

Sida : 30 ans d'idées reçues

Bruno Spire
Graciela Cattaneo

Issues de la tradition ou de l'air du temps, mêlant souvent vrai et faux, les idées reçues sont dans toutes les têtes. Les auteurs les prennent pour point de départ et apportent ici un éclairage distancié et approfondi sur ce que l'on sait ou croit savoir.

Introduction	9
---------------------	---

Origine et épidémiologie du sida

« Le sida a été transmis du singe à l'homme. »	13
« Le sida ne touche que les marginaux. »	17
« La fin de l'épidémie passe par le dépistage. »	21
« Les Africains sont incapables de faire face à l'épidémie de sida. »	27

Modes de transmission et prévention

« Le sida est une maladie contagieuse. »	33
« Le préservatif est l'unique moyen de protection. »	37
« La prévention n'a pas évolué. »	43
« Les homosexuels ont toujours des comportements sexuels à risque. »	49
« L'épidémie se féminise. »	55

Vivre avec le sida et son traitement

« Le sida est une maladie chronique. »	65
« La recherche avance vite. »	71
« Un séropositif n'a plus de vie sexuelle. »	77
« Les séropositifs sont isolés socialement. »	81

L'impact du sida dans la société

« Le sida met en lumière certains tabous de la société. »	89
« La lutte contre le sida est menée par les malades. »	95
« Lutter contre la drogue, c'est lutter contre le sida. »	101
« Il y a trop d'argent sur le sida. »	107

Conclusion	113
-------------------	-----

Annexes

<i>Les combats menés</i>	116
<i>Glossaire</i>	120
<i>Pour aller plus loin</i>	122
<i>L'association AIDES</i>	125

« La fin de l'épidémie passe par le dépistage. »

Pourquoi vouloir savoir si on ne peut pas guérir.

Anonyme

Depuis plusieurs années, le nombre de nouvelles contaminations par le VIH reste stable en France, aux alentours de 6 500 par an. On estime en 2012 à environ 150 000 le nombre de personnes séropositives dont 30 000 seraient infectées sans le savoir. Or, la connaissance de son statut sérologique présente un double intérêt : au niveau individuel, elle permet de bénéficier d'un traitement médical adapté et, au niveau collectif, de casser la chaîne de contamination, d'où son importance en santé publique. Il a, en effet, été démontré qu'une personne correctement traitée a très peu de risque de transmettre le virus* à autrui.

5 millions : c'est le nombre de tests de dépistage réalisés par an en France. Mais le dépistage, tel qu'il est proposé dans les Centres de dépistage anonymes & gratuits (CDAG) ou prescrit par les médecins lors d'une consultation, a du mal à toucher les populations les plus vulnérables. Il peine ainsi à diagnostiquer suffisamment tôt les personnes contaminées et leur assurer une prise en charge la plus précoce possible.

Or, il est crucial de dépister les personnes séropositives le plus tôt possible car, dans les 6 premiers mois après la contamination, une personne séropositive est plus susceptible de transmettre le virus. C'est la « primo-infection », durant les jours et semaines après la contamination, la charge virale* dans le sang est

très élevée, ce qui accroît les risques de transmission. Une partie prépondérante des nouvelles contaminations surviennent durant la primo-infection, à un moment où la personne ne sait pas encore qu'elle est porteuse du virus. L'objectif est donc de réduire au maximum la fenêtre entre la contamination et le diagnostic. Les médecins, les généralistes notamment, ont un rôle clef à jouer pour limiter les « occasions manquées » de faire un dépistage.

De plus, les personnes prises en charge à un stade avancé de la maladie (30 % des cas) ont un risque de mortalité plus élevé du fait de la mise sous traitement tardive, lorsque la maladie est déjà au stade sida. En effet, le retard au traitement est la première cause de mortalité due à l'infection au VIH.

C'est la raison pour laquelle les associations ont plaidé pour la mise en place de programmes de dépistage rapide démedicalisé permettant de proposer une offre ciblée, mobile et adaptée aux groupes les plus exposés à l'épidémie ou éloignés du système de soin. Après une phase d'expérimentation menée notamment par l'association AIDES avec l'ANRS, Roselyne Bachelot, alors ministre de la Santé, a signé le décret autorisant le personnel non médical formé des associations à pratiquer le TROD (tests de dépistage à résultat rapide d'orientation diagnostique) et le déploiement des programmes de dépistage rapide.

Une récente étude de l'InVS dresse un bilan de l'offre et du recours au dépistage du VIH en France depuis 2003. Elle confirme l'efficacité de déploiement du TROD qui donne accès à la connaissance de son statut sérologique à des personnes qui n'auraient pas fait la démarche d'aller dans un centre de dépistage par elles-mêmes. En effet, 30 % des personnes dépistées avec le TROD effectuaient leur premier dépistage. Ce test s'adressant aux personnes les plus vulnérables face

à l'épidémie, il affiche une efficacité record avec des taux de découverte de sérologie positive de 2 à 4 fois plus élevée qu'en centre de dépistage et 5 fois plus qu'en dépistage classique (en laboratoire d'analyse).

Il y a donc un double bénéfice à développer le dépistage rapide ciblé : un bénéfice individuel et collectif.

Au plan individuel : Au-delà même de l'accès à une prise en charge précoce, les associations pratiquant le TROD proposent un accompagnement global (médical, social, psychologique, juridique...) réalisé par des volontaires formés à la spécificité de la maladie ; lorsque le test est négatif, il permet l'accompagnement et le soutien des personnes dans leurs stratégies de prévention afin qu'elles restent séronégatives.

Au niveau collectif : le dépistage rapide et la mise sous traitement constituent deux des piliers de la lutte contre l'épidémie dans une approche de santé publique. En effet, si l'on veut avoir un impact durable sur la dynamique de l'épidémie, il s'agit de faire baisser la « charge virale communautaire », soit la quantité de virus en circulation dans un groupe donné. Pour cela, il faut à la fois un dépistage le plus précoce possible et un accès aux soins optimal. Ainsi, la personne dépistée positive pourra bénéficier d'un traitement efficace permettant de rendre sa charge virale indétectable*. Plus on augmente le nombre de personnes indétectables, plus on fait baisser la charge virale communautaire, et donc le risque de rencontrer le virus dans un groupe donné.

En suivant cette approche, le département de santé publique de San Francisco, par une politique volontariste comportant un accès amélioré aux moyens de prévention, des campagnes innovantes d'incitation au dépistage, un renforcement de l'accès aux soins

(gratuité, ciblage des groupes), a permis d'impacter de façon remarquable la dynamique de l'épidémie dans une communauté gay pourtant particulièrement touchée. À San Francisco, une étude (entre 2002 et 2008) dans une communauté d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres d'hommes (HSH) portant sur plus de 12 000 personnes a montré deux choses. D'une part, un fort lien entre la baisse de la charge virale moyenne communautaire et la baisse du nombre de nouveaux diagnostics VIH entre 2004 et 2008 et, d'autre part, un lien important avec la baisse de l'incidence VIH entre 2006 et 2007. Au final : moins de nouvelles contaminations lorsque la charge virale moyenne dans le groupe est plus faible. Le taux de couverture en traitement antirétroviral était passé de 74 % en 2005 à 90 % en 2008 dans cette même communauté (Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) 2010, San Francisco).

Aujourd'hui, le renforcement de l'offre de dépistage est une des clefs de l'arrêt de l'épidémie, c'est même la première : le préalable indispensable à toute stratégie efficace et durable de lutte contre le sida.

L'autotest, un outil supplémentaire

La mise à disposition des autotests en France peut offrir un outil supplémentaire de réduction des risques de la transmission du VIH pour les personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas recourir aux autres offres de dépistage. Pour que cet outil supplémentaire exprime son utilité il faut qu'il vienne en complément de l'offre de dépistage qui s'organise actuellement et qui s'appuie sur l'offre médicalisée classique, les CDAG-CIDIST (Centres d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles) et le dépistage communautaire décliné à proximité des lieux de vie des personnes. Ces outils de dépistage ne sont pas substituables l'un par l'autre et c'est sur l'articulation et la coordination de ces offres que tous les efforts doivent porter. La mise à disposition des autotests, salivaires ou sanguins, doit être accompagnée en amont du test par l'accès à une information objective de qualité pour s'assurer de la compréhension des enjeux, des limites et des techniques par l'utilisateur. Elle doit aussi proposer un accompagnement après la réalisation du test, que le résultat soit positif ou négatif, pour faciliter le lien vers la confirmation du test et le soin ou vers un soutien préventif.