

66<sup>e</sup> RENCONTRE DU CRIPS-CIRDD ÎLE-DE-FRANCE\*

Contentons  
nous  
de faire  
réfléchir  
n'essayons pas  
de convaincre  
Georges Braque

# DÉPISTAGE DU VIH

## NOUVEAUX ENJEUX, NOUVELLES PRATIQUES

### ANTONIO UGIDOS

DIRECTEUR DU CRIPS-CIRDD ÎLE-DE-FRANCE

Vingt ans après l'apparition du sida, dix ans après l'arrivée des trithérapies, la question du dépistage reste d'une actualité pressante.

Les principales recommandations sur le dépistage remontent à 1988, avec la mise en place des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG). Le dépistage relève alors d'une démarche individuelle. À cette époque, il n'existe pas de traitement efficace, il n'y a donc pas de bénéfice personnel immédiat à connaître son statut sérologique. Au risque de se retrouver confronté à une infection à pronostic mortel, s'ajoute la crainte de stigmatisation et de rejet social. Les politiques de santé publique concentrent leur message sur la prévention lors des rapports sexuels et à l'égard des usagers de drogue (UD).

L'arrivée des multithérapies, en 1996, n'a pas fondamentalement changé les pratiques. Et ce, malgré les études montrant le pronostic défavorable d'un retard de prise en charge, en terme de qualité de vie, de mortalité et de morbidité. Des publications qui montrent que la connaissance de sa séropositivité réduit les pratiques à risque et engendre très majoritairement des comportements de prévention.

Les recommandations du CDC américain (Centre for Diseases control) de septembre 2006, celles du CNS (Conseil national du sida) de décembre 2006, enfin le projet de recommandations de l'OMS attendu en 2007, s'accordent à dire que le modèle de dépistage mis en place au début de l'épidémie ne correspond plus aux besoins, ni aux techniques nouvelles.

\* Rencontre du 15 février 2007. Les rencontres du Crips-Cirdd Île-de-France sont organisées avec le soutien de la Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France.



CENTRE RÉGIONAL  
DE RESSOURCES  
ET D'INFORMATION  
SUR LE VIH/SIDA,  
LES HÉPATITES,  
L'ÉDUCATION À LA VIE  
AFFECTIVE ET SEXUELLE,  
LES DROGUES,  
LES DÉPENDANCES ET  
LES CONDUITES À RISQUE  
CHEZ LES JEUNES

**Tour**  
**Maine-Montparnasse**  
**BP53 /**  
**75755 Paris cedex 15**  
tél **01 56 80 33 33**  
fax **01 56 80 33 00**  
**www.lecrisp-idf.net**  
info@lecrisp.net

**ouvert au public**  
du **mardi** au **vendredi**  
de **13h** à **19h**  
le **samedi**  
de **10h** à **17h**

 **île de France**



PREFECTURE DE LA REGION  
D'ÎLE-DE-FRANCE

Le test doit-il être systématiquement proposé aux personnes issues de populations à haute prévalence ? Doit-il être proposé au plus grand nombre dans une optique de rattrapage des personnes séropositives ignorantes de leur état ? Faut-il passer à une offre systématique de dépistage lors de tout contact avec le système de soin ? Faut-il alors le proposer au patient (« opt in ») ou l'effectuer automatiquement, sauf son refus explicite (« opt out ») ? Faut-il, comme le suggère le CNS, recourir au dépistage en routine pour contrer toute stigmatisation ? Autant de questionnements qui sont à l'origine de cette journée.

### **DANIELLE MESSAGER**

**ANIMATRICE, JOURNALISTE À FRANCE INTER**

Nous allons commencer cette rencontre par un tour d'horizon de la politique française de dépistage, son évolution et ses perspectives.

### **FRÉDÉRIQUE DELATOUR**

**CHEF DE PROJET DIAGNOSTIC ET VIH**

**À LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ**

« La politique française en matière de dépistage »

La France se situe au deuxième rang européen du dépistage, avec 5,3 millions de tests pratiqués en 2005. Un chiffre en constante augmentation, qui s'est même accéléré atteignant +8 % entre 2004 et 2005, contre +4 % depuis 2001.

Le dépistage est obligatoire en cas d'agression sexuelle, de dons du sang, d'organe, de tissus et de cellules. Des tests sont, en théorie, systématiquement proposés en service prénatal, prénuptial, lors des IVG et des incarcérations. Le dépistage volontaire est pratiqué dans les CDAG, plus marginalement les centres de planification familiale et les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (Ciddist). Les CDAG sont au nombre de 339 – certains dotés d'antennes, dont 105 en prison – plus de la moitié sont intégrés dans des structures hospitalières. En 2005, l'activité des CDAG a représenté 8 % de l'ensemble des tests pratiqués, mais 12 % des tests positifs, soit deux fois plus que dans les autres lieux.

La grande majorité des tests sont effectués dans le secteur privé. Selon l'enquête KABP (2004) réalisée par l'Observatoire régional de la santé d'Île-de-France en collaboration avec l'Agence nationale de la recherche sur le sida, 57,9 % des tests étaient réalisés sur prescription dans des laboratoires privés (environ 4 000 sur le territoire national) et 5,6 % dans les CDAG. L'enquête confirmait toutefois l'utilité des CDAG qui touchent des populations concernées par le virus : jeunes, multipartenaires, utilisateurs de préservatifs. Elle posait, par ailleurs, le problème de la remise des résultats sans accompagnement dans les laboratoires privés, en soulignant que 7,3 % des personnes « enquêtées » s'y étaient rendues sans prescription.

L'une des préoccupations majeures porte aujourd'hui sur le retard au dépistage : puisque 16 % des cas de

séropositivité sont découverts en même temps que le diagnostic sida. Le premier objectif du programme de lutte contre le VIH et les IST 2005-2008 est de réduire ce retard, par des campagnes de communication à destination des professionnels et des publics cibles, l'amélioration de l'accessibilité des CDAG, l'extension du dépistage aux centres de santé, les actions hors les murs et l'amélioration des pratiques.

La loi relative à la politique de santé publique du 13 août 2004 vise notamment à réduire de 20 % l'incidence des cas de sida. L'État tente d'avoir une politique homogène et globale à l'égard du VIH et des IST, lesquelles favorisent la transmission du VIH. La lutte contre les IST a donc été « recentralisée », à l'instar du VIH. La fusion des CDAG et des Ciddist en une structure unique, qui ferait à la fois dépistage et diagnostic, est à l'étude. Il apparaît enfin important de réaffirmer le rôle du dépistage dans la prévention, de systématiser l'information sur le traitement post-exposition (TPE) et de proposer des tests VIH aux futurs pères.

### **STÉPHANE LE VU**

**ÉPIDÉMIOLOGISTE À L'INVS**

« Présentation des résultats de l'enquête sur le dépistage en CDAG »

La France pratique en moyenne 83 tests pour 1 000 habitants. Le taux de sérologies positives est de 2,2/1000. Cependant, les disparités sont très fortes d'une région à l'autre. La proportion de tests positifs est très supérieure en Île-de-France et dans les départements français d'Amérique. Toutes les autres régions étant bien au-dessous de la moyenne nationale. La déclaration obligatoire du sida, puis celle de la séropositivité, à partir de 2003, permettent de chiffrer l'importance des retards au diagnostic. En 2005, 48 % des personnes malades du sida ignorent leur séropositivité au moment du diagnostic du sida. Ramené à la population séropositive, le diagnostic concomitant est de 16 %. La plus forte proportion de diagnostics concomitants (55 %) se trouve chez les hétérosexuels malades du sida originaires d'Afrique subsaharienne. En revanche, parmi les hétérosexuels séropositifs d'Afrique subsaharienne, le taux de diagnostics concomitants était de 13 %. Un taux proche de celui du groupe des homosexuels (10 %). Ce deuxième chiffre tend à montrer que le recours au dépistage est plus fréquent aujourd'hui au sein de cette population et que les retards de dépistage concernent des contaminations anciennes. Interrogées lors d'une récente enquête à paraître de l'Inpes, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne, déclarent avoir été testées à 65 % au cours de leur vie.

Chez les usagers de drogue (UD) par voie intraveineuse, la proportion de contaminations qui ne sont pas déjà en phase de sida, donc anciennes, est relativement faible. Selon l'enquête Coquelicot 2004, les UD déclarent à 95 % avoir été testés au moins une fois dans leur vie et sont généralement à jour de leur état sérologique.



L'enquête presse gay 2004, fait quant à elle état de 48 % d'homosexuels testés dans l'année. Sur la population générale, la proportion est de 51 % d'individus testés au moins une fois dans leur vie, et de 11 % dans l'année. L'activité de dépistage des CDAG augmente, même si cette progression s'est ralentie (315 000 tests en 2005). Le taux de résultats positifs dans les CDAG est relativement stable, autour de 5/1000 (4/1000 en 2005). Ces centres sont fréquentés par autant d'hommes que de femmes, la moitié des consultants ayant moins de 25 ans. Les consultants étrangers sont en forte augmentation. Les déclarations de relations homosexuelles s'accroissent. Les déclarations d'utilisation moins systématique du préservatif sont également en augmentation. Les consultants des CDAG se perçoivent comme étant plus exposés au risque que la population globale. Ces centres remplissent ainsi deux missions : le dépistage de groupes à risque et la prévention à destination des jeunes, peu exposés.

### **PIERRE DEMOOR**

**MÉDECIN ATTACHÉ AU CDAG**

**DE L'HÔPITAL BICHAT**

« Pour un nouveau counseling »

Le counseling est l'un des points faibles du système de dépistage en France et donc un axe d'amélioration. Le counseling consiste à aider une personne à comprendre et à résoudre un problème. Cette aide doit commencer dès l'accueil des personnes qui viennent se faire dépister, notamment dans les CDAG. Il s'agit d'instaurer un climat favorable et d'organiser l'attente avant le test (documents, vidéos, aide à remplir les questionnaires, etc.). Le médecin doit ensuite pouvoir et savoir aborder le thème de la sexualité, et le faire sans jugement : parler du préservatif, des relations du patient, de l'utilisation du préservatif, des différences de risques selon les pratiques, s'assurer aussi de la connaissance des termes. Tout cela implique d'avoir suffisamment de temps pour permettre au patient de s'exprimer, et si nécessaire, de l'orienter vers une consultation psychologique. En cas de test positif, un accompagnement doit être mis en place. Les craintes de stigmatisation sont plus ou moins importantes selon les groupes. Il s'agit là de proposer une rencontre avec le partenaire, le soutien d'associations ou d'assistants sociaux et d'aider à l'accès aux soins et aux droits. Il ne suffit pas seulement de mettre en place un parcours organisé, mais d'instaurer un véritable accompagnement. Insistons par ailleurs sur la nécessité de parler du traitement post-exposition, pour protéger ses relations, en cas d'accident. Une information qui n'est pas toujours faite dans les CDAG, ni dans les services de maladies infectieuses. De la théorie à la réalité, le fossé est important. Au CDAG de Bichat, il n'est pas rare de trouver, dans un après-midi, quarante à soixante patients pour un ou deux médecins, soumis à la pression de la salle d'attente, y compris lorsque l'annonce d'un résultat positif doit

être effectuée. Il est urgent de reconnaître le rôle essentiel des CDAG, qui reçoivent des populations à haut risque dans les zones de forte prévalence, de mieux les intégrer dans les structures hospitalières et d'améliorer la formation des médecins.

### **FRANCE LERT**

**DIRECTRICE DE RECHERCHES À L'INSERM**

« Pratiques du dépistage : les réalités du terrain »

En France, le dépistage est une véritable passion. La question de la pénalisation d'une transmission du VIH par défaut délibéré d'information du partenaire nourrissait encore récemment les débats. Jusqu'à présent, le dépistage avait été discuté comme un acte entièrement centré sur les besoins de la personne. Le texte proposé aujourd'hui par l'OMS renverse ce paradigme : faut-il proposer le dépistage à tous ? Chacun doit-il connaître son statut ? Cette proposition renversante de l'OMS pour être acceptable est assortie d'une recommandation d'un counseling pré et post-test.

À l'occasion de cette rencontre et afin de mieux se rendre compte de la réalité quotidienne du dépistage en Île-de-France, le Crips a demandé à une douzaine de personnes volontaires d'aller se faire dépister en CDAG, en passant par un médecin ou directement en laboratoire et d'en rapporter une série d'observations sur des points précis, déterminés à l'avance. Les conclusions de cette petite étude empirique et sans prétention sont les suivantes. Si la qualité de l'accueil a été jugée bonne en général, cette expérimentation a aussi souligné les limites du dispositif. L'éventualité d'un résultat positif n'a jamais été abordée dans la consultation pré-test qui tient plus de l'anamnèse classique que du counseling qui va chercher les motivations et préoccupations de chaque individu. Les « cobayes » ont relevé dans les laboratoires (et un CDAG) l'absence de préservatifs, l'absence de tout questionnement, l'absence d'information sur le dépistage des hépatites, et dans les CDAG des horaires inadaptés ou une capacité d'accueil insuffisante. La personne qui s'est présentée comme usager de drogue s'est bien vu prescrire la recherche des hépatites, et celle comme homosexuel a bien été testée pour la syphilis. Le prélèvement n'a pas été davantage l'occasion d'un échange à contenu préventif à l'initiative de l'infirmière. Les résultats ont été remis au bout d'une semaine dans les CDAG, plus rapidement en laboratoire. Lors de la remise des résultats dans les CDAG, les messages ont été généralement laconiques : « C'est bon, vous pouvez y aller », « Félicitations ». Dans les laboratoires, le résultat a été délivré dans une enveloppe fermée, sans plus de commentaire. Nulle part de counseling post-test.

Faut-il fustiger ces professionnels ou reconnaître la difficulté à introduire dans les pratiques médicales ce counseling qui doit ajuster à chacun au moment où il s'interroge le message préventif des campagnes grand public ? C'était pour nous l'occasion d'ouvrir le débat sans prétendre avoir là des résultats à généraliser.

## QUESTIONS DE LA SALLE

### **CHRISTINE ROUZIUX, DIRECTRICE DU LABORATOIRE DE VIROLOGIE, HÔPITAL NECKER-ENFANTS MALADES** —

Les délais de rendu des résultats sont différents selon les structures ; elles ne sont pas toutes organisées pour pouvoir délivrer les résultats en 48 heures, comme c'est le cas dans le laboratoire dont j'ai la responsabilité. Nous sommes organisés de façon à effectuer les sérologies trois fois par semaine. Nous faisons en sorte que les résultats soient signés au jour le jour et soient délivrés sous 48 heures. Dans les CDAG, la situation est parfois plus difficile. Les petits laboratoires, dont ils dépendent, ne procèdent à l'analyse de ces prélèvements qu'une fois par semaine et un délai peut être nécessaire pour valider les résultats ou faire un deuxième test. De plus, tous les CDAG ne sont pas en lien direct avec un laboratoire.

### **DENIS MÉCHALI, CHEF DE SERVICE, CDAG, HÔPITAL DELAFONTAINE** —

Outre la question des délais et du trop grand nombre de patients à chaque consultation, se pose le problème du manque de personnel formé (infirmière comme médecin). Nous oscillons entre fermer ce CDAG et tenter de l'améliorer.

### **SYLVIE MAS, MÉDECIN VACATAIRE CDAG, HÔPITAL BICHAT-CLAUDE-BERNARD** —

Au service infectieux de Bichat, il est admis qu'un rendez-vous est fixé toutes les 25 minutes. Mais on trouve normal d'avoir un médecin pour 60 personnes lors d'une consultation de dépistage du VIH.

**DANIELLE MESSAGER** — Quelle est donc votre réaction, Frédérique Delatour, lorsque vous entendez les chiffres de 40 ou 60 personnes pour un médecin, une aide-soignante ? On ne peut pas ensuite s'étonner des conclusions de France Lert sur la pratique des CDAG.

**FRÉDÉRIQUE DELATOURE** — Je connais bien ces consultations. L'une des difficultés est de trouver du personnel pour travailler, étant donné le niveau de rémunération. Cependant, plutôt que d'élargir les horaires, il importe d'avoir deux médecins présents en même temps. Il faudrait que les CDAG puissent récupérer l'argent dont ils sont théoriquement les destinataires.

### **BRIGITTE REBOULOT, DIRECTRICE CRIPS PACA, VACATAIRE CDAG** —

J'ai la chance de recevoir principalement des collégiens et des lycéens à la consultation du mercredi. Le risque de contamination est proche de zéro. Mais la consultation est déterminante pour leurs relations futures, pour leur capacité à revenir plus tard dire qu'ils ont pris un risque. J'ajouterai que ces consultations sont plus que mal payées : 31,50 euros l'après-midi.

### **ANNE-CLAUDE CRÉMIEUX, INFECTIOLOGUE, HÔPITAL RAYMOND-POINCARÉ** —

Les CDAG reçoivent une population extrêmement hétérogène, du jeune, à l'homosexuel, à la femme migrante. Le CDAG est donc un outil formidable pour adapter le niveau de conseil. Ce n'est peut-être pas la mission des CDAG de consacrer 25 minutes à des gens parfaitement informés, qui deman-

dent au centre de remplir la fonction d'un laboratoire. En revanche, leur rôle est d'identifier ceux qui ont des pratiques à risque. C'est en effet le seul endroit où l'on interroge sur les pratiques sexuelles.

**DANIELLE MESSAGER** — Nous allons maintenant voir l'évolution des techniques de dépistage, le développement des tests rapides sur les marchés européen et américain.

## **CHRISTINE ROUZIUX**

### **PROFESSEUR DE VIROLOGIE, RESPONSABLE DU LABORATOIRE DE VIROLOGIE DE L'HÔPITAL NECKER-ENFANTS MALADES**

#### **« L'évolution des techniques biologiques et les nouvelles possibilités »**

La situation française pour le dépistage VIH est spécifique du fait du contexte historique particulier. Initialement, les tests n'étaient pas suffisamment bons et nécessitaient la réalisation d'un deuxième test pour corroborer le premier résultat. Depuis 1985, les tests Elisa ont beaucoup progressé : leur sensibilité et leur spécificité (taux de faux positifs) sont aujourd'hui supérieures à 99 %. La pertinence de deux tests successifs est donc actuellement remise en question. Les tests Elisa détectent les VIH-1 et les VIH-2. Ce sont des tests quantitatifs, très performants pour détecter les séroconversions (primo-infections).

Cependant, il paraît aujourd'hui nécessaire d'élargir l'utilisation des tests rapides sanguins, dont certains sont autorisés sur le marché européen. Leur sensibilité et leur spécificité sont désormais de 99 %. Ils sont qualitatifs, c'est-à-dire qu'ils expriment simplement une sérologie positive ou négative. Plusieurs États américains les utilisent déjà largement dans certains sites. Le résultat est obtenu entre 20 et 40 minutes après le test. Des auteurs ont rapporté leur expérience à New York et ont montré qu'en cas d'utilisation des tests rapides les patients sont prêts à attendre leur résultat sur place. Ainsi près de 90 % accèdent à leur résultat, contre 45 % dans le cas d'utilisation de tests classiques.

L'utilisation des tests rapides en France nécessiterait une réorganisation du système de dépistage, à laquelle il faudrait associer les laboratoires privés, hospitaliers et les CDAG. Mais il serait aussi possible d'imaginer un système de dépistage où un médecin, une infirmière, voire le patient procéderait au test, avec un résultat visible à l'œil nu, comme un test de grossesse.

L'apparition des tests salivaires, encore plus facile d'utilisation, ouvre d'autres perspectives. Le test Oraquick est utilisé aux États-Unis depuis 2004 et plusieurs études font état d'une sensibilité et d'une spécificité de 99 %, même si un problème de faux positif s'est posé en janvier 2007. La frilosité à l'égard de ces tests est encore importante en France. Leur utilité immédiate est plus évidente pour le dépistage dans les pays en développement. Il m'apparaît important d'engager une réflexion



en France ainsi que d'évaluer ces tests dans des conditions appropriées. De même, il ne faudrait pas s'interdire de réfléchir à la pratique de l'autotest.

## **WILLIAM KOEVOETS**

### **FONDATEUR DE CHECKPOINT À AMSTERDAM**

#### **« Expérience des Pays-Bas : succès et limites »**

Checkpoint ([www.hivnet.org](http://www.hivnet.org)) est le premier dispositif de test rapide sanguin en Europe. Checkpoint est né à la suite de plusieurs enquêtes mettant en évidence les lacunes du dépistage. En 2000, une enquête montrait que seuls 42 % des Hollandais avaient effectué un dépistage. En 2003, une autre révélait que 15 % de la population homosexuelle testée était séropositive, mais que seuls 5 % avaient connaissance de leur statut. L'objectif a été de cibler les populations les plus à risque, notamment les hommes homosexuels qui constituent plus de la moitié de la clientèle de Checkpoint. Nous travaillons avec un test rapide non agréé par la FDA aux États-Unis, mais très utilisé dans les pays en développement. Il dépiste les VIH-1 et VIH-2, et ne coûte que trois euros. Checkpoint consulte le vendredi soir, sur rendez-vous téléphonique pris auprès de la Fondation de lutte contre le sida des Pays-Bas. Le test est facturé 20 euros, pour mutualiser le coût des tests de confirmation réalisés en cas de séropositivité. La consultation, d'une heure au total, est l'occasion de poser environ 70 questions, sur les habitudes sexuelles, la consommation de drogue. Le résultat est délivré après 20 minutes. S'il est positif, le test de confirmation intervient la semaine suivante. Nous étudions la fiabilité d'un second test rapide, conformément aux recommandations de l'OMS. Sur les 3 900 tests pratiqués, trois tests ont indiqué des résultats ambigus ou faussement positifs. L'incidence du VIH est de plus de 5 % chez les hommes homosexuels, contre un peu plus de 0,5 % chez les femmes et les hommes hétérosexuels. 90 % des tests positifs (106 des 117) sont ainsi dépistés parmi les hommes homosexuels. Il s'agissait du premier test pour 25 % des homosexuels, et 66 % des non homosexuels. 75 % avaient eu des IST dans le passé. 37 % avaient consommé des drogues dures dans les trois semaines précédant le rapport à risque.

## **CARLA MAKHLOUF- OBERMEYER**

### **CHERCHEUR À L'OMS**

#### **« Encourager le dépistage dans les services de santé : données et défis »**

La situation mondiale du dépistage nous amène aujourd'hui à deux constats majeurs. Premièrement, la connaissance du statut sérologique est très insuffisante. Dans les pays d'Afrique subsaharienne, hormis en Afrique du Sud, seuls 10 % à 12 % des gens connaissent leur statut sérologique, et c'est le cas pour seulement 10 % à 25 % des personnes séropositives. Il apparaît, en outre, que, mis à part le dépistage prénatal, les femmes

sont moins dépistées que les hommes. Le deuxième constat concerne les occasions de dépistage manquées, par exemple, le dépistage prénatal en Afrique qui presque partout ne touche que moins de 20 % des femmes ; de même, seuls 5 % des patients traités pour la tuberculose subissent un test VIH en Afrique subsaharienne, alors que les cas de coinfection tuberculose-VIH y sont extrêmement élevés. Ces constats sont à l'origine des efforts entrepris par l'OMS et l'Onusida pour accélérer l'accès au dépistage-conseil. Un consensus très clair existe sur ce point : il n'est pas acceptable qu'une si faible proportion de personnes connaisse son statut et que la majorité ne puisse accéder à la prévention et aux traitements. Nous observons d'ailleurs une demande croissante des pays à disposer de recommandations opérationnelles, basées sur des données locales, qui facilitent le dépistage tout en assurant la qualité et la protection des individus.

Au cours des deux dernières années, de grands changements sont déjà intervenus, en Afrique et en Asie, à l'initiative des pays eux-mêmes, notamment depuis la mise à disposition de traitements. Différentes approches sont mises en œuvre : tests à domicile (Kenya, Ouganda), dépistage de routine (Botswana, Kenya, Ouganda en hôpital), dépistage universel au Lesotho. L'OMS souhaite développer l'accès au dépistage dans les centres de santé. Une série de recommandations en ce sens sont en cours d'élaboration. Nous avons commencé par faire une revue systématique des données, publiées ou non, ainsi que des politiques de dépistage dans diverses régions du monde. En juillet dernier, une large consultation d'experts et de personnes vivant avec le VIH a débuté. Ce travail doit aboutir à la rédaction d'un document final en avril 2007. Deux principes contradictoires sont à concilier : d'une part, la protection du droit de tous à la santé, c'est-à-dire l'intérêt collectif de santé publique, d'autre part, la protection du droit des individus.

Le document préparatoire distingue deux types de dépistage. Premièrement, le dépistage à but diagnostique, indépendant du niveau de l'épidémie, qui doit s'inscrire dans le processus normal de soins, pour toute personne qui se présente avec des symptômes pouvant indiquer une infection. Deuxièmement, le dépistage proactif, en cas d'épidémie généralisée, dans les services de santé, selon les priorités et les moyens. En cas d'épidémie concentrée ou de faible niveau, le dépistage proactif n'est pas recommandé aussi énergiquement, mais devrait être concentré dans les services d'IST, prénataux, à l'accouchement, en post-partum et à destination des populations à risque. Quelle que soit la situation, il faudra s'assurer du respect des « 3 C » : consentement, conseil, confidentialité. Le document penche pour l'approche « opt out », tout en reconnaissant qu'il y aurait des situations pour l'« opt in ». Vous pouvez imaginer à quel point tous les problèmes évoqués à l'occasion de cette rencontre sur l'insuffisance

du counseling sont amplifiés dans les pays en développement. Cela appelle de nouvelles approches innovantes de conseil, comme, par exemple, le conseil en groupe avant le test. L'application de ces recommandations dépendra nécessairement de ce qui se passera à l'extérieur et à l'intérieur du système de santé. Les individus seront protégés dans la mesure où le contexte politique et social général y est favorable. Le test devra en outre être intégré dans un système qui puisse offrir un traitement. Les discussions portent sur le niveau de traitement qui doit être disponible avant de procéder au dépistage. Le document ne dit pas qu'il faille que les antirétroviraux soient disponibles. Le bénéfice du malade à être dépisté pourrait exister, de toute façon, grâce au traitement d'infections opportunistes.

Je précise qu'aucune des propositions ne vise à remplacer le dépistage-conseil volontaire, mais à le compléter.

Une évaluation des systèmes juridiques, politiques et de santé sera entreprise pour assurer la meilleure application possible des recommandations. L'élaboration d'un code de conduite du personnel de santé, la mise en place de mécanismes d'identification rapide d'abus éventuels, l'institution d'un médiateur sont envisagées. Reste la grande question de la délégation des tâches. Il est clair que les ressources humaines y sont insuffisantes pour un passage du dépistage à l'échelle globale. Faudra-t-il commencer par former les personnels de santé, les professeurs ? Comment impliquer les communautés ? Lorsque nous aurons avancé sur ces questions-là, nous pourrons estimer les coûts et adapter les recommandations.

### **DANIELLE MESSAGER**

Nous allons entendre maintenant les dernières recommandations du CNS sur l'élargissement de la proposition de tests, le counseling et le recours aux tests sanguins.

### **ANTHONY PONCIER**

**RAPPORTEUR AU CONSEIL NATIONAL DU SIDA**  
« Les recommandations du CNS »

Le rapport du CNS sur l'élargissement de la proposition de tests de dépistage est venu de ce constat : selon les estimations, en France, environ 40 000 personnes ignorent qu'elles sont infectées par le VIH. Or, le risque de mortalité est supérieur en cas de retard de dépistage. Lors des six premiers mois, il est 14 fois supérieur. Et ce risque reste supérieur pendant six ans, même si celui-ci est décroissant. D'où la nécessité de favoriser une prise en charge précoce.

Plusieurs propositions sont émises. Le rapport préconise de généraliser la proposition de tests dans les régions à forte prévalence (Île-de-France, DOM, région PACA) et lors des recours aux soins. Il s'agit d'inciter fortement au dépistage un certain nombre de populations plus exposées aux risques. Cela concerne les hommes ayant

eu des relations sexuelles avec des hommes, chez qui la prévalence déclarée est de 12 à 14 % (pour une moyenne française de 2,4/1000). Les personnes en situation de précarité, éloignées des dispositifs de soins, par le biais des structures dites de « bas seuils » (centres de santé, centres d'examen périodiques de l'Assurance maladie).

Les accueils associatifs doivent pouvoir proposer plus facilement des tests, sous le système de délégation de tâches. À titre d'exemple, le Centre d'accueil de soins et d'orientation (CASO) de Médecins du monde à Paris, a constaté une prévalence importante parmi ses patients. 20 % d'entre eux (sur un total de 4 500 personnes) ont subi un test, 3,2 % étaient positifs. La même remarque est valable pour les usagers de drogue, même si la prévalence diminue dans ce groupe.

Les populations migrantes, souvent coupées des filières de soins habituelles, connaissent aussi une prévalence élevée. L'idée est d'améliorer l'accès au dépistage, par le biais d'opérations hors les murs et de soutenir des associations qui amènent ces populations vers des lieux de dépistage ou proposent aussi un dépistage VIH dans le cadre d'un bilan de santé global.

Les chiffres concernant la population carcérale sont les suivants : en 2004, 8 500 tests ont été réalisés. C'est peu, par rapport au nombre d'entrants en prison, qui se voient théoriquement proposer un test, et sur une population totale de près de 60 000 personnes. Proposer un dépistage au moment de l'incarcération n'est peut-être pas le plus propice. Il apparaît ainsi nécessaire d'imaginer, en plus, un autre dispositif pour les détenus, respectant la confidentialité.

Les auditions effectuées par le CNS confirment que de nombreux médecins ont du mal à aborder les questions liées au dépistage, intimes, intrusives et préfèrent souvent éviter le sujet. Il y a donc nécessité à former les médecins, notamment les généralistes. Le rapport souhaite par ailleurs augmenter les données sur le dépistage hors des CDAG, qui ne représentent que 7 % du dépistage en France.

Concernant les CDAG, le CNS recommande d'augmenter l'accueil des populations à risque, en encourageant les opérations hors les murs. Les CDAG doivent pouvoir proposer le traitement post-exposition et un accompagnement vers les structures de soins, avec d'autres moyens humains et financiers. Médecins du monde propose déjà de prendre rendez-vous et d'accompagner les personnes dont le test est positif. Le counseling doit être renforcé dans le cadre de consultations liées à une prise de risque, un changement de vie sexuelle, de rupture, ou de prescription de contraceptif. Moins de 25 % des personnes effectuent un dépistage après une rupture, alors qu'environ 65 % des personnes en couple ayant eu des relations extraconjugales n'ont pas systématiquement utilisé de préservatif. De même, il devrait être systématiquement proposé lors des IVG, sachant que la prévalence du VIH est quatre fois supérieure chez les femmes dont la grossesse est inter-



rompue, que lors d'une grossesse menée à terme. Le personnel non médical (infirmières, associatifs) et les laboratoires privés doivent être associés au counseling. Le CNS estime, lui aussi, nécessaire d'évaluer la pertinence du système des tests et de recourir aux tests sanguins rapides, qui pourraient être utilisés hors des laboratoires, « par délégation de tâche », après validation de compétence. En revanche, il est opposé, pour différentes raisons, à la diffusion des autotests (« home tests »). Le test pourrait être mal utilisé ou aboutir à des interprétations fausses. Le résultat ne fait pas le diagnostic. Le dépistage est l'occasion de délivrer des messages de prévention. Le test rapide risque d'être détourné de sa finalité, pour servir à rassurer, à tort, deux partenaires avant un rapport non protégé : cela s'appelle du « sérotriage ».

## QUESTIONS DE LA SALLE

**DANIELLE MESSENGER** — Pouvez-vous préciser ce que vous entendez par la généralisation des propositions de dépistage lors de recours aux soins ?

**ANTHONY PONCIER** — De nombreuses personnes qui découvrent leur séropositivité ont eu recours au système de soin dans l'année précédente, mais n'ont jamais reçu de proposition de dépistage. Il ne s'agit pas de « routiniser », mais de généraliser, de banaliser cette proposition de dépistage.

**CHRISTINE ROUZIUX** — L'expérience hollandaise est extrêmement intéressante car il s'agit d'un dépistage « hors les murs », qui associe prévention et dépistage à destination d'une population ciblée. La proposition du CNS pourrait rejoindre cette expérience.

**MARIE-HÉLÈNE COURTIN, PSYCHOLOGUE, CDAG CENTRE HOSPITALIER, RAMBOUILLET** — Pourriez-vous définir la fenêtre de séroconversion ?

**CHRISTINE ROUZIUX** — Il est maintenant admis de façon large que 99 % des séropositivités sont détectables environ un mois et demi après la contamination et que 100 % des négatifs peuvent être confirmés dans un délai de trois mois suivant la date présumée de contagion. Les tests Elisa permettent le dépistage du VIH-1 et du VIH-2. En outre, un certain nombre de tests sont doubles et captent les antigènes et les anticorps. Il y a quatre jours de délai entre la positivité de l'antigène P24 et celle de l'ARN-VIH plasmatique. La probabilité pour que le malade fasse un test dans cette fenêtre de quatre jours est statistiquement infime. En cas de contamination, l'antigène P24 commence à être positif entre 10 et 14 jours après le contagion, et il reste positif au cours des premiers mois pour la majorité des patients. Le test anticorps se positive ensuite assez rapidement, entre 10 et 15 jours. Le délai de trois mois a principalement été énoncé pour les risques de contamination professionnelle pour clore un dossier. C'est au médecin d'évaluer chaque cas spécifiquement pour décider du meilleur moment et procéder au test.

**GERTRUDE N'JOH, COORDINATRICE, ASEDOS (ASSOCIATION DE PERSONNES MIGRANTES)** — La formation des médecins généralistes et le counseling sont déterminants. Les migrants sont particulièrement réticents à l'idée d'aller se faire dépister. Notre association les engage à le faire. Le comportement des médecins est alors essentiel. Les mauvaises expériences des uns dissuadent rapidement les autres de faire la démarche à leur tour.

**ANNE-CLAUDE CRÉMIEUX** — Je m'interroge sur la stratégie de généralisation du dépistage du CNS. La France est pratiquement le pays qui fait le plus de tests. Cela permettra-t-il d'améliorer le mauvais « rendement » des centres de l'Assurance maladie, qui réalisent beaucoup de tests, mais ne dépistent pratiquement personne ? Y a-t-il eu un diagnostic sur l'état du dépistage en France, le nombre de personnes séropositives non dépistées et qui elles sont ? Si nous n'avons pas de réponse à cette question, nous ne savons pas où aller les chercher. Aux urgences ? Pourquoi pas. Mais alors il faudrait prioritairement dépister les personnes qui ont des facteurs de risques associés, comme on l'a fait pour l'hépatite C.

**ANTHONY PONCIER** — Les urgences présentent l'intérêt d'atteindre des personnes socialement défavorisées, souvent éloignées du système de soin. À l'heure actuelle, à ma connaissance, nous ignorons la prévalence du VIH parmi la population qui se rend aux urgences. Aux États-Unis, le dépistage aux urgences se fait sur le modèle de l'« opt out ». Le CNS envisage de le proposer aux patients, qui se sélectionneraient eux-mêmes avec l'aide du personnel médical, en fonction de leur exposition aux risques. Le même principe vaut pour les dépistages hors les murs.

**FRANCE LERT** — L'enquête Vespa de l'ANRS (2002) qui s'est intéressée au dépistage tardif, donne des indications sur les populations qui passent à travers les mailles du filet. Chez les migrants, les retards aux diagnostics concernent principalement ceux qui viennent d'arriver. Très peu de gens en Afrique ont connaissance de leur séropositivité. Ils la découvrent en arrivant en France : beaucoup sont dépistés dans l'année de leur arrivée. Concernant la population française, les personnes qui ont des pratiques à risque, les multipartenaires, se font dépister. Ceux qui ne sont pas dépistés assez tôt sont ceux qui sont en couple depuis longtemps. Ce n'est pas en leur parlant des risques ou de leurs pratiques actuelles que l'on va les rattraper. Il faut les retrouver suivant le mode de l'« opt out ». Les Français passent leur temps chez le médecin, dit-on et c'est peut-être l'occasion de demander au patient s'il a fait un test récemment et de lui prescrire avec le prochain bilan biologique, puisque c'est encore une pratique courante, en même temps que le cholestérol...

**PIERRE DEMOOR** — Comme cela a été fait sur les antibiotiques, il serait facile pour l'Assurance maladie de faire une campagne sur le dépistage qui sensibilise les médecins et les patients.

**DOMINIQUE VAMUR, COORDINATRICE, ASSOCIATION AREMEDIA** — Aremedia privilégie, depuis quelques

années, les actions hors les murs. Nous essayons de toucher davantage les migrants et les usagers de drogue par voie intraveineuse. Nous travaillons avec un important réseau de partenaires, notamment des médecins de ville et hospitaliers. Les CDAG manquent de personnes capables d'apporter un soutien psychologique. Nous – éducateurs spécialisés – sommes démunis face à des personnes qui apprennent leur séropositivité. Nous avons milité pour que d'autres professionnels se chargent de l'accompagnement des personnes séropositives vers les soins.

**ANNE-CLAUDE CRÉMIEUX** — Je voudrais revenir sur la question du délai qui s'écoule entre l'annonce de la séropositivité et le début de la prise en charge : de nombreuses personnes disparaissent dans la nature. Un constat vérifié pour le VIH et le VHC. Les CDAG devraient être adossés à des structures de soins, afin d'établir un lien fort entre le dépistage et la prise en charge.

**CHRISTINE BARBIER, MÉDECIN INSPECTEUR RÉGIONAL ADJOINT, DRASS ÎLE-DE-FRANCE** — Le fonctionnement des CDAG en Île-de-France, (59 dont une moitié en gestion hospitalière), est très disparate. Le cahier des charges est très bien fait, mais pas toujours respecté. Certains attendent que les patients se présentent, d'autres sont plutôt tournés vers les jeunes. Ceux qui ont développé des partenariats avec des associations ont des taux de positivité beaucoup plus élevés, à 2 % ou 2,5 %. Nous essayons de recenser toutes les bonnes expériences pour les mutualiser. Les réseaux ville-hôpital font des choses intéressantes. Lors de notre audition au CNS, nous avons soutenu l'idée de proposer un bilan de santé global, avec test du VIH dans des structures qui reçoivent des gens en difficulté. Il faut diversifier les lieux de dépistage, s'appuyer sur les centres de planification et les centres d'exams de santé, qui examinent les salariés. Un certain nombre de centres ont ainsi été associés à des missions locales, la protection judiciaire de la jeunesse, des structures de précarité, pour proposer ce type de bilan de santé.

**DANIELLE MESSENGER** — Qu'en est-il de la proposition de dépistage au futur père ?

**STÉPHANE LE VU** — Un bilan de santé est proposé au futur père au troisième mois de grossesse. Ce serait l'occasion d'y inclure un test de dépistage du VIH. Il est aussi envisagé de reproduire ce test chez la femme, durant la grossesse.

**WILLIAM KOEVOETS** — Aux Pays-Bas, la plupart des pères sont testés.

**THIERRY DESMOULINS, MÉDECIN GÉNÉRALISTE, CDAG DU VAL-D'OISE** — Je ne partage absolument pas l'avis d'Anne-Claude Crémieux, lorsqu'elle soutient qu'il est peu intéressant d'ouvrir les CDAG aux jeunes... Quand je dépiste quelqu'un de positif, mon rôle s'arrête très vite. Je l'oriente vers des correspondants. Les infirmières prennent rendez-vous pour lui. Je passe beaucoup plus de temps avec les migrants et les jeunes à faire de la prévention. Les jeunes ont en effet accès à une masse d'information, mais la qualité du message qu'ils en gardent est très mauvaise. Et nous avons là un grand rôle à jouer.

**ANNE-CLAUDE CRÉMIEUX** — Cette question est bien au cœur du débat : savoir s'il faut concentrer les efforts sur des populations à risques ou bien si le même counseling doit être apporté à tout le monde. Or, les politiques de prévention et de dépistage ont évolué. Nous parvenons désormais à parler à des personnes particulièrement exposées. Nous devons parvenir à les dépister parce qu'elles appartiennent à des groupes à risque et nous devons aussi leur proposer un traitement post-exposition puisqu'elles sont particulièrement exposées. Ce n'est pas la même chose d'être jeune, de venir avec sa copine après trois mois pour envisager l'arrêt de l'usage du préservatif, et de dire qu'on a des rapports sexuels à risque et qu'on n'arrive pas à mettre de préservatif. Je pense que ce serait un retour en arrière que de considérer qu'il faut traiter tout le monde de la même manière. La différence essentielle se situe entre les gens à risque et ceux qui ne le sont pas, et non entre ceux qui sont positifs et ceux qui sont négatifs.

**CHRISTINE ROUZIQUX** — Je voudrais ajouter un mot sur les autotests qui arriveront, même si beaucoup de gens s'y opposent en France actuellement. Les tests sont désormais accessibles à chacun sur Internet. Il est même possible d'envoyer des échantillons de salive par courrier. Il faut anticiper l'impact de telles pratiques qui risquent de se diffuser et il faut réfléchir à construire l'information nécessaire aux patients qui vont utiliser de tels circuits pour accéder aux tests.

**STÉPHANE LE VU** — Parmi les tests disponibles sur Internet, il y a ceux où l'acheteur effectue un autoprélèvement, l'envoi puis reçoit le résultat par le biais d'un médecin au téléphone. Dans ce cas, il y a un suivi et du counseling. Ce qui est tout à fait différent de l'autotest.

**ANTONIO UGIDOS** — De nombreuses questions restent à aborder, notamment sur les autotests et les tests rapides. Il faudrait sans doute y consacrer une prochaine rencontre. D'autant qu'ils sont déjà disponibles sur Internet, moyennant une vingtaine d'euros. L'exemple néerlandais d'utilisation de tests rapides et ciblés est une piste à explorer en France.

Sonia Labesse

Bénédicte Astier

Isabelle Baldisser

Antonio Ugidos

ISSN 1242-1693

