« J'attends des pouvoirs publics qu'ils appliquent des politiques fondées sur la cohérence des données de santé publique et non sur une base idéologique »

Entretien avec le **Dr Cédric Arvieux**

À l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida, le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) interroge l'un de ses membres, le Dr Cédric Arvieux, sur les conditions pour atteindre l'élimination de la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) d'ici 2030. Infectiologue au centre hospitalier universitaire (CHU) de Rennes et référent médical du comité de coordination régionale de la santé sexuelle (CoReSS) de Bretagne, il a piloté le chapitre consacré à la prophylaxie préexposition (PrEP) du dernier rapport d'experts. Dans cet entretien, le Dr Arvieux salue l'atteinte, pour la première fois, des objectifs « 95-95-95 », mais alerte sur des choix politiques qui exposent les plus vulnérables, en France comme à l'international.

REPÈRES

- Médecin infectiologue au CHU de Rennes
- Référent médical du CoReSS de Bretagne
- Membre du CNS
- A piloté le chapitre consacré à la PrEP du dernier rapport d'experts

01 Dr Arvieux, en tant qu'infectiologue, quel regard portez-vous sur la situation épidémique en France aujourd'hui ?

Cédric Arvieux · Nous sommes dans une situation un peu « intermédiaire » : Santé publique France nous annonce pour la première fois une diminution statistiquement significative du nombre de nouvelles transmissions en France en 2025 par rapport aux deux années précédentes. En revanche, on a l'impression que, chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) et nés en France, l'incidence, en baisse continue de 2012 à 2022, est en train de se stabiliser. Il existe une petite tendance à la diminution du nombre de nouveaux diagnostics chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne, mais il est trop tôt pour pouvoir l'interpréter. On sait notamment que des obstacles au dépistage dans une population spécifique peuvent artificiellement faire baisser le nombre de nouveaux diagnostics, comme on l'a vu pendant la pandémie de Covid-19. En 2025, la France atteint pour

la première fois les objectifs de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en matière de dépistage et de prise en soin, à savoir 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut, 95 % de celles qui connaissent leur statut sous traitement et 95 % de charges virales indétectables chez les personnes sous traitement. C'est réconfortant pour toutes les personnes en France qui luttent contre l'épidémie, mais on sent bien que le « dernier kilomètre » pour aller vers la fin de l'épidémie, objectif que l'on s'est fixé pour 2030, va être difficile à parcourir, certaines personnes restant trop éloignées des soins et de la prévention.

02 Quels publics vous préoccupent le plus ?

Cédric Arvieux · Les femmes, et notamment celles nées en Afrique subsaharienne, même si elles représentent moins de la moitié des personnes suivies et moins de la moitié des nouveaux cas diagnostiqués en 2025, restent trop à l'écart des politiques de santé publique et des axes de prévention. La très forte prédominance masculine au début de l'épidémie a minimisé la question du VIH chez les femmes. Elles ont été peu nombreuses, comme d'habitude, à participer aux programmes de recherche clinique, au prétexte qu'il était plus facile de recruter des hommes ; elles ont également été en partie absentes des programmes de prévention dans les pays industrialisés. La recherche internationale est quant à elle, notamment en Afrique australe, très centrée sur la population féminine.

Mais en pratique, toutes les personnes éloignées d'une information fiable, des soins et de la prévention sont plus à risque d'être en contact avec le VIH et, une fois infectées par le virus, plus à risque d'entrer tardivement dans les soins. Or, on sait aujourd'hui que l'un des principaux facteurs de bon pronostic de l'infection par le VIH est un diagnostic et un traitement précoces. Là aussi, les chiffres de l'épidémie en France montrent plutôt une amélioration de la précocité du diagnostic, ce qui est un bon signe : il faut poursuivre dans ce sens. Néanmoins, les dispositifs comme « Mon test IST » (dépistage des infections sexuellement transmissibles [IST] sans ordonnance en laboratoire), qui ont fait bondir le nombre de sérologies VIH réalisées en France, excluent les populations les plus marginalisées, qui soit ne disposent ni d'assurance maladie ni de l'aide médicale de l'État (AME), soit n'ont pas d'accès effectif aux laboratoires de biologie médicale. On peut d'ailleurs voir que, même si le nombre de sérologies réalisées augmente, le nombre de diagnostics a plutôt tendance à baisser, alors que l'on sait qu'il existe un réservoir de près de 8 500 personnes qui ne connaissent pas encore leur séropositivité au VIH.

03 Cette année a été marquée par un recul inédit des financements internationaux : la France a réduit de plus de moitié sa contribution au Fonds mondial. Quelles conséquences peut-on craindre ?

Cédric Arvieux · Si l'on veut d'abord voir l'aspect potentiellement positif des choses, ce sera peut-être l'occasion pour certains pays de s'interroger sur leurs modèles de financement de la santé et d'envisager des efforts supplémentaires pour investir dans la santé des populations et moins dépendre de l'aide internationale. Malheureusement, très peu de pays qui bénéficiaient d'une aide importante pour le secteur de la santé semblent s'engager dans cette voie.

Plusieurs pays se sont lancés dans des accords bilatéraux avec des puissances non désintéressées (États-Unis, Fédération de Russie, Chine…) qui pourraient leur être très défavorables à moyen terme, en échangeant des richesses minières, forestières ou agricoles contre le maintien d'une aide dans le secteur du développement. Le risque est de rester dans un modèle de dépendance, avec, en plus, un appauvrissement dans les secteurs précités, au détriment de l'écologie et d'un développement durable, et sans finalement de grande avancée dans le secteur de la santé.

Concernant l'accès aux traitements antirétroviraux, il est difficile de juger actuellement de l'impact de cette diminution de l'aide au développement. On sait que, dans certains pays, la désorganisation d'un seul maillon de la chaîne d'accès au traitement peut entraîner une perte de l'accès effectif, même si les traitements sont théoriquement « disponibles » dans les pays concernés. Un bon exemple est celui des difficultés de transport. De très nombreuses études ont montré que la distance, ainsi que le coût de transport, entre le lieu d'habitation des personnes et le lieu de délivrance des antirétroviraux était l'un des principaux facteurs de « bonne observance » du traitement. Le principal organisme d'aide au développement des États-Unis, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), a été très rapidement démantelé lors de l'arrivée de la dernière administration Trump. Cet organisme ne finançait pas toujours les traitements directement, mais les organisations non gouvernementales (ONG) qu'il finançait pouvaient intervenir très concrètement dans l'aide apportée aux personnes vivant avec le VIH pour accéder aux sites de traitement. On se retrouve donc avec des patient·es à un endroit, des traitements à un autre et rien pour faire le lien entre les deux. Sur le papier, le traitement reste bien disponible, mais en réalité l'accès devient très limité, avec des conséquences catastrophiques. Les modélisations réalisées actuellement montrent que, dans certains pays, le prix à payer pourrait être de plusieurs millions de personnes nouvellement infectées par le VIH et de nombreux décès supplémentaires si un rétablissement rapide des financements n'était pas obtenu[1]. On a l'impression d'un sacrifice des populations les plus précaires des pays les plus touchés.

> **« On a l'impression d'un sacrifice des populations les plus précaires des pays les plus touchés »**
>
> Dr Cédric Arvieux

04 En quoi ce qui se passe à l'international concerne-t-il aussi l'épidémie en France ?

Cédric Arvieux · Le modèle d'aide publique au développement mis en place dans le contexte de la décolonisation n'a pas toujours fait ses preuves sur le long terme, mais l'arrêter brutalement pour des raisons purement financières et sans réfléchir à un modèle alternatif va avoir un impact négatif important sur les populations qui vivent dans les situations les plus précaires. On voit que cela a tendance à pousser de plus en plus de personnes à essayer de migrer vers des zones considérées comme plus sûres, pour leur sécurité et leur

avenir ainsi que celui de leurs enfants, et à prendre de plus en plus de risques sur les parcours de migration. Ainsi, les personnes concernées arrivent — pour celles qui ne meurent pas en route — dans les pays industrialisés après des parcours épouvantables, marqués par des traumatismes psychologiques et des violences physiques et sexuelles, particulièrement pour les femmes.

Contrairement à une représentation que l'on retrouve souvent dans la presse ou sur les réseaux sociaux, très peu de personnes malades arrivent en France : le bon état de santé est un facteur essentiel avant d'entreprendre un parcours de migration à haut risque.

En parallèle de la diminution de l'aide au développement, on essaie également de réduire l'accès aux droits, au travail et à la santé en France pour les personnes migrantes[2]. Cela va les écarter de la prévention et entraîner des conditions de vie précaires rendant difficile le fait de se protéger. Je pense notamment aux femmes qui, pour pouvoir bénéficier d'un toit, vont être obligées d'accepter des rapports sexuels non protégés qu'elles refuseraient si la situation ne les mettait pas dans un état de dépendance.

05 Sur le territoire aussi, les associations voient leurs moyens diminuer, et la campagne nationale du 1er décembre sera cette année réduite au minimum. Quel signal cela envoie-t-il ?

Cédric Arvieux · Dans la plupart des situations sanitaires où l'on souhaite s'approcher d'une élimination de la maladie, comme c'est le cas pour le VIH avec cet objectif à l'horizon 2030, on sait que le dernier kilomètre à parcourir est le plus difficile, car il va falloir aller chercher des personnes qui, habituellement, ne fréquentent pas les systèmes de soins et de prévention. Or, on voit bien que le dernier maillon de la chaîne, le plus proche de ces populations, est le milieu associatif : que ce soient les associations qui accueillent des personnes en situation d'addiction, celles qui apportent soutien social et prévention dans les lieux de travail du sexe ou celles qui accueillent les personnes sans papiers, aucun travail sérieux auprès des populations concernées ne pourrait être réalisé sans elles[3]. Même pour des populations moins éloignées des soins, le secteur associatif peut être un point d'accès essentiel à la prévention, comme on peut le noter avec le Planning familial.

> « Le dernier kilomètre à parcourir est le plus difficile »
>
> Dr Cédric Arvieux

06 Vous êtes référent médical du CoReSS de Bretagne. La feuille de route 2026-2030 de la Stratégie nationale de santé sexuelle confie aux CoReSS un rôle majeur, mais le CNS relevait en août que ce rôle restait peu défini dans les actions prévues. Que peuvent faire les CoReSS dans la lutte contre le VIH, et de quoi ont-ils besoin ?

Cédric Arvieux · La grande difficulté pour les CoReSS aujourd'hui est d'arriver à répondre à la demande d'élargir leur champ d'action à l'ensemble de la santé sexuelle (hors interruption volontaire de grossesse [IVG]) à moyens constants, tout en essayant de conserver la qualité des actions entreprises dans le domaine du VIH et des IST[4]. On a tendance à oublier que, si l'on dispose aujourd'hui de statistiques fiables, reproductibles et comparables d'une année sur l'autre dans le domaine du VIH, c'est grâce à l'immense travail réalisé par le personnel des comités de coordination régionale de la lutte contre le VIH (COREVIH), devenus CoReSS, en matière d'aide au recueil de données et surtout de contrôle qualité. Je vois avec un certain effarement la destruction d'un outil de travail que l'on avait mis 25 ans à construire (car ce travail avait commencé avant la création des COREVIH), sans que l'on ait réfléchi aux conséquences que cela va avoir sur notre capacité à produire des données. Or, on l'a vu aux États-Unis récemment, la question des données est absolument cruciale pour lutter contre des politiques qui ne sont pas fondées sur des preuves scientifiques ou, pire, directement inspirées par des considérations idéologiques qui vont à l'encontre de la santé publique.

Il va être important pour les CoReSS d'arriver à s'ouvrir au champ de la santé sexuelle, tout en restant forts sur les actions concernant la prévention du VIH et l'accompagnement des personnes vivant avec le VIH.

07 Vous avez piloté le chapitre consacré à la PrEP du dernier rapport d'experts. La PrEP injectable au cabotégravir est remboursée depuis mars 2026, et le lénacapavir, une injection tous les six mois, est attendu. Qu'est-ce que ces outils changent pour la prévention, et comment éviter qu'ils ne creusent les écarts, alors que la PrEP reste méconnue du grand public et inégalement accessible selon les populations ?

Cédric Arvieux · Les études cliniques et l'expérience post-étude ont montré que la PrEP orale avec les comprimés d'emtricitabine/ténofovir répondait à une partie de la demande de protection contre le VIH, mais n'était pas adaptée à toutes les situations. Que ce soit en prise quotidienne (un comprimé par jour) ou en prise à la demande (au moins deux heures avant une exposition, puis poursuite du traitement 48 heures après la dernière exposition), la PrEP orale nécessite une « attention » particulière et va entraîner une certaine charge mentale : ai-je bien pris tous mes comprimés dans la semaine ? Vais-je avoir des rapports potentiellement exposants ce week-end, qui nécessiteraient que je prenne la PrEP à la demande ? L'idée de la PrEP injectable est de pouvoir diminuer cette charge mentale, avec simplement le fait de devoir penser à faire ses injections tous les deux mois avec le cabotégravir ou tous les six mois, dans le futur, avec le lénacapavir.

Mais la PrEP injectable répond aussi à un autre enjeu, celui de la discrétion : un certain nombre de personnes ne souhaitent pas exposer le fait qu'elles prennent un traitement préventif vis-à-vis du VIH, car cela pourrait être mal perçu par leur entourage ou par leur partenaire. Si le fait de se protéger du VIH peut apparaître, dans certains contextes sociaux ou relationnels, comme une marque de responsabilité, il peut à l'inverse apparaître, dans d'autres, comme un marqueur de « mœurs légères », avec une connotation très négative. On comprend alors que certaines personnes souhaitent rester discrètes sur leurs moyens de prévention : la PrEP injectable est bien moins visible que le comprimé d'emtricitabine/ténofovir ou, bien sûr, que le préservatif[5] !

08 Pour tenir l'objectif d'élimination en 2030, qu'attendez-vous des pouvoirs publics, et quel rôle le CNS entend-il jouer dans cette remobilisation ?

Cédric Arvieux · Si l'atteinte de l'objectif « 95-95-95 » en 2025 est un marqueur d'étape rassurant pour aller vers l'élimination de l'infection par le VIH en 2030, la dernière étape de dépistage et de traitement des quelque 8 500 personnes qui ignorent encore leur séropositivité au VIH en France va être particulièrement complexe. Elle devra notamment être orientée vers un meilleur accès au dépistage et à la prévention pour les personnes nées à l'étranger, et notamment en Afrique subsaharienne : les chiffres de Santé publique France pour 2025 montrent que le diagnostic dans cette population est moins souvent réalisé au stade de primo-infection et plus souvent à un stade tardif que dans la population générale. En 2025, plus de la moitié (53 %) des personnes qui ont découvert leur séropositivité étaient nées à l'étranger et, parmi celles-ci, la moitié ont été infectées sur le territoire français. L'accès précoce à la PrEP dès l'arrivée en France est probablement une clé pour atteindre les objectifs de 2030, notamment pour les femmes, tout en maintenant une grande vigilance sur la poursuite des efforts concernant le dépistage et la prévention chez les HSH, qui restent la population où, en volume, il y a le plus de personnes dont l'infection n'est pas encore diagnostiquée.

Comme l'avait rappelé le CNS en 2024, il est « plus que jamais essentiel que la parole politique réaffirme le principe intangible d'accès universel à la prévention et aux soins et sa volonté de mettre en œuvre une politique de santé publique éthique, cohérente et solidaire »[6]. J'attends des pouvoirs publics qu'ils appliquent des politiques fondées sur la cohérence des données de santé publique et non sur une base idéologique. Aujourd'hui, le CNS est là pour réfléchir et conseiller afin que les décisions prises par les autorités servent au mieux les populations qui ont le plus besoin des services de l'État.

NOTES

1. Le CNS a analysé les effets de cette crise des financements internationaux dans une note technique publiée en juin 2026. Conseil national du sida et des hépatites virales. (2026, juin). *Les conséquences de la crise des financements internationaux sur la lutte contre le VIH/sida* (Note technique n° 1). https://cns.sante.fr/media/3128
2. Le CNS s'est prononcé sur l'accès aux droits et aux soins des personnes étrangères gravement malades dans un avis adopté en décembre 2025. Conseil national du sida et des hépatites virales. (2025, 18 décembre). *Avis sur l'amélioration du dispositif du droit au séjour pour soins*. https://cns.sante.fr/media/3095
3. Dès novembre 2025, le CNS alertait sur la baisse des financements publics alloués aux associations et appelait à une remobilisation des pouvoirs publics. Conseil national du sida et des hépatites virales. (2025, 21 novembre). *L'urgence d'une remobilisation pour tenir l'ambition d'élimination d'ici 2030* [Communiqué de presse]. https://cns.sante.fr/lurgence-dune-remobilisation-pour-tenir-lambition-delimination-dici-2030
4. Dans sa note valant avis sur la troisième feuille de route de la Stratégie nationale de santé sexuelle, le CNS souligne que le rôle des CoReSS reste peu défini, alors que leurs missions sont étendues et leurs moyens limités. Conseil national du sida et des hépatites virales. (2026, 25 août). *Note valant avis sur le projet de feuille de route 2026-2030 de la Stratégie nationale de santé sexuelle*. https://cns.sante.fr/sites/cns-sante/files/2026-09/2026-08-25_nva_fr_3%C3%A8%20FdR%20SN2S%20FINAL.pdf
5. Le CNS a pris position publiquement en faveur d'un accès équitable de toutes et tous à la PrEP. Conseil national du sida et des hépatites virales. (2026, 1er juin). *Prévention : garantir un accès équitable pour toutes et tous à la PrEP* [Communiqué de presse]. https://cns.sante.fr/sites/cns-sante/files/2026-06/2026-06-01_cp_SNSS%20PrEP.pdf

   Il recommande également que la PrEP injectable puisse être délivrée gratuitement, dans les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), aux personnes sans couverture maladie. Conseil national du sida et des hépatites virales. (2026, 25 août). *Note valant avis sur le projet de feuille de route 2026-2030 de la Stratégie nationale de santé sexuelle*. https://cns.sante.fr/sites/cns-sante/files/2026-09/2026-08-25_nva_fr_3%C3%A8%20FdR%20SN2S%20FINAL.pdf
6. Le CNS a réaffirmé ce principe alors que la restriction de l'aide médicale de l'État (AME) aux seuls soins urgents revenait dans le débat public. Conseil national du sida et des hépatites virales. (2024, 3 octobre). *Aide médicale de l'État : le CNS réaffirme le principe intangible d'accès universel à la prévention et aux soins* [Communiqué de presse]. https://cns.sante.fr/communiques-de-presse/aide-medicale-de-letat-le-cns-reaffirme-le-principe-intangible-dacces-universel-a-la-prevention-et-aux-soins

CNS
Conseil national du sida et des hépatites virales

À propos du CNS

Le Conseil national du sida et des hépatites virales a pour missions de donner un avis sur les questions de société posées par le VIH/sida, les hépatites virales chroniques et les infections sexuellement transmissibles.

➜ HISTOIRE

Créé en 1989 par décret du président de la République (décret n° 89-83), le Conseil national du syndrome immunodéficitaire acquis (Conseil national du sida, CNS) devient le Conseil national du sida et des hépatites virales le 27 février 2015 (articles D3121-1 à D3121-14 du Code de la santé publique). Il est par la suite élevé au rang législatif en 2018 (article L.3121-3 du Code de la santé publique).

➜ MISSIONS

Le CNS est consulté sur les programmes et plans nationaux de santé et les programmes d'information, de prévention et d'éducation pour la santé, établis par le Gouvernement, et les organismes publics. Ses travaux sont adressés aux pouvoirs publics et à l'ensemble des acteurs concernés.

Aujourd'hui, la nouvelle approche globale de la **santé sexuelle**, reconnue et adoptée par un grand nombre d'instances au plan international et en France, dans le cadre de la stratégie nationale de santé sexuelle (SN2S) 2017-2030, a conduit les pouvoirs publics à envisager la réorganisation des missions du CNS et de sa composition afin de mieux incarner la santé sexuelle dans sa vision globale et positive. Cette évolution en cours de déploiement renforce et élargit l'approche globale et éthique de la santé sexuelle.

cns.sante.fr