

République Française
Conseil national du sida

**RAPPORT SUR L'ÉVOLUTION DU DISPOSITIF DE
DÉPISTAGE DE L'INFECTION PAR LE VIH EN FRANCE**

*suivi de recommandations, adopté
lors de la séance plénière du 16 novembre 2006
sur proposition de la commission «Dépistage»*

Membres de la commission dépistage

Willy Rozenbaum

Françoise Brun-Vézinet

Pierre Mathiot

Christian Saout

François Bourdillon

Danièle Quantinet

Rapporteurs

Marc Dixneuf

Anthony Poncier

INTRODUCTION	3
I CHANGER LE PARADIGME DU DÉPISTAGE	5
A) <i>Des motifs de proposition de dépistage à élargir</i>	6
En fonction des prévalences	6
Saisir certaines opportunités pour proposer un test	6
B) <i>Des pratiques de counseling à repenser</i>	7
limiter le counseling quand il est un frein au dépistage.....	8
Améliorer et déléguer le counseling quand il est nécessaire.....	8
C) <i>Une pratique des tests de dépistage à réévaluer</i>	9
Les tests rapides doivent être encadrés	10
La réalisation du test.....	11
II OPTIMISER LE DÉPISTAGE	11
A) <i>Mieux utiliser les systèmes spécifiques de dépistage</i>	11
Définir une politique régionale sous l'impulsion des COREVIH.....	12
Une structure de coordination du dépistage	12
Un rôle d'orientation des enquêtes.....	12
Mieux utiliser le système spécifique des CDAG	13
Les CDAG sont insuffisamment utilisées	13
Des réformes nécessaires	14
B) <i>Augmenter la proposition de dépistage dans les régions prioritaires</i>	15
Proposer le dépistage lors de recours aux soins	15
Le cas particulier des DOM.....	15
C) <i>Développer l'offre de dépistage aux populations les plus exposées</i>	16
La problématique spécifique de la communauté homosexuelle.....	16
Aller vers les personnes originaires de zones de fortes prévalences d'infection par le VIH.....	17
Développer l'offre de test dans les lieux d'accueil des personnes en situation de précarité	18
Utiliser les structures destinées aux usagers de drogues	19
Pour une véritable offre de dépistage à la population carcérale.....	19
RECOMMANDATIONS.....	21
Élargissement de la proposition de tests de dépistage	21
Rôle des CDAG	21
Questions d'anonymat	21
Évolution du counseling	22
Recours aux tests rapides sanguins de dépistage	22
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES.....	23

Introduction

Le test de dépistage de l'infection par le Virus de l'Immuno-déficience Humaine (VIH) est disponible depuis 1985. Il n'existait pas alors de traitements antirétroviraux, son intérêt était essentiellement de sécuriser les dons du sang, d'organes, de tissus, de cellules, de gamètes. Avec l'apparition des traitements, l'intérêt du dépistage est devenu fondamental au niveau individuel. Les multithérapies antirétrovirales ont indéniablement permis d'améliorer l'espérance de vie des personnes infectées par le VIH. Le test de dépistage permet d'identifier une infection asymptomatique pour amener à un diagnostic et à une prise en charge précoce. Par des examens immunovirologiques, il permet de déterminer le moment optimum de la mise sous traitement antirétroviral. Le cadre d'organisation du dépistage a été pensé pour permettre de délivrer des messages de prévention avant et après la réalisation du test. Cette procédure, qualifiée par les Anglo-saxons de *counseling*, a été adoptée, ainsi que le nom qui la désigne, par les professionnels de santé français et a peu évolué depuis.

Ces dernières années, la politique de dépistage a suscité des interrogations pour deux raisons. D'une part, alors qu'une prise en charge précoce permet d'améliorer très largement l'espérance de vie des personnes infectées par le VIH, les données épidémiologiques ont confirmé le constat d'un retard dans le dépistage et la prise en charge. Selon les méthodes de calcul, la prévalence de l'infection par le VIH est estimée entre 106 000 et 134 000 personnes fin 2005¹. Le nombre de personnes infectées et qui ne connaîtraient pas leur infection par le VIH est élevé, estimé aux alentours de 40 000². En 2004, parmi les personnes chez lesquelles un sida était diagnostiqué, 45 % ignoraient leur infection par le VIH³. Les nouvelles contaminations sont estimées à 5 200 par an⁴.

En 2004, la France, après l'Autriche, est le deuxième pays européen dans lequel le taux de dépistage réalisé par habitant est le plus élevé (82 %), soit 4,9 millions de tests, avec une hausse de 4 % tous les ans depuis 2001⁵. En 2004, on évalue à 7 000 le nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH réalisés. L'Institut de veille sanitaire (InVS) estimait que les transmissions chez les personnes ayant des rapports hétérosexuels sont prépondérantes avec 55 % à 67 % des nouveaux diagnostics⁶. Parmi elles, 54 % des femmes et 41 % des hommes sont d'une nationalité d'un pays d'Afrique sub-saharienne⁷, mais cette tendance est en diminution entre 2003 et le 1^{er} semestre 2005⁸. Il existe aussi des régions où la prévalence est plus élevée, nécessitant une réponse adaptée au contexte géographique afin de renforcer le maillage du dispositif de dépistage. Parmi les personnes qui découvrent leur

¹ La prévalence est le nombre total de personnes infectées à un moment donné, dans une population donnée. L'estimation basse est celle calculée par rétrocalcul, l'estimation haute est obtenue par méthode directe. Avec un intervalle plausible de 88 000 à 185 000 personnes. « La prévalence de la séropositivité VIH en France », *BEH* n°11 (15 mars 2005).

² Le nombre de patients suivis est estimé entre 73 000 et 88 000 (FHDH), le nombre de personnes contaminées entre 106 000 et 134 000, l'intervalle du nombre de personnes ignorant leur infection se situe probablement entre 18 000 et 61 000 personnes.

³ *Op. cit.*, p. 11.

⁴ Les décès étant estimés à 1 700 par an, l'augmentation annuelle de la prévalence d'infection par le VIH peut donc être extrapolée à 3 500 cas (*BEH* n°11, *op. Cit.*).

⁵ Institut de Veille sanitaire, *Surveillance du VIH/sida en France, rapport n°3, données au 30 juin 2005*, p. 16.

⁶ *Op. cit.*, p. 23.

⁷ Les pays sont principalement le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Congo et le Mali, Institut de Veille sanitaire, *op. cit.*, p.5.

⁸ *Ibidem.*

infection à VIH, près de la moitié (48 %) résident en Île-de-France⁹. La situation est par ailleurs préoccupante dans les Départements d'Outre-Mer (DOM), singulièrement en Guyane et en Guadeloupe. De même, certaines populations sont plus exposées au VIH. Ainsi, les transmissions chez les hommes ayant des rapports homosexuels persistent avec 24 % à 29 % des nouveaux diagnostics¹⁰ et ont augmenté entre 2003 et le 1^{er} semestre 2005¹¹.

En septembre 2005, certains se sont inquiétés de l'avenir de l'organisation du dépistage en France. Sidaction a ainsi fait part au Conseil National du sida de ses craintes quant à l'impact négatif sur les CDAG (Consultation de dépistage anonyme et gratuit) de la mise en œuvre de la loi relative aux libertés et aux responsabilités locales qui redonne à l'État la compétence en matière de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST)¹². Dans son rapport de juin 2006, le groupe d'experts sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH a proposé que le Conseil national du sida poursuive sa réflexion de fond sur l'offre de dépistage¹³. Se saisissant de cette question, le CNS a auditionné les principaux responsables de la lutte contre le sida et les acteurs concernés par les questions du dépistage (cf. annexe).

Afin d'identifier plus précocement les personnes infectées par le VIH qui ignorent leur contamination, le présent rapport invite à proposer plus largement le test et de faire évoluer les pratiques de dépistage. En effet, il apparaît qu'une connaissance du statut favorise une prise en charge précoce ainsi qu'une modification des comportements vers des pratiques plus sûres¹⁴.

Dans une première partie, le rapport abordera les nécessaires changements du paradigme concernant le dispositif de dépistage. Il plaide en faveur d'un élargissement des propositions de dépistage en général et d'un effort plus spécifique à mener dans les régions de forte prévalence. Le rapport défend également l'idée que les pratiques de dépistage, comme le counseling et l'utilisation des tests rapides, doivent évoluer.

Dans un second temps le rapport envisage les moyens d'optimiser le dépistage. Dans cette optique, des politiques régionales doivent être proposées par les COREVIH (Coordinations régionales de lutte contre le VIH) tandis que les CDAG doivent mieux remplir leur mission. Enfin, les personnes à fort risque d'exposition au VIH doivent bénéficier d'une offre mieux adaptée.

⁹ *Op. cit.*, p. 7.

¹⁰ *Op. cit.*, p. 23.

¹¹ Yeni P [dir.], *Rapport 2006 : Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, recommandation du groupe d'expert*, Paris, Flammarion, 2006, p. 8.

¹² Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales, article 71.

¹³ Yeni P [dir.], *op. cit.*, p. 336.

¹⁴ Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Janssen RS, « Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States. Implications for HIV prevention programs », *J Acquir Defic Syndr*, 2005 Aug 1;39(4):446-53.

I Changer le paradigme du dépistage

L'infection par le VIH est une maladie grave qui peut être détectée avant que les symptômes ne se développent, en utilisant des tests de dépistage qui sont fiables, peu onéreux, simples et peu invasifs. Les traitements donnés avant que les symptômes n'apparaissent ont démontré un bénéfice en termes de réduction de la morbidité et de la mortalité. Leur coût, rapporté à leurs bénéfices potentiels, est modéré. La connaissance du statut sérologique permet aux personnes concernées d'entrer dans la majorité des cas dans le système de prise en charge et de soin¹⁵, comme l'illustrent les résultats de l'enquête *Retard*¹⁶. Dans cette étude, la quasi-totalité des personnes ayant participé à l'enquête (94 %) a pris contact avec un médecin trois mois après avoir été informée de son statut sérologique.

En 2004, la moitié (52 %) des personnes contaminées par rapports hétérosexuels ignorait leur séropositivité VIH au moment du diagnostic de sida¹⁷. Alors que la logique du dépistage est d'identifier des personnes asymptomatiques, l'analyse des données sur les circonstances de la découverte de la séropositivité montre que le premier motif de dépistage est l'apparition de signes cliniques ou biologiques de la maladie pour 32 % des découvertes de séropositivité en 2004¹⁸. Malgré ce dépistage important en France, il existe un retard à l'accès au soin puisque 35,7 % des patients y accèdent alors qu'ils sont déjà à un stade sida ou que leur immunité est déjà très altérée¹⁹. Ce retard concerne deux types différents de patients. Certains d'entre eux ont retardé leur accès aux soins après leur diagnostic d'infection. D'autres, le cas le plus fréquent, ont été dépistés peu de temps avant leur entrée dans le système de soins, mais longtemps après leur infection. Ce retard augmente de quatorze fois le risque de mortalité dans les six mois qui suivent l'entrée dans le système de soin²⁰. Cela implique d'améliorer la continuité des soins après dépistage²¹.

Le nombre de sérologies confirmées positives rapportées au nombre de sérologies effectuées est estimé à 2,4 ‰ en 2004, mais il est beaucoup plus élevé dans certaines régions. Ainsi, le taux en Île-de-France est estimé à 5,3 ‰ et en Guyane à 17,2 ‰²². Ces régions sont qualifiées de « prioritaires » par le programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST pour 2005-2008. Face à ces données, il est nécessaire d'intensifier le dépistage dans les régions à forte prévalence et d'adapter les outils du dispositif dédié au dépistage afin, justement, de mieux dépister.

Devant ces constats, le paradigme du dépistage visant à dépister les personnes selon la recherche de pratiques à risque doit être remis en question.

¹⁵ En 2004, 30 % des personnes chez lesquelles on a diagnostiqué un sida connaissaient leur séropositivité mais n'avaient pas bénéficié d'un traitement antirétroviral avant ce stade de la maladie.

¹⁶ Calvez M [dir.], *Le recours tardif aux soins des personnes séropositives pour le VIH : Modalités d'accès et contextes socioculturels*. <http://halshs.ccsd.cnrs.fr/halshs-00007973>.

¹⁷ Institut de Veille sanitaire, *op. cit.*, p. 14.

¹⁸ *Op. cit.*, p. 6.

¹⁹ Lymphocyte CD4 < 200/mm³.

²⁰ Ce sur-risque persiste jusqu'à 4 ans après la prise en charge.

²¹ Lanoy E, Mary-Krause M, Tattevin P, Perbost I, Poizot-Martin I, Dupont C, Costagliola D and ANRS CO04 French Hospital Database on HIV Clinical Epidemiological Group, « Frequency, determinants and consequences of delayed access to care for HIV infection in France », *Antiviral therapy* (sous presse).

²² Institut de Veille sanitaire, *op. cit.*, p.16.

A) Des motifs de proposition de dépistage à élargir

Dans la plupart des situations²³, la proposition de dépistage suit généralement une évaluation de son intérêt établit sur la base des risques d'exposition à l'infection par le VIH. Cette proposition doit devenir plus systématique lors de certaines situations de recours aux soins et prendre plus en compte le niveau de prévalence de la région dans laquelle elle est faite.

En fonction des prévalences

Contrairement aux Etats-Unis²⁴, aucune étude française²⁵ n'existe sur le rapport coût-efficacité d'un dépistage généralisé. Cependant, il ne semble pas hors de propos de considérer qu'en France ce rapport coût-efficacité puisse être également pertinent, sous réserve d'une prévalence supérieure à 0,1 % des infections par le VIH non-dépistées. L'efficacité d'une proposition large se situe à deux niveaux. Au plan individuel, d'une part, par la qualité de vie et le nombre d'années de vie gagnées pour la personne contaminée. Au plan collectif, d'autre part, dans un cadre de santé publique, car la connaissance du statut sérologique a un impact positif sur les comportements à risques et réduit les frais médicaux grâce à une prise en charge plus précoce.

Dans les zones où cette prévalence dépasse 0,1 %, un test devrait systématiquement être proposé aux patients lors d'une consultation médicale, en ville ou à l'hôpital, et plus particulièrement aux urgences²⁶. Bien que les données épidémiologiques sur la prévalence des infections à VIH non dépistées ne soient que des estimations, on peut considérer qu'en France au moins trois régions sont concernées. Il s'agit des DOM, de la région Île-de-France et de la région PACA (Provence-Alpes-Côte d'Azur).

Au-delà du nombre de sérologies confirmées positives rapportées au nombre de sérologies effectuées de certaines régions, près de la moitié (45 %) des personnes diagnostiquées au stade sida en 2004 ignorait leur séropositivité au moment de ce diagnostic²⁷. C'est notamment en Île-de-France et dans les DOM que ce pourcentage est le plus important²⁸.

Saisir certaines opportunités pour proposer un test

Plus des deux tiers des 18-24 ans n'ont jamais fait de test²⁹. Le moment de la prescription d'un moyen de contraception devrait permettre au médecin d'aborder l'intérêt d'effectuer un test de dépistage et de le suggérer pour le partenaire éventuel de la femme qui

²³ Sauf pour des propositions systématiques comme la grossesse.

²⁴ Walensky RP, Weinstein MC, Kimmel AD, et al, « Routine human immunodeficiency virus testing: an economic evaluation of current guidelines », *Am J Med* 2005; vol.118, p. 292--300. Paltiel AD, Weinstein MC, Kimmel AD, et al, « Expanded screening for HIV in the United States---an analysis of cost-effectiveness ». *N Engl J Med* 2005, vol. 352, p. 586-595. Sanders GD, Bayoumi AM, Sundaram V, et al, « Cost-effectiveness of screening for HIV in the era of highly active antiretroviral therapy », *N Engl J Med* 2005, vol. 352, p. 570-585.

²⁵ L'Invs travaille actuellement à une étude pour la France en relations avec les équipes ayant travaillé sur les Etats-Unis.

²⁶ Cette proposition doit concerner aussi les établissements psychiatriques où les règlements interdisant les relations sexuelles et l'usage de drogues font office de prévention, et où le recours au dépistage est peu pratiqué.

²⁷ Institut de Veille sanitaire, *op. cit.*, p. 11.

²⁸ *Op. cit.*, p. 14.

²⁹ ORS île de France, *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France*, novembre 2005, p. 106.

consulte. De la même manière, des changements lors de la vie sexuelle d'un patient ou des prises de risque non reconnues devraient amener le praticien à proposer un test de dépistage et, si possible, l'accompagner d'un counseling ou, au moins, de la mise à disposition d'une brochure d'information. Lors d'une rupture conjugale, ce sujet pourrait aussi être abordé, puisque moins de 25 % des personnes ont recours à un dépistage après une rupture³⁰ et que 65 % des personnes ayant eu une relation extraconjugale n'ont pas utilisé systématiquement un préservatif³¹.

Par ailleurs, la grossesse chez la femme est un moment propice pour inciter au recours au dépistage pour le couple. Parmi les femmes découvertes séropositives en 2004, 18 % l'ont été dans le cadre d'un examen de grossesse³² et c'est l'un des éléments qui peut expliquer que les femmes seraient dépistées plus tôt que les hommes. Étonnamment, si le test de dépistage est proposé à la mère par le médecin, cette proposition de test ne s'adresse pas au père qui est pourtant tout autant concerné par une éventuelle infection. Comme l'a recommandé le CNS dans un avis antérieur sur le dépistage volontaire de la femme enceinte, la proposition doit être répétée au cours de la grossesse³³ et bénéficier au conjoint. Elle pourrait par exemple être faite au cours du bilan de santé gratuit proposé au père de l'enfant à naître lors du troisième mois de grossesse.

Dans le cas d'une interruption volontaire de grossesse (IVG), le test de dépistage des principales IST incluant le VIH n'est pas systématiquement proposé à la patiente, pourtant la prévalence de l'infection chez ces femmes est quatre fois plus élevée que chez celles poursuivant leur grossesse³⁴.

La stratégie de dépistage décrite ci-dessus se distingue fortement de la stratégie actuelle qui vise à proposer le test en fonction des comportements à risques, cette unique stratégie ayant démontré ses limites. Traitée comme n'importe quel autre problème de santé, l'infection à VIH serait moins regardée comme une maladie à part, stigmatisante, ce qui représente à l'évidence un frein au dépistage pour une partie de la population, comme les populations migrantes³⁵. Une telle normalisation serait de nature à faire du dépistage du VIH une pratique courante pour l'ensemble de la population, en particuliers dans les Départements français d'Amérique (DFA) où la stigmatisation semble rester forte³⁶.

B) Des pratiques de counseling à repenser

Il est acquis que la proposition systématique de test de dépistage est bien acceptée et utile, par exemple dans le cadre de la surveillance de la grossesse où le taux d'acceptation approche les 100 %. Le certificat prénuptial constitue un autre moment de proposition du dépistage VIH/sida mais il semble qu'un projet de loi en préparation prévoit sa disparition³⁷.

³⁰ ORS île de France, *La gestion du risque VIH-sida après une rupture conjugale*, décembre 2002, p.16.

³¹ *Op. cit.*, p. 24.

³² Institut de veille sanitaire *op. cit.*, p. 6.

³³ Avis sur le dépistage de l'infection par le VIH au cours de la grossesse et prévention périnatale de la contamination de l'enfant, adopté en séance plénière le 14 mars 2002.

³⁴ Enquête prévaguest.

³⁵ INPES, *Enquête sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida des populations originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Ile de France*, à paraître.

³⁶ ORS île de France, *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004*, avril 2006, p. 109.

³⁷ Le Conseil des ministres du 12 juillet 2006 a approuvé un projet de loi de simplification du droit, envisageant notamment pour les particuliers la suppression du certificat prénuptial. Cette loi n'a pour le moment pas été débattue au Parlement.

Les personnes qui ne connaissent pas leur statut sérologique risquent d'être à l'origine de nouvelles contaminations³⁸. Il est donc important de repenser le dispositif de dépistage pour les amener à se faire dépister afin que le dépistage soit un outil de prévention sur le plan individuel et collectif.

Limiter le counseling quand il est un frein au dépistage

La doctrine actuelle incite le médecin à pratiquer un counseling pré-test avant toute proposition de test de dépistage d'une infection par le VIH³⁹. Pour les CDAG ce counseling reste obligatoire⁴⁰, obligation élargie aux CIDDIST (Centres d'informations de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles) et aux services de PMI (prévention maternelle et infantile)⁴¹. Ce counseling consiste en un échange avec le patient sur l'infection par le VIH destiné à connaître la circonstance de sa prise de décision d'effectuer un test, à évaluer ses connaissances des modes de transmissions et sa perception subjective du risque. Mais cet échange vise aussi à anticiper des émotions liées aux résultats. Le counseling est considéré comme une occasion de renforcer les messages de prévention. Au regard de cette discussion, le médecin doit décider de l'intérêt à proposer ou non un test de dépistage⁴².

Dans la majorité des cas, le caractère intrusif du counseling dans la vie privée du patient, notamment dans sa vie sexuelle, pose problème au médecin non-spécialiste qui aborde difficilement cette question avec un patient dont il peut être le médecin de famille⁴³. L'obligation d'un counseling pré-test peut donc apparaître comme un frein à la proposition de test. Souvent, faute d'une formation jugée suffisante ou par manque de temps au sein de la consultation, les médecins n'effectuent pas le counseling ou ne proposent pas le dépistage. De plus, de nombreuses enquêtes démontrent que les patients non-infectés par le VIH ne changent pas leur attitude de prévention malgré le counseling⁴⁴. En étant dispensé de ce counseling, le médecin pourrait d'autant plus facilement proposer le test au patient à l'occasion d'autres examens pratiqués de façon plus courante.

Améliorer et déléguer le counseling quand il est nécessaire

Dans certaines circonstances, le counseling pré-test doit être maintenu avec une proposition de test : lors d'une demande d'un test de dépistage par le patient ; à la suite d'une prise de risque ; devant des signes d'IST ; dans les structures dédiées au dépistage comme les CDAG, et les CIDDIST.

Le counseling post test est lui aussi peu pratiqué. Il doit pourtant servir à l'évaluation

³⁸ Selon les *Centers for Disease Control* (CDC), une personne séropositive ne connaissant pas son statut a 3,5 fois plus de chance de transmettre l'infection. Marks G, Crepaz N, Janssen R S, Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA, *AIDS*, 2006, 20 :1447-1450.

³⁹ ONUSIDA, *Conseil et test volontaire*, septembre 2 000, Collection Meilleures pratiques.

⁴⁰ Décret n°88-61 du 18 janvier 1988, article 3 pris pour l'application de l'article L355-23 du *Code de la santé publique* « concernant le dépistage de façon anonyme et gratuit du virus de l'immunodéficience humaine ».

⁴¹ Décret n° 92-691 du 17 juillet 1992 modifiant le décret du 18 janvier 1988 qui élargit l'accès aux consultations médicales d'information-conseil personnalisé préalable au test de dépistage et à la remise de résultat.

⁴² Tourette-Turgis C, *Le counseling*, Paris,. Editions PUF, Coll. Que Sais-je, 1996.

⁴³ Audition CNS.

⁴⁴ Weinhardt LS, Carey MP, Johnson BT, Bickham NL. « Effects of HIV counseling and testing on sexual risk behavior: a meta-analytic review of published research, 1985—1997 ». *Am J Public Health*, 1999; vol 89, pp. 1397-1405.

de la compréhension des résultats par le patient et à l'évaluation de l'impact des résultats dans sa démarche de prévention⁴⁵. Pourtant, dans la grande majorité des cas, le laboratoire d'analyse biologique remet directement le résultat au patient. Une enquête menée en Isère, en partenariat avec le syndicat des Biologistes de ce département montre que 2 % des résultats sont remis aux médecins seuls et 84 % sont remis directement au patient et aux médecins⁴⁶.

Une étude de Sida Info Service a montré une grande hétérogénéité des pratiques de counseling dans les CDAG⁴⁷. Afin de limiter les différences de pratiques, une plus grande harmonisation en matière d'objectifs, d'organisation et de moyens est nécessaire entre l'État et les Collectivités territoriales. Une meilleure formation initiale et continue doit être mise en place afin d'offrir un counseling de qualité et le plus homogène possible sur l'ensemble du territoire.

Afin de palier le manque de temps et de formation des médecins, d'autres structures devraient pouvoir faire du counseling. Les associations de lutte contre le sida, dont la compétence n'est pas encore reconnue, ou les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), devraient pouvoir le faire plus systématiquement. Comme cela se pratique déjà couramment dans d'autres pays, le counseling pourrait être réalisé par du personnel formé à qui la tâche aurait été déléguée, sous la responsabilité d'un médecin, en accord avec des protocoles établis. Ainsi on éviterait que le counseling ne devienne le parent pauvre du dépistage⁴⁸. De fait, cette pratique existe déjà à Sida info service. L'orientation vers cette structure téléphonique devrait être plus systématiquement proposée par les professionnels de santé ou de l'action sociale. Il s'agit donc de multiplier les possibilités de recours et d'orientation vers un counseling de qualité sans le limiter à la sphère médicale.

C) Une pratique des tests de dépistage à réévaluer

En France, le dépistage doit être réalisé par deux techniques différentes dont au moins un test Elisa (*Enzyme linked immunosorbent assay*)⁴⁹. La France est l'un des très rares pays à imposer ce double test. Le CNS recommande d'évaluer la pertinence de l'utilisation de deux tests de dépistage, comme l'avait d'ailleurs recommandé un groupe d'expert de l'ANAES en 2000⁵⁰. A l'heure actuelle, les tests rapides sanguins peuvent être utilisés pour faire l'un des deux tests. Ils ont la caractéristique d'effectuer la recherche d'anticorps antiVIH sans équipement sophistiqué, avec très peu de manipulations et une lecture visuelle du résultat obtenue entre vingt et quarante minutes. La comparaison entre l'utilisation d'un test rapide et d'un test Elisa a montré des résultats comparables en terme de valeurs prédictives, à l'exception du diagnostic de la détection précoce de primo-infection⁵¹. S'il s'avère qu'un seul

⁴⁵ Tourette-Turgis C, *op. cit.*

⁴⁶ Brisson M et Fontaine D, *Journée de réflexion sur le dépistage en CDAG, 16 juin 2003*, « Recommandation et pratique dépistage en médecine libérale, dispositif Isère ». http://www.sida-info-service.org/telechargement/actes_depistage_2003_liberal_isere.pdf

⁴⁷ Lefranc M, *Les consultations de dépistage anonyme et gratuit : un regard sur les pratiques d'entretiens*, Sida info service, 24 février 2004.

⁴⁸ Rapport sur les transferts de compétences, octobre 2003. <http://www.timone.univ-mrs.fr/medecine/divers/MISSION2YB/partie1.pdf>. Formation qui pourrait être validé dans le cadre de la validation d'acquis d'expérience (VAE).

⁴⁹ Arrêté du 4 février 1994, modifiant l'arrêté du 3 avril 1985, fixant la Nomenclature des actes de biologie médicale.

⁵⁰ ANAES, *Stratégies du diagnostic biologique de l'infection due au VIH chez les sujets âgés de plus de 18 mois (à l'exclusion du dépistage sur les dons de sang et chez les donneurs d'organes ou de tissus)*, [www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RA_LILF-4JGK3F/\\$File/VIH_rap.pdf?OpenElement](http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RA_LILF-4JGK3F/$File/VIH_rap.pdf?OpenElement).

⁵¹ Paltiel, *op. cit.*, p. 591.

test de dépistage suffit les tests rapides doivent être évalués ainsi que leur utilisation en tant que test unique dans certaines circonstances.

La proposition d'utiliser des tests rapides n'entraîne en rien l'approbation de leur utilisation sous la forme d'autotest. A cette occasion, le CNS renouvelle son opposition à leur usage en autotests, usage qui laisse les personnes seules devant la lecture et l'interprétation des résultats⁵². En effet, le manque d'explication du résultat pose problème et ne permet pas l'inscription du patient dans une démarche de soins, contrairement à la réalisation d'un test rapide par un professionnel de santé ou un personnel qualifié⁵³.

Les tests rapides doivent être encadrés

Quatre tests rapides ont obtenu aux Etats-Unis une autorisation de mise sur le marché (AMM) par la *Food and Drug Administration* (FDA). Leur spécificité et leur sensibilité semblent identiques à celles des tests classiques, sauf au moment de la séroconversion⁵⁴. Cette fiabilité n'est valable que pour les tests rapides sanguins, les tests rapides salivaires ayant une sensibilité moins bonne⁵⁵. Plusieurs autres tests rapides que ceux disposant d'une AMM aux Etats-Unis bénéficient du marquage CE en Europe. Leur utilisation en tant que test unique en France requiert une évaluation, puis une évolution de la législation qui, à ce jour, impose l'usage d'au moins un test Elisa en plus. Dans tous les cas, un résultat de test de dépistage positif doit être confirmé par un test Western-Blot⁵⁶.

La question de la fiabilité résolue, l'utilisation de ces tests doit présenter des avantages indéniables pour le dispositif global de dépistage, à commencer par la facilité technique⁵⁷ et la rapidité. En effet, ils peuvent être réalisés à partir d'une goutte de sang prélevé au bout du doigt ou à partir d'un prélèvement sanguin classique. La lecture du résultat lors du prélèvement sur le doigt peut se faire en présence de la personne qui se fait dépister, ce qui permet un rendu immédiat durant la consultation. En cas de résultat positif, le test rapide permet de pratiquer immédiatement sur un prélèvement sanguin le test de confirmation. Le résultat final sera donc obtenu dans un délai raccourci, ce délai sera d'autant plus bref qu'un lien formalisé sera établi entre la structure qui réalise le test rapide et le laboratoire qui confirme le résultat. En cas de résultat négatif, il faudra cependant s'assurer de l'absence de prise de risque dans les trois mois qui ont précédé. Dans le cas contraire, un deuxième test sera nécessaire afin de tenir compte des délais de séroconversion.

⁵² Note valant avis sur la commercialisation des autotests VIH, adoptée en séance plénière le 9 décembre 2004.

⁵³ Il est permis de penser que les gens ayant recours à l'autotest auront pris des risques peu de temps auparavant et veulent ainsi se réassurer. Une prise de risque récente a pu conduire à une contamination, mais si le test est effectué durant la séroconversion (le délai médian est de 22 jours), le résultat se révèle négatif. De plus, le recours aux autotests conduit aussi à la perte de données épidémiologiques et expose aux risques d'un mauvais usage de ces derniers. La facilité d'utilisation du test renforce le risque de son usage dans des situations coercitives. On peut aussi craindre l'utilisation de ce test avant un rapport sexuel pour justifier la non-utilisation de moyens de prévention, ce qui accentuerait la recrudescence actuelle des infections sexuellement transmissibles.

⁵⁴ Greenwald JL, Burnstein GR, Pincus J, Branson B, « A rapid review of rapid HIV antibody tests », *Current infectious disease reports*, 2006, volume 8, pp.125-131. La séroconversion est la période d'apparition, dans le sang, d'anticorps spécifiques en réponse au virus. Cette période entre la contamination et l'apparition des anticorps est de durée variable.

⁵⁵ Greenwald JL, Burnstein GR, Pincus J, Branson B, *op. cit.*

⁵⁶ Circulaire DGS n°9 du 29 janvier 1993, relative au dispositif de dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du virus de l'immunodéficience humaine.

⁵⁷ Dans l'étude menée par les CDC sur la capacité de personnes n'ayant pas d'expérience de laborantins à effectuer un autotest, seules 9 % n'ont pas réussi à effectuer correctement le test.

Les tests rapides permettent une récupération plus importante des résultats par les patients. Une étude américaine démontre qu'avec un test traditionnel 45 % des patients dépistés positifs reviennent chercher le résultat, 34 % après avoir été re-contactés et 21 % ne reviennent jamais. Par contre, quand le résultat positif a pu être annoncé grâce à un test rapide, 94 % des dépistés reviennent d'eux-mêmes et 3 % après avoir été re-contactés⁵⁸. Les tests rapides présentent donc un avantage indéniable dans cette situation.

La réalisation du test

Les médecins traitants qui le souhaitent pourraient le pratiquer dans leur cabinet. Des tests de diagnostic rapide sont déjà utilisés dans ce cadre pour identifier des angines à streptocoques. Dans un autre cadre, et compte tenu de la population qui consulte dans ces structures, les médecins de CDAG auraient un grand avantage à utiliser ces tests rapides. Il conviendrait d'y envisager des délégations de tâches sous responsabilité médicale après validation des compétences⁵⁹. D'autres structures pourraient aussi bénéficier de la possibilité de recourir à des tests rapides comme les CPEF, les associations médicales humanitaires et les associations de lutte contre le sida sous responsabilité médicale.

Le recours aux tests rapides sanguins permet un accès au dépistage qui allège les barrières matérielles et psychologiques et devrait donc faciliter les propositions de dépistage. Dans certaines régions, il permettrait aussi de renforcer la confidentialité. Dans certaines villes en effet, franchir la porte d'un centre de dépistage, fût-il anonyme, est bien moins confidentiel que de franchir la porte d'un cabinet médical pour aller voir son médecin traitant.

II Optimiser le dépistage

En France, le dépistage peut être proposé dans différentes circonstances et dans diverses structures. En dépit du très grand nombre d'actes réalisés, le retard reste important pour les personnes qui en ont le plus besoin. L'offre de dépistage doit donc être optimisée dans les structures dédiées au VIH, dans les régions de forte prévalence et dans les structures d'accueil des populations les plus à risque d'exposition au VIH.

A) Mieux utiliser les systèmes spécifiques de dépistage

L'épidémie d'infection par le VIH a suscité en France la création de structures de santé dont la mission est spécifiquement dédiée à la lutte contre le sida, qu'il s'agisse de structures de concertation, comme les COREVIH (ex CISIH) ou de structures spécifiquement orientées vers le dépistage, comme les CDAG ou les CIDDIST⁶⁰. L'effort à réaliser en faveur d'un dépistage optimal doit nécessairement passer par elles.

⁵⁸ Hutchinson AB, Branson BM, Kim A et Farnham PG, *op. cit.*

⁵⁹ Rapport sur les transferts de compétences, octobre 2003, *op. cit.*

⁶⁰ Ces derniers existaient néanmoins avant l'apparition du VIH/sida.

Définir une politique régionale sous l'impulsion des COREVIH

La loi de santé publique de 2004 instaure une organisation régionale et invite les collectivités locales à intervenir dans les politiques de santé⁶¹. Elle promeut des principes d'efficacité économique, comme l'évaluation ou la précocité de la prise en charge, et insiste sur le principe d'une concertation entre les différents acteurs. Dans une note valant avis sur *l'évolution de l'organisation et de la coordination des soins en réponse à l'épidémie de l'infection à VIH*⁶², le CNS soulignait le rôle central des COREVIH au sein de cette organisation nouvelle du système de santé.

Une structure de coordination du dépistage

Les COREVIH doivent permettre la collaboration et la coordination des acteurs du système de dépistage hospitalier et extrahospitalier à l'échelle de la région⁶³. Leur composition permettra d'améliorer le lien entre la prévention, le dépistage et la prise en charge en développant les interactions avec les agences régionales d'hospitalisation (ARH), les directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales (DDASS et DRASS)⁶⁴. En participant à l'organisation de la formation initiale et continue liée au dépistage, une COREVIH pourrait être chargée d'homogénéiser les bonnes pratiques dans les divers centres de dépistages de la région. Dans le même cadre, elle pourrait réfléchir à la nécessité de mettre en place des structures spécifiquement dédiées au dépistage sur son territoire, à leur nombre et à leurs besoins, notamment les horaires d'ouverture, en fonction par exemple de leur lieu d'implantation.

La COREVIH aurait aussi un rôle à jouer dans la réflexion sur la délégation des tâches de counseling à un personnel non-soignant. Dans les lieux où le dépistage est une priorité du COREVIH, ce dernier pourrait intervenir auprès des Groupements régionaux de santé publique (GRSP) pour que le Plan régional de santé publique (PRSP) prévoit un financement pour les acteurs associatifs certifiés pratiquant le counseling.

Un rôle d'orientation des enquêtes

Procédant à l'analyse des données médico-épidémiologiques de la région et ayant une vision globale de la situation, la COREVIH serait à même de demander l'affinement de certaines données sur le dépistage à l'InVS. En effet, si les informations sont nombreuses concernant le dépistage dans les CDAG, elles font plus cruellement défaut pour les autres lieux de dépistage. Ainsi, grâce à une connaissance approfondie du terrain local et de ses spécificités, les COREVIH auraient la possibilité de proposer l'orientation d'enquêtes épidémiologiques et comportementales.

⁶¹ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

⁶² Note valant avis sur l'évolution de l'organisation et de la coordination des soins en réponse à l'épidémie de l'infection à VIH, adoptée en séance plénière le 17 mars 2005.

⁶³ Les Corevih remplacent les CISIH (Centres d'information et de soins de l'immuno déficience humaine). Décret n°2005-1421 du 15 novembre 2005 relatif à la coordination des soins de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine.

⁶⁴ Ils regroupent des représentants des établissements de santé sociaux ou médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'action sociale, des malades, des usagers du système de santé et des personnalités qualifiées. Un panorama des missions, du fonctionnement et du financement des COREVIH se trouve au chapitre 17 sur « l'organisation de soins et infection par le VIH » dans Yeni P [dir.], *Rapport 2006, op. cit.*, pp. 324-334.

Dans le même cadre, la COREVIH pourrait proposer des études pilotes sur le dépistage, soumises à évaluation⁶⁵, en partenariat avec des institutions comme l'Agence Nationale de Recherches sur le sida (ANRS) ou l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la santé (INPES). Des études qui seraient adaptées aux spécificités de son territoire et de sa population.

Mieux utiliser le système spécifique des CDAG

À leur création, les CDAG ont été mises en place dans des établissements de santé ou dans des dispensaires antivénériens (DAV) dans tous les départements français pour accueillir, informer, tester et orienter les consultants⁶⁶. Il s'agissait aussi de répondre à une demande de dépistage anonyme et gratuit qui s'effectuait par le biais du don du sang, détournant ainsi la vocation des centres de transfusion sanguine et augmentant considérablement le risque résiduel de transmission du VIH par la transfusion⁶⁷.

Aujourd'hui, la France compte 353 CDAG⁶⁸ dont le financement dépend de leur institution de rattachement. Les 180 CDAG hospitalières sont financées par la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Ces CDAG n'ont pas de budget dédié pour chacune de leur mission d'intérêt général. Leur enveloppe peut donc demeurer stable, même si leurs missions augmentent, avec pour conséquence une inadaptation de leur dotation à leurs activités réelles. Les 133 CDAG extrahospitalières sont, de leur côté, prises en charge par les Caisses primaires d'assurances maladie (CPAM) après convention avec la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM). Leur financement repose sur l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de ville et suit un taux annuel. Pour ces dernières, on peut être satisfait de constater que le financement est évolutif avec les missions dévolues aux CDAG. Cependant, bien que la loi prévoie qu'elles seraient financées en fonction de leur activité, on peut regretter que ce financement soit de fait forfaitaire dans de nombreux cas.

Les CDAG sont insuffisamment utilisées

En 2004, les CDAG ont effectué 274 641 tests de dépistage, pour 327 000 personnes vues en consultation. Cela représente environ 7 % de la totalité des tests de dépistage pratiqués en France⁶⁹. La proportion de sérologie positive y est stable et deux fois plus importante que dans le dépistage hors CDAG (2,4 ‰), avec 4,8 ‰ sérologies positives⁷⁰. La part des sérologies positives en CDAG représente 12 % de la totalité des sérologies positives en France⁷¹. La majorité des consultants appartient à la classe d'âge des 20-29 ans (52 %), mais ceux qui sont dépistés positifs appartiennent principalement à la classe d'âge 30-39 ans (40 %), avec néanmoins une forte proportion chez les 20-29 ans (35 %). La fréquentation des CDAG demeure majoritairement masculine (55 %), mais la proportion d'hommes pour

⁶⁵ Certaines pouvant nécessiter des dérogations réglementaires.

⁶⁶ Décret n°88-61 du 18 janvier 1988 pris pour l'application de l'article L. 355-23 du code de la santé publique concernant le dépistage de façon anonyme et gratuite du virus de l'immunodéficience humaine.

⁶⁷ Circulaire DGS/PGE/1C n°85 du 20 janvier 1988, relative à la mise en place d'un dispositif de dépistage anonyme et gratuit du virus de l'immunodéficience humaine.

⁶⁸ Leur liste par département est disponible sur le site de Sida Info Service : www.sida-info-service.org/orienter/depistage.php4

⁶⁹ Institut de Veille sanitaire, *op. cit.*, p.22.

⁷⁰ *Op. cit.*, p. 18.

⁷¹ *Ibidem.*

lesquels le résultat du test est positif diminue (5,3 ‰ en 2004 contre 6,1 ‰ en 2001), tandis que celle des femmes demeure stable, mais à un niveau élevé (4,2 ‰)⁷².

Au regard de leurs performances⁷³ ou du nombre de sérologies effectuées, on peut s'interroger sur la pertinence d'avoir maintenu en activité certaines CDAG lors du processus de recentralisation. De plus, beaucoup de CDAG ont des plages horaires d'ouverture restreintes, durant les heures de travail et/ou seulement certains jours de la semaine, ce qui limite grandement leur accès et limite la portée de leurs missions. L'évolution et le renforcement des CDAG paraissent d'autant plus nécessaires dans les régions où la prévalence est la plus élevée. Parallèlement, les CDAG doivent aussi orienter principalement leur action vers les populations à forte prévalence y compris dans les régions à plus faible prévalence. Il est également à noter que le personnel des CDAG fait face à un effet de lassitude compte tenu du caractère répétitif des tâches. L'impact sur le service rendu peut être préjudiciable à l'attrait d'une CDAG et à son efficacité⁷⁴. Enfin, dans certaines CDAG, la formation et les connaissances scientifiques du personnel ne semblent pas être toujours optimales⁷⁵.

Des réformes nécessaires

Il s'agit donc de réformer et de renforcer les CDAG ou bien de proposer des solutions innovantes si ces dispositifs s'avèrent moins efficaces ou insuffisants dans certaines régions. Les CDAG doivent notamment pouvoir aller « hors les murs ». Cependant, dans cette optique, leurs actions seraient ciblées à destination des publics pour lesquels la prévalence est plus élevée que dans les autres catégories de population⁷⁶. Par ailleurs, l'intégration des CDAG à des structures plus vastes, de type maison de santé, pourrait répondre à certains problèmes rencontrés. Leur intégration dans un lieu offrant d'autres services rassurerait en effet les patients, notamment quant à la réalité de l'anonymat⁷⁷. Les risques de lassitude chez les personnels soignants pourraient également être limités en offrant la possibilité de réaliser des tâches plus diversifiées compte tenu d'une offre de services variée⁷⁸.

L'évolution du fonctionnement des CDAG doit être également envisagée quant à la pratique de l'anonymat. Ce principe, bien que recherché par certaines personnes, n'apparaît pas toujours favorable à la continuité des soins. Rendre possible la levée de l'anonymat lors de la consultation médicale permettrait d'orienter vers une structure de soin en cas de contamination. Par exemple, un rendez-vous serait pris auprès de la structure de soin qui confirmerait ensuite, le cas échéant, que le patient s'y est rendu. Eventuellement, le patient pourrait être accompagné à sa première visite, s'il le souhaite. La levée d'anonymat donnerait aussi aux CDAG la possibilité de participer à la prise en charge des accidents d'exposition, de fournir un traitement post exposition et d'initier un suivi si la situation s'y prête. Cependant, cela implique une modification réglementaire.

Les CDAG doivent répondre aux cahiers des charges de l'arrêté d'octobre 2000 portant sur les règles de bonne pratique, le personnel, l'articulation avec le réseau médico-

⁷² *Op. cit.*, p. 19.

⁷³ Mignot S, « Dépistage, la tentation de la banalisation », *Transversal*, n°32, septembre-octobre 2006, pp. 14-15.

⁷⁴ Audition CNS.

⁷⁵ *Ibidem*.

⁷⁶ Ce point sera développé dans la partie du rapport consacré au dispositif de dépistage pour les populations où la prévalence est plus élevée.

⁷⁷ Ce qui est primordial dans les zones comme les DFA où la stigmatisation est très forte.

⁷⁸ Le personnel soignant peut s'occuper d'autres tâches et le personnel médical ne s'occuper que de quelques patients chaque semaine.

social local, les modalités de fonctionnement et le suivi d'activité⁷⁹. Leurs objectifs ont été renforcés par la loi de Santé publique⁸⁰, le plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2005-2008 et les campagnes de l'INPES. Pour atteindre ces nouveaux objectifs, les CDAG nécessitent une allocation de moyens financiers à la hauteur de leurs besoins, pour celles qui seraient maintenues.

B) Augmenter la proposition de dépistage dans les régions prioritaires

Proposer le dépistage lors de recours aux soins

Le dispositif de dépistage doit tenir compte de la prévalence dans les différentes régions et dans les différentes populations exposées au risque de transmission d'infection par le VIH. Dans les régions à forte prévalence (DOM, Île-de-France, PACA), lors des recours aux soins, il est nécessaire d'étendre la proposition de dépistage à l'ensemble de la population sexuellement active, qui n'aurait pas réalisé de test dans l'année précédente. Cette proposition pourrait notamment être faite dans les services d'urgences.

Le cas particulier des DOM

La transmission sexuelle est dans 90 % des cas hétérosexuelle et touche l'ensemble de la population⁸¹. Le nombre de sérologies pratiquées dans les DFA est le plus élevé de France, 127 ‰ en moyenne, avec une moyenne de 9,2 ‰ sérologies positives. Cette moyenne est également la plus élevée⁸². Cependant, cet important recours au dépistage n'est pas consécutif à des pratiques à risques, mais il s'effectue plutôt lors d'une consultation médicale⁸³.

Les différences avec la métropole ne sont pas seulement épidémiologiques, mais aussi culturelles. Concernant les hommes, l'annonce de la séropositivité s'apparente pour eux à une remise en question de leur virilité et ils craignent d'être "accusés" d'homosexualité⁸⁴. Ce rejet de l'infection et de la discrimination qui l'entoure, notamment pour les homosexuels, représente un frein majeur au dépistage précoce et à la prise en charge⁸⁵. La dépendance économique des femmes à l'égard des hommes est aussi un frein au dépistage.

Le recours à la CDAG est important pour permettre l'anonymat notamment en Guyane et en Guadeloupe⁸⁶, bien que le recours à la médecine de ville demeure majoritaire⁸⁷. De plus,

⁷⁹ Arrêté du 3 octobre 2000 relatif aux consultations de dépistage anonyme et gratuit.

⁸⁰ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

⁸¹ Cabié A, Georger-Sow M-T, Nacher M, « Particularité de l'infection à VIH aux Antilles et en Guyane française en 2004 », *Infection VIH-sida en France : vision d'ensemble et spécificités des départements français d'Amérique, BEH*, n°46-47, 29 novembre 2005, p. 238.

⁸² Institut de Veille sanitaire, *op. cit.*, p.16. 4,1 ‰ en Martinique, 8,6 ‰ en Guadeloupe, 17,2 ‰ en Guyane

⁸³ ORS île de France, *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004*, avril 2006, p. 181.

⁸⁴ Rapport suivi de recommandations du CNS, *Repenser la politique de lutte contre le VIH/sida dans les départements d'outre-mer*, adopté en séance plénière le 11 mars 2003.

⁸⁵ Cabié A, Georger-Sow M-T, Nacher M, *op. cit.*, p. 239.

⁸⁶ Institut de Veille sanitaire, *op. cit.*, p.20. Les récentes évolutions législatives n'ont pas arrangé ce problème, au contraire. La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales conduisant à la recentralisation a conduit à la fermeture de CDAG dans le département de la Guadeloupe, sans que ces fermetures soient compensées par un autre dispositif.

les populations isolées dans la forêt guyanaise ou sur des îles guadeloupéennes y ont difficilement accès.

La discrimination étant particulièrement forte dans ces régions, toute expérience doit reposer sur une préservation stricte de la confidentialité, voire de l'anonymat. La question de l'éloignement de tout centre de dépistage et de préservation de l'anonymat a fait l'objet d'une expérience innovante en Nouvelle-Calédonie qui pourrait être reproduite ou adaptée au contexte des DFA⁸⁸. C'est une expérience d'extension du dépistage visant à permettre l'accès aux dépistages anonymes et gratuits auprès de médecins libéraux ou hospitaliers volontaires. De même, le recours à des structures mobiles de type « hors les murs » doit être axé sur la santé globale afin de préserver la confidentialité ou l'anonymat qui, s'il est rompu, est susceptible d'avoir des conséquences sociales graves.

Il ne s'agit pas ici de proposer des solutions exhaustives mais des pistes, car les propositions les plus pertinentes émaneront sans doute plutôt des COREVIH.

C) Développer l'offre de dépistage aux populations les plus exposées

Le programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST pour 2005-2008 a pour objectif d'inciter les personnes appartenant aux « populations prioritaires » au dépistage précoce du VIH⁸⁹. Certaines populations connaissent une prévalence élevée : communauté homosexuelle, personnes originaires de zones à forte prévalence (Afrique subsaharienne, Europe de l'Est, Asie du Sud-Est), personnes en situation de précarité⁹⁰, usagers de drogues par voie intraveineuse, détenus. Ces populations regroupent des réalités quotidiennes différentes. Il s'agit donc de renforcer les actions de dépistage auprès de ces groupes en proposant des réponses tenant compte de leurs caractéristiques et des lieux d'accueil les mieux adaptés⁹¹. La question spécifique des personnes prostituées⁹² peut être intégrée aux remarques faites pour d'autres groupes en situation de précarité, par exemple l'accompagnement au dépistage par les associations communautaires.

La problématique spécifique de la communauté homosexuelle

La prévalence « déclarée »⁹³ de l'infection par le VIH dans la communauté

⁸⁷ Séminaire DFA-Caraïbes, 15-19 octobre 2006, Saint-Martin, *Restitution des ateliers, synthèse et recommandations*, « atelier 7 : améliorer le recours et l'accès au dépistage ».

⁸⁸ Comité de lutte contre le sida en Nouvelle-Calédonie : Extension du dépistage anonyme et gratuit du VIH aux médecins libéraux volontaires.

⁸⁹ Programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2005-2008, p. 41.

⁹⁰ Problèmes d'exclusion, de logement, de revenu, de santé, état d'isolement.

⁹¹ La DRASS Île-de-France prévoit l'édition d'une brochure sur le dépistage du VIH/sida résultant principalement des réflexions développées au sein d'un groupe de travail consacré au dépistage du VIH-sida d'Île-de-France et présentant des stratégies sur le dépistage issues d'expérience de terrain.

⁹² Un long développement leur est consacré dans le Rapport du CNS sur *la politique de prévention de l'infection à VIH en France métropolitaine*, notamment dans la partie « les succès fragiles de la prévention auprès des personnes prostituées ».

⁹³ Actuellement, il n'existe pas en France de données de la prévalence du VIH chez les homosexuels basées sur des examens biologiques (c'est-à-dire sur un prélèvement sanguin permettant de réaliser un test de dépistage du VIH).

homosexuelle est particulièrement élevée, évaluée entre 12 % et 14 %⁹⁴. La communauté homosexuelle connaît une situation particulière à l'égard du dépistage. La proportion d'hommes homosexuels parmi les nouveaux cas de séropositivité diagnostiqués en 2004 est en augmentation⁹⁵. Parmi eux, 43 % ont été contaminés moins de six mois avant leur diagnostic, ce qui peut indiquer à la fois un relâchement des comportements de prévention et un recours au dépistage élevé⁹⁶. La proportion des homosexuels parmi ceux qui découvrent leur infection au moment du diagnostic de sida reste à un taux élevé de 11 %⁹⁷ et ce chiffre atteint 31 % pour la population de plus de 50 ans⁹⁸. Il y a donc un effort particulier à faire parmi les personnes les plus âgées de cette communauté.

Compte tenu de la forte prévalence dans la communauté homosexuelle, l'ensemble des hommes ayant eu des relations sexuelles avec des hommes, doivent se voir proposer systématiquement un test de dépistage.

Toutefois, le dépistage itératif très largement observé dans cette population mérite d'être interrogé car il indique un certain échec de la prévention et du counseling. Ce n'est donc pas simplement la question de recours au dépistage qui se pose, mais bien plus l'ensemble de la prévention primaire qui est à revoir.

Aller vers les personnes originaires de zones de fortes prévalences d'infection par le VIH

Sur les 55 % à 67 % de découvertes de séropositivité au VIH en 2004 chez les hétérosexuels, la moitié concerne des personnes originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne⁹⁹. Le dépistage du VIH auprès des migrants vivant en France doit faire l'objet d'un effort particulier : 55 % d'entre eux n'ont jamais fait de test, cette part atteint 67 % chez les moins de 30 ans¹⁰⁰. Ces difficultés sont renforcées par une quête des droits, auquel s'ajoute souvent le manque de maîtrise du français, qui comme le faisait déjà remarquer le groupe d'expert en 2002 représente un frein à l'accès aux structures de soin¹⁰¹. Cela a un impact important, puisque que parmi les migrants hétérosexuels qui ont développé un sida, entre 2003 et 2005, 60 % ignoraient leur statut sérologique¹⁰² et 16 % parmi ceux dépistés positif l'ont été au stade sida. Il faut donc absolument améliorer le dépistage dans le parcours spécifique des migrants.

Dans les centres d'accueil des demandeurs d'asile (CADA), des associations pourraient proposer, sous responsabilité médicale, un test inclus dans une offre plus globale de bilan de santé. Des propositions de dépistage pourraient être faites dans les structures médicales où consultent ces populations : les centres municipaux de santé, les permanences

⁹⁴ Institut de Veille sanitaire, *Infection par le VIH chez les homosexuels en France, Synthèse des données disponibles*, juin 2005.

⁹⁵ Institut de Veille sanitaire, *Surveillance du VIH/sida en France, rapport n°3, données au 30 juin 2005*, p. 4.

⁹⁶ *Op. cit.*, p. 9.

⁹⁷ *Op. cit.*, p. 6.

⁹⁸ Yeni P, *op. cit.*, p. 321.

⁹⁹ Institut de Veille sanitaire, *op. cit.*, p. 23.

¹⁰⁰ Sida info service, évaluation de l'action « promouvoir le dépistage volontaire du VIH auprès des personnes primo-migrantes », 2002.

¹⁰¹ Delfraissy J-F, *Rapport 2002 : Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, recommandation du groupe d'expert*, Paris, Flammarion, 2006, p. 312.

¹⁰² Lot F, « Point épidémiologique du VIH/sida chez les personnes étrangères, évolution depuis 2003 », *Journée du 25 septembre 2006 autour du programme national VIH/Migrants*.

d'accès aux soins de santé (PASS) au sein des hôpitaux¹⁰³.

Même si une majorité de la population d'Afrique subsaharienne n'est pas présente dans les foyers, les propositions de test de dépistage dans le cadre d'une proposition de bilan de santé devraient être renforcées¹⁰⁴. Le recours à des médiateurs de santé est également nécessaire, au travers par exemple de la formation de pairs éducateurs qui feraient passer les messages de prévention et établiraient le lien entre les habitants du quartier et les structures de dépistage. L'intérêt des actions « hors les murs » ici réside également dans la possibilité de fédérer des structures accueillant le public visé, mais ne s'impliquant pas dans les problématiques de santé¹⁰⁵. Il s'agit de pouvoir réaliser les tests directement dans les associations concernées et de profiter des démarches de soins de certains pour atteindre leur entourage familial, et plus largement leur communauté. Toutes les pistes de réflexion en la matière doivent avoir pour but d'aller vers un public pour l'emmener vers un système de soin dont il est très largement exclu.

Développer l'offre de test dans les lieux d'accueil des personnes en situation de précarité

Les conditions de vie des personnes en situation de précarité, leur niveau de ressources et leur niveau scolaire ont de lourdes conséquences sur l'état de santé général et pèsent sur les décisions de recours aux soins¹⁰⁶. La précarité et la pauvreté exigent donc des adaptations de l'offre de dépistage. Comme l'a souligné l'enquête *Retard*¹⁰⁷, les personnes dont les conditions de vie sont marquées par la précarité se retrouvent en situation d'isolement social et relationnel.

De nombreuses expériences soulignent le bien fondé d'une politique de dépistage volontariste du VIH. Ainsi, au Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO) de Médecins du monde à Paris, sur 4500 patients reçus, et bien que seulement 20 % aient effectué un test de dépistage, 3,2 % étaient positifs, ce qui représente un taux de prévalence extrêmement élevé¹⁰⁸.

Dans les centres de soins et de dépistage qui accueillent les populations en situation de précarité, l'incitation au dépistage et la diffusion d'information doivent être réalisées. La généralisation de la proposition de tests de dépistage VIH dans l'offre globale d'un bilan de santé est une nécessité au sein de plusieurs structures : les centres municipaux de santé ; les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au sein des hôpitaux¹⁰⁹ ; les structures de « bas seuil » ; les centres d'accueil des associations humanitaires ; les centres d'examen périodiques de santé des caisses d'assurance maladie.

Les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des personnes en

¹⁰³ Les PASS sont mises en place, en application de l'article L.6112-6 du code de la santé publique, au sein des établissements publics de santé et des établissements de santé privés participant au service public hospitalier. Leur nombre est évalué à 400.

¹⁰⁴ La revue de MED'AF, édition trimestriel, n°1, juillet 2006.

¹⁰⁵ Audition CNS.

¹⁰⁶ Auvray L, Dumesnil S et Le Fur P., *Santé, soins et protection sociale en 2000*, CREDES, rapport n° 1364, décembre 2001. *Questions d'économie de la santé*, « Santé, soins et protection sociale en 2002 », n° 78, décembre 2003. « Précarités, risques et santé », n° 68 janvier 2003.

¹⁰⁷ Calvez M [dir.], *op. cit.*

¹⁰⁸ Audition du CNS.

¹⁰⁹ Les PASS sont mises en place, en application de l'article L.6112-6 du code de la santé publique, au sein des établissements publics de santé et des établissements de santé privés participant au service public hospitalier. Leur nombre est évalué à 400.

situation de précarité (PRAPS)¹¹⁰ sont un des moyens de concertation et de coordination pour permettre la mise en place d'une offre de soins de qualité à destination de ces populations

Utiliser les structures destinées aux usagers de drogues

Parmi les personnes découvrant leur séropositivité en 2004, on estime à seulement 2 % celles qui sont contaminées par usage de drogue injectable¹¹¹. Ce chiffre confirme la réduction de la transmission du VIH dans cette population grâce à la politique de réduction des risques. Cependant, parmi ceux qui découvrent leur séropositivité au stade sida, 27 % sont des usagers de drogues injectables¹¹². On est donc là aussi face à un problème de retard au dépistage. La proposition systématique du test de dépistage VIH/sida et VHC dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) et les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) pourraient permettre aux usagers de drogues injectables de connaître leurs statuts sérologiques et, ainsi, de pouvoir bénéficier d'une prise en charge plus précoce. De même, lors d'intervention des associations de prévention du VIH auprès des usagers de drogue dans les squats, la proposition de test pourrait être ajoutée à la politique de réduction des risques. En cela, par leur caractère immédiat et moins invasif, les tests rapides seraient tout à fait indiqués.

Pour une véritable offre de dépistage à la population carcérale

La population carcérale connaît toujours une situation particulière avec une prévalence estimée autour de 1 % en 2003¹¹³. Une enquête de 2003 du ministère de la Santé estime que les détenus connus pour avoir été infectés par le VHC représentent 4,2 % de la population pénitentiaire¹¹⁴. Lors du bilan d'entrée en prison, ou dans les jours qui suivent, il est théoriquement proposé au détenu une sérologie VIH, VHB et VHC¹¹⁵. En 2004, 8 500 tests ont été réalisés, avec une proportion de sérologies positives de 3 %¹¹⁶, alors qu'au premier janvier 2005 la population carcérale représentait 59 197 détenus, avec un flux d'entrée annuelle de 84 710 personnes¹¹⁷. En dépit d'une prévalence élevée, on constate donc que le nombre de tests réalisés est faible. La création des UCSA (Unité de consultation et de soins ambulatoires), qui doivent favoriser le diagnostic précoce¹¹⁸ et les actions des CDAG¹¹⁹ en détention, a constitué une amélioration de l'offre de soins et de dépistage qui reste cependant insuffisante.

La continuité des soins entre le milieu libre et la prison n'est pas pleinement assurée, l'organisation et l'accessibilité du dépistage sont variables d'un établissement pénitentiaire à

¹¹⁰ Circulaire n° DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire.

¹¹¹ Institut de Veille sanitaire, *op. cit.*, p. 4.

¹¹² *Op. cit.*, p. 6.

¹¹³ Dab W, « une loi qui a introduit une éthique de soin en prison », *Colloque « santé en prison », dix ans après la loi : quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues ?*, 7 décembre 2004, p. 5.

¹¹⁴ Observatoire international des prisons, *Les conditions de détention en France*, Paris, la Découverte, 2005, p. 134.

¹¹⁵ Décret no 98-1099 du 8 décembre 1998 modifiant le code de procédure pénale (troisième partie : Décrets) et relatif à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires.

¹¹⁶ Institut de Veille sanitaire, *op. cit.*, p. 19.

¹¹⁷ http://www.justice.gouv.fr/minister/DAP/chiffresclesAPdec05_2.pdf

¹¹⁸ Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Circulaire n°739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire.

¹¹⁹ 80 antennes en prison sont répertoriées.

un autre, la confidentialité n'étant pas toujours garantie, en particulier en CDAG¹²⁰. La proposition de dépistage à l'entrée en détention ne peut suffire compte tenu des pratiques à risques qui existent quand bien même les relations sexuelles, au parloir ou en détention, ou l'échange de seringues sont prohibés. La stigmatisation et la discrimination que subissent les personnes séropositives détenues restent un obstacle au recours au dépistage¹²¹. Il est souhaitable que l'organisation de l'offre de dépistage en prison puisse être améliorée et renouvelée.

¹²⁰ Brochure sur le dépistage du VIH/sida de la DRASS Île-de-France.

¹²¹ Rapport du CNS sur *la politique de prévention de l'infection à VIH en France métropolitaine*.

Recommandations

Améliorer la connaissance des pratiques de dépistage hors CDAG.

Élargissement de la proposition de tests de dépistage

Généraliser la proposition de tests de dépistage, soumis à l'accord du patient, dans les régions à forte prévalence, lors des recours aux soins, pour la population sexuellement active, tout en rappelant que les dépistages à l'insu des patients sont formellement proscrits.

Inciter fortement au dépistage les hommes ayant eu des relations sexuelles avec des hommes.

Généraliser la proposition de tests de dépistage dans l'offre globale d'un bilan de santé au sein des PASS, des centres de santé, des CPEF, des structures de « bas seuil », des centres d'examen périodiques de santé des caisses d'assurance maladie et des accueils des associations humanitaires de santé.

Généraliser les tests de dépistage VIH/sida, associés au dépistage des hépatites, dans les centres d'accueil pour usagers de drogue et par les associations en charge de la réduction des risques.

Assurer une meilleure promotion par les associations de la proposition de dépistage dans le parcours spécifique d'accueil des migrants au sein d'une offre globale d'un bilan de santé.

Soutenir les actions associatives d'accompagnement des personnes à fort risque d'exposition vers les structures de dépistage et de soins.

Assurer une meilleure couverture de la proposition de tests de dépistage au moment de l'incarcération et au cours de celle-ci.

Former des médecins généralistes à la proposition du dépistage, à la réalisation du test rapide et au rendu du test.

Rôle des CDAG

Renforcer la capacité des CDAG à accueillir les populations à fort risque d'exposition.

Orienter l'activité des CDAG vers les populations en situation de difficulté d'accès aux soins.

Permettre aux CDAG de proposer l'accès au traitement post-exposition.

Financer les CDAG hospitalières et extrahospitalières en fonction des besoins et selon les objectifs fixés localement.

Élargir les horaires d'ouverture des CDAG dans les zones de forte prévalence.

Rendre possible la levée de l'anonymat dans les CDAG, lors de la consultation médicale, pour favoriser l'accompagnement dans le parcours de soin.

Questions d'anonymat

Permettre dans les DOM aux médecins de ville ou hospitaliers de pouvoir prescrire un

dépistage de l'infection à VIH dont la réalisation garantit la confidentialité ou l'anonymat.

Intégrer dans les DOM les CDAG dans des structures de soins généralistes afin de mieux assurer l'anonymat.

Évolution du counseling

Proposer les tests avec ou sans counseling en fonction des situations.

Renforcer le counseling lors des consultations liées à des demandes de tests de dépistage après des prises de risques ou changements dans la vie sexuelle.

Améliorer le counseling dans les structures spécialisées dans le dépistage des IST et du VIH.

Permettre la réalisation du counseling par du personnel formé, sans le limiter à la sphère médicale.

Rappeler aux laboratoires d'analyses biologiques les bonnes pratiques en matière de transmission des résultats.

Recours aux tests rapides sanguins de dépistage

Évaluer la pertinence de l'utilisation d'un seul test de dépistage dans la stratégie de dépistage des anticorps anti-VIH.

Elargir, après évaluation de leurs performances et validation par les autorités compétentes, l'utilisation des tests rapides sanguins, qui pourraient alors être les seuls tests utilisés.

Rendre possible la réalisation de tests rapides sanguins par le personnel médical ou par délégation de tâches après validation des compétences.

Liste des personnes auditionnées

Le Conseil national du sida remercie très vivement les personnes ayant bien voulu être auditionnées par la commission Dépistage :

M. Stéphane Le Vu, pharmacien épidémiologiste, InVS ;

Docteur Gérard Muller, Médecin chef, CDAG du Centre médico-social de Belleville (75) ;

Docteur Christine Barbier, Médecin Inspecteur de Santé publique, DRASS Île-de-France ;

Docteur Pascal Chevit, direction générale de la santé, division santé société, SD6 chef du bureau 6A Lutte contre le VIH ;

Docteur Frédérique Delatour, direction générale de la santé, division santé société, SD6 bureau 6A Lutte contre le VIH, chef de projet diagnostic et dépistage;

Docteur Françoise Normandin, chef de service, Maison départementale de la Santé de Gironde;

M. Vincent Jobin, représentant Dialogai au groupe de l'OFSP sur la prévention sida, Genève ;

Mme Dominique Vamur, coordinatrice de l'Association Aremedia ;

Docteur Marc Shelly, directeur Aremedia, responsable de la CDAG Fernand Widal ;

M. Emmanuel Château, CoPrésident d'Act Up-Paris ;

Docteur Piernick Cressard, président de la section éthique et déontologie du Conseil National de l'Ordre des Médecins ;

Docteur Carine Favier, responsable de la commission sida, membre du Bureau national du mouvement français pour le Planning Familial ;

Docteur Arnaud Veïsse ; directeur du Comité médical pour les exilés (Comede) ;

Docteur Armelle Boisivon, Médecins du Monde CASO (Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation) ;

Docteur Emmanuelle Corre, Médecins du Monde CASO (Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation) ;

Docteur Claude Martine, Médecins du Monde CASO (Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation) ;

M. Christian Andreo, conseiller en méthodologie à AIDES pour la Région Rhône Alpes Méditerranée ;

M. Fabrice Pilorgé, chargé de mission à COREVIH, Sidaction ;

M. François Berdougo, directeur des programmes associations à Sidaction ;

Docteur Claude Cohen, Président du syndicat national des médecins biologistes.

Ainsi que les personnes que nous n'avons pas pu auditionner, mais qui ont contribué à ce travail : Dominique Costagliola, directrice de l'U720 INSERM et Université Pierre et Marie Curie Epidemiologie clinique et thérapeutique de l'infection à VIH ; Michel Jorda du Comité de Lutte contre le sida à Nouméa ; Carine Magen Chargé de mission VIH au Comité Guadeloupéen d'Éducation pour la Santé (COGES) et référent local séminaire inter-associatif DGS ; Michel Ohayon Coordinateur médical Sida-Info-Service ; Emmanuelle Piet médecin départemental de PMI en Seine-Saint-Denis et présidente du Collectif féministe contre le viol.