie (PUMA), entrée en vigueur en 2016, qui permet à toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière pendant plus de trois mois d'avoir accès aux soins, quel que soit leur statut professionnel <sup>[7]</sup>. Les migrants sans papiers ou en situation irrégulière sont couverts par l'Aide médicale de l'État (AME), qui leur permet d'être soignés gratuitement pendant un an maximum. La séropositivité est considérée comme une urgence médicale, et le traitement est assuré dans le cadre du système PASS (qui accorde à tous l'accès gratuit aux soins externes en hôpital) ou à travers le Fonds pour les soins vitaux et urgents (FSVU) <sup>[8]</sup>. Néanmoins, malgré ces efforts, les données de 2014 collectées par Médecins du Monde indiquaient que 10,2 % seulement des migrants sans papiers accédaient à l'AME <sup>[9]</sup>. Parmi les raisons du manque d'accès aux soins de cette population peuvent figurer les inquiétudes à caractère social et économique, ainsi que des difficultés à fournir les documents requis (ex : justificatif de domicile). Enfin, des études indiquent que certains professionnels de santé refusent peut-être de soigner les migrants, les personnes porteuses du VIH étant davantage exposées au risque de se voir refuser l'accès aux soins <sup>[10]</sup>.



#### 3) Dépénalisation de conduites comme le travail du sexe et l'usage de drogues :

Bien que les individus aient légalement le droit de vendre des actes sexuels, l'achat de ces mêmes actes a été interdit en 2016. Des études ont depuis montré un effet néfaste de cette interdiction sur la santé, la sécurité et les conditions de vie dans leur ensemble <sup>[11]</sup>. Eu égard au VIH en particulier, les recherches présentées lors de la conférence AIDS 2018 faisaient état d'une diminution de l'usage des préservatifs et d'une difficulté accrue concernant la négociation de pratiques sexuelles sans risque après l'entrée en vigueur de la loi <sup>[12]</sup>.

Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, développé par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, concerne l'usage de substances licites et illicites. L'usage et la possession de drogues illicites constituent encore un délit en France, comme en témoigne l'adoption récente d'une amende forfaitaire pour usage illégal de drogue <sup>[13]</sup>. Bien que la loi elle-même ne fasse pas la distinction entre possession et trafic, en pratique, le ministère public choisit l'accusation appropriée en fonction de la quantité de drogue trouvée et du contexte du dossier <sup>[14]</sup>. De multiples politiques de réduction des effets nocifs sont en place (voir chapitre 2) et les dernières données indiquent que seuls 49 nouveaux cas d'infection par le VIH étaient liés à l'usage de drogues injectables en 2016, soit moins de 2 % de tous les nouveaux diagnostics de VIH cette année-là.

## 03

# Évaluation de la politique en matière de VIH en France

Ce chapitre présente l'évaluation par le Comité de pilotage de la politique française actuelle en matière de VIH et de son efficacité dans l'appréhension des défis nouveaux et constants que présente l'épidémie. Il est structuré selon les différentes étapes du continuum des soins liés au VIH : sensibilisation, prévention, tests et dépistage, traitement clinique spécifique au VIH et approche holistique de la santé à long terme. Les recommandations visant à améliorer le quotidien des personnes séropositives ou à risque sont présentées dans le chapitre suivant.

## 3.1 Vue d'ensemble de la politique nationale en matière de VIH

La stratégie française de lutte contre le VIH fait partie intégrante de la *Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030*, élaborée par le ministère de la Santé afin d'offrir une approche complète de la santé sexuelle et reproductive. Elle établit des objectifs ambitieux en matière de lutte contre le VIH, dont la fin de l'épidémie de sida d'ici 2030 ; la connaissance de leur statut sérologique pour 95 % des personnes séropositives ; l'accès au traitement pour 95 % des personnes connaissant leur séropositivité ; et l'obtention d'une charge virale indétectable pour 95 % des personnes recevant un traitement. Elle établit six priorités :

- investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes ;
- améliorer le parcours de soins en matière d'IST, dont le VIH : prévention, dépistage et prise en charge ;
- améliorer la santé reproductive ;
- répondre aux besoins spécifiques des populations vulnérables ;
- promouvoir la recherche et l'innovation ; et
- prendre en compte les spécificités de l'outre-mer pour mettre en œuvre la stratégie.

Un point fort essentiel de la stratégie française est le suivi et l'évaluation réguliers de ses politiques concernant leur rentabilité économique, avec à la clé une source de données pour évaluer leur impact. Cela inclut le suivi d'interventions spécifiques comme la politique de dépistage national de masse du VIH <sup>[15]</sup> et son impact, les politiques de tests pour des populations spécifiques <sup>[16]</sup>, et l'offre de la PrEP (l'essai IPERGAY n'a pas été considéré comme un modèle complet de rentabilité économique, mais il a fourni des informations sur le nombre d'individus sous PrEP nécessaire pour éviter les cas d'infection par le VIH et les coûts associés) <sup>[17], [18]</sup>.



« Sur le papier, la Stratégie nationale de santé sexuelle contient tout ce qu'il faut pour avoir un impact sur le VIH... mais différentes régions choisiront de la mettre en œuvre de différentes façons. »

Représentant d'une ONG de lutte contre le VIH, France



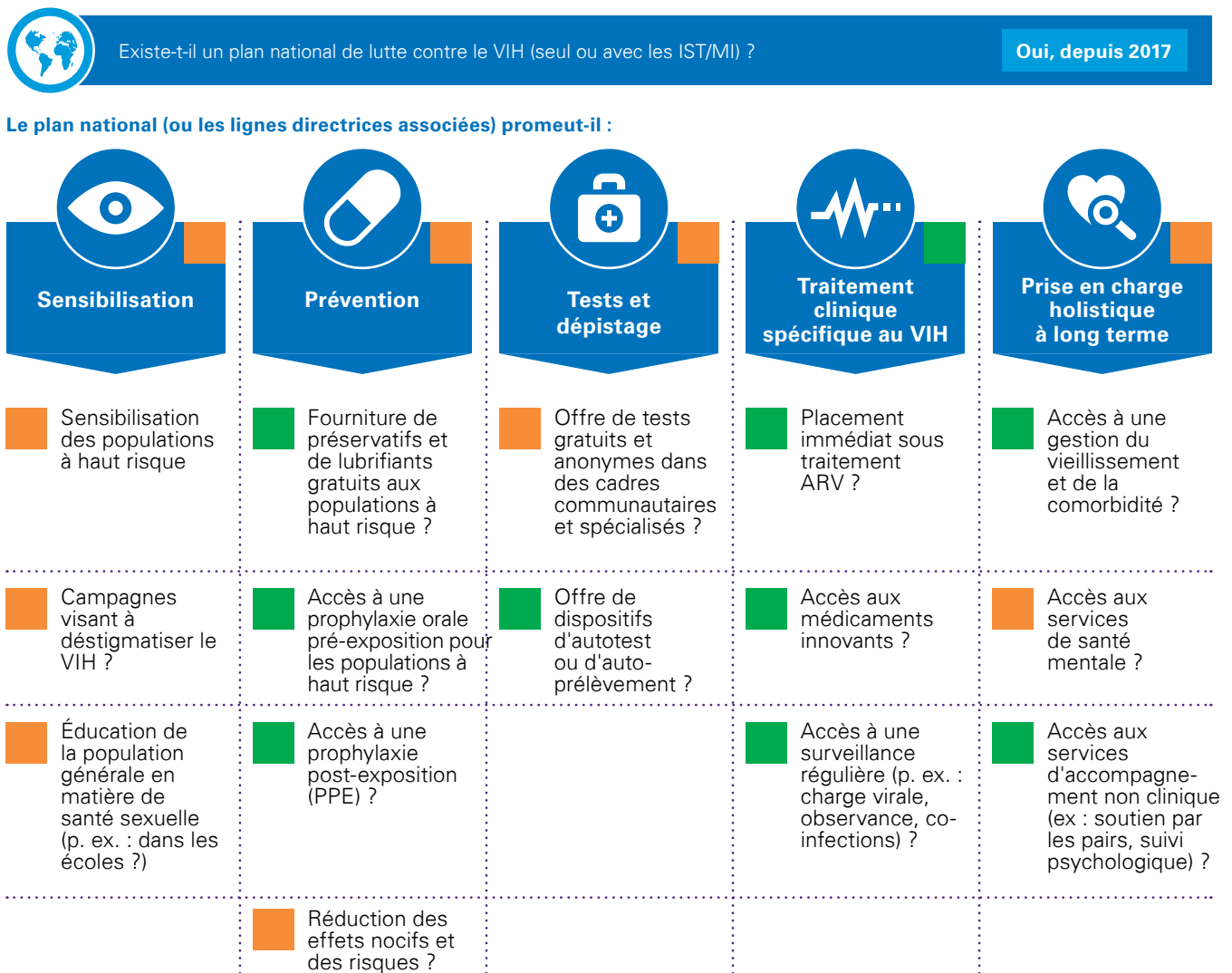
Les experts considèrent que le nouveau document de politique et sa feuille de route sont très complets, tout en indiquant que la mise en œuvre cohérente à travers le pays sera un facteur décisif pour sa réussite.

Le Comité de pilotage a entrepris une évaluation afin d'appréhender la capacité de la stratégie française en matière de VIH à relever les défis nouveaux et évolutifs que présente l'épidémie. En examinant étape par étape

le continuum des soins liés au VIH – sensibilisation, prévention, tests et dépistage, traitement clinique spécifique au VIH et approche holistique de la santé à long terme –, il a identifié des points forts et des domaines où il y a matière à amélioration.

Le diagramme 2 résume ses observations, et la position de principe est détaillée au chapitre 5.

**Diagramme 2. Évaluation de la politique française en matière de VIH**



**Légende**

■ Politique disponible et efficace

■ Peut mieux faire

■ Politique non disponible

**Note concernant la méthodologie :** l'évaluation met en exergue les vues du Comité de pilotage concernant la politique actuelle et son efficacité, en suivant les étapes du continuum des soins liés au VIH. Des experts additionnels locaux ont fourni des données, et les observations ont été appuyées par le biais de recherches secondaires. (La politique est entièrement détaillée en section 5, selon les différents stades du continuum des soins liés au VIH)

© 2019 KPMG LLP est une société britannique à responsabilité limitée et une entreprise membre du réseau KPMG de sociétés indépendantes affiliées à KPMG International Cooperative (« KPMG International »), entité suisse. Tous droits réservés.



# Sensibilisation



- Des campagnes de sensibilisation ciblant des populations à haut risque sont proposées ; cependant elles se limitent souvent aux régions à haute prévalence et sont absentes au niveau de la population générale, particulièrement celles abordant les problèmes de stigmatisation et de sérophobie.
- La stigmatisation est une question urgente, avec une carence d'interventions nationales et cohérentes de grande ampleur.
- La sensibilisation à la santé sexuelle varie, et la mise en œuvre efficace de la politique est cruciale pour assurer une cohérence dans tout le pays.

## Quelle est la position de principe ?

La politique souligne l'importance d'une meilleure sensibilisation dans l'ensemble de la population. La feuille de route récente pour la mise en œuvre recommande d'« organiser annuellement en région des campagnes spécifiques de dépistage du VIH, des hépatites virales et des autres IST »<sup>[19]</sup>.

La stigmatisation du VIH est également citée parmi les problèmes. La Stratégie nationale recommande un travail de fond sur les préjugés contre les personnes vivant avec le VIH et la lutte « contre la stigmatisation et la discrimination basées sur l'état de santé »<sup>[1]</sup>, mais ne recommande pas d'actions concrètes.

## Que se passe-t-il dans la pratique ?

Dans la pratique, des campagnes ciblées ponctuelles sont organisées dans les régions les plus affectées par l'épidémie de VIH, comme l'Île-de-France, la Provence-Alpes-Côte d'Azur et le Rhône-Alpes, pour répondre au manque de sensibilisation actuel. Elles tendent souvent à cibler un sous-groupe des populations à haut risque, comme les HSH. Les ONG pallient en partie les disparités de fréquence et de cohérence des interventions, mais une fois encore, leurs actions ciblent certaines sous-populations.



« Globalement, les campagnes ont été substantiellement réduites ; seules certaines populations, comme les HSH, sont ciblées. Elles n'atteignent ni les jeunes ni certaines populations vulnérables comme les immigrants. »

**Expert en politique VIH, France**

Il existe un manque de focalisation sur la question de la stigmatisation, qui n'est plus à l'ordre du jour des politiques publiques. Malgré l'absence de données cohérentes sur l'ampleur du problème, des études plus limitées montrent que la stigmatisation continue à être prévalente ; par exemple, une étude de 2015 a établi que 17 % des cabinets dentaires et gynécologiques tenaient des propos discriminatoires contre les personnes séropositives, et qu'un tiers des cabinets dentaires refusaient de soigner ces patients<sup>[20]</sup>.



« Il existe une stigmatisation dans le milieu de la santé, par exemple chez les médecins généralistes, et pratiquement aucune campagne n'est axée sur ce point. »

**Patient séropositif et expert en politique VIH, France**

### Que disent les experts ?

De l'avis unanime des experts, les efforts axés sur une plus grande sensibilisation vis-à-vis du VIH dans les populations à haut risque sont insuffisants. Souvent courtes et ponctuelles, les campagnes actuelles n'atteignent toujours pas certaines sous-populations clés. Les études confirment ce manque de sensibilisation au VIH. Bien que désormais ancienne, une enquête réalisée sur la période 1992-2010 indiquait une augmentation des informations erronées concernant la transmission du VIH, par exemple par piqûre de moustique ou en utilisant des toilettes publiques <sup>[21]</sup>.



« Le gouvernement ne fait pas assez en termes de sensibilisation : seules les ONG en font, sans soutien du gouvernement national. »

**Clinicien VIH et expert en politique VIH, France**

La stigmatisation n'a pas récemment fait l'objet de campagnes publiques. La prévalence de la stigmatisation au sein de la communauté est évidente ; en 2016, une campagne d'affichage dans 130 villes, commanditée par le ministère de la Santé afin de cibler les HSH et de mieux sensibiliser au VIH, a été stigmatisée socialement ; les posters ont été retirés dans certaines villes françaises au vu de la réaction négative du public <sup>[22]</sup>.



« Cela fait dix ans que je n'ai pas vu de campagne... la stigmatisation est forte, mais très mal combattue. »

**Clinicien VIH et expert en politique VIH, France**

**La politique présente des mesures visant à améliorer l'éducation à la santé sexuelle sur le territoire français, mais leur déploiement n'en est qu'à ses débuts et leur succès n'a pas encore été mesuré**

### Quelle est la position de principe ?

En France, l'éducation à la santé sexuelle est mise en œuvre par le biais d'une politique. Les plans précédents se concentraient sur une meilleure sensibilisation des jeunes au VIH ; ils ont fait place à une stratégie visant à améliorer l'éducation à la santé sexuelle dans son ensemble, sans focalisation spécifique sur le VIH. Cette offre éducative cible tous les niveaux scolaires, les universités et les services universitaires <sup>[1]</sup> ; la feuille de route stratégique

couvre les exigences budgétaires précises et les parties prenantes essentielles <sup>[19]</sup>. L'objectif est que 100 % des jeunes aient reçu une éducation de qualité en matière de sexualité et des risques associés tout au long de leur parcours scolaire <sup>[1]</sup>.

La stratégie 2017-2030 va également plus loin que les plans précédents en ciblant les jeunes non scolarisés et ne suivant pas un enseignement supérieur <sup>[1]</sup>. Ainsi, la stratégie met en avant une initiative visant à mettre à la disposition de tous les ressources d'information concernant la santé sexuelle, et ce dans une base de données unique (Service public d'information en santé) <sup>[1]</sup>.

### Que se passe-t-il dans la pratique ?

Le niveau et la qualité de l'éducation à la santé sexuelle dépendent de la région et des administrations locales. Dans certaines régions comme Paris et le Sud-Est, le gouvernement s'appuie sur des associations locales (CRIPS) pour proposer aux écoles secondaires publiques une éducation à la santé sexuelle à la demande. Ce service est toutefois facultatif et il n'est pas déployé au niveau national.



Les enseignants sont censés assurer l'éducation à la santé sexuelle ; certains le font, d'autres pas, et certains ne se sentent pas très à l'aise dans ce domaine. »

**Clinicien VIH et expert en politique VIH, France**

### Que disent les experts ?

Les experts pensent que des améliorations sont nécessaires au niveau de l'offre d'éducation à la santé sexuelle en France. Ils s'inquiètent notamment de la possibilité que le VIH ne soit plus considéré comme une maladie grave, ce qui pourrait contribuer aux conduites à risque. Les tendances montrant une diminution de l'usage des préservatifs ainsi que la multiplication par trois des cas de chlamydia et de gonorrhée servent aussi d'indicateurs concernant cet enjeu croissant <sup>[21] [23]</sup>.

“

« La majorité de la jeune génération ignore les faits les plus élémentaires sur le VIH – risques de transmission, prévention, etc. – et la plupart des jeunes ont entendu dire que le VIH pouvait se guérir avec une pilule par jour et pensent que ce n'est plus un problème sérieux. »

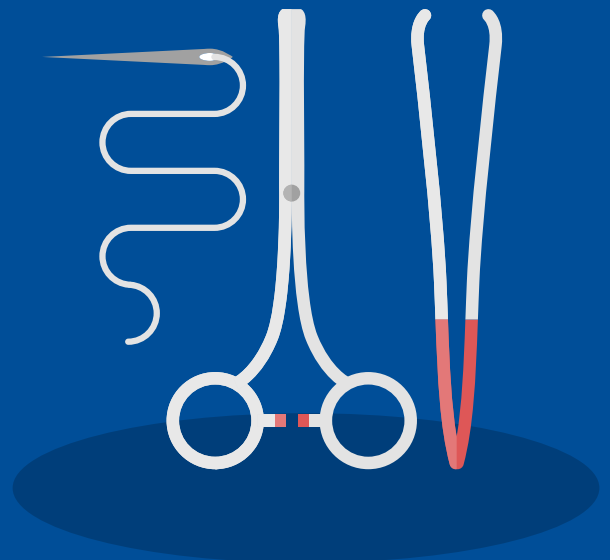
**Professionnel de santé spécialisé dans le VIH et décisionnaire en matière de politique VIH, France**

Les tentatives précédentes d'offrir une éducation à la santé sexuelle cohérente et de qualité ont connu des difficultés. Les experts mentionnent ainsi la limitation de l'adaptation aux variations régionales (p. ex. : cadre urbain vs cadre rural) et la nécessité d'utiliser les canaux de communication les plus efficaces. La stratégie 2017-2030 met en relief un effort soutenu pour répondre aux défis, et souligne la nécessité de déployer des campagnes ciblées utilisant différentes plateformes média ; néanmoins son impact se fait attendre.

“

« Le ministère de la Santé et les autorités françaises s'efforcent de faire en sorte qu'il n'y ait pas d'inégalités entre les territoires. »

**Clinicien VIH, France**





# Prévention



- Les préservatifs, la PrEP et la PPE sont en général largement disponibles, bien qu'il puisse exister certaines disparités régionales.
- On constate un manque de centres de soins des IST facilement accessibles (la plupart sont en milieu hospitalier), avec seulement quelques centres pilotes basés dans la communauté.
- La réduction des effets nocifs est généralement efficace ; toutefois l'évolution des schémas de risque doit être mieux traitée à travers la politique et sa mise en œuvre.

## Quelle est la position de principe ?

La France possède une stratégie solide et diversifiée en matière de prévention qui associe préservatifs, réduction des effets nocifs et interventions biomédicales (PrEP et PPE).

La position de principe concernant la distribution de préservatifs a évolué ; à l'origine gratuite pour les populations à risque, elle est devenue accessible à tous, de même que les programmes pédagogiques, les dépistages et les programmes thérapeutiques psycho-sociaux – mais sans préciser clairement que l'accès devrait être gratuit. Toutefois, la feuille de route de mise en œuvre préconise l'expérimentation d'un « PASS préservatif » pour les moins de 25 ans dans les secteurs à haute prévalence d'IST, ainsi que la diversification de la gamme de préservatifs disponibles, complétés par une campagne marketing accrue sur les réseaux sociaux afin de booster l'utilisation. Le ministère de la Santé a annoncé qu'à compter de décembre 2018, les préservatifs pourraient être prescrits par un médecin et donc être remboursés par l'assurance maladie nationale <sup>[24]</sup>.

La PrEP est couverte par l'assurance maladie française depuis 2016. *La Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030* souligne la nécessité de promouvoir, de soutenir et d'assurer l'accès à la PrEP de groupes clés, dont les HSH et la communauté africaine subsaharienne, notamment les femmes dans des situations à risque <sup>[1]</sup>. La politique actualisée en 2017 établit qu'à partir de mars 2017, la PrEP peut être renouvelée par n'importe quel médecin en association avec un contrôle trimestriel, après la prescription initiale par un médecin hospitalier spécialiste du VIH – d'où

un accès plus ample à ce médicament. Il existe une condition : l'ordonnance doit être renouvelée chaque année dans un hôpital ou dans un centre de soins des IST (CeGIDD).

L'accès à la PPE en cas d'expositions professionnelles des personnels de santé a été étendu aux expositions non professionnelles, comme les expositions sexuelles et le partage de seringues. Pour ces cas, la PPE est disponible auprès des services d'urgence des hôpitaux et du CeGIDD.

La nécessité d'améliorer l'accès aux programmes de réduction des risques liés à la toxicomanie a été soulevée. Les centres d'accompagnement à la réduction des risques financés par le gouvernement, les CARRUD, ont été créés en 2004 ; ils ont sept missions liées à la politique de réduction des risques pour usagers de drogues <sup>[25][26]</sup>. Les politiques récentes intégrées à la stratégie 2017-2030 préconisent des entretiens de soutien personnalisés pour les populations de HSH à haut risque de contraction du VIH <sup>[1]</sup>, tout en ciblant certaines sous-populations comme les travailleurs du sexe en matière de réduction des risques. La feuille de route attenante est axée sur les universités, et suggère de permettre aux services de médecine préventive universitaire (les SUMPPS) de fournir des contraceptifs et un soutien psychologique préventif <sup>[19]</sup>.

Il est également fait référence au problème croissant du chemsex et à sa contribution à l'épidémie de VIH <sup>[1]</sup>. La recommandation est de développer un service de consultation chemsex comprenant des spécialistes et de l'intégrer au système de santé global.

## Que se passe-t-il dans la pratique ?

Des préservatifs gratuits sont largement distribués par des organismes comme les Agences régionales de santé (ARS), les centres médicaux et de dépistage, les ONG comme AIDES et des lieux de rassemblement des populations à haut risque (ex : bars, saunas). Une diminution récente du nombre de centres de distribution financés par le gouvernement a été notée, en raison de coupes budgétaires au ministère de la Santé <sup>[27]</sup>.



« Dans les lieux gay, on peut avoir des préservatifs tant qu'ils sont disponibles, mais il y a toujours un moment dans l'année, aux alentours d'août, où ils n'ont plus de budget. »

**Représentant de patients séropositifs, France**

La France est active dans la distribution de PrEP, et a été l'un des premiers pays à offrir gratuitement le traitement aux populations à risque. Le nombre de personnes traitées avec une forme de PrEP augmente régulièrement depuis janvier 2016 ; il a atteint 10 405 personnes en juin 2018, l'immense majorité étant des hommes (97,7 %), avec une concentration des utilisateurs dans la région Île-de-France (48 %) <sup>[28]</sup>. Les données intermédiaires de juin 2018 indiquaient qu'il n'y avait eu aucun nouveau cas d'infection par le VIH parmi les 1 628 participants qui ont choisi la PrEP « à la demande » ou quotidienne <sup>[29]</sup>, ce qui montre l'efficacité de la stratégie. La PEP est pareillement disponible et accessible (p. ex. via les services d'urgence), mais l'ampleur du recours à ce traitement n'est pas bien documentée <sup>[30]</sup>.

Il existe dans toute la France une couverture importante en matière de réduction des effets nocifs. Chaque région française compte un CARRUD <sup>[31]</sup> offrant des programmes d'échange de seringues et d'aiguilles, des conseils pour un usage plus sûr des drogues, la distribution de naloxone et des conseils de santé d'ordre général, sans oublier la distribution de préservatifs <sup>[31]</sup>. En dehors de ce réseau, on estime qu'environ 12 millions de seringues sont distribuées ou vendues aux usagers de drogues, principalement en pharmacie ou dispensées gratuitement dans des distributeurs automatiques – ce qui renforce l'assertion selon laquelle la France met en œuvre des mesures concrètes pour réduire les effets nocifs parmi sa population.

En outre, des initiatives en cours examinent comment améliorer la réduction des effets nocifs sur tout le territoire français, avec notamment l'ouverture à Paris et à Strasbourg pendant six ans, à titre expérimental, de deux salles de consommation de drogue <sup>[31]</sup>, et la recherche de meilleures méthodes pour mettre les toxicomanes marginalisés en contact avec les professionnels de santé et les travailleurs sociaux.

Malgré le travail effectué sur la réduction des effets nocifs, il n'y a eu que des mesures limitées pour répondre au problème croissant du chemsex. Les initiatives actuelles pour répondre à ce problème n'ont pas encore été déployées à grande échelle – comme la ligne téléphonique d'urgence de AIDES et son groupe WhatsApp.

## Que disent les experts ?

L'avis des experts concernant les différentes méthodes et politiques de prévention varie. Bien qu'il y ait un large accès à des préservatifs gratuits dans toute la France, les coupes budgétaires au ministère de la Santé en réduisent la disponibilité.



« Le budget de l'administration nationale a diminué, donc le nombre de préservatifs mis à disposition a diminué. »

**Représentant de patients séropositifs, France**

Eu égard à la PrEP, les experts reconnaissent unanimement que l'accès est généralement très bon sur le territoire français, mais qu'il y a matière à amélioration dans le domaine de la sensibilisation de la population générale et des professionnels de santé. Les experts pensent que la population générale, à l'exception des HSH, ne connaît pas nécessairement la PrEP, et que les médecins peuvent hésiter à renouveler les ordonnances de PrEP. Des mesures ont été prises pour rectifier cet état de fait : en partenariat avec l'ONG AIDES, l'Agence nationale de recherches sur le sida, l'ANRS, entreprend actuellement une étude plus large pour évaluer les avantages de la PrEP en région parisienne <sup>[32]</sup>. On espère que les résultats de cette étude permettront de déterminer le meilleur moyen d'offrir la PrEP, et qu'ils impliqueront les migrants et d'autres populations relativement peu sensibilisées à la PrEP <sup>[32]</sup>.



« L'accès à la PrEP orale dépend de la ville où vous êtes. On peut y avoir accès à Paris et à Marseille également, mais il y a encore des villes où c'est trop compliqué d'en bénéficier, parce que certains médecins sont peu disposés à l'utiliser. »

**Clinicien VIH et expert en politique VIH, France**

Les experts ont une opinion positive concernant la PPE, soulignant qu'elle est largement accessible dans toute la France tant dans les services d'urgence que dans les CeGIDD, et que la politique est bien mise en œuvre. Seules quelques améliorations mineures ont été suggérées, comme un accès plus large au-delà des hôpitaux, avec la nécessité croissante de proposer des kits d'initiation à la PPE dans les ONG de lutte contre le VIH.



« La PPE est seulement disponible en hôpital, pas en pharmacie ou dans le système de soins primaires. Traditionnellement tout est centré sur l'hôpital... »

**Décisionnaire en matière de politique VIH, Paris**

Bien que les mesures classiques de réduction des effets nocifs soient bien couvertes dans les cadres cliniques (voir étude de cas) et communautaires, les experts pensent que le chemsex doit figurer à l'ordre du jour politique et public. Il y a une compréhension limitée de l'ampleur de cet enjeu et des meilleurs moyens d'impliquer cette population.



« Nous avons fait de l'excellent travail en matière de réduction des risques, programmes d'échanges de seringues et de traitements de substitution aux opiacés, avec pour résultat un niveau faible de nouveaux cas d'infection chez les UDI ; cela fait dix ans que nous le faisons et le succès est au rendez-vous. »

**Professionnel de santé VIH et décisionnaire en matière de politique VIH**



« Concernant le chemsex, personne ne sait quoi faire. Il s'agit davantage de voir comment atteindre et convaincre les gens qui pratiquent le chemsex – est-ce assez de donner des seringues ? »

**Clinicien VIH et décisionnaire en matière de politique VIH**



## Étude de cas : Équipes de coordination et d'intervention médicale auprès des usagers de drogues (ECIMUD)



### Qu'est-ce que c'est ?

Des équipes médicales multidisciplinaires qui opèrent dans les hôpitaux parisiens et interviennent lorsque les patients qui ont des problèmes d'addiction sont hospitalisés (sans que l'hospitalisation soit forcément liée à l'addiction). Les équipes ont pour mission de s'assurer que les besoins des patients spécifiques aux conduites addictives sont satisfaits.



### Quelles sont les caractéristiques essentielles ?

- Ces équipes réparties dans 6 centres à Paris comprennent habituellement des médecins, des infirmières, des travailleurs sociaux et des secrétaires médicaux.
- Elles offrent des services globaux aux usagers de drogues, y compris en faisant le lien avec les services de réduction des effets nocifs



### Pourquoi est-ce une bonne pratique ?

- L'implication proactive des UDI dans la prévention est importante pour continuer à répondre à l'épidémie parmi cette population. L'implication lors d'un grave problème de santé donne l'occasion d'évaluer les troubles addictifs et cognitifs, et donc d'accompagner le patient qui entame des soins pour son addiction, tout en assurant également la coordination avec les équipes hospitalières et les aidants afin d'éduquer davantage le patient.



# Tests et dépistage



- Le dépistage n'est pas encore efficacement intégré à la pratique quotidienne dans les cadres de soins primaires, ce qui entraîne des occasions manquées.
- Il y a matière à amélioration à travers une meilleure mise en œuvre de la répétition des tests dans tous les cadres de soins.

## Quelle est la position de principe ?

La politique nationale encourage divers types de tests, y compris dans les cadres cliniques et communautaires et autres alternatives (p. ex. : autotests). La politique nationale de dépistage précédente recommandait le dépistage de tous les membres du public âgés de 15 à 75 ans au moins une fois dans leur vie, quel que soit le risque d'exposition. Des dépistages plus réguliers parmi les populations à risque, tel le dépistage annuel chez les HSH, les usagers de drogues injectables et les individus à partenaires sexuels multiples venus d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes, étaient également préconisés <sup>[33][34]</sup>. Cette politique a été actualisée en 2017. Elle inclut désormais des recommandations de répétition des dépistages du VIH tous les trois mois parmi les HSH, tous les ans parmi les UDI et pour les personnes originaires de zones géographiques à haute prévalence <sup>[33]</sup>. D'autres recommandations préconisent les tests de séropositivité à la suite d'évènements comme une IST, une hépatite B ou C ou un diagnostic de tuberculose, un viol, une grossesse, un avortement ou une incarcération <sup>[33]</sup>.

Conjointement à cela, la politique française préconise l'utilisation de tests de diagnostic rapide (TDR). Elle recommande que ces tests soient déployés parmi certaines populations comme celles à haute prévalence de VIH (HSH, PSP, UDI, migrants), et pour les individus qui n'utilisent pas le système de santé ou ont des difficultés à l'utiliser, par exemple les personnes vulnérables ou habitant dans des secteurs isolés <sup>[33]</sup>. Ces tests peuvent être administrés par du personnel non médical formé <sup>[35]</sup> ; on espère ainsi booster l'usage de tests parmi ces populations.

La réglementation française autorise les kits d'autotest <sup>[35][36]</sup>, qui peuvent être soit achetés en pharmacie, soit distribués pour un usage domestique par un personnel formé, cela dans des centres habilités à effectuer des dépistages au moyen de TDR <sup>[1]</sup>. Actuellement, la politique française ne recommande pas l'auto-prélèvement ; des études sont en cours à Santé publique France pour déterminer leur efficacité <sup>[33]</sup>.

## Que se passe-t-il dans la pratique ?

Les tests peuvent être réalisés dans de multiples cadres de soins : des tests gratuits (ainsi que des tests pour d'autres IST) peuvent être obtenus dans un cabinet médical, des tests gratuits et anonymes sont proposés dans les centres de santé communautaires appelés Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), et des tests de diagnostic rapide (TDR) existent. L'utilisation des TDR, en particulier, est un succès ; les recherches indiquent que les TDR effectués au sein de la communauté ont été particulièrement bénéfiques pour les HSH dans des secteurs à haute prévalence et pour les travailleurs du sexe, bien que la participation des populations migrantes ne soit pas aussi élevée <sup>[33][37]</sup>. Les TDR administrés en hôpital ont aussi contribué à l'accroissement du nombre de tests effectués lors d'un projet pilote dans six services d'urgence à Paris, 70 % des patients acceptant de réaliser un test rapide et facultatif de séropositivité <sup>[38]</sup> – ce qui montre des niveaux d'acceptabilité et d'adoption prometteurs au sein de la population générale <sup>[33]</sup>.



La fourniture d'autotests est bien établie dans toute la France. Les autotests sont disponibles en pharmacie au niveau national ; ils sont largement accessibles et on constate généralement un bon niveau de sensibilisation concernant ces kits et leur disponibilité. Actuellement, les kits d'autotest coûtent entre 23 et 28 euros ; certaines ONG sont en discussion pour fournir gratuitement les autotests, à condition que le financement soit assuré par le gouvernement et d'autres sources. Les données disponibles montrent que 74 650 autotests de VIH ont été vendus en pharmacie en 2016 <sup>[39]</sup>.



« Si vous parcourez les rues d'une grande ville française, vous voyez des pharmacies qui proposent des autotests, vous voyez les affiches. »

**Patient séropositif et expert en politique VIH, France**

De plus, quelques centres de soins communautaires ont ouvert dans les grandes villes (P. ex. : « Le 190 » à Paris, « Le Spot » d'AIDES à Paris et Marseille), proposant aux populations à haut risque une offre complète en matière de santé sexuelle. Gérés par des ONG, ce qu'apprécient particulièrement les populations à haut risque comme les HSH, ces centres proposent des tests répétés, le dépistage des IST et l'accompagnement de la PrEP.

### Que disent les experts ?

Les experts reconnaissent que les initiatives visant à encourager le dépistage donnent des résultats. Toutefois, ils soulignent qu'il faut faire davantage pour lutter contre le non-diagnostic et le diagnostic tardif, comme en témoigne le délai moyen entre la contraction de l'infection au VIH et le dépistage, estimé à 3,3 ans en 2016 <sup>[40]</sup>.

Un défi crucial est celui de l'efficacité limitée des tests dans les cadres de soins primaires ; une étude de 2016 indiquait que la stratégie de dépistage qui existait alors n'était pas bien intégrée à la pratique quotidienne des médecins généralistes <sup>[15]</sup>. Les carences des médecins généralistes dans la connaissance des lignes directrices en vigueur constituent probablement un facteur déterminant. Selon l'avis des experts, les centres de santé sexuelle communautaires ciblant les populations à haut risque devraient être soutenus, financés et développés afin d'améliorer l'efficacité du dépistage.

En lien avec cela, on trouve la mise en œuvre limitée du dépistage répété, même parmi les populations à haut risque. Une fois encore, les facteurs déterminants varient ; les carences en matière de sensibilisation des médecins généralistes et la stigmatisation réelle ou perçue sont souvent citées. En outre, les experts indiquent que les tests répétés ne sont toujours pas une priorité, ni pour les populations à haut risque, ni pour les parties prenantes de la santé.



« Souvent, les tests ne sont pas répétés parmi les populations à haut risque. Si vous voulez faire un test toutes les 6 à 8 semaines, on vous regarderait de haut. »

**Patient séropositif et expert en politique VIH, France**

La France a également du mal à cibler les populations d'accès difficile, comme les migrants nouvellement arrivés. Ces populations sont souvent peu disposées à s'adresser aux services publics de santé ; d'où la nécessité de disposer de lieux de dépistage gratuits, anonymes et d'accès facile.



« Si vous souhaitez faire un test en France, il faut d'abord trouver les informations concernant les lieux où réaliser le test : il existe 10 à 15 sites web et on ne sait pas exactement lequel offre les bonnes informations... de plus, même à Paris, la plupart des centres de tests gratuits sont fermés en dehors des heures de bureau et le week-end. »

**Patient séropositif et expert en politique VIH, France**

L'avis des experts concernant les autotests est positif dans l'ensemble ; la demande est solide, avec de bons niveaux de sensibilisation et d'accessibilité, même si le coût du service peut constituer un obstacle. Malgré la disponibilité des autotests, les experts constatent qu'il existe une certaine réticence concernant leur utilisation, d'autant plus qu'une promotion et un financement inadéquats affectent leur adoption. De plus, le manque actuel de données sur les populations utilisant les autotests fait également obstacle à la capacité à déterminer si les avantages arrivent efficacement jusqu'aux populations à risque/difficiles à atteindre.



« Nous ne savons pas s'il y a une valeur ajoutée par rapport aux autres méthodes de dépistage ; par exemple, attirons-nous d'autres populations que nous n'attirerions pas normalement ? »

**Clinicien VIH et expert en politique VIH, France**



# Traitement clinique spécifique au VIH



- Le Mise rapide sous traitement ARV est recommandé et disponible
- Les médecins n'ont pas de restrictions quant aux médicaments qu'ils peuvent prescrire
- La surveillance sur le long terme de l'indélectabilité de la charge virale est de haut niveau

## Quelle est la position de principe ?

La politique française préconise le placement immédiat sous traitement ARV après le diagnostic, quelle que soit la numération des CD4. La stratégie 2017-2030 renforce ce point en soulignant la nécessité de réduire le délai entre l'infection et le traitement, et celle de résoudre des problèmes comme celui du transport, de la couverture maladie et autres inégalités qui entravent l'accès au traitement <sup>[1]</sup>.

En général, il n'existe pas de restrictions au niveau de la prescription, car l'ANSM a approuvé les médicaments, déjà approuvés par l'Agence européenne du médicament (AEM).

La politique française actuelle comporte une section spécifique concernant la promotion de l'observance du traitement. Elle inclut des lignes directrices sur les questions pouvant entraver l'observance du traitement, notamment à caractère social, psychologique et comportemental <sup>[41]</sup>. D'autres lignes directrices suggèrent comment contrôler régulièrement l'observance, notamment en mesurant la charge virale et la numération des CD4, avec pour objectif final d'atteindre une charge virale indétectable dans les six mois, puis durable <sup>[41]</sup>.

La Haute autorité de santé (HAS) propose aussi des lignes directrices concernant les co-infections : toutes les co-infections liées au VIH devraient être investiguées et traitées, telles l'hépatite A, B et C, la tuberculose et d'autres IST, et les interactions médicamenteuses entre les médicaments utilisés pour les traiter et le traitement ARV devraient être contrôlées <sup>[41]</sup>. La politique recommande de consulter la base de données nationale répertoriant les interactions médicamenteuses, régulièrement mise à jour par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

## Que se passe-t-il dans la pratique ?

La mise en œuvre de la politique en matière de gestion clinique est d'un niveau très élevé. Les personnes vivant avec le VIH sont généralement placées sous traitement ARV quelle que soit leur numération des CD4 ; toutefois, le délai précédent le début du traitement peut varier. Même si la politique reconnaît qu'il est nécessaire de réduire le délai entre diagnostic et traitement, ce n'est peut-être pas toujours ce qui se passe – avec des cas anecdotiques de délais plus longs eu égard aux soins et au début du traitement ARV. Les médecins ont la liberté de prescrire, sans restrictions et sans plafonds pour les médicaments approuvés. Comme dans la majeure partie de l'Europe occidentale, l'accès rapide à des médicaments innovants par le biais d'essais cliniques ou de programmes d'accès est possible.

Il existe aussi un réseau bien établi de spécialistes du VIH dans toute la France, qui contribue aux résultats cliniques solides que l'on constate. L'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS) entretient ce réseau et permet un haut niveau de collaboration entre spécialistes.



« Même avant l'approbation européenne, il est possible d'obtenir une autorisation pour les gens qui en ont besoin. »

**Clinicien VIH et expert en politique VIH, France**



« Le réseau de l'ANRS comprend 95 % de tous les cliniciens en France ; si vous êtes un médecin spécialiste du VIH, vous connaissez donc les dernières innovations grâce à ce réseau et vous y avez accès. »

**Patient séropositif et expert en politique VIH, France**

En France, l'accès à une surveillance régulière pour les personnes vivant avec le VIH est bien mis en place. L'efficacité des lignes directrices concernant l'observance du traitement a été démontrée dans une étude utilisant la base de données de l'assurance maladie française ; l'observance du traitement ARV basé sur une posologie d'un comprimé par jour était de 89,6 %<sup>[42]</sup>. Les co-infections font l'objet d'un examen attentif ; une étude concernant des patients co-infectés par le VIH et l'hépatite C (VHC) suggère que même si le taux annuel de couverture du traitement de 30 % reste stable, on prévoit une diminution de la prévalence du VHC actif au sein du groupe à haut risque des HSH<sup>[43]</sup>.



« Ce que nous faisons bien, c'est nous assurer que les médecins travaillant sur différentes maladies sont connectés les uns aux autres, soutenus par le solide réseau de l'ANRS. »

**Patient séropositif et expert en politique VIH, France**

**Que disent les experts ?**

De l'avis unanime des experts, la gestion clinique est un point fort en France ; les personnes vivant avec le VIH sont rapidement placées sous traitement ARV, avec à la clé une charge virale indétectable. Le fait que la France ait réussi à atteindre les 2e et 3e composantes des objectifs de traitement 90-90-90 de l'ONUSIDA témoigne de ce succès. C'est ainsi que le récent document de politique a rehaussé les objectifs, qui passent à 95-95-95 d'ici 2020.<sup>[11]</sup>



« Il existe une politique nationale et elle est déployée non seulement à Paris ou dans les grandes villes mais dans toute la France. »

**Patient séropositif et expert en politique VIH**

Selon les experts, il arrive parfois que le traitement soit initié plus tardivement pour les migrants sans papiers ; en effet, bien qu'ils aient droit au traitement gratuit (voir encadré 1), les documents requis peuvent prendre des semaines à être obtenus. Ce facteur contribue peut-être également à la non-présentation de ces personnes aux soins, dont le système de santé, par conséquent, perd la trace.

Les restrictions budgétaires inquiètent, car elles pourraient avoir des répercussions sur l'accès à des médicaments plus récents et plus novateurs, donc plus chers, à l'avenir. Une évolution en direction des médicaments génériques, y compris en mettant fin au schéma posologique à comprimé unique, a également contribué à ceci. Toutefois, une étude récente a montré que le placement sous schéma à comprimé unique ou sous schéma multi-comprimés n'avait aucun impact sur l'observance du traitement<sup>[44]</sup>.



« Nous prescrivons des médicaments génériques depuis un an environ et nous n'avons constaté aucun problème quant au bien-être du patient. »

**Clinicien VIH, France**



« Cette année, par exemple, on nous demande d'utiliser des traitements ARV génériques. Qu'est-ce que cela signifie pour les nouveaux traitements ? Seront-ils vendus à des prix proches de ceux des médicaments génériques ? Personne ne sait. »

**Clinicien VIH, France**



# Prise en charge holistique à long terme



- La politique précise les interventions couvrant des aspects multiples du bien-être à long terme, notamment le vieillissement, la comorbidité, l'accompagnement clinique (p. ex. : santé mentale) et non clinique (p. ex. : soutien par les pairs) ainsi que l'accompagnement social.
- La mise en œuvre est généralement efficace ; toutefois, il y a encore matière à amélioration dans certains domaines, telle la prise en charge de la santé mentale.

## Quelle est la position de principe ?

Dans l'ensemble, la politique en matière de soins à long terme est globale et solide. Le guide français « *Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)* » recommande que les patients séropositifs avec comorbidités soient redirigés sans délai vers une équipe et un hôpital spécialisés.<sup>[41]</sup> Cette politique inclut aussi des recommandations liées à l'éducation thérapeutique, pour s'assurer que le patient est informé concernant la prévention et la gestion des comorbidités<sup>[41]</sup>. La stratégie 2017-2030 aborde aussi le vieillissement dans ce contexte. Elle reconnaît la nécessité d'améliorer la prévention et de dépister les comorbidités parmi les personnes vieillissantes vivant avec le VIH<sup>[1]</sup>.

La politique en matière de prise en charge de la santé mentale a été remaniée en 2011 et 2013<sup>[45]</sup>. Elle préconise un traitement psychiatrique au sein des hôpitaux ou de centres médico-psychologiques après orientation par un médecin. La nécessité d'améliorer la qualité des soins de santé mentale offerts aux personnes vivant avec le VIH a été formulée dans le *Plan national contre le VIH/sida 2010-2014*, qui déclare qu'il faut « renforcer la prise en charge psychologique et psychiatrique des personnes suivies »<sup>[46]</sup>.

Les services d'accompagnement des personnes vivant avec le VIH sont détaillés dans la politique, en insistant particulièrement sur le soutien par les pairs et le suivi psychologique. Un tel accompagnement apparaît dans le Plan national 2010-2014, qui mettait en avant des actions visant à « améliorer l'efficacité du dispositif d'accompagnement "post-annonce" du diagnostic jusqu'à l'entrée dans le soin »<sup>[46]</sup>. Les lignes

directrices de la HAS sont développées à partir de ceci, soulignant que les patients nouvellement diagnostiqués nécessitent « une écoute active et un accompagnement tenant compte des caractéristiques personnelles, sociales, culturelles et environnementales du patient »<sup>[41]</sup>.

Des mesures proactives d'accompagnement sont présentées dans la feuille de route 2018-2020<sup>[19]</sup>. Celle-ci donne des exemples d'approche de santé communautaire (p. ex. : la 56 Dean Street Clinic) qui pourraient être reproduits en France afin d'offrir un suivi psychologique, un accompagnement, un coaching individuel et/ou des groupes d'entraide.

L'hébergement et les revenus des personnes vivant avec le VIH sont abordés dans la stratégie 2017-2030<sup>[1]</sup>. Elle indique qu'il devrait y avoir un « accès effectif aux assurances et aux crédits, accès qui prendra en compte les progrès scientifiques de prise en charge »<sup>[1]</sup>. Le système français classe le VIH parmi les affections longue durée ; en tant que tel, il est couvert à 100 % par l'assurance maladie. Les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) peuvent également recevoir des prestations réservées aux handicapés si leurs besoins particuliers sont communiqués aux professionnels chargés d'étudier les dossiers de demande<sup>[1]</sup>.

## Que se passe-t-il dans la pratique ?

Dans l'ensemble, la prise en charge de la comorbidité en France est bien déployée. Il y a matière à amélioration, notamment concernant les longs délais d'obtention de rendez-vous avec des spécialistes non VIH. Une étude de 2018 a constaté que la plupart des patients porteurs

du VIH hospitalisés en France présentaient une infection opportuniste d'au moins une comorbidité qui contribuait aux coûts d'hospitalisation<sup>[47]</sup>, ce qui illustre peut-être la nécessité d'une meilleure collaboration entre professionnels de santé, pour s'assurer que les comorbidités sont identifiées et gérées de façon optimale. En outre, certaines sous-populations comme les détenus n'ont pas forcément accès aux médicaments les plus innovants (p. ex. : thérapies combinées) ; au lieu de cela, ils sont traités avec des générations plus anciennes d'ARV (associées à des taux plus élevés d'effets secondaires).



« Bien que l'accès à une prise en charge de la comorbidité soit bon, l'organisation des soins est parfois compliquée. Par exemple, il vous faudra peut-être attendre des mois pour un rendez-vous si vous devez voir un autre spécialiste. »

**Clinicien VIH et expert en politique VIH, France**

Un accompagnement en santé mentale est disponible, toutefois les contraintes de capacité entraînent souvent des retards. Le gouvernement a pris des mesures proactives pour répondre à ce problème. Ainsi, le réseau ESPAS offre des conseils en santé mentale et un suivi psychologique aux personnes vivant avec le VIH ou à celles présentant d'autres IST<sup>[48]</sup> ; la prise en charge est assurée soit par l'équipe ESPAS dans ses locaux, soit par le biais de visites à domicile/à l'hôpital. L'équipe ESPAS collabore aussi avec diverses parties prenantes, comme les centres d'accueil



« Si vous avez un problème clinique, vous pouvez être soigné et généralement assez vite ; mais si vous avez un problème mental, c'est affaire de chance – nous n'avons pas assez de centres de santé mentale. »

**Patient séropositif et expert en politique VIH, France**

pour toxicomanes et les services de logement social dans le quartier de la personne concernée (voir étude de cas)<sup>[48]</sup>.

Les services d'accompagnement non clinique sont largement disponibles, principalement à travers un réseau étendu d'ONG, nombre d'entre elles financées par l'État. Il peut exister des disparités régionales en termes de niveau d'accompagnement, toutefois les services généraux comme le soutien par les pairs et le suivi psychologique sont généralement bien mis en œuvre.



## Étude de cas : Le réseau ESPAS<sup>[48]</sup>



### Qu'est-ce que c'est ?

*Le réseau ESPAS est une unité de psychiatrie publique créée en 1992 à Paris pour offrir un soutien non seulement aux personnes séropositives, mais aussi à leurs proches.*



### Quelles sont les caractéristiques essentielles ?

- L'équipe accueille en consultation des personnes vivant avec le VIH pour évaluer leurs besoins et mettre en place un accompagnement psychologique ou psychiatrique dans la communauté.
- Le réseau travaille en coordination avec les parties prenantes comme les services d'aide à domicile, les réseaux d'hôpitaux de ville, les services d'accompagnement des toxicomanes et les services sociaux et d'hébergement.
- ESPAS propose aussi des informations sur la sexualité et les conduites à risque, ainsi qu'une formation à la prévention destinée aux personnes souffrant de troubles mentaux et une autre s'adressant aux professionnels de santé.



### Pourquoi est-ce une bonne pratique ?

- Il est important d'offrir un accompagnement psychologique et psychiatrique aux personnes vivant avec le VIH en raison de la prévalence plus élevée des problèmes de santé mentale. La coordination de la prise en charge dans la communauté comble les lacunes qui existent au sein de l'offre du système de santé national.



« Nous avons ce réseau d'ONG de lutte contre le VIH, 250 ONG locales, et la plupart proposent du soutien par les pairs et sont financées par des fonds publics, soit ceux de l'État, soit ceux des autorités locales. »

**Patient séropositif et expert en politique VIH, France**

### Que disent les experts ?

Les avis des experts sont contrastés concernant la prise en charge holistique à long terme. La gestion des comorbidités et la fourniture de services d'accompagnement (comme le suivi psychologique) sont considérées comme particulièrement bonnes. Il y a matière à amélioration, notamment à travers une collaboration plus étroite afin de réduire les délais d'attente lorsque différentes spécialités sont concernées, et une meilleure sensibilisation des prestataires de soins primaires pour s'assurer que la prise en charge des personnes



« Notre service compte des psychologues et des psychiatres, afin que nous puissions aider les personnes souffrant d'anxiété ou autres affections mentales légères ; c'est vraiment dans les cas plus sévères qu'un soutien plus important s'avère nécessaire. »

**Professionnel de santé VIH, France**

vivant avec le VIH est assurée en continu dans divers cadres.

La santé mentale reste une question urgente en France pour les personnes vivant avec le VIH, qui s'inscrit dans un problème plus large touchant à la prise en charge de la santé mentale de la population générale. On rapporte que malgré l'existence d'une politique, l'accès à une prise en charge dans des délais raisonnables peut s'avérer difficile – c'est ainsi que certaines personnes se tournent vers des prestataires de santé mentale privés, à un coût d'environ 80 euros la séance. Les données montrent un risque accru de suicide chez les personnes vivant avec le VIH : 6,3 % selon les derniers chiffres, un pourcentage plus élevé que pour le reste de la population. D'où l'importance d'une prise en charge de qualité [28].

D'après les experts, dans certains cas, les soignants travaillant dans les maisons de retraite (les EPHAD) manquent de connaissances sur le VIH, et il est fortement nécessaire de faire progresser la sensibilisation et l'acceptabilité des personnes vivant avec le VIH dans ces établissements. Certaines initiatives ont été remarquées (ex : projet à Nice).



« Nous avons des politiques très claires concernant la prise en charge de la santé mentale pour les personnes vivant avec le VIH, mais elles ne sont pas nécessairement mises en œuvre, il manque un chaînon entre politique et mise en place. »

**Patient séropositif et expert en politique VIH, France**



## Étude de cas : Universités des personnes séropositives [49]



### Qu'est-ce que c'est ?

Un rassemblement d'environ 100 participants (personnes vivant avec le VIH ou co-infectées avec le VIH et le VHC), coordonné par AIDES et organisé afin de travailler sur des aspects de santé individuels ou collectifs en partageant des informations et des expériences, avec une responsabilisation accrue.



### Quelles sont les caractéristiques essentielles ?

- Une fois par an, cette manifestation rassemble des personnes vivant avec le VIH, des militants d'AIDES et des professionnels de santé
- Au programme figurent des assemblées plénières, des ateliers et des rencontres plus informelles, afin d'apporter des connaissances et de favoriser le soutien par les pairs



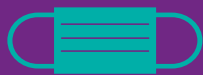
### Pourquoi est-ce une bonne pratique ?

- Les effets positifs pour les participants ont également été démontrés ; une étude montre que les participants connaissent une diminution de la dépression et une augmentation de la satisfaction grâce à la richesse des échanges et à la réduction du sentiment de solitude. L'évènement aide aussi à soutenir l'action communautaire et facilite la collaboration future entre soignants, patients et AIDES.



## 04

## Préconisations



#### 4.1 Développer une compréhension de l'étendue du phénomène du chemsex en ordonnant une collecte de données

##### Quel est le problème ?

Les tendances en matière de consommation de drogue sont en train de changer, même sans prendre en compte les personnes qui s'injectent des drogues et qui bénéficient déjà des services de réduction des risques au sein des CAARUD. Le phénomène émergent du chemsex est un défi clé en matière de consommation de drogue. Toutefois, il n'existe actuellement pas de directives à ce sujet et le niveau d'information et de sensibilisation du public aux risques associés est bas.

Toucher la population concernée est un défi en lui-même, car il est possible que celle-ci fasse preuve de réticence à fréquenter les mêmes canaux ou espaces que les personnes s'injectant des drogues (ex : CAARUD) et souvent, cette population ne s'identifie pas au même groupe de risque (il ne s'agit pas de personnes qui s'injectent des drogues).

##### Quelle préconisation adopter ?

Développer une base de données scientifiques sur l'ampleur du problème, comprenant les tendances sur le long terme, les principaux facteurs de risque et des voies d'action efficaces. Une fois le problème compris, une sensibilisation gouvernée par des politiques efficaces pourra être développée et mise en place.

Cela peut être abordé en introduisant des directives qui visent à ordonner une collecte de données au sujet du chemsex via l'ANRS et en facilitant des études longitudinales afin de comprendre :

- La population et l'hétérogénéité régionale
- Les voies de consommation
- Les défis clés, par exemple les personnes souffrant d'addiction et celles qui contrôlent leur usage de drogues.



#### 4.2 Établir davantage de directives détaillées au sujet du dépistage régulier pour les populations à haut risque

##### Quel est le problème ?

Le dépistage régulier est un outil clé pour tenter de résoudre le problème des personnes qui ignorent leur contamination et pour réduire le taux de diagnostics tardifs, qui demeure très élevé. Malgré des directives préconisant un dépistage régulier pour les populations à haut risque, comme les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), la mise en pratique demeure faible. Ceci est peut-être le résultat d'une faible sensibilisation aux directives en place sur la fréquence recommandée des tests parmi les publics concernés par les préconisations actuelles (p. ex. : les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes devraient être testés tous les trois mois) et parmi les professionnels de santé.

##### Quelle préconisation adopter ?

Publier davantage de directives nationales détaillées au sujet du dépistage régulier, et mettre à disposition des informations sur :

- Quand proposer des tests
- Qui est responsable de la coordination et du suivi, p. ex. : médecin généraliste, ONG
- Les types de dépistage, p. ex. : autotests, diagnostic rapide, etc.
- Les outils de suivi, p. ex. : messages sms automatiques

Il convient également d'encourager la mise en pratique en fournissant un soutien financier et politique pour l'autotest et l'autoprélèvement, et en multipliant le nombre de personnes habilitées à distribuer des autotests.





### 4.3 Formaliser un bilan psychologique des personnes vivant avec le VIH

#### Quel est le problème ?

Les personnes vivant avec le VIH souffrent de troubles psychologiques à une échelle bien plus importante, ceux-ci étant souvent le résultat de stigmatisations multiples et liées entre elles. Bien que des services existent, ces derniers sont, au mieux, comparables aux services disponibles au grand public, et ne prennent donc pas en compte le fardeau plus lourd que peut causer la maladie au sein de cette population.

#### Quelle préconisation adopter ?

Rendre obligatoire un bilan psychologique des personnes vivant avec le VIH par le personnel infirmier, à l'occasion des contrôles de routine annuels du VIH dans les hôpitaux, afin d'évaluer l'étendue du problème, et de fournir à ces personnes des soins psychologiques, le cas échéant. Cela peut être effectué en étroite collaboration avec les associations communautaires afin de répondre au plus près aux besoins des personnes vivant avec le VIH. Le bien-être devrait être intégré aux résultats évalués, et pas seulement la rétention et l'observance, comme c'est actuellement le cas.



### 4.4 Multiplier les centres communautaires de santé sexuelle pour le VIH et les IST

#### Quel est le problème ?

*La Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030* met l'accent sur l'importance de services au sein de la communauté, notamment des services de prévention et de dépistage. Elle reconnaît le besoin de promouvoir et de sécuriser l'accès à la PrEP pour les groupes clés. Toutefois, des efforts restent à accomplir. En effet, les experts laissent entendre qu'en dehors des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, le grand public ne connaît pas toujours l'existence de la PrEP et les médecins ne se sentent pas toujours à l'aise lorsqu'il s'agit de renouveler les ordonnances. De plus, alors que le dépistage est disponible par le biais de nombreuses structures de santé, son efficacité rencontre des limites au sein des structures de soins primaires (notamment à cause d'un manque de sensibilisation des médecins généralistes et d'une stigmatisation réelle ou perçue). Les structures de dépistage au sein de la communauté sont également insuffisantes.

#### Quelle préconisation adopter ?

Multiplier le nombre de centres communautaires de santé sexuelle pour le VIH et les IST, proposant des emplois du temps adaptés (p. ex. : des centres facilement accessibles ouverts le soir et le week-end) visant à attirer les populations à haut risque vers des programmes de dépistage initial et régulier, ainsi que des traitements PrEP.

Les bonnes pratiques doivent être étudiées et considérées à plus grande échelle. Par exemple, certains centres communautaires existants (Le 190 à Paris, Spot d'AIDES à Paris et Marseille) et des interventions en faveur du TDR (test de diagnostic rapide) ont eu une efficacité prouvée parmi certaines populations comme les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ou les travailleurs du sexe.

# 05

## Analyse de politique

### Un plan national pour le VIH est-il en place ? Oui

Historiquement, la France a mis en place un plan national pour le VIH et le sida sous la forme d'un document indépendant <sup>[46]</sup> Depuis 2017, le ministère des Solidarités et de la Santé a intégré les soins du VIH au sein de *l'agenda de la Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030* <sup>[1]</sup>. La stratégie nationale a été développée par le biais d'une très large collaboration entre des organisations et des institutions nationales, des associations nationales, des groupes universitaires et des associations de professionnels, ainsi que des autorités administratives <sup>[1]</sup>. Une feuille de route détaillée sur trois ans (2018-2020) accompagne ce document officiel et contient des conseils sur la façon de réaliser concrètement cette stratégie nationale, en mettant en avant 26 actions à mettre en place durant ces trois prochaines années <sup>[19]</sup>.

## Le plan national (ou les lignes directrices affiliées) promeut-il :



### Sensibilisation



#### Une sensibilisation des populations clés ?

*Le Plan national de lutte contre le VIH/ SIDA et les IST 2010-2014* souligne l'importance de la sensibilisation aux IST chez les populations à haut risque comme les jeunes, les femmes et les personnes handicapées <sup>[46]</sup>. Bien qu'il ne soit pas spécifique au VIH, ce plan conseille d'adapter les méthodes de communication, comme les réseaux sociaux, à des populations spécifiques, comme les jeunes <sup>[46]</sup>.

La feuille de route actualisée de mise en place de la Stratégie nationale de santé sexuelle (2018-2020) décrit l'organisation de campagnes annuelles dans les régions, en particulier en matière de dépistage du VIH, de l'hépatite virale et d'autres IST <sup>[19]</sup>. Celles-ci seront menées par la direction générale de la santé (DGS) en partenariat avec Santé publique France et la CNAM (caisse nationale d'assurance maladie), avec, dans la feuille de route de mise en place, un budget calculé et prévu pour couvrir soit des régions spécifiques soit toutes les régions <sup>[19]</sup>. Seront déployées des campagnes régionales/ nationales de dépistage, par exemple des campagnes ponctuelles dans les régions les plus touchées par l'épidémie de VIH, soit l'Île-de-France, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et la région Rhône-Alpes, comme prévu dans les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) de mars 2017 <sup>[19], [33]</sup>.



#### En finir avec la stigmatisation ?

*La Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030* aborde la nécessité de « lutter contre la stigmatisation et la discrimination basée sur l'état de santé », en préconisant de mettre l'accent sur les préjudices dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH et d'encourager les actions qui visent à réduire la discrimination dans les milieux professionnels <sup>[1]</sup>.



#### Éducation du grand public en matière de santé sexuelle (P. ex. : dans les écoles)

Le plan national de lutte contre le VIH/ SIDA a le premier mis en lumière des actions visant à développer et diffuser l'éducation sexuelle au sein de publics spécifiques, notamment sensibiliser les jeunes au VIH <sup>[46]</sup>.

La Stratégie nationale de santé sexuelle (2017-2030) a ensuite mis en avant des politiques en vue d'améliorer l'éducation à la santé sexuelle de manière globale, au lieu de mettre l'accent sur le VIH de façon spécifique, avec une offre à tous les niveaux de l'éducation, dans les universités et les services universitaires <sup>[1]</sup>.

La politique cible une éducation à la santé sexuelle dans les établissements scolaires, mais elle cible également ceux et celles qui sont en dehors d'un cursus scolaire ou universitaire <sup>[1]</sup>. Une proposition consiste à mettre des ressources de santé sexuelle à disposition de tous dans une base de données unique (Service d'information de santé publique) <sup>[1]</sup>.

La feuille de route de mise en place de la Stratégie nationale de santé sexuelle couvre les exigences budgétaires spécifiques et cite les partenaires clés à mobiliser afin de mettre en œuvre des changements de politique <sup>[19]</sup>.

L'objectif pour la France est d'obtenir que 100 % des jeunes aient reçu une éducation de qualité en matière de sexualité et des risques associés (IST, grossesses non désirées) par le biais des programmes scolaires <sup>[1]</sup>.

### Clé

■ Politique efficace en place

■ Des efforts restent à accomplir

■ Politique non mise en place



## Prévention



### Des préservatifs gratuits pour les populations clés ?

Le Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014 a déclaré que les préservatifs devraient être gratuits pour les populations les plus à risque face au VIH et aux IST, ainsi que pour les populations les plus vulnérables<sup>[46]</sup>.

De plus, des politiques plus récentes dans le cadre de la Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 déclarent que les préservatifs devraient être accessibles à tous et faire partie des actions de promotion en conjonction avec les programmes ciblés d'éducation, de dépistage et de prise en charge psycho-sociale. Toutefois, ces dernières ne prônent pas leur gratuité de manière explicite<sup>[11]</sup>.

La feuille de route de déploiement de la Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 préconise l'essai d'un PASS préservatifs pour les moins de 25 ans dans les régions à haute prévalence d'IST<sup>[19]</sup>. La stratégie met aussi en avant des méthodes de promotion des préservatifs sur les réseaux sociaux ciblant les populations à haut risque et diversifiant la gamme disponible afin de rendre ceux-ci plus attrayants<sup>[11]</sup>.



### La PrEP pour les populations à risque ?

Depuis 2005, le Truvada est approuvé par l'EMA (European Marketing Authorisation) pour le traitement de la contamination par le VIH chez les adultes<sup>[50]</sup>. Une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) du Truvada a été mise en place en France en janvier 2016 par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)<sup>[51]</sup> pour la PrEP chez les adultes qui présentent un haut risque de transmettre le VIH par le biais de l'activité sexuelle. En août 2016, la Commission européenne a ensuite prolongé l'autorisation de mise sur le marché du Truvada<sup>[50]</sup>. À la suite de cela, l'ANSM a défini une fin de RTU pour le Truvada<sup>[52]</sup>.

À l'heure actuelle, la HAS recommande la PrEP pour tous les adultes présentant un risque élevé d'infection par le VIH<sup>[53]</sup>, notamment les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ou les personnes transgenres ayant eu des relations sexuelles sans préservatif avec au moins deux partenaires différents durant les six derniers mois, des épisodes d'IST durant les 12 derniers mois, au moins un traitement post-exposition du VIH durant les 12 derniers mois, ou qui ont été sous l'influence de drogues durant les relations sexuelles (chemsex)<sup>[53]</sup>. Dans certaines situations, les individus doivent être examinés au cas par

cas, notamment les personnes qui s'injectent des drogues, les travailleurs du sexe et les personnes qui ont des relations sexuelles présentant un risque élevé de transmission du VIH<sup>[53]</sup>.

Le Truvada dans le cas de la PrEP est remboursé à 100 % par la Sécurité sociale, comme prévu dans le cadre de l'autorisation de mise sur le marché<sup>[53]</sup>.

La Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 souligne la nécessité de promouvoir, de soutenir et d'assurer l'accès à la PrEP chez les groupes clés, dont les HSH et la communauté africaine subsaharienne, en particulier auprès des femmes dans des situations à risque<sup>[11]</sup>.

Depuis le 1er mars 2017, les médecins spécialisés dans le VIH, que ce soit dans les hôpitaux ou les CeGIDD, peuvent initialement prescrire la PrEP, mais à la suite de cela, le renouvellement de l'ordonnance peut être effectué par n'importe quel médecin dans n'importe quelle structure en association avec un contrôle trimestriel<sup>[53]</sup>. Il existe une condition : l'ordonnance doit être renouvelée chaque année dans un hôpital ou dans un centre de soins des IST (CeGIDD)<sup>[53]</sup>.

#### Clé

■ Politique efficace en place

■ Des efforts restent à accomplir

■ Politique non mise en place



### Un accès professionnel et non professionnel à la PPE ?

En 1998, les préconisations en matière de PPE en cas d'expositions professionnelles des personnels de santé ont été étendues aux expositions non professionnelles, comme les expositions sexuelles, le partage de seringues par les usagers de drogues et autres expositions (P. ex. : les blessures dues aux seringues usagées) <sup>[54]</sup>.

En ce qui concerne les expositions non professionnelles, la PPE est disponible auprès des services d'urgence des hôpitaux et plus récemment auprès des centres de soins des IST (CeGIDD) <sup>[55]</sup>.



### Réduction des effets nocifs et des risques (p. ex. : programmes concernant les aiguilles et les seringues, thérapie de substitution aux opiacés (TSO), chemsex)

Le besoin d'améliorer l'accès aux programmes de réduction des risques liés à l'usage de drogue, comme la thérapie de substitution aux opiacés, a été mis en avant dans le Plan national de lutte contre le VIH/SIDA en 2010 <sup>[46]</sup>. Des centres de réduction des effets nocifs, financés par le gouvernement, ont été établis dans le cadre de la loi sur la santé publique de 2004 et présentent sept missions relatives à la politique de réduction des risques (RDR) en matière d'usage de drogue <sup>[25], [26]</sup>.

*La Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030* préconise la mise en place d'entretiens d'accompagnement personnel pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, une population à haut risque d'infection par le VIH <sup>[1]</sup>. La Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 comprend aussi le ciblage de groupes de population, tels que les travailleurs du sexe, en vue d'une réduction des risques et d'une promotion de la prévention <sup>[1]</sup>.

Au sein de la mise en place de la feuille de route pour la stratégie de santé sexuelle, un accent spécifique est mis sur les universités, où il est proposé de permettre aux Services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS) de fournir des conseils en matière de contraception et de prévention <sup>[19]</sup>.

La Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 aborde également la question spécifique du chemsex et sa contribution à l'épidémie de VIH <sup>[1]</sup>. Il est préconisé de développer un service de consultation spécifique comprenant des spécialistes au sein du système de santé global.

À l'heure actuelle, les équipes ECIMUD, des équipes mobiles multidisciplinaires, se déplacent dans les hôpitaux pour fournir aux usagers de drogues des services de soutien à la demande et facilitent les soins psychiatriques ou l'hospitalisation ds des personnes vivant avec le VIH <sup>[48]</sup>.

#### Clé

■ Politique efficace en place

■ Des efforts restent à accomplir

■ Politique non mise en place



## Tests et dépistage



### Des tests anonymes et gratuits dans des cadres communautaires et spécifiques ?

Selon les recommandations de la HAS 2009, tous les membres du public en France âgés de 15 à 75 ans devraient se faire dépister au moins une fois au cours de leur vie, quel que soit leur risque d'exposition <sup>[34]</sup>.

Les recommandations comprenaient également un dépistage régulier parmi les populations à haut risque, tel le dépistage annuel chez les HSH, les individus à partenaires sexuels multiples, les personnes s'injectant des drogues et les individus à partenaires multiples venus d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes <sup>[33]</sup>, <sup>[34]</sup>. Ces recommandations concernaient surtout les structures de soins de santé primaires et en particulier, les médecins généralistes <sup>[33]</sup>, <sup>[34]</sup>.

En 2007, la HAS a publié une ré-évaluation de la stratégie de dépistage du VIH en France <sup>[33]</sup>. Celle-ci contient de nouvelles recommandations pour le renouvellement du dépistage du VIH tous les trois mois pour les HSH, tous les ans pour les personnes qui s'injectent des drogues et une fois par an pour les personnes originaires des zones à haute prévalence <sup>[33]</sup>. De plus, le document recommande un dépistage du VIH dans les cas

suivants : diagnostic d'IST, hépatite B ou C ; viol ; grossesse ; signes primaires d'une éventuelle infection ; ordonnance de contraceptif ou d'IVG, incarcération et diagnostic de tuberculose <sup>[33]</sup>.

Le document de ré-évaluation de 2017 met en lumière l'évolution des tests en France, notamment l'utilisation des tests de diagnostic rapide (TDR) auprès des populations difficiles à toucher et en dehors des structures cliniques <sup>[33]</sup>.

L'Ordre d'août 2016 a énoncé des conditions spécifiques en matière de déroulement des TDR pour le VIH dans les environnements médico-sociaux ou associatifs, ceux-ci pouvant être menés par du personnel non médical formé <sup>[35]</sup>. Les TDR ciblent certaines populations comme celles à haute prévalence de VIH (HSH, PSP, UDI, migrants d'Afrique subsaharienne), et les individus qui n'utilisent pas le système de santé ou ont des difficultés à l'utiliser, par exemple les personnes vulnérables ou habitant dans des secteurs isolés <sup>[33]</sup>.



### Autotest et auto-prélèvement

La Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 encourage l'utilisation d'autotests du VIH, en proposant ces tests gratuitement dans les CeGIDD, CPEF, CSAPA, CAARUD, CJC et les centres communautaires ayant déjà été autorisés à mener des dépistages TDR <sup>[1]</sup>.

Les kits d'autotest sont approuvés en tant que dispositifs de diagnostic in vitro par le biais de l'organisme national de contrôle (ANMS) <sup>[35]</sup>, <sup>[36]</sup>

Le dépistage du VIH par auto-prélèvement n'est actuellement pas disponible en France <sup>[33]</sup>. Des études en cours par Santé Publique France tentent d'établir l'efficacité de l'auto-prélèvement <sup>[33]</sup>. Elles comprennent le projet Remind, dont l'objectif est d'évaluer l'efficacité d'un programme incitatif pour le dépistage régulier du VIH et d'autres IST chez les HSH <sup>[33]</sup>.

#### Clé

■ Politique efficace en place

■ Des efforts restent à accomplir

■ Politique non mise en place



## Traitement clinique spécifique au VIH



### Mise en place immédiate d'un traitement ARV ?

Les directives cliniques de la Haute autorité de santé (HAS) affirment qu'un traitement combiné ARV devrait être initié chez les personnes dont le taux de cellules CD4 est inférieur à 350/mm<sup>3</sup> [41]. Des conseils plus récents, abordés dans le cadre des « Recommandations du groupe d'experts français 2013 pour le traitement ARV des adultes contaminés par le VIH-1 » affirment que le traitement devait être immédiatement initié, quel que soit le taux de CD4 [56].

La Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 souligne la nécessité de réduire le laps de temps entre la contamination et le traitement, notamment pour le VIH [1]. Cela implique d'aborder les questions de transport, de couverture médicale et d'autres inégalités pouvant empêcher l'accès à un traitement immédiat [1].



### Accès aux médicaments innovants ?

Une fois que l'autorisation européenne de mise sur le marché est obtenue via l'AEM (Agence européenne du médicament), il incombe alors à l'organisme national de contrôle (ANSM) de recommander l'utilisation du traitement.



### Accès à une surveillance régulière (p. ex. : charge virale, observance, co-infections) ?

Les directives cliniques de la Haute autorité de santé (HAS) à destination des professionnels de la santé dédient une section à la promotion de l'observance du traitement, en informant sur les facteurs limitant l'observance comme les problèmes d'ordre social, psychologique et comportemental [41].

Ces directives offrent des recommandations normatives sur le suivi régulier des paramètres cliniques afin de monitorer l'observance, notamment la mesure de la charge virale et des CD4. L'objectif global est d'atteindre une charge virale indétectable (<50 copies/ml) à six mois et de maintenir ensuite ce chiffre [41].

En ce qui concerne les co-infections, les directives cliniques de la HAS à destination des professionnels de la santé affirment que les co-infections liées à la contamination par le VIH doivent être examinées et traitées, notamment l'hépatite A, l'hépatite B, l'hépatite C, la tuberculose et d'autres IST (syphilis, gonorrhée etc.) [41].

Il convient aussi de prendre en compte que les médicaments utilisés dans le traitement des co-infections ont des chances d'interagir avec le traitement ARV [41]. Il est recommandé de consulter la base de données nationale des interactions médicamenteuses, qui est régulièrement mise à jour par l'agence de sécurité sanitaire des produits de santé (Afsaps).

#### Clé

■ Politique efficace en place

■ Des efforts restent à accomplir

■ Politique non mise en place



## Approche holistique des soins à long terme



### Gestion du vieillissement et des comorbidités ?

En ce qui concerne les comorbidités, les directives cliniques françaises, « Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) », rédigées par la HAS en 2017 recommandent l'orientation des patients du VIH présentant des comorbidités vers une équipe et un établissement de santé spécialisé, et ce dans les plus brefs délais <sup>[41]</sup>. Ces directives précisent également qu'une éducation thérapeutique devrait être prodiguée pour s'assurer que le patient est informé de la prévention et de la gestion des comorbidités <sup>[41]</sup>.

La Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 aborde également la question des comorbidités, en reconnaissant le besoin d'améliorer leur prévention et leur dépistage dans le contexte du vieillissement, qui représente une inquiétude croissante parmi les personnes vivant avec le VIH <sup>[1]</sup>.



### Des services de soins psychologiques ?

Le Code de la santé publique qui définit la provision des soins psychiatriques en France a été réformé en 2011 et 2013 <sup>[45]</sup>. Une consultation s'obtient par ordonnance d'un médecin, qui oriente le patient vers des psychologues exerçant dans les hôpitaux ou les centres médico-psychologiques.

La nécessité d'améliorer la qualité des soins psychologiques destinés aux personnes vivant avec le VIH est clairement énoncée dans le *Plan national de lutte contre le VIH/SIDA 201-2014*, qui cite le besoin de « renforcer les soins psychologiques et psychiatriques des personnes : les postes de psychologues doivent être préservés ou même augmentés ; la collaboration avec les relais psychiatriques renforcée » <sup>[46]</sup>.



### Des services d'accompagnement ?

Les directives cliniques et les politiques françaises soulignent la nécessité d'avoir des services d'accompagnement pour les patients venant d'apprendre qu'ils sont contaminés par le VIH <sup>[41], [46]</sup>. Cela comprend des actions énoncées dans le *Plan national de lutte contre le VIH/SIDA* afin « d'améliorer l'efficacité du système d'accompagnement qui suit l'annonce du diagnostic jusqu'aux soins » <sup>[46]</sup>.

Les directives de la HAS pour le VIH, *Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)*, mettent en avant le fait que les patients récemment diagnostiqués ont besoin d'une « écoute et d'un accompagnement actif qui prend en compte les caractéristiques personnelles, sociales, culturelles et environnementales du patient » <sup>[41]</sup>.

La feuille de route de la Stratégie nationale de santé sexuelle 2018-2020 <sup>[19]</sup> donne des exemples d'approche de santé communautaire qui pourraient être reproduits en France afin d'offrir un suivi psychologique, un accompagnement, un coaching individuel ou une entraide de groupe entre pairs et/ou avec l'aide de professionnels. Par exemple, une structure comme la clinique 56 Dean Street à Londres, entre autres services du VIH, offre un accompagnement aux patients séropositifs et un suivi qui comprend des conseils sur la manière de « parler du VIH à ses amis, partenaires ou famille ».


#### Clé

■ Politique efficace en place

■ Des efforts restent à accomplir

■ Politique non mise en place





Du point de vue de l'hébergement et des finances, la Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 aborde le besoin d'améliorer l'hébergement et les options de logement pour les personnes vivant avec le VIH <sup>[1]</sup>. La stratégie considère aussi la question de la sécurité financière des personnes vivant avec le VIH, déclarant que ces dernières devraient avoir un « accès effectif aux assurances et aux crédits, accès qui prendra en compte les progrès scientifiques de prise en charge » <sup>[1]</sup>. En France, le VIH est classé comme affection de longue durée et de ce fait, il est couvert à 100 % par la sécurité sociale.

En France, les personnes vivant avec le VIH peuvent aussi bénéficier de l'allocation adulte handicapé. Toutefois, les besoins spécifiques liés au VIH/SIDA doivent être communiqués aux professionnels impliqués dans l'octroi de cette allocation afin qu'ils puissent mettre en œuvre le processus <sup>[1]</sup>.

## 06

## Références

1. Ministère des Affaires sociales et de la Santé, « Stratégie nationale de santé sexuelle », 2017.
2. L. Marty et al., « Revealing Geographical and Population Heterogeneity in HIV Incidence, Undiagnosed HIV Prevalence and Time to Diagnosis to Improve Prevention and Care: Estimates for France », *J. Int. AIDS Soc.*, vol. Accepted, pp. 1–11, 2018.
3. S. M. Wilson, K. J. Wilson, K. J. Sikkema, et K. W. Sikkema, et K. W. Ranby, « Gender moderates the influence of psychosocial factors and drug use on HAART adherence in the context of HIV and childhood sexual abuse », *AIDS Care*, vol. 26, no. 8, pp. 959–967, Aug. 2014.
4. R. Elliott, L. Utyasheva, et E. Zack, « HIV, disability and discrimination: Making the links in international and domestic human rights law », *J. Int. AIDS Soc.*, vol. 12, no. 1, pp. 1–15, 2009.
5. E. Marsicano, R. Dray-Spira, F. Lert, C. Aubrière, B. Spire, et C. Hamelin, « Multiple discriminations experienced by people living with HIV in France: results from the ANRS-Vespa2 study », *AIDS Care*, vol. 26, no. sup1, pp. S97–S106, Jul. 2014.
6. M. Fiorentino et al., « Renunciation of health care by people living with HIV in France is still associated with discrimination in health care services and social insecurity – results from the ANRS VESPA2 survey », *Antivir. Ther.*, vol. 23, no. 5, pp. 443–450, 2018.
7. EXPATICA, « A guide to the French healthcare system », 2016.
8. European HIV Legal Forum (EHLF), « Accessing HIV prevention, testing, treatment care and support in Europe as a migrant with irregular status in Europe: A comparative 16-country legal survey », 2018.
9. M. Mylius et A. Frewer, « Access to healthcare for undocumented migrants with communicable diseases in Germany: a quantitative study », *Eur. J. Public Health*, vol. 25, no. 4, pp. 582–586, Aug. 2015.
10. N. Vignier, R. D. Spira, O. Bouchaud, A. D. du Loû, et P. Chauvin, « Refusal to provide health care to sub-Saharan African migrants in France », *Lancet Public Heal.*, vol. 3, no. 1, p. e12, Jan. 2018.
11. H. Le Bail et C. Giametta, « What Do Sex Workers Think About The French Prostitution Act? », no. Avril, 2018.
12. IAS, « Studies raise concerns about policies seeking to "end demand" for sex work. »
13. « L'usage de drogue sera désormais sanctionné d'une amende forfaitaire. » [En ligne]. Disponible : <https://www.rtl.fr/actu/debats-societe/l-usage-de-drogue-sera-desormais-sanctionne-d-une-amende-forfaitaire-7795687100>.
14. EMCDDA, « France: Country Drug Report 2018 », 2018.
15. J. Sicsic, O. Saint-Lary, E. Rouveix, et N. Pelletier-Fleury, « Impact of a primary care national policy on HIV screening in France: a longitudinal analysis between 2006 and 2013 », *Br. J. Gen. Pract.*, vol. 66, no. 653, pp. e920–e929, 2016.
16. G. Mabileau et al., « Cost effectiveness of HIV Testing: Frequency and Target Groups "Whatever the next hottest, scientifically proven HIV treatment or prevention strategies are" - PreP implementation: the HIV test », 2017.
17. A. I. I. Durand-Zaleski<sup>1</sup>, P. Mutuon<sup>1</sup>, I. Charreau<sup>2</sup>, C. Temblay<sup>3</sup>, D. Rojas<sup>4</sup>, J. Chas<sup>5</sup>, C. Chidiac<sup>6</sup>, C. Capitant<sup>2</sup>, B. Spire<sup>2</sup>, L. Meyer<sup>2</sup>, J.M. Meyer<sup>2</sup>, J.M. Molina<sup>5</sup>, « Cost effectiveness of on demand PrEP in men who have sex with men (MSM) in the ANRS IPERGAY study », 2016.

18. G. Cairns, « PrEP rollout recipients in France top 1000: full trial results report 97% effectiveness », Aidsmap, 2016.
19. Ministère des Solidarités et de la Santé, « Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2018-2020 », 2018.
20. C. Douay, A. Toullier, S. Benayoun, D. R. Castro, et P. Chauvin, « Refusal to provide health care to people with HIV in France », *Lancet*, vol. 387, no. 10027, pp. 1508–1509, 2016.
21. AIDS Map, « Young people know less about HIV and are less trustful of condoms, French survey finds », 2013.
22. The Local, « French mayors take down HIV posters of men embracing », 2016.
23. The Local, « Sexually transmitted infections triple in just four years in France », 2018.
24. « Des préservatifs masculins bientôt remboursés sur prescription médicale. » [en ligne]. Disponible : <http://sante.lefigaro.fr/article/des-preservatifs-masculins-bientot-rembourses-sur-prescription-medicale/>.
25. Gouvernement, Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).
26. Gouvernement, Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique - Article 12.
27. actuToulouse, « Pénurie de préservatifs gratuits : des associations tirent la sonnette d'alarme à Toulouse », 2018.
28. ANSM, « Suivi de l'utilisation de Truvada® ou génériques pour une prophylaxie préexposition (PrEP) au VIH à partir du SNIIRAM : Période du 01/01/2016 au 30/06/2018 », 2018.
29. NAM aidsmap, « On-demand dosing as effective as daily dosing in first year of French PrEP study », 2018.
30. F. Lert, « Towards an AIDS free Paris », no. Février, 2016.
31. EMCDDA, « Harm reduction in France », 2018.
32. NAM aidsmap, « France's next PrEP study aims to assess the wider impact of PrEP on the HIV epidemic », 2017.
33. HAS, « Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France », p. 41, 2017.
34. Haute Autorité de Santé, « HIV infection screening in France - Screening Strategies », no. Octobre, 2009.
35. Gouvernement, Arrêté du 1er août 2016 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) en milieu médico-social. 2016.
36. M. Touraine, « COMMUNIQUÉ DE PRESSE : Marisol TOURAINE annonce la mise à disposition des autotests de dépistage du VIH en pharmacie », 2015.
37. A. Sarr, O. Itodo, N. Bouché, L. Caté, et B. Faliu, « Dépistage communautaire par tests rapides (TROD) VIH en France sur une période de trois ans, 2012-2014 », *Bull. épidémiologique Hebd.*, vol. 40–41, pp. 772–778, 2015.
38. E. Casalino et al., « Twelve Months of Routine HIV Screening in 6 Emergency Departments in the Paris Area : Results from the ANRS URDEP Study », vol. 7, no. 10, pp. 1–8, 2012.
39. Santé Publique France, « Journée mondiale de lutte contre le sida. Lancement d'une campagne de prévention pour valoriser l'offre de dépistage », 2017.
40. Santé publique France, « Bulletin de veille sanitaire - N° 25 / Décembre 2017 / VIH-Sida », no. 18, pp. 1–8, 2017.
41. Haute Autorité de Santé, « Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) », 2007.
42. Y. Yazdanpanah, F. Fagnani, C. Laurendeau, A. Lafuma, et J. Gourmelen, « Persistence and adherence to single-tablet regimens in HIV treatment: a cohort study from the French National Healthcare Insurance Database », no. Avril, pp. 2121–2128, 2015.
43. EATG, « HIV/HCV coinfection eradication possible in France by 2026 », 2017.

44. L. Cotte et al., « Effectiveness and tolerance of single tablet versus once daily multiple tablet regimens as first-line antiretroviral therapy - Results from a large french multicenter cohort study », PLoS One, vol. 12, no. 2, p. e0170661, Feb. 2017.
45. Psycom, « Modalités de soins en psychiatrie. »
46. Ministère de la Santé et des Sports, « Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014 », 2010.
47. L. de Léotoing et al., « Costs associated with hospitalization in HIV-positive patients in France », AIDS, vol. 32, no. 14, pp. 2059–2066, Sep. 2018.
48. Psycom, « Réseau ESPAS ».
49. AIDES, « UPS : UNIVERSITÉ DES PERSONNES SÉROPOSITIVES À AIDES du 28 octobre - 1<sup>er</sup> novembre 2016 en Bretagne. » 2016.
50. European Medicines Agency, « Truvada », 2018.
51. ANSM, « La RTU Truvada dans la prophylaxie Pré-Exposition (PrEP) au VIH établie par l'ANSM est effective - Point d'Information », 2016.
52. ANSM, « Truvada dans la prophylaxie Pré-exposition (PrEP) au VIH : fin de la Recommandation Temporaire d'Utilisation - Point d'information », 2017.
53. Haute Autorité de Santé, « La prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH par TRUVADA®. »
54. Institut de Veille Sanitaire, « Surveillance of post-exposure prophylaxis for non-occupational exposures to HIV in France (July 1999 - December 2001) », 2001.
55. Centre LGBT Paris, « In case of emergency. »
56. B. Hoen et al., « French 2013 guidelines for antiretroviral therapy of HIV-1 infection in adults », J. Int. AIDS Soc., vol. 17, no. 1, p. 19034, Jan. 2014.





[kpmg.com/uk](https://kpmg.com/uk)

Les informations contenues dans les présentes sont des informations d'ordre général et ne visent pas à composer avec la situation de tout individu ou entité donné. Bien que nous mettions tout en œuvre afin de fournir des informations exactes en temps opportun, rien ne garantit que ces informations soient exactes au moment de leur réception ou qu'elles seront toujours exactes à l'avenir. Nul ne doit traiter ces informations sans obtenir de conseils professionnels adéquats après un examen scrupuleux du cas d'espèce.

© 2019 KPMG LLP est une société britannique à responsabilité limitée et une entreprise membre du réseau KPMG de sociétés indépendantes affiliées à KPMG International Cooperative (« KPMG International »), entité suisse. Tous droits réservés.

Le nom et le logo de KPMG sont des marques déposées ou des marques de commerce de KPMG International. CREATE. | CRT109045A | Mars 2019