

## Dépistage du VIH « hors les murs » à l'aide de tests rapides Journée de travail

### TRANSCRIPTION DE LA TABLE RONDE FINALE

#### **Introduction par Vincent Douris, chargé de Mission Sciences Sociales, Sidaction :**

La parole est donnée aux chercheurs qui vont pouvoir s'exprimer sur les projets présentés. La discussion est organisée autour non seulement des questions relatives à la précision des tests rapides mais aussi aux stratégies qui peuvent être développées à l'aide de ces outils. A savoir : peut-on toucher des gens qui n'ont pas recours au test, peut-on toucher des gens plus tôt via des programmes « hors les murs », en *outreach* ? Il s'agit de poser les questions de la prévention secondaire mais aussi celles de la prévention primaire : quelles sont les modifications de comportement au regard des prises de risque que l'on peut attendre de programmes de dépistage de cette nature ? Une autre question qui nous semble importante est celle de l'articulation avec le soin. Il s'agit de définir collectivement des bonnes pratiques : qui peut intervenir, à quel moment, quelles sont les fonctions requises ou les formations nécessaires. Enfin, la question de l'évaluation nous semble importante, c'est aussi la raison pour laquelle nous avons invité différents chercheurs. Comment évaluer ces programmes, comment mettre en place des programmes de recherche parallèles sur les comportements, les populations qui ont recours au test ? Enfin, et la question a été posée de manière vive, quelles sont les dérogations nécessaires à la mise en place de projets pilotes ?, que peut-on entendre par projets pilotes ?

La parole est aux intervenants.

#### **Jean-Yves Le Talec, DMV, Sociologue, CERTOP-SAGESSE UMR 5044, Université de Toulouse II-Le Mirail**

Je voudrais faire quelques remarques. Certains collègues sociologues de l'innovation auraient été ravis d'écouter nos débats. On voit bien que l'innovation et la technologie rendent possible l'évolution des organisations et des pratiques. On assiste bien là à quelque chose qui est de l'ordre de la réappropriation d'un dispositif par le terrain, par les personnes concernées, alors que les institutions les plus régaliennes résistent tant qu'elles peuvent. On en a ici un schéma merveilleux. Et la question ne porte pas seulement sur les tests rapides. Elle pourra porter sur les microbicides, sur d'autres innovations technologiques qui vont remettre en question des organisations et des pratiques. Cela rend possible aussi une réflexion sur l'évolution du lien social qui s'instaure dans le processus de dépistage. Au-delà de l'acte technique de dépister, il y a un lien social qui s'instaure autour du VIH, du rapport au monde médical, du rapport à la technique et aux experts. On voit bien que ce lien social est en bouleversement, que la technologie ouvre la possibilité d'une évolution. On est là sur des projets pilotes et sur une population cible d'hommes gays et d'hommes ayant une sexualité avec d'autres hommes, qui est une population assez particulière mais qui peut nous rendre service en tant que chercheurs. C'est une population qui est déjà très scrutée, connue sous bien des aspects. C'est une population qui vit depuis une vingtaine d'années dans une médicalisation intense de la sexualité et qui est soumise à une norme de santé publique forte. Elle y résiste, elle la gère comme elle peut. C'est une population qui peut nous rendre service pour avancer vers d'autres populations.

On a peu parlé des hommes gays qui ont recours au test, et il y en a beaucoup. Dans les études qualitatives, ces hommes-là ont peu de critiques à l'égard du système classique. Ils en rendent les avantages tout à fait implicites, mais les avantages sont là, en particulier l'anonymat, la discrétion, la disponibilité et la gratuité. Ces hommes font soit des tests réguliers, soit des tests que l'on peut appeler contextuels, à l'occasion d'un risque, d'une rencontre, soit, et on les voit émerger depuis quelques années, des tests que j'appellerais « intuitifs » quand ils savent au fond qu'ils sont porteurs du VIH mais qui ne l'ont jamais vérifié. Un jour ils se décident mais en connaissant implicitement le résultat à l'avance. Pour ces hommes, un dispositif de dépistage « hors les murs » présente des avantages, ne serait-ce qu'en terme de délais, de disponibilité : on accroît l'offre, en terme d'horaires et de lieux, et on offre un service supplémentaire. Pour ceux qui n'ont pas recours au test, on les scrute, mais on a du mal à les cerner, à les définir. Il y a beaucoup de contextes très différents. Il y a ceux qui ne font pas de tests parce qu'ils ne sont pas exposés au risque, ou du moins c'est ce qu'ils disent, soit parce qu'ils n'ont pas de sexualité, soit parce qu'ils ont une sexualité en couple fermé.

Donc ils n'ont pas de raisons de faire de test. Il y a des raisons qui relèvent du refus (ceux qui ne veulent pas savoir) ou du déni (ceux qui déniaient prendre des risques, alors qu'ils en prennent éventuellement). Je pense qu'on trouve là quelque chose dont Michaël Pollack avait parlé il y a dix ans, qui est le compromis acceptable entre le risque de santé et le risque de solitude. Evidemment l'incertitude du statut sérologique permet de maintenir ce compromis. Si on sait, le compromis ne tient plus. Beaucoup d'hommes évitent de faire des tests pour maintenir ce compromis, semble-t-il. Il y a par ailleurs la banalisation du VIH, etc. je passe. On a beaucoup parlé d'offre alternative. Celle-ci, je pense, doit maintenir les avantages implicites du système classique. Ce qui est le cas, finalement, des projets proposés : maintenir la discrétion ou l'anonymat, maintenir la disponibilité et l'accessibilité et maintenir la gratuité. Au-delà, on en attend des avantages, qui ont été démontrés par les projets de nos collègues européens, en terme de localisation, en terme de délai, en terme de service.

Tout cela ouvre sur une exploration possible un peu différente de ce que l'on peut faire dans le système classique, une exploration différente de la construction du risque, au niveau individuel, au niveau de l'entretien. Il faut essayer de comprendre ce qu'est cette notion de risque, comment elle est vécue, et quelle est sa construction sociale. Arriver à une ouverture sur la réduction des risques sexuels dans un colloque individuel, dans un entretien individuel la plupart du temps, bien que l'un des projets propose une approche de groupe, ce qui semble tout à fait possible. Je pense qu'aujourd'hui on en est à un stade où il faut réajuster les recommandations de réduction des risques, parce qu'on sait par toutes nos enquêtes qu'elles sont pratiquées sur le terrain, d'une manière autonome. On se rend compte par exemple que la démarche de sécurité négociée, quand on l'explore dans les enquêtes, n'est pas toujours correctement gérée alors que c'est une recommandation qui date d'il y a plus de dix ans.

Enfin, les projets pilotes présentés aujourd'hui ont tous l'avantage d'ouvrir des champs de recherche. Je crois que cela est très important, à la fois pour leur solidité, à la fois pour le bénéfice commun, voire le bénéfice social d'ouverture à d'autres possibilités, bien évidemment. La recherche n'est pas de l'évaluation, et je pense qu'il faut bien distinguer les deux. Tous ces projets seront évalués, avec si possible les meilleures garanties d'évaluation. Le champ de recherche, c'est autre chose. Il s'agit de poser des hypothèses et de voir dans quelle mesure on peut les vérifier ou pas. Voilà, c'étaient les quelques réflexions que je voulais faire, très rapidement, sur nos discussions.

### **Bruno Spire, président de Aides et chercheur à l'INSERM**

Je me réjouis de la discussion, qui montre la fin des dogmes et un recul de l'« opinionnisme ». On se dit que l'on peut faire de l'innovation sur des choses qui étaient relativement figées et le dépistage avait peu bougé depuis des années. C'est la première chose. La deuxième chose c'est que toutes les propositions de projets sont basées sur des besoins constatés, qui remontent du terrain, ce ne sont pas des choses théoriques qui viennent d'en haut. Je vois deux besoins principaux : cibler des populations qui ne se font jamais dépister ou qui se font très peu dépister et qui ont peur d'être dépistées dans le cadre du dépistage habituel, et on voit un autre besoin émerger au sein notamment de la population gay qui est le besoin de dépistage répété, fréquent, par rapport au risque qui est présent dans une communauté, et aux prises de risque qui sont malgré tout présentes. Donc il faut des expérimentations, on a dit qu'il y a des perspectives de recherche, je crois même qu'il y a des boulevards et des avenues pour les chercheurs là-dessus, cela semble clair. Ce qu'il faudrait, c'est se poser les questions de plus-value de ces dispositifs de dépistage à l'aide de tests rapides. La première plus-value, et on a tous formulé cette hypothèse, c'est que, du dépistage rapide fait par des associations peut mieux cibler que les dispositifs existants. Mieux cibler qui ? Les personnes qui sont plus souvent exposées au risque, et du coup, permettre aux personnes de connaître plus rapidement leur statut sérologique. Idéalement, il faudrait connaître son statut sérologique quasiment en temps réel, mais cela n'est pas possible. Mais il faut tendre vers la connaissance de son statut sérologique, de manière à ce que, ensuite, on puisse diminuer la transmission, parce que l'on sait que quand on connaît son statut sérologique on modifie, globalement, à l'échelle de la population, son comportement, et du coup on brise les chaînes de transmission. Il faudra arriver, dans des expérimentations, à comparer. Ce qu'il faudrait absolument faire c'est de la comparaison entre du dépistage classique, entendu en terme de dispositif, et le dépistage « hors les murs, en comparant notamment les profils des gens. Et ce qui serait vraiment très important c'est de prendre en compte le temps entre la dernière exposition au risque et le recours au dépistage. Parce qu'on pourrait aussi essayer de comparer les incidences et d'autres données « dures », mais il faudrait une puissance statistique très importante et je doute qu'on pourra l'atteindre. Un autre critère d'évaluation important et le degré de satisfaction des personnes: est-ce que les personnes vont avoir envie de revenir faire le dépistage ? Parce que actuellement on entend bien les difficultés, on entend des personnes qui sont exposées au risque à qui on refuse un dépistage parce qu'elles ont été vues récemment. On voit

aussi des personnes se faire faire la morale. Des personnes qui ont eu ces expériences pourraient préférer le dépistage effectué par un groupe qui travaille auprès de la communauté. Pour d'autres personnes, par contre, l'impact de ne pas avoir quelqu'un en blouse blanche, d'institutionnel, peut au contraire les stresser aussi. Tout ça mérite d'être évalué aussi, il ne faut pas partir avec des a priori. On peut penser qu'il y aura des populations différentes qui, en fonction des caractéristiques, vont préférer un dépistage classique où on attend une semaine, ou des dispositifs de dépistage plus simplifiés. C'est le genre de questions que les chercheurs pourront peut-être résoudre. Et puis ce qui est très intéressant dans le dépistage par test rapide est que celui-ci va pouvoir introduire l'arrivée des non-soignants dans le système qui se situe entre la prévention et les soins. Si on arrivera à mettre en place des dispositifs de dépistage en milieu associatif, où le test est fait par quelqu'un qui n'est pas un professionnel de santé au sens classique, même s'il a une formation sur la technique et le counselling, ça va être une petite révolution. Et cela va être intéressant de voir comment on va s'emparer de cela, et comment cela va être perçu dans le monde médical, dans le monde des soignants, où l'on sent malgré tout une certaine résistance par rapport à cela. On a l'air de dire que ce n'est pas un problème quand cela se passe en Afrique, car il y a un manque de ressources, mais chez nous, quand même, on a suffisamment de soignants, de gens diplômés, on ne va quand même pas mettre n'importe qui, c'est cela qu'on entend. Et peut-être que le « n'importe qui » il va être aussi compétent, voir plus compétent que le personnel de santé parce qu'il va parler à « sa » communauté. Et, là je m'adresse aux associations, il faut veiller à ne pas reproduire forcément le schéma institutionnel, c'est-à-dire que dans la posture qu'on doit avoir dans l'accueil des personnes, dans le counselling, il faut se dire que nous aussi on prend des risques, nous aussi on est exposé au risque, et c'est là qu'il peut y avoir une plus-value dans les dispositifs de dépistage communautaire.

#### **Stéphane Le Vu, Epidémiologiste, Institut de Veille Sanitaire**

Je voulais mettre en parallèle quelques uns des constats qui ont été faits par les expériences étrangères qui ont été présentées ce matin et les projets pilotes présentés cette après-midi. Ce qui me paraît particulièrement intéressant dans ce qui a été présenté ce matin, est le constat de Checkpoint Amsterdam qui dit qu'il va arrêter son programme, que celui-ci va être transféré, et cela est un peu une fin ultime d'un projet d'être repris au niveau de la société. Et je pense qu'on peut se poser la question de quels sont vraiment des pilotes qui soient applicables après à ce qui existe déjà dans notre cadre. Est-ce qu'on peut montrer que le test rapide peut être utilisé ailleurs que dans ces projets pilotes ? C'est une des fins qu'on peut avoir pour ces projets.

Le deuxième constat c'est qu'en Angleterre, le résultat de l'évaluation disait que finalement ces actions de dépistage « Fast test » ne démontreraient pas forcément une capacité à dépister plus tôt les gens, mais que le gain qui était reconnu était d'élargir l'offre, et sur cela il n'y a pas beaucoup d'opposition, ce constat est indiscutable.

Après sur les projets eux-mêmes, il y a certaines différences entre l'objectif et le niveau d'expérimentation de chaque projet, selon qu'ils soient plus ou moins communautaires, plus ou moins médicalisés, selon le type de public visé. Je pense qu'il faudrait peut-être se placer au niveau du type de publics rencontrés. A la question « peut-on toucher des non-dépistés », avec le même outil, à savoir le test rapide, selon la population on aura des résultats très différents.

Ce qui est présenté dans le contexte français me semble être dans la mouvance du test de routine aux Etats-Unis. Il y a un deuxième temps du débat aux Etats-Unis : il se trouve que le test de routine dans le milieu des soins est recommandé mais pas toujours pratiqué, cela dépend des financements, et il n'y pas de fonds particuliers dédiés à ça. Et donc, au-delà du constat qu'il faut élargir l'offre, le ciblage reste d'actualité. Et les associations ont une capacité d'aller vers les populations qui ne sont pas dépistées. Et cela très intéressant.

#### **Caroline Semaille, Responsable de l'Unité VIH/sida-IST-VHC, Département des maladies infectieuses, Institut de Veille Sanitaire**

Je représente un peu les institutions, et j'aimerais qu'il n'y ait pas de malentendu. Je voudrais donc rebondir sur ce qui a été dit par Jean-Yves Le Talec au début de sa présentation. Vous avez dit que les institutions résistent au test rapide. Je crois que les institutionnels sont tous convaincus qu'il y a de la place pour les tests rapides en France aujourd'hui. Il n'y a pas de résistances. Là où il y a, pas de réticences, mais des garanties que les institutionnels voudraient avoir c'est sur le mode d'utilisation, professionnel versus non-professionnel, etc. Nous sommes tous très contents qu'il y ait des projets pilotes, mais on veut des garanties. Si je reprends le projet de Aides qui propose l'auto-prélèvement, et qui parle aussi de faire le test rapide de la syphilis, je pense que, sans vouloir rentrer dans des détails techniques, c'est très compliqué de rendre un résultat de test de syphilis. Donc attention : c'est vrai qu'on aimerait bien faire VIH et autres IST, mais ce n'est pas tout à fait la même chose. Un

résultat de syphilis c'est déjà difficile à interpréter pour un professionnel, un biologiste ou un clinicien, alors pour un non professionnel je suis un peu plus... Voilà, c'est le rôle aussi des institutionnels de dire : allez-y, mais prenez certaines garanties. Si on pouvait, moi je montrais bien un projet avec l'INVS, mais on a des moyens budgétaires et des ressources humaines limitées. Donc on ne pourra pas le faire, mais tant mieux si d'autres le feront, avec un certain nombre de garanties

### **Jean-Yves Le Talec**

J'entends quand même un certain nombre de résistances de la part des institutionnels. Maintenant, on peut aussi s'entendre sur les mots, mais le fait est qu'il y a 5 ans qui se sont évaporés quelque part. Nous sommes d'accord. Entre une révision des recommandations, et une commande effective, il y a eu 5 années pendant lesquelles il ne s'est rien passé

### **Caroline Semaille**

On dépiste en France, on ne fait pas rien...

### **Jean-Yves Le Talec**

Je parle en termes de sociologie des organisations. On voit bien qu'il y a quelque chose qui se passe.

### **France Lert, Directeur de recherche à l'INSERM, directeur de l'unité INSERM U687, Santé Publique et Epidémiologie des Déterminants Professionnels et Sociaux de la Santé**

Je pense que les tests sont bons et que la réglementation va évoluer très rapidement, le plus tôt le mieux. La recherche dans le sida est faite pour améliorer la situation : elle n'est pas faite pour chercher, elle est faite pour changer dans le mieux. Or, chez les gays on a une épidémie gravissime, les taux de prévalence sont énormes (10%, 15%, 20%), et donc notre problème est de savoir, quand on a un nouveau outil, qu'est-ce qu'on peut faire pour améliorer les choses. Je crois que c'est cela qu'il faut avoir en tête. Qu'est-ce qu'on a pour faire mieux ? On n'a pas tant d'outils que ça dans la prévention du VIH, surtout après toutes ces années où les gens sont lassés de voir leur sexualité gênée par les préservatifs, le rappel permanent du risque : on a le test, le préservatif, la PEP et on a bien sûr les traitements qui, quand ils marchent, ils réduisent le risque. Or, le préservatif, on voit bien que les hommes s'en sont lassés. On a ce nouvel outil, dans un contexte qu'il faut rappeler : dans les données Presse Gay, on voit bien qu'on est dans une culture très forte du dépistage. Chez les hommes enquêtés dans l'enquête Presse Gay, 76%, si je me souviens bien, dit avoir fait un test dans les 2 dernières années. On observe donc un énorme recours au dépistage, et les hommes sont très habitués à cela, ils vont chez leur médecin, ils vont en CDAG, beaucoup vont au labo en direct, parce qu'ils en sont à leur énième test et donc, dans la question de l'annonce, ils sont équipés intellectuellement pour faire face au résultat et de le demander. L'objectif de ce nouvel outil est de savoir s'il peut capter de nouvelles populations en élargissant l'offre, dans un sens plus adapté aux besoins de certaines catégories de personnes qui sont rétives à faire des tests, pour tout un tas de raisons qu'on connaît mal malheureusement. Et l'autre objectif est de savoir s'il peut changer la prévention. Et je pense que les projets qui nous ont été présentés ne sont pas assez audacieux. On fait la même chose qu'ailleurs, mais pas avec les mêmes gens, pas aux mêmes heures, etc. Mais il faut qu'on ait le courage de se dire : comment on pense qu'il soit utile que les gens utilisent le test ? Tous les mois, tous les 2 mois, tous les 6 mois, à chaque prise de risque ? Comment faire revenir les gens ? Comment intégrer ce qui se passe autour de la primo-infection ? Je pense que dans les projets tels qu'ils sont envisagés il faut aller beaucoup plus loin dans l'analyse de ce que l'on veut faire avec ce nouvel outil dans ce cadre communautaire. Même si je trouve qu'il serait logique qu'on fasse aussi du test rapide en CDAG, car il améliore le confort des gens et ça crée de la proximité. Car la rapidité c'est de la proximité : on est là, on s'est mis en confiance, on a dévoilé des parts de son intimité. Ce qui est évoqué ici est que le test rapide soit fait dans ce cadre communautaire en améliorant l'accessibilité. Et il faudrait évoquer aussi des centres gays, des centres pour des hommes ayant des relations avec les hommes, qui ne sont pas des CDAG, c'est des centres communautaires orientés vers une population spécifique parce qu'il y a des risques énormes, des besoins spécifiques et des professionnels qui ne sont pas toujours capables dans les CDAG ordinaires d'analyser avec une personne, comment elle peut faire pour gérer son risque dans des conditions meilleures. Je pense qu'il faut aussi accepter la diversité des personnalités, avec des personnes impulsives qui décident de faire le test « ici et maintenant ».

Pour ce qui concerne la personne qui va faire le test, on parle de l'apprentissage des actes, mais je pense que vis-à-vis de l'usager, il est important de dire qui ont est. Etant donné l'importance de l'acte, vu que la personne va apprendre quelque chose qui a beaucoup de valeur et d'importance, le cadre

doit être correctement posé et la personne doit savoir qui est en face d'elle. Et cela est encore plus vrai pour les migrants, où, une étude anglaise le démontre il y a une très forte suspicion de recevoir des prestations de santé de mauvaise qualité. Ce qui va avec le cadre est la qualité de l'acte, mais aussi la confidentialité, le secret professionnel, etc. Je pense qu'il n'y pas que l'apprentissage de l'acte, il y a tout le cadre qui doit aller avec. (...) Il faut avoir un objectif de changer la prévention, car on est dans une population dans laquelle on est dans une sorte d'impasse préventive.

## **REACTIONS DE LA SALLE**

### **Depuis la salle**

Les tests vont arriver très rapidement. La catégorie d'hommes homosexuels, à qui on propose déjà une surveillance au VIH et à qui on va apprendre à faire des tests rapides, va passer à l'autotest au bout de quelques tests rapides. Il faut commencer à penser à cela. A partir du moment où l'on a une approche communautaire, on va apprendre à faire des tests plus ou moins dé-médicalisés. Avec tous les problèmes éthiques que cela pose en termes de populations migrantes, en termes de dominants-dominés. Il faut qu'on ait une palette la plus élargie possible de dépistage, et je suis persuadée que, comme il y a des hommes qui préfèrent aller au labo, il y en aura d'autres qui de temps en temps préféreront le faire chez eux, et ce qui le feront tout le temps chez eux.

### **Depuis la salle**

Une réaction et une préoccupation. Une réaction par rapport à la Haute Autorité de Santé en tant que citoyen, sans considération de mandat que je peux porter ici : je vois quand même une urgence, on parle d'élargir l'offre de dépistage, et entre temps il y a des gens qui se font contaminer et qui ne sont pas dépistés ni pris en charge. Et quand je vois sur un sujet urgent, qu'on prévoit tranquillement des objectifs peut-être fin 2008, donc pourquoi pas peut-être fin 2009 ou 2010 pendant qu'on y est, vu qu'il s'agit de projections et non pas d'engagements, personnellement en tant que citoyen je trouve cela un peu indécent. C'est un exemple d'inefficacité étatique.

La préoccupation plus large que je voulais exprimer, c'est que j'entends des projets de centre et de lieux à mettre en place. Je n'aimerais pas que la réflexion qui se fait autour de ces lieux se fasse sans penser à ce qui se fait dans les CDAG, et je vise un point très précis, à savoir ce qui se fait sur les AES aujourd'hui. Or, je sais bien que cela a peu avoir avec les tests rapides, mais il s'agit à peu près de la même population et il me semble qu'on ne peut pas traiter les deux choses de façon totalement disjointe. J'ai plusieurs exemples d'AES qui se passent souvent au milieu de la nuit et qui sont traités d'une façon très moralisante. S'il y a des lieux où l'on parle du sida, où l'on fait du test rapide, il ne faudrait pas que ce soit déconnecté d'un lieu spécifique au traitement des AES, ouvert 24 sur le 24, avec du personnel médical non moralisateur.

### **Vincent Douris**

Cette problématique n'était pas en effet au cœur de cette journée. Néanmoins on peut envisager la question des traitements post-exposition, comme la question du dépistage d'autres IST et des soins plus généralement, même si ces sujets n'ont pas été placés au centre de cette rencontre.

### **Marc Dixneuf, rapporteur au Conseil National du Sida**

Ce matin on nous a présenté différents modèles européens, avec leurs spécificités (certains conçus spécifiquement pour les gays, d'autres multi-publics, avec la question du transfert de ce modèles vers un public migrant). Cet après-midi on nous a présenté différents modèles français. Si on raisonne en termes d'institutions qui vont contribuer d'une manière ou d'une autre à cette évolution là, en dépit des résistances, on voit que la HAS nous dit qu'elle va rendre un avis sur deux questions, mais ce n'est pas elle qui va décider. Donc la question que je me pose, et que j'adresse à l'Etat est : de quel modèle on veut faire la promotion aujourd'hui ? Qui va décider ? Est-ce qu'il y aura un ou plusieurs modèles ? Compte tenu de ce qui nous a été dit ce matin, à savoir que le modèle unique du CDAG a engendré une restriction dans l'offre de dépistage, il me semble qu'avoir un seul modèle n'a pas de sens. Donc, la question est aussi celle-ci, à savoir : qu'est-ce qu'on fait ?

### **France Lert**

Je ne pense pas qu'on puisse dire qu'il y a un seul modèle en France. Pour avoir travaillé à la DGS pendant plusieurs années, je peux dire qu'il y a des politiques du dépistage, il y a des campagnes sur le dépistage, il y a un encadrement financier du dépistage, il y a l'encadrement technique du dépistage, donc on ne peut pas dire qu'il y a un seul modèle qui est proposé par la DGS.

**Marc Dixneuf**

Je parlais du sujet d'aujourd'hui, à savoir : qu'est ce qui peut être proposé ?

**France Lert**

Je pense qu'il faut proposer une expérience complète, pas une expérience test. Il y a des aspects techniques à tenir en compte, mais je pense qu'ils sont relativement faciles à résoudre et de toute façon il y a toujours un petit pourcentage de risque qui sera toujours là.

Et ce que j'ai entendu ne m'a pas convaincu non plus que du côté des associations il y ait des modèles extraordinaires qui ont été proposés, cela reste assez conventionnel. Il faut aller plus loin

**Emmanuel Château, co-président de Act-Up**

Je trouve très pertinente la remarque qui a été faite sur la primo-infection, par exemple. Ce que je trouve intéressant quand on parle de dépistage c'est ce que cela amène à parler de ce que vaut un test en réalité. Et quand on a discuté du rendu du résultat, notamment dans le cadre de l'enquête Prévagay, un des freins qui ressortaient tout le temps était : finalement le résultat n'est pas bon.

Donc, ce qui est intéressant, et qu'on sera amené à qualifier pour ce qu'il est le test de dépistage. Et de toute façon il y a le problème de la fenêtre de séroconversion. La signification d'un résultat d'un test de dépistage rapporté aux pratiques a autant d'intérêt en matière de prévention, compte tenu de l'impact des primo-infections dans la diffusion de l'épidémie. C'est aussi une question à poser par rapport au couple, étant donné la nécessité de mieux qualifier l'abandon du préservatif à l'intérieur d'un couple, en reposant la question de la prévention, et clarifier aussi la question de savoir si, en étant séropo, je ne risque rien en baisant avec un autre séropo, car cela n'est pas clair dans la population gay, et au contraire plusieurs études ont montré que des séronégatifs qui choisiraient d'avoir exclusivement des rapports sexuels avec d'autres séronégatifs choisissent en réalité des hommes en primo-infection et seraient donc soumis à un risque plus grand. Donc ce serait une occasion d'aborder à nouveau la question du statut sérologique qui permettrait d'aborder la prévention autrement et de remobiliser autour de la prévention.

**Françoise Moreau, biologiste**

Je suis biologiste privée, et je m'occupe depuis longtemps du VIH. J'ai entendu plusieurs choses qui me gênent. Chez moi, comme chez d'autres biologistes, il ne faut pas 8 jours pour avoir un résultat. Les personnes viennent le matin, et le soir elles ont le résultat, dans les conditions exigées par la loi. Il y a donc la possibilité de venir à n'importe quelle heure et d'avoir le résultat rapidement. Il existe 4000 laboratoires en France, donc la disponibilité est grande. Le test en laboratoire est anonyme, car on est tenu par le secret professionnel. Est c'est gratuit, ou plutôt c'est remboursé par la sécurité sociale. Et en plus, nous sommes responsables, et sommes assurés. Il y a déjà eu des incidents. Qu'en est-il de la responsabilité ailleurs ?

**Vincent Douris**

Nous n'avons pas abordé la question des coûts aujourd'hui. A Londres, en Suisse et au Pays Bas le dépistage est payant

**Bruno Spire**

Je ne pense pas que les associations qui réfléchissent à ces projets soient irresponsables : les questions de responsabilité et les questions juridiques sont largement évoquées. Peut-être tout se passe très bien dans votre laboratoire, mais je voudrais quand même évoquer le nombre de gens qui ont reçu directement dans leur boîte aux lettres les résultats de leur test fait en labo. Et dans ces cas, ils appellent les associations pour se faire expliquer les résultats du test et c'est quand même nous, les associations, les profanes, qui annonçons la séropositivité dans ces cas là, et faisons le counselling et le soutien. Et je pense qu'on ne le fait pas si mal que ça. Je pense qu'il ne faut pas réfléchir en termes corporatistes, mais penser les différents systèmes de dépistage dans leur complémentarité. Et la vraie questions est : quelle est la plus-value, notamment chez les gays exposés au risque, du dépistage rapide en milieu communautaire ?

**Hubert Crevoisier, Infirmier, Checkpoint – Dialogai, Genève**

Je voulais rebondir sur ce qui a été dit par France Lert. Quand les personnes de Sidaction sont venues me voir, je me suis dit : c'est vrai Checkpoint Genève, Checkpoint Amsterdam font un très bon travail. Mais cela ne suffit pas. Il faut aller encore plus loin, car il y a urgence. Et dans cette direction là, pourquoi pas essayer, au lieu de faire du counselling pré-test qui fait fuir pas mal de monde,

d'apprendre aux gens de faire dans des conditions sécurisées leur propre test, et de proposer un accompagnement ?

**Jean-Yves Le Talec**

Je suis d'accord sur l'idée d'aller plus loin, mais le fait d'avoir opéré cette réappropriation communautaire du dépistage est déjà une étape importante. Et je pense qu'à mesure que ces dispositifs « hors les murs » vont fonctionner, il sera évident qu'une évolution en termes de prévention se fera, c'est inévitable

**France Lert**

Vous parlez de retards de l'administration, mais toujours est-il que c'est très long de monter un dispositif, et donc il faut le concevoir bien dès le départ et éviter de faire du bricolage. Vous aurez les résultats de votre expérience dans trois ans, donc il vaut mieux faire un projet vraiment bien audacieux, qui teste des hypothèses, qui permette de comparer. Comme il faut du temps pour avoir des résultats, il faut démarrer haut.

**Depuis la salle**

On peut envisager que les CDAG prêtent leurs locaux aux associations pour faire leurs expériences : il y a un investissement énorme qui a été fait au niveau de l'Etat et des collectivités territoriales on peut le faire fructifier. Il y a des endroits qui existent, et qui sont bien placés. Il faut construire des passerelles entre médicalisé et non médicalisé.

**Denis Lefèvre, Président, Groupe action Gay et Lesbien Loiret (GAGL)**

Sur « aller plus loin », ça ne me va pas, car je pars des besoins exprimés par les gens directement. On a discuté avec près de 2000 personnes sur les plages, et il ressort une vraie difficulté sur le dépistage. Il faut donc travailler avec les personnes, il faut mobiliser les personnes autour des projets de dispositifs communautaires de dépistage. Pour moi, on n'est pas dans un horizon de 3 ans, mais de 3 mois, avec un comité de pilotage institutionnel, avec des réunions avec les personnes dépistées. C'est une démarche qui évolue selon les besoins des personnes, le projet est réorientable à tout moment.

**Vincent Douris**

Il faudrait reposer la question des autorisations nécessaires.

**Denis Lefèvre**

On est en train de se visser uniquement sur le dépistage, on parle de santé communautaire, sans dire ce qu'elle comporte. Pour arriver à faire de la santé communautaire, il faut travailler sur les déterminants, comme l'homophobie, la prise de risques concomitante à la prise de produits, le besoin de sexe quand on est seul, la dépression, etc. Et peut-être ce qui va être innovant c'est que la santé communautaire va passer par des projets où on sera satisfait non seulement parce qu'on a fait 3 dépistages de plus, mais aussi parce qu'on aura fait des progrès sur l'homophobie dans sa ville, qu'il y aura moins de suicides, etc. Notre boulot c'est de travailler dans tous ces domaines au même temps.

**Infirmière CIDIST**

Je fais du dépistage tous les jours, et je trouve très bien que les associations s'investissent dans ce domaine. Ce sur quoi j'aimerais insister c'est qu'on dépiste systématiquement la syphilis, car on a un dermatologue sur place et que les co-infections sont très répandues. Comment faire en sorte que les personnes qui s'adressent à des associations ne sortent pas complètement du système de soins et continuent de se faire examiner ?

**Jean-Philippe Morel, coordinateur Aides Montpellier**

Nous on veut faire aussi le test de la syphilis. Comme vous le disiez, nous n'imaginons pas le test de dépistage du VIH sans envisager le test d'autres IST et notamment de la syphilis. C'est vraiment dans cette optique que nous souhaitons enlever les freins que certaines personnes ont par rapport au système de soins et les renvoyer vers mes médecins traitants ou vers les structures spécialisées comme les CIDIST.

**Vincent Douris**

Sur la question des dérogations éventuelles, M. Chevit ?

**Pascal Chevit, Chef du bureau des infections par le VIH, IST et hépatites, Direction Générale de la Santé**

Je crois que les institutions sont plutôt stimulées par les « chevaux légers » que sont les associations constituées par des citoyens, plutôt que l'inverse. Ce sont rarement les institutions qui sont à l'origine des évolutions, même si ce n'est pas pour autant qu'il faille se résoudre à pérenniser les choses sans accepter le changement. Sur la question plus précise des dérogations et des autorisations. Premièrement il y a les cas où on se situe dans une logique de recherche : c'est un processus bien codifié, cela suppose de passer par la mécanique des lois des protections des personnes, cela a l'avantage d'être bien connu et solide, mais c'est long. C'est long en amont, avant d'obtenir des autorisations, et en aval, afin d' voir des résultats en quantité suffisante pour pouvoir tirer des enseignements. C'est une des voies explorées. (...) Après il y a la question de l'autorisation pour des produits, par exemple pour utiliser des tests sur la salive, ce qui aujourd'hui n'est pas prévu. Enfin la question des autorisations peut se présenter par rapport à des pratiques, à des procédures, à des manières de faire, le fait par exemple de pratiquer le dépistage hors les lieux prévus pour, par des personnes autres que celles qui sont reconnues habilités à le faire, etc.. Là encore la réponse peut varier : sur les produits c'est l'AFSAPPS qui est compétente pour accorder des autorisations. Sur les pratiques, on peut entrer dans des logiques de dérogations, mais on ne peut pas donner une réponse précise sans avoir un projet qui précise ces modalités, et sans un dialogue d'ailleurs, car peut-être que tel aspect n'est pas essentiel, et que s'il est levé ou modifié l'autorisation sera plus facile. Pour autant je vous confirme ce que vous ai dit tout à l'heure, c'est-à-dire que ce que je comprends de la position du cabinet de la Ministre, et je ne doute pas que le cabinet discute avec la Ministre, c'est la volonté de rendre possible à court terme des expériences, ou – je ne sais pas s'il faille parler d'expériences– en tout cas l'utilisation de tests rapides hors laboratoires d'analyse, et avec une approche qui ne soit pas strictement professionnelle. Cela est clair, et ça va être dit par quelqu'un plus autorisé que moi avant la fin du mois. Cette volonté il faut trouver les moyens de l'incarner, encore une fois dans un dialogue. Une des hypothèse qu'on a envisagées, je ne sais pas si elle sera viable, on en a parlé avec Sidaction, on en a parlé avec certaines associations (pas très nombreuses : l'administration retarde, l'administration est lente, l'administration fait preuve de mauvaise volonté éventuellement, mais il faut dire qu'on n'a pas eu beaucoup de demandes jusqu'à présent... on a vu deux associations en tout et pour tout, dont l'une n'est pas là) ce serait d'essayer de concilier l'intérêt d'avoir un effectif relativement important de personnes passant dans ces dispositifs novateurs et bénéficiant de ces modes de faire nouveaux, avec la volonté d'aller assez vite, en ayant une approche un peu globale et en concevant une « expérience », j'utilise le terme faute de mieux pour le moment, à plusieurs bras, ou à plusieurs modalités, à plusieurs opérateurs, à plusieurs lieux, qui permettrait d'avoir une vue d'ensemble. Si cette « expérience » est conçue d'emblée dans cette perspective, cela permettra de recueillir des données comparables, et d'avoir des effectifs suffisants, tout en respectant la diversité des approches et leurs spécificités. Il n'est pas exclu pour autant que même ça soit un peu long. Et l'idée n'est pas de déposséder les associations promotrices d'innovations de leurs initiatives en les intégrant dans quelque chose qui soit trop vaste. On en est là, et la journée d'aujourd'hui m'a permis de mieux mesurer la diversité de ce qui se prépare, y compris dans des lieux de province dont on n'a pas forcément rencontré les acteurs, et c'est normal. Encore une fois, le cabinet est mobilisé là-dessus, je pense que si on a un feu vert explicite d'ici la fin du mois, on pourra avancer plus vite.

**Conclusion de Bertrand Audoin, directeur général de Sidaction:**

M. Chevit a déjà fait une bonne partie de la conclusion.

On est nombreux à voir remarquer qu'une bonne partie des interpellations en provenance de la salle aujourd'hui étaient assez éloignées de la question précise de la mise à disposition de tests rapides. Personnellement, j'ai été assez surpris d'entendre ce que j'ai interprété comme des questionnements sur les compétences de certains acteurs associatifs. Nous sommes nombreux acteurs associatifs ici à être dans le champ de la lutte contre le sida depuis plusieurs années, et à avoir démontré que nous sommes à la fois engagés, compétents, militants. Et le fait qu'une journée centrée sur la question des tests rapides en France fasse réémerger des débats de ce type me fait penser qu'en choisissant ce thème là finalement on n'est pas tombé à côté de la plaque et que c'est bien une question qui fait sens aujourd'hui dans la lutte contre le sida et qui va obliger les organisations à bouger au –delà de la question de savoir qui s'occupe de tests rapides et dans quelles conditions.

Cela dit, pour enfoncer une porte ouverte, on est face à un constat partagé par tous, à savoir le besoin d'élargir l'offre de dépistage en France, et de l'autre côté un outils qui est déjà utilisé dans nombreux pays, donc certains très proches et même frontaliers et dont nous ne disposons pas encore. Et la question est de savoir comment on rattrape le retard qu'on a par rapport à nos voisins sur cette question là.

La proposition que je voulais faire en cette fin de journée est de demander au Ministère qu'il y ait un Comité qui se mette en place, un Comité de pilotage ou un Comité d'éthique qu'on appellera comme on voudra, mais qui permettra de rassembler les différents acteurs, à la fois institutionnels, que ce soit l'HAS, l'AFSSAPS, la DGS et j'en oublie sûrement, avec les associations qui aimeraient intervenir sur cette thématique là de manière qu'on arrive à se mettre d'accord sur un certain nombre de terrains communs de base pour la mise en place de programmes de ce type, en particulier sur les questions éthiques et toute les questions de counselling qui ont été évoquées notamment par Christine Rouzioux et Willy Rozenbaum. Si un tel comité se met en place, il faut qu'il soit destiné à faciliter et accélérer la mise en place de plusieurs projets pilotes ou projets novateurs, même si sous une coupole commune qui assure cette base, mais qui respecte la diversité des projets, la diversité des acteurs associatifs. Dans la lutte contre le sida on est habitué à mettre en place des projets novateurs, à faire bouger les choses, pensons à ce qui s'est passé dans le domaine de la réduction des risques, ou sur la mise en place des appartements de coordination thérapeutique, ça sera pas la première fois qu'avec la collaboration des institutions on mette en place des projets multicentrés qu'on appelle après comme on veut. Il est important que dans ces projets on inclue la dimension « évaluation des projets » et la dimensions « recherche en sciences sociales ».

C'est important que, dès la mise en place des projets, on puisse réfléchir à la manière dont ceux-ci peuvent évoluer et dont ils peuvent être exemplaires ou pas vis-à-vis d'autres dispositifs déjà en place. Ce matin j'avais l'impression que si on faisait cette proposition on aurait un feu rouge de la part du Ministère, apparemment on a un feu orange, et il peut passer au vert assez rapidement.

Je lance quand même cet appel là : on est tous prêt du côté associatif à trouver une base commune de travail, je crois que le même esprit se retrouve du côté des institutions : profitons-en pour rattraper le retard qu'on a.