



LES AUTOTESTS DE DEPISTAGE DU VIH

Rencontres animées par Frédérique Prabonnaud, journaliste



Jean-Luc Romero Michel
président du Crips

«Une forme de satisfaction»

Je suis très honoré d'être à côté de Daniel Defert, le créateur de l'association AIDES, un modèle pour beaucoup d'entre nous. Un grand honneur et une grande joie de vous retrouver ici et de vous dire encore une fois combien nous vous sommes reconnaissants pour tout ce que vous faites depuis des années, et tout ce que nous vous devons les uns et les autres dans cette mobilisation.

Un bénéfice individuel et collectif

Les autotests sont désormais dans les pharmacies françaises depuis deux semaines et le sentiment qui prévaut – et que je sais partagé – est une forme de satisfaction : les acteurs de la lutte contre le sida le demandaient depuis bien longtemps, les chercheurs avaient prouvé l'intérêt de ce dispositif et après quelques retards sur le calendrier annoncé, ça y est et nous pouvons vraiment nous en réjouir.

Alors qu'environ 25 % des nouvelles découvertes de séropositivité sont qualifiées de «tardives» et que 30 000 personnes séropositives ne connaissent pas leur statut dans notre pays, renforcer et diversifier l'offre de dépistage au VIH est en effet une priorité. Le dépistage comporte un double bénéfice, individuel et collectif. Individuel, dans le sens où c'est la porte d'entrée vers l'accès au traitement en cas de résultat positif, un diagnostic tardif étant cause de pertes de chances thérapeutiques pour les personnes concernées. Collectif ensuite, dans le sens où le traitement antirétroviral diminue le risque de transmission par voie sexuelle. Tout retard au dépistage maintient une épidémie dite «cachée», favorisant ainsi une transmission secondaire importante : les personnes qui ignorent leur statut seraient à l'origine de 43 % des nouvelles infections.

Cet autotest constituera un élément d'autonomisation de la personne et sera un outil important à destination de celles et ceux qui ne veulent ou ne peuvent pas avoir recours à d'autres types de dépistage. C'est un outil qui s'intègre dans un fort développement de l'offre de dépistage, avec une réelle recherche d'efficacité et de cohérence. Je pense notamment à la réforme des CDAG-Ciddist et à la montée en puissance des TROD.

Les autotests ont été lancés mais comme tout lancement – aussi médiatique soit-il – il ne répond pas à toutes les questions que se posent légitimement les acteurs de la lutte contre le sida. D'où l'importance d'une journée comme celle-ci. De nombreuses questions, comme celle de l'accessibilité financière d'un outil proposé entre 25 et 28 € (voire plus), de l'appropriation par les publics visés, de la participation des acteurs associatifs et des possibilités de participation, de la communication autour de ce nouvel outil, sa complémentarité/articulation par rapport aux autres modes de dépistage, son délai d'intégration dans un parcours de soin en cas de découverte de séropositivité... Autant de questions et sans doute bien d'autres sur lesquelles vous allez vous pencher..

ACCUEIL DOCUMENTAIRE

par téléphone :

01 56 80 33 10

du lundi au mercredi

de 9h30 à 12h30

et de 14h à 18h

et le vendredi

de 9h30 à 12h30

et de 14h à 17h

par courriel :

documentation@lecrips.net

Centre Régional de
Ressources d'Information
et de Prévention sur le
VIH/SIDA, les IST, les
hépatites, l'éducation à la
vie affective et sexuelle, les
drogues, les dépendances
et les conduites à risque
chez les jeunes



Informier • Prévenir • Former



Crips Île-de-France
14, rue Maublanc
75015 Paris
T : 01 56 80 33 33
F : 01 56 80 33 00
info@lecrips.net
www.lecrips-idf.net

En attendant la PrEP...

L'occasion m'est donnée en conclusion d'évoquer plus largement d'autres choses. Aujourd'hui, nous savons comment avancer efficacement dans la lutte contre le sida, nous tâtonnons toujours sur différentes choses mais nous avons une direction et des certitudes : dépister le plus précocement possible, traiter dès la découverte de séropositivité, proposer divers outils de prévention (les plus adaptés à la personne, à ses envies et à ses possibilités), contribuer à la mise en place d'un cadre sociétal où dire sa séropositivité serait possible sans risquer l'opprobre. Je voudrais ici mettre en exergue la prophylaxie préexposition (PrEP), la question étant de savoir s'il faut l'autoriser ou non, une question qui me semble totalement dépassée.

Il est essentiel que nous avançons très rapidement sur le sujet et que la question de l'autorisation soit réglée dans les meilleurs délais. Une autorisation qui ne serait pas que de principe, mais concrètement réfléchie avec un vrai accès à cette PrEP via un remboursement.

Les acteurs de la lutte contre le sida sont exigeants et tant mieux, non parce que ce serait une lubie mais simplement parce que c'est toujours une question de vie ou de mort en 2015. La lutte contre le VIH se nourrit d'engagements et d'innovations, on le sait depuis le début. Merci de vous mobiliser à la fois sur la question des autotests et sur celle de la PrEP, qui est à mon avis aujourd'hui un enjeu très important dans notre combat.

L'HISTOIRE DU DEPISTAGE EN FRANCE :



► Daniel Defert, fondateur de l'association AIDES

Si on nous avait proposé des autotests en 1984, nous les aurions refusés parce qu'il n'y avait rien autour. Des tests qu'on aurait imposés à des gens soupçonnés de je ne sais quelle pratique dont on aurait fait des instruments prétendument scientifiques d'exclusion. Nous y aurions donc été très opposés. Mais cela prouve qu'énormément de choses ont changé, à la fois médicalement, sociologiquement, peut-être pas encore politiquement, pour permettre non seulement qu'on accepte ces tests mais que l'on sollicite aussi leur recours rapide.

Trois écueils à franchir

Nous avons eu à lutter contre trois écueils :

- Le premier, c'est l'incompréhension des politiques en matière de dépistage, parce qu'ils pensent en termes de dépistage et pas de test (voir encadré).
- Le deuxième, c'est l'incapacité des médecins à avoir une relation verbale avec leurs patients. Les médecins auraient été tout à fait prêts à faire des dépistages à l'insu, sans en parler à la personne concernée. L'Habeas Corpus n'existe pas en France, où l'on peut donc faire des tests sur des prélèvements organiques sans en informer la personne concernée. Dans certains pays protestants comme les Pays-Bas ou l'Angleterre, on ne peut pas faire ça. En France, des tests VIH sont pratiqués de manière quasi-systématique en chirurgie, mais sans le dire aux gens. Les médecins sont donc incapables de verbaliser la relation avec le patient et nous avons dû beaucoup lutter contre cet écueil.
- Le troisième écueil est d'ordre économique avec l'alarme lancée à partir des années 1993-94 par les assureurs sur le risque de surcoût et la nécessité d'imposer le dépistage, de ne pas assurer les gens sans connaître leur séropositivité éventuelle.

Des tas de contraintes éthico-politiques

Je voudrais illustrer cela à partir de trois souvenirs forts de notre histoire, trois anecdotes qui me sont revenues. Dès la création d'Aides, j'avais écrit au président du Comité d'éthique de l'époque, Jean Bernard - qui était une personnalité très importante dans le monde médical -, pour discuter avec lui du dépistage parce que nous redoutions ce qui allait pouvoir se mettre en place. J'ai récemment retrouvé sa lettre dans laquelle il répondait « nous avons très bien maîtrisé la syphilis, aucune inquiétude » (alors que la gestion de la syphilis et celle du VIH ne sont pas du tout pareilles) « je n'ai pas le temps de vous recevoir et aucun membre du Conseil n'aura le temps ». Ce qui voulait dire « votre association qui est quand même connotée homosexuelle n'a pas à rencontrer le comité d'éthique ». C'est d'ailleurs pour cela qu'il a fallu créer un comité d'éthique spécifique au sida, le Conseil national du sida, parce que le Comité d'éthique n'était pas préparé à prendre en charge la totalité des enjeux de cette nouvelle épidémie. On ne pouvait pas traiter le VIH comme les autres infections sexuellement transmissibles (IST). Et le fait qu'il y avait une transmission sanguine nous a permis de ne pas nous laisser imposer la législation qui existait pour les infections sexuellement transmissibles. Nous avons joué sur plusieurs choses, sur la transmission par le sang pour ne pas rentrer dans le cadre de la lutte contre les IST, et sur les acquis en matière de contraception (qui pouvait être donnée aux mineurs par les centres de planification familiale) pour que les mineurs puissent aussi se faire dépister sans que le médecin soit obligé d'informer les parents. Il y a eu des tas de contraintes éthico-politiques nouvelles à traiter.

La législation existante pour le dépistage des infections sexuellement transmissibles n'avait pas été révisée depuis le XIXe siècle parce qu'elles étaient plus ou moins maîtrisées grâce à la pénicilline. Mais il y avait un dépistage systématique

pour certaines populations comme les prostituées qui, à la moindre rafle, étaient soumises à un dépistage automatique. Certaines catégories de population y étaient systématiquement soumises, les matelots, les prostituées... avec aussi un dépistage systématique lors de certains seuils, le mariage, le territoire... Je me rappelle, quand je travaillais à l'Inserm, de dossiers d'immigrés dépistés à leur arrivée en France chez qui on décelait tardivement une syphilis et qu'on allait chercher sur leur lieu de travail sans aucune confidentialité parce qu'il y avait obligation de soins. Or il se trouve qu'avec le VIH, il y a un temps de montée des anticorps qui fait que la routine médicale systématique ne peut pas répondre à la situation. Il faut que ce soit la personne elle-même qui soit en alerte sur sa propre vie et décide du moment où il faut plutôt faire le test. Nous avons donc un argument médical pour sortir du cadre de la législation existante et éviter la routinisation administrative.

Et à partir du moment où on disait que c'était le patient qui savait quand faire le test parce que lui seul pouvait évaluer le temps nécessaire à la montée des anticorps, on obligeait finalement les patients à rentrer dans une relation verbalisée avec les médecins. Avec une chose essentielle : si le problème se posait pour les donneurs de sang, on ne voyait pas bien l'intérêt d'encourager le reste de la population au dépistage quand il n'y avait aucun traitement. Je me rappelle avoir rencontré Jonathan Mann (responsable de la politique du sida au sein de l'OMS à partir de 1987) et de la première chose que je l'ai entendu dire : «Je plains les pays d'Afrique qui mettront en place le dépistage parce que qu'est-ce qu'ils en feront ? Ils n'ont pas de traitements, il n'y aura que de la discrimination.» Le risque majeur du dépistage sans traitement, c'était en effet la discrimination. C'était une politique de protection de la collectivité, pas de l'individu, et souvent aussi une politique de protection des médecins (dentistes et chirurgiens ont largement pratiqué le dépistage à l'insu).

Une politique abstraite destinée aux électeurs

Deuxième souvenir très fort : la gauche revient au pouvoir, et Mitterrand nomme le célèbre cancérologue Schwartzberg à la Santé. Sans prendre contact avec la Direction générale de la santé (DGS), il décide un peu lui-même de son programme

TEST DE DEPISTAGE

«Le dépistage est une politique un peu systématique. Il y a plusieurs types de dépistage : ceux qui s'adressent à une collectivité, ceux qui s'adressent aux individus comme pour les maladies cancéreuses ou cardiovasculaires et qui supposent une relation à l'individu (on lui parle de son régime de vie, de son régime de risques...), un dépistage d'organe, pas d'individu, à la différence du dépistage du VIH qui était un dépistage d'individus avec risque de stigmatisation. S'adressant soit à des collectivités, soit à des individus, soit à des organes, le dépistage est politique alors que le test est un acte technique. Et c'est la gestion de cet acte qu'il faut apprendre.»

et annonce deux choses : libéralisation de la vente du cannabis et appel à un dépistage systématique du VIH dans les mairies. Deux programmes contradictoires qui lui valent de se mettre à dos la gauche pour le dépistage systématique dans les mairies, et la droite pour la libéralisation du cannabis. Je vais le voir en lui disant qu'il est tombé sur la tête, qu'il devrait quand même réfléchir à son programme avec son administration. Et pendant ce temps-là, Rocard l'appelle pour lui annoncer qu'il était viré, donc l'affaire a été réglée. Mais c'était pour vous dire cette pensée politique : le dépistage, c'est systématique, routinier et administratif, une politique abstraite destinée aux électeurs et non aux patients. On rassure les électeurs, on prend en charge la collectivité, on ne réfléchit pas la relation aux patients.

Le troisième souvenir très fort, c'est les assureurs. En France, le poids de la séropositivité pour les assurances n'était peut-être pas encore complètement évalué mais aux États-Unis (j'en ai récemment eu la preuve à Chicago), on avait créé des quartiers gays pour réhabiliter des quartiers un peu misérables et paumés. On a encouragé une rénovation de ces quartiers souvent situés en centre ville qui ont, du coup, bénéficié de nombreux investissements mais avec de nombreux cas de séropositivité parmi les investisseurs. Les réassureurs ont donc commencé à dire que ça allait leur coûter très cher et ils ont lancé une alerte très relayée par la presse. Nous avons donc été contraints de lutter contre les assureurs qui, redoutant les lois, ont exigé des rapports contractuels avec les gens et sont arrivés à une côte mal taillée : une petite surtaxe pour les personnes déclarées séropositives sans obligation de dépistage (qu'ils ne voulaient pas payer), restant ainsi dans une espèce d'obligation de surtaxe sans avoir les preuves de sa nécessité. Notre conseil était alors de donner le moins d'informations aux assureurs puisqu'il n'y avait pas d'encadrement.

Une place et une fonction totalement différentes

Voici donc tout un ensemble d'obstacles politiques, médicaux et économiques qui ont scandé toute l'histoire du VIH. Avec tous les problèmes de discrimination possible à l'emploi ou à la circulation des personnes (à une époque, les États-Unis refusaient l'entrée sur leur territoire aux personnes munies de traitement VIH)... Nous étions donc obligés de peser sur les usages que l'on faisait du test, des usages politiques, sociaux et économiques très dangereux. Un cadre qui fait qu'à l'époque, nous aurions été réticents à l'autotest. Il a fallu trente ans, une génération pour qu'on arrive à comprendre qu'on pouvait effectivement maîtriser soi-même le rapport au test, que c'était bien une coopération entre chacun et l'institution médicale qui était nécessaire, qu'on ne pouvait en faire une systématisation administrative et que cela supposait quand même un support : des traitements efficaces, qu'on n'avait pas et dont on pensait qu'il fallait les utiliser en fin de course alors qu'on sait maintenant qu'il faut le faire tout de suite. Aujourd'hui, la place et la fonction du test ont complètement changé.



► Patrick Ambroise,

adjoint à la sous-direction de la Prévention des risques infectieux, Direction générale de la santé

Les autotests sont des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro. Leur mise sur le marché relève du champ d'application de la directive 98/79/CE relative à ces dispositifs, ce qui implique qu'ils doivent être revêtus d'un marquage CE préalablement à leur commercialisation. Ils doivent répondre à un certain nombre d'exigences de conception, de fabrication et de performances, et à des spécifications techniques communes qui précisent une méthodologie d'évaluation et les critères de performance à atteindre en termes de sensibilité et de spécificité.

Depuis la découverte du virus du sida, de nombreux progrès ont été accomplis et ont transformé l'infection à VIH en maladie chronique avec une espérance de vie restaurée pour les personnes atteintes, leur permettant d'envisager une vie normale et de se projeter dans l'avenir. Les résultats sont donc positifs mais plus de 6 000 personnes sont encore contaminées chaque année et entre 15 000 et 30 000 personnes ignorent encore leur séropositivité. Notre stratégie actuelle dans le domaine du dépistage et de la lutte contre le VIH a pour idée de promouvoir la prévention combinée faisant appel à différentes méthodes : la promotion du préservatif masculin et féminin, le traitement antirétroviral, et la banalisation et la promotion du dépistage afin de lutter contre l'épidémie cachée. Nous avons actuellement trois grands dispositifs : les laboratoires qui réalisent le dépistage conventionnel, les CDAG-Ciddist (qui vont se transformer en Cegidd à partir du 1er janvier 2016) qui réalisent près

de 800 000 consultations par an pour 450 000 personnes dépistées, et les associations communautaires qui sont habilitées à réaliser le dépistage par TROD. Il faut par ailleurs souligner l'effort du Fonds de prévention de l'Assurance maladie qui a permis de développer les TROD dans le milieu associatif. En 2013, une soixantaine d'associations habilitées par les ARS ont été financées sur 24 régions. La même année, plus de 56 000 dépistages par TROD ont ainsi été réalisés auprès de populations ciblées. L'idée des autotests est de venir compléter ces dispositifs sans s'y substituer.

Ces autotests sont payants car il s'agit de dispositifs médicaux qui relèvent du monopole pharmaceutique et à ce titre, ils ne peuvent être vendus qu'en pharmacie. La commercialisation se fera en pharmacie d'officine au tarif indiqué, sachant qu'elles touchent à la fois la population générale et les populations spécifiques. Il semble difficile de mettre en place un remboursement par l'Assurance maladie de ce dispositif délivré sans ordonnance et qui concerne une partie de la population définie par des notions de facteurs de risque et de précarité. Le ministre a souhaité inscrire dans le projet de loi de modernisation de santé une mesure qui vise à permettre la délivrance de ces autotests dans des structures de dépistage type Cegidd, des associations habilitées à réaliser des TROD et des structures de bas seuil pour les usagers de drogues (Csapa et Caarud). On peut compter sur une publication de ce projet de loi au début de l'année 2016, pour une mise en œuvre effective de ce dispositif.

⇒ LES QUESTIONS

ELARGISSEMENT AUX ASSOCIATIONS

>> *Le dispositif dont vous parliez est-il déjà budgété, sait-on quelle ampleur il prendra ?*

>> *Patrick Ambroise : Un travail doit être mené avec l'Assurance maladie pour organiser ce dispositif qui, je le pense, a vocation à être financé sur son fonds de prévention. Mais il faut encore travailler avec l'Assurance maladie pour le caler. Nous reviendrons vers vous dès que nous aurons des éléments plus précis en termes de financement. Mais il y a déjà une grande avancée avec l'inscription de ce dispositif dans le projet de loi.*

LE DISPOSITIF D'ÉVALUATION

>> *Christophe Mathias (Act Up-Paris) : Serait-il envisageable que, comme pour le dépistage du cancer colorectal ou autre, l'Assurance maladie puisse envoyer des bons gratuits pour le dépistage, par autotest, TROD ou dans un centre ?*

>> *Patrick Ambroise : C'est un peu prématuré. Les autotests sont sur le marché depuis le 15 septembre, et un dispositif d'évaluation sera mis en place à travers deux études avec le soutien de l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS), un préalable indispensable pour voir comment se passe l'arrivée des autotests et s'il faut aller plus loin dans l'utilisation de cet outil.*

>> *Les évaluations dureront combien de temps et leurs résultats sont attendus pour quand ?*

>> *Patrick Ambroise : Les études devant démarrer d'ici la fin 2015, on peut penser que courant 2016, on aura déjà une idée de la manière dont ça se passe, comment les autotests sont utilisés, par quelles populations, etc.*

L'OPPOSITION DES BIOLOGISTES

>> *Michel Bourrelly : Comment réagissez-vous à la prise de position des syndicats des médecins biologistes qui vont un peu à l'encontre des positions prises par l'État et le ministère de la Santé ?*

>> *Patrick Ambroise : S'il y a effectivement une forte réaction des biologistes face aux autotests, il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit d'un outil complémentaire et que les laboratoires interviennent en population générale – chaque année, plus de 5 millions de sérologies VIH sont réalisées par les laboratoires. Il ne faut pas opposer les outils les uns par rapport aux autres mais essayer d'atteindre l'épidémie cachée et voir comment améliorer le dépistage des 30 000 personnes qui ignorent leur statut sérologique. Il n'y a pas de lutte entre tel ou tel dispositif de dépistage qu'il faut essayer de faire travailler ensemble.*

L'ACHAT EN LIGNE

>> *Dr Annick Lavergne (CIDAG, CIDDIST Ridder) : Peut-on acheter les autotests sur Internet, sur les sites des pharmacies ?*

>> *Patrick Ambroise : Oui. La réglementation française autorise la vente sur Internet des autotests VIH par des pharmacies existant physiquement et dont le site est autorisé par les ARS. Une vente qui doit se dérouler dans les mêmes conditions que la vente en officine, c'est-à-dire qu'en même temps que l'autotest sont fournis la notice d'explication, un container pour l'élimination de la lancette... Vous trouverez la liste des pharmacies agréées pour la vente sur Internet sur le site du conseil national de l'Ordre des pharmaciens.*

LE TAUX DE TVA

>> *Quel est le taux de TVA appliqué sur les autotests ?*

>> *Patrick Ambroise : Le taux de TVA est de 20 %, celui qui s'applique aux dispositifs médicaux. D'autres dispositifs bénéficient d'un taux de 5,5 %, par exemple tout ce qui concerne le dépistage diabétique, mais eux sont remboursés. Les taux diffèrent selon que le produit est remboursé ou non, la seule exception étant la TVA à taux réduit sur les préservatifs. Il n'est pour l'instant pas prévu de taux dérogatoire pour les autotests VIH.*

LES CAMPAGNES D'INFORMATION

>> *Le ministère a-t-il prévu de faire une campagne d'information sur les autotests et les autres moyens de dépistage dans le courant de l'année ?*

>> *Patrick Ambroise : La publicité sur les produits est soumise à autorisation préalable de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM). Après, il peut effectivement y avoir une communication sur la place de l'autotest dans les outils de dépistage.*

>> *Jean-Christophe Comboroure (DGS) : L'Inpes a réalisé des brochures spécifiques sur ce dispositif et il faut rappeler le rôle de Sida info service qui va apporter du conseil et de l'aide sur l'utilisation de ces autotests.*

>> *Nathalie Lydié (Inpes) : La campagne de fin d'année sera une campagne d'incitation au dépistage présentant l'ensemble des possibilités de dépistage (pas uniquement l'autotest), tandis que dans notre brochure, l'autotest a été rajouté comme un moyen supplémentaire de dépistage du VIH.*

LE COÛT EXORBITANT

>> *Peut-on espérer une baisse des prix ?*

>> *Patrick Ambroise : Pour l'instant, un seul laboratoire commercialise le produit, peut-être qu'à l'avenir, d'autres fabricants en mettront sur le marché et que les prix évolueront. C'est un peu pour cela qu'au niveau du ministère de la Santé, nous essayons de pouvoir mettre en place un dispositif d'autotests gratuits dans les associations pour compenser leur prix actuel. Mais si les autotests sont payants, il existe aussi d'autres manières de dépister gratuitement (les Cegidd qui se mettent en place à partir du 1er janvier 2016 seront aussi une opportunité de se faire dépister). On est vraiment sur des actions et des outils complémentaires, et il faut jouer sur ce qui existe en fonction des populations et des besoins de chacun.*

>> *Michel Bourrelly : Pour être complémentaires, il faudrait déjà qu'ils soient accessibles de la même façon. Concernant le prix, il me semble que c'est aussi de la responsabilité de l'État de dire que 28 euros, c'est trop cher ou au moins, de demander qu'il y ait deux tests par boîte, ce qui permettrait de se tester à deux ou de faire deux tests séparés de trois semaines, si on a un doute. Si on veut toucher la poche de 15 à 30 000 personnes, il faut que ça soit incitatif.*





► **Nathalie Lydié,**

responsable du département Maladies infectieuses et Santé sexuelle (MISS)
Direction des affaires scientifiques, Inpes

Nous avons consulté trois bases de données et récupéré plus de 200 articles parmi lesquels nous avons fait une première sélection qui nous a permis de retenir 79 articles. Jusqu'en 2012, il y a deux à trois publications par an et il faut surtout attendre 2014 pour voir exploser le nombre de publications sur le sujet. Des publications qui concernent surtout ce que l'OMS appelle les «key populations», en fait beaucoup les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), avec un gros corpus concernant l'Amérique du Nord (ce qui est sans doute lié à l'autorisation des autotests aux États-Unis en 2012). Beaucoup plus étonnants sont les 24 articles concernant les pays d'Afrique subsaharienne, 8 seulement concernant les pays européens, ce qui représente peu de matière.

Cette littérature mélange en fait un certain nombre de choses, notamment des dispositifs «supervisés» et «non-supervisés» : les premiers correspondant aux tests de dépistage rapide (TROD) et les seconds, à ce que nous appelons l'autotest. J'ai donc fait un second tri pour essayer de regarder surtout ce qu'ils appellent les dépistages non-supervisés pour être vraiment dans le sujet. On trouve essentiellement des études observationnelles, peu d'essais contrôlés/randomisés et quelques modélisations.

Acceptabilité et accessibilité

C'est le seul thème sur lequel nous avons des données en population générale. Une première étude du CDC américain de 2006, une enquête multithématiques portant sur la santé, dont une question était «si vous aviez un test rapide, disponible, permettant d'avoir un résultat en vingt minutes à la maison, l'utiliserez-vous ?» 56 % des gens ont répondu «oui», avec un intérêt plus marqué dans certaines populations, en particulier les jeunes (70 % des 18-24 ans l'utiliseraient), les populations noire et hispanique, les multipartenaires dans les douze derniers mois, les HSH et les personnes testées dans l'année. L'enquête KABP 2010 posait le même genre de question «s'il existait un test de dépistage du VIH à faire soi-même à domicile avec un résultat immédiat, pensez-vous que les gens se dépisteraient plus facilement ? Et vous, vous dépisteriez-vous plus facilement ?», une dernière question à laquelle 72 % des hommes et 70 % des femmes ont répondu «oui». Un sujet sur lequel les opinions ont probablement bougé assez vite. Si on regarde les facteurs associés à l'acceptabilité, on retrouve ceux mis en exergue par l'étude américaine : un plus fort intérêt chez les jeunes, les multipartenaires, les HSH, mais pas parmi les personnes testées dans l'année. Cela donne donc des premières indications sur les populations qui pourraient être intéressées par les autotests.

L'acceptabilité est également extrêmement élevée parmi les HSH en particulier et globalement, on voit qu'il y a une très bonne acceptabilité (souvent supérieure à 80 %). En France, d'après l'enquête faite par Tim Greacen en 2009 via Internet et publiée en 2013, le niveau d'acceptabilité chez les HSH est supérieur à 85 %. Toutes les études vont globalement dans le même sens et montrent une très bonne acceptabilité de l'autotest parmi cette population (y compris d'ailleurs chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes). Je n'ai trouvé aucune étude concernant les migrants et c'est sans doute un champ de recherche à investiguer.

La forte acceptabilité est en lien avec les bénéfices perçus, avec grosso modo toujours les mêmes éléments qui ressortent : la commodité d'utilisation, la confidentialité et la rapidité du résultat.

Mais ces études montrent aussi qu'il y a des préférences qu'il ne faut pas négliger : une préférence marquée pour le test salivaire par rapport au test sanguin (avec lequel il y a plus de difficultés d'utilisation), une disponibilité au comptoir et sur Internet, une forte demande d'instructions claires (à la fois sur la manipulation et sur l'interprétation des résultats), et un counselling de préférence par téléphone ou Internet. Et des préoccupations : les erreurs de manipulation, les questions autour de la validité du test, l'absence de counselling et une très forte préoccupation autour du coût dont on voit que c'est un frein majeur. Selon les études qui se sont intéressées au coût acceptable, ce dernier varie d'un pays et d'un continent à l'autre, mais l'exemple le plus proche de nous est l'Espagne où il a été évalué à 20 €, donc un peu moins que le prix actuel en France. Des préoccupations qui montrent que l'autotest n'est pas forcément le choix numéro 1, quand on va faire un test de dépistage.

Une étude réalisée à New York sur la disponibilité des autotests en pharmacie, un an après leur mise sur le marché, révèle pour sa part que seules 27 % des officines new-yorkaises en proposaient. Ce qui est quand même peu. Et l'accessibilité est encore plus faible puisqu'elle est évaluée à 10 % (les pharmacies dans lesquelles la personne n'avait pas besoin de demander au pharmacien). En France, il faut les demander au pharmacien - un élément important puisque cela sous-entend interaction avec le pharmacien -, ce qui n'est pas forcément ce que désire la personne qui vient l'acheter. Cela peut constituer un frein à l'accessibilité.

L'utilisation dans la vraie vie et le profil des utilisateurs

Je n'ai trouvé que trois études (ne concernant que les HSH), en Australie, en France et à Hong Kong ayant pour point commun d'être faites en ligne sur Internet (l'autotest

n'étant disponible qu'à Hong Kong au moment où elles ont été réalisées). En Australie, 1,6 % des HSH ayant répondu à l'enquête en avaient déjà utilisé ; en France, environ 3 % et à Hong Kong (où il est disponible depuis plusieurs années), ils n'étaient que 6 % (mais l'acceptabilité y était dès le départ assez moyenne).

On retrouve des caractéristiques communes aux hommes utilisant ces autotests : HSH à haut risque de contracter le VIH, usagers de drogues, ayant eu accès à des informations sur les autotests et qui en avaient déjà utilisé pour d'autres pathologies que le VIH (glycémie, cholestérol...), et vivant leur sexualité dans le secret.

Je me suis par ailleurs intéressée à un article abordant les déterminants psychosociaux de l'utilisation. Il s'agit d'une enquête faite auprès d'un panel Internet avec deux groupes (l'un ayant déjà fait un autotest, l'autre pas) : la susceptibilité perçue (la perception que la personne a de son risque de contracter le VIH), la sévérité perçue (la personne considère-t-elle le VIH comme une maladie grave ou pas), la connaissance d'une personne qui a contracté le VIH, les bénéfices perçus (rapidité, confidentialité, l'autonomie, la responsabilité et la réassurance), un ensemble de variables sur les barrières perçues (le prix, la peur et l'insécurité créée par le fait de réaliser un autotest), le sentiment d'auto-efficacité (être capable de faire le test et d'interpréter les résultats correctement), la norme subjective (ce que l'on croit que son entourage attend de soi), le regret anticipé (si je ne fais pas l'autotest et que je découvre ensuite que je suis séropositif, je regretterai de ne pas l'avoir fait), l'obligation morale (pour soi et pour les autres) et l'efficacité de la réponse (la confiance que la personne attribue au résultat du test).

Parmi les prédictors de l'utilisation d'autotests VIH, on trouve ainsi deux dimensions extrêmement importantes : le sentiment d'auto-efficacité et les bénéfices perçus pour soi. Ce sont les deux prédictors les plus forts. Cela montre que si on veut que les gens utilisent l'autotest, on a vraiment intérêt à travailler sur ces dimensions-là.

Les bénéfices attendus

L'autotest favorise-t-il le recours au dépistage ? On s'est beaucoup demandé si l'autotest allait favoriser le dépistage, la réponse est «oui» dans les pays du Sud (avec des tests qui s'apparentent cependant davantage aux TROD qu'aux autotests), mais rares sont encore les évidences dans les pays du Nord. D'après les résultats préliminaires présentés à la Conférence on Retrovirus and Opportunistic Infections (CROI) d'une étude réalisée pendant quinze mois auprès de 230 HSH de Seattle à haut risque de contracter le VIH (la moitié d'entre eux s'étant vu donner des autotests quand l'autre moitié était renvoyée vers un dépistage standard), le nombre de tests dans le groupe autotests était de 5,3, significativement plus élevé que dans le groupe contrôle (3,6 tests en 15 mois). Les hommes du premier groupe avaient fait un dépistage trimestriel pour 76 % d'entre eux, contre 54 % dans le groupe contrôle. Contrairement à tout à l'heure, il ne s'agit pas de la vraie vie mais d'un essai randomisé où les

autotests sont fournis gratuitement, mais cela donne quand même des éléments de réflexion.

L'autotest augmente-t-il la perception du risque et le dialogue avec le partenaire ? Toujours selon cette étude (dont il faut, là encore, attendre les résultats complets), les autotests VIH pourraient par ailleurs accroître la perception du risque mais sans forcément affecter le niveau de risques ou modifier les comportements. Une autre enquête, qualitative, auprès de 27 HSH ayant reçu des autotests gratuitement et suivis toutes les semaines pendant trois mois, a montré que ces 27 hommes avaient eu 140 partenaires durant cette période et que l'autotest avait été proposé à 124 d'entre eux. Le taux d'acceptation des partenaires est extrêmement élevé (le partenaire l'a accepté dans 81 % des cas). Ces tests ont permis de découvrir dix résultats positifs et il n'y a pas eu de rapport sexuel en cas de résultat positif ou de refus du test par le partenaire. Les auteurs concluent que l'usage de l'autotest prévient l'exposition au VIH des HSH, augmente la perception du risque et évite les rapports sexuels entre personnes de statut sérologique différent. Mais ce qui m'a un peu gênée, c'est que cet article ne discute à aucun moment des enjeux de discrimination que sous-tendent ce résultat.

Supplément versus remplacement

Autrement dit, que va-t-il se passer si tout le monde délaisse le dépistage standard pour faire de l'autotest ? Un travail de modélisation a montré qu'il y aurait une hausse de la prévalence parmi les HSH s'il y avait un report total du premier vers les seconds, avec deux hypothèses : elle passerait de 19 à 27 % sans augmentation de la fréquence de dépistage, et de 18 à 22 % si la fréquence de dépistage était multipliée par trois. Donc, même si les autotests augmentent la fréquence de dépistage, la prévalence augmenterait en cas de report total. Une hypothèse qui paraît assez peu probable, mais en mettant les autotests à 28 €, je pense qu'on a de toute façon réglé la question.

Quand on interroge les HSH sur la manière dont ils ont prévu de se saisir de l'autotest, ils le perçoivent davantage comme un outil complémentaire que comme un outil de remplacement et comme une opportunité supplémentaire de se dépister plus fréquemment.

Risques potentiels, compréhension du résultat, lien vers le soin

Le risque psychologique et le counselling ont été un frein majeur à l'autorisation des autotests dans de nombreux pays. Mais les études montrant que le sentiment d'auto-efficacité est vraiment un élément clé de l'utilisation de ces tests, je pense que ce sont les hommes les mieux armés qui se saisiront de cet outil. Les autres continueront à aller voir leur médecin ou à se rendre dans les centres de dépistage. Une étude qualitative interrogeant des HSH new-yorkais sur leur réaction en cas de résultat positif fait ressortir trois dimensions : gérer le choc du résultat, obtenir des soins médicaux, et l'arrêt ou le report des rapports sexuels avant d'avoir une confirmation du résultat. Donc des choses finalement assez sensées et plutôt rassurantes.



Visuel du flyer faisant la promotion des autotests
(© Crips octobre 2015)

Autre débat très important : que vont faire les personnes de leur résultat ? Il y a encore une fois peu de données mais un article de 2010 sur une enquête en ligne dont 18 % des répondants (majoritairement des HSH) avaient déjà fait un autotest sur différentes pathologies et 1,6 % un autotest VIH. En cas de résultat négatif, 96 % des personnes se disaient rassurées par le test (sans pouvoir comparer le VIH au dépistage d'autres pathologies), parmi lesquelles 78 % n'ont rien fait d'autre. Un pourcentage qui atteint 72 % parmi les usagers de l'autotest VIH, qui ont cependant été plus nombreux à aller faire un deuxième test (11 % déclarant en outre avoir changé de style de vie après le résultat). En cas de résultat positif, 81 % de l'ensemble des personnes ont déclaré qu'elles avaient confiance dans le résultat du test, 80% de l'ensemble sont allées consulter (100% parmi les usagers d'autotest VIH mais l'échantillon était tout petit). Ces données qui concernent soit le VIH, soit d'autres autotests, témoignent que face à un résultat positif, les personnes font la démarche d'aller vers le soin.

Les travaux en cours

Finalement, quand on regarde la littérature, on se dit qu'il y a eu beaucoup de débats mais que peu de choses sont démontrées, et il reste encore beaucoup d'inconnues, notamment en France.

Je vous présente un petit focus sur les travaux en cours ou les informations dont on va pouvoir disposer rapidement:

- Un travail mené l'année dernière avec Tim Greacen, l'étude Delphi, qui avait pour objectif d'identifier les besoins et les préférences des utilisateurs potentiels. Ce travail en cours de publication était en fait une consultation d'experts portant sur différentes populations – HSH et autres populations clés (migrants, usagers de drogues, transgenres, DFA, jeunes et un groupe population générale) – qui nous permettra de faire des recommandations de bonnes pratiques autour de la communication et de l'information, des enjeux très forts. Si nous voulons que les personnes utilisent l'autotest, il faut qu'elles en comprennent l'intérêt et les bénéfices.
- Un autre projet qui va démarrer début 2016, l'enquête «V3T» pour «VIH, teste-toi toi-même». Il s'agit d'un gros dispositif qui va se dérouler en trois temps :
- Une enquête transversale par questionnaire en ligne visant à décrire la population intéressée par l'autotest et celle l'ayant déjà utilisé.
- Parallèlement, nous proposerons un accès gratuit aux autotests à un sous-échantillon que nous suivrons pendant six mois afin de décrire le recours au dépistage en fonction des prises de risques sexuels et voir comment l'autotest s'inscrit dans les stratégies de dépistage.
- Un troisième temps consistera en une étude qualitative visant à décrire le vécu des utilisateurs et l'impact des autotests sur leur vie personnelle, sexuelle et leur rapport à la santé.

Nous avons fait le choix d'aller au-delà des HSH parce que l'épidémie est aussi assez forte chez les migrants d'Afrique subsaharienne, même si c'est un peu un pari d'arriver à amener cette population sur Internet pour une enquête en ligne. Piloté par Tim Greacen, ce projet est financé par l'ANRS et l'Inpes et débutera en janvier, ce qui veut dire qu'on n'aura pas de résultats avant la fin 2016.

ET APRES ?

«Qu'aura-t-on comme indicateurs en routine pour savoir ce qui se passe dans la vraie vie ? Je n'ai trouvé aucun chiffre concernant les ventes d'autotests aux États-Unis où ils sont disponibles depuis 2012. Pas d'information non plus sur les caractéristiques des acteurs, donc de quoi disposera-t-on en France comme indicateurs de routine ? Des appels à Sida info service, l'Inpes s'étant de son côté organisé pour pouvoir récolter les chiffres de vente. On aura donc un suivi des ventes (les volumes vendus chaque mois en pharmacie par région). L'InVS a pour sa part modifié sa fiche de déclaration obligatoire pour y faire figurer l'autotest comme motif de réalisation d'un test de confirmation, ce qui constituera un canal supplémentaire d'informations. On pourra aussi imaginer avoir des données plus ponctuelles pour caractériser les acheteurs (un aspect important), à travers les dispositifs d'enquête existants (presse gay ou KABP qui interrogent déjà sur les pratiques de dépistage) ou une enquête d'une semaine ou d'un mois donné en pharmacie.»

⇒ LES QUESTIONS

L'IMPACT SUR LA PREVALENCE

>> *Christelle Destombes (Transerval) : Concernant l'augmentation de la prévalence, pourriez-vous préciser un petit peu ce que cette étude indiquait ?*

>> *Nathalie Lydié : C'est une étude de Katz qui fait une modélisation partant du principe que si l'autotest est moins performant qu'un Elisa quatrième génération et que les personnes utilisent uniquement l'autotest, on va rater des positifs. Et quand Katz modélise pour évaluer l'impact sur la prévalence du VIH, il trouve que finalement, elle augmente. Cela a aussi été discuté par le CNS qui estimait que c'était un risque possible.*

>> *Virginie Supervie, Inserm : C'est tout à fait ça : si tout le monde passe à l'autotest, comme sa sensibilité est moins bonne, des personnes – qui auraient dû être diagnostiquées séropositives, orientées vers le soin, traitées, et voir leur charge virale baisser (et avec elle, le risque de transmettre la maladie) – pensant qu'elles ne sont pas infectées pourront continuer à transmettre le virus. Donc au fur et à mesure, la prévalence augmente. Ils font l'hypothèse que la sensibilité des autotests est moins bonne que celle des tests en laboratoire, mais c'est une hypothèse.*

>> *Michel Bourrelly : C'est aussi pour se couvrir un petit peu parce que Christine Rouzioux est furieuse sur l'histoire des trois mois. Et même si nous allons relayer ce délai de fiabilité pour l'autotest, elle considère qu'une réponse peut apparaître au bout de trois semaines. C'est pour cela qu'on a modulé notre phrase pour dire «si vous êtes prêt à faire le test, faites-le» parce qu'on ne peut pas faire un modèle mathématique spéculant sur l'avenir qui peut soustraire des personnes du dépistage, alors qu'on pourrait éventuellement dépister des personnes séropositives.*

>> *Nathalie Lydié : Le Kiosque, le centre de dépistage du Marais qui pratique les TROD (avec les mêmes tests), trouve des primo-infectants. Ce que nous voulons effectivement aujourd'hui, c'est que les gens se fassent dépister. Comme le dit Tim Greacen, les gens ont une «fenêtre de courage» pendant laquelle ils décident d'aller faire un test. Si c'est avec un autotest, c'est un peu dommage de leur dire que ce n'est pas le bon moment. Les études montrent que les personnes qui vont recourir à l'autotest sont celles qui sont capables d'en comprendre les enjeux, et il serait très dommage de s'en priver. On a entendu beaucoup de choses sur la validité du test et on s'est dit que ça allait dissuader les gens qui allaient se poser beaucoup de questions, alors que ce qu'on souhaite véritablement, c'est qu'ils se fassent dépister le plus souvent possible. En particulier les HSH parmi lesquels on n'arrive pas à faire baisser l'incidence. Même s'il y a encore débat sur leur efficacité, les autotests vont probablement devenir un élément supplémentaire des stratégies de réduction des risques sexuels.*

RISQUE D'EN FAIRE UN MOYEN DE PRESSION

>> *Fred Bladou (AIDES) : Puisque c'est une des réserves auxquelles nous sommes confrontés face à l'autotest, a-t-on mesuré le côté utilisation de l'autotest comme moyen de pression ou de chantage pour une relation sexuelle (si on refuse de faire un test) ? Faire l'autotest uniquement pour répondre à une pression ou un chantage a-t-il été soulevé dans les études analysées ?*

>> *Nathalie Lydié : Les autotests étaient donnés pour les proposer aux partenaires et ce que j'ai trouvé intéressant, c'était le taux d'acceptation : quand l'autotest était proposé au partenaire avant une relation sexuelle, dans plus de 80 % des cas, le test était réalisé. Dans deux cas, les HSH ont refusé le test en disant qu'ils étaient séropositifs (ça leur a permis de le dire alors qu'a priori ils ne l'auraient pas dit avant le rapport). Ce qu'on lit entre les lignes, c'est que l'autotest a été très facilement proposé par les personnes qui en détenaient. Ce n'est donc pas un truc très difficile à faire. Il y a eu sept agressions verbales que l'auteur minimise en disant qu'il s'agissait peut-être de personnes un peu fragiles psychologiquement. Mais l'intérêt, c'est aussi ce qui se passe après : pas de rapport sexuel en cas de test positif, d'accord, mais en cas de refus de test, qu'est-ce que ça signifie ? L'aspect coercitif ressortait pas mal comme préoccupation dans l'étude Delphi. Pour en avoir discuté avec certains acteurs de la lutte contre le sida, cela ressortait aussi dans les populations d'Afrique subsaharienne, mais je ne sais pas trop comment on mesure cela. On ne peut évidemment pas écarter le fait que cela va se passer dans certaines situations. On ne va pas refuser la mise à disposition des autotests parce qu'à un moment donné, quelqu'un a fait n'importe quoi.*

**LES FAUX POSITIFS
ET LES FAUX NEGATIFS**

>> Vincent Coquelin (AIDES) : Je travaille sur le dépistage en Île-de-France et on a parfois (c'est très rare) des gens qui ont un TROD positif avec une confirmation négative. On a aussi 20 % des personnes qui ont un TROD positif qui étaient déjà contaminées et qui viennent voir si le virus est toujours présent. Très exceptionnellement (2 personnes sur 30 cette année) on a des personnes se sachant séropositives dont le TROD s'est avéré négatif parce que leur charge virale était indétectable. La problématique va-t-elle être la même avec les autotests ?

>> Nathalie Lydié : Oui, parce que ce sont les mêmes tests. Je n'ai pas vu d'études portant spécifiquement là-dessus, mais je pense que c'est encore trop tôt pour voir ce type de résultats publiés pour le moment, et on sait très bien que cela fait partie des limites du test. Il y a deux écoles chez les virologues : les hyper prudents adeptes du principe de précaution, non pas qu'ils soient contre l'autotest mais qui ont beaucoup de résistances ; une deuxième école derrière Christine Rouzioux (dont je suis plutôt proche) qui reconnaissent les limites du test tout en mettant en avant ses enjeux. Malgré tout cela, je ne vois pas tellement quel argument avancer pour ne pas mettre les autotests à disposition. Il faut aussi faire confiance aux gens. Et je ne crois pas que les limites de l'autotest (qui sont réelles, dont il faut tenir compte et qu'il faut expliquer) soient des arguments suffisants pour ne pas le mettre à disposition.

>> Michel Bourrelly : Si la charge virale a baissé depuis longtemps grâce à un traitement précoce, la personne le sait et elle sait pourquoi (parce qu'elle prend un traitement). La probabilité qu'elle choisisse d'arrêter son traitement parce que le test est négatif paraît quand même assez limite.

>> Nathalie Lydié : Un des éléments intéressants qui revient régulièrement dans la littérature, c'est que l'autotest – probablement à cause du coût – est vraiment perçu comme un outil complémentaire : on fait un autotest entre deux dépistages au CDAG. Cela peut permettre d'augmenter la fréquence du dépistage et c'est ce qu'on recherche.

Autre point dont on n'a pas beaucoup parlé et c'est finalement peut-être ma seule réserve sur ce que l'on attend de l'autotest : on a pris le pari de dire qu'il allait amener au dépistage des personnes qui n'avaient jamais été dépistées, mais je n'ai rien trouvé qui aille dans le sens de cette hypothèse dans la littérature. Nous verrons...

L'ATTITUDE DES PHARMACIENS

>> Julie Langlois (SFLS) : La Société française de lutte contre le sida (SFLS) s'active actuellement à former les pharmaciens d'officine à dispenser ces autotests et je voulais juste évoquer l'acceptabilité par le pharmacien à proposer des autotests, à en mettre dans ses rayons. Et nous essayons vraiment de les décomplexer. Beaucoup de pharmaciens n'osent pas en mettre en rayons, d'autres ne veulent pas parce qu'ils sont chers et ont peur de ne pas les vendre. Le stock actuel des grossistes se périssant dans six mois (le suivant aura vingt mois de durée de vie), une petite pharmacie rurale qui en achète une ou deux boîtes n'est pas sûre de les vendre dans les six mois. Un phénomène intéressant (l'acceptabilité par les pharmaciens) à travailler et évaluer.

>> Michel Bourrelly : Les grossistes devraient peut-être donner très vite leur stock aux associations pour qu'elles les distribuent très rapidement...

>> Nathalie Lydié : J'entends très bien ce que vous dites (je peux comprendre le pharmacien qui ne se sent pas forcément à l'aise), mais je regrette qu'en France, le pharmacien ne soit pas davantage acteur de santé publique. Je lisais la semaine dernière un article rapportant une expérience de dépistage rapide dans les pharmacies en Espagne où les pharmaciens sont habilités à faire du TROD. Et on voit que les pharmaciens se sont vraiment saisis de cela (je crois qu'il y avait 1 % de résultats positifs). Je ne sais pas pourquoi en France ils ont été complètement écartés du TROD, mais s'ils en faisaient, peut-être seraient-ils plus à l'aise pour vendre des autotests. Il y a peut-être matière à réfléchir.

VENTES DES AUTOTESTS 3 MOIS APRES LEUR LANCEMENT 

AUTOTEST VENDUS	Du 31/10 Au 06/11	Du 07/11 Au 13/11	Du 14/11 Au 20/11	Du 21/11 Au 27/11	Du 28/11 Au 04/12
PRODUITS	Unités Volume	Unités Volume	Unités Volume	Unités Volume	Unités Volume
AUTOTESTS dispensés en officine par semaine	1168	1513	1526	1620	2 865

Sources : IMS Pharmatrend Hebdo



► Alain Miguet,

rédacteur en chef, Sida info service

Sida info service a été créé il y a vingt-cinq ans, avec des écoutants formés à l'écoute, à l'information VIH, certains d'entre eux étant avec nous depuis le début. Il y a donc tout un héritage de l'histoire du VIH. Après l'écoute téléphonique, nous avons développé pas mal de produits comme les réponses par mail, les forums, le chat, et une application mobile qui permet de faciliter l'accès à nos différents services téléphone et Internet. Nous avons aussi une page Facebook, un compte Twitter, trois pôles d'écoute (Ivry, Grenoble et Montpellier), dix délégations régionales et une en Guyane.

Quelques chiffres pour vous montrer l'importance de notre travail : un peu plus de 100 000 appels traités, uniquement sur la thématique VIH, environ 12 000 questions/réponses par an, et énormément de visiteurs et de pages consultées sur Internet. Un chat créé il y a peu de temps permet également d'offrir une nouvelle porte d'entrée et c'est un élément extrêmement dynamique dans les réponses que nous pouvons apporter sur le VIH.

Une légitimité dans l'accompagnement

Le Conseil national du sida (CNS), le Comité national d'éthique, et beaucoup d'organismes s'étant déclarés favorables à l'autotest mais avec une ligne d'accompagnement et d'information, nous avons fait valoir notre légitimité dans l'accompagnement et dans la relation d'aide à distance quand nous avons entendu parler du projet.

Et il n'a pas été trop compliqué d'obtenir l'agrément du ministère de la Santé.

C'était d'autant plus important que nous sommes vraiment experts dans l'écoute des personnes grand public et des personnes atteintes, et nous avons chaque année des personnes qui viennent d'apprendre leur séropositivité (qui peuvent bénéficier de rendez-vous réguliers). D'où notre capacité à répondre à des appels de personnes qui découvrent leur séropositivité avec un autotest.

Nous avons travaillé avec le laboratoire AAZ pour que notre numéro apparaisse sur la boîte et qu'il figure également sur la notice intérieure avec un petit indicatif rappelant que nous sommes une ligne anonyme, confidentielle et gratuite.

Toutes les équipes d'écoutes ont également été formées sur la manière de faire l'autotest pas à pas, notre mission étant de pouvoir donner de l'information en accompagnant. Il faut permettre aux gens de voir comment ils vont pouvoir intégrer cette information du début à la fin, la prendre en charge directement. C'est notre savoir-faire. Du coup nous avons créé des outils permettant aux personnes de voir ce qu'est l'autotest VIH, les gestes à faire du début à la fin pour avoir un test parfaitement réussi. Ces vidéos d'environ 4 mn, en ligne sur notre site (<https://www.youtube.com/user/SidaInfoService>), permettent de faire le lien avec l'écoute. Chaque vidéo explique, informe et prévoit l'accompagnement dont les gens pourront bénéficier par téléphone. Au téléphone, parce qu'il faut vraiment un lien direct avec la personne.

Nous avons également créé une carte mémo qui permet de savoir que nous sommes là pour répondre aux personnes qui s'interrogent, veulent un complément d'info, ou être accompagnées. Au départ, nous l'avions faite pour nos délégations régionales qui interviennent dans des festivals, des lieux gays, pour que les gens sachent que nous sommes la ligne d'accompagnement. Et parmi les premiers appels reçus, il y a eu beaucoup de pharmaciens qui nous contactaient pour nous commander cette carte mémo. Bien que notre numéro soit déjà sur la boîte et la notice explicative, les pharmaciens ont besoin d'infos pour eux-mêmes et pour le public, et cette carte mémo est en fait un complément.

Les vidéos ont été mises en ligne il y a quelques jours, et on est déjà à plus de 14 000 vues, ce qui montre tout l'intérêt du public envers cet autotest VIH. C'est important parce que c'est un premier degré. Avant la mise en vente, le 15 septembre, les thèmes qui revenaient assez régulièrement sur Internet en général (blogs, forums, etc.) étaient l'achat en pharmacie et la protection de la vie privée. Aller acheter un autotest VIH en pharmacie n'est pas évident pour tous et, sachant qu'il y a parfois besoin de détails, le pharmacien ou la personne pourront-ils en parler alors qu'il y a du monde derrière ? Il n'y a pas vraiment de lieu en retrait où aborder les questions liées à la sexualité...

Les premiers retours avant commercialisation...

«Faire seul dans sa cuisine» revenait aussi très régulièrement ; d'autres questions portant sur les mineurs par rapport aux parents : «A-t-on le droit de vendre un autotest aux mineurs ?» Oui, même s'il y a des précautions à prendre en préférant si possible l'orientation vers un CDAG qui pourra faire un accompagnement. Et évidemment, sur le prix, qui était déjà prégnant à l'époque et qui continue à l'être. Le tout premier jour, le 15 septembre, dans les pharmacies qui vendaient l'autotest VIH par Internet, les tarifs allaient de 25 à 39 € maximum, donc bien au-delà de ce qu'on voit aujourd'hui. Les prix ont baissé et au dernier pointage que nous avons fait, le minimum était de 20 €, le maximum de 30 €. Il ne faut pas oublier qu'au test acheté 20 €, les frais de port rajoutent encore 4 ou 5 €, donc toujours un minimum de 24-25 euros. Notre page d'accueil renvoie vers les sites en proposant à moindre coût.

Toujours avant le 15 septembre, nous avons aussi entendu la question de la fiabilité («Aurons-nous des tests véritablement

fiables ?») et sur le choc de la découverte d'une séropositivité dans sa cuisine (émanant aussi bien d'hommes que de femmes, d'âges très variés).

... et après

Depuis le 15 septembre, il n'y a pas eu de raz-de-marée d'appels : 50 appels le jour de mise en vente, ce qui n'est pas énorme. On espérait beaucoup d'appels et ce n'est finalement pas le cas. Peut-être faut-il laisser le temps que les gens découvrent ce produit et se l'approprient. Globalement, sur les dix premiers jours, nous avons eu 280 appels liés à l'autotest.

Qui est concerné ? Plutôt des jeunes (mais l'échantillon est faible), même des mineurs.

Les fiches d'appel remplies par les écoutants comportent 5 items : aide à la réalisation de l'autotest (du début à la fin), généralités (c'est quoi ? où le trouver ? à quel prix ?...), interprétation du résultat, problèmes techniques pouvant arriver, autres (demandes d'affiches, de cartes mémo, etc. A la fin de l'entretien, l'écoutant fait un petit rédactionnel pour avoir à la fois la partie quantitative et la partie qualitative.

Voilà ce qui revient principalement. D'abord, les généralités. Beaucoup de personnes voulaient avoir une information très générale sur l'autotest. Ensuite, les «autres» demandes et enfin, l'interprétation des résultats. Beaucoup de personnes nous contactent pour nous dire qu'elles ont fait l'autotest sans aucun problème technique, qu'il est négatif, mais qu'elles veulent s'assurer d'avoir tout fait correctement. On veut valider auprès d'une «autorité» qu'on n'a vraiment fait aucune erreur et qu'on peut être totalement rassuré. Un jeune gay, la vingtaine, nous a par exemple contactés pour nous dire qu'il avait acheté un autotest la veille en pharmacie et qu'il l'avait fait le lendemain matin, 89 jours après la prise de risque. Il voulait d'abord s'assurer que le résultat était bien négatif malgré un jour en moins. Et dans la discussion, il expliquait avoir fait un autotest parce que c'est moins «formel» qu'en se rendant chez le médecin ou dans un CDAG. Moins formel, autrement dit, moins compliqué, moins procédural, moins prise de tête. Ils le font, nous contactent, valident, et c'est terminé. Si on peut faire un test dans sa cuisine, il y a donc une vraie demande de validation du résultat par quelqu'un qui connaît et qui a le temps de le faire. Une de nos particularités, c'est de pouvoir prendre le temps avec chaque personne pour qu'elle comprenne bien de quoi on parle, ce que l'on fait, ce qu'elle a fait. Le temps est extrêmement important.

Enfin, il y a eu très peu de problèmes techniques, qu'on a fait remonter à chaque fois.

Qu'avons-nous entendu ? Personne n'a été accompagné par un écoutant de bout en bout alors que nous pensions devoir le faire. Il y avait même une inquiétude de la part des écoutants qui trouvaient très compliqué d'accompagner quelqu'un de bout en bout. Nous n'avons pas eu à le faire.

Beaucoup de personnes se sont dites intéressées par l'autotest pour finalement renoncer et décider d'aller ailleurs parce qu'elles préféraient avoir un contact avec un médecin. Il y en a eu pas mal.

Il y a également quelques problèmes techniques : test ininterprétable (aucune bande n'est apparue ou une bande rose en plus, mais 20 mn après...), mauvaise utilisation du matériel avec l'autopiqueur qui s'est rétracté trop vite. Et des demandes d'informations généralistes avant l'achat telles que la fiabilité, les délais, le coût, etc.

Quelques exemples concrets

Nous avons eu le cas d'un test positif chez un homme très surpris du résultat, et c'est là que le rôle du pharmacien est important car l'autotest n'est pas un produit anodin. Il faut parler avec la personne qui vient en acheter pour lui dire que le résultat peut être négatif (dans la plupart des cas) mais aussi positif. Il faut pouvoir en parler et au moment où on fait le test, renvoyer vers une ligne d'écoute. Le rôle du pharmacien est ici très important. Idem sur le délai, parce que certaines personnes viennent acheter un autotest pour un risque pris la veille, alors qu'on ne peut pas le faire immédiatement. Il faut inciter à regarder les vidéos que nous avons faites, leur rappeler que le résultat peut être positif, et leur donner les coordonnées de la ligne d'accompagnement. Il y a 22 000 pharmaciens et un gros travail d'information à faire auprès d'eux pour leur dire ce qu'est le produit et qui peut aider à accompagner les personnes.

Nous avons également eu le cas d'une femme séropositive depuis deux ans, sous traitement, qui a acheté des autotests pour en parler avec ses partenaires. Elle a aussi décidé d'en faire un, dont le résultat était négatif. Elle nous appelle, pensant qu'elle n'était peut-être pas contaminée alors qu'on lui donne un traitement.

Nous n'avons eu aucun appel de nuit, alors qu'il y avait eu un gros débat à propos des gens faisant un test la nuit et qui pourraient paniquer. Les appels de nuit étaient liés à un questionnement autour du VIH, pas de l'autotest. À l'exception d'un seul appel, répétitif, émanant d'une personne ayant fait un autotest positif avec confirmation négative qui criait au scandale en disant qu'il fallait les retirer du marché.

Nous publions sur notre page d'accueil un petit sondage dans lequel nous avons demandé aux internautes qui viennent nous voir (donc qui ont un intérêt direct ou indirect sur le sujet) s'ils comptaient faire un autotest VIH. Mis en ligne le 4 septembre, il totalisait 438 votes le 25, et les trois-quarts des gens se déclaraient prêts à en faire un.

⇒ LES QUESTIONS

L'ACCOMPAGNEMENT DANS LES DFA

>> Alexis Colin (Entr'Aides Guyane) : *Prévoyez-vous d'adapter les outils qui accompagnent l'autotest (la notice et les vidéos) aux différentes langues ?*

>> Alain Miguet : *On n'a pas prévu d'adaptation parce qu'il faut des ressources que nous n'avons pas pour l'instant, mais l'idéal serait de créer des partenariats pour des vidéos en langues différentes, notamment pour la Guyane. Mais ce n'est pas un projet que nous avons sur le court terme.*

>> Alexis Colin (Entr'Aides Guyane) : *La ligne téléphonique dont vous avez parlé est-elle gratuite depuis un téléphone portable, sachant qu'en Guyane, les gens ont beaucoup de téléphones portables et peu de lignes fixes ?*

>> Alain Miguet : *Oui, c'est gratuit depuis un portable, il n'y a pas de problème d'accès.*

>> Un participant : *Je crois que ça le sera effectivement à partir du 15 octobre. Tous les numéros verts (0800, 0808, 0805...) le seront à cette date, en tout cas en métropole, à vérifier pour les DFA.*

LES APPELS DE PHARMACIENS

>> Comment expliquer les appels de pharmaciens, sachant que l'Ordre a réalisé un document assez bien fait à destination de ces mêmes pharmaciens ?

>> Alain Miguet : *Nous étions effectivement un peu étonnés d'avoir un certain nombre d'appels de pharmaciens mais on voit parallèlement qu'il y a un manque d'informations et un certain isolement de leur part. Ils ne savent pas trop comment répondre et nous sommes là pour leur apporter ce complément d'informations. C'est l'intérêt de figurer sur la boîte, pour qu'ils puissent eux-mêmes nous appeler.*

L'ANGOISSE DU «FAIRE SEUL»

>> Pour les gens de ma génération, le «faire seul» est une grande inquiétude. On s'est tellement battu pour avoir de la qualité de pré-test, de pré-entretien, pour que les médecins soient capables de parler et qu'ensuite les associations le fassent que le «faire seul» est pour moi source d'angoisse. Que vous ont dit les gens autour de ça ?

>> Alain Miguet : *Il y a eu très peu d'appels, mais ce n'était pas apparent.*

Vidéos expliquant l'autotest. Vidéos disponibles sur le site internet de Sida Info Service (© Sida Info Service 2015)



► René Maarek, pharmacien

Effectivement, les pharmaciens sont dans l'apprentissage (je sors de la première formation sur l'autotest) parce qu'ils n'ont pas été inclus dans le dépistage VIH, et c'est la première fois qu'ils ont un rôle à jouer dans le dépistage. C'était indispensable parce que 100 % de la population passe par les pharmacies et ça aurait été dommage de ne pas profiter de cette fréquentation. Je pense sincèrement que les personnes porteuses du VIH peuvent être dans l'ambivalence en disant «oui, c'est vrai qu'à une période de ma vie j'ai eu des comportements à risque, il faudrait que je fasse un jour le dépistage» mais ce n'est jamais le bon jour, le bon moment. Et quand vous parliez tout à l'heure du côté formel, aller se faire dépister nécessite en effet d'aller consulter un médecin, d'avoir une prescription, d'aller se faire prélever et d'attendre le résultat : autant de freins pour ceux qui sont ambivalents, qui ont envie de le faire tout en ne le faisant pas. En France, tout citoyen a une pharmacie à proximité de son domicile, avec une ouverture 24h/24 grâce aux pharmacies de garde, ce qui peut résoudre l'ambivalence de certains.

Un moment historique

En tant que pharmaciens, nous avons conscience que c'est un moment historique et très important qu'il ne faudra pas gâcher parce qu'une pharmacie est avant tout un endroit où on rentre quand on le désire, au moment où on le désire, il suffit de pousser la porte. C'est la liberté de pouvoir faire ce qu'on a envie au moment où on en éprouve le besoin. Tout l'enjeu est dans l'attitude des pharmaciens, et toute la profession est consciente du défi à relever. D'autant que nous devons aujourd'hui nous défendre face aux grandes surfaces dont certaines vendent déjà des tests de grossesse qui eux aussi nécessitent un accompagnement. Une caissière de supermarché ne pourra pas expliquer les choses et rassurer une jeune fille de 13 ans qui vient parce qu'elle est dans le doute. Les pharmaciens ont conscience de leur rôle concernant l'autotest VIH, et disposent depuis la loi «Hôpital, patients, santé, territoires» (HPST) de lieux de confidentialité. Nous sommes donc à même de relever ce défi.

La première formation dispensée aujourd'hui a d'abord insisté sur le fait d'accueillir les personnes de manière empathique et surtout, de les guider. Nous sommes des témoins actifs. Ce qui est important, c'est la chronologie de la prise de risque en fonction de laquelle les conseils diffèrent.

Deux dates importent pour le pharmacien :

-si la prise de risque est inférieure à 48 heures, orienter les personnes vers un service d'urgences pour pouvoir bénéficier du traitement post-exposition ;

-et le délai de trois mois, en expliquant que si la prise de risque date d'avant, l'autotest n'est pas l'outil adapté, et en les orientant vers d'autres tests plus précoces réalisés par les centres de dépistage.

L'idée est d'apporter aux gens une information valable mais surtout, de les réorienter correctement vers les institutions adaptées.

Que le numéro de Sida info service figure sur la boîte est également très important, et c'est devenu une référence. Même si la communication de l'Ordre est très bien faite, nous avons en effet pris l'habitude de faire appel à SIS face à une demande impromptue dans l'urgence.

Un accompagnement personnalisé

Je suis fondamentalement contre le principe de la vente par Internet parce qu'il n'y a pas de conseils apportés. Les pharmaciens ont décidé d'élaborer des documents de conseils d'utilisation des autotests parce que la manipulation n'est pas si facile que ça. Il faut se préparer, avoir un endroit propre et bien disposé, vérifier que tous les composants sont bien là... Des détails, mais c'est dans le détail que l'on rassure les gens, qu'on les déstresse et qu'on dédramatise la situation. Quand la personne sortira de la pharmacie avec toutes les réponses qu'elle était venue chercher, elle aura aussi un document avec les coordonnées de la pharmacie, toutes les explications techniques, les limites d'utilisation... La personne ne sera pas seule chez elle quand elle fera son test car elle aura avec elle ce papier personnalisé. Toute personne passant à la pharmacie se verra par ailleurs remettre une liste des centres de dépistage se trouvant à proximité. S'il sent la personne très inquiète ou fragilisée, le pharmacien pourra également lui proposer de faire le test à l'officine, dans une pièce isolée. J'espère que nous pourrions toucher une globalité de patients.

Dernière info : nous sommes en rupture d'autotests depuis une semaine. Je ne sais pas s'il faut être content mais c'est quand même embêtant.



Brochure d'information sur les différents dépistage disponible au Crips (© Crips octobre 2015)

⇒ LES QUESTIONS

LA VENTE SUR INTERNET

>> Florence Godefroy (infirmière Espace santé jeunes et centre de planification familiale, Nanterre) : Pour certaines personnes, même aller dans une pharmacie peut être compliqué en raison du face-à-face. L'achat sur Internet pourrait peut-être leur permettre de faire cette démarche, tout en sachant qu'elles peuvent aussi appeler Sida info service. Y a-t-il vraiment ce temps d'accompagnement dans les officines (qui nécessite du personnel et du temps) ? Les endroits de confidentialité sont-ils bien repérés par la population et les pharmaciens prennent-ils vraiment le temps de bien expliquer les choses aux gens ?

>> René Maarek : Depuis quelque temps et avec la loi HPST qui leur donne un rôle de premier recours, certains pharmaciens font des entretiens thérapeutiques (par exemple sur les anticoagulants) et la plupart d'entre eux jouent le jeu de cette nouvelle posture éducative. Ma pharmacie est à Montreuil-sous-Bois et ouverte 24h/24. Donc oui, il y a du monde, de l'attente, mais il y a aussi du personnel. L'intérêt d'une pharmacie, c'est qu'elle accueille tout le monde, et tous les patients n'étant pas pareils, il faut savoir prendre le temps. La plupart le feront, surtout dans ce domaine du VIH et de la prévention. Les pharmaciens sont conscients de l'enjeu, du pari et du défi qui leur fait face, et je pense qu'ils sont tous volontaires pour jouer ce rôle. La liste de pharmaciens demandeurs de formation a explosé quand on a proposé les formations de test VIH. Donc je pense qu'ils ont une réelle volonté de s'impliquer et d'apporter leur aide.

FAIRE MIEUX QUE LES PHARMACIENS NEW-YORKAIS

>> Mathieu Brancourt (RemAIDES) : On a vu tout à l'heure que seuls 30% des pharmacies à New York proposaient des autotests, comment allez-vous faire pour accroître ce taux parmi les pharmaciens français ? Au-delà du prix, la disponibilité et l'accessibilité des autotests en pharmacie pourraient être un écueil supplémentaire.

>> René Maarek : Je n'arrive pas à m'expliquer ce taux à New York, je ne comprends pas. Je pense qu'en France, tout le monde est prêt et pressé d'en avoir, les ruptures de stock le démontrent. Je ne vois aucune raison de ne pas délivrer d'autotest. Il n'y a pas si longtemps, certains pharmaciens refusaient de vendre la pilule pour des raisons morales. C'est tellement loin de ma pensée que je ne peux pas imaginer qu'un pharmacien refuse de vendre un autotest.

LA NOTICE

>> Fred Bladou (AIDES) : Vous critiquez la notice fournie par le laboratoire en expliquant que vous êtes obligé d'en faire une mieux adaptée : que lui reprochez-vous ?

>> René Maarek : Je vais essayer d'être un peu plus clair : la notice a été très bien faite mais en tant que pharmaciens, nous avons l'habitude de vendre des boîtes dont les gens ne lisent pas forcément la notice ou sont impressionnés par elle. Ce document est une possibilité qu'on laisse aux gens, un accompagnement supplémentaire pour certains, pas une obligation. Nous sommes là pour apporter une aide supplémentaire si les personnes en ressentent le besoin. Si on peut les rassurer en leur disant qu'elles peuvent rappeler la pharmacie si elles le souhaitent, pourquoi pas ?

>> Julie Langlois (pharmacienne, SFLS) : Pour avoir participé à l'élaboration du document de l'Ordre, nous avons vraiment essayé d'élaborer les outils pour que le pharmacien puisse conseiller la personne qui en a envie. Des outils d'aiguillage vers les acteurs de la prise en charge. La fiche de l'Ordre se termine par exemple par un tableau où le pharmacien pourra mettre les contacts les plus proches, associations, CDAG, etc. Telle est vraiment la logique vers laquelle nous avons essayé d'aller. L'objectif, c'est d'ajouter le pharmacien au dispositif qui existe et qui marche super bien. Mais il faut aussi savoir que c'est nouveau pour les pharmaciens d'officine.

LE RÔLE DES PHARMACIENS

>> Fred Bladou (AIDES) : Zones de confidentialité, entretiens, je n'arrive pas à situer votre rôle. Est-ce celui d'un biologiste ? D'un médecin généraliste ? D'un acteur de santé communautaire membre d'une association de lutte contre le sida ? Je n'arrive plus à situer le rôle du pharmacien dans cette histoire.

>> René Maarek : On ne se substitue évidemment pas aux médecins et aux associations qui font leur travail mais si on peut aider à ce que les 20 % de personnes ignorant leur statut aient envie de se dépister et de se traiter, on le fait. C'est un rôle de santé publique, pas un rôle politique ou un combat contre qui que ce soit. Nous ne demandons qu'à aider la population de nos patients.

>> Michel Bourrelly : Le pharmacien est un pivot central de la santé publique. Là où j'ai des réticences, c'est quand j'entends à la radio «Je ne veux pas d'autotest dans ma pharmacie parce que je n'ai pas de gens comme ça». Le rôle du pharmacien est capital, et on l'a bien compris.

POURQUOI S'IMPLIQUER MAINTENANT ?

>> Pourquoi les pharmaciens n'ont-ils pas été impliqués dans la mise en place des TROD et qu'est-ce qui les motive aujourd'hui à prendre ce rôle que la loi HPST leur a confié en 2009 ?

>> René Maarek : Ce ne sont pas les pharmaciens qui ont décidé de ne pas s'impliquer, c'est qu'on ne les a pas impliqués. Et si aujourd'hui on s'implique, c'est parce qu'on nous l'a demandé. Et nous y sommes évidemment favorables. Nous avons envie d'avoir notre rôle dans le parcours de santé, un rôle majeur selon moi puisque la grande majorité de la population a accès à toutes les pharmacies en France.

>> Julie Langlois : Il y a une grande différence entre les autotests et les TROD : ces derniers nécessitent d'accompagner la personne au moment où elle vient demander le test, d'avoir un espace de confidentialité aménagé, un circuit d'élimination des déchets, une

formation de celui qui va les pratiquer... des modalités définies par la loi et extrêmement difficiles à remplir par une pharmacie d'officine. Maintenant que les pharmacies ont le droit de vendre des autotests, certaines disent qu'elles aimeraient bien faire du TROD et peut-être que celles qui font beaucoup d'autotests - et qui le font bien - se mettront à faire du TROD plus tard. La DGS nous a dit que ce n'était pas exclu.

>> René Maarek : Il y a différentes sortes de pharmaciens comme il y a différentes sortes de médecins. En faisant le parallèle avec la toxicomanie, certains refusent de vendre du Subutex® et de la méthadone, d'autres limitent leur nombre de patients et d'autres enfin se sont investis dès le départ. Mais il y a aujourd'hui beaucoup plus d'officines qui vendent des traitements de substitution aux opiacés (TSO) qu'il y a quinze ans.

LA PLACE DES ASSOCIATIONS



► **Michel Bourrelly,**
directeur général du Crips Île-de-France

C'est très courageux à René Maarek d'être venu nous parler de la place des pharmaciens, ce n'est pas toujours facile, même quand on est, comme lui, particulièrement militant. Il a parlé de moment historique et je crois qu'effectivement, nous n'avons pas eu beaucoup de moments historiques réjouissants dans la lutte contre le sida, malheureusement.

Les associations collent à la science et essaient à chaque moment d'être au fait de ce qui a été démontré scientifiquement. Elles font en sorte qu'on puisse avoir les informations au bon moment, en se battant pour avoir les bons outils à disposition, au bon endroit. La place des associations par rapport à un nouvel outil comme l'autotest VIH est plutôt facile dans le sens où nous sommes très contents de pouvoir en faire la promotion dans l'intérêt des personnes qui ne vont pas se faire dépister. L'intérêt, c'est d'ajouter de nouveaux outils, ouvrir la porte et faire en sorte qu'on ait un discours juste, avec des outils adaptés. Ne pas faire de corporatisme. Il faut passer outre les peurs que nous avons tous rencontrées lorsqu'il arrive quelque chose de nouveau.

Pour les structures associatives de lutte contre le sida, la nécessité, c'est d'avoir des tests accessibles pour tous et diversifiés pour que l'on puisse, au gré des préférences, aller voir un professionnel en blouse blanche, dans un Cegidd,

une association, acheter un test en pharmacie en discutant ou non avec le pharmacien, ou encore le commander sur Internet. Que tous ces outils soient disponibles dans tous les endroits, y compris les associations, pour que l'on puisse en distribuer à la demande aux personnes qui en ont besoin, puisque nous faisons aussi de l'info/prévention.

Dans le même ordre d'idée, d'accessibilité et de disponibilité, je ne vois pas comment on pourrait rester loin de la PrEP à l'heure actuelle. Le test est négatif, très bien, mais pourquoi faire un test ? Parce qu'on a l'impression d'avoir pris un risque. Et l'intérêt, c'est à la fois d'inciter à refaire des dépistages régulièrement mais aussi de dire qu'il existe un traitement pré-exposition (PrEP), élément capital. Je ne vois pas comment on pourrait passer un nouveau 1er décembre sans avoir la PrEP en France. On ne peut pas accepter qu'un rapport soit transmis à la Direction générale de la santé et bloqué pour éviter d'avoir à se positionner. Quatre mois ont suffi pour que trente ans après, on parle encore du sang contaminé. Il vaut mieux rester dans l'Histoire comme quelqu'un qui a fait un pas en avant dans le traitement d'une maladie comme le sida. Il y a une urgence, il y a des moyens qui sont efficaces, il faut savoir si on veut à moyen terme arriver à ne plus avoir de contaminations en France. En conclusion : «Moins de blabla, des résultats» !