



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössische Kommission für sexuelle Gesundheit (EKSG)

Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS)

Commissione federale per la salute sessuale (CFSS)

Cumissiun federala per la sanadad sexuala (CFSS)

Feuille de route pour l'élimination du VIH/sida en Suisse

Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS)

CFSS/ENS

Version finale mars 2019

Sommaire

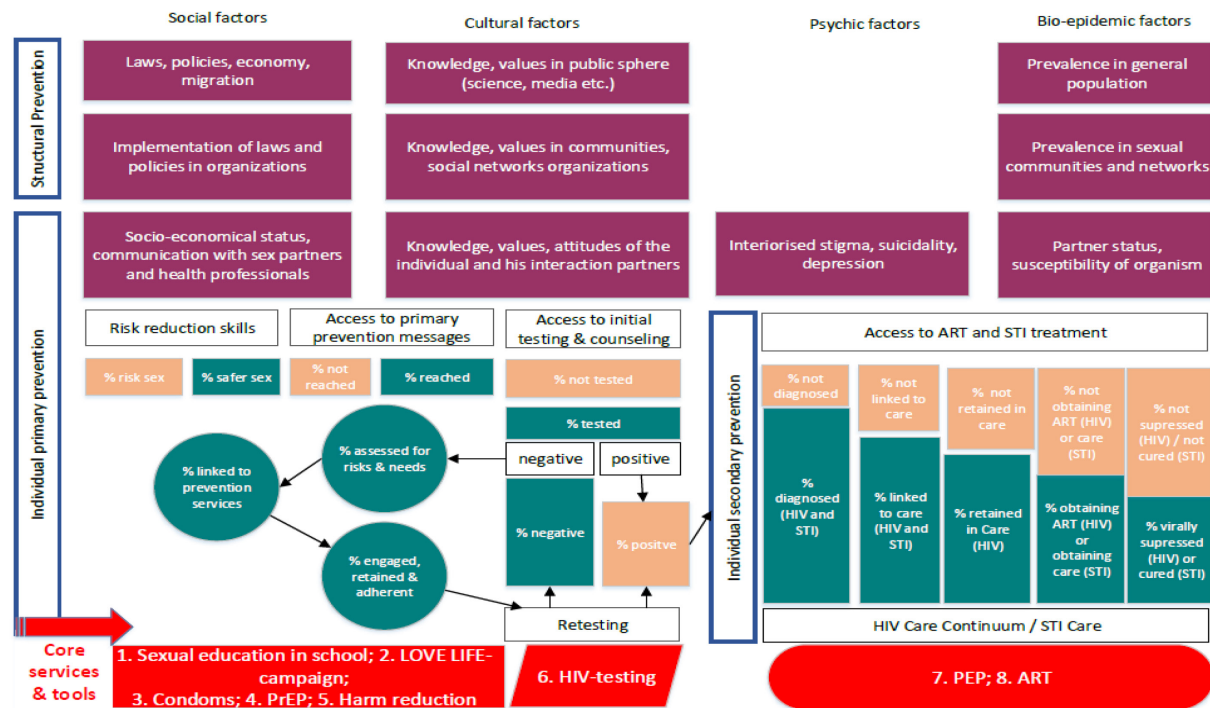
Condensé	3
Introduction.....	7
1. « Élimination du VIH/sida en Suisse », définition.....	8
2. Situation épidémiologique	8
2.1 L'épidémie de VIH/sida en Suisse	8
2.2 Cascade du dépistage et du traitement du VIH (CDT).....	13
2.3 Éléments de surveillance comportementale	14
3. Les prestations et instruments essentiels à l'élimination existent.....	17
4. Scénario et schéma du processus « d'élimination »	19
5. Conditions propices à une stratégie d'élimination	23
5.1 Documents de référence internationaux.....	23
5.2 Droit à la santé	23
5.3 Droit à la santé sexuelle et procréative	24
5.4 Loi sur les épidémies.....	24
5.5 Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (PNVI) 2011 à 2017/21.....	25
6. Projet de stratégie d'élimination du VIH/sida en Suisse d'ici 2030.....	26
6.1 Stratégie technique d'élimination du VIH/sida en Suisse d'ici 2030.....	26
6.1.1 Visions et objectifs.....	27
6.1.2 Objectifs et jalons	29
6.1.3 Principaux enjeux liés aux objectifs.....	29
6.1.4 Principaux enjeux	33
6.1.5 Autres IST	41
7. Conclusion.....	42

Condensé

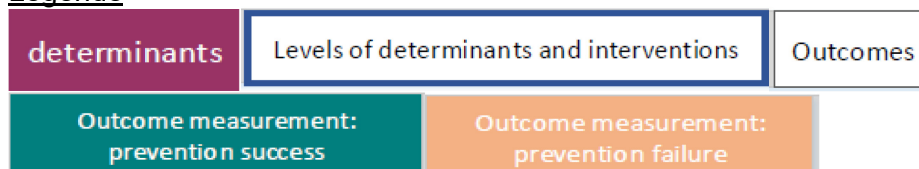
L'actuel *Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles 2011 à 2017/21 (PNVI)* prendra fin en 2021. La même année, le Conseil fédéral décidera de l'adoption d'un nouveau programme. Conformément à son mandat, la CFSS propose d'axer le futur programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (IST) sur **l'élimination du VIH/sida en Suisse**. En effet, celle-ci ne bénéficierait pas seulement à des milliers d'individus mais, bien plus largement, à l'ensemble de la collectivité. Mettre fin à l'épidémie du VIH/sida permettrait d'économiser au moins 8 millions de francs par an, soit 400 millions de coûts de thérapie directe et de traitement sur les 50 prochaines années. Afin d'atteindre l'élimination, la Commission estime qu'une diminution annuelle de 30 % du nombre de nouveaux cas est nécessaire et réalisable dans les circonstances actuelles et prévues.

La CFSS définit ainsi l'expression « élimination du VIH/SIDA en Suisse » : **mettre fin à la transmission du VIH et aux cas de sida dans la population vivant en Suisse par des mesures et des efforts constants et délibérés ainsi qu'une surveillance efficace permettant de prévenir toute réintroduction**. S'agissant de la marche à suivre, la CFSS propose la stratégie suivante :

Processus exhaustif d'élimination du VIH



Légende



Déterminants; niveaux des déterminants et des interventions; résultats ;

Mesure du résultat : succès de la prévention; Mesure du résultat : échec de la prévention

Scénario du processus d'élimination du VIH/sida

Chaque nouvelle infection et chaque décès dus au VIH sont évitables. Les occasions manquées en matière de prévention et de traitement doivent être considérées comme des urgences sanitaires, et tout doit être fait pour mettre rapidement en place une couverture exhaustive des prestations destinées aux séropositifs ou aux personnes susceptibles d'être contaminées par le VIH. Les programmes d'élimination du VIH et d'autres IST devraient être inscrits dans le contexte plus large de la santé sexuelle. Cette démarche permettra de renforcer l'intégration des services de surveillance des maladies dans la promotion de la santé, améliorant par là même leur recevabilité et leur accessibilité. De plus, en promouvant les droits humains, elle encouragera chacun agir pour sa santé et freinera la stigmatisation de populations-clés.

En Suisse, l'épidémie de VIH/sida est particulièrement « concentrée » sur des populations spécifiques. Elle touche principalement les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) et les femmes hétérosexuelles étrangères.

En 2017, on a diagnostiqué 445 **nouveaux cas d'infection au VIH**, soit un plus bas historique et un recul de 16 % par rapport à l'année précédente. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) estime à quelque 16 600 le nombre de personnes séropositives en Suisse fin 2017. Celles-ci se répartissent comme suit : environ 15 000 sont diagnostiquées (90 % des personnes malades), 14 400 sous traitement (96 % des personnes diagnostiquées), et 13 800 ont une charge virale supprimée (96 % des personnes traitées). En d'autres termes, selon les estimations de l'OFSP, la Suisse a déjà atteint les trois cibles 90-90-90 de la « Cascade du dépistage et du traitement du VIH » de l'OMS. Ce succès atteste de la très bonne qualité globale du système de santé s'agissant du diagnostic, du traitement et des résultats de ce dernier.

Selon l'OFSP, le net recul des nouvelles infections en 2017 est à mettre au crédit d'une **stratégie test et traitement. La CFSS considère que la prophylaxie médicamenteuse pré-exposition (PrEP) joue un rôle crucial s'agissant de prévenir les nouvelles infections et que son importance ira croissant. Elle souhaite qu'à l'avenir, ce traitement médical contrôlé et la surveillance épidémiologique de l'influence des PrEP sur le nombre de cas soient systématisés.**

La CFSS est convaincue que les **conditions de la mise en place d'une stratégie d'élimination du VIH/SIDA sont à présent réunies**. En effet, la Suisse dispose de toutes les prestations sanitaires nécessaires (core services and tools) : éducation sexuelle à l'école, campagne LOVE LIFE, moyens de prévention (préservatifs et PrEP), réduction des risques pour les consommateurs de drogue par injection (IDU), large offre de tests, prophylaxie post-exposition, thérapie antirétrovirale et suivi médical des séropositifs. La CFSS est persuadée que la Suisse peut offrir un accès non discriminatoire à ces prestations et instruments, puisque les conditions légales et politiques le lui permettent. Les directives internationales, telles que le *Droit à la santé sexuelle et reproductive* ou la *Déclaration politique sur le VIH/Sida* (2016), et nationales, comme la *loi sur les épidémies* ou le *Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (PNVI) 2011 à 2017/21*, ont toutes pour objectif de combattre durement cette épidémie au cours des années à venir et d'y mettre un terme à .

Dans la présente feuille de route, la CFSS expose sa **vision** du nouveau programme VIH/sida : « Mettre un terme aux cas de transmission du VIH/sida dans la population vivant en Suisse. » La commission propose en outre quatre **objectifs opérationnels** :

1. **Redevabilité** : tous les acteurs, à savoir les autorités de tous les échelons de l'État et les organisations avec et sans but lucratif, remplissent leurs obligations afin que l'ensemble de la population en Suisse ait accès sans discrimination à tous les

instruments et prestations relatifs au processus d'élimination du VIH. Les prestations sont fournies dans le respect des droits humains et de l'éthique médicale, sans stigmatiser les personnes séropositives ou susceptibles de contracter le VIH.

2. Accès

2.1. Accès-clé : les populations-clés les plus susceptibles d'être exposées au VIH ou de le transmettre et les personnes particulièrement vulnérables au VIH et au sida, comme les HSH, les personnes sous chimioprophylaxie orale (PrEP), les populations migrantes provenant de pays à haute prévalence, les IDU, les travailleurs du sexe, les transgenres, les réfugiés et les prisonniers sont prioritaires ; les prestations et instruments sont adaptés aux risques, vulnérabilités et besoins de chacun.

2.2. Accès intégré : les services de santé sexuelle et les autres services de santé identifient les personnes à risque ou vulnérables au VIH et au sida et leurs fournissent, par le biais d'activités communautaires ou de proximité, les prestations et instruments-clés.

2.3. Accès universel : l'ensemble de la population vivant en Suisse a accès, sans restriction, à tous les instruments et prestations-clés sans risque d'être confrontée à des difficultés financières.

3. Viabilité : les processus d'élimination sont durables car ils s'appuient sur la participation de populations-clés, la recherche scientifique, l'innovation et le soutien politique large.

4. Approche de surveillance et d'intervention : un système de surveillance, fondé sur le principe de l'ingénierie inverse, analyse les succès et les échecs tout au long de la chaîne de prévention et de soins, et informe l'ensemble des acteurs du progrès de l'élimination et de l'impact des mesures, en mettant l'accent sur la redevabilité, l'accès et l'utilisation. L'analyse et l'interprétation des données révèlent les schémas sociaux et les causes du succès et de l'échec de la prévention. Ce système de surveillance permet de réagir rapidement et d'adopter des mesures visant à interrompre la transmission du virus.

Au vu des données épidémiologiques et des dernières modélisations de l'Étude suisse de cohorte VIH (SHCS), la CFSS propose que le nouveau programme vise une réduction annuelle de 30 % des nouveaux cas de VIH et de sida, ce qui permettrait d'éliminer cette épidémie d'ici 2030.

Elle considère les éléments suivants comme des **enjeux-clés** :

- Accélération de la réponse administrative au VIH/sida : « éliminer » le virus nécessite d'accélérer les activités sur l'ensemble de la chaîne de processus (cf. figure 2). Il est notamment crucial que les procédures administratives permettant de fournir des innovations telles que les PrEP soient plus rapides. Les services compétents, comme Swissmedic et l'OFSP, doivent collaborer étroitement, faire preuve de transparence, et communiquer rapidement et fructueusement afin d'améliorer les retombées en termes de santé publique. Il convient d'organiser les compétences et processus de sorte que le rapport coût-efficacité des innovations soit évalué efficacement et rapidement et que les autorisations soient délivrées. En effet, tout État se doit de protéger ses citoyens contre les maladies potentiellement mortelles. Cette réforme servira non seulement à contrer le VIH/sida et les IST, mais bénéficiera aussi à tous les programmes de santé publique visant à apporter une réponse rapide.
- Renforcer et mieux coordonner la stratégie de dépistage : la Suisse ne dispose ni de stratégie ni de réseau exhaustifs et coordonnés pour le dépistage du VIH. Réussir à éliminer ce virus exige de combler cette lacune. Il convient de formuler des directives simples et précises, comme recommander à chacun de se faire dépister au moins une fois, afin que la population générale, les populations-clés, les professionnels de la santé et les acteurs des diverses communautés sachent qui, quand et où tester. Il faut systématiquement combattre les obstacles au dépistage chez les populations-clés et

les sous-groupes. Cette stratégie implique de collaborer étroitement eux. Afin de mieux atteindre les personnes, la population ou les groupes défavorisés et laissés pour compte, il faut exploiter le potentiel des tests rapides et des tests à domicile. Le travail d'élimination s'appuiera sur une analyse exhaustive de l'actuelle stratégie de dépistage, compte tenu, notamment, des recommandations formulées par le groupe de travail *ad hoc* de la CFSS.

- La dynamique des populations, un enjeu global : la dynamique des populations est un des principaux enjeux auquel tout service de santé publique doit faire face en période de mobilité mondiale. En effet, indépendamment de la nationalité, on constate une hausse de la dynamique migratoire générale due à des facteurs économiques (expatriation ou migration économique), politiques (réfugiés) ou socioéconomiques et culturels (tourisme). Tout programme de contrôle des épidémies doit donc tenir compte de cette dynamique et s'y adapter. Un système de surveillance efficace doit ainsi être capable de recenser et d'interpréter la dynamique de tous les groupes de population ainsi que d'en tirer des recommandations en matière de prévention et de contrôle des maladies.

La CFSS a également identifié des **enjeux spécifiques aux populations-clés** les plus susceptibles d'être exposées au VIH ou de le transmettre, et aux personnes particulièrement vulnérables au VIH et au sida. Ces enjeux se rapportent pour l'essentiel aux prestations et instruments relatifs aux processus d'élimination.

Enfin, en ce qui concerne la lutte contre les IST autres que le VIH, le CCSF observe que la diminution sans précédent du nombre de nouvelles infections à VIH en Suisse s'accompagne d'une augmentation de toutes les autres IST, due en grande partie à l'augmentation du dépistage parmi les mêmes populations clés que pour le VIH. Par conséquent, tous les **efforts concentrés visant à éliminer le VIH/sida, tels que proposés dans la présente feuille de route, auront également un effet d'entraînement majeur et dynamisant sur le contrôle réussi et, à terme, l'élimination des autres IST en Suisse.**

Introduction

L'actuel *Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles 2011 à 2017/21 (PNVI)* prendra fin en 2021. La même année, le Conseil fédéral décidera de l'adoption d'un nouveau programme.

La *Déclaration politique sur le VIH et le sida : accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030*¹ des Nations Unies date de 2016. La Suisse est déterminée à atteindre cet objectif², qui figurait déjà dans les objectifs de développement durables³. La Stratégie de l'ONUSIDA 2016-2021⁴ et la Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH 2016-2021⁵ de l'OMS développent cette thématique. L'OMS s'est également fixé comme vision l'élimination des autres IST d'ici 2030 dans sa Stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles 2016-2021⁶.

C'est dans ce contexte que la CFSS a développé la présente « Feuille de route pour l'élimination du VIH/sida en Suisse ». Par « élimination du VIH/sida en Suisse », le présent document entend ce qui suit (définition fonctionnelle) :

« Mettre fin à la transmission du VIH et aux cas de sida dans la population vivant en Suisse par des efforts et des mesures constants et délibérés et une surveillance efficace permettant de prévenir une réintroduction. »

Il existe de solides arguments en faveur d'une action concrète pour mettre fin à l'épidémie de VIH/sida. En effet, les prestations et les instruments de lutte contre le VIH et le sida n'ont jamais été aussi variés et nombreux. Si chacun y avait accès sans restriction et les utilisait, l'épidémie pourrait être stoppée. Cette élimination aurait un impact positif sur des milliers d'individus ainsi que sur l'ensemble de la collectivité. Chaque année en Suisse, quelque 400 personnes sont testées positives au VIH. Celles-ci devront suivre un traitement avec des effets secondaires nocifs toute leur vie. Au total, le coût peut atteindre un million de francs par personne, sur la base de 20 000 francs de traitement par an et d'une espérance de vie moyenne de 50 ans au moment du diagnostic. Mettre fin à l'épidémie de VIH/sida permettrait d'économiser quelque 8 millions de francs par an, soit 400 millions de coûts de thérapie directe et de traitement sur les 50 prochaines années⁷.

Conformément à son mandat, la CFSS propose d'axer le futur programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (IST) **sur l'élimination du VIH/sida en Suisse.**

¹ Assemblée générale des Nations unies. New York, 8 juin 2016. *Déclaration politique sur le VIH et le sida : accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030*. A/RES/70/266 (http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/266&Lang=F).

² Cf. communiqué de presse du 8 juin 2016 du Conseil fédéral : *La communauté internationale veut mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030* (<https://www.admin.ch/gov/fr/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-62087.html>).

³ Cf.: United Nations. *Sustainable Development Goals. Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages*. "By 2030, end the epidemics of AIDS, tuberculosis, malaria and neglected tropical diseases and combat hepatitis, water-borne diseases and other communicable diseases" (<https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>).

⁴ ONUSIDA (2016). *ONUSIDA | Stratégie de l'ONUSIDA 2016-2021. Accélérer la riposte pour mettre fin au sida* (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_STRATEGY_REPORT_FR_web.pdf).

⁵ OMS (2016). *STRATÉGIE MONDIALE DU SECTEUR DE LA SANTÉ CONTRE LE VIH 2016-2021. VERS L'ÉLIMINATION DU SIDA* (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250576/WHO-HIV-2016.05-fre.pdf?sequence=1>).

⁶ OMS (2016). *Stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles 2016-2021*. A69/33 16 juin 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250242/1/WHO-RHR-16.09-fre.pdf?ua=1>).

⁷ Calcul approximatif basé sur une espérance de vie moyenne de 50 ans chez les séropositifs et sur l'étude suivante : Leon-Reyes S. et al. (2018). *Cost estimates for HIV care and patient characteristics for health resource utilisation from linkage of claims data with the Swiss HIV Cohort Study*. In : *Clinical Infectious Diseases*, cty564 (<https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/cty564/5055332>). Les coûts de traitement ont été estimés sur la base d'un communiqué de presse de la SHCS : *Universitätsspital Zürich (25 mai 2018)*. Communiqué de presse. *Schweizer HIV-Präventionspolitik bei intravenös drogenkonsumierenden Menschen ist ein Erfolgsmodell* (<http://www.usz.ch/news/medienmitteilungen/Seiten/180524-hiv-praeventionspolitik.aspx>).

1. « Élimination du VIH/sida en Suisse », définition

Le document *The principles of disease elimination and eradication*⁸, publié en 1998 par l'OMS, définit plusieurs programmes de contrôles des maladies :

- « **Contrôle** : la réduction de l'incidence, de la prévalence, de la morbidité ou de la mortalité d'une maladie à un niveau acceptable localement à la suite d'efforts délibérés ; des mesures d'intervention constantes sont nécessaires pour maintenir la réduction. Exemple : maladies diarrhéiques.
- **Élimination d'une maladie** : la réduction à zéro de l'incidence d'une maladie donnée dans une aire géographique définie à la suite d'efforts délibérés ; des mesures d'intervention constantes sont nécessaires. Exemple : tétanos néonatal.
- **Élimination d'infections** : la réduction à zéro de l'incidence d'une infection due à un agent spécifique dans une aire géographique définie à la suite d'efforts délibérés ; des mesures d'intervention constantes sont nécessaires. Exemple : rougeole, poliomyélite.
- **Éradication** : la réduction permanente à zéro de l'incidence mondiale d'une infection due à un agent spécifique à la suite d'efforts délibérés ; aucune mesure d'intervention n'est plus nécessaire. Exemple : variole.
- **Extinction** : l'agent infectieux spécifique n'existe plus, ni dans la nature, ni en laboratoire. Exemple : aucun. »

S'appuyant sur ces principes, le présent document définit ainsi « l'élimination du VIH/sida en Suisse » (définition fonctionnelle) :

« Mettre fin à la transmission du VIH et aux cas de sida dans la population vivant en Suisse par des efforts et des mesures constants et délibérés et une surveillance efficace permettant de prévenir une réintroduction. »

Compte tenu du fait que l'épidémie de VIH/sida en Suisse touche de manière disproportionnée les non-ressortissants, cette définition prend également en compte le dépistage et le traitement des migrants récemment arrivés. Il sera ainsi possible d'éliminer le risque de transmission continue chez et par ces populations une fois celles-ci installées en Suisse, indépendamment de leur statut légal.

2. Situation épidémiologique

2.1 L'épidémie de VIH/sida en Suisse⁹

La Suisse est un pays où l'épidémie est « concentrée » sur des populations spécifiques. Cette dernière touche avant tout les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) et les femmes hétérosexuelles étrangères.

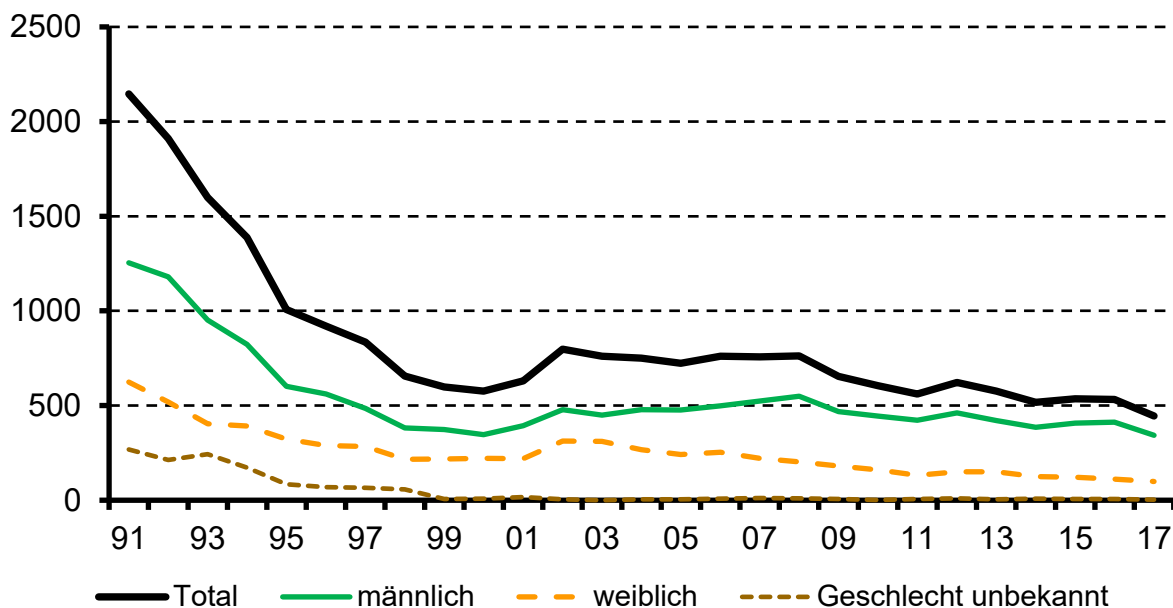
Pour l'exposé suivant, il est important de noter que les statistiques épidémiologiques publiées par l'OFSP définissent tous les non-ressortissants suisses comme « migrants » ou « étrangers ».

En 2017, 445 nouveaux cas d'infection au VIH ont été diagnostiqués en Suisse, soit un plus bas historique et un recul de 16 % par rapport à l'année précédente. Cette baisse, observée depuis 2008, s'est à nouveau fortement accentuée.

⁸ Dowdle, W.R. (1998). *The principles of disease elimination and eradication*. In : Bulletin of the World Health Organization, 1998, 76 (Suppl 2) 22-25 (<https://pdfs.semanticscholar.org/385b/d784ede9ce4b77e6df0acd301fc52c88dd4b.pdf>). Les emphases (caractères gras) ont été faites par l'auteur; ils ne font pas partie du texte cité.

⁹ Office fédéral de la santé publique (2018). *VIH, syphilis, gonorrhée et chlamydie en Suisse en 2017 : survol épidémiologique*. OFSP-Bulletin 47/18 (19 novembre 2018) (<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-zu-infektionskrankheiten/hiv-sti-statistiken-analysen-trends.html>).

Déclarations de VIH par les laboratoires en Suisse, par an et par sexe, 1991-2017



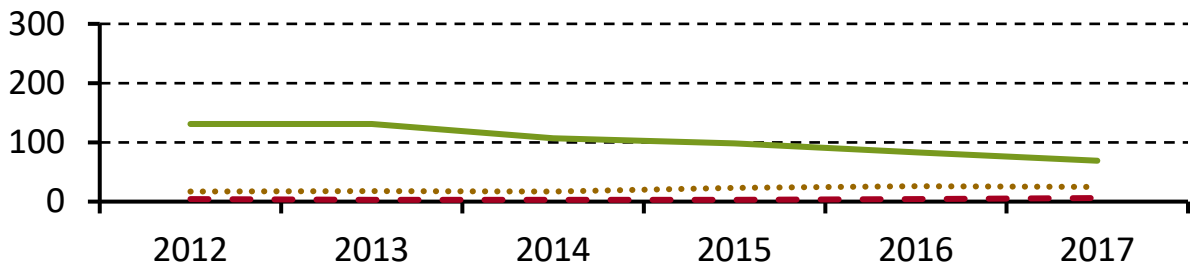
Légende: total (*Total*) ; hommes (*männlich*); femmes (*weiblich*); sexe inconnu (*Geschlecht unbekannt*)

Dans près de 80 % des cas, il s'agit d'hommes, et parmi ceux-ci, d'**HSH** à 54 % (61 % en 2016). Ces derniers représentent quelque 42 % du total de nouveaux diagnostics, un taux en recul. Près de la moitié des HSH ont été contaminés par un partenaire occasionnel.

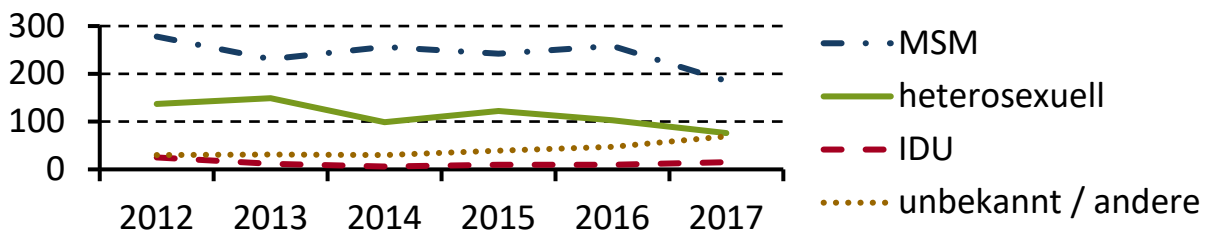
Chez les **femmes**, la tendance est clairement à la baisse depuis plusieurs années. La plupart ont été contaminées par leur partenaire régulier. Selon la CFSS, cela pourrait indiquer que les hommes séropositifs issus de la migration entrent tardivement dans le système de dépistage et de traitement.

Cas de VIH chez les hommes et les femmes, par mode de contamination et année de diagnostic, 2012-2017

Femmes



Hommes



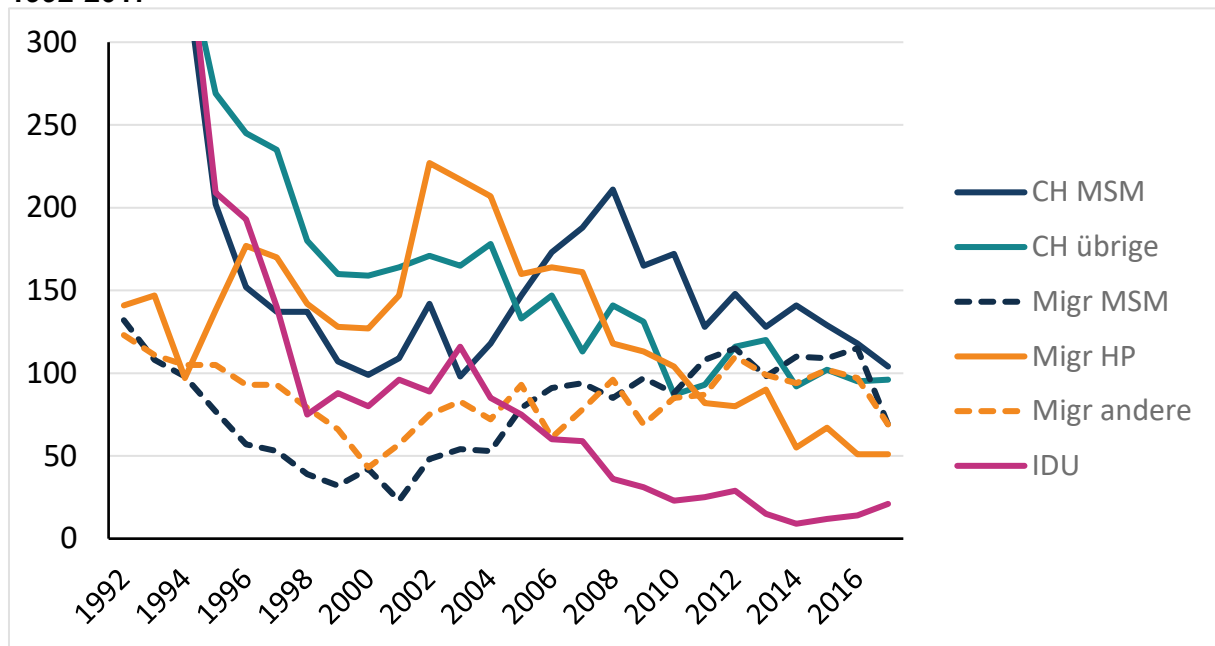
Légende: HSH (MSM); hétérosexuels (*heterosexuell*)

L'**incidence** est passée de 6,4 (2016) à 6 pour 100 000 habitants. Elle est trois fois plus importante chez les hommes que chez les femmes. Les valeurs les plus élevées se trouvent dans le **Grand Zurich et la région lémanique**, soit les grands centres urbains. Les régions rurales affichent des valeurs nettement plus basses.

Près de la moitié des nouveaux diagnostics concernent les **étrangers** (48 %), pour autant que la nationalité soit connue. L'OFSP a analysé, dans une étude non publiée, la répartition des nationalités dans les déclarations de médecins. Il s'avère que, pour la période 2013 à 2018, 38 % des étrangers viennent d'États européens (note de l'auteur : nationalités classées selon la liste de Codes des Etats et des territoires de l'Office fédéral de la statistique), y compris la Russie et la Turquie, 4 % de pays asiatiques, 25,5 % d'autres pays non européens et 32,5 % de pays africains à haute prévalence¹⁰ (cf. aussi notes 11, 14). En ce qui concerne les HSH, la part des étrangers se monte à env. 40 %, une valeur en recul. 24 % de tous les HSH concernés viennent de pays européens. 66 % des femmes séropositives sont étrangères. Environ un tiers d'entre elles viennent d'un pays à haute prévalence.

¹⁰ Par pays à haute prévalence ou avec une épidémie généralisée, on entend les pays avec une prévalence du VIH de plus de 1 %. Wikipédia publie régulièrement des listes de pays figurant sur le World Factbook de la CIA, cf. Wikipédia. *List of countries by HIV/AIDS adult prevalence rate* (https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_HIV/AIDS_adult_prevalence_rate; <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2155rank.html>). L'étude de l'OFSP mentionnée plus haut et les dispositions en vigueur en matière d'admission et de séjour laissent supposer que, parmi les étrangers diagnostiqués, se trouvent de nombreux requérants d'asiles et sans-papiers. Cela devrait s'appliquer en particulier aux personnes originaires d'Afrique. Un rapport au nom du Secrétariat d'État aux migrations (SEM) sur les Sans-papiers déclare : « Une majorité de sans-papiers africains et asiatiques risquent d'être des demandeurs d'asile submergés ». Cf. Morlok, M et al. (2015). *Les sans-papiers en Suisse en 2015. Rapport final à l'attention du Secrétariat d'Etat aux migrations (SEM)* (https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/internationales/illegale-migration/sans_papiers/ber-sanspapiers-2015-f.pdf).

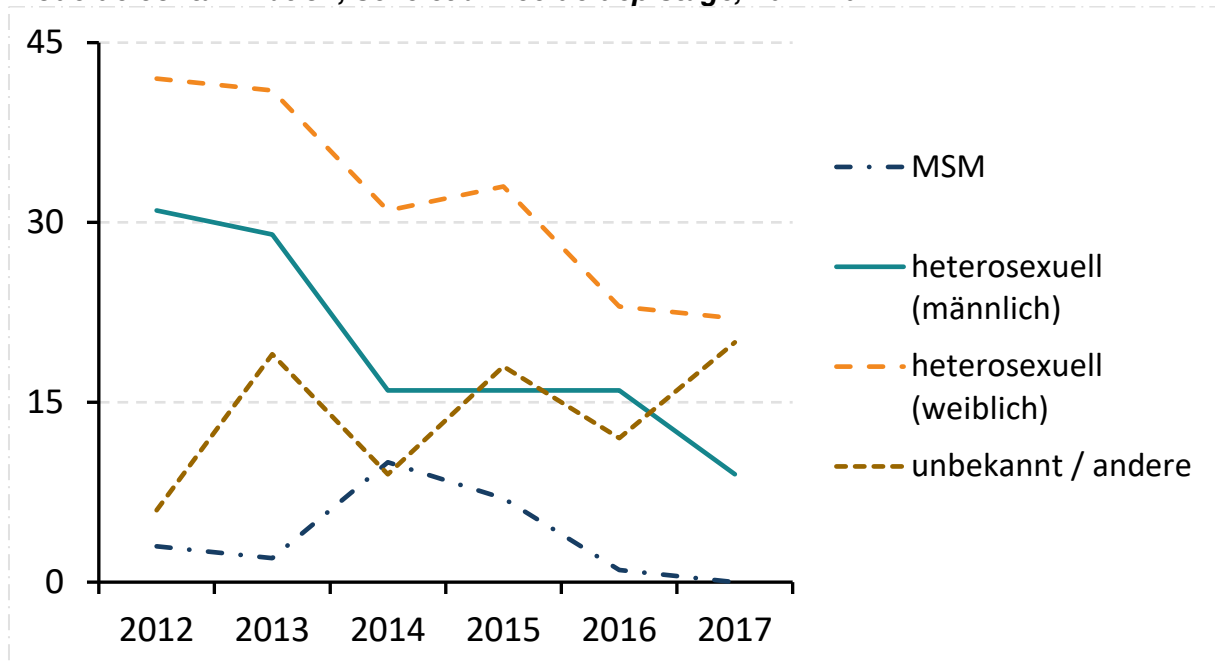
Diagnostiques du VIH en Suisse par groupe de contamination et année de dépistage, 1992-2017



Légende: CH HSH (CH MSM); CH autres (CH übrige); Migr HSH (Migr MSM); Migr HP (Migr HP); Migr autres (Migr andere); IDU (IDU)

L'injection de drogue joue un rôle mineur en matière de contamination depuis plusieurs années.

Diagnostic du VIH en Suisse chez les ressortissants d'un pays à haute prévalence, par mode de contamination, sexe et année de dépistage, 2012-2017



Légende: HSH (MSM); hétérosexuels (hommes) (hétérosexuell (männlich)); hétérosexuels (femmes) (hétérosexuell (weiblich)); inconnu / autre (unbekannt/andere)

La majorité des hétérosexuels suisses ont été **contaminés** en Suisse ; les étrangers l'ont plutôt été dans leur pays d'origine. La situation est similaire, mais de façon moins marquée, chez les HSH.

Une étude comparative internationale permet de penser que près de la moitié des étrangers séropositifs ont été contaminés après leur arrivée en Suisse¹¹.

Chez les HSH, plus de la moitié des nouvelles infections **sont récentes** (moins d'un an). Près d'un cinquième (18 %) des femmes et de la moitié (48 %) des hommes contaminés lors d'un rapport hétérosexuel l'ont été récemment. Depuis des années, la part des infections récentes est plus élevée chez les HSH que chez les hétérosexuels, probablement en raison d'une fréquence de dépistage plus élevée.

Parmi les nouveaux diagnostics, un quart des HSH (contre près d'un tiers l'année précédente) présentent une infection aiguë (primo-infection ; charge virale et probabilité de transmission élevées dans les premières semaines suivant l'infection), contre un sixième chez les hétérosexuels (des deux sexes).

Le taux d'infections récentes et celui d'infections aiguës indiquent que les HSH sont diagnostiqués plus rapidement, probablement car ils se font dépister plus souvent.

Un tiers des dépistages est motivé par l'apparition de symptômes ; parmi ces derniers, il s'agissait, dans 38 % des cas de symptômes de primo-infection. En revanche, lorsque le dépistage est motivé par une exposition au risque ou une autre raison, il ne s'agissait en général pas d'une infection primaire. Les symptômes de primo-infection étaient donc une des principales raisons du dépistage, notamment chez les HSH. Ces chiffres correspondent à la recommandation « Provider-initiated counselling and testing » (PICT). En 2017, 14 % des HSH (2016 : 20 %) et 22 % des hétérosexuels (2016 : 25 %) ont reçu un **diagnostic tardif**.

Le nombre de nouveaux **cas de sida** diminue depuis des années. En 2017, 104 cas ont été déclarés, dont 50 pour la deuxième fois. En effet, il faut toujours compter avec un retard allant jusqu'à 50 % s'agissant des déclarations de sida par les médecins. Concrètement, seuls 54 nouveaux diagnostics ont donc été déclarés en 2017. Le taux de nouveaux cas avec mode d'infection connu est de 88 %, qui se répartissent ainsi : 43 % d'hétérosexuels, 42 % d'HSH et 15 % d'IDU. Le nombre d'hétérosexuels est plus élevé que pour le VIH. C'était déjà le cas en 2016, ce que l'OFSP a expliqué ainsi : « Pour les cas de sida, la part plus élevée de contaminations par voie hétérosexuelle s'explique vraisemblablement par le fait qu'en Suisse, le sida est avant tout diagnostiqué chez des personnes qui n'ont pas reçu à temps un traitement efficace contre le VIH, ce qui est vraisemblablement plus souvent le cas pour les personnes provenant de pays à haute prévalence du VIH que pour les Suissesses et les Suisses. Le nombre d'IDU également était plus élevé parmi les cas de sida que parmi les cas de VIH. C'est là un signe que les interruptions de traitement sont depuis des années plus fréquentes dans ce groupe que chez les personnes infectées par voie hétérosexuelle ou les HSH¹² ».

Dans sa synthèse sur la situation épidémiologique en 2017, l'OFSP écrit :

¹¹ Alvarez-del Arco D. et al. *High levels of postmigration HIV acquisition within nine European countries*. dans : AIDS 2017, Vol. 31 No. 14: 1979-1988 (<https://boris.unibe.ch/101709/8/00002030-201709100-00010.pdf>). La définition de « migrant » utilisée par cette étude diffère de celle utilisée par l'OFSP dans ses publications épidémiologiques sur le VIH/sida et les autres IST. En effet, l'OFSP définit comme « migrant » / « étranger » tous les non-ressortissants suisses, alors que l'échantillon de l'étude d'Alvarez-del Arco et al. est décrit ainsi : « Les participants avaient plus de 18 ans, avaient été diagnostiqués dans les cinq dernières années (pour réduire le plus possible le biais de rappel), vivaient hors de leur pays natal et résidaient dans un des neuf pays suivants depuis au moins six mois : Belgique, Allemagne, Grèce, Italie, Pays-Bas, Portugal, Espagne, Suisse et Royaume-Uni. [...] En Suisse, les migrants provenant des pays limitrophes, soit l'Autriche, l'Allemagne, la France et l'Italie, ont été exclus. » Alvarez-del Arco renvoie indirectement à la nécessité de définir clairement le terme de « migrant » : « La principale [limite de l'étude, rem. de l'auteur] vient du manque de cadre d'échantillonnage clair pour la population migrante séropositive dans les neuf États de l'UE/EEA participants. » Sur la définition de « migrant », cf. aussi note 14.

¹² Office fédéral de la santé publique (2017). *VIH et sida en Suisse, situation en 2016*. OFSP-Bulletin 43/17 (23 octobre 2017) ([VIH et sida en Suisse, situation en 2016](#)).

« La nette diminution du nombre de nouveaux diagnostics de VIH témoigne de l'efficacité de la politique de prévention appliquée en Suisse depuis quelques années : multiplication des tests, surtout chez les personnes particulièrement exposées, traitement précoce et suivi régulier des patients. [...] [Cela] se reflète dans la baisse des chiffres. Par ailleurs, la prescription d'une PrEP aux personnes à risque élevé d'exposition permet elle aussi de se rapprocher de l'objectif national, l'élimination du VIH. »

S'agissant de l'évolution épidémiologique, la CFSS est d'avis qu'il convient d'éclaircir les trois points ci-dessous ; en outre, tous soulignent la nécessité et l'importance d'une approche de surveillance et d'intervention efficace (cf. points 4 ; 6.1 ; 6.1.1 [Objectif principal 4]) :

Ces trois points urgents et conditions préalables sont :

1. Mieux comprendre l'importance et l'impact de la **PrEP**. Il faut donc systématiquement documenter, analyser et interpréter l'impact de ces dernières sur le nombre de cas. Une modélisation de la SHCS a montré que, pour la période 2012 à 2015, plus d'un cinquième des nouvelles infections auraient pu être évitées si 50 % des HSH qui n'utilisent pas systématiquement de préservatif avaient suivi une PrEP¹³.
2. Mieux comprendre la dynamique et l'évolution de la transmission parmi **les populations migrantes/déplacées**. En effet, sans plus de données, partir du principe que les raisons avancées par l'OFSP (dépistage accru des groupes particulièrement exposés, début de traitement rapide et bon suivi des patients) pour expliquer la baisse du nombre de cas s'appliquent également aux populations migrantes est aussi peu satisfaisant que l'argument consistant à dire que cette baisse résulte d'un solde migratoire négatif dans ces groupes. Il convient donc d'examiner tant l'accès aux soins que la dynamique des populations. Pour ce faire, on tiendra compte du statut juridique des personnes issues de la migration (y c. naturalisation) et de leur appartenance à la première ou deuxième génération. Il faut également mettre en place un cadre conceptuel pour le relevé différencié des populations migrantes ; ce cadre intégrera les normes nationales et internationales¹⁴ (cf. aussi point 6.1.4).
3. Réduire la part des nouveaux diagnostics lorsque la voie de transmission est inconnue. De toute évidence, en 2017, la part des nouveaux diagnostics pour lesquels la voie de transmission est inconnue représentait plus d'un cinquième de tous les nouveaux diagnostics.

2.2 Cascade du dépistage et du traitement du VIH (CDT)

La CDT est un concept permettant de mesurer et de visualiser la qualité d'un système de santé sur la base du diagnostic, du traitement et des résultats du traitement des personnes séropositives. Elle illustre les diverses phases d'un processus qui concerne chaque séropositif. Le système de santé entre en jeu à trois niveaux : pas de diagnostic ; diagnostic – niveau 1 ; traitement – niveau 2 ; réussite du traitement (le virus n'est plus décelable) – niveau 3. L'objectif de la CDT est d'atteindre 90 % à chaque phase (chaque niveau se basant ainsi sur les 90 % du niveau précédent). On parle ainsi des cibles 90-90-90 de la Cascade du VIH. Grâce à l'obligation de déclarer les cas de VIH et de sida, en place depuis longtemps, et à l'étude de cohorte, la Suisse dispose de bonnes données sur les niveaux 1 à 3. En revanche,

¹³ Kusejko K et al. (2018). *Quantifying the drivers of HIV transmission and prevention in men who have sex with men: a population model-based analysis in Switzerland*. In : HIV Medicine (2018), 19, 688–697 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/hiv.12660>).

¹⁴ L'OFSP, par exemple, a mené une réflexion de fond dans le cadre de la recherche sur l'égalité des chances en matière de santé, cf. : Office fédéral de la santé publique (2016). *Variation clés pour le relevé de la composante migratoire dans les enquêtes suisses sur la santé (Variables clés pour la composante migratoire)*. D'une manière générale, il faut considérer que la migration/le déplacement est un phénomène multidimensionnel, dynamique et donc complexe. Chaque effort d'analyse doit donc définir ses priorités et les aspects de la migration/du déplacement pertinents pour la question à l'étude.

évaluer le nombre de séropositifs non diagnostiqués en Suisse est une gageure que seule la modélisation permet de relever, et les chiffres obtenus de cette manière ne sont qu'approximatifs.

L'OFSP évalue le nombre de porteurs du virus en Suisse fin 2017 à environ 16 600. Selon les estimations, ces derniers se répartissaient comme suit : 15 000 étaient diagnostiqués (90 %), 14 400 étaient sous traitement (96 %), et 13 800 avaient une charge virale supprimée (96 %). La Suisse a donc atteint l'objectif 90-90-90 de la CDT. Les dernières modélisations ont montré que tel était déjà le cas en 2012.

Avec moins de 10 % de séropositifs non diagnostiqués, la Suisse avait déjà atteint les trois cibles 90-90-90 en 2012.

2.3 Éléments de surveillance comportementale¹⁵

Parallèlement à la surveillance biologique, la Suisse relève les comportements relatifs aux risques et à la protection. L'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) de l'université de Lausanne a consacré plusieurs rapports à des thèmes et des groupes cibles pertinents. Il s'agit notamment d'enquêtes nationales menées auprès des HSH (Gaysurvey 2012 et 2014), des migrants en provenance de pays subsahariens (étude ANSWER, 2014), des travailleurs du sexe (étude SWAN, 2016) et des IDU fréquentant les structures à bas seuil (étude SBS, 2011). De plus, cet institut a effectué une analyse secondaire des données relatives aux comportements sexuels de l'enquête suisse sur la santé (ESS, 2012) et examiné divers modes de distribution de seringues aux IDU (structures à bas seuil et programmes de prescription d'héroïne). En outre, il a analysé les données sur la vente de préservatifs en Suisse, et participé aux études réalisées par d'autres institutions, comme l'évaluation de la campagne de prévention « Break the Chains » adressée aux HSH (2015)¹⁶, et à une étude de marché portant sur l'estimation des ventes de préservatifs en Suisse. Enfin, il a également consacré une étude aux offres d'échange de seringues destinée aux IDU en contexte carcéral (2016) et aux risques de VIH et IST chez les transgenres (2016).

En 2016, l'IUMSP a publié un rapport de synthèse (cf. p. 71) reprenant ses premières conclusions sous forme simplifiée et schématisé les niveaux de vigilance préconisés pour les principaux indicateurs de la surveillance comportementale du VIH/des IST (cf. tableau page suivante :)

- **Population générale** : les études examinées fournissent relativement peu de données. Elles révèlent que les taux de dépistage et d'utilisation du préservatif pourraient être améliorés.
- **HSH** : les études indiquent que les taux de dépistage vont d'améliorable à bon. Elles révèlent une bonne connaissance des modes de transmission, de l'accès aux offres de dépistage et un bon taux de pénétration des messages de protection. Elles montrent aussi une tendance préoccupante à ne pas systématiquement utiliser un préservatif lors de rapports sexuels avec des partenaires occasionnels, et un manque de connaissance des possibilités offertes par les PrEP. La CFSS signale toutefois que ce dernier point s'est depuis fortement amélioré, car les données utilisées par l'IUMSP de Lausanne datent de 2016 ou des années précédentes.
- **Migrants provenant des pays d'Afrique subsaharienne** (pays à haute prévalence) : les études révèlent des taux préoccupants de violence sexuelle. Elles montrent que l'accès aux messages de protection pourrait être fortement amélioré ; la connaissance des modes de transmission et de l'accès aux offres de dépistage est, elle aussi, améliorable. Les études mettent de plus en évidence des lacunes importantes dans le corpus de données.

¹⁵ Locicero et al. (2016). *Système de Surveillance du VIH et des IST de deuxième génération en Suisse. Rapport de Synthèse 2012-2016* (<https://www.iumsp.ch/fr/rds/278>).

¹⁶ Frey K. et al. (2015). *Measurement of the Effectiveness of Break the Chains 2015* (<https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/p-und-p/msm/measurement-effectiveness-btc.pdf.download.pdf/measurement-effectiveness-btc.pdf>).

S'agissant de la dynamique des populations (cf. point 6.1.4, p. 24), il est impératif de pouvoir distinguer les statuts et, pour la dimension temporelle, les parcours migratoires de tous les groupes ou populations-clés. Il faut également trouver le moyen de différencier les schémas de mobilité d'une population donnée chez les personnes n'étant pas issues de la migration.

Tableau 23 Vue simplifiée des informations disponibles et du niveau de vigilance préconisé pour les principaux indicateurs de la surveillance comportementale VIH/IST

	Population générale	HSH	Migrant-e-s ASS	TS	UD
Connaissances sur la transmission du VIH et lieux de dépistage		Vert	Rayé vert/orange	Rayé orange/rouge	
Accès aux messages de prévention VIH/IST		Vert	Orange	Orange	
Connaissance sur les symptômes de la primo-infection par le VIH		Rayé vert/orange			
Connaissance sur la PEP		Rayé vert/orange		Rouge	
Connaissances sur la PrEP		Rayé orange/rouge			
Niveau d'information par rapport aux autres IST		Rayé vert/orange	Rouge	Orange	
Rapport sexuels sous la contrainte durant la vie			Rouge	Rouge	Orange
Risques liés à l'injection de drogue par voie iv					Rayé vert/orange
Non utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel (chez TS = un client) et ≥ 2 partenaires sexuels dans les 12 derniers mois	Orange	Rayé orange/rouge	Orange	Orange	
Réalisation d'un test VIH durant la vie	Rayé vert/orange	Vert	Vert	Vert	Vert
Réalisation d'un test VIH durant les 12 derniers mois	Rayé vert/orange	Orange	Orange	Rayé vert/orange	Rayé vert/orange
Taux de personnes se déclarant VIH+ qui rapportent être sous traitement antirétroviral		Rayé vert/orange	Orange	Orange	Orange
Réalisation d'un test pour une IST autre que le VIH dans les 12 derniers mois		Orange		Orange	
Taux de personnes se déclarant VHC+ qui rapportent être ou avoir été sous traitement anti-VHC		Orange			Rouge

Code couleurs : Vert = situation favorable confirmée (le suivi de l'indicateur peut être espacé) ; Rayé vert/orange = situation plutôt favorable ou en voie de le devenir ; Orange = situation intermédiaire avec une marge de progrès importante ; Rayé orange/rouge = situation intermédiaire en voie de devenir préoccupante ; Rouge = situation préoccupante ; Blanc = pas de donnée récente ou absence de donnée.

3. Les prestations et instruments essentiels à l'élimination existent

Les instruments et prestations sanitaires suivants (*core services and tools*) permettent d'éliminer l'épidémie de VIH/sida en Suisse :

Structure de la chaîne de traitement	Prestations sanitaires (Core services and tools)
Messages de prévention	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'éducation sexuelle holistique dispensée dans le cadre scolaire, contribuant notamment à la prévention du VIH et des IST, se fonde sur des stratégies probantes¹⁷, largement reconnues en Suisse¹⁸. 2. La campagne LOVE LIFE propose, outre le principal message de prévention <i>pénétration vaginale ou anale avec préservatif</i>, des messages personnalisés de prévention basés sur les risques.
Moyens de prévention	<ol style="list-style-type: none"> 3. Parallèlement au préservatif, on dispose actuellement de 4. traitements prophylactiques (PrEP) offrant un niveau de protection similaire et empêchant efficacement la transmission du virus même lorsque le partenaire sexuel a une infection aiguë au VIH.
Réduction des risques	<ol style="list-style-type: none"> 5. Les IDU ont accès à des offres à bas seuil de réduction des risques (échange de seringues, traitement de substitution et prescription d'héroïne) depuis des années.
Dépistage ¹⁹	<ol style="list-style-type: none"> 6. Tests VIH <ol style="list-style-type: none"> 6.1. Les tests à domicile peuvent donner un résultat négatif assuré après 12 semaines. 6.2. Les tests rapides de 4^e génération peuvent donner un résultat négatif assuré après 6 semaines seulement. 6.3. Les tests en laboratoire de 4^e génération peuvent confirmer une infection effective au plus tôt après deux semaines, et donner un résultat négatif assuré après 6 semaines.
Prophylaxie d'urgence	<ol style="list-style-type: none"> 7. Le traitement médicamenteux de prophylaxie post-exposition (PEP) est destiné aux personnes consultant directement un médecin après une exposition à risque. Débuté à temps, ce traitement peut prévenir une infection au VIH.

¹⁷ Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et BZgA (2011). *Standards pour l'éducation sexuelle en Europe. Un cadre de référence pour les décideurs politiques, les autorités compétentes en matière d'éducation et de santé et les spécialistes*. Centre fédéral pour l'éducation à la santé (BZgA). Cologne, (https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2013/11/Standards-OMS_fr.pdf).

¹⁸ Conseil fédéral suisse, 21 février 2018 : *Examen des bases de l'éducation sexuelle. Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat 14.4115 Regazzi du 10 décembre 2014*. Berne, février 2018, p. 2 (<https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/mt/p-und-p/diverses/examen-des-bases-de-l-education-sexuelle.pdf.download.pdf/examen-des-bases-de-l-education-sexuelle.pdf>).

¹⁹ Pour une analyse détaillée des dispositifs de dépistage du VIH en Suisse, cf. Bize R., Vu F., Dubois-Arber F. et al. *Analyse des stratégies, de l'offre, et des lacunes en matière de dépistage du VIH et des autres IST en Suisse. Rapport du groupe de travail 5 « Testing » de la Commission fédérale pour la santé sexuelle*. Berne, 2018.

Traitement et suivi	8. En principe, les personnes ayant reçu un diagnostic de VIH commencent rapidement un traitement antirétroviral (TAR) . Dans la majorité des cas, celui-ci permet d'empêcher le développement du sida. Lorsque le traitement est bien suivi, la charge virale présente dans le sang diminue durablement, de sorte que le VIH n'est plus transmissible.
---------------------	--

4. Scénario et schéma du processus « d'élimination »

Dans leur étude, Horn et al. (2016)²⁰ décrivent un programme (ou stratégie) d'élimination du VIH, qu'ils transcrivent sous forme de schéma. La CFSS, ainsi que l'OFSP et ses partenaires, peuvent s'en inspirer pour établir le prochain programme national sur le VIH et les IST (2022-2030).

Scénario du processus d'élimination du VIH/sida

Horn et al. définissent le processus d'élimination du VIH/sida comme suit ; selon la CFSS, cette définition implique que chacun ait accès librement aux prestations :

« Chaque nouvelle infection et chaque décès dus au VIH peuvent être évités. [...] Les occasions manquées en termes de prévention et de traitement doivent être considérées comme des urgences sanitaires, et tout doit être fait pour mettre en place une couverture exhaustive des prestations destinées aux séropositifs ou aux personnes susceptibles d'être contaminées par le VIH. »

Schéma du processus d'élimination du VIH/sida

Horn et al. ont intégré les chaînes de prévention et de traitement dans un modèle conceptuel qu'ils ont intitulé *Processus exhaustif de prévention du VIH* ; que nous adaptons au contexte suisse.

Figure 1

Modèle du processus exhaustif de prévention du VIH

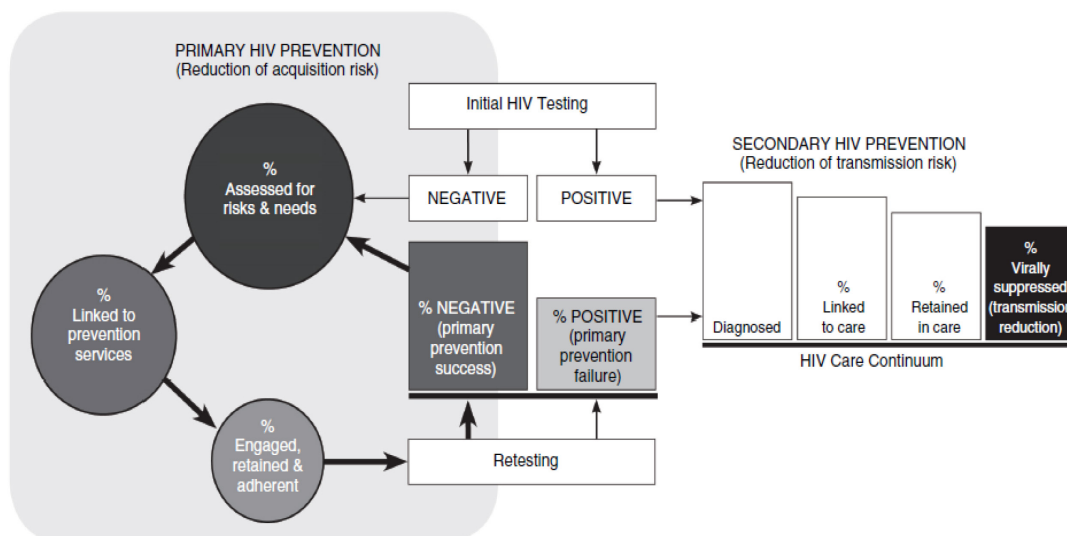


Figure 1. Comprehensive HIV prevention processes. Conceptual framework illustrating the interplay between processes to halt both the acquisition and transmission of HIV. The primary HIV prevention cycle, left, begins with HIV testing. Risk and needs assessments, linkage to services, engagement in risk-reduction prevention interventions and HIV testing are repeated for as long as an individual remains at risk for HIV acquisition.

Légende: Prévention VIH primaire (réduction du risque de contamination); % évalués pour risques et besoins; % reliés aux services de prévention; % engagés, admis et adhérent; Dépistage VIH initial ; négatif ; positif; % Négatif (succès prévention primaire); % Positif (échec

²⁰ Horn T et al. (2016). *Towards an integrated primary and secondary HIV prevention continuum for the United States: a cyclical process model*. Journal of the International AIDS Society 2016, 19:21263 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5116064/pdf/JIAS-19-21263.pdf>).

prévention primaire); Nouveau dépistage; Prévention VIH secondaire (réduction du risque de transmission); diagnostiqués ; % traitement proposé; % admis pour traitement; % charge virale supprimée (réduction de la transmission); chaîne des soins VIH

Figure 1 : Processus exhaustif de prévention du VIH. Ce schéma conceptuel illustre l'interaction entre les processus permettant de stopper l'infection et la transmission. Le cycle de prévention primaire (à gauche) commence par le dépistage. L'évaluation des risques et des besoins, la mise en contact avec les services, l'engagement dans les interventions de prévention de réduction des risques et le dépistage sont répétés aussi longtemps qu'un individu reste susceptible de contracter le VIH.

Selon Horn et al., ce modèle conceptuel fournit une « feuille de route standardisée permettant de gagner du terrain et d'atteindre beaucoup plus rapidement les objectifs nationaux d'incidence et de traitement du VIH. » Il est conçu pour répondre « au besoin de prévention primaire personnalisée permettant de réduire le risque d'infection au VIH à l'échelon de la population, et illustre la relation entre processus exhaustif de prévention primaire et chaîne de soins. Il est ainsi possible d'améliorer la santé des patients et de réduire le plus possible le risque de transmission chez les patients séropositifs. » Ce modèle considère la prévention primaire comme un processus circulaire, « car l'objectif principal, à savoir rester séronégatif, confirmé par un dépistage répété, n'est pas un processus statique, mais bien une dynamique dépendant des fluctuations démographiques, interpersonnelles et individuelles dans le domaine des besoins en soins et en suivi. » La CFSS souhaite ajouter qu'il faut également tenir compte de la situation sociale des patients. La commission souligne en outre que le dépistage n'est pas nécessairement le seul point d'accès à la prévention ; en effet, ce sont surtout les autres prestations et instruments qui devraient encourager les individus à gérer le risque d'infection.

Approche de surveillance et d'intervention, une clé de l'élimination

Lorsqu'on vise l'élimination, il est essentiel de passer d'une approche de monitoring et d'évaluation standard à une approche de surveillance et d'intervention. Il s'agit donc de mettre en place des systèmes permettant de collecter les données minimales essentielles (y compris comportementales) afin de pouvoir lancer rapidement les réponses appropriées au niveau étatique et individuel. La surveillance se mue ainsi en intervention et prépare le terrain à l'élimination.

De plus, s'agissant de la surveillance, Horn et al. notent que « contrairement aux données relativement simples utilisées pour évaluer les résultats au sein de la chaîne de soins, les paramètres nécessaires à une chaîne de prévention primaire intégrant divers systèmes de prestations, interventions et mesures du résultat sont incroyablement complexes. En outre, il est fréquent que ces paramètres ne puissent se fonder sur aucune base de données appropriée ou complète à l'échelle de la population. » Horn et al. proposent deux approches permettant de pallier le manque de données nécessaires à la planification et à la mise en œuvre :

a.) Validation des sources de données existantes

Un « effort à large échelle pour identifier et valider les sources de données portant sur les éléments se trouvant au milieu de la chaîne de prévention du VIH, tels que les taux de couverture d'assurance-maladie, le lien aux fournisseurs de prestations et l'utilisation des interventions fondées sur des preuves scientifiques. »

b.) Approche d'ingénierie inverse

Exploiter les données solides disponibles sur la surveillance du VIH chez les séropositifs, en partant du principe que chaque nouvelle infection représente une occasion manquée de prévention primaire. « Dans le contexte d'options de prévention élargies accessibles aux

personnes susceptibles d'être infectées par le VIH, il faut renouveler et utiliser de manière ciblée les données de surveillance relatives aux nouveaux diagnostics afin de mettre en évidence les lacunes de prévention et les occasions manquées. Il faut ensuite rapidement appliquer ces enseignements à la chaîne de prévention primaire. [...] Il est nécessaire de considérer chaque nouvelle infection comme un signal d'alarme afin de comprendre exactement quelles sont les lacunes de la chaîne de prévention primaire, d'autant plus que nombre de pays renforcent la mise en place des PrEP et des PEP. Les exemples de lacunes probables sont notamment : manque de connaissances des symptômes de l'infection aiguë au VIH et risque élevé de transmission durant cette phase, faible sensibilisation aux PrEP, PEP, programmes d'échange de seringues ou autres interventions ou faible disponibilité de ceux-ci, faible rétention dans les services de prévention ou faible adhésion à ces services, et obstacles structurels à une couverture d'assurance-maladie abordable, à des soins médicaux adéquats, [...] ou à d'autres prestations de soutien. L'approche dite d'« **ingénierie inverse** » repose sur le principe que les personnes susceptibles de contracter le VIH ont des caractéristiques et des facteurs de risque similaires aux personnes récemment diagnostiquées, et qu'il est fondé d'extrapoler les données entre populations. »

L'OFSP (Marianne Jossen) a complété le processus exhaustif de prévention du VIH de Horn et al. en lui ajoutant les déterminants-clés sociaux, économiques, culturels, psychologiques et bio-épidémiologiques de la prévention du VIH. Les prestations et instruments fondamentaux (cf. point 3) y ont aussi été intégrés. Ce scénario peut servir à illustrer le *processus exhaustif d'élimination du VIH* (cf. figure 2, page suivante).

La CFSS recommande vivement d'inscrire le modèle conceptuel élargi d'élimination dans le contexte plus large de la santé sexuelle, tel qu'indiqué dans la figure 2. La définition serait complétée comme suit :

Définition de l'élimination du VIH/sida dans le contexte de la santé sexuelle

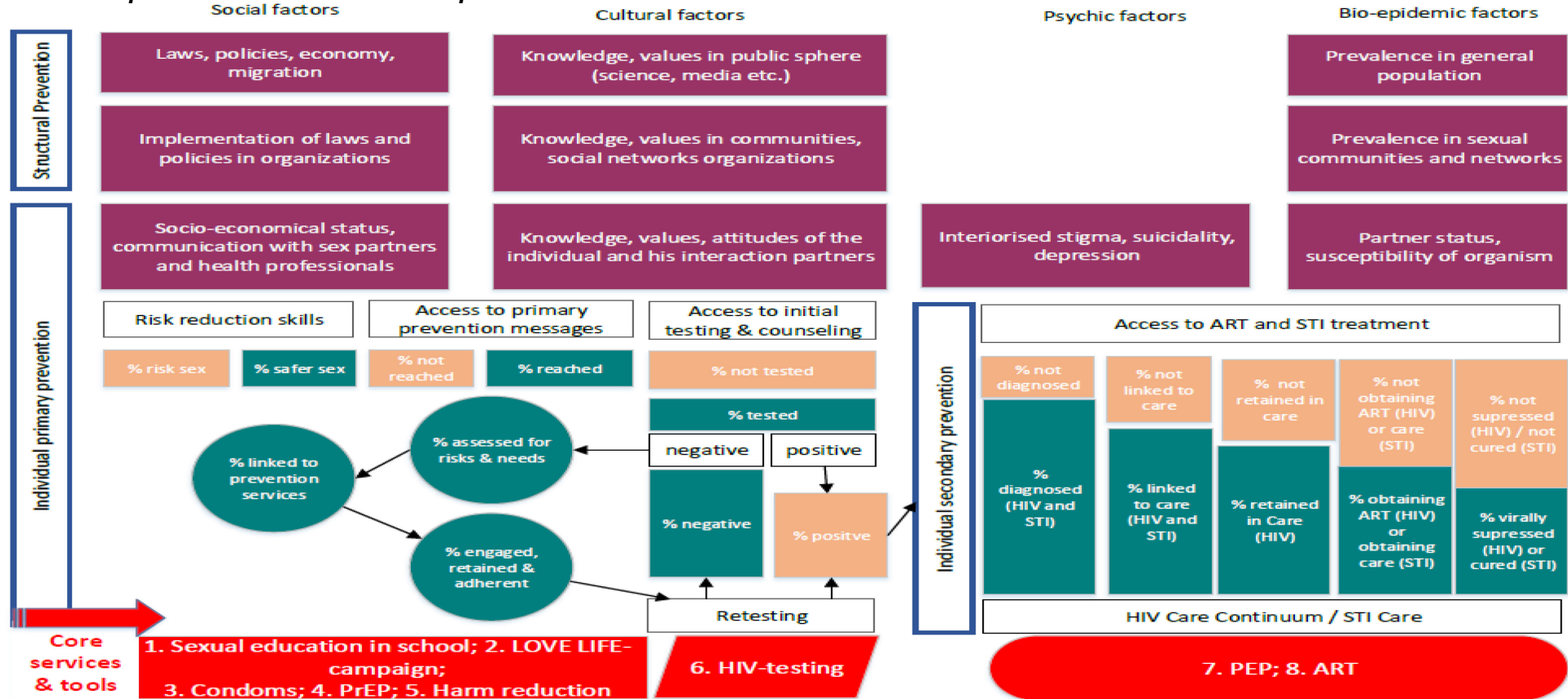
« Chaque nouvelle infection et chaque décès dus au VIH peuvent être évités. [...] Les occasions manquées en termes de prévention et de traitement doivent être considérées comme des urgences sanitaires, et tout doit être fait pour mettre en place une couverture exhaustive des prestations destinées aux séropositifs ou aux personnes susceptibles d'être contaminées par le VIH²¹. *Les programmes d'élimination du VIH et d'autres IST devraient être inscrits dans le contexte plus large de la santé sexuelle. Cette démarche permettra de renforcer l'intégration des services de surveillance des maladies dans la promotion de la santé, améliorant ainsi leur recevabilité et leur accessibilité. De plus, en promouvant les droits humains, elle encouragera chacun à agir pour sa santé et freinera la stigmatisation de populations-clés*²². »

²¹ Horn et al.

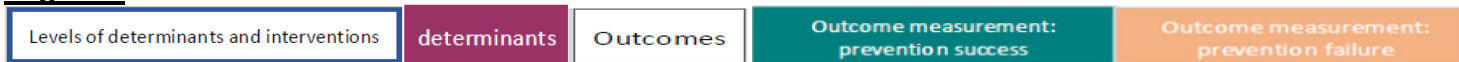
²² S'agissant du rôle de la santé sexuelle dans l'amélioration des programmes de prévention, voir : Douglas J. M., Fenton Kevin A. (2013). *Understanding sexual health and its role in more effective prevention programs*. Public Health Reports / 2013 Supplement / Vol. 128 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3562741/pdf/phr128s10001.pdf>).

Figure 2

Modèle du processus d'élimination complète du VIH



Légende :



Déterminants; niveaux des déterminants et des interventions; résultats ; Mesure du résultat : succès de la prévention; Mesure du résultat : échec de la prévention

5. Conditions propices à une stratégie d'élimination

On possède actuellement tous les instruments et prestations nécessaires à l'élimination du VIH/sida (cf. point 3), qui peuvent donc être mis à disposition (cf. point 6.1.3). De plus, les conditions légales et politiques en Suisse sont actuellement propices. On dispose également, aux niveaux national et international, de documents de référence facilitant l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie d'élimination. Ces documents abordent, outre l'élimination de l'épidémie de VIH/sida, la question de la non-discrimination et de la non-stigmatisation des séropositifs.

5.1 Documents de référence internationaux

La *Déclaration politique sur le VIH et le sida : accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030*²³ des Nations Unies date de 2016. La Suisse est déterminée à atteindre cette vision²⁴, qui figurait déjà dans les objectifs de développement durables²⁵. La Stratégie de l'ONUSIDA 2016-2021²⁶ et la Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH 2016-2021²⁷ de l'OMS développent cette thématique. En outre, dans sa Stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles 2016-2021, l'OMS a formulé la vision d'éliminer les autres IST d'ici 2030²⁸. Tous ces documents font de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination une condition *sine qua non* de l'élimination.

5.2 Droit à la santé

L'élimination du VIH/sida se fonde sur le *droit à la santé*²⁹ inscrit en 2000 dans l'art. 12 du *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (Pacte I)*. Selon le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, la prévention, le traitement et la lutte contre le VIH/sida font partie intégrante du Pacte, en d'autres termes, ils relèvent des obligations minimales des États-parties³⁰.

²³ Assemblée générale des Nations unies. New York, 8 juin 2016. *Déclaration politique sur le VIH et le sida : accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030*. A/RES/70/266 (http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/266&Lang=F).

²⁴ Cf. communiqué de presse du 8 juin 2016 du Conseil fédéral : *La communauté internationale veut mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030*

(<https://www.admin.ch/gov/fr/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-62087.html>).

²⁵ Cf. note 3.

²⁶ ONUSIDA (2016). *ONUSIDA | Stratégie de l'ONUSIDA 2016-2021. Accélérer la riposte pour mettre fin au sida* (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_STRATEGY_REPORT_FR_web.pdf).

²⁷ OMS (2016). *STRATÉGIE MONDIALE DU SECTEUR DE LA SANTÉ CONTRE LE VIH 2016-2021. VERS L'ÉLIMINATION DU SIDA* (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250576/WHO-HIV-2016.05-fre.pdf?sequence=1>).

²⁸ OMS (2016). *Stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles 2016-2021* A69/33 16 juin 2016

(<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250242/1/WHO-RHR-16.09-fre.pdf?ua=1>).

²⁹ *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*. Conclu à New York le 16 décembre 1966. Approuvé par l'Assemblée fédérale le 13 décembre 1991. Instrument d'adhésion déposé par la Suisse le 18 juin 1992. Entrée en vigueur pour la Suisse le 18 septembre 1992. 0,1031 (<https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19660259/index.html>).

³⁰ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 11 août 2000 (contenu dans le document E/C.12/2000/4). *Observation générale No 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12)* (https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=fr).

Art. 12

1. Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.

2. Les mesures que les États parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer :

c) la prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies (...).

5.3 Droit à la santé sexuelle et procréative

En mai 2016, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a déclaré que le *droit à la santé sexuelle et procréative* faisait partie intégrante du droit à la santé³¹. Il a ainsi renforcé la légitimité des programmes « Élimination du VIH/sida » ou « Fin de l'épidémie de VIH/sida ». Selon le Comité (cf. § 49), les points suivants sont essentiels, autrement dit constituent des obligations fondamentales pour les États en matière de droit à la santé sexuelle et procréative :

- (a) abroger ou supprimer les lois, les politiques et les pratiques qui incriminent, entravent ou compromettent l'accès des individus ou de certains groupes aux ressources, aux services, aux biens et à l'information concernant la santé sexuelle et procréative ;
- (c) garantir un accès universel et équitable à des services, des biens et des ressources de santé sexuelle et procréative abordables, acceptables et de qualité, en particulier pour les femmes et les groupes défavorisés et marginalisés ;
- (f) veiller à ce que tous les individus et groupes aient accès, en matière de santé sexuelle et procréative, à une éducation et une information complètes qui soient non discriminatoires, factuelles et dénuées de préjugés pour tous les groupes et catégories de personnes ;
- (g) fournir les médicaments, les équipements et les technologies indispensables à la santé sexuelle et procréative, en se fondant notamment sur la liste modèle OMS des médicaments essentiels.

Selon le Comité, ce dernier point inclut les médicaments de prophylaxie préexposition du VIH : « 13. *Doivent aussi être accessibles certains médicaments essentiels, notamment un large choix de méthodes contraceptives, dont les préservatifs [...] et des médicaments, y compris des génériques, pour la prévention et le traitement des maladies sexuellement transmissibles et du VIH.* » La Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels³² mentionne les PrEP au chiffre 6.4.2 Antirétroviraux : « *En l'état actuel des connaissances et d'après l'expérience de leur utilisation, les médicaments entrant dans les trois classes d'antirétroviraux ci-dessous sont inscrits sur la liste des médicaments essentiels pour le traitement et la prévention du VIH (prévention de la transmission mère-enfant, prophylaxie préexposition [s'il y a lieu] et postexposition).* »

5.4 Loi sur les épidémies³³

La loi fédérale du 28 septembre 2010 sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (loi sur les épidémies, LEp) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016. Elle permet de détecter, de surveiller, de prévenir et de combattre à temps les maladies transmissibles. Du point de vue de l'élimination du VIH, sa principale innovation est d'avoir attribué explicitement et durablement à la Confédération la compétence de fixer des objectifs et stratégies nationaux en matière de lutte contre les maladies transmissibles. En font notamment partie les

³¹ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2 mai 2016. *Observation générale no 22 (2016) sur le droit à la santé sexuelle et procréative (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)* (https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fGC%2f22&Lang=fr).

³² WHO Model List of Essential Medicines. 20th List (March 2017) (Amended August 2017) (http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/20th_EML2017_FINAL_amendedAug2017.pdf?ua=1) [en anglais ; notre traduction].

³³ Loi fédérale sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (loi sur les épidémies, LEp ; RS 818.101) (<https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20071012/index.html>)

vaccinations, les infections associées aux soins, les résistances aux agents pathogènes et le VIH et autres IST. Cette nouvelle compétence renforce le rôle de chef de file et les possibilités d'action de la Confédération. S'agissant du VIH/sida, la loi énonce ce qui suit :

Art. 5 Programmes nationaux

1. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) élabore, avec le concours des cantons, des programmes nationaux visant à détecter, à surveiller, à prévenir et à combattre les maladies transmissibles, en particulier dans les domaines suivants :

c. le VIH et autres agents pathogènes de maladies sexuellement transmissibles.

2. La Confédération et les cantons pourvoient, dans les limites de leurs compétences respectives, à la mise en œuvre des programmes nationaux.

5.5 Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (PNVI) 2011 à 2017/21³⁴

En septembre 2017, le Conseil fédéral a décidé de prolonger le *Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (PNVI)* de quatre ans, soit de 2018 à 2021. Dans son communiqué³⁵, le Conseil fédéral a déclaré : « Depuis le lancement de ce programme en 2011, le nombre de nouveaux cas de VIH diagnostiqués s'est stabilisé à quelque 500 par année. [...] En prolongeant le programme précité, la Suisse adopte la même ligne que l'OMS et d'autres acteurs internationaux qui ont décidé d'engager un combat volontariste contre la contamination au VIH et aux IST au cours des 10 à 15 prochaines années. La prévention de chaque infection permet d'éviter les souffrances individuelles qu'engendre la maladie, tout en réduisant les importants coûts économiques pour la collectivité. [...] Même si beaucoup de mesures ont fait leurs preuves, il est prévu d'examiner en permanence à partir de 2018 de nouvelles connaissances, et de les intégrer si elles s'avèrent judicieuses et utiles. »

³⁴ Office fédéral de la santé publique (2010). *Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (PNVI) 2011 à 2017/21* (NPHS D; NPHS Eng; NPHD F).

³⁵ Le Conseil fédéral (éd.) Communiqué de presse du 6 septembre 2017 *Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles prolongé* (<https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-67985.html>)

6. Projet de stratégie d'élimination du VIH/sida en Suisse d'ici 2030

Le présent projet de *Stratégie technique d'élimination du VIH/sida en Suisse d'ici 2030* s'appuie sur la *Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH 2016-2021. Vers l'élimination du sida* de l'OMS (cf. note 5).

6.1 Stratégie technique d'élimination du VIH/sida en Suisse d'ici 2030

Domaine de santé publique : santé sexuelle			
Principes <ul style="list-style-type: none"> - Droits de l'Homme, y compris droits sexuels et procréatifs, éthique médicale - Approche de santé publique - Accès et couverture sanitaire universels - Équité en matière de santé - Chaîne de prestations ininterrompue 			
Piliers			
Pilier 1 Enveloppes essentielles de réponse	Pilier 2 Assurer l'équité	Pilier 3 Financer la viabilité	Pilier 4 Innovation
Définir les ensembles de prestations et d'instruments essentiels du « Processus exhaustif d'élimination du VIH » (cf. figure 2) qui doivent être inclus dans des programmes de santé publique abordables.	Identifier les meilleures méthodes et approches s'agissant de fournir l'ensemble des prestations de la chaîne de soins du VIH aux différentes populations (-clés) dans divers sites et contextes afin d'assurer l'équité et d'atteindre un impact maximal.	Identifier des modèles viables de financement des réponses au VIH afin de permettre à ceux qui en ont besoin d'accéder aux prestations sans risquer d'être confrontés à des difficultés financières.	Identifier les domaines présentant des lacunes importantes en matière de connaissance et de technologie. Identifier les principaux obstacles légaux et politiques à éliminer.
Base stratégique : surveillance et intervention - qui, où et quand <ul style="list-style-type: none"> - Faire de la surveillance du VIH une intervention essentielle. - Collecter les informations permettant d'agir de manière ciblée et précoce. 			

6.1.1 Visions et objectifs

Vision :	Élimination	Mettre un terme aux cas de transmission du VIH/sida dans la population vivant en Suisse.
<u>Objectif principal 1 :</u>	Redevabilité	Tous les acteurs, à savoir les autorités de tous les échelons de l'État et les organisations avec et sans but lucratif, remplissent leurs obligations afin que l'ensemble de la population vivant en Suisse ait accès sans discrimination à tous les instruments et prestations relatifs au <i>processus exhaustif d'élimination du VIH</i> . Les prestations sont fournies dans le respect des droits humains et de l'éthique médicale, sans stigmatiser les personnes séropositives ou vulnérables au VIH.
<u>Objectif principal 2 :</u>	Accès	
2.1.	Accès-clé	Les populations-clés ³⁶ les plus susceptibles d'être exposées au VIH ou de le transmettre, les personnes particulièrement vulnérables ³⁷ au VIH et au sida, comme les HSH, les personnes sous chimioprophylaxie orale (PrEP), les populations migrantes provenant de pays à haute prévalence, les IDU, les travailleurs du sexe, les transgenres, les réfugiés et les prisonniers sont prioritaires ; les prestations et instruments sont adaptés à leurs risques, vulnérabilités et besoins ³⁸ . La priorité est donnée aux prestations fournies dans les centres géographiques de l'épidémie, dont la capacité est renforcée. ³⁹ Il convient d'évaluer la faisabilité et le rapport coût-efficacité des prestations gratuites destinées aux membres des populations-clés en difficultés financières et de développer une gamme d'indicateurs sociaux pour définir qui peut

³⁶ Organisation mondiale de la santé (OMS), Bureau régional de l'Europe (2016). *Action plan for the health sector response to HIV in the WHO European Region* (p. 2, note 1). « [...] les populations-clés [...] sont définies comme les groupes les plus susceptibles d'être exposés ou de transmettre le VIH et qu'il est nécessaire de mobiliser pour assurer le succès de la réponse. En Europe, les populations-clés comprennent les séropositifs, les IDU, les HSH, les transgenres, les travailleurs du sexe, les prisonniers et les migrants. Leurs partenaires sexuels sont également considérés comme des populations-clés. » (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/357478/HIV-action-plan-en.pdf?ua=1) [en anglais ; notre traduction].

³⁷ Bronfman M.N et al. (2002). *AIDS 2002*, 16 (suppl 3): p. 43. *Mobile populations and HIV/AIDS in Central America and Mexico: research for action*. « Alors que le terme risque indique une probabilité et fait référence au comportement individuel, la vulnérabilité est un indicateur de l'inégalité sociale et demande des réponses aux niveaux social et politique [...]. » (<https://pdfs.semanticscholar.org/f610/c8a6392870d13c7667e1df279ed73995733b.pdf>) [en anglais ; notre traduction].

³⁸ Organisation mondiale de la santé (OMS) (2016) *La prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés. Lignes directrices unifiées Mises à jour en 2016* (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246217/1/9789290312222-fre.pdf?ua=1>)

³⁹ Par ex., dans les villes suisses actives dans le réseau *Fast track cities* de l'International Association of Providers of AIDS Care (IAPAC) et de l'ONUSIDA (<http://www.fast-trackcities.org/>).

		bénéficiaire de la gratuité (par ex., statut de demandeur d'asile, de prisonnier, d'adolescent mineur, de sans-papiers).
2.2.	<i>Accès intégré</i>	Les services de santé sexuelle et les autres services de santé identifient les personnes à risque ou vulnérables au VIH et au sida par le biais de programmes communautaires et de sensibilisation, et leurs fournissent les prestations et instruments-clés du <i>processus exhaustif d'élimination du VIH</i> . Pour ce faire, on développera une stratégie complète visant à améliorer l'accès au dépistage du VIH dans les populations-clés et la population générale ⁴⁰ .
2.3.	<i>Accès universel</i>	La population vivant en Suisse a accès sans restriction à tous les instruments et prestations-clés du <i>processus exhaustif d'élimination du VIH</i> sans risque d'être confrontée à des difficultés financières.
<u>Objectif principal 3 :</u>	Viabilité	Les processus d'élimination sont viables car ils s'appuient sur la participation de populations-clés, la recherche scientifique, l'innovation et large soutien politique.
<u>Objectif principal 4 :</u>	Surveillance et intervention ⁴¹	Un système de surveillance, fondé sur le principe de l'ingénierie inverse, analyse les succès et les échecs de la chaîne de prévention et de soins, et informe l'ensemble des acteurs du progrès de l'élimination et de l'impact des mesures, en mettant l'accent sur la redevabilité, l'accès et l'utilisation. L'analyse et l'interprétation des données révèlent les schémas sociaux et les causes du succès et de l'échec de la prévention. Ce système de surveillance permet de réagir rapidement et d'adopter des mesures visant à interrompre la transmission du virus. La surveillance devient donc intervention.

⁴⁰ Cf. Bize R., Vu F., Dubois-Arber F. et al., note 19.

⁴¹ Organisation mondiale de la santé (OMS), *Public Health Surveillance*. « En matière de santé publique, la surveillance consiste à collecter, à analyser et à interpréter constamment et systématiquement les données nécessaires à la planification, l'implémentation et l'évaluation des programmes de santé publique. Cette surveillance peut : servir de système d'alarme précoce pour les urgences sanitaires graves, documenter l'impact d'une intervention ou suivre les avancées vers des objectifs spécifiques, et contrôler et clarifier l'épidémiologie des problèmes de santé publique, permettant ainsi de fixer des priorités et d'informer des politiques et des stratégies de santé publique adéquates. » (http://www.who.int/topics/public_health_surveillance/en/) ; Organisation mondiale de la santé (OMS), *Surveillance*. « La surveillance consiste en une collecte, une compilation, une analyse et une interprétation systématique et continue des données, ainsi que la diffusion d'information à ceux qui ont besoin de savoir pour pouvoir prendre des mesures » (https://www.who.int/tobacco/surveillance/about_surveillance/en/).

6.1.2 Objectifs et jalons

Au vu des derniers développements épidémiologiques et des potentiels tels que les PrEP, la CFSS propose le scénario suivant pour les nouveaux cas de VIH et de sida, en se fondant sur une diminution annuelle de 30 % (sur la base des chiffres de 2017 et d'une récente étude de modélisation de la SHCS, cf. note 13). Ce scénario requiert que l'ensemble des instruments et services de la chaîne d'élimination (cf. figure 2 et point 3) soient volontairement mis à disposition de tous et que les ressources nécessaires soient fournies et utilisées de manière cohérente et constante :

Jalons	Durée (années)	Cas de VIH	Cas de sida	Réduction annuelle en %
2017	0	445	104	30
2018	1	312	73	30
2019	2	218	51	30
2020	3	153	36	30
2021	4	107	25	30
2022	5	75	17	30
2023	6	52	12	30
2024	7	37	9	30
2025	8	26	6	30
2026	9	18	4	30
2027	10	13	3	30
2028	11	9	2	30
2029	12	6	1	30
2030	13	4	1	30

Outre la diminution constante des nouveaux cas, il faudra fixer les objectifs et jalons suivants :

- D'ici 2020 : plus aucun stade avancé du VIH (c.-à-d. plus aucun cas de sida) au moment du diagnostic de VIH. Motif : fin des diagnostics tardifs. Par tardif, on entend ici un diagnostic posé lorsque les symptômes de sida sont présents au moment du diagnostic, ou au plus tard trois mois après celui-ci⁴².
- D'ici 2020 : plus aucune hospitalisation pour stade avancé du VIH chez des patients diagnostiqués positifs au VIH depuis plus de 6 mois. Motif : plus aucun patient retournant tardivement dans le système de soins.
- D'ici 2020 : plus d'interruption du traitement chez les IDU⁴³. Motif : plus aucune nouvelle transmission et plus aucun nouveau cas de sida.
- D'ici 2020 : plus de décès liés au sida.

6.1.3 Principaux enjeux liés aux objectifs

En 2018, la CFSS a discuté des principaux enjeux posés par l'élimination du VIH/sida. Le tableau suivant présente un aperçu de ses conclusions s'agissant des objectifs.

<u>Objectif principal</u>	Enjeux identifiés par la CFSS

⁴² Cf. note 12.

⁴³ Cf. note 12.

	Élimination	<ul style="list-style-type: none"> • L'OFSP et les cantons développent et adoptent une stratégie nationale d'élimination du VIH et du sida. • L'OFSP développe, en collaboration avec les ONG et les cantons, une stratégie exhaustive visant à améliorer l'accès au dépistage du VIH dans les populations-clés et la population générale⁴⁴. • Éliminer la transmission mère-enfant.
1	Redevabilité	<ul style="list-style-type: none"> • L'OFSP, en accord et en collaboration avec les cantons (compétents en matière de prestations), l'ASS, SSS, la SHCS et les autres organisations pertinentes, développe un scénario pour « l'élimination du VIH » ainsi qu'un ensemble de mesures. • Les cantons (directions de la santé publique, médecins cantonaux, etc.) prennent leurs responsabilités en matière de d'accès aux prestations : mesures visant à éliminer les barrières linguistiques, services sensibilisés à la communication interculturelle, abolition des listes de mauvais payeurs, etc. • La Confédération prend ses responsabilités en matière d'accès aux prestations : étendre l'assurance-maladie obligatoire à tous les prisonniers, exclure les tests de dépistage du VIH et des autres IST de la franchise de l'assurance-maladie, proposer systématiquement un dépistage du VIH à tous les demandeurs d'asile dans les centres fédéraux, etc.
2	<u>Accès</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir un accès à bas seuil, également décentralisé, à tous les établissements, biens et services, y compris aux médicaments génériques, de la chaîne de soins / de la cascade de soins aux populations-clés, y compris les HSH, les migrants provenant de pays à haute prévalence, et les personnes vulnérables telles que les prisonniers, les demandeurs d'asile, les travailleurs du sexe et les transgenres. • Prévenir la discrimination et l'(auto-)stigmatisation de certaines interventions (par ex., dépistage de routine des demandeurs d'asile) en associant les populations-clés au développement et à la mise en œuvre des mesures. • Mettre l'accent sur les « transmetteurs ». • Mettre l'accent sur les partenaires des personnes sous PrEP. • Mettre l'accent sur les zones-clés de transmission constante (par ex., « fast track cities », cf. note 39). • Offrir des services gratuits à certains segments des populations-clés sur la base d'une gamme d'indicateurs sociaux clairement définis tels que les statuts de « demandeur d'asile », de « prisonnier », d'« adolescent mineur », de « sans papiers ». • Tous les résidents suisses, et notamment les populations-clés, reçoivent les prestations nécessaires sans risque d'être confrontés à des difficultés financières.

⁴⁴ Pour une revue complète des lacunes et opportunités du dépistage du VIH en Suisse, cf. Bize R., Vu F., Dubois-Arber F. et al., note 19.

3	Viabilité	<ul style="list-style-type: none"> • Insister sur l'impact financier et stratégique de l'élimination par rapport au status quo (contrôle de la maladie). L'objectif est de pronostiquer le rapport coût-efficacité de la stratégie d'élimination du VIH/sida en Suisse. • Développer des modèles de rapport population-prestations-coût relatifs à l'accès et à la couverture sanitaire universels en Suisse, sur la base, par ex., du modèle à trois objectifs de l'OMS⁴⁵ en répondant aux questions suivantes : 1. Population : qui est couvert ? 2. Prestations : quelles prestations sont couvertes ? 3. Coûts directs : quelle est la proportion couverte ?
4	Surveillance et intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Collecter systématiquement les données comportementales en tant qu'« événements » au sens de l'art. 3, let. b, de la loi sur les épidémies (LEp ; RS 818.101) et conformément à l'art. 14 LEp. Cette collecte est essentielle dans le cas d'une épidémie nourrie par des facteurs comportementaux et dont la prévention cible directement le comportement. Ces données forment un élément indispensable de la surveillance⁴⁶. • Dans une stratégie d'élimination, l'objectif du système de surveillance n'est pas d'informer les acteurs du Programme national de l'épidémiologie de l'année précédente. • Ce système doit au contraire servir à détecter toutes les nouvelles infections au VIH, avec ou sans symptômes, à enquêter sur chaque cas d'infection, à distinguer les cas importés des infections contractées en Suisse, et à garantir que chaque cas détecté est rapidement traité de sorte à prévenir les infections secondaires. Ce processus nécessite un système rigoureux de déclaration, ce dernier devant être fortement amélioré. • Placer la surveillance du VIH/sida au cœur du programme national. Collecter les données au fur et à mesure permet d'optimiser les réponses, d'évaluer les tendances et de réagir aux flambées d'épidémie. • La surveillance intègre les indicateurs standards développés par l'OMS/ONUSIDA/ECDC. • Elle met l'accent sur les données temporelles et géographiques essentielles minimales et inclut au moins les indicateurs suivants : <ul style="list-style-type: none"> - cascade du VIH - motif : un traitement efficace interrompt la transmission ; - temps écoulé entre l'infection et le traitement ; motif du dépistage ; comportement sexuel (à risque) : pourquoi le risque a-t-il été pris ? Pourquoi n'y a-t-il pas eu de stratégie efficace de réduction des risques ? - Motif : la plupart des nouvelles infections se produisent avant le début du traitement.

⁴⁵ Organisation mondiale de la santé *Universal Coverage – three dimensions* (http://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/) [en anglais].

⁴⁶ L'instrument BerDa de l'OFSP est un exemple de bonnes pratiques en matière de surveillance comportementale (cf. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationales-programm-hiv-und-andere-sexuell-uebertragbare-infektionen/freiwillige-beratung-und-testung.html>).

		<ul style="list-style-type: none">• L'approche de surveillance et d'intervention est adaptée aux diverses populations-clés et les indicateurs/données temporels et géographiques essentiels minimaux définis ou modifiés en conséquence - motif : atteindre les populations-clés à temps.• Réunir des informations sur les partenaires des personnes sous PrEP car ils courent un risque d'infection maximum.• Réunir des informations sur la question « pourquoi vous êtes-vous fait dépister ? » parmi les personnes récemment infectées.
--	--	---

6.1.4 Principaux enjeux

Accélérer la réponse administrative au VIH/sida

«Éliminer» le virus nécessite d'accélérer les activités sur l'ensemble de la chaîne de processus (cf. figure 2). Il est donc crucial d'accélérer les processus administratifs permettant de fournir des innovations telles que les PrEP. Les services compétents, comme Swissmedic et l'OFSP, doivent collaborer étroitement, faire preuve de transparence, et communiquer rapidement et fructueusement afin d'améliorer les retombées en termes de santé publique. Il convient d'organiser les compétences et processus de façon à ce que le rapport coût-efficacité des innovations soit évalué efficacement et rapidement et que les autorisations soient délivrées. En effet, tout État se doit de protéger ses citoyens contre les maladies potentiellement mortelles. Cette réforme servira non seulement à contrer le VIH/sida et les IST, mais bénéficiera aussi à tous les programmes de santé publique visant à apporter une réponse rapide.

Renforcer et mieux coordonner la stratégie de dépistage du VIH

La Suisse n'a pas de stratégie exhaustive et coordonnée, ni de réseau de dépistage du VIH. Pour éliminer ce virus, elle doit combler cette lacune. Il convient de formuler des directives simples et précises, comme recommander à chacun de se faire dépister au moins une fois⁴⁷, afin que la population générale, les populations-clés, les professionnels de la santé et les acteurs des diverses communautés sachent qui, quand et où dépister. Il faut systématiquement combattre les obstacles au dépistage dans les populations-clés et les sous-groupes, ce qui implique de collaborer étroitement avec eux. Le potentiel des tests rapides et des tests à domicile sera exploité afin de mieux atteindre les personnes mal desservies. Le travail d'élimination s'appuiera sur une analyse exhaustive de l'actuelle stratégie de dépistage, qui tiendra compte notamment des recommandations formulées par le groupe de travail *ad hoc* de la CFSS⁴⁸.

La dynamique des populations, un enjeu global

La dynamique des populations est un des principaux enjeux auquel tout service de santé publique doit faire face en période de mobilité mondiale. En effet, indépendamment de la nationalité, on constate une hausse de la dynamique migratoire générale due à des facteurs économiques (expatriation des professionnels ou des étudiants, migration économique), politiques (demandeurs d'asile, réfugiés) ou socioéconomiques et culturels (tourisme). Tout programme de contrôle des épidémies doit donc tenir compte de cette dynamique et s'y adapter. Un système de surveillance efficace doit ainsi être capable de recenser et d'interpréter la dynamique de tous les groupes de population et d'en tirer des recommandations en matière de prévention et de contrôle des maladies (csf. aussi notes 10, 11 et 14).

Enjeux relatifs à toutes les populations-clés

⁴⁷ Cf. par ex. : Haute autorité de santé (HAS). *Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. Synthèse, conclusions et recommandations*. (Mars 2017) (https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir2/reevaluation_de_la_strategie_depistage_vih_-_synthese_conclusions_reco.pdf).

⁴⁸ Cf. Bize R., Vu F., Dubois-Arber F. et al., note 19.

La CFSS a identifié plusieurs enjeux importants dans ce domaine.

Enjeu	Motif
Réexaminer périodiquement la taille de toutes les populations-clés.	Évaluer la prévalence et l'incidence de l'épidémie dans ces populations et expliquer leur dynamique. Conserver la dynamique inhérente au concept de « population-clé ». En effet, une population-clé aujourd'hui peut ne plus l'être demain, et l'impact de la maladie dans ces populations peut évoluer au fil du temps.
Modéliser régulièrement la cascade du dépistage et du traitement du VIH destinée aux populations-clés.	Mesurer et visualiser la qualité du système de santé sur la base du diagnostic, du traitement et des résultats du traitement des populations-clés séropositives, évaluer le nombre de personnes infectées et de personnes non diagnostiquées dans ces populations.
Adopter des directives de dépistage officielles fondées sur des algorithmes probants et différenciés pour toutes les populations-clés.	Il est nécessaire de disposer de directives claires permettant d'exclure les coûts de dépistage de la franchise de l'assurance-maladie obligatoire.
Exclure les coûts de dépistage de la franchise de l'assurance-maladie obligatoire pour toutes les populations-clés.	Diminuer les coûts de dépistage contribue à améliorer l'accès à ce dernier, qui constitue un service essentiel de la chaîne d'élimination.
Proposer un dépistage gratuit du VIH et des IST à toutes les personnes des populations-clés n'étant pas assurées (car non éligibles ou pour toute autre raison).	Diminuer les coûts de dépistage contribue à améliorer l'accès à ce dernier, qui constitue un service essentiel de la chaîne d'élimination.

Enjeux relatifs à certaines populations-clés

La CFSS a également identifié plusieurs enjeux importants dans ce domaine.

Enjeux liés aux objectifs principaux					
Population-clé	Prestations et instruments concernés* (cf. point 3)	1 Redevabilité	2 Accès	3 Viabilité	4 Surveillance et intervention

HSH	4. ⁴⁹	<ul style="list-style-type: none"> •Swissmedic, l'OFSP et l'industrie pharmaceutique font en sorte que les PrEP soient fournies à un prix abordable au titre de prophylaxie dispensée dans un environnement médical contrôlé. •Viser la couverture sanitaire universelle. 	Communiquer activement auprès des HSH sur les avantages des PrEP supervisées médicalement.	<ul style="list-style-type: none"> •Veiller à ce que toutes les personnes sous PrEP soient suivies médicalement, notamment en affectant des ressources aux points de contrôle et autres services de soins, en fonction de l'évolution du nombre de personnes sous PrEP pour lesquelles une visite médicale tous les trois mois est recommandée. •Assurer l'implémentation des PrEP par des programmes de santé publique efficaces (cf. note 49). 	Mesurer le volume/succès/échec des prestations ciblées.
	6.; 1. – 4.	Continuer d'investir dans les points de contrôle.	Examiner le potentiel de la télémédecine.		Évaluer régulièrement les points de contrôle.

⁴⁹ L'étude et le programme SwissPrEPared peuvent servir de modèles de système de surveillance et d'intervention pour les prestations et instruments destinés aux populations-clés et visant à fournir des soins de qualité aux personnes sous PrEP.

			Mettre à disposition des migrants HSH.		
	6	Continuer d'investir dans les campagnes de dépistage telles que STARMAN.	Mettre à disposition des migrants HSH.		
Travailleurs du sexe ⁵⁰	1.; 3.	<ul style="list-style-type: none"> •La Confédération contrôle la mise en œuvre de l'art. 27 OEp (RS 818.101.1). •Promouvoir l'utilisation du préservatif comme étant la norme pour les clients des travailleurs du sexe. 	Mettre l'accent sur les HSH et l'accès aux PrEP.		Examiner régulièrement la prévalence de l'usage du préservatif chez les clients des travailleurs du sexe.
	6	Inclure les consultations sur la violence sexuelle et sur les addictions aux prestations standards des services de conseil et dépistage volontaire du VIH pour les travailleurs du sexe.			
	7	Inclure les travailleurs du sexe n'utilisant pas de préservatif dans les populations pour			

⁵⁰ Pour plus de détails sur les spécificités et les besoins de ce groupe, ainsi que sur les domaines de prévention suggérés, cf. Locicero et al. (2017). *Les comportements face au VIH et autres IST des travailleuses et travailleurs du sexe en Suisse. Enquête SWAN 2016*. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Raisons de santé 276) (https://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds276_fr.pdf).

		lesquelles les PrEP sont recommandées.			
	Tous instruments et prestations		Renforcer les activités de prévention de proximité auprès des travailleurs du sexe afin d'améliorer la sensibilisation aux risques et à la protection.		Évaluer régulièrement l'impact des messages de prévention chez les travailleurs du sexe.
Populations migrantes	1.; 2.; 3.; 4.	<ul style="list-style-type: none"> • L'OFSP s'engage pour des campagnes tenant compte de la diversité culturelle. • Les cantons s'engagent pour une éducation sexuelle tenant compte de la diversité culturelle. • L'OFSP informe sur l'utilisation et les avantages des préservatifs et des PrEP. • Tous les acteurs rendent les moyens de prévention abordables. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rendre les messages de prévention accessibles à toutes les populations migrantes. • Mettre les moyens de prévention à disposition de tous en fonction des risques, vulnérabilités et besoins de chacun. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'accès est fonction d'une information et d'une communication adaptées sur les plans culturels et linguistiques. • L'accès dépend du prix. • Développer des activités de proximité pour la prévention et le dépistage du VIH. 	Évaluer régulièrement l'impact des messages de prévention chez les populations migrantes.
Populations migrantes provenant de	6.; 3.-4.	L'OFSP et ses partenaires mettent en place des points de	Personnel et interprètes sensibilisés à la	<ul style="list-style-type: none"> • Accès précoce au conseil et dépistage volontaire du VIH 	Évaluer régulièrement les points de contrôle.

pays à haute prévalence		contrôle pour les migrants afin de détecter rapidement les cas de VIH importés et la transmission entre les personnes vivant en Suisse.	communication interculturelle pour les services à bas seuil.	pour les immigrés afin d'éliminer les transmissions en Suisse. • Développer des activités de proximité pour la prévention et le dépistage du VIH.	
Environnements clos					
<i>Demandeurs d'asile dans les centres</i>	6. (en tant que point d'accès pour toutes les autres interventions fondées sur les dispositions du contrôle des épidémies [art. 31 OEp ; RS 818.101.1] et l'art. 8 de la nouvelle ordonnance du DFJP relative à l'exploitation des centres de la Confédération et des logements dans les aéroports ⁵¹)	<ul style="list-style-type: none"> • Le SEM et les cantons proposent systématiquement un conseil et dépistage volontaire du VIH à tous les demandeurs d'asile. • Explorer la faisabilité, l'utilité et la légitimité d'une approche <i>opt-out</i>. 	Dépistage gratuit	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas faire de différence entre les divers groupes de demandeurs d'asile afin de prévenir la stigmatisation. • Accès précoce des réfugiés au conseil et dépistage volontaire du VIH afin de garantir 	<p>Évaluer régulièrement la prévalence chez les demandeurs d'asile logés dans les centres fédéraux et cantonaux.</p> <p>Évaluer et rapporter régulièrement l'acceptation du dépistage chez les demandeurs d'asile</p>

⁵¹ Ordonnance du DFJP relative à l'exploitation des centres de la Confédération et des logements dans les aéroports (<https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/aktuell/news/2018/2018-12-07/vo-zentrumsbetrieb-f.pdf>). Pour tous les documents relatifs aux procédures d'asile accélérées, cf. <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/aktuell/news/2018/2018-12-05.html>. S'agissant de l'élimination du VIH/sida, il est important de noter que de nombreux demandeurs d'asile ne retournent pas dans leur pays d'origine ou dans un État de Dublin après avoir reçu une décision négative, mais partent de façon non officielle, ou apparaissent dans la catégorie « autres départs » des statistiques de l'asile. En 2017, c'était le cas d'env. 60 % des demandeurs d'asile déboutés. Cf. Statistique d'asile Total - État SYMIC du 30.11.2018 (<https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/publiservice/statistik/asylstatistik/uebersichten.html>). Selon les médias, « plus de 60 % des réfugiés disparaissent sans laisser de trace » *Asylsuchende sind keine Gefangenen und gehören auch nicht auf Vorrat eingesperrt*. NZZ du 13.06.2018 (<https://www.nzz.ch/meinung/ein-asylgesuch-ist-kein-haftgrund-ld.1394173>) [en allemand ; notre traduction]. Il est donc possible que nombre d'anciens demandeurs d'asile restent en Suisse comme « sans-papiers » (cf. note 10) ; ceux-ci ont en général plus difficilement accès au système de santé que les demandeurs d'asile. Il est d'autant plus important que tous les demandeurs d'asile puissent connaître leur statut VIH et, si nécessaire, recevoir les traitements adéquats. Selon les informations de l'OFSP, 82 Érythréens et 60 Camerounais, deux pays fortement représentés dans les statistiques d'asile, ont été diagnostiqués entre 2013 et 2018. La Commission nationale de prévention de la torture (CNPT) commente également indirectement en faveur d'une offre de test du VIH active dans les centres fédéraux : « La Commission se félicite du dépistage médical systématique, mais manque un examen médical à l'admission où les besoins somatiques et psychiatriques sont collectés par un spécialiste et font l'objet d'une enquête supplémentaire si nécessaire. » Cf. Commission nationale de

		<ul style="list-style-type: none"> •La Confédération contrôle la mise en œuvre de l'art. 31 OEp (RS 818.101.1). 		<p>l'accès au traitement et aux soins et d'empêcher la transmission.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Développer des activités de proximité pour la prévention et le dépistage du VIH. 	logés dans les centres fédéraux et cantonaux.
Prisonniers	6 (au titre de point d'accès à tous les autres instruments et prestations sur la base des dispositions relatives au contrôle des épidémies [art. 30 OEp ; RS 818.101.1] et des directives du Centre Européen de prévention et de contrôle des maladies ECDC ⁵²)	<ul style="list-style-type: none"> •Les cantons proposent systématiquement un conseil et dépistage volontaire du VIH à tous les prisonniers. •La Confédération contrôle la mise en œuvre de l'art. 30 OEp (RS 818.101.1). 	Dépistage gratuit	<ul style="list-style-type: none"> •Ne pas faire de différence entre les divers groupes de prisonniers afin de prévenir la stigmatisation. •Accès précoce des prisonniers au conseil et dépistage volontaire du VIH afin de prévenir la transmission et d'assurer les soins. 	<p>Évaluer régulièrement la prévalence chez les prisonniers.</p> <p>Évaluer et rapporter régulièrement l'acceptation du dépistage chez les prisonniers.</p>
IDU	5.; 8.	Garder le niveau de prestations actuel.	Prestations gratuites.	Plus d'interruption du traitement chez les IDU.	•Rapporter régulièrement la prévalence chez les

prévention de la torture (1. November 2018). *Bericht an das Staatssekretariat für Migration (SEM) betreffend Überprüfung durch die Nationale Kommission zur Verhütung von Folter in den Zentren des Bundes im Asylbereich 2017-2018*, p. 5 (<https://www.nkvf.admin.ch/dam/data/nkvf/Berichte/2018/bundesasylzentren/bericht-bundesasylzentren.pdf>; une synthèse de ce rapport est disponible en français, cf. <https://www.nkvf.admin.ch/dam/data/nkvf/Berichte/2018/bundesasylzentren/zusammenfassung-bundesasylzentren-f.pdf>). Enfin, le UNHCR, l'ONUSIDA et l'OMS recommandent également à proposer aux demandeurs d'asile un dépistage volontaire du VIH et des services de conseil. Cf. UNHCR/UNAIDS/WHO (2014). *Policy Statement on HIV Testing and Counselling for Refugees and other persons of concern to UNHCR* (<https://www.unhcr.org/53a816729.html>).

⁵² European Centre for Disease Prevention and Control, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018). *Public health guidance on active case finding of communicable diseases in prison settings* (<https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/Active-case-finding-communicable-diseases-in-prisons.pdf>) [en anglais].

					IDU et l'évaluation du point 5.
--	--	--	--	--	---------------------------------

* 1. Éducation sexuelle à l'école ; 2. Campagne LOVE LIFE ; 3. Préservatifs ; 4 PrEP ; 5. Réduction des risques ; 6. Dépistage du VIH ; 7. PEP ; 8. TAR

6.1.5 Autres IST

Dans sa Stratégie mondiale du secteur de la santé sur les IST 2016-2021, l'Organisation mondiale de la Santé a formulé une vision de l'élimination de toutes les IST pertinentes pour la santé publique. En Suisse, nous observons actuellement une diminution sans précédent du nombre de nouvelles infections à VIH, qui s'accompagne d'une augmentation de toutes les autres IST. L'augmentation des cas de syphilis et très probablement aussi des cas de gonorrhée semble être principalement due à une augmentation des tests, en particulier chez les HSH. Par conséquent, tous les efforts concentrés pour éliminer le VIH/sida auront également un effet d'entraînement massif sur le contrôle réussi et l'élimination éventuelle d'autres IST présentant un intérêt pour la santé publique. Par conséquent, la Suisse peut poursuivre la vision et l'objectif à long terme d'éliminer non seulement le VIH/sida, mais aussi d'autres IST, en particulier la syphilis et la gonorrhée, qui sont concentrées dans la même population clé (HSH) que le VIH. Par conséquent, des efforts intégrés visant des populations clés peuvent simultanément permettre l'élimination du VIH, de la syphilis et de la gonorrhée. Au niveau de la communication et de la mise en œuvre, le récit de l'élimination du VIH sera donc aussi le fer de lance de l'élimination des autres IST. En outre, des efforts stratégiques spécifiques seront nécessaires pour adapter les services à chaque IST et à chaque groupe de population.

7. Conclusion

L'élimination du VIH/sida en Suisse est réaliste. Tous les instruments et prestations nécessaires existent et peuvent être mis à disposition des diverses populations en fonction des risques, vulnérabilités et besoins de chacun.

La CFSS propose donc au Conseil fédéral d'axer le prochain programme sur le VIH et les IST sur « l'élimination du VIH/sida en Suisse », ouvrant ainsi la voie à l'élimination des autres IST telles que la syphilis et la gonorrhée.

Un engagement politique fort, un scénario d'élimination clair, et la redevabilité de tous les échelons de l'État fédéral, des organisations non gouvernementales et des organismes avec et sans but lucratif sont nécessaires pour atteindre cet objectif. Un scénario d'élimination plausible permettra de convaincre tous les responsables politiques. La communication sera soutenue par un dossier d'investissement illustrant le rapport coût-efficacité de l'élimination. Il est essentiel d'accélérer la réponse administrative au VIH/sida, lorsqu'il s'agit, par exemple, d'autoriser de nouvelles indications pour les médicaments tels que ceux utilisés pour les PrEP.

La clé du succès repose sur les populations les plus susceptibles d'être exposées au VIH ou de le transmettre, et les personnes particulièrement vulnérables au VIH et au sida, comme les HSH, les personnes sous chimio prophylaxie orale (PrEP), les populations migrantes provenant de pays à haute prévalence, les IDU, les travailleurs du sexe, les transgenres, les réfugiés et les personnes en environnement clos. Il faut mobiliser les ressources pour servir en priorité ces populations, et cibler les prestations sur les zones d'épidémie concentrée. On proposera à toutes les populations migrantes de Suisse de se faire dépister dès que possible afin de recevoir un traitement et des soins et d'empêcher la transmission du virus. On proposera également à toutes les personnes mobiles vivant en Suisse et revenant de l'étranger après avoir été exposées à un risque de VIH de se faire dépister dès que possible.

Éliminer ce virus suppose de combler les lacunes de l'actuelle stratégie de dépistage. Il faut adopter des directives claires, simples et applicables afin d'aider les populations-clés, les professionnels de la santé, les acteurs des diverses communautés et la population dans son ensemble à savoir qui, quand et où dépister. Il faut systématiquement combattre les obstacles au dépistage chez les populations-clés et les sous-groupes, ce qui implique de collaborer étroitement avec eux. Le potentiel des tests rapides et des tests à domicile sera exploité afin de mieux atteindre les personnes mal desservies.

Un système de surveillance et d'intervention mesurera le succès et l'échec des procédures grâce à une approche d'ingénierie inverse capable de traduire les résultats en action rapide. En effet, un système de surveillance efficace doit être capable de recenser et d'interpréter la dynamique de tous les groupes de population et d'en tirer des recommandations en matière de prévention et de contrôle des maladies.