



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2014 –

**« LE DEPISTAGE DU VIH EN FRANCE : VERS UNE
POLITIQUE DE SYSTEMATISATION ? »**

– Groupe n° 27 –

- | | |
|--------------------------------|------------------------------|
| – BARDUS Elodie | – DENIS Caroline |
| – BONDOUX Nicolas | – HIRSCH Vincent |
| – BRIOIS Marine | – LUCINA Katia |
| – CABEROFLOREAN Nicolas | – MARTINSDACRUZ Anaïs |
| – CHARTRES Claire | – PALICOT Antonin |

Animateur/trice(s)

– *VALDES Béatrice*

Sommaire

Table des matières

Introduction	1
VIH, Sida et enjeux du dépistage	1
Les modalités du dépistage : un débat ancien aujourd’hui réactivé	2
Le cadre actuel du dépistage de l’infection par le VIH en France.	4
Repenser le dépistage ?	4
I/ Outil de contrôle de l’épidémie, la systématisation du dépistage est confrontée à des difficultés de mise en œuvre et soulève des risques sociaux et juridiques.	6
A/ La mise en œuvre de la politique de systématisation du dépistage du VIH permettrait de juguler la progression de l’épidémie.....	7
B) Les difficultés et risques soulevés par la mise en place d’un dépistage systématique..	12
II/ La pleine efficacité du dépistage systématisé nécessite de repenser ses modalités et ne saurait faire l’économie d’une meilleure articulation avec les autres instruments de lutte contre le VIH/Sida.....	17
A) La réussite de la systématisation du dépistage repose d’abord sur la participation des acteurs de santé et sur son inscription dans un cadre juridique protecteur des droits des personnes.	18
B) L’articulation du dépistage systématisé avec les autres mesures de prévention	20
Conclusion	27
Bibliographie.....	29
Liste des annexes.....	I
Annexe 1 : Liste des entretiens	II
Annexe 2 : Trame des entretiens	III
Annexe 3 : Eléments clefs tirés des entretiens.....	IV

Annexe 4 : Montant des dépenses de prévention consacrées à la lutte contre le VIH en 2008.....	XIV
Annexe 5 : Cascade de la prise en charge	XV

Remerciements

Tout d'abord, nous tenons à remercier Mme Béatrice VALDES, l'animatrice de notre module interprofessionnel, pour sa disponibilité, et ses conseils avisés qui ont permis à notre travail d'avancer. En faisant montre d'anticipation et de volontarisme dans l'organisation des différents entretiens que nous avons menés, elle nous a donné l'opportunité d'échanger avec de multiples acteurs.

Nous souhaitons également adresser nos remerciements à l'ensemble des personnes que nous avons rencontrées :

- Le COREVIH de Bretagne et le médecin rencontré
- Le CDAG Bretagne et le médecin rencontré
- Madame la directrice de l'ORS Bretagne
- Monsieur le directeur de l'Association Liberté Couleurs
- Madame la responsable de la recherche sociale de SIDACTION
- La socio- démographe de l'ORS Ile de France
- Le médecin généraliste installé à Sète
- L'Hôpital Cochin et la cadre de santé rencontrée, membre fondateur d'AIDES
- L'ancien Président du Conseil national du SIDA
- Le Réseau Louis Guilloux et le médecin infectiologue rencontré

En nous accordant du temps et en enrichissant nos réflexions par leurs contributions et leurs expériences, ils nous ont ainsi permis d'étayer nos propos et de consolider notre argumentaire.

Enfin, nous remercions l'EHESP, et en particulier Christophe Le Rat et Emmanuelle Guevara, pour l'organisation et la mise en place de ce module qui nous a permis d'échanger, et de partager nos savoirs et nos compétences. Cette collaboration inter-filière a contribué à la richesse de notre mémoire.

Liste des sigles utilisés

ACT : Appartements de coordination thérapeutique

ALD : Affection de longue durée

ANRS : Agence nationale de recherche sur le SIDA et les hépatites virales

ARS : Agence régionale de santé

CNIL : Commission nationale informatique et libertés

CNS : Conseil national du SIDA

COREVIH : Coordination régionale de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine

DFA : Département français d'Amérique

GRSP : Groupements régionaux de santé publique

HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes

INVS : Institut de veille sanitaire

IRIS : Syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire

IST : Infections sexuellement transmissibles

LRE : Lieux de rencontres extérieures

ORS : Observatoire régional de la santé

PVVIH : Personnes vivant avec le VIH

SIDA : Syndrome de l'immunodéficience acquise

UDVI : Usagers de drogues par voie intraveineuse

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Introduction

« C'est en gagnant le combat du dépistage que l'on pourra espérer gagner la bataille contre l'épidémie ».

Pr. Philippe Morlat, *Rapport sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, 2013.*

En 2013, alors que près de 5,3 millions de tests de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ont été réalisés en France, les autorités sanitaires estiment qu'entre 20 et 30 000 [\[1\]](#) personnes ignorent leur séropositivité au VIH (Morlat, 2013). Cette situation est préoccupante à plusieurs titres. Tout d'abord, elle met ces personnes séropositives en danger, puisqu'elle implique une prise en charge médicale tardive, et accroît leur risque d'entrée en stade Sida (syndrome de l'immunodéficience acquise), défini en France comme l'atteinte par une ou plusieurs infections opportunistes [\[2\]](#). Ensuite, elle accroît les risques de transmission du VIH au sein de la population. Ainsi, ces individus sont susceptibles d'adopter des conduites à risques et s'exposent soit à contaminer leurs partenaires, soit au risque de la surinfection (autres infections sexuellement transmissibles –IST, ou autre type de VIH, rendant plus complexe le traitement ultérieur).

Dans le cas du VIH, l'enjeu du dépistage est rapidement apparu comme central dans la lutte contre l'épidémie : dès lors que des traitements à l'efficacité prouvée existent, c'est de la connaissance du statut sérologique d'un individu, et des moyens pour lui de demeurer séronégatif, que dépend en partie la lutte contre la propagation de l'épidémie.

VIH, Sida et enjeux du dépistage

L'histoire naturelle de la maladie permet de comprendre la place déterminante qu'occupe le dépistage dans la stratégie de lutte contre le VIH/Sida. A la suite d'une primo-infection, les premiers signes peuvent apparaître après 2 ou 4 semaines, mais sont non spécifiques et peuvent être confondus avec un état grippal (asthénie, hyperthermie, diarrhées). Ils ne suscitent en général pas d'inquiétude chez les patients infectés. Après la primo-infection

survient la phase asymptomatique : l'individu infecté ne présente aucun symptôme mais le virus se multiplie dans l'organisme. Plus de 90% des patients infectés par le VIH et non traités développent un Sida et le délai médian entre la séroconversion et le stade Sida était estimé entre 7,7 et 11 ans et la médiane de survie était comprise entre 7,5 et 12 ans (HAS, 2009). En 1996, la recherche médicale met au point le premier traitement efficace, les trithérapies, une combinaison de plusieurs antirétroviraux. Ces traitements permettent de diminuer significativement la morbidité et la mortalité liées au Sida. Il est désormais possible de vieillir avec le VIH et le Sida, traité, devient une maladie chronique. Les multi-thérapies ont donc déplacé une part de l'enjeu de la lutte contre la maladie vers la connaissance du statut sérologique, puisque la réussite des thérapeutiques repose sur une prise en charge tant opportune qu'adaptée. Répond à ces objectifs une prise en charge qui intervient au bon moment de l'infection et avec la bonne combinaison antirétrovirale. L'absence de dépistage, ou un dépistage tardif est donc susceptible de mettre en échec le traitement de la maladie.

Dès lors, le dépistage, que l'on peut définir comme la réalisation de tests chez des sujets asymptomatiques, présentant des symptômes cliniques évocateurs d'une infection au VIH ou de Sida, est l'une des pierres angulaires de la lutte contre l'épidémie

Les modalités du dépistage : un débat ancien aujourd'hui réactivé

L'importance du dépistage est apparue précocement dans l'histoire de l'épidémie, notamment lorsque les modes de transmission ont été identifiés [3]. Pour une part des décideurs politiques, des autorités sanitaires, et avec eux une majorité du corps social, il s'agissait d'identifier les séropositifs et d'empêcher ceux-ci de contaminer le reste de la population. C'est une approche dite « sécuritaire » qui s'est notamment exprimée en ce qui concerne les stratégies de dépistage. Pour reprendre l'expression de Daniel Defert [4], le VIH/ Sida a agi comme un « révélateur social », agissant tel un composé chimique pour faire apparaître les peurs sociales face à un mal méconnu. Ainsi, en décembre 1991, à l'occasion du vote d'une « loi portant diverses mesures sociales », des amendements furent déposés tendant à rendre le dépistage *obligatoire* (le refus étant passible de sanctions) à certaines occasions de la vie : mariage, grossesse ou entrée dans les forces armées. Ces amendements furent finalement rejetés, notamment à la suite de la forte mobilisation du milieu associatif alors très influentes et mobilisées. Les modalités du dépistage organisé

par les autorités sanitaires furent donc l'objet de débats virulents et laissaient apparaître les différentes visions du malade du Sida et de la maladie.

C'est pourquoi il convient de distinguer les différentes modalités possibles de dépistage :

- *obligatoire*, avec ce que suppose un tel dispositif en matière de règles juridiques, et les impensés qu'il véhicule, sur le statut du malade du Sida ou du « simple » séropositif au VIH, sur sa dangerosité supposée pour l'ensemble de la société ;
- *en routine*, ou *proposé de façon normale et régulière*, des expressions qui semblent préférables à celle de « systématique », souvent confondue avec « obligatoire » ;
- Et enfin *volontaire*, fondé sur une démarche personnelle des individus.

Saisi de la question du dépistage obligatoire, au même titre que d'autres institutions médicales et scientifiques, le Conseil national du Sida (CNS) émit un avis négatif. La question du dépistage obligatoire de la maladie, déjà posée au tournant des années 1990, avait ainsi trouvé une réponse claire, qui a orienté la politique de dépistage ces 20 dernières années.

Ce refus de l'obligation du dépistage s'appuyait à l'époque sur des arguments scientifiques, éthiques et juridiques :

- « l'obligation contrarie l'approche médicale et le suivi des patients, dans la mesure où elle ne s'accompagne pas corrélativement pour le corps médical de la nécessité d'expliquer au patient les raisons de l'acte et les conséquences pour lui du diagnostic, qu'il soit négatif ou positif ;
- Parce qu'il résulte d'une démarche qui n'est ni volontaire ni consciente, le dépistage obligatoire relève des formalités administratives qu'il *faut* subir, dont le résultat peut être annoncé sans garantie de confidentialité, avec de multiples effets négatifs potentiels : l'angoisse, la perte de confiance dans le corps médical, la fuite devant les responsabilités » (Héritier, 2013) ;

L'avis des autorités consultées reposait alors également sur des arguments d'efficacité, fondés sur la période de latence du virus et la nécessité de renouveler périodiquement le test en cas de réponse négative. L'annonce de la séronégativité sans explication médicale

sur les moyens de conserver ce statut et sur sa précarité peut notamment donner un faux sentiment d'euphorique sécurité. Comme le rappelait le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), « *la prévention n'est pas assurée par la lecture d'un résultat positif ou négatif sur une feuille de papier* » [5]. Le test nécessite ainsi, selon ces différents groupes d'experts un accord éclairé et librement consenti.

Le cadre actuel du dépistage de l'infection par le VIH en France.

De ces débats, particulièrement intenses, ont émergé la stratégie dite « exceptionnaliste [6] » et le cadre du dépistage du VIH en France (Heard, 2007). Le dépistage a été conçu comme un « acte médico-social » et non purement technique, avec pour objectif premier la définition d'un statut sérologique, mais également, dans une perspective dynamique, l'information sur les pratiques à risques et les comportements à adopter (HAS, 2009). En étant fondé sur le volontariat et sur une démarche individuelle, le dépistage a pour effet autant que pour objet de responsabiliser les individus.

Cette démarche, qui fonde encore aujourd'hui l'organisation du dépistage, était à l'époque notamment justifiée par l'absence de traitement à l'efficacité démontrée et respectait les principes juridiques et éthiques qui illustrent la stratégie « exceptionnaliste » dans la lutte contre l'infection par le VIH [7]. Deux traits peuvent ainsi caractériser le modèle de la politique de lutte contre l'infection : un recours exclusif, en matière de prévention, à l'information plutôt qu'à la contrainte ; un souci très marqué pour les droits des personnes atteintes ou à risque (HAS, 2009). Dans cette perspective, le débat actuel sur la systématisation du dépistage tend à remettre en cause ces principes traditionnels.

Le dépistage volontaire constitue la principale méthode employée en France aujourd'hui et repose sur l'initiative du patient, mais le dépistage obligatoire de l'infection par le VIH concerne les dons de sang (depuis 1985) de tissus et d'organes (depuis 1987), la procréation médicalement assistée ainsi que les militaires en missions hors de France. Le dépistage systématique de l'infection par le VIH est proposé, avec recueil préalable du consentement, aux femmes enceintes (lors de la 1^{re} consultation prénatale) et en cas d'incarcération.

Repenser le dépistage ?

Les évolutions de l'épidémie, des modalités techniques du dépistage de la maladie et de ses modes de prise en charge engendrent aujourd'hui un renouveau du débat sur la politique à

adopter. Diverses institutions se sont saisies de la question du dépistage, tant en France (Conseil national du Sida 2006, Haute autorité de santé 2009) que dans le reste du monde (OMS, 2004), et se sont prononcées, selon des modalités différentes, en faveur d'un dépistage systématique du VIH.

La stratégie de dépistage fondée sur l'exceptionnalisme serait aujourd'hui dépassée : elle échouerait non seulement à permettre le dépistage précoce de personnes infectées, retarderait l'initiation de traitements et perpétuerait en outre la stigmatisation associée au VIH en associant dépistage et comportements à risque. Selon ces institutions, le dépistage devrait donc être systématisé et généralisé. Proposé dans des structures d'offres de soins variées, il serait accompagné d'une standardisation du consentement éclairé verbal et d'un allègement des pratiques du *counseling* [8], considéré comme un obstacle au dépistage pour certains.

Le débat sur le dépistage suscite donc de multiples interrogations. Tout d'abord, la pertinence d'un dépistage systématique et généralisé à l'ensemble de la population peut être discutée. Les effets escomptés d'une telle politique doivent être mise en balance avec les coûts qu'elle engendrerait, d'autant plus que la France bénéficie d'un taux de prévalence du VIH relativement faible (Yazdanpanah, 2010). En outre, une telle politique pose des problèmes de faisabilité : quels acteurs de santé en seraient responsables ? Quels moyens pourraient être mis à leur disposition ? Ensuite, le choix potentiel d'un dépistage ciblé, sur certaines populations ou dans certaines circonstances, ne peut pas faire l'économie de questionnements éthiques, notamment en ce qui concerne le risque de stigmatisation des publics concernés. D'un point de vue plus pragmatique, cela nécessite également de parvenir à identifier d'une part, et « capter » d'autre part, ces populations parfois éloignées des lieux de dépistage. Par ailleurs, et quelle que soit l'option choisie, repenser la politique de dépistage du VIH suppose d'envisager les acteurs à impliquer, de reconsidérer leur rôle et leur articulation. Or, les divergences concernant leur conception du dépistage sont nombreuses, nous l'avons constaté lors des entretiens menés, et peuvent constituer un frein à la mise en place d'une nouvelle politique.

Il s'agit ainsi de déterminer dans quelle mesure une politique de systématisation du dépistage du VIH serait ou non envisageable en France, et comment celle-ci s'inscrirait dans une démarche plus large de prévention et de lutte contre la maladie.

Outil de contrôle de l'épidémie, la systématisation du dépistage est confrontée à des difficultés de mise en œuvre et soulève des risques sociaux et juridiques qui ne peuvent être sous-estimés (I).

La pleine efficacité du dépistage systématisé implique de repenser ses modalités et ne saurait faire l'économie d'une meilleure articulation avec les autres instruments de lutte contre le VIH/Sida (II).

Méthodologie

Ce mémoire est le fruit d'un travail collectif. Nous nous sommes appuyés tant sur la littérature existante (articles, revues, ouvrages et rapports) que sur les entretiens menés (10 au total). L'ensemble des recherches nous a permis d'identifier les enjeux du sujet et de le circonscrire. Les entretiens ont été réalisés par binôme ou trinôme, dans deux régions, la Bretagne et l'Ile-de-France, dont les caractéristiques au regard de l'épidémie du VIH/Sida diffèrent largement : prévalence et incidence sont faibles en Bretagne, mais bien plus importantes en Ile-de-France. Les intervenants, tous impliqués dans la lutte contre l'épidémie, proviennent néanmoins d'institutions ou d'horizons divers (associations, offreurs de soins, centre de recherche en santé publique) et nous ont permis de confronter différents points de vue, parfois opposés, sur la question du dépistage et de sa systématisation. Ces entretiens nous ont permis de compléter les éléments trouvés au gré de nos recherches bibliographiques. La problématique et le plan du mémoire sont apparus rapidement ; la deuxième semaine a été consacrée aux entretiens, et la troisième semaine à la rédaction et la mise en commun des analyses. La rédaction a été assurée par sous-groupes. Les différentes parties ont ensuite été mises en commun et homogénéisées, en lien avec notre référente, Béatrice Valdes.

I) Outil de contrôle de l'épidémie, la systématisation du dépistage du VIH est confrontée à des difficultés de mise en œuvre et soulève des risques sociaux et juridiques

Si la HAS a émis des recommandations de systématisation du dépistage en France au regard de ses bénéfices potentiels (A), il convient néanmoins d'évaluer les obstacles et les risques inhérents à leur mise en œuvre (B).

A) La mise en œuvre de la politique de systématisation du dépistage du VIH permettrait de juguler la progression de l'épidémie

A. 1. La HAS a posé le cadre du dépistage systématique

Populations concernées et circonstances justifiant une proposition systématique de dépistage

Dans ses recommandations publiées en 2009, la HAS décline le dépistage systématique selon deux modalités.

D'une part, un test de dépistage de l'infection par le VIH serait proposé à toute la population de 15 à 70 ans. Cette proposition, qui ambitionne de dépister les personnes qui ignorent leur statut sérologique, est novatrice car elle s'adresse plus particulièrement aux femmes mariées et aux hétérosexuels de plus de 40 ans. Or, ce public qui est rarement perçu comme une population à risque, est également celui, qui se sentant peu concerné par l'épidémie, se trouve le plus éloigné du dépistage. L'enjeu est de dépister la population sexuellement active hors notion d'exposition et de procéder au rattrapage de la « face cachée de l'épidémie » sur 5 ans.

D'autre part, la HAS préconise le dépistage ciblé et régulier pour certaines populations à risque, proposé par le médecin traitant ou tout autre professionnel de santé. Ces populations à risque identifiées par la HAS sont : les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH), les personnes hétérosexuelles ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des douze derniers mois, les populations des départements français d'Amérique (DFA), les usagers de drogues injectables (UDVI), les personnes originaires d'Afrique Subsaharienne ou des Caraïbes, les personnes en situation de prostitution, les personnes ayant un partenaire touché par le VIH.

Enfin, un test de dépistage devra aussi être systématiquement proposé dans certaines circonstances particulières : suspicion d'IST ou d'hépatite, suspicion de tuberculose,

interruption volontaire de grossesse (IVG), viol, incarcération, première prescription de contraception.

Acteurs du dépistage et modalités de mise en œuvre de la systématisation

Dans son argumentaire, la HAS envisage de modifier les modalités de recueil du consentement :

- Consentement exprès et préalable du patient au test de dépistage dit « opt in »
- Consentement présumé ou « opt out » dans le cadre duquel le patient se voit notifier la future réalisation du test. Ce n'est que s'il s'y oppose à ce stade que le test ne sera pas réalisé.

Le Dr. Scemama, adjoint au chef du service économique et santé publique de la HAS précise qu'en cas de refus du patient, « *il est préférable de ne pas insister, de clairement lui signifier que son choix est pris en compte et que sa décision est respectée* ». Si le dépistage du VIH n'est plus entièrement fondé sur la démarche volontaire du patient, celui-ci conserve le droit de refuser un test.

La HAS propose en outre la standardisation du consentement écrit et verbal et l'allègement du counseling pré-test obligatoire au profit d'un counseling post-test effectif et d'un renforcement du lien dépistage prise en charge. Il ne s'agit pas pour les médecins de se substituer aux associations et acteurs de terrain des centres de dépistages anonymes et gratuits (CDAG) qui offrent des conseils spécifiques mais tout simplement d'informer le patient sur le suivi dont il peut bénéficier. Par ailleurs, il convient de noter que la fréquence du dépistage reste à définir.

Si le médecin généraliste est au centre de cette politique de dépistage systématique, d'autres structures ou professionnels de santé devraient aussi participer à la mise en œuvre du dépistage systématique : gynécologues, médicaux et gynécologues-obstétriciens, les services de médecine universitaire, les centres de planification et d'éducation familiale, les centres de protection maternelle et infantile, les dispositifs d'accès aux soins primaires, les services d'urgence hospitalière.

A. 2. Le dépistage systématique apparaît comme un outil privilégié de contrôle de l'épidémie

Le dépistage précoce limiterait une prise en charge tardive

Entre un tiers et la moitié des personnes séropositives sont aujourd'hui dépistées tardivement en France (Vespa, 2003 et Montlahuc et al. 2013), c'est-à-dire à un stade avancé de la maladie (symptômes classant Sida ou taux de CD4 bas). Si les raisons d'une prise en charge tardive sont multiples (méconnaissance de la maladie, difficultés d'accès aux soins etc.) il en résulte en tout état de cause une perte de chance pour ces patients : 9% des patients pris en charge tardivement sont aujourd'hui décédés contre 1% des patients pris en charge précocement (INVS données 1997-1999 et 2000-2002). En outre, les personnes dépistées tardivement sont durablement exposées à un sur-risque de mortalité : dans les 6 mois qui suivent le diagnostic et l'initiation du traitement, ils courent 12 fois plus de risques de décéder que les patients dépistés précocement (VESPA, 2003). Montlahuc et al (2013), avec une enquête plus large (un échantillon de 50 000 individus séropositifs), obtient un pourcentage de dépistages tardifs plus élevés encore et un sur-risque de mortalité accru, et rappelle ainsi l'importance d'un dépistage plus large et plus précoce des patients infectés.

L'élargissement du dépistage est ainsi justifié par les caractéristiques de l'épidémie. Il est un donc enjeu majeur du Plan national de lutte contre le VIH/Sida 2010- 2014 (Ministère de la Santé et des Sports, 2010), d'autant plus prégnant qu'il existe une épidémie cachée. Le dépistage précoce permettrait en outre d'améliorer la prise en charge et de limiter l'apparition des maladies opportunistes qui représentent la cause principale des décès des patients pris en charge tardivement.

Des bénéfices tant individuels que collectifs

Au niveau individuel, le dépistage emporte deux types de bénéfices. Pour les patients infectés il permet d'initier un traitement ou de permettre le suivi par les équipes médicales. Ainsi le dépistage, notamment lorsqu'il est accompli par des acteurs de santé, permet d'enclencher une prise en charge : 92% des patients séropositifs dépistés acceptent une prise en charge médicale et un traitement est initié entre 8 et 15 mois après dépistage (CNS et ANRS, 2013). En cas de résultat négatif, il constitue néanmoins une occasion d'informer les individus sur les moyens de prévention et les risques encourus. Certaines personnalités

interrogées, impliquées dans l'activité de dépistage (CDAG de Rennes, CDAG de Paris Hôtel-Dieu) nous ont en revanche fait part du manque de temps et de moyens des CDAG pour mener à bien cette mission.

Deux catégories de bénéfices collectifs sont attendues de la généralisation du dépistage. Deux mécanismes expliquent ces bénéfices attendus, l'un direct, l'autre indirect. En premier, le dépistage permet d'initier un traitement par antirétroviraux. En France, 86% des individus sous traitement, par antirétroviraux soit 50% des séropositifs, présentent une charge virale indétectable (inférieure à 50 copies par ml de sang). Ce stade peut être atteint après 6 mois de traitement et il a été montré que le risque de transmission est alors faible ou nul (Quinn TC. et alii, 2000 et OMS 2011).

En second lieu, le dépistage systématique est susceptible d'engendrer une diminution des comportements à risque au sein de la population. Il s'agit là du bénéfice collectif indirect du dépistage. Un médecin rencontré au COREVIH de Bretagne nous a rapporté que « 80% des personnes dépistées et infectées réduisent leur comportement à risque » ; les personnes dépistées séropositives adoptent plus fréquemment des comportements moins à risque de transmission du VIH que les personnes séronégatives et que celles qui n'avaient pas été testées. D'autres études ont montré que les bénéfices les plus importants étaient retrouvés chez les couples hétérosexuels sérodifférents, notamment grâce à une augmentation de l'utilisation du préservatif (Wolitski et alii, 1997).

La mise en place d'un dépistage systématique représenterait donc « un bénéfice tant pour la société que pour l'individu » (HAS, 2009).

A. 3. Coût médico-économique de la systématisation du dépistage du VIH

Le coût du dépistage

La Cour des Comptes relève dans son étude publiée en 2010, relative à la politique de lutte contre le VIH/ Sida, qu'« en France, de manière générale, la prévention et le dépistage des pathologies sont dotés de moyens très faibles au regard des ressources consacrées à la prise en charge sanitaire » (Cour des Comptes, 2010). Les politiques de prévention, de dépistage et de prise en charge du VIH/ Sida, n'échappent pas à ce constat.

Il est malaisé de mesurer le coût et les conditions dans lesquelles le dépistage du VIH est effectué, comparé au coût de la prise en charge (Cour des Comptes, 2010), d'autant plus qu'il existe différentes structures de dépistage : CDAG, Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (CIDDIST) [9], dépistage en laboratoire de ville, dépistage à l'hôpital, dépistages rapides (TROD – tests rapides d'orientation diagnostique).

Sur les 5,3 millions de dépistages réalisés en 2008, 12 % ont été réalisés dans les 352 CDAG du territoire pour un coût de 34 millions d'euros, tandis que 77 % des dépistages sont réalisés dans des laboratoires de ville, pour un coût aujourd'hui mal connu des pouvoirs publics (Cour des comptes, 2010). Le coût moyen d'un dépistage est de 43 euros par test. Le coût des TRODs est de cinq euros, mais il est nécessaire, en cas de résultat positif, de réaliser un test confirmation par prise de sang classique (test ELISA).

Le coût de la systématisation du dépistage : évaluation médico-économique et efficience du dispositif

La littérature médico-économique compte peu d'articles relatifs à l'évaluation de la systématisation du dépistage du VIH, en particulier pour la France. Yazdanpanah (2010) simule une mise en œuvre du dépistage systématique en population générale (18 à 69 ans en France) et en population ciblée pour en évaluer l'efficience par la méthode des QALY et QALM (Quality Adjusted Life Years et Quality Adjusted Life Months ou années –ou mois- de vie ajusté(e)s par sa qualité). L'évaluation médico-économique menée par Yazdanpanah met en balance le coût induit par un accroissement du dépistage (coût direct des tests, initiation de davantage de traitements sur une durée plus longue) et les bénéfices cliniques, mesurés en valeur monétaire (QALY et QALM). Les résultats de l'étude sont dépendants des hypothèses retenues et des paramètres du modèle utilisé (fréquence du test, prévalence de l'épidémie, importance de l'épidémie cachée, traitements initiés à la suite des séropositivités dépistées). Yazdanpanah (2010) conclut qu'un dépistage systématique réalisé une seule fois dans la population générale permettrait de diminuer le délai entre l'infection par le VIH et le diagnostic, d'améliorer l'espérance de vie des personnes infectées et pourrait être considéré comme étant coût-efficace. En revanche, réitérer ces tests annuellement n'apporterait pas de bénéfices cliniques au regard des ressources mobilisés. Yazdanpanah montre ainsi qu'en fonction de la prévalence du VIH non

diagnostiqué, le ratio coût-efficacité du dépistage systématisé est échelonné entre 161 000 €/QALY (pour la population hétérosexuelle), 46 000€/QALY pour la population des DFA et 30 000 €/QALY pour les HSH et UDVI. Le groupe conclue aussi qu'un dépistage systématique chez les populations à risque réalisé de manière fréquente (répété annuellement) pourrait aussi être coût-efficace. En effet, le dépistage systématique dans la population générale hétérosexuelle est efficace si la prévalence du virus est estimée à au moins 0,1% chez les personnes non diagnostiquées [10]. Yazdanpanah (2010) montre qu'une telle politique de dépistage systématique est coût-efficace dans tous les pays d'Europe avec une prévalence supérieure ou égale à 0,1 % au sein des personnes non diagnostiquées. Parmi les populations à risque, chez qui la prévalence de l'infection au VIH est supérieure à 0,1[11], un dépistage systématique, c'est-à-dire ciblé et régulier, est efficace.

Néanmoins, Yazdanpanah (2010) se fonde sur l'hypothèse de 40 000 personnes ignorant leur séropositivité. Or, le rapport 2013 de l'ANRS et du CNRS estime le nombre de personnes infectées sans le savoir à 28 000, ce qui réduit la prévalence chez les personnes infectées ignorant leur statut sérologique à moins de 0,1. Les nouvelles estimations chiffrées de la « population cachée infectée au VIH » remettent partiellement en cause ces conclusions. En entretien, plusieurs interlocuteurs ont souligné qu'avec 28 000 individus ignorant leur séropositivité, le dépistage ne résiste pas à l'analyse médico-économique (COREVIH Ile-de-France, et responsable de la recherche chez Sidaction).

Au-delà de la dimension médico-économique du dépistage systématique du VIH, les modalités de mise en œuvre interrogent quant à la faisabilité du dépistage systématique et semblent comporter des risques tant sociaux que juridiques.

B) Les difficultés et risques soulevés par la mise en place d'un dépistage systématique du VIH

B.1. Une mise en œuvre technique complexe ajoutée à des disparités territoriales rendent incertaine la faisabilité du dépistage systématique

L'engagement des professionnels de santé dans la mise en œuvre de la mesure est incertaine

Selon la directrice de l'ORS Bretagne, « *pour que cette politique fonctionne, les médecins eux-mêmes doivent être convaincus de la nécessité de proposer le dépistage.* » Or, il ressort de plusieurs études une certaine réticence des médecins à procéder à un dépistage systématiquement. Ainsi, l'étude « Baromètre généraliste 2009 » montre que « 63 % des généralistes ne sont pas disposés à proposer systématiquement un test aux personnes sans facteur de risque apparent et n'ayant pas fait de test depuis longtemps ». Le rapport Morlat développe les raisons d'une telle réticence, notamment les difficultés pour les médecins généralistes de proposer systématiquement un dépistage du VIH à leurs patients hors contexte clinique particulier et la faible intégration du dépistage dans les pratiques quotidiennes des médecins généralistes.

Les médecins arguent des difficultés pratiques d'un tel dépistage qui pourrait être mis en place par la prescription d'un bilan sérologique ou grâce à un test rapide d'orientation diagnostique (TROD). En effet, la durée de résultat qui est de trente minutes maximum ainsi que la phase de counseling se révèlent chronophages tout en alourdissant leur charge de travail. De plus, 14% des professionnels de santé libéraux estiment que cette proposition de dépistage pourrait entamer la relation de confiance avec le patient (HAS, 2010). En effet, certains généralistes se sentent confrontés à une barrière morale à l'idée d'envisager la séropositivité de leurs patients eu égard à la relation particulière qui les unit à leur patientèle. Il en résulte des difficultés à informer ou proposer un dépistage, la demande de dépistage émanant le plus souvent du patient lui-même.

Outre cette barrière psychologique, certains médecins se sentent peu concernés par cette problématique. La probabilité pour un médecin généraliste de prendre en charge un patient séropositif s'avère peu importante eu égard au faible taux de prévalence du VIH en France (0,24%). Un médecin généraliste interrogé dans le cadre du mémoire a ainsi évoqué « *[sa] difficulté à évoquer la santé sexuelle, et le VIH, avec [ses] patients, dont il connaît parfois l'ensemble de la famille* ».

Enfin, les médecins généralistes souffrent aussi d'un manque de formation comme l'atteste l'étude de la HAS précitée. Ainsi, 48% d'entre eux ne se sentent pas suffisamment informés voire même formés en ce qui concerne les nouvelles stratégies de dépistage de l'infection par le VIH. Cette idée est confortée par le Dr. Rochetti qui souligne le manque d'information des médecins généralistes interrogés (Rochetti, 2014). Elle relève que moins

de la moitié des médecins interrogés avaient connaissance des propositions de la HAS en matière de dépistage. Ainsi, selon une chargée d'études au sein de l'ORS Ile de France, « *Les médecins généralistes n'ont pas joué le jeu, ce qui est très dommageable pour la poursuite de la lutte contre l'épidémie* ».

À ces difficultés techniques, viennent s'ajouter des disparités territoriales. Le dispositif de dépistage proposé par la HAS, érige les médecins généralistes en pierre angulaire de la démarche. Or, la démographie médicale met en évidence de très fortes disparités rendant difficile l'activation de ce levier. Le nombre de médecins était en 2013 de 215 865 et la densité départementale des généralistes de 136,5 pour 100 000 habitants (Drees, 2013). D'ici à 2030, une baisse de 26% de la densité médicale en Ile de France est prévue. Si un dépistage systématique visant l'ensemble de la population était instauré, la mauvaise répartition des généralistes sur le territoire et notamment dans les zones rurales et urbaines sensibles empêcherait une mise en place optimale du dispositif.

Les réticences des médecins et l'inégale répartition territoriale de l'offre de soins s'ajoutent à un défaut intrinsèque de la systématisation du dépistage, lequel tend paradoxalement à manquer sa cible réelle.

La politique de dépistage systématique envisagée tend à manquer la cible réelle

Une systématisation du dépistage auprès de la population devrait favoriser la détection des 20 000 à 30 000 personnes ignorant leur séropositivité et permettre une prise en charge optimale de ces cas.

Les études épidémiologiques sur la prise en charge tardive du VIH/ Sida montrent que plus d'un tiers des patients concernés sont des hommes hétérosexuels. En effet, ces derniers ont été très peu informés sur la maladie et n'ont pas intégré tous les comportements préventifs empêchant une transmission de cette dernière, et notamment, du préservatif. Si l'incidence du VIH est particulièrement importante chez ces populations, le projet de dépistage systématisé ne prévoit pas de les cibler plus spécifiquement. La HAS préconise un dépistage ciblé et régulier des populations proches du dépistage (UDVI, HSH, DFA, personnes incarcérées). En conséquence, les populations sous-diagnostiquées et sous dépistées apparaissent comme les cibles manquées du dépistage systématique.

La difficulté d'atteindre ces groupes est confirmée par deux études réalisées dans les urgences hospitalières d'Île-de-France en 2009/2010 (D'Almeida, 2012). Les professionnels de santé travaillant aux urgences ont systématiquement proposé un test rapide de dépistage du VIH à tous les usagers en urgence relative, de 18 à 69 ans et aptes à consentir. Ces études n'ont pas permis de conclure au bien-fondé du dépistage systématique dans le cadre des urgences. D'une part, les personnes dépistées étaient déjà les plus proches du système de dépistage et d'autre part, un tel dispositif induit des contraintes organisationnelles fortes.

Outre ces difficultés, les préconisations de la HAS laissent augurer l'occurrence de certains risques sociaux et juridiques dans la mise en œuvre du dépistage systématisé tel qu'il est recommandé.

B.2. Les préconisations de la HAS en matière de dépistage systématique du VIH soulèvent des risques sociaux et juridiques

Le dépistage ciblé et régulier des populations à risques comporterait un risque de discriminations et de stigmatisations

Les recommandations de la HAS conduisent à distinguer deux ensembles de populations cibles en matière de dépistage : les populations dites à risques évoquées précédemment d'une part et les personnes de 15 à 70 ans en dehors de toute exposition au risque d'autre part. Un tel découpage induit par ailleurs un régime distinct de dépistage pour ces deux groupes, les premiers étant astreints à un dépistage systématique et régulier tandis que les autres se verraient proposer un dépistage occasionnel au cours de leur existence.

Une telle orientation du dépistage porte en elle-même les germes d'une stigmatisation des populations qualifiées à risque. Cette démarche s'éloigne des politiques publiques menées jusqu'alors en matière de lutte contre le Sida lesquelles se sont efforcées de ne pas stigmatiser le porteur du virus. A titre d'illustration, le dispositif d'anonymat dans la déclaration des cas de personnes atteintes du VIH et la primauté du secret médical consacré par la jurisprudence et rappelé par l'Ordre des médecins sont autant d'instruments de protection de la personne séropositive. En outre, c'est parce que le Sida avait agi « comme

un révélateur des discriminations ou exclusions engendrées par l'état de santé » que la loi du 12 juillet 1990 relative à la protection des personnes contre les discriminations en raison de leur état de santé a pu être adoptée [12].

Une telle orientation rappelle dans une certaine mesure les débats antérieurs relatifs aux « 4 H [13] », vecteurs de la maladie, ouvrant potentiellement la voie à la marginalisation de populations qui le sont déjà : les UDVI, du fait de leur addiction et les migrants, parfois en situation irrégulière sur le territoire. Par ailleurs, même si l'homosexualité est mieux acceptée aujourd'hui, l'homophobie demeure présente dans les débats de société actuels. Dès lors, bien que la prévalence de l'infection soit plus forte chez ces populations [14], accroître leur vulnérabilité sous couvert de mieux les dépister peut poser question. Une enquête menée en 2012 par Sida info service [15] a révélé que si le sentiment global de discrimination en raison de sa séropositivité recule (10 points de moins qu'en 2005 et 7 de moins qu'en 2009), il demeure cependant élevé (42,7%).

Cette mesure peut s'avérer en outre contre-productive. En effet, en ne ciblant qu'une tranche de la population le risque est de nourrir un sentiment de déresponsabilisation du reste de la population. Le risque est alors d'assister à une multiplication des comportements à risques et dès lors à une exposition au virus d'autant plus importante. A cet égard, nombre d'acteurs interrogés dans le cadre de ce module interprofessionnel nous ont fait part d'un sentiment de déresponsabilisation et d'une connaissance moindre du Sida et de sa prégnance dans la population en raison de l'efficacité des rétroviraux notamment chez les jeunes. Il en résulterait la poursuite de comportements et de pratiques à risque d'une part et la persistance de messages erronés d'autre part tels « Le Sida ne tue plus ». Comme le souligne une socio-démographe de l'ORS Ile de France tout l'enjeu est alors de parvenir à un « subtil équilibre entre dédramatisation et pas trop de dédramatisation afin de ne pas déresponsabiliser ».

Les recommandations de la HAS laissent apparaître également un risque juridique lié au projet de dépistage systématique.

Le projet de dépistage systématique interroge la notion de consentement aux soins

Le consentement préalable aux soins est un principe juridiquement protégé et consacré par l'article 16-3 alinéa 2 du code civil. Découlant de la règle de l'inviolabilité du corps humain, il implique pour les professionnels de santé de recueillir l'accord du patient avant de prodiguer une intervention thérapeutique. Hormis le cas de l'urgence et de la question du don d'organes où le consentement du défunt est présumé, ce principe du consentement préalable aux soins ne souffre d'aucune exception. Il est par ailleurs consacré en droit européen à l'article 5 de la convention d'Oviedo du 4 avril 1997 relative aux droits de l'homme et à la biomédecine.

Toutefois, en dépit de ce corpus juridique, la HAS privilégie le consentement présumé ou « opt out » pour faciliter la réalisation des tests. Le risque d'un tel consentement présumé est de dériver vers un dépistage par consentement implicite. En effet, selon une socio-démographe de l'ORS Ile-de-France, certains généralistes, peu à l'aise avec la question du dépistage, ont tendance à présumer du consentement de leur patient pour réaliser des tests de dépistage. Un autre écueil d'une telle proposition est de minimiser le poids du consentement dans l'adhésion aux soins. En effet, il importe pour que le traitement soit efficace que le patient adhère à la démarche thérapeutique. Présumer de son consentement ou ne pas lui accorder la place qui doit être la sienne peut susciter par la suite un manque d'adhésion de sa part, compliquant de facto la prise en charge.

Le dépistage systématique présente à la fois des bénéfices collectifs et individuels et s'inscrit dans une logique de maîtrise de l'épidémie avec pour objectif de rattraper la population cachée atteinte du VIH. Pour beaucoup d'acteurs les recommandations de la HAS sont restées inappliquées. Pour être efficace, la politique de dépistage systématisé du VIH doit néanmoins être repensée et articulée avec l'ensemble des autres outils de lutte contre le VIH/ Sida.

II/ La pleine efficacité du dépistage systématisé du VIH nécessite de repenser ses modalités et ne saurait faire l'économie d'une meilleure articulation avec les autres instruments de lutte contre le VIH/Sida

Repensées, les recommandations de systématisation de la HAS pourraient aboutir à un dispositif efficace (A), mais doivent trouver une articulation idoine avec les autres instruments de lutte contre l'épidémie (B).

A) La réussite de la systématisation du dépistage repose d'abord sur la participation des acteurs de santé et sur son inscription dans un cadre juridique protecteur des droits des personnes

A. 1. Lever les réticences des médecins, notamment des généralistes

La réticence des médecins face au dépistage systématique constitue aujourd'hui un frein à l'évolution de la politique de dépistage. Dès lors, tout l'enjeu est de recueillir l'adhésion de ces derniers. La formation des professionnels de santé pourrait constituer un premier outil en la matière. En effet, 70,5% pensent qu'une formation mise en place par la HAS pourrait faciliter la mise en œuvre d'un dépistage exercé par le professionnel de santé libéral. La plupart demandent à être davantage informés sur le dépistage systématique et les différentes pratiques de dépistage. En outre, plus de 60% des généralistes sont favorables à exercer un rôle de prévention et d'éducation accru vis à vis de leurs patients sur l'infection du VIH (HAS, 2010). Ces chiffres sont encourageants et attestent de l'importance pour la HAS de jouer un rôle moteur en matière de dépistage systématique. Aussi la méthode de communication de la HAS gagnerait à être revue et développée ; cette dernière pourrait susciter l'adhésion des acteurs de santé en formant et sensibilisant davantage les médecins au dépistage.

En première ligne dans la lutte contre l'épidémie, les généralistes et acteurs de soins en ville (officines, infirmiers libéraux) devraient proposer systématiquement un dépistage devant des situations cliniques définies (altération de l'état général, pneumopathie et tuberculose, zona, dermite séborrhéique...). Les praticiens sont incités à « accentuer leur attention sur les situations cliniques classiques devant amener au dépistage et à saisir les opportunités d'un dépistage large chez des personnes sans test récent lorsque l'occasion se présente » (Morlat, 2013).

Plusieurs intervenants se sont prononcés, au cours des entretiens, en faveur d'un dépistage large mais ciblé par les généralistes. A l'aide d'outils simples (signes cliniques évoqués précédemment, questionnaires sur les risques encourus qui permettraient d'orienter les généralistes) ces derniers pourraient ainsi opérer un filtrage initial et proposer systématiquement le dépistage à certains de leurs patients. Comme le rappelle un infectiologue rencontré « *il faut proposer le dépistage à la bonne personne, au bon*

moment ». Dans sa thèse soutenue en janvier 2014, le Dr. Valentina Rochetti montre que les généralistes parisiens ont des pratiques de dépistage hétérogènes, mais que certains se distinguent par des taux de dépistage positifs importants grâce à des stratégies de ciblage efficaces (notamment dans les 3^{ème} et 11^{ème} arrondissements). Il convient ainsi d'analyser les facteurs d'efficacité du dépistage chez ces praticiens et d'évaluer la faisabilité d'une généralisation de ces méthodes. En outre, les professionnels interrogés ont souvent rappelé que certaines occasions particulières doivent donner lieu à une proposition systématique de dépistage (IVG, première contraception, entrée en détention...). L'un des moyens envisageables pour accroître le dépistage réside sans doute dans le développement des TRODs (tests rapides à orientation diagnostique) qui permettent la découverte de l'infection en quelques minutes. Ces tests peuvent être réalisés en cabinets, directement par les médecins eux-mêmes, même si un bilan biologique doit être réalisé par la suite pour confirmer le résultat d'un TROD positif.

Une deuxième modalité de l'amélioration du dispositif de dépistage réside dans la modernisation des structures existantes et dans l'adoption de stratégies innovantes. Ainsi des intervenants impliqués dans le dépistage au sein des CDAG se sont prononcés en faveur de mesures de dépistage « hors-les-murs », en allant à la rencontre des populations les plus vulnérables et sous diagnostiquées. Ainsi le CDAG de Rennes propose des tests de dépistage en lien avec des associations proches des publics à risques, ou sur des lieux ciblés. L'an dernier, si 8 cas positifs ont été identifiés sur 3700 dépistages réalisés au sein du CDAG, les responsables du centre ont souligné la plus grande efficacité (défini comme le ratio cas positifs/nombre de tests) des dépistages hors-les-murs. Un infectiologue rencontré à Paris, impliqué dans le dépistage, a confirmé ce constat. Les campagnes menées sur les lieux de rencontre extérieurs (LRE) ont ainsi abouti à davantage de dépistage que l'activité des CDAG.

Les autotests, qui permettent de connaître son statut sérologique à partir d'une goutte de sang ou de salive en quelques minutes, bientôt commercialisés en France, pourraient aussi être utilisés par les médecins généralistes dans le cadre du dépistage systématique. Ainsi, les acteurs impliqués dans le dépistage (responsable du CDAG de Rennes, médecin au CDAG de Paris Hôtel-Dieu) se dit favorable au développement des autotests, seulement s'il est possible de bénéficier d'un accompagnement médical dans leur utilisation car on ne peut connaître la réaction d'un individu, seul, en cas de résultat positif.

De bonnes pratiques de dépistage ont été mises en œuvre en Guyane, un département déclaré en situation d'épidémie généralisée, et sont saluées puisqu'elles ont permis un accroissement du nombre de tests pratiqués. Dans le cas guyanais la réussite de cette initiative a d'abord reposé sur l'articulation entre acteurs de soins et associations : les généralistes proposent des TROD, ils effectuent des campagnes de dépistage avec les associations (notamment AIDES) en direction des groupes les plus éloignés du système de soins et l'offre de dépistage est intégrée dans un bilan de santé annuel. En outre, les médecins ont été financièrement incités à la systématisation du dépistage par la Caisse générale de sécurité sociale de Guyane. De telles mesures pourraient inspirer la systématisation du dépistage en métropole.

A. 2. La protection des droits des personnes est indissociable de la lutte contre la maladie

Le dépistage systématique risquerait d'accroître les discriminations et porte potentiellement atteinte au principe du consentement préalable aux soins. Dans ce contexte, il importe d'associer les autorités administratives et indépendantes garantes des libertés individuelles à la mise en œuvre du dépistage systématique. De fait, la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) pourrait être sollicitée lors de l'élaboration de questionnaires servant à mieux identifier les populations soumises au dépistage. Le Défenseur des droits pourrait également apporter son concours en vue de concilier le besoin de dépister les populations à risques et éviter leur potentielle marginalisation ou stigmatisation.

Le plan national de lutte contre le VIH/ Sida et les IST 2010-2014 s'attache à renforcer la lutte contre les discriminations et prévoit notamment d'améliorer l'accompagnement permettant l'accès et le maintien dans l'emploi et de faciliter l'accès au logement. L'objectif est de permettre une prise en charge globale économique et sociale, mais aussi des conditions de vie décentes.

B) L'articulation du dépistage systématisé avec les autres mesures de prévention

« L'épidémie est toujours hors de contrôle 25 ans après son début, et ce parce que nous sommes probablement prisonniers de conceptions et de stratégies qui ont atteint leurs limites » (Raguin, 2006). Cet auteur réalise un constat assez négatif : le nombre de décès

stagne, la transmission du virus continue voire augmente, les pratiques à risque persistent dans certains groupes, la notification des partenaires est rare et la prévention de la transmission est peu promue chez les patients traités. Ainsi, le dépistage, même systématisé doit s'accompagner de mesures complémentaires.

Le plan national de lutte contre le VIH/ Sida et les IST 2010-2014 entend répondre à ces problématiques à travers des objectifs ambitieux :

- réduire de 50 % l'incidence de l'infection par le VIH sur cinq ans.
- réduire de 50% en cinq ans l'incidence du Sida.
- réduire de 50% la proportion des personnes découvrant leur séropositivité VIH au stade Sida.
- réduire de 20% la mortalité liée au Sida.

B.1. Décliner localement la stratégie nationale de lutte contre le Sida

L'orientation des stratégies nationales doit être adaptée aux spécificités régionales. Un tel postulat a été confirmé par la directrice de l'ORS de Bretagne. Pour la région, le problème du Sida est peu prégnant : la Bretagne est au 5^{ème} rang des régions les moins touchées avec 60 sérologies positives par million d'habitant contre 169 en France et le taux de recours au dépistage demeure bas avec 57 tests pour 1000 habitants contre 80 en moyenne dans le reste de la France (rapport ORS Bretagne 2013). En conséquence, les priorités d'action diffèrent des autres régions à plus fort taux de prévalence.

La déclinaison locale de la stratégie nationale de lutte contre le Sida, assurée par les Agences Régionales de Santé. Les comités de coordination régionale de la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) sont un acteur privilégié du déclouisonnement entre les intervenants et de la mise en cohérence des politiques conduites localement, un rôle largement salués par les interlocuteurs rencontrés.

B.2. Associer dépistage et prévention

L'objectif premier de la démarche nationale et régionale est de modifier les comportements des individus en mettant en place des actions de prévention adaptées aux besoins et aux spécificités culturelles des différents publics. Il s'agit en particulier :

- De travailler sur la perception de la maladie parfois faussée des plus jeunes. La directrice de l'ORS Bretagne à l'instar du président de l'association « Liberté couleurs » dénonce également un relâchement de la mobilisation autour de la maladie, une méconnaissance du VIH surtout chez les jeunes publics ainsi qu'une prise de risque plus fréquente que par le passé.
- D'aborder la lutte contre l'épidémie à travers une approche plus globale des questions de santé liées à la sexualité. Ainsi, le schéma régional de prévention de la région Bretagne aborde la prévention VIH- Sida et IST dans la thématique de « vie affective et sexuelle » qui traite à la fois de la contraception, de la prévention des IST, VIH/ Sida et des hépatites.
- D'adapter des messages de prévention aux publics visés : selon les experts, « *les messages de prévention doivent être clairs, adaptés aux différentes populations, renouvelés régulièrement pour faciliter l'adoption par les individus de méthodes correspondant le mieux à leur situation* » (Morlat 2013).

B.3. Former les acteurs du dépistage et du soin à une prise en charge globale des PVVIH

La formation des professionnels de santé et des personnels associatifs est primordiale comme l'a précisé l'un des membres fondateurs de l'association AIDES rencontré. De fait, repenser la formation est également un objectif du plan Sida car « on constate une difficulté pour les soignants à prendre en compte les aspects de la vie sexuelle de leurs patients [...]. Le dialogue autour de la sexualité avec les professionnels de santé est également difficile. Les patients ont peu recours aux professionnels de santé lorsqu'ils rencontrent des difficultés dans leur vie sexuelle » [\[17\]](#). Ainsi, le plus souvent, les professionnels de santé ont une réponse médicalisée aux demandes des patients, sans prendre en compte les enjeux individuels psychologiques et relationnels de la sexualité qui peuvent être déterminants dans le risque d'exposition.

Le dépistage doit conduire à la prise en charge des patients pour « atténuer » la cascade de prise en charge (annexe 5). Comme le rappelle le président du COREVIH Ile-de-France « *il faut dépister pour traiter. C'est pour cela que les acteurs de soins doivent être en première ligne dans le dépistage* ». Dans ce cadre, des solutions complémentaires au

dépistage doivent être envisagées afin de réduire l'incidence de la maladie et permettre une meilleure qualité de vie pour les PVVIH.

La nécessité de promouvoir le patient-acteur a ainsi été rappelée. Elle renvoie à la notion d'*empowerment* [18] et de *counseling* (Morlat, 2013) et à la nécessité de placer les PVVIH au centre du dispositif de soins. Elle est liée à la notion de « prévention positive, qui s'adresse aux personnes séropositives dans le but de les impliquer dans la démarche de prévention tant pour préserver leur propre santé que pour éviter la transmission à autrui. » (ARS Ile-de-France, 2010).

Parmi les mesures qui entrent dans cette approche globale du patient, la prise en charge médicale est prioritaire. Le dépistage est une condition nécessaire à l'initiation du traitement. Plus performants et plus accessibles, les médicaments antirétroviraux constituent la plus forte incitation à la prévention et au dépistage. Le rapport Morlat, rappelle que les traitements actuels sont efficaces, apportant un bénéfice sur la santé individuelle, mais aussi en diminuant fortement le risque de transmission (bénéfice collectif). Ils permettent la promotion d'un continuum prévention/soins, grâce notamment à un accès plus équitable aux traitements. Les effets positifs des soins se font désormais sentir et ont permis le recul de la stigmatisation des malades, le prolongement de l'espérance de vie, ainsi que l'amélioration de la qualité de vie des patients et de leurs partenaires.

Outre le dépistage, les marges de manœuvre permettant d'augmenter l'effet préventif du traitement à l'échelle populationnelle se situent au niveau de l'entrée dans le soin, de l'éducation au traitement et de l'observance de celui-ci; et c'est donc dans ces domaines qu'il faut aussi faire porter l'effort. Les propositions qui concernent l'amélioration de la santé sexuelle sont nombreuses et visent à faire tomber les tabous qui existent autour de celle-ci et permettrait de renforcer l'attractivité du dépistage. Plusieurs intervenants rencontrés ont ainsi promu la création de centres de santé sexuelle, comme le centre 190 en Ile-de-France.

De manière complémentaire, la recherche et l'observation épidémiologique permettent une meilleure compréhension du virus et une meilleure prise en charge des PVVIH.

B.4. Observation et recherche : l'épidémiologie au service des stratégies de dépistage

Dans une perspective de lutte contre le développement du VIH et du Sida, la recherche (fondamentale, clinique, vaccinale et en sciences sociales) et l'observation épidémiologique de la maladie sont un aspect primordial et indispensable à une meilleure efficacité des politiques sociales et de santé mises en place en France. Pour le président du COREVIH Ile-de-France « *c'est la connaissance de l'épidémiologie, des caractéristiques de l'épidémie qui doivent orienter les politiques de dépistage* ». La recherche permet d'améliorer la prévention, le traitement et la compréhension de la maladie. L'observation permet d'avoir des données fiables et utilisables pour améliorer le traitement de l'épidémie, le suivi des personnes contaminées et le ciblage des populations les plus concernées, que ce soit par rapport à la prévention, au dépistage ou aux soins.

NOTES

[1] Jusqu'en 2012 les estimations s'élevaient à environ 50 000 personnes ignorant leur statut sérologique. Comme on le verra ces révisions changent la perspective sur l'efficacité d'un dépistage généralisé. Les personnes ignorant leur séropositivité représentent 20% du nombre total des séropositifs en France.

[2] Une liste des infections opportunistes a été définie dès 1993 en Europe. Les infections opportunistes correspondent à des maladies provoquées par des germes habituellement sans impact chez les sujets en bonne santé mais qui conduisent au développement de graves pathologies chez un sujet dont les défenses immunitaires sont basses.

[3] Il existe trois modes de transmission : par voie sexuelle, sanguine ou materno-fœtale.

[4] Daniel Defert, sociologue, s'est engagé dans la lutte contre le Sida à la suite du décès de son compagnon, le philosophe Michel Foucault. Il est l'un des membres fondateurs d'AIDES, la première association française de lutte contre le Sida.

[5] Cité par Françoise Héritier, op.cit.

[6] Car dérogatoire aux protocoles mis en œuvre pour les autres maladies transmissibles/contagieuses.

[7] Nécessité d'un consentement éclairé clairement exprimé, insistance sur le respect de la confidentialité, importance du principe du volontariat et de la responsabilisation individuelle dans la démarche de dépistage, rôle essentiel du counseling.

[8] Le *counseling* recouvre l'ensemble des pratiques mises en œuvre par des personnes formées qui consistent à orienter, aider, informer, soutenir et traiter les personnes prises en charge.

[9] Les CDAG et CIDDIST devraient voir leurs structures fusionner d'ici 2015

[10] Yazdanpanah propose aussi la systématisation du dépistage dans les pays d'Europe où la prévalence de l'épidémie cachée est supérieure à 0,1%.

[11] Elle est par exemple estimée à 6,17 chez les UDVI, à 0,41 en Guyane Française, ou 1,7 chez les HSH.

[12] Cf. Mme Denise Cacheux, rapporteur du projet de loi

[13] Homosexuels, hémophiles, héroïnomanes, haïtiens et (w)hores.

[14] Taux de prévalence de 1 pour 100 chez les homosexuels masculins, 240 pour 100 000 chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et 90 pour 100 000 chez les usagers de drogues injectables (Rapport Morlat, 2013).

[15] « 5^{ème} enquête sur les discriminations à l'encontre des personnes vivant avec le VIH en 2012 » réalisée par Elisabeth De Carvalho et Mathilde Coudray avec le soutien financier de l'INPES et le cofinancement de la région Ile de France.

[17] Plan national de lutte contre le VIH/ Sida et les IST 2010-2012 p31.

[18] Concept d'*empowerment* qu'il est possible de définir comme le renforcement des capacités à prendre soin de soi et à agir pour sa santé.

Conclusion

De nouvelles stratégies de dépistage du VIH/Sida doivent aujourd'hui être mises en œuvre, notamment la réalisation d'un dépistage en routine, à destination de groupes aujourd'hui sous-dépistés (hétérosexuels multipartenaires en couple) et de certaines populations à haut risque. Une telle réorientation de la politique de dépistage aurait, en théorie, des bénéfices en matière de contrôle de l'épidémie en France. Au-delà du principe-même de la systématisation du dépistage, largement accepté, les modalités d'une telle politique restent floues et les recommandations de la HAS, formulées en 2008 et 2009, sont restées inappliquées. Mal calibré, le dépistage systématique de la population générale s'avérerait coûteux et inefficace. Ciblé à l'excès sur les populations à risque, il ne permettrait pas, à l'inverse, de mettre au jour « l'épidémie cachée » de VIH/Sida. Il ressort des entretiens et de nos recherches qu'un dépistage large au sein de la population sexuellement active n'est pas pertinent. En outre, les mesures accompagnant la systématisation soulèvent des risques éthiques, juridiques et sociaux qui ne doivent pas être sous-estimés : la lutte contre l'épidémie passe aussi par la protection des droits des personnes infectées.

Des propositions de réactualisation des recommandations du dépistage en routine ont été formulées ces dernières années (Yéni 2010, Morlat 2013, Lert et Pialoux, 2010) et contiennent des pistes pour assurer le succès d'une telle politique. Des initiatives ponctuelles ont également démontré leur efficacité (méthodes de dépistage innovantes dite « hors-les-murs », implication des omnipraticiens en ville) et pourraient être généralisées avec profit. Néanmoins, le dépistage, même systématique, ne saurait constituer à lui seul la politique de lutte contre l'épidémie et doit être articulé avec l'ensemble des autres instruments destinés à combattre le VIH/Sida.

Bibliographie

ANRS, Partouche H., et Renard V. «Dépistage de l'infection par le VIH en médecine générale.» Paris, 2010.

Caillat, Sophie. «AIDES : le dépistage systématique du SIDA est nécessaire.» *Rue 89*, 2009.

Casalino E., Bernot B., Bouchaud O. et al. «Twelve months of routine HIV screening in 6 emergency departments in the Paris area : results from the ANRS URDEP study.» *PLoS ONE*, 2012.

Conseil national du Sida. «Rapport sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par la VIH en France.» Paris, 2006.

D' Almeida KW, Kierzek G, De Truchis P et al. «Modest public health impact of nontargeted human immunodeficiency virus screening in 29 emergency departments.» *Archive of Internal Medicine*, 9 janvier 2012.

Drees. «La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales.» Paris, 2009.

Haute autorité de santé. «Dépistage de l'infection par le VIH en France – Stratégies et dispositif de dépistage.» *Argumentaire*, Saint-Denis, 2009.

Haute autorité de Santé. «Enquête sur les stratégies de dépistage de l'infection par le VIH : résultats.» Saint-Denis, 2010.

Heard, M. *Un nouveau paradigme en santé publique : droits individuels et VIH/sida. 25 ans d'action publique en France. [Thèse de doctorat en science politique]*. Paris: Institut d'Etudes Politiques, 2007.

Héritier, Françoise. *Sida, un défi anthropologique*. Paris: Les Belles Lettres , 2013.

InVS (Institut de veille sanitaire). *Dépistage du VIH, découvertes de séropositivité VIH, diagnostics de sida : 2003-2012*. Paris, 27 novembre 2013.

Lert, Marie-France, et Pialoux, Gilles. «Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis- du VIH et des IST.» Paris, 2010.

Montlahuc C., Guiguet M., Abgrall S. et al. «Impact of late presentation on the risk of death among HIV-infected people in France (2003-2009).» *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrom*, 2013.

Morlat, Philippe. «Rapport sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH.» Paris, 2013.

OMS. «UNAIDS/WHO Policy statement on HIV testing.» Geneva, 2004.

Pilorgue F. et alii. «Journée de réflexion scientifique : prise en charge tardive de l'infection par le VIH.» 2006.

Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N,. «Viral load and heterosexual transmission of HIV-1.» *New England Journal of Medicine*, 2000.

Raguin, Gilles. «Politique VIH : changer de paradigme.» *Transcriptases*, n°125., 2006.

Rozenbaum, Willy. «Dépistage et nouvelles stratégies de prévention de l'infection par le VIH.» Rapport Expert, Paris, 2010.

Rochetti, Valentina. *Dépistage de l'infection par le VIH dans les cabinets de Médecine Générale parisiens en 2013. Une étude épidémiologique observationnelle. Thèse pour le doctorat en médecine*. Paris : Université Paris Descartes (Paris V), Faculté de médecine de Paris Descartes, 2014.

Wolitski RJ, MacGowan RJ, Higgins DL, Jorgensen CM. «The effects of HIV counseling and testing on risk-related practices and helpseeking behavior.» *AIDS Education and Prevention*, 1997.

Yazdanpanah Y., Sloan C.E., Charlois-Ou C. et al. «Routine HIV screening in France : clinical impact and cost-effectiveness.» *PLoS ONE*, 2010.

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des entretiens réalisés dans le cadre du module interprofessionnel

Annexe 2 : Trame des entretiens

Annexe 3: Eléments clefs tirés des entretiens menés

Annexe 4: Montant des dépenses de prévention consacrées à la lutte contre le VIH en 2008

Annexe 5 : Cascade de la prise en charge

Annexe 1 : Liste des entretiens

- COREVIH Bretagne : Dr ARVIEUX
- CDAG Bretagne : rencontre avec Dr Souala
- ORS Bretagne : rencontre avec la directrice de l'ORS Bretagne
- Association Liberté Couleurs : rencontre avec le directeur de l'association et l'un des formateurs
- SIDACTION : rencontre avec la responsable de la recherche sociale
- ORS Ile de France : rencontre avec une socio-démographe
- Entretien téléphonique avec un médecin généraliste installé à Sète
- Hôpital Cochin : rencontre avec une cadre de santé, membre fondateur d'AIDES
- Entretien avec l'ancien Président du Conseil national du SIDA
- Réseau Louis Guilloux : rencontre avec un médecin infectiologue

Annexe 2 : Trame des entretiens

I/ Le rôle de la personne interrogée et l'évolution de la maladie

- Quelles sont vos missions et vos actions concrètes ?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?
- Quelles sont vos attentes ?
- Comment percevez-vous l'évolution de la maladie dans votre métier?

II/ Le dépistage au sens large et la politique de systématisation plus précisément

A) Dépistage en général

- Quel bilan dressez-vous de la politique de dépistage telle que définie actuellement ? (forces et lacunes du dépistage, non recours au dépistage)
- Quelles sont les évolutions constatées en matière de dépistage ? (évolution des techniques, autotests et la question du coût, bénéfices-risques des autres modalités de dépistage)
- Avez-vous constaté des évolutions en matière de dépistage ? (volume, acceptation, public concerné, changement de paradigme chez les acteurs)

B) Dépistage systématique

- Quel est votre avis sur la faisabilité d'un dépistage systématique ?
- Comment anticipez-vous les changements (acteurs, relations entre eux, les modalités, fréquence) qui seront induits ?
- Quel est votre avis sur les recommandations de la HAS de 2008 sur le dépistage systématique et les risques qui s'y rattachent (faisabilité, stigmatisation, déresponsabilisation, consentement présumé)

IV/ Prévention

- Quel sera selon vous l'impact du dépistage systématisé sur les autres outils de lutte contre le virus ?
- Quelle est votre opinion sur les politiques de prévention ?
- Quelle politique de prévention vous semblerait adéquate aujourd'hui ?

Annexe 3 : Eléments clefs tirés des entretiens

Entretien avec l'association Liberté Couleurs : rencontre avec le directeur de l'association et l'un des directeurs

I/ Rôle et missions de la personne interrogée
Liberté Couleurs est une association qui intervient dans le domaine de la prévention des conduites et des comportements à risque des jeunes (sexualité, drogues, alcool...)
II/ Dépistage général
L'association considère que la France n'est pas assez efficiente en termes de dépistage et qu'elle a du retard par rapport à d'autres pays, notamment les pays nordiques. Selon le directeur, « Il est nécessaire de poursuivre la diversification de l'offre par le développement des TROD (HIV, Hépatites B et C) et des autotests entre autres, pour permettre à chacun de bénéficier d'une offre qui réponde à ses besoins ». L'accès au CDAG est à privilégier mais certains tests comme les « autotests » pourraient toucher des populations ayant peur d'être stigmatisées par le dépistage en CDAG, comme une partie de la population HSH.
III/ Dépistage systématique
Le dépistage systématique par le biais du médecin généraliste est une idée intéressante mais peu envisageable en pratique à cause de multiples contraintes : formation insuffisante, surcharge de travail, barrières psychologiques avec un risque d'entamer la relation de confiance entre le médecin et son patient.
IV/ Mesures de prévention à mettre en place
Il faudrait davantage garantir une cohérence et un décloisonnement entre les différents acteurs et renforcer les moyens financiers et humains à disposition.

Entretien téléphonique avec un médecin libéral exerçant à Sète (34)

I/ Rôle et missions de la personne interrogée
« Mon rôle dans la prévention consiste à donner des conseils et des informations à mes patients ». Ce médecin ne pratique pas systématiquement le dépistage mais prescrit toujours un test de dépistage VIH couplé au dépistage de l'hépatite C lorsqu'il estime qu'il y a eu une pratique à risque, ou sur demande de ses patients.
II/ Dépistage général
Le professionnel explique que le dépistage est toujours bien accepté par les patients. Il propose un test en laboratoire mais n'utilise pas les TRODS car il n'y a pas été formé et manque de temps pour les réaliser.
III/ Dépistage systématique
Le médecin ne voit pas l'intérêt de procéder à un dépistage systématique du VIH car il y aurait très peu de retours positifs. Mais il ajoute « s'il faut le faire, je le ferai mais ça sera compliqué ». Néanmoins, il se pose des questions sur la pertinence de la prescription d'un test de dépistage VIH car le patient reste toujours le seul décideur et n'ira pas forcément faire le test en pratique.
IV/ Mesures de prévention à mettre en place
Le médecin est favorable au développement des autotests car il considère qu'une partie de sa patientèle pourrait les utiliser. L'autotest favorise l'anonymat et pourrait être utilisé par des personnes âgées qui n'oseraient pas faire la démarche de dépistage habituelle.

Entretien avec le responsable du CDAG de Rennes

I/ Rôle et missions de la personne interrogée
Médecin infectiologue, il est responsable du CDAG et membre du COREVIH Bretagne. Le CDAG accueille tous types de publics, effectue 3700 tests de dépistage VIH par an et met en place des actions de prévention dans la région : auprès des lycées, certains publics, CARRUD, universités... L'année dernière, sur les 3700 tests de dépistage du VIH réalisées au CDAG de Pontchaillou, 8 se sont révélés positifs au VIH.
II/ Dépistage général
Le responsable du CDAG critique fortement le fonctionnement de sa structure à cause de ressources insuffisantes, d'un manque de personnel, et d'une formation insuffisante de ce dernier. Ils n'ont pas les moyens de mener une politique de dépistage efficiente et ne vont pas assez vers les populations à risque.
III/ Dépistage systématique
Le responsable du CDAG est favorable au dépistage systématique car cela permettrait un « rattrapage et un attrapage » de la population « cachée ». Cela forcerait les médecins à connaître « leurs patients et leur vie sexuelle ».
IV/ Mesures de prévention à mettre en place
Le responsable du CDAG considère qu'il est essentiel de former les médecins pour qu'ils repèrent les situations cliniques qui impliquent la prescription d'un test de dépistage. Il parle de « pertes de chance à ne pas manquer » : fatigue, syndrome mononucléosique, dysplasie, zonos, IST, tuberculose... Il met aussi en avant l'importance d'une prévention « combinée » selon les groupes et les risques pris. Il faut pouvoir combiner plusieurs modes de prévention : préservatif, digue dentaire, circoncision, prophylaxie post exposition, traitement antirétroviral...

Entretien avec le président du COREVIH Bretagne

I/ Rôle et missions de la personne interrogée
Le COREVIH a des missions de coordination de tous les acteurs en matière de soins liés au Sida, du dépistage du VIH. Il participe également à la coopération internationale en matière de Sida.
II/ Dépistage général
La politique française de dépistage est efficace et le médecin traitant est la pierre angulaire de cette politique. Les CDAG n'effectuent que 15% des dépistages en France. Néanmoins il reste des efforts à mettre en place sur les populations cibles.
III/ Dépistage systématique
Le président du COREVIH juge le dépistage obligatoire « inutile et contre-productif ». Il suggère cependant de systématiser le plus possible la proposition de dépistage car cette politique fonctionne bien avec les femmes enceintes.
IV/ Mesures de prévention à mettre en place
Il faut adapter la prévention aux « populations cibles » et faire une « prévention à la carte », grâce à une prévention combinée.

I/ Rôle et missions de la personne interrogée
Le réseau Louis Guilloux exerce dans un quartier populaire de Rennes, il a surtout un rôle de prévention, d'orientation vers le dépistage du VIH et de suivi des populations migrantes. Ils mettent aussi en place une prise en charge sanitaire et médico-sociale globale de cette population et mettent à leur disposition des appartements de coordination thérapeutique (ACT).
II/ Dépistage général
Les patients consultés acceptent assez facilement le dépistage et rares sont les refus, mais il est difficile de leur assurer un suivi médical sur le long terme. Selon notre interlocuteur, le dépistage populationnel est la meilleure solution car il s'agit d'un dépistage systématique pour une population présentant une prévalence élevée au virus. Il ne perçoit pas de problèmes de stigmatisation ou de discrimination dans un dépistage ciblé.
III/ Dépistage systématique
La systématisation du dépistage est déjà faite dans la structure de par la population concernée et la proposition d'un dépistage à chaque patient. Il faut encore le développer lorsque l'association visite des squatts.
IV/ Mesures de prévention à mettre en place
Le rôle des médecins généralistes dans la prévention doit être approfondi et il faut davantage les former.

Entretien avec la Directrice de l'ORS Bretagne

I/ Rôle et missions de la personne interrogée
<p>L'ORS Bretagne recueille les données relatives à l'infection du VIH en Bretagne. L'ORS réalise aujourd'hui de nombreuses études de santé publique, elle répond principalement aux commandes de l'ARS Bretagne.</p> <p>L'ORS Bretagne est en relation étroite avec le COREVIH Bretagne et participe aux groupes de travail qu'il met en place relatifs au VIH.</p>
II/ Dépistage général
<p>Le sida n'est aujourd'hui plus perçu comme une maladie mortelle mais davantage comme une maladie chronique. Cet aspect a ainsi pu modifier la perception des individus en terme de risque, qui sont donc plus enclins à moins se protéger et à moins avoir recours au dépistage.</p>
III/ Dépistage systématique
<p>Selon la responsable de l'ORS, « il ne suffit pas de dire « on généralise » pour qu'il y ait une adhésion de la population ». On le voit dans de nombreuses campagnes en matière de santé publique, que ce soit pour le vih ou le cancer colo-rectal. Pour que cette politique fonctionne, les médecins eux-mêmes doivent être convaincus de la nécessité de proposer le dépistage.</p>
IV/ Mesures de prévention à mettre en place
<p>Il faut continuer à développer certains projets innovants. Par exemple, un des projets récents mis en place par le COREVIH consiste en une politique de dépistage « hors les murs » avec des unités mobiles de dépistage dans des quartiers ou auprès de populations repérées par les associations. Il s'agit de populations plutôt isolées qui n'auraient pas l'idée d'aller d'elles-mêmes au CDAG.</p>

Entretien avec l'ancien président du Conseil national du Sida, Président du COREVIH Ile-de-France, infectiologue à l'Hôtel-Dieu de Paris.

I/ Rôle et missions de la personne interrogée
<p>Le Conseil national du Sida émet des avis et des recommandations sur toutes les problématiques posées par le VIH/Sida à la société. Ses travaux sont adressés aux autorités politiques et à l'ensemble des personnes concernées par l'épidémie.</p> <p>Le Conseil national du Sida participe ainsi à la réflexion sur les politiques publiques et œuvre au respect des principes éthiques fondamentaux et des droits des personnes.</p>
II/ Dépistage général
<p>Le dépistage est le premier jalon du diagramme des cascades. Plus on dépiste, plus on traite de patients et plus la charge virale est indétectable. Ainsi, la maladie se propage moins.</p>
III/ Dépistage systématique
<p>Selon le président, « un dépistage généralisé est inutile, coûteux, peu efficace ». il existe de clusters de contamination et la moitié des personnes nouvellement infectées sont des HSH de moins de 40 ans et des femmes migrantes. Il faut davantage associer dépistage et prise en charge qui sont trop dissociés. Un dépistage doit se faire au sein du système de soins, ou en tout cas avec des acteurs de soins, pour enclencher une prise en charge adaptée.</p>
IV/ Mesures de prévention à mettre en place
<p>Il faut trouver des alternatives aux modes de prévention existants et davantage cibler les patients atteints du VIH. Il faudrait mettre en place des questionnaires remis aux patients.</p>

Entretien avec le responsable de la recherche sociale de SIDACTION

I/ Rôle et missions de la personne interrogée
SIDACTION est une association financée à 95% par des dons. Elle finance des projets d'aide aux malades et à la recherche. Elle met en place de nombreuses campagnes de prévention sur le VIH et apporte un appui financier à d'autres associations françaises travaillant sur le territoire ou à l'international.
II/ Dépistage général
Le dépistage fonctionne plutôt bien en France mais tout l'enjeu est d'arriver à dépister plus tôt pour pouvoir éviter de nouvelles contaminations et mieux prendre en charge les personnes atteintes du VIH.
III/ Dépistage systématique
Il existe actuellement de nombreux freins au développement du dépistage systématique : la multiplicité des acteurs impliqués, le manque d'adhésion des généralistes et le coût que cela représente. L'étude coût-efficacité montre que le dépistage serait plus coûteux qu'efficace. Si un dépistage systématique est effectivement mis en place, il faut que ce soit un dépistage « filtré » avec des populations cibles à viser.
IV/ Mesures de prévention à mettre en place
La marge d'évolution de la prévention en France est limitée, cette dernière étant déjà de qualité. Néanmoins, il s'agirait plus de repenser la prévention en l'adaptant un peu plus aux publics ciblés. Des messages de prévention sur les sites de rencontres pourraient ainsi être mis en place afin de capter et sensibiliser au dépistage les personnes de plus de 40 ans.

I/ Rôle et missions de la personne interrogée
Comme l'ORS Bretagne, l'ORS Ile de France recueille les données relatives à l'infection du VIH en Ile de France. La démographe que nous avons rencontrée travaille sur le bulletin Ile de France publié tous les ans qui présente un état des lieux de l'épidémie du VIH dans la région. Elle a également rédigé une thèse sur le sida en Martinique.
II/ Dépistage général
Tout l'enjeu du dépistage est de dépister celui qui s'ignore afin de l'orienter au plus tôt dans le système de soins. Aujourd'hui, la logique du dépistage repose plus sur une logique de multiplication des occasions de faire des tests et sur une multiplication des outils de dépistage (TROD ; autotest).
III/ Dépistage systématique
Il conviendrait de davantage former les médecins généralistes au dépistage systématique. En effet, ces derniers sont mal à l'aise face à ce type de prévention à cause de la problématique du secret médical, de l'annonce qui peut être difficile, du fait que peu de personnes sont réellement concernées dans leur patientèle et du temps que ce dépistage représenterait pour le médecin dans sa charge de travail.
IV/ Mesures de prévention à mettre en place
Si le dépistage systématique est mis en place, ce doit aussi être un moment pour la prévention. L'enjeu est de créer une réassurance en privilégiant les acteurs de la prévention et en luttant contre la déresponsabilisation et la dédramatisation à outrance de l'épidémie. Enfin, inscrire la prévention dans un cadre plus large d'éducation à la sexualité, au respect de son partenaire peut aussi être un angle d'attaque de la prévention et de la sensibilisation.

Entretien avec une cadre de santé de l'Hôpital Cochin à Paris, membre fondateur de l'association AIDES

I/ Rôle et missions de la personne interrogée
La personne rencontrée est cadre de santé au sein de l'hôpital Cochin. C'est au titre de sa qualité de membre fondateur d'AIDES qu'elle a accepté de nous rencontrer et de répondre à nos questions. Au sein d'AIDES, elle encadrait et assurait la formation des bénévoles.
II/ Dépistage général
Notre interlocuteur a vanté le travail des CDAG mais déploré que le dépistage soit aujourd'hui en partie délégué aux associations. Pour elle, le dépistage est un acte qui doit être réalisé par un personnel soignant et non par un travailleur associatif. Enfin, concernant les autotests, elle s'est aussi montrée critique à leur égard craignant la réaction de celui qui découvre sa séropositivité, seul face à son test.
III/ Dépistage systématique
Elle s'est montrée favorable au dépistage systématisé mais reste dubitative quant aux modalités de mise en œuvre.
IV/ Mesures de prévention à mettre en place
La prévention doit passer par une information ciblée et la transmission de valeurs éthiques. Il convient en outre de lutter contre le retour des comportements à risque.

**Annexe 4 : Montant des
dépenses de prévention
consacrées à la lutte contre le
VIH en 2008**

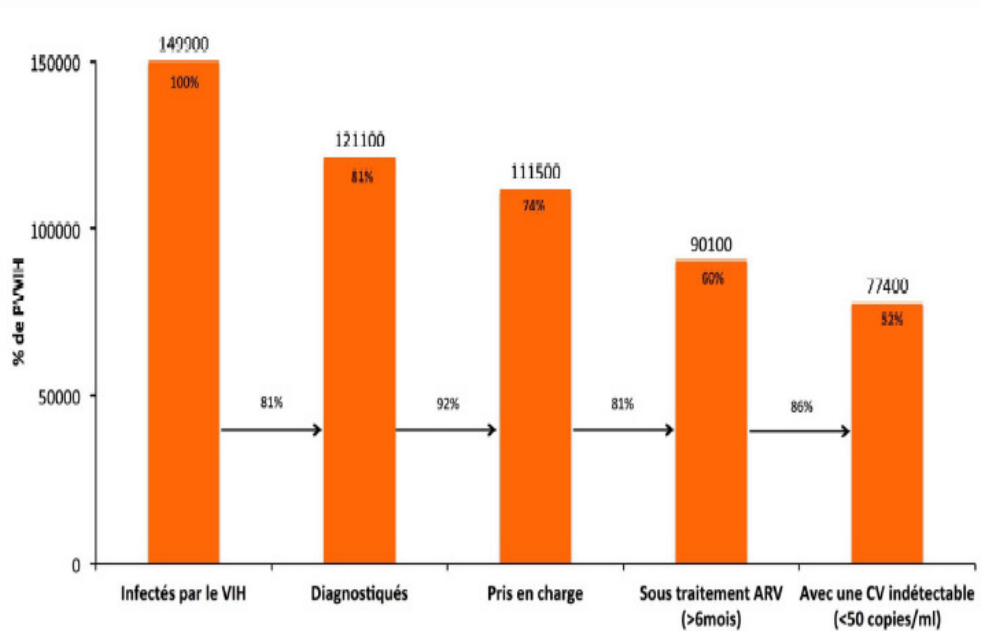
Montant total des dépenses de prévention (en millions d'€)	54
<i>dont :</i>	
- dépenses de l'Inpes(1) (campagnes de communication et concours à des associations)	23
- dépenses effectuées par l'Etat	37,2
<i>dont :</i>	
- subventions aux associations versées par la direction générale de la santé	6,3
- subventions accordées par les groupements régionaux de santé publique (GRSP) ¹	25
- subventions accordées par les services déconcentrés de l'Etat	non communiqué à la Cour des Comptes

(Source : Cour des Comptes, 2010, p.11 Etude de la Cour des Comptes relative à la politique de lutte contre le VIH/SIDA, Paris : Sénat (éditeur), collection Rapport d'information du Sénat 333)

1 Les GRSP ont intégrés les ARS à leur création en 2010 et ce sont donc ces dernières qui aujourd'hui accordent des subventions pour des actions de prévention sur leurs territoires.

Annexe 5 : Cascade de la prise en charge

Cascade de la prise en charge en France en 2010



Le dépistage du VIH en France : vers une politique de systématisation ?

*BARDUS Elodie (AAH) ; BONDOUX Nicolas (IASS) ; BRIOIS Marine (AAH);
CABEROFLOREAN Nicolas (DS) ; CHARTRES Claire (DESSMS) ;
DENIS Caroline (DESSMS); HIRSCH Vincent (EDH) ; LUCINA Katia (EDH);
MARTINSDACRUZ Anaïs (IASS) ; PALICOT Antonin, (DESSMS)*

Résumé : En 2013, alors que près de 5,3 millions de tests de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ont été réalisés en France, les autorités sanitaires estiment qu'entre 20 et 30 000 personnes ignorent leur séropositivité au VIH (Morlat, 2013).

Face à cette situation préoccupante, la HAS a proposé en 2010 de mettre en place un dépistage systématique du VIH. Ce dépistage concernerait à la fois la population générale de 15 à 70 hors notion d'exposition à un risque, certaines populations dites à risque pour lesquelles le dépistage serait ciblé et régulier, et il s'agirait enfin d'un dépistage proposé à la suite de la survenue de circonstances particulières (IST, IVG,..). Cette politique réactive le débat sur le dépistage car il ne relèverait plus uniquement d'une démarche volontaire mais serait proposé à toute la population par le médecin généraliste.

Outil de contrôle de l'épidémie, la systématisation du dépistage permettrait de limiter la prise en charge tardive de la maladie et de juguler l'épidémie.

Néanmoins, cette politique est confrontée à des difficultés de mise en œuvre et soulève des risques sociaux, juridiques et éthiques qui ne peuvent être sous-estimés.

La pleine efficacité du dépistage systématisé implique donc de repenser ses modalités et ne saurait faire l'économie d'une meilleure articulation avec les autres instruments de lutte contre le VIH/Sida. Il doit s'inscrire dans une politique globale de prévention et d'accompagnement des personnes porteuses du virus.

Mots clés : *VIH – Sida - épidémie – dépistage – dépistage systématique – HAS – prévention*