

Dépistage

NOTE VALANT AVIS SUR LES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE DE DÉPISTAGE DU VIH EN FRANCE

ADOPTÉE PAR LE CNS LE 21 NOVEMBRE 2019



Conseil national du sida
et des hépatites virales
39-43 quai André Citroën
75902 Paris cedex 15
T. +33(0)1 40 56 68 50
cns.sante.fr

21/11/2019
NOTE VALANT AVIS
DÉPISTAGE

FR

La présente *Note valant avis* a été adoptée par le Conseil national du sida et des hépatites virales, réuni en séance plénière le 21 novembre 2019, à l'unanimité des membres présents ou représentés.

MEMBRES DE LA COMMISSION « DÉPISTAGE »

- Carine FAVIER, présidente
- Christiane COUDRIER
- Philippe ARTIÈRES
- Hugues FISCHER
- Christine ROUZIOUX
- Christine SILVAIN
- Gilles RAGUIN
- Patrick YENI

RAPPORTEUR

- Michel CELSE

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
1. AMÉLIORER LA PRODUCTION DE DONNEES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ACTUALISÉES ET TERRITORIALISÉES POUR ADAPTER LES POLITIQUES DE DÉPISTAGE AUX BESOINS.....	4
1.1. LES DONNÉES ACTUELLEMENT PRODUITES PRÉSENTENT PLUSIEURS TYPES DE LIMITES.....	4
1.2. UN RENFORCEMENT AUX NIVEAUX NATIONAL ET RÉGIONAL DES ÉCHANGES ET DE LA COLLABORATION ENTRE LES DIFFÉRENTS PRODUCTEURS DE DONNÉES EST NÉCESSAIRE	5
2. ALLER PLUS LOIN DANS LA DIVERSIFICATION DU DÉPISTAGE ET DE SES ACTEURS EN PARTANT DES BESOINS DES PERSONNES.....	6
2.1. LES OBJECTIFS ET LA PLACE DU DÉPISTAGE DANS LA RÉPONSE À L'ÉPIDÉMIE ONT EVOLUÉ.....	6
2.2. LA DIVERSIFICATION DES OFFRES DOIT ÊTRE RENFORCÉE POUR MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS ET AUX ATTENTES DES PERSONNES.....	7
3. FACILITER L'ACCÈS AUX DIFFÉRENTS OUTILS DE DÉPISTAGE.....	9
4. TERRITORIALISER LES POLITIQUES DE DÉPISTAGE.....	10
INDEX DES SIGLES ET ACRONYMES.....	12

INTRODUCTION

Au cours de ces dernières années, les stratégies de lutte contre l'épidémie de VIH/sida se sont profondément transformées, en particulier sous l'effet de plusieurs innovations dans le domaine de la prévention, tant en ce qui concerne la prévention des transmissions secondaires, grâce au traitement des personnes séropositives (TasP), que la prévention primaire, avec le déploiement en direction des personnes séronégatives d'une offre de prophylaxie pré-exposition (PrEP). La prévention du VIH a en outre été repensée dans le cadre d'une approche positive de la santé sexuelle. Ces transformations ont reconfiguré l'articulation entre le dépistage, les traitements, et la prévention du VIH. La place du dépistage a été réévaluée et le dispositif d'offres sensiblement étoffé et diversifié, avec notamment le développement d'une offre de dépistages communautaires par test rapide d'orientation diagnostique (TROD), la mise à disposition des autotests de dépistage et une amélioration qualitative de l'offre publique au travers de la mise en place des Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD).

En dépit de ces efforts récents, les indicateurs épidémiologiques disponibles restent globalement stables au cours des dernières années, sans montrer une réduction de l'épidémie en France, alors que des baisses significatives d'incidence et de prévalence sont décrites depuis plusieurs années à l'étranger, dans des villes et des pays aux contextes similaires à ceux de la France. Même si certaines données publiées récemment en France peuvent suggérer l'amorce d'une inflexion qui devra être confirmée avec davantage de recul, ces résultats marquent un échec. Les objectifs dits « 3 x 95 »¹ que la France s'était fixés d'ici à 2020 ne seront pas atteints.

L'analyse des données épidémiologiques montre, d'une part, que l'épidémie se poursuit en France au sein de populations exposées telles que les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), les femmes et les hommes nés à l'étranger, en particulier en Afrique sub-saharienne, qui pour beaucoup se contaminent en France. Ainsi, les primo-infections² concernent pour 70 % des HSH, et 42 % ont eu lieu en région parisienne.³ Concernant les découvertes de séropositivité⁴, le nombre reste stable : autour de 6 400 par an depuis 2010 jusqu'en 2017. Ces infections touchent les hétérosexuels nés à l'étranger (42 %) et les HSH (41 %).⁵

De plus, d'autres données mettent en évidence le fait que l'accès au dépistage demeure un enjeu majeur pour infléchir l'épidémie. Ainsi, parmi les personnes nouvellement diagnostiquées, 52 % n'avaient jamais fait de tests auparavant et 30 % présentaient un stade avancé de la maladie. Les estimations du nombre de ces infections non diagnostiquées⁶ fournissent un indicateur particulièrement informatif puisqu'il révèle la cible à atteindre : en 2016, environ 24 000 personnes infectées ignoraient leur infection en France, dont 50 % étaient nées à l'étranger. Sur ce total, les HSH représentaient plus de 9 000 personnes, soit 38 % des personnes non diagnostiquées. Il était ainsi estimé qu'au sein de la population HSH vivant en France, environ 3 % étaient infectés et ignoraient leur infection, ce taux atteignant environ 5 % parmi les HSH nés à l'étranger.⁷

Enfin, la grande disparité du niveau de l'épidémie de VIH selon les territoires est un élément essentiel à prendre en compte pour adapter les actions à mettre en place. En métropole, la région de loin la plus touchée est l'Île-de-France, qui à elle seule concentre notamment plus de 40 % de l'ensemble des personnes non diagnostiquées. Elle est suivie, à un degré moindre, par les régions PACA et Rhône-Alpes. Dans les départements et régions d'Outre-mer (DROM), la situation est extrêmement préoccupante et nécessite sans aucun doute une réponse spécifique adaptée, comme un *Avis* du CNS l'a récemment montré⁸.

La lutte contre l'épidémie en France est ainsi à un moment critique. La situation actuelle est inacceptable alors que tous les outils permettant d'enrayer l'épidémie sont disponibles, allant du dépistage du VIH (sérologies

¹ 95 % de personnes diagnostiquées parmi les personnes infectées ; 95 % de personnes sous traitement antirétroviral parmi les personnes diagnostiquées ; 95 % de personnes en succès thérapeutique (charge virale indétectable : <50 copies/ml)

² Infections à VIH diagnostiquées moins de 3 mois après la contamination. Ces nouvelles infections représentent les cas incidents

³ Données portant sur la période 2014 à 2016. Visseaux et al, J Antimicrob Chemother. 2019 Oct 22. pii: dkz404. doi: 10.1093/jac/dkz404. [Epub ahead of print]

⁴ Les découvertes de séropositivité incluent tous les patients nouvellement diagnostiqués, quel que soit le stade de leur infection (qu'elle soit récente ou ancienne)

⁵ Dépistage et découvertes de séropositivité à Paris (10/09/2019) Santé Publique France

⁶ Les personnes infectées non diagnostiquées donc non traitées représentent un très fort risque de transmission sexuelle

⁷ Virginie Supervie, communication orale au CNS, 20 juin 2019

⁸ CNS, *Avis et recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST en Guyane et dans les Antilles françaises*, adopté le 18 janvier 2018

conventionnelles, TROD, autotests) aux traitements antirétroviraux : TasP (*Treatment as Prevention*), PrEP (Prophylaxie pré-exposition) et TPE (traitement post-exposition).

Alors que la lutte contre le VIH fait l'objet d'une mobilisation internationale importante, notamment de la part de la France, une remobilisation forte s'impose sur le plan national pour dépasser les obstacles qui perdurent en matière d'accès au dépistage et aux outils innovants de prévention.

Le Conseil national du sida et des hépatites virales a engagé au cours des derniers mois une réflexion sur ces enjeux et relevé plusieurs faiblesses de la réponse actuelle. La présente *Note valant avis* vise à synthétiser son analyse plus particulièrement en ce qui concerne la politique de dépistage du VIH, et proposer des orientations pour renforcer son efficacité.

1. AMÉLIORER LA PRODUCTION DE DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ACTUALISÉES ET TERRITORIALISÉES POUR ADAPTER LES POLITIQUES DE DÉPISTAGE AUX BESOINS

La politique de dépistage, pour être efficace, doit être en capacité d'identifier finement les territoires et les publics parmi lesquels l'épidémie est la plus active et pouvoir s'adapter rapidement à son évolution, afin de déployer en direction des personnes exposées une offre de dépistage ajustée à leurs besoins.

Il est donc essentiel de se doter le plus rapidement des moyens indispensables à la collecte des données et de développer les collaborations nécessaires pour mesurer l'impact des mesures prises dans les différentes populations exposées.

En effet, la production actuelle de données épidémiologiques n'est pas satisfaisante, pour des raisons qui concernent à la fois l'organisation d'ensemble de la surveillance épidémiologique en France, et plus spécifiquement les conditions de recueil et d'exploitation de certaines données et indicateurs.

1.1. LES DONNÉES ACTUELLEMENT PRODUITES PRÉSENTENT PLUSIEURS TYPES DE LIMITES

La production régulière au plan national de données épidémiologiques concernant le VIH repose principalement sur deux types de sources de données dont le recueil et l'exploitation dépendent d'organismes différents. Il s'agit d'une part de Santé publique France, pour les données issues du dispositif de déclaration obligatoire (DO) des infections par le VIH ainsi que pour les données d'activité de dépistage, et d'autre part de l'Inserm, pour les données de prise en charge médicale des patients suivis pour le VIH dans le système hospitalier (base de données DOMEVIH). En outre, la production de certains indicateurs requiert le recours à des données du Système national des données de santé (SNDS) et en particulier celles provenant de la base de l'Assurance maladie (SNIIRAM), dont la gestion relève de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Le déficit d'exhaustivité des données issues du dispositif de déclaration obligatoire (DO) du VIH est un frein à un pilotage réactif et ajusté au plus près des besoins des personnes et des territoires

Le dispositif de déclaration obligatoire (DO) aux autorités sanitaires des infections par le VIH est au cœur de la production de données annuelles de surveillance épidémiologique. Dans ce cadre, les cliniciens, d'une part, et les biologistes, d'autre part, qu'ils exercent dans le secteur public ou privé, ont l'obligation de renseigner et de transmettre des données individuelles concernant chaque cas d'infection qu'ils diagnostiquent.

Les procédures de déclaration et de remontées des données, jusqu'à récemment réalisées sur des supports papier, ont historiquement été source de délais considérables dans la production des données (11 mois et plus pour les données consolidées). La dématérialisation des procédures (e-DO), engagée à compter de 2015, a rencontré de nombreuses difficultés et n'a à ce jour pas permis de résoudre plusieurs défauts du dispositif. Le désengagement d'une partie des professionnels de santé s'est aggravé, conduisant à une dégradation de l'exhaustivité des

déclarations, qui n'atteint plus que 40 % pour les cliniciens et 68 % pour les biologistes. Une partie des déclarations effectuées sont en outre incomplètes.

Cette exhaustivité insuffisante fragilise les résultats et n'autorise pas une adaptation éclairée des politiques publiques à l'évolution de l'épidémie VIH. La perte de puissance statistique et les risques de biais ne permettent notamment pas de décrire les évolutions par catégories socio-épidémiologiques à l'échelon départemental ou le cas échéant infra-départemental, alors que ce niveau d'analyse serait nécessaire pour ajuster l'action publique au plus près des besoins des populations et en évaluer l'impact.

Le nombre de nouvelles découvertes de séropositivité n'est pas un indicateur suffisant pour piloter l'action publique et une actualisation plus rapide et plus fréquente des estimations d'incidence est nécessaire

Le nombre de découvertes de séropositivité est l'indicateur le plus utilisé de l'épidémie VIH, alors qu'il n'est pas à lui seul suffisant. Il comprend à la fois des nouvelles infections (cas incidents) et des infections plus anciennes ; de plus, le nombre total de dépistages réalisés pouvant varier selon les années, son évolution est complexe à interpréter. Le nombre de découvertes de séropositivité ne permet pas non plus d'estimer la prévalence de l'infection (nombre total de personnes infectées) par groupe de personnes exposées et par régions. Seules quelques enquêtes réalisées par des associations ou par Santé publique France ont permis d'estimer à plus de 14 % la prévalence chez les HSH parisiens.⁹

Plus complexe à produire, l'incidence des infections VIH est disponible avec retard et n'est pas régulièrement mise à jour au niveau régional et des publics cibles, alors qu'il s'agit de l'indicateur le plus précis de l'évolution de l'épidémie. En 2019, on dispose ainsi de données pour l'année 2016. En outre, d'autres indicateurs épidémiologiques pertinents devraient également être disponibles à l'échelon régional et infrarégional, notamment le nombre et le taux des infections non diagnostiquées par population et par département, ainsi qu'une cartographie par ville ou canton des assurés sociaux admis au dispositif des affections de longue durée pour le VIH (ALD 7). Il est donc nécessaire de créer les conditions d'une production de ces données, qui devrait être rapide, renouvelée sur une base annuelle, et détaillée sur les plans géographique et populationnel.

1.2. UN RENFORCEMENT AUX NIVEAUX NATIONAL ET RÉGIONAL DES ÉCHANGES ET DE LA COLLABORATION ENTRE LES DIFFÉRENTS PRODUCTEURS DE DONNÉES EST NÉCESSAIRE

Au niveau national, la production de données épidémiologiques concernant l'épidémie VIH est historiquement répartie entre Santé publique France et l'INSERM. L'efficacité de cette gestion bi-parties devrait imposer une mise à disposition et un partage des données complémentaires et donner lieu à une publication conjointe et/ou simultanée des analyses produites hors du contexte de la recherche, dans le cadre d'un état des lieux annuel.

De plus, au niveau régional, des données complémentaires, aussi bien en ce qui concerne la DO qu'en ce qui concerne le DOMEVIH, doivent être recueillies par les COREVIH, qui doivent veiller à leur exhaustivité dans le cadre de leurs missions essentielles et sous le contrôle des Agences régionales de Santé (ARS). D'autre part, l'analyse épidémiologique territorialisée devrait être portée par un pilotage conjoint ARS/CIRE/COREVIH. Comme au niveau national, cette analyse devrait être enrichie de données complémentaires, produites localement.

Enfin, le CNS souligne l'importance de mettre en place, en lien avec le Centre national de référence du VIH (CNR VIH), une surveillance épidémiologique moléculaire annuelle des virus de primo-infections et ainsi que celle de découvertes de séropositivité de façon à décrire l'épidémie par l'analyse de la circulation des différents types de VIH (et celle de virus résistants aux antirétroviraux). De telles études moléculaires peuvent permettre de détecter rapidement l'émergence de « clusters de virus »¹⁰ révélant des groupes de nouvelles infections. L'analyse de tels groupes de contamination peut conduire à des actions locales de dépistage, de prise en charge thérapeutique et de prévention.

⁹ Santé publique France, enquête Prevagay : Sommen C et al, Epidemiol Infect. 2018 May;146(7):913-919

¹⁰ Groupes de virus suffisamment proches au niveau génétique, attestant de liens entre les sujets contaminés.

2. ALLER PLUS LOIN DANS LA DIVERSIFICATION DU DÉPISTAGE ET DE SES ACTEURS EN PARTANT DES BESOINS DES PERSONNES

L'intérêt majeur de diagnostiquer le maximum de personnes infectées pour permettre leur traitement par les antirétroviraux a posé l'objectif de renforcer l'accès au dépistage, et ce en particulier de manière ciblée en direction des publics les plus exposés. De nouveaux outils de dépistage et des modalités d'offres plus diversifiées ont été progressivement développées pour mieux atteindre ces publics.

La persistance d'une proportion importante de personnes infectées qui ignorent leur infection montre cependant que l'offre actuelle peine à s'inscrire dans les modes de vie d'une partie des publics ciblés, et demeure insuffisamment attractive, peu accessible voire inadaptée aux besoins des personnes. La diversification du dispositif de dépistage doit par conséquent être poursuivie, d'autant plus que le dépistage s'est entre temps entre temps également affirmé comme un outil d'accès à des moyens de prévention innovants pour les personnes dépistées séronégatives.

2.1. LES OBJECTIFS ET LA PLACE DU DÉPISTAGE DANS LA RÉPONSE À L'ÉPIDÉMIE ONT ÉVOLUÉ

Le renforcement du dépistage du VIH a été priorisé depuis une dizaine d'années principalement dans l'objectif de permettre le diagnostic des personnes infectées à un stade précoce de leur infection, dans la logique d'une réponse à l'épidémie visant à mettre en œuvre une stratégie dite « *Test and Treat* », laquelle implique le traitement systématique de toute personne séropositive, quel que soit le stade de l'infection.

En effet, à compter de la seconde moitié des années 2000, l'intérêt d'initier un traitement antirétroviral le plus tôt possible chez les personnes séropositives a bien été démontré, à la fois pour un bénéfice thérapeutique direct pour la personne et pour un bénéfice collectif en évitant les transmissions secondaires, permettant ainsi d'infléchir l'épidémie. Cela a mis au premier plan l'enjeu du dépistage des personnes porteuses du VIH mais ignorant leur infection, compte tenu de leur rôle majeur dans la transmission du virus et donc dans la dynamique de l'épidémie.

Cette attention portée aux infections non diagnostiquées, et en particulier aux personnes qui parviennent au dépistage à un stade avancé de leur infection (30 % des diagnostics), a mis en évidence que l'offre de dépistage existante, échouait à atteindre une partie des personnes infectées. La nécessité de favoriser un accès plus facile de ces personnes au dépistage a conduit les pouvoirs publics à engager de premières étapes de diversification de l'offre, en particulier au travers du développement de l'usage des TROD, notamment dans le cadre d'une offre de dépistage communautaire « hors les murs », portée par des acteurs non médicaux et permettant d'aller au-devant de publics ciblés.

Au-delà d'un outil de diagnostic, le dépistage est devenu un outil de promotion de la santé sexuelle et d'accès à la prévention autant pour les personnes testées séronégatives que testées séropositives

L'arrivée de la PrEP, qui offre aux personnes dépistées séronégatives une nouvelle option pour se protéger du VIH, a modifié à nouveau l'articulation entre le dépistage et la prévention. Dans ce contexte, un ensemble convergent de réflexions s'est développé sur la diversité des freins au dépistage et aux moyens de prévention selon les publics, et sur l'intérêt de repenser l'accès à la prévention au travers d'une approche positive et intégrée de la santé sexuelle, plutôt que par les risques de pathologies. Ces évolutions marquent une étape supplémentaire dans la reconfiguration des enjeux du dépistage. Au-delà de l'objectif de diagnostiquer les personnes infectées, le dépistage apparaît désormais comme un outil de prévention et de promotion de la santé sexuelle, qui ouvre l'accès à une variété de moyens de prévention adaptés aux besoins de chacun, selon son statut sérologique, et devant prendre en compte ses pratiques, ses désirs et ses contraintes, ses capacités d'autonomie.

Au regard de ces transformations, la création des CeGIDD aux missions élargies à la promotion de la santé sexuelle, d'une part, et l'autorisation de la vente libre des autotests de dépistage du VIH ainsi que leur mise à disposition gratuite par certaines associations représentent des étapes importantes de rénovation de l'offre de dépistage.

Pour autant, l'appropriation d'une nouvelle culture positive du dépistage du VIH par l'ensemble des acteurs représente un processus long et encore largement inabouti, ne serait-ce que dans sa perception comme un outil de santé et non plus d'annonce d'une maladie stigmatisante voire mortelle. Le déploiement des différents dispositifs innovants demeure inégal et le passage à l'échelle reste insuffisant. Des stratégies prometteuses de renforcement de l'accès au dépistage telles que le développement d'une offre d'accompagnement à la notification des partenaires, restent en attente de mise en œuvre. L'adaptation globale de l'action publique aux nouveaux enjeux, en termes d'organisation de l'offre et de communication en direction de la population, demeure inachevée.

2.2. LA DIVERSIFICATION DES OFFRES DOIT ÊTRE RENFORCÉE POUR MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS ET AUX ATTENTES DES PERSONNES

La diversification peut et doit être poussée plus loin. Plusieurs pistes peuvent être envisagées pour faciliter l'accès et ajuster l'offre au plus près des besoins des individus, en proposant des modalités encore davantage différenciées et adaptées aux contraintes et aux attentes de chacun.

Adapter l'offre à des besoins très différenciés en matière d'accompagnement

Le spectre des besoins des personnes en matière d'accompagnement à la démarche de dépistage est extrêmement large selon les contextes et les situations individuelles. Il est nécessaire que les modalités de l'accompagnement proposé ne se limitent pas à suivre un protocole rigide, mais au contraire procèdent de ces besoins, s'y adaptent de manière souple et soient dirigées vers les populations clés exposées à l'infection. Les besoins ne sont pas les mêmes pour les jeunes, les HSH, nés en France ou à l'étranger, les femmes et les hommes originaires d'Afrique sub-saharienne. Les situations de précarité et d'isolement induisent un manque d'informations et majorent à l'évidence l'exposition au risque d'infection par le VIH. Les barrières de langue, les difficultés d'accès aux droits, à l'emploi et au logement sont autant de facteurs qui éloignent les personnes du soin et de la prévention.

Ainsi, accompagner vers un primo-dépistage ou le renouvellement d'un dépistage ancien des personnes très éloignées de cette démarche exige une approche d'aller-vers qui justifie de maintenir voire d'amplifier un accompagnement fort et adapté à chaque groupe de personnes exposées. Selon le niveau d'information de la personne en matière de risques sexuels, la perception qu'elle a ou non des risques d'exposition, les différentes barrières d'ordre social, culturel ou matériel qui freinent son accès aux structures proposant du dépistage, il est nécessaire d'offrir un accompagnement soutenu en terme de counseling, intégrant une approche de type médiation sociale en santé, visant à donner à la personne le temps et les moyens d'adhérer à la démarche et progressivement de gagner en autonomie.

Inversement, l'accompagnement doit aussi être adapté à des publics très autonomes tels que les HSH qui s'inscrivent dans une démarche de réitération fréquente du dépistage, comme outil de prévention. Pour ces profils, l'approche traditionnelle de dépistage prévoyant un counseling pré- et/ou post test est non seulement inutile, mais contreproductive, alors qu'il faut faciliter la possibilité de réaliser des dépistages régulièrement, de manière pratique et rapide, en termes d'accès aux tests, comme de réception des résultats.

Démédicaliser l'offre dans tous les contextes où la compétence médicale n'est pas spécifiquement requise

Hormis dans le cadre de l'offre communautaire de TROD, lesquels peuvent être réalisés par des personnes formées qui ne sont ni médecins, ni professionnels de santé, l'offre de dépistage demeure, notamment pour des raisons légales et réglementaires, excessivement médicalisée, en ce qui concerne la prescription des tests comme le rendu des résultats.

Si le recours aux compétences d'un médecin de ville doit être possible à tous les stades, et apparaît souhaitable quand cela répond à un besoin de la personne, cela ne devrait plus être une condition quand les circonstances ne l'exigent pas. En particulier pour les personnes les plus autonomes, recourant fréquemment au dépistage, l'accès à une sérologie gratuite, sans prescription préalable par un médecin, représenterait un allègement du processus, tant pour l'usager que pour le système de soins.

Les conditions de rendu des résultats gagneraient de même à être assouplies. Le rendu des résultats négatifs en routine pourrait être davantage délégué à des personnels non médecins, formés aux questions de prévention et notamment en mesure d'orienter le cas échéant vers la PrEP. Des moyens dématérialisés de rendu des résultats négatifs par téléphone, SMS ou via des applications de téléconsultation doivent également pouvoir être mis en place.

Élargir les acteurs généralistes susceptibles de concourir à l'accès au dépistage

Les structures spécialisées d'offres de prévention et de dépistage telles que les CeGIDD ou les associations opératrices d'actions de prévention et de dépistage communautaire ont fait la preuve de leur intérêt, en particulier pour atteindre des publics particulièrement exposés tel que les HSH, ou encore les communautés de personnes originaires d'Afrique sub-saharienne ou de la région caribéenne. Les discriminations, la stigmatisation et les situations de précarité sociale et administrative sont des éléments qui éloignent les populations fragilisées du soin et de la prévention. Les associations qui vont vers elles représentent une offre importante. Toutes ces offres présentent cependant des limites.

D'une part, même si leur développement doit être poursuivi, notamment pour répondre à l'ampleur de la demande dans les grands centres urbains, leur implantation demeure inégale sur le territoire. Il apparaît difficile d'envisager en zones peu denses un maillage assurant partout la même proximité pour l'utilisateur.

D'autre part, en raison même de leur caractère spécialisé, ces offres ne sont pas à même de toucher une partie des personnes formant leurs publics cibles, soit que certaines ne s'estiment pas du tout concernées par les risques sexuels, soit que d'autres, bien que se sentant concernées, préfèrent se tenir éloignées des structures trop identifiées par crainte des risques de stigmatisation que leur fréquentation pourrait entraîner si elle venait à être connue de leur environnement social ou communautaire.

Pour ces raisons, il est nécessaire, en parallèle des offres spécialisées et communautaires, d'associer désormais le rôle des acteurs généralistes dans l'accès au dépistage. Les laboratoires de biologie médicale constituent un réseau existant à mobiliser davantage, et sont favorables à participer à de telles actions de santé publique. D'autres acteurs de santé de proximité pourraient concourir au dépistage par TROD, tels que des centres de santé, des médecins généralistes, des sages-femmes, ou encore, formant un réseau dense et très facilement accessibles, les pharmaciens. Ces différentes innovations, dont certaines font l'objet de réflexions avancées au sein des organisations professionnelles concernées, nécessiteront à des degrés divers des adaptations du cadre légal et/ou réglementaire.

Enfin, de nombreux acteurs généralistes des secteurs social, médico-social et associatif, qui n'ont pas vocation à développer eux-mêmes une activité de prévention ni de dépistage par TROD, mais sont au contact d'une large variété de publics, doivent être sensibilisés à ces enjeux et insérés dans les réseaux spécialisés en tant que relais pour une orientation vers les structures de prévention et de dépistage.

Mettre en place une offre d'accompagnement à la notification des partenaires

La notification aux partenaires désigne la démarche, pour une personne qui vient d'être diagnostiquée pour une infection par le VIH ou une autre IST, visant à informer son ou ses partenaires actuels ou passés du fait qu'ils ont été exposés à un risque de transmission, pour les inciter à se faire dépister. Favoriser l'information des partenaires renforce ainsi de manière ultra-ciblée l'accès au dépistage.

En France, à la différence de certains autres pays, aucun accompagnement formalisé à cette démarche n'est proposé, alors qu'il s'agit pour la personne d'une décision souvent angoissante et qui peut être complexe à mettre en œuvre. Dans un *Avis* récent,¹¹ le CNS a par conséquent préconisé de mettre en place la possibilité, pour toutes les personnes récemment diagnostiquées pour le VIH ou une autre IST, de bénéficier d'un soutien individualisé à la démarche d'information de leurs partenaires, afin de la rendre plus simple et plus efficace. Ce service, qui doit s'inscrire dans l'accompagnement global de la personne, reste à construire, qu'il s'agisse de la formation des professionnels de santé ou des intervenants associatifs qui l'assureront, de l'adaptation de certaines dispositions légales et réglementaires, ou encore de la mise à disposition des personnes d'outils adaptés, notamment numériques, facilitant la réalisation des notifications.

¹¹ CNS, *Avis suivi de recommandations sur la notification formalisée aux partenaires*, adopté le 15 février 2018

3. FACILITER L'ACCÈS AUX DIFFÉRENTS OUTILS DE DÉPISTAGE

Les outils de dépistage sont diversifiés, mais différentes pistes pour simplifier, faciliter et démultiplier les modalités d'accès aux dispositifs correspondants peuvent et doivent être davantage développées.

Simplifier et accélérer l'accès aux sérologies classiques

Le réseau des laboratoires de biologie de ville représente une offre de proximité pour la réalisation des sérologies très dense dont l'accès doit être facilité.

Le CNS note avec beaucoup d'intérêt l'expérience « Labo sans ordo », donnant l'accès aux tests VIH sans frais, sans ordonnance et sans rendez-vous dans les laboratoires de biologie médicale, qui a été engagée depuis le 1^{er} juillet 2019 à Paris et dans les Alpes-Maritimes, dans le cadre des initiatives de type « villes ou territoires sans sida ». Ces dispositifs reposent sur une convention passée avec l'Assurance maladie dans les territoires concernés, qui permet à tous les assurés sociaux, ainsi qu'aux titulaires de l'AME, de bénéficier d'une prise en charge à 100 % du test sans avance de frais. Cette possibilité nouvelle facilite considérablement l'accès au dépistage pour les usagers, en leur épargnant l'étape d'une consultation chez un médecin uniquement pour obtenir la prescription jusque-là nécessaire pour obtenir un remboursement. Cet accès rapide et souple apparaît notamment intéressant pour des personnes ayant vocation à réitérer fréquemment leur dépistage et déjà largement autonomes dans leur pratique de surveillance de leur statut sérologique. Il offre à ce profil d'usagers une alternative au recours au dépistage gratuit en CeGIDD, et peut contribuer à désengorger ces structures dans les zones où celles-ci sont saturées. S'il est trop tôt pour disposer d'éléments d'évaluation de ces expérimentations, il conviendra, si celles-ci sont concluantes, d'envisager sans délai la généralisation du dispositif.

Le développement de la téléconsultation constitue une autre piste pouvant offrir une alternative pour faciliter l'accès à une sérologie VIH ou au dépistage plus large des IST. Avec une application smartphone de téléconsultation, les personnes pourraient avoir accès à un échange vidéo sécurisé avec une plateforme médicale et des médecins formés. Ce type de dispositif existe déjà à l'étranger. Il représente une option supplémentaire d'accès au dépistage, susceptible d'intéresser notamment les personnes qui ont recours fréquemment au dépistage, ou les personnes résidant en territoire médicalement sous-dense. Le dispositif pourrait également être utilisé pour le suivi PrEP, ou encore permettre de proposer un accompagnement à la démarche de notification aux partenaires. Si le cadre de fonctionnement reste à aménager sur le plan légal et réglementaire en France, la mise en œuvre de ce dispositif dématérialisé, qui a déjà montré son intérêt dans d'autres champs de la santé, apparaît répondre à des besoins, en particulier parmi les plus jeunes pour lesquels une demande à leur médecin généraliste peut être difficile et constituer un frein.

Élargir l'offre de TROD à de nouveaux acteurs

L'offre de TROD demeure faible en volume et doit être enrichie.

L'offre associative existante doit continuer d'être soutenue et développée, notamment en intégrant une plus grande diversité d'opérateurs. Les associations agréées pour la réalisation de TROD sont encore peu nombreuses. Elles ont démontré leur potentiel de développement de l'accès au dépistage et participent de plus au renforcement du counseling et aux orientations vers la PrEP. Elles peuvent aussi informer et faciliter l'accès au TPE, lequel devrait, être beaucoup plus accessible pour des groupes exposés. Une réflexion sur la possibilité pour ces structures de proposer et initier le TPE devrait être engagée.

Au-delà de l'offre associative, il serait pertinent de prendre les dispositions réglementaires et de mettre en place les cadres de prise en charge financière nécessaires au développement d'une offre de dépistage gratuite par TROD dans les pharmacies (sous réserve qu'elles disposent d'un espace de confidentialité), ainsi que par les médecins généralistes, quand ils estiment opportun de proposer un dépistage au cours d'une consultation.

Renforcer la diffusion des autotests et lever les obstacles financiers

Les autotests de dépistage du VIH sont disponibles à la vente libre en pharmacie, mais ces outils ont été jusqu'ici insuffisamment promus auprès du public et sont donc encore trop peu connus. En outre, la réglementation n'autorise pas le pharmacien à disposer les autotests en libre accès, impliquant que le client en fasse la demande au comptoir, ce qui peut constituer un frein. Enfin, le prix de vente, bien qu'il ait sensiblement baissé (de plus de 25 € à environ 10 €) constitue un réel obstacle au dépistage.

Les structures associatives habilitées à réaliser des TROD peuvent par ailleurs bénéficier d'une dotation en autotests, financée par la CNAMTS, pour les distribuer gratuitement dans le cadre de leurs actions de prévention et de dépistage communautaire.

Afin d'élargir l'accès à l'autotest, il apparaît nécessaire, d'une part, de renforcer l'information du public sur l'existence et l'intérêt de l'autotest, ainsi que d'autoriser sa présentation en libre accès dans les officines. La question de son admission au remboursement doit être envisagée.

D'autre part, le dispositif de dotation des associations en autotests mériterait d'être étendu au-delà des seules associations habilitées à la réalisation de TROD. En effet, certaines associations, sans pour autant être opératrices de TROD, déploient des actions de prévention communautaires dans lesquelles la mise à disposition d'autotests gratuits aurait toute sa place, compte tenu des publics auxquels elles s'adressent.

Mettre en place une offre dématérialisée de dépistage du VIH et des autres IST

Des expérimentations d'offre en ligne de prévention et de dépistage par auto-prélèvement ont été conduites en France au cours des dernières années. Elles ont concerné d'une part le dépistage de l'infection à Chlamydia¹², d'autre part les dépistages combinés du VIH et des hépatites virales B et C¹³. En dépit de résultats favorables, démontrant clairement que ce type d'offre dématérialisée répondait à des besoins réels (confidentialité, éloignement géographique, entrée par la culture numérique de certains publics, notamment jeunes), aucune offre en ligne d'auto-prélèvement n'a pour l'instant été mise en place, à la différence de ce qui existe dans d'autres pays.

Une nouvelle expérimentation, à destination des HSH, évalue actuellement un programme d'incitation au dépistage trimestriel à réaliser soit auprès des structures conventionnelles, soit au moyen d'un kit d'auto-prélèvement pour le dépistage du VIH, de la syphilis, des hépatites virales B et C et des infections à Chlamydia et à gonocoque.¹⁴

Au regard du retard pris, il est souhaitable que les pouvoirs publics engagent beaucoup plus rapidement la mise en œuvre de ces dispositifs innovants dès lors que les phases expérimentales en ont démontré l'intérêt.

4. TERRITORIALISER LES POLITIQUES DE DÉPISTAGE

La définition et le pilotage des déclinaisons locales des stratégies nationales de santé publique relèvent des ARS dans le cadre de leurs Plans régionaux de Santé (PRS). Diversifier l'offre de dépistage pour répondre aux besoins des personnes les plus exposées implique de concevoir et de piloter l'action au plus près des réalités de terrain, et pour cela de réaliser préalablement une cartographie fine des besoins et des moyens à l'échelon des différents territoires infrarégionaux.

Au regard des PRS en cours, comme des retours d'expérience des acteurs régionaux et locaux impliqués, les ARS apparaissent rarement en capacité d'assurer un tel pilotage territorialisé de leurs actions, à la fois en raison d'une mobilisation inégale et souvent faible autour des objectifs de dépistage, et faute de s'appuyer suffisamment sur le réseau des acteurs des acteurs régionaux et locaux impliqués.

Les « villes ou territoires sans sida », une approche innovante pour penser et agir au plus près des besoins des populations

Les approches nouvelles expérimentées dans le cadre des initiatives de type « ville ou territoire sans sida », engagées tant à l'étranger (San Francisco, Londres, Berlin...) que par certaines collectivités territoriales (Paris, Montpellier, Alpes-Maritimes...), apparaissent prometteuses en matière de territorialisation de la programmation et du pilotage des politiques de lutte contre le VIH et les IST. Des résultats remarquables ont été obtenus notamment à San Francisco ou à Londres en matière de réduction de l'incidence du VIH chez les HSH. S'il est trop tôt pour évaluer pleinement l'impact des initiatives menées en France, de premiers résultats encourageants semblent valider la pertinence et l'efficacité de ces méthodologies d'action innovantes.

¹² Etude Chlamyweb, Santé publique France

¹³ BaroTest 2016, Santé publique France

¹⁴ Etude MémoDépistage, Santé publique France, ANRS

Au-delà de la diversité de ces différentes initiatives, celles-ci ont en commun de viser à réunir et mobiliser l'ensemble des parties prenantes d'un territoire, incluant non seulement les acteurs sanitaires et associatifs spécialisés, mais plus largement les acteurs du champ social et médico-social concernés, les réseaux de professionnels de santé et les élus des collectivités locales. La démarche consiste à établir une analyse locale de la situation épidémiologique et de son contexte, à évaluer les besoins couverts et non couverts des populations concernées en matière d'offre de prévention, de dépistage, de soins et d'accompagnement, pour, enfin, définir autour d'objectifs partagés un programme d'actions ciblées et priorisées en fonction des difficultés relevées dans le territoire.

Les pouvoirs publics, et en particulier les ARS, doivent non seulement favoriser et soutenir pleinement ce type d'initiatives locales là où elles se mettent en place, mais plus généralement gagneraient à s'inspirer de la démarche pour assurer un ciblage et une animation territoriale plus efficace des politiques régionales de prévention du VIH et des IST. Les ARS peuvent pour cela s'appuyer en particulier sur les COREVIH, en leur donnant délégation pour assurer une coordination large des acteurs régionaux.

INDEX DES SIGLES ET ACRONYMES

ARS : Agence régionale de Santé

CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles

Cire : Cellule d'intervention en région

CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

CNR VIH : Centre national de référence du VIH

COREVIH : Coordination régionale de la lutte contre le VIH

DO : Déclaration obligatoire

DROM : Départements et régions d'Outre-mer

HSH : Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes

PrEP : Prophylaxie pré-exposition

PRS : Plan régional de Santé

SNDS : Système national des données de santé

TasP : Treatment as Prevention

TPE : Traitement post-exposition

TROD : Test rapide d'orientation diagnostique

Le Conseil national du sida et des hépatites virales remercie vivement les personnes entendues lors de ses auditions et travaux.

CONTACT

Julien BRESSY - Chargé de communication

T. +33(0)1 40 56 68 52 | M. +33(0)6 35 26 85 71

julien.bressy@sante.gouv.fr

Le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) est une commission consultative indépendante composée de 26 membres, qui émet des Avis et des recommandations sur les questions posées à la société par ces épidémies. Il est consulté sur les programmes et plans de santé établis par les pouvoirs publics.

Ses travaux sont adressés aux pouvoirs publics et à l'ensemble des acteurs concernés. Le Conseil participe à la réflexion sur les politiques publiques et œuvre au respect des principes éthiques fondamentaux et des droits des personnes.

Pour plus d'informations, rendez-vous sur cns.sante.fr