

Haut Comité de la santé publique

**Avis et rapport sur le
dépistage de
l'infection par
le V. I. H.**

mars 1992

Haut Comité de la santé publique

**Le dépistage de
l'infection par
le V. I. H.**

mars 1992

Collection avis et rapports du H. C. S. P.

Ministère de la santé et l'action humanitaire

Avis sur le dépistage obligatoire de l'infection par le V. I. H.

Le Haut Comité de la Santé Publique considère qu'il ne convient pas de rendre obligatoire, par des dispositions d'ordre législatif ou réglementaire, le dépistage du VIH, pour des raisons tenant tant à des principes éthiques qu'à sa faible efficacité.

■ *Une politique de santé publique en matière de lutte contre le sida se doit d'inscrire les actions de dépistage dans le contexte plus large de la prévention et de la prise en charge de la maladie. Une telle politique exige la collaboration confiante des personnes dépistées, ce qui est peu compatible avec le caractère contraignant d'un dépistage obligatoire :*

- les personnes se jugeant « à risque » sont tentées d'échapper au dépistage dès lors qu'il est rendu obligatoire, ce qui diminue l'efficacité de ce dernier puisque c'est précisément ce type de personnes qu'il faut toucher ;
- devant un résultat négatif, l'occasion peut être saisie par le personnel de santé pour faire adopter des mesures de prévention qui seront facilitées par le caractère volontaire de la démarche ;

- devant un résultat positif confirmé, les personnes ainsi informées sont d'autant plus enclines à adopter un comportement responsable, notamment au regard de la non-contamination d'autres personnes, que le dépistage se sera effectué dans une atmosphère de confiance et de soutien psychologique, ce qui nécessite une démarche librement consentie ;
- la prise en charge des séropositifs, notamment dans le cadre d'un suivi prophylactique précoce, est d'autant mieux acceptée que le dépistage s'est déroulé avec leur consentement ;
- la connaissance du statut sérologique

n'est pas indispensable pour entraîner des comportements préventifs assurant la protection des individus et des professionnels ;

- le développement du dépistage obligatoire risque de donner au public l'illusion d'une fausse sécurité déresponsabilisante, ce qui peut nuire à l'adoption ou au maintien de comportements de prévention ;

- au regard de critères économiques, le dépistage obligatoire est envisagé auprès de populations présentant une faible prévalence de l'infection engendrant un coût élevé pour une efficacité très réduite.

■ *Ces remarques générales sur le dépistage obligatoire du VIH valent également pour son application à trois situations particulières :*

Les visites prénuptiales

il est inutile de rendre obligatoire un examen à de futurs conjoints qui n'appartiennent pas aux groupes les plus exposés et qui ont déjà une vie de couple dans une proportion importante de cas ;

inconvenients importants résultant de ce même caractère obligatoire. La proposition du test de dépistage doit être systématique et des mesures permettant d'atteindre cet objectif doivent être mises en place ;

Les consultations prénatales

étant donnée la très large proposition et la très bonne acceptation du test effectué à cette occasion, le faible surcroît d'efficacité que l'on pourrait attendre du caractère obligatoire du test est à mettre en face des

Au moment du service militaire

l'âge de l'incorporation et nos connaissances épidémiologiques sur la période de la vie où la contamination est la plus fréquente permettent de conclure à l'inutilité d'un dépistage obligatoire lors de l'incorporation.

■ *Par ailleurs, la perception sociale de la maladie et sa gravité font que le dépistage obligatoire représente une contrainte éthiquement inacceptable en l'absence de preuves concordantes de son efficacité et de son utilité au niveau individuel et collectif.*

Le Haut Comité de la Santé Publique recommande de :

■ Faciliter l'accès au dépistage

- 1 rembourser à 100 % le test de dépistage de l'infection par le VIH ;
- 2 faciliter l'accès aux consultations de dépistage anonyme et gratuit qui doivent être mieux connues, distinctes des centres hospitaliers et des lieux de traitement du sida tout en ayant des relations étroites avec eux ;
- 3 faciliter l'accès au test à toute personne transfusée pendant la période 1980-1985 qui en exprimerait le souhait, sans engager une campagne de recherche systématique de séropositivité ;
- 4 assurer la gratuité du test dans certaines structures, notamment :
 - dans les consultations départementales de dépistage et traitement des MST (maladies sexuellement transmissibles), dont les bases juridiques doivent être revues pour éviter leur raréfaction, voire leur disparition dans certains départements,
 - dans les centres de planification et d'éducation familiale.

■ Développer la formation et l'information concernant le dépistage

- 5 améliorer la qualification des personnels de santé, en particulier des médecins prescripteurs du test, généralistes et spécialistes, tant dans le cadre de la formation initiale que dans celui de la formation continue (identification des risques, conseil avant et après le test, orientation...);
- 6 informer les différents publics de l'intérêt d'intégrer le dépistage dans une démarche de responsabilisation et de prévention.

■ Éviter les usages abusifs du test de dépistage

- 7 dénoncer la pratique du dépistage effectué à l'insu du malade et prendre des mesures destinées à supprimer de tels abus ;
- 8 supprimer l'utilisation détournée des centres de transfusion sanguine comme lieu de dépistage gratuit, si les études épidémiologiques qui s'imposent confirment l'existence de cette pratique ;
- 9 renforcer les dispositions garantissant la confidentialité des résultats du test de dépistage et empêchant toute forme de discrimination sociale.

■ Développer les évaluations indispensables pour fonder une politique de santé

- 10 surveiller le nombre de naissances d'enfants contaminés dont la mère ne connaissait pas son statut sérologique ;
- 11 produire des études coût-efficacité voire coût-bénéfice des différentes stratégies possibles de dépistage, en les comparant aux autres actions possibles de prévention ;
- 12 accroître la précision de la connaissance de l'évolution de la prévalence de la contamination par le VIH ;
- 13 mieux connaître l'impact de la révélation de la séropositivité sur les comportements individuels.

**Rapport
du groupe de travail
sur le dépistage de
l'infection par
le V. I. H.**

Plan

La question	4
Les domaines concernés par le dépistage	6
1 Les implications éthiques des obligations en santé publique	8
2 Les aspects juridiques des pratiques de dépistage	11
3 La place du dépistage dans une stratégie de lutte contre l'infection par le VIH	14
4 Les aspects politiques du dépistage	16
5 L'intérêt du dépistage pour l'individu	18
6 L'intérêt du dépistage pour les personnesrisquant d'être contaminées	21
7 L'intérêt d'un accroissement du dépistage pour limiter le développement de l'épidémie	25
8 L'intérêt du dépistage pour mieux connaître l'évolution de l'épidémie	27
9 Les aspects économiques du dépistage	29
La pratique du dépistage	32
1 La situation générale	33
2 La grossesse	33
3 Le dépistage au moment du mariage	35
4 Le dépistage au moment du service militaire	36
5 Les centres de dépistage anonyme et gratuit	36
6 Le dépistage dans les centres de transfusion	37
7 Le dépistage des personnes éventuellement transfusées pendant la période 1980-1985	38
8 Le dépistage dans les consultations antivénériennes, les centres de planning familial et les centres d'examens de santé	38
9 Le dépistage dans la population carcérale	40

La question

Les Ministres nous demandent notre avis sur « *l'opportunité d'un dépistage obligatoire au cours de certaines périodes de la vie, comme l'incorporation, le mariage ou la grossesse. Nous sollicitons également son avis sur l'opportunité d'un dépistage obligatoire pour d'autres circonstances que celles précédemment énoncées. Enfin, nous souhaitons connaître le point de vue de votre haute assemblée sur les moyens qui lui paraissent nécessaires, en complément ou à la place selon le cas, d'un dépistage obligatoire, pour développer le dépistage du VIH.* »

Les principes qui ont guidé la démarche du Haut Comité de la Santé Publique sont les suivants :

- notre Comité a pour vocation de délimiter ce qui est utile, souhaitable et possible dans le domaine de l'action publique en faveur de la santé. Il réunit des connaissances d'origines très diverses et propose des solutions tenant compte des contraintes imposées par la nature des choses, nos choix éthiques et l'orientation de notre politique de santé. Cette conception impose une analyse de tous les domaines concernés par l'éventuelle création d'une obligation de dépistage. Notre proposition doit être en accord avec les autres obligations créées par la collectivité pour protéger la santé ;
- le dépistage n'étant qu'un des outils de la prévention, qui comprend notamment l'éducation pour la santé et l'information de la population, il convient de préciser la place du dépistage de l'infection par le VIH dans notre politique sanitaire ;
- l'efficacité des mesures de prévention dépendant étroitement des conditions de leur mise en oeuvre, il est nécessaire de prendre en compte les résultats évalués des politiques de dépistage et non leurs objectifs ;

Cette attitude est volontairement « généraliste », son but est d'intégrer dans une politique de santé les analyses faites par des organismes ayant vocation à donner aux pouvoirs publics des avis dans le domaine de l'éthique, de la déontologie médicale ou des attitudes à adopter face à l'infection par le VIH.

L'analyse d'un tel problème dans un objectif de santé publique n'exclut pas l'intervention d'éléments qui relèvent de notre conception de la vie en société, dont nous savons qu'ils sont personnels.

Les domaines concernés par le dépistage

Nous avons étudié les problèmes posés par les différentes pratiques de dépistage dans les domaines suivants :

- 1 **Éthique** : dans quelles conditions et avec quelle argumentation la société peut-elle imposer à un individu la connaissance de son état de santé et spécifiquement celle de l'infection par le VIH ?
- 2 **Juridique** : quels sont nos engagements dans le cadre communautaire et international ? Quelles sont les implications juridiques de l'obligation ou de l'absence d'obligation du dépistage de l'infection par le VIH, tant pour l'individu dépisté que pour ceux qui utiliseraient (ou ne pourraient utiliser) les résultats de ce dépistage ?
- 3 **Stratégique** : quelle est la place du dépistage dans une politique de prévention ? S'agit-il d'une démarche que l'on peut envisager isolément ou doit-on la replacer dans un cadre plus étendu tenant compte de ce qui se passe avant et après le dépistage ?
- 4 **Politique** : s'agit-il de répondre à une demande d'action, à des accusations d'inefficacité ou de passivité, de rassurer par des décisions concrètes ? Quelles sont nos possibilités d'action au niveau national ? Nos engagements internationaux ont-ils une valeur d'orientation, de recommandation ou d'obligation ?
- 5 **De la personne séropositive** : quelles sont les conséquences pour un individu de la connaissance de sa séropositivité ?
- 6 **Des personnes au contact d'un séropositif** : quelle est la modification du risque de contamination si la séropositivité est connue, dans les différentes formes de transmission du VIH (foetus, partenaires sexuels, échanges de seringues, soins médicaux ...) ?
- 7 **De l'épidémie** : l'influence de la connaissance de la séropositivité est-elle susceptible de modifier le développement de l'épidémie ? Ou l'influence d'une extension du dépistage est-elle limitée à un nombre réduit de personnes, sans influence significative sur le développement de l'épidémie ?
- 8 **De la connaissance de l'épidémie** : une organisation différente du dépistage peut-elle améliorer significativement la connaissance de l'évolution de l'épidémie pour les différentes catégories de personnes exposées à un risque de contamination ? L'amélioration de nos connaissances épidémiologiques est-elle susceptible de modifier notre politique de prévention ?
- 9 **De l'économie de la santé** : peut-on connaître le coût et les avantages d'une extension de la politique de dépistage ? En vue, notamment, d'établir des rapports coût-efficacité des différentes stratégies envisageables.

1

Les implications éthiques des obligations en santé publique

Les pouvoirs publics ont créé de nombreuses obligations visant à protéger simultanément l'individu et le groupe. Une vaccination obligatoire contre une maladie contagieuse a ce double objectif. Ils ont également institué des obligations qui ne profitent qu'à l'individu, sans qu'il s'agisse d'éviter un risque autre que financier pour la collectivité. La vaccination contre le tétanos ou le port obligatoire de la ceinture de sécurité appartient à cette catégorie d'obligations. Nous connaissons également des obligations de dépistage, par exemple lors d'un examen prénuptial ou au début d'une grossesse. Elles instituent une « obligation de savoir » dont on estime qu'elle a un intérêt pour les futurs conjoints ou pour l'enfant à naître. Dans ce dernier cas, le choix de la mère peut être de ne pas lui faire courir le risque d'un handicap grave et de recourir à l'interruption de la grossesse (rubéole, toxoplasmose).

Ces obligations de dépistage destinées à provoquer des décisions par l'information ont été introduites dans notre société à la suite de débats qui ont conclu à l'acceptabilité éthique de ces dispositions. Le conflit provoqué par les propositions de dépistage obligatoire de l'infection par le VIH est donc lié aux particularités de cette maladie. La plus évidente est la gravité de l'affection ; même si nous sommes dans l'incapacité de prévoir quelle proportion de personnes contaminées disparaîtra du fait de leur maladie, nous sommes assurés qu'il s'agit de la majorité d'entre elles et que ce pronostic particulièrement sombre domine le problème du dépistage. La question posée est celle du droit de la société, pour un avantage qu'il convient de préciser, de contraindre un individu à savoir que son espérance de vie s'est réduite.

Actuellement une personne contaminée est instruite de son état :

- à la suite d'une démarche volontaire parce qu'elle a conscience d'avoir un comportement induisant un risque élevé ;
- au cours d'un état pathologique ou physiologique (grossesse) qui a conduit un médecin à lui conseiller de faire pratiquer un test de dépistage ;
- à la suite d'une démarche volontaire qui implique l'acceptation d'un dépistage, par exemple lors d'un don du sang. Il faut remarquer que l'on n'a pas dans ce dernier cas donné à la personne concernée la possibilité de ne pas connaître le résultat du test s'il est positif. La situation est assez

proche de celle des militaires qui doivent accepter la vérification de leur état sérologique s'ils veulent servir dans une zone à haute prévalence de l'infection par le VIH.

Nous devons vérifier si d'autres situations comparables se rencontrent dans notre législation ou dans notre réglementation.

La découverte précoce d'une maladie peut être favorable à l'individu en permettant un traitement plus efficace. Il est également possible qu'il s'agisse d'une pathologie sans action thérapeutique efficace et le médecin est alors dans une situation proche de celui qui révèle à un individu sa séropositivité. Le développement de tests permettant de prévoir l'apparition de maladies mortelles d'origine génétique pour lesquelles nous ne possédons pas de possibilités d'action thérapeutique, comme celui de tests biologiques recherchant des antigènes tumoraux, pose des problèmes de même nature. Ces méthodes peuvent provoquer la connaissance d'affections graves susceptibles de détruire l'équilibre psychique d'un individu, sans bénéfice notable pour lui et pour la collectivité.

Nous devons être attentifs à l'ensemble des dérives qui peuvent apparaître quand une pratique diagnostique conduit à révéler un malheur irrémédiable. Les bénéfices attendus doivent être à la hauteur des dégâts que l'on peut commettre. Le problème éthique concernant le dépistage de l'infection par le VIH, obligatoire ou non, doit être envisagé à la lumière de nos capacités de rendre service aux personnes atteintes et des avantages prouvés que la collectivité peut en attendre.

Avant d'étudier chaque situation particulière, il convient d'insister sur l'importance du respect du secret professionnel dans un tel domaine. Un argument souvent avancé pour s'opposer à une obligation de dépistage repose sur la possibilité d'une exclusion sociale à la suite de la découverte d'une séropositivité. La société voudrait alors marquer ceux qu'elle veut exclure, par peur ou dans un vain espoir de protection. La forme extrême de cette exclusion étant le regroupement obligatoire des séropositifs, tel qu'il est pratiqué à Cuba. Il faut remarquer que cet argument vaut également pour le dépistage volontaire. Si le système médico-social se révélait incapable de respecter les règles concernant le secret médical, il faudrait remettre en question toutes les pratiques de dépistage et pas seulement celles qui seraient instituées par une obligation. Cette situation ne correspond pas à la réalité observée dans notre pays et si des erreurs dans l'acheminement d'informations ou des indications indirectes (prise en charge à cent pour cent, absences pour des examens de surveillance ou

pour des infections opportunistes) ont pu provoquer une rupture du secret, ces faits demeurent rares et ne diffèrent pas de ce qui est observé dans d'autres pathologies, en particulier dans le domaine des cancers. Ils ne constituent pas un argument sérieux contre les pratiques de dépistage.

Conclusion

Une position dogmatique et figée refusant de prendre en compte un savoir et une réalité évolutives éloignerait la philosophie et la morale de la science et des pratiques, alors que la politique doit être la recherche permanente d'une bonne application sur le terrain de nos principes.

Il n'y a pas d'obstacle éthique général à la pratique d'un dépistage obligatoire d'une maladie. Notre législation contient déjà de telles obligations.

C'est la gravité de l'affection dépistée, les possibilités thérapeutiques, la démonstration objective du service rendu à l'individu et à la société qui permettent de conclure au caractère acceptable ou inacceptable sur le plan éthique d'une obligation. Les dispositions qui se situent en aval du dépistage exigent une grande vigilance : respect du secret, respect des choix de l'individu dans le domaine de la surveillance médicale et du traitement.

2

Les aspects juridiques des pratiques de

dépistage

Ils sont très divers et plusieurs organismes ont contribué à élaborer des recommandations ou des règles qui témoignent, comme dans le cas précédent, de la nécessité de trouver un accord entre l'application de principes et la réalité pratique.

Plusieurs organismes internationaux ont pris position sur ce problème :

■ Le Conseil Exécutif de l'OMS a rappelé sa position au cours de sa séance du 28 janvier 1992 : « *Reconnaissant qu'aucune considération de santé publique ne peut légitimer des mesures de lutte contre le SIDA attentatoires aux droits des individus et notamment des mesures tendant à l'instauration d'un dépistage obligatoire* ».

■ Le Conseil de l'Europe a adopté une position identique à de multiples reprises :

● recommandation R (87) 25 du 26 novembre 1987 : « *aucun dépistage obligatoire ne devrait être introduit, ni pour la population en général, ni pour des groupes particuliers* »,

● recommandation R (89) 14 du 24 octobre 1989 : « *veiller à ce que le dépistage obligatoire ne soit instauré pour aucun groupe de population, en particulier pour des groupes de population donnés tels que les populations « captives », par exemple la population carcérale, les immigrants et les nouvelles recrues* »,

■ La CEE a eu la même attitude :

● résolution du Conseil et des Ministres de la santé du 22 décembre 1989, adoptée sous la présidence française : « *En l'état actuel des connaissances, aucun motif de santé publique ne justifie le dépistage systématique et obligatoire d'individus* ».

Il faut remarquer que peu de pays ont institué des dépistages obligatoires de l'infection par le VIH. L'exemple de Cuba ou du dépistage des militaires bavarois ou américains est souvent cité pour marquer leur caractère exceptionnel. Il faut prendre également en considération ce qui se passe en aval du dépistage, les contraintes étant très variables d'un pays à l'autre. La Suède a institué en 1986 une déclaration obligatoire nominative de la séropositivité alors que le test de dépistage peut être pratiqué

anonymement. Le médecin traitant est tenu d'indiquer quels malades ne respectent pas les comportements susceptibles de prévenir la contamination d'un tiers. Il y a donc une volonté explicite d'intervenir dans les comportements par la loi, les récalcitrants étant perçus comme des menaces pour la société. Il faut également noter que le dispositif législatif suédois ne fait pas de différence entre la séropositivité et la maladie, il rend possible l'isolement du patient dans les cas extrêmes. Cette dernière disposition se rapproche de la législation française permettant de traiter un malade atteint de syphilis, ou de la loi concernant les alcooliques dangereux. Le fait que ces deux derniers textes soient rarement utilisés dans notre pratique médicale met en évidence la distance qui peut séparer une conception théorique de la prévention inscrite dans la loi et les comportements pratiques sur le terrain. Remarquons que la France a renoncé à placer la contamination par le VIH dans le cadre de la législation sur les maladies sexuellement transmissibles, pour éviter une déclaration obligatoire et nominale de la séropositivité et les obligations de traitement avec des possibilités d'isolement qui sont incluses dans cette législation.

Les assurances constituent un exemple de contrat de droit privé qui ne peut s'accommoder d'une position théorique excluant toute investigation concernant la séropositivité. Si une personne contaminée par le VIH peut s'assurer après avoir fait pratiquer un test anonyme sans que l'assureur soit en droit de s'enquérir de son état sérologique, le système introduit une inégalité inacceptable dans la connaissance du risque. L'accord signé le 3 septembre 1991 par les sociétés d'assurances et les ministres de l'économie et de la santé consiste à accepter que l'assureur puisse demander au futur assuré s'il connaît son état sérologique quand le contrat dépasse une certaine valeur. Au-dessous de ce seuil, la solidarité peut jouer en faveur des personnes contaminées, leur nombre relativement faible ne risquant pas de mettre en péril le système d'assurances. Quand le montant de l'assurance dépasse le seuil et que le demandeur est séropositif, il peut obtenir un prêt pour l'accession à un logement moyennant une surprime de 5 à 7% qui demeure inférieure à l'augmentation du risque. Cette mesure traduit cette fois encore un compromis entre une position théorique intenable qui consistait à interdire de s'enquérir de l'état sérologique du demandeur, et l'abandon de toute solidarité en faveur des personnes séropositives qui n'auraient plus eu accès à l'assurance vie.

La responsabilité d'un tiers peut être invoquée après une contamination par le VIH. L'exemple le plus évident est celui de la contamination par une transfusion sanguine ou lors de l'utilisation de facteurs antihémophiliques. La situation juridique est complexe. L'article 21 de la

loi portant diverses dispositions d'ordre social, votée par le Parlement en décembre 1991, a introduit dans notre droit l'indemnisation en dehors de toute faute du médecin ou du fournisseur du produit contaminant, sans exclure la possibilité d'une action civile ou pénale devant les tribunaux. Cette situation peut être considérée comme une incitation à faire pratiquer un dépistage avant toute intervention thérapeutique susceptible de provoquer une contamination, la séropositivité permettant d'écarter une demande ultérieure de réparation. Il serait en effet impossible d'éliminer une contamination antérieure si la pratique du test est impossible sans l'accord du patient. Il faudrait alors envisager que le patient qui refuse le test renonce à entreprendre une procédure en cas de découverte ultérieure d'une contamination, sauf s'il est en mesure de prouver son origine.

Il faut enfin évoquer la situation du médecin qui se verrait reprocher une erreur de diagnostic et de traitement, par exemple lors d'une infection pulmonaire opportuniste, faute d'avoir pu obtenir l'accord du patient pour faire pratiquer le test de dépistage. Un ayant droit peut entreprendre une action auprès des juridictions civiles ou pénales sans que le médecin soit en mesure d'apporter la preuve du refus du test par le patient, si un écrit n'a pas concrétisé ce refus. Une telle situation n'est pas différente de celles qui peuvent être observées dans d'autres pathologies et il semble inutile de prévoir des dispositions particulières concernant l'infection par le VIH. La relation entre le médecin et son patient est fondée sur la confiance et sur la qualité de l'information. Un patient peut refuser les investigations diagnostiques ou les soins qui lui sont proposés. Si le médecin estime que sa responsabilité risque d'être engagée, il peut demander à son malade d'indiquer par écrit son refus. Cette pratique est mise en oeuvre régulièrement quand un blessé refuse une injection de sérum antitétanique ou quitte un établissement hospitalier contre l'avis du médecin, elle ne pose pas de problème juridique particulier.

Conclusion

Les organismes internationaux ont tous pris des positions claires contre le dépistage obligatoire. Bien que ces textes ne soient pas contraignants juridiquement, nous serions isolés si nous rendions obligatoire le dépistage dans certaines circonstances et en contradiction avec les positions que nous avons soutenues.

3

La place du dépistage dans une stratégie de lutte contre l'infection par le VIH

Deux types d'hypothèses soutiennent une politique de développement du dépistage.

La première est uniquement fondée sur le service rendu à l'individu. Il serait utile pour ce dernier de connaître sa séropositivité pour être mieux suivi médicalement, si la connaissance de l'état immunitaire et l'utilisation de traitements préventifs sont susceptibles d'améliorer la qualité de la vie et de la prolonger.

La seconde consiste à admettre que le développement du dépistage et la connaissance de la séropositivité ont un effet préventif dont bénéficie la collectivité par un double mécanisme :

- la connaissance individuelle de la contamination par le VIH produit des modifications de comportement globalement favorables à la lutte contre la dissémination du virus, les individus « responsables » modifiant leur comportement dans le sens d'une protection de leurs partenaires sexuels ou des toxicomanes qu'ils risquent de contaminer par l'échange de seringues ;
- la connaissance exhaustive du nombre de séropositifs donne une indication sur la gravité de l'épidémie et sur son évolution. Elle constitue un élément de connaissance épidémiologique plus précoce que celle du nombre de malades présentant les signes du sida. Elle permet de convaincre une population du bien-fondé des mesures de prévention.

Il faut noter que la stratégie de prévention développée dans les hôpitaux ne repose pas sur le dépistage mais sur l'adoption de mesures générales d'hygiène qui assurent une protection plus globale vis-à-vis du risque infectieux et ne concernent pas spécifiquement le VIH. Il est possible d'envisager une prévention des maladies sexuellement transmissibles sans privilégier l'identification des personnes contaminées avec l'espoir qu'elles modifieront leur comportement. Le choix d'une stratégie de prévention de l'infection par le VIH doit reposer sur des évaluations de l'efficacité de ces méthodes.

La priorité conférée au système de soins curatifs repose sur une conception biomédicale de la santé et de la maladie privilégiant les réponses individuelles. Il s'ensuit un faible développement de l'épidémiologie et de la prévention, notamment de ses approches collectives telles que

l'éducation sanitaire, les actions sur l'environnement. Ce choix dans l'organisation des pouvoirs publics a des conséquences sur la conception stratégique de la lutte contre l'infection par le VIH. Le petit noyau de médecins et d'épidémiologistes, puis de scientifiques qui ont pris rapidement conscience de l'importance de la maladie et découvert le virus responsable, n'ont pu transformer un système qui n'avait pas les moyens de gérer une telle épidémie. Les insuffisances ne sont toujours pas comblées et elles favorisent les choix qui vont dans le sens privilégié au cours des cinquante dernières années : un individu est dépisté et tire les conséquences de ce qu'il apprend. Dans le cas de l'infection par le VIH, l'hypothèse optimiste est qu'il adapte son comportement sexuel, ou cesse d'échanger des seringues, et l'épidémie est arrêtée. Il est alors possible d'estimer que l'on a fait un choix stratégique en matière de lutte contre le VIH, mais l'éducation sexuelle ne s'est pas développée dans les établissements scolaires, l'accroissement du nombre de transfusions sanguines et de l'usage des dérivés du sang n'a pas été maîtrisé dans les années 1983-1985, et notre pays a une connaissance encore limitée de l'évolution de l'épidémie. Il est significatif de devoir répondre à une demande d'avis sur le dépistage obligatoire de l'infection par le VIH au cours de la grossesse sans savoir combien d'enfants naissent infectés alors que leur mère n'était pas informée de sa séropositivité. C'est pourtant ce nombre qui indique le gain maximal envisageable par une extension du dépistage dans ces circonstances et qui doit fonder la décision. Il est encore plus significatif de constater que de nombreux avis sur le dépistage obligatoire au cours de la grossesse ont été donnés sans attirer l'attention sur l'absence d'une des données épidémiologiques importantes pour fonder cet avis.

Conclusion

Une stratégie de la prévention de l'infection par le VIH n'inclut pas obligatoirement des pratiques de dépistage. Il convient de tenir compte de l'influence de l'ensemble des mesures qui accompagnent un dépistage pour évaluer son efficacité dans la limitation de l'extension de l'épidémie. Il faut être attentif aux choix stratégiques concernant une telle maladie, ils sont d'abord déterminés par les conceptions du système de prévention et de soins qui ont prévalu dans le passé et non par une réflexion sur les adaptations imposées par une pathologie aussi nouvelle et particulière.

4

Les aspects politiques du dépistage

Un problème de santé publique de l'importance de l'infection par le VIH suscite à juste titre l'intérêt des responsables politiques. Le développement de l'épidémie au cours des dix dernières années, l'absence de thérapeutique efficace et de vaccination, provoquent l'inquiétude. Outre la mise en place de moyens pour développer la recherche et assurer le traitement des malades, le pouvoir s'inquiète de l'adaptation de notre politique de santé à l'ampleur du problème. Faisons-nous tout ce qui peut être fait et le faisons-nous correctement ?

La question est posée avec plus d'acuité depuis que le problème de la contamination de malades par des transfusions sanguines et des produits destinés aux hémophiles a mis en évidence l'intrication de la connaissance scientifique, de l'organisation des structures de production des produits sanguins, des attitudes médicales, des mécanismes économiques et des décisions politiques dans la genèse d'une catastrophe thérapeutique.

La volonté d'agir peut également être stimulée par des agressions politiques sans nuances qui accentuent la gravité de la situation et préconisent des mesures spectaculaires dont l'efficacité n'est pas prouvée. Les dispositions les plus efficaces n'étant pas du domaine législatif, il existe un risque réel de voir apparaître des décisions mettant en cause des libertés individuelles fondamentales, dans une logique de gesticulation politique et non de recherche d'une efficacité. Il est moins valorisant d'améliorer les conditions de fonctionnement des centres de dépistage anonyme et gratuit ou d'étendre les conditions de remboursement du test à 100% que de provoquer un débat parlementaire sur le dépistage.

Nous avons vu que les choix stratégiques dans la lutte contre l'infection par le VIH peuvent être influencés par les conceptions individualistes qui ont structuré notre système de santé. Les politiques reflètent des habitudes qui font partie de notre culture. Il est plus facile « d'obliger » l'individu à savoir s'il est contaminé, et de transférer sur lui la responsabilité de la limitation de l'épidémie par la modification de son comportement, que de mettre en place des politiques ambitieuses et coûteuses d'éducation et d'information. Ce choix est facilité par l'acceptation par la population d'une pratique obligatoire du dépistage dans certaines conditions ou circonstances. Un sondage de 1990 indique les proportions suivantes de personnes favorables au dépistage : prostituées 90%, toxicomanes 87%, femmes enceintes 78%, examen prénuptial 64%, incorporation 62%, hospitalisation 57%. Il faut préciser que de tels sonda-

ges comportent des ambiguïtés, 89% des personnes interrogées répondaient oui à la proposition : « Avant tout dépistage du sida il devrait être indispensable d'obtenir le consentement de la personne ».

Conclusion

Le souci d'efficacité des responsables politiques, le désir d'échapper au reproche de passivité peuvent provoquer des décisions inadaptées et spectaculaires qui ne pourraient qu'être dommageables à la santé publique, substituant l'activisme apparent à l'efficacité évaluée, privilégiant le dépistage extensif et isolé par rapport aux actions de prévention obtenues par des actions d'éducation, d'information et de dépistage « accompagné », spécifiquement adaptées aux multiples groupes qui constituent la population exposée au risque.

5

L'intérêt du dépistage pour l'individu

Les conséquences de l'apprentissage d'une séropositivité sont nombreuses, les unes favorables à l'individu, les autres défavorables.

Il faut d'abord tenir compte du fait que la spécificité du test Elisa n'est pas de 100 %. Les résultats faussement positifs sont donc nombreux dans une population où la prévalence de la séropositivité est faible. Il convient de rappeler la nécessité de confirmer tous les premiers tests positifs par une autre méthode.

Les effets favorables

La connaissance d'une infection par le VIH permet une surveillance de l'état immunitaire, une plus grande rapidité diagnostique quand surviennent des complications infectieuses ou tumorales et la mise en oeuvre de traitements destinés à prévenir les complications ou à ralentir le processus de destruction des défenses immunitaires. Il est important d'évaluer nos certitudes dans ces domaines, une partie de la justification de la politique de développement du dépistage reposant sur le service rendu à l'individu.

L'intérêt des différentes formes de traitement par la Zidovudine (AZT) est encore discuté et les résultats des études avec un groupe de contrôle ne sont pas tous concordants. La qualité de la surveillance et de la prévention des infections opportunistes par d'autres méthodes influence les résultats et provoque des difficultés dans les comparaisons entre les études. Les notions les plus acceptées sont que le traitement des malades présentant des symptômes cliniques ralentit la progression vers les formes les plus évoluées de sida mais n'allonge pas significativement la durée de vie tout en comportant des effets indésirables liés à la thérapeutique. Le traitement des patients asymptomatiques sur des critères purement biologiques, par exemple l'abaissement du nombre de lymphocytes T4 au-dessous d'un certain seuil, n'a pas encore donné les preuves de son efficacité. Nos connaissances dans ce domaine seront précisées au cours de l'année 1992, quand les résultats de l'essai « Concorde » seront disponibles.

Les progrès thérapeutiques influençant la qualité et la durée de la vie des personnes atteintes par le VIH concernent principalement la prévention de la pneumocystose pulmonaire et de la toxoplasmose, par des médicaments dont les effets secondaires sont limités.

Nous pouvons admettre que, dans l'état actuel de nos possibilités

thérapeutiques, le bénéfice pour un individu de la connaissance de sa séropositivité a un intérêt thérapeutique associant une meilleure prévention de certaines maladies opportunistes et un retardement de l'apparition du sida.

Il faut inclure dans les effets favorables du dépistage pour l'individu atteint la possibilité d'éviter la contamination d'un partenaire sexuel. Une personne qui a un comportement à risque et qui ne cherche pas à connaître son statut sérologique peut apprendre son état à la suite de la contamination d'un partenaire ou lors de l'apparition du sida. Il ajoute alors aux dommages personnels provoqués par la maladie sa responsabilité dans le dommage qu'il a provoqué chez d'autres par son refus de savoir.

Les effets défavorables

Ils sont liés à la gravité du pronostic de la maladie et aux conséquences sociales de la séropositivité.

Apprendre que l'on est atteint par une affection dont la gravité est connue de tous constitue une épreuve redoutable qui peut supprimer toute joie de vivre et provoquer le suicide. Nous ne disposons pas d'études françaises sur ce sujet mais deux études américaines indiquent des risques relatifs de suicide multipliés par 36 à New-York et par 21 en Californie. La désocialisation peut intervenir indépendamment de toute connaissance de la séropositivité par le milieu, l'altération psychique de la personne apprenant sa contamination étant suffisante pour provoquer une perturbation grave de la vie relationnelle, en particulier professionnelle. Le repli sur soi, l'interruption de l'activité professionnelle font partie de ces conséquences adverses pour l'individu et elles doivent être prises en compte dans l'évaluation de l'intérêt de développer la connaissance de la séropositivité.

Aux effets psychologiques provoqués par la connaissance de la séropositivité, comportant par eux-mêmes un risque de désocialisation, s'ajoutent les effets produits par la connaissance de la séropositivité par des tiers, à l'initiative de la personne contaminée ou parce que la question lui est posée. Il est fréquent que l'individu lui-même ne perçoive pas le risque d'une diffusion incontrôlée de la connaissance de son état sérologique dans son environnement et contribue à provoquer une réaction de rejet qui est le reflet de la perception sociale de la maladie. Ce risque est aggravé si une médiatisation de cet état intervient, l'image facilitant l'identification de l'individu qui proclame sa séropositivité, sous la pression de médias avides de réalisme.

Le risque lié à l'absence de respect du secret professionnel ne semble pas important dans notre pays, il convient cependant de remarquer que nous ne disposons pas d'évaluation de ce risque. Notre connaissance

concerne des erreurs de transmission de résultats sérologiques ou de documents provenant de la sécurité sociale, et de rares cas de véritable violation du secret médical. Elle n'a pas de fondement statistique et il pourrait être utile d'organiser un recensement de ces faits, en particulier avec l'aide des associations.

Conclusion

Les conséquences favorables et défavorables de la connaissance d'une séropositivité sont trop différentes dans leur nature pour les placer dans les deux plateaux d'une balance. Le choix est individuel et avant de trancher publiquement et avec assurance dans ce domaine, il convient de répondre personnellement aux deux questions fondamentales :

- Puis-je affirmer que je n'ai pas couru le risque d'une contamination depuis 1980 ?
- Ai-je envie de faire un test de dépistage et d'apprendre que je suis condamné à terme ? Autrement dit : mon désir d'être rassuré par un test négatif est-il plus fort que ma crainte d'apprendre une telle catastrophe ou de contaminer d'éventuels partenaires à la suite de mon refus de savoir ?

6

L'intérêt du dépistage pour les personnes risquant d'être contaminées

La connaissance de la séropositivité peut provoquer une modification du comportement susceptible le plus souvent de réduire mais dans certains cas d'accroître les risques de contamination des personnes qui sont au contact d'un séropositif.

Les situations concernées sont très diverses et les connaissances réduites, provenant pour la plupart d'études étrangères dont la transposition à la situation française n'est pas toujours fondée.

La réduction de l'incidence des maladies sexuellement transmissibles depuis le début de l'épidémie de sida ainsi que l'augmentation de la vente et de l'usage des préservatifs indiquent une modification des comportements dans le sens d'une protection accrue. Nous sommes incapables de dissocier l'effet des mesures prises par l'ensemble de la population exposée au risque des modifications de comportement des personnes ayant appris leur séropositivité à la suite d'un dépistage.

Les partenaires sexuels potentiels d'une personne ayant de nombreux partenaires, homosexuels ou hétérosexuels, peuvent bénéficier d'une réduction du risque auquel ils sont exposés. D'abord parce que l'apprentissage de la séropositivité produit dans la majorité des cas une inhibition du désir sexuel, ensuite parce qu'elle peut susciter l'adoption de mesures de protection.

Des comportements aggravant le risque de transmission du virus par une augmentation de l'activité sexuelle sans protection des partenaires ont été décrits, mais dans l'ensemble le risque de transmission par voie sexuelle semble diminué par la connaissance de la séropositivité. Le développement du dépistage dans les groupes ayant un comportement à risque est donc un facteur de protection pour les partenaires sexuels mais cette affirmation n'est pas quantifiable actuellement en France.

La recherche des partenaires antérieurs dans le cadre d'une démarche volontaire a pu être pratiquée par plusieurs équipes, en particulier aux Etats-Unis, en Suède et en Belgique. La proportion de personnes acceptant ce type de démarche est faible, même en utilisant des méthodes respectant

l'anonymat de la personne qui indique les noms et les adresses de ses partenaires. Ces pratiques n'ont pas été développées en France, c'est le malade qui assure ou non l'information de ses partenaires et nous n'évaluons pas la fraction des personnes exposées au risque qui a été informée.

C'est dans le domaine de la contamination materno-foetale que nous disposons des renseignements les plus précis concernant l'influence de la séropositivité sur la décision de la mère de poursuivre ou d'interrompre sa grossesse. La grossesse serait poursuivie dans environ 50% des cas dans la région Ile de France (enquête prévagest) et 40% des cas dans les autres régions.

Nous possédons peu de renseignements sur les modifications de la pratique de l'échange des seringues entre toxicomanes suivant la connaissance de l'état sérologique. Une étude multicentrique européenne portant sur deux cents utilisateurs de drogues intraveineuses dans 12 pays d'Europe a mis en évidence une évolution des attitudes de protection portant plus sur l'usage de préservatifs (multiplication par 3,1) que sur la réduction de l'échange de seringues (réduction par un facteur 1,3), mais il faut tenir compte d'un point de départ caractérisé par un faible usage du préservatif. Les utilisateurs de drogues par voie veineuse qui avaient déjà eu un test s'étant révélé négatif échangent moins leurs seringues que ceux qui n'ont jamais été testés.

Un des problèmes les plus discutés au cours des dernières années est celui de l'influence de la connaissance de la séropositivité sur les comportements et le risque des personnels de santé. La position habituellement retenue par les autorités sanitaires des différents pays est que la protection est assurée par des mesures d'hygiène générales qui sont relativement simples et efficaces, les mesures spécifiques fondées sur la connaissance de la séropositivité étant illusoire. L'inefficacité de ces dernières est liée au fait que l'on ne peut savoir dans tous les cas si la personne soignée est atteinte par le VIH. Cette connaissance fait défaut dans les situations d'urgence et il est difficile dans la pratique de réaliser un test chaque fois qu'une personne doit bénéficier de soins médicaux, le résultat étant habituellement disponible après que les soins ont été délivrés, même en dehors des situations d'urgence.

Nous ne disposons pas d'étude française évaluant le risque d'un contact avec le sang des personnels soignants (perforation des gants de protection, piqûres accidentelles) suivant la connaissance ou l'ignorance du statut sérologique des malades. Une étude américaine ne met pas en évidence de différence significative dans l'exposition au risque quand le

personnel est informé soit de la séropositivité, soit de l'appartenance du patient à un groupe associé statistiquement à un comportement à risque. Ce sont surtout dans les maternités que l'on voit adopter des méthodes de protection accrues en cas de séropositivité. Le surcoût de ces méthodes de protection (environ 800 francs) permet leur utilisation pour l'ensemble des accouchements et l'identification des femmes séropositives semble correspondre à un besoin du personnel d'être rassuré par l'adoption de mesures techniques spécifiques.

Une étude française sur les personnels soignants a montré que les professions médicales et paramédicales ne sont pas surreprésentées parmi les cas de sida déclarés. Par rapport à l'ensemble de la population soignante les médecins sont surreprésentés et les infirmières sont sous-représentées. Ces constatations s'expliquent par des faits liés aux caractéristiques de l'épidémie, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir la contamination professionnelle.

La possibilité d'une telle contamination est cependant indiscutable, même si elle est trop réduite pour s'exprimer par des différences de prévalence au sein d'une profession exposée. Elle justifie les mesures d'hygiène générale dont l'intérêt dépasse le cadre de l'infection par le VIH.

Cette position est également valable dans le cas où c'est le soignant qui est séropositif. Des précautions d'hygiène qui doivent être la règle sont capables de neutraliser le risque et après dix ans d'évolution de l'épidémie, les cas documentés de contamination de patients par les soignants sont trop peu nombreux ou suffisamment discutables pour ne pas provoquer de mesures discriminatoires. Une mesure de dépistage des personnels de soins n'a pas de justification dans l'état de nos connaissances.

Conclusion

La connaissance par un individu de sa séropositivité semble de nature à réduire le risque qu'il fera courir à ses partenaires sexuels, mais cette notion n'est pas encore prouvée par les études de terrain. Les individus qui font pratiquer des tests sont ceux qui ont une préoccupation de connaissance et de protection, il est probable que ce sont les mêmes qui ont une plus grande aptitude à adopter des comportements protecteurs. La possibilité d'obtenir une modification d'attitude dépend probablement de la qualité du soutien psychologique, médical et social, mais nous manquons d'évaluation dans notre pays du lien entre les condi-

tions du dépistage et l'adoption d'attitudes de protection des partenaires. Nous connaissons l'influence de la connaissance de la séropositivité sur la poursuite ou l'interruption de la grossesse. Nous avons peu de renseignements sur l'influence de la connaissance du statut sérologique sur les échanges de seringues des toxicomanes. Connaître la séropositivité n'a pas d'influence sur la sécurité des personnels soignants qui doit être assurée par des mesures d'hygiène dépourvues de spécificité.

7

L'intérêt d'un accroissement du dépistage pour limiter le développement de l'épidémie

Ce problème n'est que partiellement lié au précédent. Si nous admettons que la connaissance de la séroposivité provoque une modification du comportement réduisant le risque pour des partenaires sexuels ou des victimes potentielles de l'échange de seringues, ce changement d'attitude influencera le développement de l'épidémie. Il semble donc logique de prôner une extension du dépistage pour accentuer cette évolution favorable, voire de créer des obligations pour être assurés d'obtenir ce gain. Il est en effet admis qu'une personne séropositive sur deux connaît son état sérologique (cette évaluation est assez imprécise, les deux termes utilisés pour son calcul étant eux-mêmes connus avec un intervalle de confiance très large). Cette attitude théorique doit être tempérée par deux notions :

- étendre le champ du dépistage diminue la prévalence des dépistages positifs, les nouveaux explorés n'appartenant pas aux groupes dont le comportement engendre un surrisque élevé de contamination. Cette affirmation n'est pas une hypothèse, elle est étayée par les constatations faites au cours du dernier trimestre de 1991. Le débat suscité par la contamination des transfusés et des hémophiles avant 1985 a provoqué une augmentation du nombre de tests pratiqués. Elle a été de 58% au niveau national pour novembre et décembre par rapport à la période équivalente de l'année précédente, alors que la croissance a été de 6% pour la période janvier-octobre. Cette augmentation s'est faite sans que le nombre de séropositivités découvertes ait augmenté significativement. Dans la situation actuelle, un accroissement du dépistage ne semble pas atteindre le but recherché.
- toute augmentation du dépistage de personnes à faible risque se fait aux dépens de l'attention portée à celles qui sont exposées à un risque élevé. Elle est susceptible de réduire l'efficacité de la prise en charge de ces dernières. Un geste biologique automatisé n'est pas adapté à une prévention ciblée. Les prévalences observées de l'infection sont très différentes suivant les modalités du dépistage. Chez les femmes en début de grossesse des valeurs inférieures à 1 pour mille caractérisent les régions à faible prévalence de la maladie, la région parisienne atteint 4 pour mille. Nous sommes proches de l'exhaustivité et la pratique du dépistage devient seulement un moyen de donner à la mère la liberté de décider la poursuite de la grossesse ou la pratique d'une IVG. Il n'est plus possible d'en faire l'occasion d'une discussion privilégiée avec le médecin sur les comportements à risque. Les centres de dépistage anonyme et gratuit observaient des

prévalences de l'infection dépassant 3% jusqu'en 1990. Une augmentation de leur recrutement à moyens constants se fera aux dépens de leur disponibilité envers les groupes susceptibles de bénéficier de leur aide. Les effets contre-productifs du dépistage sans accompagnement sont bien connus, la séronégativité devient une assurance que le risque est faible, le sujet ayant un comportement à risque étant rassuré en apprenant qu'il n'a pas été contaminé. C'est à ce moment qu'il faut disposer de temps pour lui expliquer ce que signifie la répétition de l'exposition à un faible risque et faire du dépistage volontaire le moment privilégié d'une réflexion sur son comportement et ses conséquences possibles. La prévention de l'extension de l'épidémie passe d'abord par le développement d'un comportement protecteur chez ceux qui ont des pratiques les exposant fréquemment à une contamination. Toute banalisation du dépistage dans une situation où les équipes compétentes sont pauvres et peu nombreuses réduira leur efficacité réelle, tout en donnant une fausse sécurité à ceux qui se contenteront de constater leur absence de contamination.

Conclusion

L'efficacité de la prévention dépend de la qualité de la prise en charge des personnes les plus exposées au risque de contamination. Dans l'état actuel de notre système de prévention des maladies sexuellement transmissibles et de lutte contre la toxicomanie, il serait plus productif d'accroître les moyens de ces structures et le dépistage ciblé sur les groupes exposés à un risque élevé que de vouloir accroître le nombre total de dépistages. Nourrir l'espoir que l'exhaustivité provoquée par l'obligation réduira le développement de l'épidémie témoigne d'une méconnaissance de l'influence possible d'une information sur les comportements humains. Outre les facteurs personnels, c'est le temps disponible et la compétence des tiers qui permettent d'obtenir qu'une connaissance soit transformée en une volonté de modifier son comportement puis par la mise en pratique de cette intention. La prévention n'est pas assurée par la lecture d'un résultat positif ou négatif sur une feuille de papier.

8

L'intérêt du dépistage pour mieux connaître l'évolution de l'épidémie

Avoir une bonne connaissance de l'évolution de l'épidémie provoquée par le VIH est un objectif de santé publique. Le choix des méthodes et des moyens utilisés pour la prévention et le traitement dépend de cette connaissance. Développer une sexualité au temps du sida comporte des risques qui ne se limitent pas à la contamination par le virus. Un terrorisme sanitaire fondé sur de « bons sentiments » conjugué à l'absence d'éducation sexuelle peut être à l'origine de perturbations importantes de la vie affective. Il convient d'être attentifs aux arguments utilisés, en particulier dans le domaine de l'épidémiologie, et la meilleure méthode pour éviter les dérapages est de disposer de renseignements fiables, mis à jour périodiquement et reconnus par les partenaires qui relayent l'information vers le public, en particulier les médias et les personnels de santé. Souvenons-nous des inflations de la prévalence de la séropositivité au milieu de la décennie 80. Après une phase initiale pendant laquelle l'importance de la maladie a été sous-évaluée, une croissance rapide des estimations de la séropositivité a fait dépasser le cap des 100 000. Au cours des années suivantes, la connaissance d'un doublement annuel des cas de sida a fait appliquer un rythme de croissance identique à la prévalence de l'infection, ce qui ne reposait sur aucune base scientifique. Des valeurs de 200 000 puis de 300 000 séropositifs ont été avancées, contribuant à dramatiser une situation qui l'était suffisamment dans sa réalité. La « stagnation » apparente des évaluations du nombre de personnes contaminées dans notre pays est en fait le résultat d'une surévaluation dans la période précédente et d'une diminution de l'incidence des nouvelles infections.

Nous pouvons imaginer des pratiques de dépistage « obligatoires » qui faciliteraient la collecte de données épidémiologiques fiables. Deux critiques sont formulées par les épidémiologistes :

- les périodes où il est facile d'accéder à un sérum sanguin ne sont pas nombreuses, le service militaire chez les hommes, la grossesse chez les femmes. Nous verrons que l'âge du service militaire est inadapté car trop précoce, et que les femmes constituent déjà le groupe le mieux suivi par les épidémiologistes.
- une connaissance globale de l'évolution de la séropositivité dans la population n'est pas le renseignement dont nous avons besoin pour fixer une politique de prévention. Il faut connaître les comportements qui ont été à l'origine de la contamination, homosexualité ou hétérosexualité avec des

partenaires multiples, échange de seringues chez les utilisateurs de drogues, partenaires de bisexuels ou de toxicomanes séropositifs... Les examens obligatoires exhaustifs ne se prêtent pas à une analyse approfondie de comportements concernant des domaines privés de l'individu. Ce qui est possible en Suède, où la prévalence de l'infection est faible et le système de santé publique développé, ne l'est pas en France où l'on voudrait à la fois ne pas se donner les moyens d'acquérir les connaissances et avoir le bénéfice de structures épidémiologiques performantes.

L'amélioration des calculs rétrogrades à partir des cas de sida déclarés, la confrontation de leurs résultats avec les données fournies par les différentes études ciblées qui sont en cours paraissent des méthodes plus appropriées à la collecte des données utiles. Elles devraient nous permettre de sortir de la situation d'incertitude relative où nous sommes actuellement, l'accroissement de la prévalence se situant dans l'intervalle de confiance de l'évaluation de 1989.

Conclusion

Le développement de la connaissance épidémiologique de l'évolution de l'épidémie d'infection par le VIH ne passe pas par le dépistage obligatoire mais par la multiplication des études ciblées capables de préciser les modalités de la contamination.

9

les aspects économiques du dépistage

L'introduction du critère économique dans la prise de décision en matière de santé est une démarche souvent mal comprise, assimilée à la seule considération des coûts, alors qu'il s'agit d'une démarche d'optimisation affectant les moyens dont on dispose pour obtenir l'état de santé le plus élevé possible.

Cette intégration des aspects économiques dans les décisions concernant le sida est rendue d'autant plus difficile que des événements récents touchant au développement de cette pathologie ont porté l'attention de l'opinion publique sur certaines logiques financières regrettables (logique financière à ne pas confondre avec la logique d'optimisation économique), ce qui tend, par réaction, à minorer la prise en considération d'aspects économiques dans la décision.

C'est ainsi qu'au printemps 1985 une logique financière et industrielle, s'ajoutant à d'autres logiques (politique, bureaucratique, professionnelle, scientifique), a entraîné un retard de deux mois environ dans le dépistage du virus dans les dons du sang pour la transfusion.

La mise en lumière de ces dysfonctionnements lourds de conséquences et à grand retentissement médiatique, associée à l'image sociale négative du sida, développe une tendance à refuser l'intervention de critères économiques dans la prise de décision, quitte à adopter des mesures dont le rapport coût-efficacité est très défavorable ou à privilégier, parmi diverses stratégies de prévention possibles, celles qui apparaissent les plus sécurisantes pour le public sans être forcément les plus efficaces, enfin à s'orienter vers des compensations financières qui posent problème.

A titre d'exemple, on peut citer : le coût de chaque leucémie évitée suite à la mise en oeuvre du dépistage de l'infection par le HTLV-1 au cours des 6 derniers mois : entre 100 et 200 millions de francs ; l'accent mis sur les mesures de prévention fondée sur des tests biologiques de dépistage, alors que les mesures reposant sur des modifications volontaires des comportements sont considérées comme plus efficaces ; l'indemnisation

du sida transfusionnel, ce qui constitue un dangereux précédent et conduit à une prise en charge inégalitaire des risques iatrogènes entraînés par la pratique médicale.

On peut comprendre ces tendances. Il convient néanmoins de les combattre et il est de la responsabilité des pouvoirs publics de rapprocher la collectivité de l'optimum, ce qui nécessite la prise en compte de critères économiques à travers des études coût-efficacité, voire coût-bénéfice. Ces critères ne sont pas les seuls à prendre en compte, mais ils doivent avoir leur place dans une prise de décision où interviennent des arguments d'une autre nature.

Ces études sont encore peu nombreuses et insuffisantes. Dans le cadre du dépistage du VIH, l'enquête sur le dépistage au cours de la grossesse dans 9 maternités parisiennes a donné lieu à une étude coût-efficacité : durant les 6 premiers mois, le coût de chaque séropositivité dépistée était proche de 45 000 F. Le coût s'est ensuite élevé aux environs de 170 000 F., la pratique de plus en plus fréquente des tests en médecine de ville réduisant les découvertes de la séropositivité dans les maternités. Une simulation a pu montrer que le coût du dépistage d'une séropositivité dans une population sans risque connu ou reconnu dépassait 500 000 F.

Ces études tendent à laisser penser que pour les dépistages réalisés dans les populations à faible prévalence, le rapport coût-efficacité est peu favorable.

Pour savoir s'il convient ou non de pratiquer ces dépistages, il faudrait disposer d'études coût-bénéfice permettant de comparer les coûts et les résultats des diverses actions de dépistage et de prévention, les résultats ainsi analysés mesurant non seulement le nombre de personnes dépistées, mais également l'impact psychologique et les modifications de comportement provoquées par ces dépistages, ainsi que les conséquences sur l'évolution de l'épidémie. Ce type d'investigation serait tout aussi nécessaire dans l'évaluation des différentes stratégies de traitements, le financement des thérapeutiques médicamenteuses se faisant aujourd'hui pratiquement sans limite financière, y compris dans des circonstances où l'efficacité n'est pas prouvée ou très faible, alors que les moyens utilisés pour apporter un soutien psychologique et social aux malades sont limités.

Conclusion

Les contaminations par le VIH de malades transfusés ou traités par des dérivés du sang a conduit à réduire, voire à supprimer la prise en compte de critères économiques. Il convient au contraire de les introduire, ce qui suppose le développement d'études coût-efficacité et coût-bénéfice, tant dans le domaine du dépistage et de la prévention que dans celui du traitement.

Les premiers résultats des études réalisées en matière de dépistage mettent l'accent sur le faible rapport coût-efficacité des dépistages pratiqués dans des populations où la prévalence de la maladie est faible.

La pratique du dépistage

1

La situation générale

Le nombre de tests pratiqués est d'environ 7 millions. Ce sont les centres de transfusion qui en font le plus grand nombre (3,9 millions), puis les hôpitaux et les cliniques, les médecins généralistes en prescriraient 600 000 (dont 60% à l'occasion d'une grossesse), les consultations dans les centres de dépistage anonyme et gratuit ont été au nombre de 63 000 en 1990 (BEH N°21-1991).

Ces données sont à comparer aux évaluations de l'infection par le VIH en France. Le nombre de personnes séropositives serait supérieur à 100 000 mais la précision de cette évaluation est assez faible. La dernière étude sur la prévalence de l'infection est de décembre 1989 et elle sera actualisée avec des méthodes plus précises à la fin de 1992.

Le nombre de personnes séropositives dépistées était évalué à 70 000 en 1988, compte tenu de l'activité de dépistage et de ses résultats, il peut être évalué à environ 90 000 actuellement, dont 48 000 seraient suivies médicalement au moins une fois par an, la majorité dans les hôpitaux ou dans une démarche coordonnée de la médecine hospitalière et de la médecine de ville.

2

La grossesse

De nombreuses données sont disponibles concernant la contamination au cours de la grossesse ou de l'accouchement. Nous verrons qu'elles ne permettraient pas de connaître les enjeux d'une extension des pratiques de dépistage prénatal.

Nous savons que :

- 17 à 23% des enfants dont la mère est séropositive seront infectés par le VIH. Une partie développera rapidement une forme grave de sida et la mort surviendra au cours des deux premières années. Une fraction réduite, mais dont la proportion est encore mal connue, développera une forme plus tardive, parfois jusqu'à dix ans après la naissance ;
- 99% de femmes acceptent le test en début de grossesse quand il est proposé. Cette proportion est valable pour le groupe des 9 maternités de la région parisienne. Nous ne possédons pas d'évaluation de cette proportion pour chaque région et au niveau national ;

- la proportion de dépistages réellement réalisés en début de grossesse varie selon les régions. Il concerne environ les deux tiers des femmes dans la région Nord-Pas de Calais en 1991. La seule étude faite au niveau national couvre les années 87-89, environ 2/3 des femmes bénéficiaient d'un dépistage en 1989 (BEH N°6-1991). Il est probable que dans les régions où la prévalence de l'infection par le VIH est la plus élevée, la proportion de dépistages peut atteindre, voire dépasser, 80% des grossesses ;
- que la proportion de femmes qui décident de faire interrompre leur grossesse quand elles se savent séropositives est égale ou supérieure à 50% suivant les régions.

Ces données peuvent être utilisées pour tenter d'évaluer l'efficacité et le coût d'une mesure qui étendrait à toutes les futures mères la connaissance de leur état sérologique. Si l'on admet qu'environ 80% des femmes connaissent leur statut sérologique en début de grossesse, 20% de 750 000 naissances = 150 000 soit un coût d'environ 18,5 millions de francs.

Si l'objectif de l'exhaustivité était atteint et les décisions maternelles identiques, la mesure réduirait d'environ 17% le nombre d'enfants contaminés si la prévalence dans le groupe qui n'est pas exploré (groupe à faible risque ou refusant le test proposé) est identique à celui dont nous connaissons l'état sérologique. Si la prévalence est plus faible que dans le groupe testé, ce qui est probable, l'efficacité serait réduite dans les mêmes proportions.

Le recours à de telles hypothèses démontre nos insuffisances épidémiologiques. Il était relativement facile d'entreprendre une étude de tous les enfants atteints de sida et de rechercher si la mère connaissait sa séropositivité au début de sa grossesse et a choisi de la conduire à son terme. Une telle étude nous aurait indiqué combien de contaminations auraient pu être évitées par un dépistage devenu exhaustif dans le cadre d'une obligation légale, en admettant que l'obligation provoque réellement l'exhaustivité.

Le centre qui traite la plus grande série d'enfants atteints du sida à la suite d'une contamination materno-foetale (1 cas français sur trois) a entrepris une révision rapide des dossiers pour tenter de répondre à cette question. Aucun cas de sida précoce n'a été observé au cours des deux dernières années sans que la mère connaisse sa séropositivité. Ces résultats provisoires indiqueraient que les enjeux d'un dépistage exhaustif sont proches de zéro. Cela signifierait que la question posée concerne un problème déjà résolu dans la pratique avant qu'il soit posé politiquement.

Il est indispensable de reprendre une telle étude au niveau national.

Tous les sidas infantiles de ces dernières années doivent être analysés rétrospectivement. La connaissance de la séropositivité en début de grossesse doit être précisée. Cette étude doit ensuite être poursuivie pour tous les cas de sida infantile. Nous sommes dans une société qui peut dépenser plusieurs centaines de millions pour développer des dépistages inutiles sans être capable d'investir un ou deux millions pour connaître les enjeux d'un dépistage obligatoire.

Le passage du dépistage proposé et accepté à l'obligation fait perdre la possibilité d'aborder les problèmes du risque de contamination et les méthodes de prévention. Elle remplace une démarche active de réflexion et d'éducation en un geste biologique qui n'a pas le même intérêt. Les autres tests biologiques actuellement obligatoires n'ont pas à être accompagnés d'une telle démarche préventive sauf le test concernant la rubéole qui devrait être suivi d'une proposition de vaccination après la grossesse en cas d'absence de protection.

3

Le dépistage au moment du mariage

Son efficacité dépend de plusieurs facteurs :

- les caractéristiques du groupe de personnes qui se marient. Actuellement, moins de deux couples sur trois se marient, ceux qui le font ne sont probablement pas représentatifs de l'ensemble du groupe en ce qui concerne les pratiques « à risque » ;
- l'existence ou l'absence de rapports sexuels avant le mariage, l'étude de Léridon sur les « comportements sexuels et sida en France » (Contraception, Fertilité, Stérilité N°17, 1989, p. 919-924) a montré que l'âge d'entrée dans la vie sexuelle s'est abaissé. Pour la génération des femmes nées en 1940 : âge médian 20 ans, pour celles nées en 1960 : 18 ans. Pendant la même période l'âge moyen du mariage s'est accru. L'étude déjà ancienne (1970) de Pierre Simon indiquait que 61% des hommes et 26% des femmes avaient eu des rapports sexuels avant le mariage et que respectivement dans 39% et 21% des cas, le futur conjoint était concerné.

Un dépistage obligatoire avant le mariage consiste à développer la recherche de l'infection par le VIH dans un groupe à faible risque qui a déjà eu l'occasion d'échanger ses MST. Il n'apparaît pas comme un moyen efficace de prévention de la contamination de l'un des éléments du couple.

4

Le dépistage au moment du service militaire

L'âge du service militaire n'est pas favorable pour dépister l'infection par le VIH : les données épidémiologiques disponibles indiquent une contamination maximale dans la tranche d'âge 25-35 ans (le maximum du sida déclaré est en France dans la tranche d'âge 30-35 ans pour les hommes et 25-30 ans pour les femmes).

L'efficacité d'une telle mesure serait d'autant plus réduite que la sélection faite avant l'incorporation exclut de plus en plus fréquemment les personnes ayant des comportements à risques.

5

Les centres de dépistage anonyme et gratuit

Les centres de dépistage anonyme et gratuit ont été créés par la loi du 30 juillet 1987 qui prévoyait au minimum un centre par département. Leur nombre est maintenant stabilisé, ils étaient 121 en 1990 et 125 à la fin de 1991.

Près de 70% de ces centres sont situés dans un hôpital, les autres sont inclus dans un centre de diagnostic et de traitement de maladies sexuellement transmissibles. Une analyse de leurs pratiques effectuée en 1991 a révélé que le temps consacré à l'entretien précédant le test était dans l'ensemble satisfaisant (20 minutes), le résultat était donné dans un délai de 7 jours pour les tests négatifs et 11 jours pour un résultat positif. L'entretien suivant le test est en moyenne de 12 minutes pour un résultat négatif et 35 minutes s'il est positif.

Si ces évaluations donnent des renseignements utiles sur l'attention portée aux consultants, par l'intermédiaire de la durée des deux entretiens qui encadrent le test, elles ne nous renseignent pas sur les modifications de comportement obtenues après un test négatif, ni sur les suites de l'apprentissage d'une séropositivité (prise en charge médicale ou non, modifications des comportements). Il est indispensable de procéder à des évaluations des résultats qui doivent être appréciés comparativement aux résultats obtenus par d'autres structures, en particulier dans les cas de dépistage « sauvage », c'est-à-dire inclus dans un bilan biologique sans véritable information du patient.

Les centres de dépistage gratuit ont observé une prévalence de 3% pour l'année 1990 (3,8% chez les hommes et 1,7% chez les femmes), le

développement de l'activité de ces centres a été relativement lent et le nombre de dépistages est d'environ 60 000 pour 1990. La diminution progressive de la prévalence calculée sur l'ensemble des tests correspond à la diffusion de la pratique du dépistage à des groupes à faible niveau de risque, elle n'a pas de signification épidémiologique. L'enquête faite dans les maternités parisiennes n'indique pas de modification significative de la prévalence au cours des dernières années.

Il convient de mieux faire connaître l'existence de ces centres et de les rendre plus accessibles en les situant dans des lieux fréquentés, extérieurs aux hôpitaux, sans relation directe avec les services traitant des malades atteints de sida.

6

Le dépistage dans les centres de transfusion

La contamination des transfusés par un donneur dont le sang contient le virus sans que les tests immunologiques soient positifs est possible pendant les semaines qui suivent l'infection. Les résultats des dépistages obligatoires effectués sur les dons du sang indiquent une décroissance régulière de la prévalence de la séropositivité qui demeure cependant plus élevée chez les nouveaux donneurs que les estimations habituellement retenues pour l'ensemble de la population. Pour les nouveaux donneurs (environ 15%), le nombre de tests positifs pour 10 000 dons était supérieur à 17 en 1986, proche de 8 en 1988 et de 4,3 pour le premier semestre de 1990. Il était de 0,5 au cours du premier semestre de 1990 pour les donneurs réguliers. Il est difficile d'affirmer à partir de ces chiffres s'il existe toujours un recours au don du sang comme substitut dangereux à la consultation dans un centre de dépistage anonyme et gratuit. Il est en effet compréhensible qu'un premier dépistage découvre avec une plus grande fréquence une pathologie infectieuse qui laisse une trace sérologique définitive qu'un dépistage suivant de quelques mois un précédent test négatif. Il conviendrait de connaître la fréquence des dons chez les donneurs réguliers et d'introduire une correction tenant compte de l'âge, (les nouveaux donneurs sont dans l'ensemble plus jeunes que les donneurs réguliers) pour pouvoir conclure. L'autre voie d'abord épidémiologique de ce problème consisterait à évaluer la prévalence de la séropositivité dans un groupe de contrôle ayant les mêmes caractéristiques que le groupe des nouveaux donneurs.

De telles évaluations sont importantes pour préciser l'existence d'un surrisque chez les nouveaux donneurs, qui témoignerait d'une persistance

de l'usage des centres de transfusion comme centres de dépistage gratuit. Si ce détournement de l'usage d'un système fondé sur la solidarité existe, il est possible de le réduire en cessant de communiquer directement le résultat de tous les tests pratiqués (hépatite, syphilis, HTLV et HIV), le donneur étant seulement averti d'avoir à consulter son médecin pour une affection justifiant des explorations biologiques. Cette disposition serait de nature à conserver au don du sang le sens d'une démarche altruiste exempte de toute ambiguïté.

7

Le dépistage des personnes éventuellement transfusées pendant la période 1980-1985

La recherche des personnes exposées à un risque de contamination transfusionnelle pendant la période précédant l'obligation de tester tous les dons du sang n'a pas été faite systématiquement. Sept à dix ans après la transfusion, il est impossible d'identifier la majorité des donneurs à l'origine d'une transfusion et de préciser leur statut sérologique. La recherche d'une transfusion dans les dossiers hospitaliers étant également longue et incertaine, il est plus simple de considérer les personnes ayant subi une intervention susceptible d'avoir provoqué une transfusion comme ayant été exposées à un risque de contamination et de proposer un test de dépistage quand elles expriment leur inquiétude.

8

Le dépistage dans les consultations antivénériennes, les centres de planning familial et les centres d'examens de santé

Le problème posé est celui de la facilitation de la pratique des tests dans des centres qui ont dans leurs attributions le développement de la prévention. La gratuité totale peut favoriser la pratique des tests et constituer la forme la plus extrême de cette facilitation de l'accès au dépistage, quel que soit le prescripteur, qui doit cependant être un médecin puisqu'il s'agit d'un acte de biologie. Cependant une telle mesure peut paraître en contradiction avec le souci de ne pas réduire le test à un acte de biologie. Faciliter l'accès gratuit à cet acte dans un nombre réduit de sites dont les

personnels ont bénéficié d'une formation et ont une expérience dans le domaine du conseil peut apparaître comme une démarche mieux adaptée que la gratuité généralisée. Elle tend cependant à accentuer des discriminations entre praticiens qui se sont déjà développées pour le traitement du sida et qu'il n'est pas souhaitable d'étendre au niveau de la prévention.

Pour ces raisons le Haut Comité de la Santé Publique, souhaite distinguer les mesures à envisager dans ces trois structures :

- dans « les dispensaires antivénériens » ou consultations départementales de dépistage et de traitement des M.S.T., l'association fréquente entre M.S.T. et contamination par le V.I.H., plaide pour la gratuité du dépistage du V.I.H. (en 1989 2,6 % des sérologies V.I.H. réalisées dans ces dispensaires — en dehors de l'activité des centres de dépistage anonyme et gratuit — étaient positives) ; il faut pourtant rappeler :

- la répartition très inégale de ces consultations sur le territoire français (en 1989, la moitié des départements n'en possède qu'une, un tiers en possède plus de 4),

- leur diminution en nombre : 328 en 1981, 267 en 1986, 247 en 1990,

- la diminution globale de leurs activités (327 000 sujet vus en 1986, 210 000 en 1989) qui s'explique largement par la diminution des examens systématiques, mais masque surtout de grandes disparités locales d'activité ; cette disparité est liée à la prise en charge ou non — au-delà des obligations légales — d'autres M.S.T. que les 4 maladies vénériennes citées par le Code de Santé Publique, ces 4 maladies ne représentant plus que 11 % des M.S.T. diagnostiquées dans ces dispensaires ;

- dans les centres de planification et d'éducation familiale, ce n'est pas tant le risque auquel est exposée la population fréquentant ces centres, qui justifierait la gratuité, que sa situation souvent précaire : jeunes ou personnes relativement démunies ; c'est d'ailleurs pourquoi la loi du 23 janvier 1990 a prévu la gratuité pour les mineurs et les personnes sans protection sociale du dépistage « de » maladies sexuellement transmissibles ; le décret d'application qui doit intervenir prochainement, devrait comprendre le dépistage du V.I.H.

- la population qui fréquente les centres d'examen de santé ne se distingue pas par contre de la population générale, ni par sa précarité (par définition il s'agit d'assurés sociaux, 90 % bénéficient d'une protection sociale complémentaire), ni par les risques qu'elle présente ; le but serait là de répondre à une demande quand elle s'exprime et dans le cadre de la refonte de l'arrêté de 1946, déterminant entre autres les examens qui doivent ou peuvent être faits dans ces centres, cette question doit être examinée.

La facilitation de l'accès au test doit être accompagnée d'un développement de la formation des médecins sur la prévention de l'infection par le V.I.H. et la pratique du conseil aux personnes qui vont avoir un test ou qui en reçoivent le résultat. Une telle formation doit être assurée aussi bien dans le cadre de la formation initiale délivrée par les facultés de médecine que dans celui de la formation permanente. Une évaluation de la qualité de ce conseil doit être mise en place.

9

Le dépistage dans la population carcérale

Il s'agit d'une population facilement accessible par définition, dans laquelle la prévalence de l'infection par le VIH est élevée, l'incarcération étant fréquemment provoquée par des délits liés à la toxicomanie (vols pour se procurer l'argent nécessaire à l'achat de drogue, détention ou vente de drogue). Les variations régionales de la séropositivité sont importantes. Un dépistage obligatoire est souvent proposé pour permettre une politique d'isolement des séropositifs dans les établissements pénitentiaires. Les arguments évoqués sont très divers (promiscuité, interdiction de la sexualité hétérosexuelle dans les prisons françaises pouvant favoriser l'homosexualité). Le débat est plus celui de la politique sanitaire et sexuelle dans les prisons que celui du dépistage. Il s'agit cependant d'un problème de santé publique, la population carcérale n'ayant pas à être écartée des objectifs d'amélioration de la santé, bien au contraire puisqu'il s'agit d'une population à haut risque.

Il est souhaitable d'appliquer des principes identiques à ceux qui constituent nos références pour d'autres groupes. C'est la démarche volontaire qui, pour le dépistage du VIH comme pour la prise en charge des toxicomanes, est la plus apte à obtenir une meilleure appréciation par un individu de ses problèmes et des moyens qu'il peut utiliser pour tenter de les résoudre ou de mieux vivre avec.

La qualité de la formation et de l'information des personnels pénitentiaires, la réduction de la promiscuité par une adéquation entre la population carcérale et les locaux disponibles, le développement des moyens sanitaires, sont des moyens plus appropriés que le recours symbolique au dépistage obligatoire.

Groupe de travail
sur le dépistage de l'infection
par le VIH

Professeur Guy NICOLAS
Professeur Claude GOT
Professeur Philippe-Jean PARQUET
Janine PIERRET
Docteur Edith PONS
Jean-Claude SAILLY
Docteur Patrick de LA SELLE
Marie-France WITTMANN.

Membres du Haut Comité
de la Santé Publique

Président : le Ministre délégué à Santé

Vice-Président : Professeur Guy NICOLAS, professeur de cardiologie

Pr René CAQUET, professeur de médecine interne

M. Etienne CANIARD, administrateur

Pr Jean-Pierre DESCHAMPS, professeur de santé publique

Pr Gérard DUBOIS, professeur de santé publique

Docteur Gilles ERRIEAU, médecin généraliste

M. Bertrand GARROS, démographe

Haut Comité de la santé publique

Pr François GREMY, professeur de santé publique

Professeur Claude GOT, professeur d'anatomo-pathologie

Professeur Jean-Claude HENRARD, professeur de santé publique Pr
Albert HIRSCH, professeur de pneumologie

M. Claude HURIET, sénateur

M. Jean-Marie LE GUEN, député

Pr Philippe PARQUET, professeur de psychiatrie infanto-juvénile

Mme Janine PIERRET, sociologue

Docteur Edith PONS, médecin inspecteur de santé publique

M. Jean-Claude SAILLY, économiste

Docteur Patrick de LA SELLE, médecin généraliste

Pr Maurice TUBIANA, professeur en cancérologie

Mme Marie-France WITTMANN, infirmière générale.

Membres de droit :

- le Directeur Général de la Santé
- le Directeur des Hôpitaux
- le Directeur de la Sécurité Sociale
- le Directeur de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- le Directeur de l'École Nationale de Santé Publique
- le Directeur de la Caisse Nationale d'Assurance-Maladie des Travailleurs Salariés.