



SAISINE N° 5

Une équipe de soignants en service de psychiatrie s'interroge sur le bien-fondé de l'exigence systématique d'une sérologie HIV pour l'organisation de soins somatiques auprès d'un spécialiste, sachant qu'en l'absence de ce bilan sanguin, les patients sont pris en charge en fin des consultations.

- Réponse du Comité d'Ethique en date du 22.02.15 -

SOMMAIRE

POSER LES TERMES DE LA SITUATION	p 3
LE CADRE LÉGAL	p 4
UN RECENCEMENT DE QUESTIONNEMENTS QUE SUSCITE CETTE SITUATION	
- LE RISQUE DE STIGMATISATION DU PATIENT HOSPITALISÉ EN PSYCHIATRIE	p 5
- LA STIGMATISATION DU VIH	p 5
- LE PARTAGE DES INFORMATIONS ET LE SECRET PARTAGÉ	p 6
DES VALEURS EN TENSION	p 6
LE DILEMME ÉTHIQUE	p 7
POUR DES ÉLÉMENTS DE RÉPONSE	p 8
CONCLUSION	p 9
BIBLIOGRAPHIE	p 10
ANNEXE 1	p 11

POSER LES TERMES DE LA SITUATION -

Dans ses pratiques professionnelles quotidiennes, le soignant est parfois confronté à son ressenti d'un manque de bienveillance fait au patient, manque souvent inconscient, involontaire, mais un manque de bienveillance risquant de chosifier ce patient, pouvant induire une faillite du respect de sa dignité, un manquement à l'empathie pourtant essentielle à la pratique du soin. Ainsi, la saisine qui fait l'objet du présent avis témoigne de l'interrogation d'une équipe de soins quant à l'exigence d'une sérologie HIV, pour des patients hospitalisés en psychiatrie, lorsqu'il est question de leur faire bénéficier de certains soins somatiques. Ces précautions vont ici dans le sens d'un passage en dernier, en fin de consultation, pour les patients séropositifs et/ou à statut indéterminé. Pourquoi cette différence de traitement ? Le but final étant la protection de l'individu, qu'il soit le patient pris en charge, les autres patients, les professionnels de soin. Si le principe de protection du praticien en soins somatiques et des autres patients est tout à fait understandable, la démarche n'en déclenche pas moins pour le patient des conséquences éventuelles, qu'il conviendra d'assumer...

Dans un contexte où, au quotidien, la population hospitalisée en psychiatrie est stigmatisée ou catégorisée « à risque », les équipes de soin n'ont-elles pas développé une sensibilité accrue à de possibles « discriminations » ? La tentation pourrait être, face à un risque potentiellement létal comme celui porté par le HIV, de céder à l'utilisation d'un geste « simple » comme un bilan avec sérologie contrainte et/ou cachée... En effet, si les sérologies font partie des recommandations de bonnes pratiques - comme définies par l'HAS -, se pose la question de leurs modalités de mise en place dans les établissements de santé, cabinets libéraux et autres lieux de soins.

Émerge également, dans la situation de la présente saisine, la question de la remise en cause par une équipe de soins psychiatriques, d'une pratique ressentie à visée sécuritaire lors de la prise en charge de patients dans le cadre de soins somatiques. Quelle place a pu être donnée à la communication en amont de cette saisine ? Quel sens de cette démarche chacun des acteurs a-t-il intégré dans sa pratique ? Et face à ce manque, ou à ce dysfonctionnement en matière de communication, comment dès lors pouvoir faire sien un soin et le prodiguer à l'autre de manière totalement efficace ?

Mais plus généralement et pour dépasser le simple cadre contextuel de la présente situation, il convient de nous interroger sur les représentations dont le patient en psychiatrie est porteur. De quoi devrait-il rendre compte avant de bénéficier de soins somatiques au même titre que tout citoyen ? Puis, au-delà de ces questionnements et des valeurs en tension dont ils témoignent, émergera une interrogation qui va concerner de façon cruciale tant le patient que l'équipe de soins psychiatriques, ainsi que le professionnel ayant requis une sérologie HIV : Que fait-on de l'éventuelle découverte d'une sérologie positive chez un patient en psychiatrie, personne vulnérable par définition, et personne qui d'une part n'avait pas demandé ce bilan et d'autre part ignorait jusqu'ici sa séropositivité ?

LE CADRE LÉGAL -

Dans un premier temps, nous nous appuyerons sur le cadre légal en ce qui concerne l'imposition de dépistage du HIV.

Il apparait que **le cadre juridique est le même pour tous, y compris en psychiatrie et s'organise autour de l'acceptation de la personne. Imposer un dépistage à la personne est interdit sauf concernant des suspects de violence sexuelle.** Cette problématique de l'accord de la personne questionne le consentement éclairé des personnes hospitalisées en psychiatrie. Il convient de se référer à la loi du 4 mars 2002.

Le Comité Consultatif National d'Ethique a émis en 1988 un avis sur le sujet des problématiques éthiques posées par la lutte contre diffusion du VIH. **Il apparait que le dépistage doit se faire le plus possible au bénéfice de la personne se questionnant et non au bénéfice d'un tiers.** Le test HIV doit être proposé avant intervention chirurgicale, gynécologie, endoscopie,... Sida Info Service quant à lui, informe que la demande systématique d'une recherche HIV pour certains patients, soit le dépistage obligatoire, est très circonscrite au niveau législatif. L'OMS (avis de 2009) par exemple, en donne l'indication dans le cadre de don de sang ou don d'organes. L'HAS, comme nous l'avons évoqué, a également édité des recommandations concernant le test HIV.

Pour conclure, il apparait une certaine stabilité des textes législatifs depuis 2002 concernant les dépistages HIV. Et pour plus de précisions, nous renvoyons le lecteur à l'annexe du présent avis, où sont rappelées les dispositions encadrant la pratique de la demande de sérologie à une personne.

Comme nous le développerons plus loin, si le positionnement législatif concernant la question de l'acceptation du dépistage du HIV par une personne constitue un rappel indispensable, il nous apparait également comme essentiel d'interroger les textes de loi relativement aux **modalités de communication des résultats du test HIV à la personne testée.** En la matière, l'article R.4127-35 du code de la santé publique (version en vigueur depuis le décret n° 2012-694 du 7 mai 2012) stipule que :

*« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. **Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination.** Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite. »*

On le voit ici, dans l'hypothèse d'une sérologie HIV positive, il incombera au médecin d'en informer le patient, même si celui-ci n'avait rien demandé, même s'il n'en voulait rien savoir...

UN RECENCEMENT DE QUESTIONNEMENTS QUE SUSCITE CETTE SITUATION -

LE RISQUE DE STIGMATISATION DU PATIENT HOSPITALISÉ EN PSYCHIATRIE

Le patient hospitalisé en psychiatrie est-il toujours considéré comme un citoyen bénéficiant de l'égalité de ses droits ou bien comme une personne perçue comme présentant des risques particuliers de contamination, une personne à laquelle sont supposées des « pratiques à risques » ? L'histoire de la psychiatrie est riche de représentations envers le malade, où la préoccupation du risque sécuritaire le dispute à la préoccupation de la clinique.

Car quelles sont les présuppositions sous-jacentes à une demande de sérologie HIV à un patient en psychiatrie, avant de pratiquer sur lui des soins somatiques ? Les personnes souffrant de pathologies psychiatriques seraient-elles plus susceptibles d'être atteintes de HIV ? Présenteraient-elles plus de risques de transmission ? Plus de risque de morsures à risque de contamination ?

Avant d'être un patient en psychiatrie, celui-ci est une personne, au même titre que le soignant requérant une sérologie avant de pratiquer des soins somatiques supposés à risque. **Si risque il y a au cours d'un acte thérapeutique, il n'est pas unilatéral et existe alors autant pour le soignant que pour le patient. Dans ce cas, il paraîtrait pertinent que le soignant lui-même puisse témoigner d'une sérologie négative afin de pratiquer son art en toute sécurité pour son patient souffrant de troubles psychiatriques, ainsi que pour tous les autres.**

LA STIGMATISATION DU VIH

Corrélié depuis son émergence dans les médias, il y a maintenant plusieurs dizaines d'années, avec des pratiques « à risques » associées à la toxicomanie et à une sexualité non destinée à la reproduction, **le sida est de nos jours encore une pathologie fortement stigmatisée et porteuse de représentations disqualifiantes pour celui qui en est atteint.** Ses modalités de contamination ont notamment fait l'objet de nombreuses controverses reflétant en partie les **peurs ancestrales générées par les épidémies.** Pour autant qu'ils soient des professionnels du soin, **les soignants ne sont pas exempts de ces craintes plus ou moins fondées** mais qui nous touchent tous en tant qu'êtres humains.

C'est ainsi que s'est manifestée, lors des débats du Comité d'Ethique du CPN pour répondre à la présente saisine, la dimension particulièrement stigmatisante du SIDA, **alors que le professionnel reste confronté à des risques de contamination par des pathologies tout autant, voire plus contagieuses,** notamment en ce qui concerne certaines hépatites. Notons que le dépistage HIV est systématiquement accompagné d'un dépistage des hépatites B et C, pathologies plus répandues que le HIV.

Le fait est que la contamination accidentelle HIV d'un professionnel soignant par un patient reste un accident rare : le risque moyen de transmission après exposition percutanée au sang d'un patient infecté est de 0,3 % pour le VIH, entre 0,5 et 3 % pour l'hépatite C et entre 2 et 40 % pour l'hépatite B, en l'absence de vaccination ou d'immunisation antérieure. En France, au 30 juin 2012, suite à des AES (Accidents d'Exposition au Sang) chez le personnel soignant, on relève 14 séroconversions HIV (documentées) depuis 1991, pour 70 séroconversions hépatite C (documentées) depuis 1997 (chiffres de l'Institut de veille sanitaire 2014).

La simple suspicion de contamination HIV lors d'un AES présente néanmoins un caractère d'urgence et d'immédiateté qui induit la mise en place d'un lourd traitement par trithérapie (trois mois de traitement avec effets secondaires) pour le soignant concerné, alors que d'autres pathologies peuvent entraîner des modalités de réponse comparables.

Notons que même dans le cas d'un AES, la sérologie appliquée au patient source doit légalement se faire avec son accord, bien que cette loi reste parfois difficile à appliquer dans l'urgence de la situation et relativement à l'appréhension du soignant tant pour lui-même que pour d'autres patients.

En conclusion de ces deux volets du risque de stigmatisation que sont la stigmatisation tant de la pathologie mentale que de la séropositivité HIV, il est pertinent de se demander si la pathologie mentale ou la séropositivité HIV changent le statut de la personne dans son rapport aux soins somatiques. Sur le principe non. **La pathologie mentale d'une part et la séropositivité HIV d'autre part rendent seulement la personne encore plus vulnérable, encore plus fragile et donc encore plus en nécessité que le professionnel de soin « prenne soin » d'elle.**

LE PARTAGE DES INFORMATIONS ET LE SECRET PARTAGÉ

Est-il nécessaire de tout savoir du patient pour être soignant ?

Qu'en est-il de l'information partagée par l'équipe concernée par ce patient, en milieu hospitalier ? Qu'en est-il du respect de l'intimité de la personne en matière de transmission de l'information de séropositivité d'un patient ? Qu'en est-il des facilités d'accès des personnels soignants à cette information ? Le principe du secret partagé s'applique-t-il au sein d'une équipe ou bien est-il uniquement applicable aux professionnels de l'équipe qui prennent en charge le patient ? Et qu'en est-il lorsqu'une autre équipe soignante, somatique par exemple, est concernée par cette prise en charge ? Les informations doivent-elles lui être communiquées ? Autrement dit et dans la situation qui nous préoccupe, une équipe doit-elle communiquer des informations relatives au patient à une autre équipe qui aurait éventuellement la charge de les communiquer à un autre professionnel de soins ? Une fois de plus, c'est par les échanges, la discussion, la communication - non pas forcément par la transmission de l'information *stricto-sensu* mais du sens de celle-ci dans les modalités de prise en charge du patient - interprofessionnelle et inter-équipes, que se tissera la meilleure accessibilité possible aux soins pour le patient dans une pratique apaisée pour les professionnels et leurs équipes.

DES VALEURS EN TENSION –

La présente saisine, de par les nombreux questionnements qui en émergent, révèle plusieurs lignes de tension entre des valeurs imprégnant quotidiennement nos pratiques soignantes. Nous en dressons une liste, non exhaustive, et renvoyons le lecteur aux avis précédemment publiés par notre Comité d'Éthique du CPN. Certaines de ces lignes de tension y font déjà l'objet d'un approfondissement, en tant qu'elles reviennent *quasi* systématiquement dans les saisines qui nous sont adressées.

- Consentement du patient /sécurité du soignant
- Droits du patients/sécurité du soignant
- Liberté du patient/contrainte
- Sécurité du soignant/responsabilité du soignant
- Respect du droit du patient/droit de protection de sa propre santé par le soignant
- Principe de précaution/singularité d'un choix
- Principe de précaution/pratique sécuritaire très ponctuelle
- Principe de bienveillance/absence de bienveillance envers une personne vulnérable

LE DILEMME ÉTHIQUE -

Dans un premier temps, il s'agit de la **question des conditions dans lesquelles est posée la demande de sérologie HIV** : une exigence, faute de quoi le patient bénéficiera des soins en toute fin de consultation. La mesure peut être vécue comme dissuasive ou punitive, le patient se percevant comme celui qui ne passera qu'à la fin, qui attendra... Lorsque ce patient est déjà en situation de soins contraints, cette mesure peut être perçue comme un renforcement de stigmatisation, comme une tentative d'influence, comme une pression à son encontre. Et là le risque est important de glisser vers une posture où serait systématisée la non prise en compte du Sujet en raison de son statut de patient en psychiatrie ... Effectivement, **une personne est-elle moins « Sujet » du fait même qu'elle souffre d'une atteinte à ses facultés psychiques? La réponse ici est non.** C'est donc le droit fondamental du patient qui est ici interrogé - soit sa possibilité légale de choix et la place de sa propre parole -, puis le peu d'attention institutionnelle au processus d'élaboration par le patient et, avec lui, par les soignants.

Enfin que fait-on avec le diagnostic de séropositivité d'une personne qui n'a pas forcément demandé de sérologie, mais qui l'a « acceptée » ? Que fait le soignant avec le risque de ce « savoir » sur le patient ? Qu'en est-il de la liberté du patient de refuser de connaître les résultats de sa sérologie ? Rappelons à ce titre les instructions du législateur : « ... *lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination* » ce qui paraît bien être le cas en ce qui concerne le HIV. Il **apparaît alors indispensable d'avoir élaboré au préalable, au niveau institutionnel tout d'abord, puis au niveau des équipes, les modalités d'annonce au patient ainsi que les précautions à prendre pour communiquer cette information-ci à ce patient-là en particulier.** Il paraît également pertinent de se questionner en tant que soignant - y compris peut-être et surtout le soignant ayant requis la sérologie en question - sur ce que fera de cette information cruciale le patient concerné, comment la vivra-t-il ? **Quel sens prendra ce savoir dans son chemin de vie ? Qu'est-ce que cela entraînera dans son rapport à lui-même ? Dans son rapport aux autres ?**

Il paraît donc essentiel qu'une communication préalable entre l'équipe de soins psychiatriques et le professionnel de soins somatiques ait lieu afin de borner les modalités de demande de sérologie et d'annonce du résultat au patient, modalités tenant compte de l'information préalable dispensée au patient sur le sens de cette demande, tenant compte de sa compréhension des enjeux, ainsi que des conséquences pour lui de l'examen, et enfin tenant compte de son éventuel consentement.

POUR DES ÉLÉMENTS DE RÉPONSE -

Dans un premier temps, il paraît pertinent d'apprendre au patient à prendre soin de sa santé somatique en matière de risque contamination, tout en tenant compte de ce qu'une des difficultés dans l'échange avec celui-ci est le fait qu'il peut être parasité, occupé intérieurement par son trouble qui le tiendrait à distance des principes de précautions auto-applicables à sa personne.

Un bilan somatique est systématiquement proposé à tout patient à son entrée en psychiatrie, avec pour objectif clinique de repérer d'éventuels éléments somatiques pouvant être à l'origine du trouble. En effet, une hospitalisation peut aussi être un moment et un lieu, parfois le seul, où faire le point sur la santé somatique du patient présentant une pathologie psychiatrique. Concernant la demande de sérologie, celle-ci est tracée sur le serveur informatique de l'institution, et il est requis un consentement écrit du patient. Il semble que peu de patients le refusent.

L'hôpital propose également des dépistages aux patients entrant. Nous nous sommes questionnés sur le sens de ces dépistages. Sont-ils relatifs à la prévention ? Relatifs à la santé publique ? Ont-ils un objectif clinique ? Ont-ils un intérêt sécuritaire pour les soignants ? Autrement dit : **qu'est-ce que le soignant doit connaître d'un patient entrant à l'hôpital, et pour quelle raison ?** Il apparaît nécessaire dans nos pratiques de soignants de bien distinguer le niveau clinique du niveau santé publique.

Au niveau de la demande des professionnels ayant saisi le Comité d'Éthique, il apparaît qu'une articulation entre service de soins somatiques et service de soins psychiatriques, en termes de communication, d'échanges, de parler pour mieux se connaître, et donc pouvoir mieux se comprendre, serait pertinente afin d'assurer au patient la contenance inhérente au « prendre soin ». Cette discussion pourrait par exemple avoir lieu dans le cadre du bilan d'entrée en hospitalisation. En effet, au-delà de la réponse de la loi en matière de demande de sérologie, se fait ressentir la nécessité d'une réflexion tant d'ordre éthique que d'ordre organisationnel autour de la communication au patient, relativement à la façon dont il vit la situation, et surtout autour de la question du HIV, faute de quoi la pratique de la sérologie HIV deviendrait un banal examen dont le résultat peut être tout sauf banal pour la personne concernée...

En ce sens, les professionnels de soin auront à envisager et proposer une sérologie HIV, mais également à l'accompagner, à la parler et en circonscrire les enjeux pour le patient. Ne pouvant jamais exclure l'éventualité d'une séropositivité, il sera donc pertinent d'avoir anticipé le retour à en faire au patient : sous quelle forme, avec quelles paroles, et par qui. Indépendamment de cette possibilité malheureuse, l'accompagnement du patient nécessite une organisation qui bénéficiera à être discutée dans le service : qui peut prendre en charge cette question ? Car s'il est de la responsabilité d'un soignant de demander une sérologie HIV, il est de sa responsabilité d'accompagner cette sérologie et son résultat. Nous notons l'inconfort de la posture, la difficulté de la mission pour le soignant, qui pourrait être une piste d'explication de l'actuel vide organisationnel. Si la responsabilité médicale est présente, pour autant il sera utile de définir au préalable quel médecin est le plus proche du patient pour parler cette demande, et quel lien de confiance peut accompagner la démarche pour le patient. Médecin traitant et personne de confiance auraient également la possibilité d'un rôle à jouer dans cette démarche.

Autrement dit, il convient avant tout aux équipes de travailler sur le sens de la demande de sérologie au patient, de la forme de cette demande, de qui le lui demande et pour quelle(s) raison(s), etc ... soit une prise en compte de sa personne, quitte à se positionner en tant que soignant par rapport à cette demande. Un consentement écrit à la demande, pourrait figurer sur un formulaire (oui/non) sur la fiche du RV en soins somatiques.

CONCLUSION -

Une sérologie HIV, comme toute sérologie, ne peut être imposée, ne peut être faite sans le consentement de la personne. S'il est du droit d'un médecin de la demander, de la proposer, d'argumenter, il n'est pas de son droit de l'exiger. Ce qui ramène à la forme, à la formulation de cette demande de sérologie faite au patient, et à l'équipe qui en assure la prise en charge. Dans l'éventualité où le patient refuse ce bilan, il a néanmoins le droit de bénéficier des soins somatiques.

En cabinet privé de soins somatiques pour la population générale, les praticiens ne requièrent pas de leurs patients une sérologie HIV avant les soins...pas plus que les patients ne demandent au praticien sa propre sérologie HIV...

Nous avons pointé en début de cet avis que la législation établit des exceptions en matière de dépistage HIV, comme la proposition systématique de dépistage pour les femmes enceintes, ou l'obligation de dépistage systématique pour des suspects d'agression sexuelle. On peut se demander comment le Droit construit-il ces exceptions ? Sur quels principes s'appuie-t-il ? Les détenus par exemple, constituent une population à risque pour laquelle la prévalence des sérologies positives au HIV et aux hépatites est supérieure à celle de la population générale. Mais peut-on pour autant justifier des pratiques différentes autour du dépistage de ces pathologies pour ces personnes ? Il en est de même pour les patients en psychiatrie. Dans l'affirmative, on peut se demander quel en serait alors l'enjeu. S'agit-il d'enjeux cliniques ou de santé publique ? Il apparaît alors être du ressort du soignant de savoir faire la distinction entre ces deux niveaux, afin de rester dans le « prendre soin ».

-oOo-

BIBLIOGRAPHIE

- Arrêté du 9 novembre 2010 – Conditions de réalisation des tests rapides d’orientation diagnostique de l’infection à virus de l’immunodéficience humaine VIH 1 et 2 – Version consolidée au 06.02.2015, art. 1 (disponible sur www.Legifrance.gouv NOR : SASP1026545A)
- Code de santé publique (2012), article R.4127-35.
- HAS, 2009. Dépistage de l’infection par le VIH en France, stratégies et dispositif de dépistage. Synthèse et recommandations. p.11-12. (téléchargeable sur www.has-santé.fr)
- Hocquet-Berg, S. et Py, B. *La responsabilité du médecin*, Paris, éd. Heures de France, 2006, p. 101-102
- Surveillance des accidents avec exposition au sang dans les établissements de santé français. Institut de veille sanitaire. 2014.
[http://www.invs.sante.fr/pmb/invs/\(id\)/PMB12264](http://www.invs.sante.fr/pmb/invs/(id)/PMB12264)

ANNEXE 1 –

Rappel des dispositions encadrant la pratique de la demande de sérologie à une personne

Mieux qu'un rappel des textes, cette synthèse extraite de l'ouvrage de S. Hocquet-Berg et B. Py, *La responsabilité du médecin* (p. 101-102) répond à la problématique de la présente saisine :

192. Peut-on dépister le VIH sans l'accord du patient ?

Seule une prise de sang permet de détecter la présence du virus dans l'organisme. En France, cette démarche reste libre et volontaire, conformément au principe du consentement libre et éclairé aux actes médicaux (C. santé publ., art. L. 1111-4, al. 1 et 3). Le test du sida n'est pas une obligation : il ne doit pas être imposé (par un employeur ou tout autre personne) et ne doit pas être pratiqué à l'insu ou sans le consentement des personnes concernées. La politique adoptée en France a pour objet de « responsabiliser les citoyens » en favorisant le dépistage volontaire, anonyme et gratuit. Dans son avis du 14 mars 2002, le conseil national du sida motive son opposition à une obligation de dépistage et propose, en revanche, des recommandations visant à améliorer l'efficacité des mesures de prévention de la transmission. Que se passe-t-il si un dépistage est pratiqué à l'insu d'une personne ? Il a été relaté quelques cas de dépistage réalisés à l'insu du patient en milieu hospitalier. En cas d'accident exposant au sang, la connaissance du statut sérologique du patient source est un élément important pour décider d'un traitement post exposition. Si un dépistage a été pratiqué « clandestinement », le médecin commet le délit pénal d'atteinte à l'intégrité corporelle, une faute civile d'atteinte à la vie privée qui peut donner lieu à une action en dommages-intérêts (C. civil, art. 16-10) et une faute déontologique (C. santé publ., art. R. 4127-36). Dans certains cas, le dépistage est systématiquement suggéré par le médecin, le test de dépistage doit être proposé, mais sa réalisation n'est pas obligatoire. En cas de projet de mariage (visite pré-nuptiale), pour les femmes enceintes (suivi prénatal), pour les personnes devant subir une intervention chirurgicale importante, pour les personnes ayant subi une transfusion sanguine avant la réalisation obligatoire du test sur les donneurs de sang à partir de juillet 1985. En outre, le dépistage est un préalable obligatoire dans les hypothèses suivantes : don de sang, de sperme, d'organes et de lait. En cas d'analyse positive, l'utilisation à des fins thérapeutiques est interdite, sauf cas d'urgence vitale, c'est-à-dire en l'absence d'alternative thérapeutique et si le risque prévisible n'est pas hors de proportion avec le bénéfice attendu. (Hépatite fulminante avec donneur séropositif, par exemple). Il n'existe en droit français qu'un seul cas de dépistage « forcé ». Il résulte de la loi du 18 mars 2003 sur la sécurité intérieure et concerne les suspects d'agressions sexuelles. « À la demande de la victime ou lorsque son intérêt le justifie, cette opération peut être effectuée sans le consentement de l'intéressé sur instructions écrites du procureur de la République ou du juge d'instruction qui sont versées au dossier de la procédure » (C. proc. pénale art. 706-47-2, al. 2). Le fait de refuser de se soumettre au dépistage est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 e d'amende. Hors suspicion d'agression sexuelle, un test de dépistage du sida ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du sujet, c'est-à-dire qu'il faut soit qu'il en fasse la demande au médecin, soit qu'il l'accepte après une proposition claire du médecin.