



CONSEIL NATIONAL DU SIDA
25-27 RUE D'ASTORG
75008 PARIS
T. 33 [0]1 40 56 68 50
F. 33 [0]1 40 56 68 90
CNS.SANTE.FR

AVIS

DÉPISTAGE

FR

12 DÉCEMBRE 2002

AVIS SUR LA CONDUITE À TENIR FACE AU RISQUE DE CONTAMINATION PAR LE VIH/SIDA À LA SUITE D'UNE AGRESSION SEXUELLE

Le présent avis est le résultat d'une réflexion engagée depuis plusieurs semaines par le CNS. Elle tente d'apporter des éléments de réponse à la question des tests de dépistage à pratiquer sur la personne suspectée de viol, avec ou sans son consentement. La situation éprouvante des personnes violées qui, en plus des troubles et de la souffrance dus à l'agression, doivent envisager une éventuelle contamination par le VIH/sida ou une autre infection sexuellement transmissible (IST) préoccupe à juste titre de nombreux praticiens. En outre, le CNS a pris connaissance, le 6 novembre dernier, du communiqué de l'Académie Nationale de Médecine « Exposition au VIH des enfants victimes de viol »¹ ainsi que des différentes réflexions ou opinions exprimées publiquement par des personnalités des milieux médicaux, associatifs et politiques.

1 ASSURER LA MEILLEURE PRISE EN CHARGE POSSIBLE POUR LA VICTIME

L'éventualité d'une contamination par le VIH/sida justifie pleinement que soit prescrit un traitement antirétroviral prophylactique à la personne victime d'une agression sexuelle, malgré les effets secondaires qu'il pourrait entraîner. Le traitement peut, en outre, contribuer à rassurer la victime redoutant une contamination.

La circulaire du 9 avril 1998², actuellement en cours de révision, recommande que le traitement soit entrepris dans un délai de 48 heures et, si possible, dès les premières heures qui suivent l'exposition au risque, en l'occurrence l'agression sexuelle³. Les répercussions négatives du traitement, dont la durée complète est de 28 jours, doivent évidemment être limitées autant qu'il est possible. Le CNS attire donc l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité d'une mise à jour régulière des recommandations relatives à ces traitements, par exemple dans le cadre d'une concertation annuelle avec les praticiens. L'expérience qu'ils acquièrent quotidiennement dans l'utilisation des traitements antirétroviraux permet en effet de sélectionner les combinaisons de molécules présentant un moindre risque d'effets secondaires et le mode d'administration le plus simple possible. En outre, pour limiter la durée d'exposition à ces effets secondaires, et pour éviter aux victimes le constant rappel de l'agression que représente la prise régulière du traitement, ce dernier doit être interrompu dès que cela apparaît raisonnablement envisageable. Pour cela, la connaissance du statut sérologique du violeur est une information très importante.

En effet, l'information acquise par le dépistage pratiqué sur la personne suspectée peut contribuer à arrêter le traitement prophylactique. Il convient toutefois de rappeler qu'en raison du délai existant entre le moment de la contamination par le VIH et la séroconversion, un résultat négatif du test de dépistage ne garantit pas l'absence d'infection. Par conséquent, la décision à prendre demeure complexe. La recommandation de poursuivre ou de suspendre le traitement, qui engage la responsabilité du médecin, ne pourra se faire qu'après l'analyse de l'ensemble des données recueillies et après discussion avec la victime. De plus, si l'agresseur

¹ Selon l'Académie Nationale de Médecine, le dépistage ne devrait pas pouvoir être refusé par l'agresseur : « Les médecins souhaitent disposer d'un cadre légal précisant le protocole de prise en charge des victimes et les conditions du prélèvement de sang de l'agresseur qui, en tout état de cause, ne devrait pas pouvoir refuser, comme il ne peut pas refuser le prélèvement de sang pour analyse de l'ADN. », Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 2002, 186, n° 7, séance du 22 octobre 2002.

² Cf. la Circulaire DGS/DH/DRT/DSS n° 98-228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH. Cette circulaire, comme celle du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé (DGS/DH n° 98-249), traite également du risque de transmission du VHB et du VHC.

³ Les données communiquées à la conférence de Barcelone de juillet 2002 font apparaître, pour les 4025 cas d'exposition sexuelle étudiés en France un délai médian de 17 heures entre l'exposition sexuelle et le début du traitement. Ce délai est beaucoup plus long que le délai médian entre une exposition au sang et le traitement des personnels soignants exposés (4 heures) et n'assure donc pas l'efficacité maximale du traitement. Cf. n° 37 de l'ANRS Information, numéro spécial automne 2002 « Barcelone, XIV^{ème} conférence internationale sur le sida », 7-12 juillet 2002.

présupposé n'est pas interpellé rapidement, son dépistage effectué dans une période éloignée du moment de l'agression perd de son intérêt pour la victime : celle-ci aura continué à prendre le traitement, voire l'aura déjà mené à son terme.

2 MAINTENIR UNE FINALITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE POUR LE DÉPISTAGE DU VIH

Les textes législatifs et réglementaires qui encadrent la politique de dépistage du VIH indiquent clairement qu'il ne peut être pratiqué de dépistage pour l'infection au VIH sans le consentement de la personne concernée. Le CNS reste attaché à ce principe qu'il a régulièrement réaffirmé dans ses précédents rapports, avis et recommandations⁴. Dans des conditions particulières, coma ou perte de conscience prolongée⁵, le CNS a considéré qu'il était éthiquement acceptable de présumer le consentement que la personne était dans l'incapacité de formuler explicitement. Cela conduisait le CNS à affirmer dans le même avis que « le dépistage sans le consentement du patient doit être proscrit chaque fois que celui-ci a exprimé antérieurement une opposition à la recherche de son statut sérologique. »⁶

En outre, l'analogie fréquemment faite entre le dépistage du VIH/Sida d'un suspect et la procédure d'identification par l'ADN, mise en place par la loi du 17 juin 1998⁷ portant création du Fichier National Automatisé des Empreintes Génétiques (FNAEG), est inappropriée.

D'une part, il faut en effet souligner la différence de nature et de finalité entre les deux démarches : la première vise exclusivement à proposer le traitement le mieux adapté à la victime ; la seconde s'inscrit dans une procédure d'administration de la preuve et de recherche de la vérité propre à l'enquête judiciaire.

D'autre part, bien qu'ils puissent être réalisés rapidement eu égard à la durée moyenne relativement longue d'une instruction judiciaire, le recueil et le traitement des empreintes génétiques nécessitent l'autorisation du juge d'instruction ou du Procureur de la République et l'analyse des prélèvements par des experts ayant fait l'objet d'un agrément par décret en Conseil d'Etat. Une telle procédure ne semble donc guère compatible avec la situation d'urgence que représente le risque d'exposition au VIH. De plus, le recueil d'empreintes génétiques repose le plus souvent sur un prélèvement buccal et non sanguin, ce qui facilite l'obtention du consentement.

Enfin, au cours de la discussion de la loi de 1994 sur le respect du corps humain, l'amendement proposé pour permettre le prélèvement forcé d'empreintes génétiques en matière pénale a été rejeté⁸. Dans la législation actuelle, conformément à la recommandation R (92) 1 du Conseil de l'Europe⁹ et à la loi sur le respect du corps humain de 1994¹⁰, le principe du consentement au prélèvement est toujours requis. La loi de 1998 portant création du FNAEG n'a donc pas remis en cause ce principe.

3 METTRE EN PLACE UNE PROCÉDURE MÉDICO-JUDICIAIRE CLAIRE ET EFFICACE QUI FAVORISE L'OBTENTION DU CONSENTEMENT

Dans le souci d'apporter le plus grand réconfort possible à la personne violée, le CNS réaffirme l'importance d'une prise en charge physique et psychologique appropriée et immédiate, et d'un traitement prophylactique. Cela requiert une organisation adéquate des services d'urgence des hôpitaux vers lesquels sont prioritairement adressées les victimes. A cet effet, un accueil médico-

⁴ Cf. le Rapport suivi d'un avis du 18 décembre 1991 sur le dépistage obligatoire ou systématique du VIH. De plus en 1992, le Haut Comité de santé publique et le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé s'étaient prononcés, comme le Conseil national du sida, en défaveur du dépistage obligatoire des femmes enceintes et des futurs conjoints ; le Conseil national de l'Ordre des médecins et l'Académie nationale de médecine s'étaient prononcés en faveur d'un tel dépistage. Le CNS a récemment réaffirmé sa position dans son Avis suivi de recommandations du 14 mars 2002 sur le dépistage de l'infection par le VIH au cours de la grossesse et prévention périnatale de la contamination de l'enfant.

⁵ Rapport, avis et recommandations du Conseil national du sida du 12 octobre 2000 sur le dépistage en milieu hospitalier en situation d'accident avec exposition au sang (AES) et d'impossibilité pour le patient de répondre à une proposition de test, p 8.

⁶ Ibidem, p 9.

⁷ Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.

⁸ Cf. le Rapport sur la valeur scientifique de l'utilisation des empreintes génétiques dans le domaine judiciaire, n° 3121, par Christian Cabal, Jean-Yves Le Déaut et Henri Revol, Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, le 7 juin 2001, paragraphe 2.1.

⁹ Recommandation R (92) 1 du Comité des Ministres aux Etats membres du Conseil de l'Europe sur l'utilisation des analyses de l'acide désoxyribonucléique (ADN) dans le cadre du système pénal, adoptée le 10 février 1992.

¹⁰ Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain. On peut par ailleurs noter que, à l'issue de cette loi, l'article 16-11 du Code civil relatif au consentement à l'identification par empreintes génétiques énonce que « en matière civile, cette identification ne peut être recherchée qu'en exécution d'une mesure d'instruction ordonnée par le juge saisi d'une action tendant soit à l'établissement ou la contestation d'un lien de filiation, soit à l'obtention ou la suppression de subsides. Le consentement de l'intéressé doit être préalablement et expressément recueilli ».

psychologique spécifique, conduisant in fine à un médecin compétent dans le domaine du VIH doit être proposé. Il est important également que policiers et gendarmes aient connaissance de ces impératifs d'ordre médical et psychologique et fassent prévaloir l'urgence sanitaire sur la procédure administrative du dépôt de plainte, par ailleurs nécessaire. Enfin, la possibilité d'obtenir des traitements antirétroviraux en cas d'exposition sexuelle doit être connue de tous et doit, pour cela, faire l'objet d'une information régulière du public.

Parallèlement, une procédure de recueil du consentement du suspect, conforme aux principes du dépistage du VIH/sida (libre consentement et confidentialité), doit être prévue dans les délais permettant une éventuelle suspension du traitement¹¹.

Pour la mise en œuvre d'une procédure médico-judiciaire efficace, il est nécessaire de bien connaître la façon dont se déroule, à l'heure actuelle, la procédure à l'encontre d'une personne suspectée de viol. Il n'est pas inutile de rappeler que les « temps » de la procédure judiciaire et de la procédure médicale ne coïncident généralement pas. Il est rare en effet que le (ou les) suspect(s) soi(en)t interpellé(s) en flagrant délit ou dans les heures qui suivent le viol.

Dans les cas de viols d'enfants, on constate qu'il s'agit souvent de faits répétés perpétrés par un membre de l'entourage de l'enfant. Les faits sont dès lors fréquemment rapportés ou découverts des mois voire des années après les premiers actes, ce qui rend peu pertinente toute action prophylactique d'urgence.

Par ailleurs, les situations de viol recouvrent des réalités très disparates dont il faut tenir compte. L'agresseur peut en premier lieu ne pas être identifié par la victime¹². Il peut être identifié mais en fuite. Il peut enfin avoir été interpellé. Dans ce dernier cas, le suspect peut : avouer et reconnaître le viol ; reconnaître qu'il y a eu rapport sexuel mais nier le caractère contraint de celui-ci ; nier tout rapprochement sexuel. De plus, il peut y avoir viol sans rapport sexuel¹³.

Enfin, la réflexion sur la procédure médico-judiciaire à mettre en place ne saurait se limiter aux seuls cas, pourtant dramatiques, des viols sur mineurs. En effet, il s'agit de contribuer, d'un point de vue de santé publique, à l'élaboration d'une procédure globale capable de répondre à tous les cas de risques de contamination liés à des agressions sexuelles¹⁴.

A cette fin, le Conseil national du sida préconise qu'un médecin soit requis par l'autorité judiciaire pour une visite médicale qui pourrait avoir lieu dès la première heure de la garde à vue, pour proposer et expliquer le dépistage du VIH au suspect afin d'obtenir son consentement et de prescrire le test sérologique. En effet, d'après les éléments disponibles, l'intervention d'un médecin permettrait l'obtention du consentement dans neuf cas sur dix¹⁵. Dans le respect des règles de confidentialité, celui-ci devra informer le médecin de la victime de la possibilité de suspendre son traitement ou de le poursuivre jusqu'à son terme voire de le modifier. Le cas échéant, il devra informer la personne gardée à vue d'une séropositivité découverte à ce moment-là et établir les modalités de sa prise en charge. Il est important que la procédure médicale, inscrite au sein de la procédure judiciaire, puisse progresser indépendamment de celle-ci.

On peut donc s'interroger sur l'utilité d'une mesure de dépistage obligatoire, d'autant qu'on ne saurait aller jusqu'à imposer un dépistage sous la contrainte physique, contraire à tous les principes d'éthique et de droit internationaux et à toutes les règles de déontologie médicale.

¹¹ Au-delà de ces délais, dans le cas où la victime s'avèrerait séropositive, il reste important de connaître la sérologie du suspect et surtout de savoir s'il a fait l'objet d'un traitement antirétroviral. Cette connaissance peut servir à adapter la multithérapie antirétrovirale prescrite à la victime en tenant compte des molécules antérieurement reçues par la personne suspectée du viol.

¹² Il convient d'inclure dans ces cas : les viols en réunion pour lesquels il est souvent difficile de déterminer rapidement le ou les auteurs du crime ; les viols commis sur des personnes sous l'emprise de drogues licites ou illicites qui altèrent leur souvenir.

¹³ Selon l'article 222-23 du code pénal, le viol est défini comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise ». Ainsi une pénétration digitale peut être considérée comme un viol.

¹⁴ Concernant leur prise en charge médicale, ces cas relèvent des dispositions définies par la circulaire de 1998 relative aux accidents d'exposition au virus. Toutefois lorsqu'il s'agit de viols, il convient de la compléter et d'y ajouter la nécessité d'une prise en charge psychologique effective.

¹⁵ Données recueillies auprès des urgences médico-judiciaires de l'Hôtel-Dieu à Paris concernant les dépistages proposés et expliqués par un médecin au cours de la garde à vue.