

### 4.b.3 - Dire clairement que l'on peut être porteur du VIH et policier

#### RÉSUMÉ

Le médiateur interne a été saisi en 2019 de la situation d'un lauréat au concours de gardien de la paix, séropositif au VIH, dont l'agrément a été, dans un premier temps, refusé par l'administration. Or il n'est aujourd'hui pas légitime d'exclure de manière automatique les personnes séropositives de la police nationale en appliquant strictement les coefficients du SIGYCOP, désormais inadaptés.

Le médiateur interne a été saisi en 2019 de la situation d'un lauréat au concours de gardien de la paix porteur du virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) dont l'agrément a été refusé par l'administration en raison d'une inaptitude médicale définitive décidée, dans un premier temps, par le service de médecine statutaire.

Ce lauréat a par ailleurs indiqué s'être vu réclamer, de manière surprenante, sa carte vitale par le service médical de la Préfecture de Police de Paris à l'occasion de la visite médicale obligatoire d'aptitude. Cette lecture de la carte vitale a permis au médecin de savoir que le candidat était atteint d'une affection de longue durée et, selon le candidat, d'exiger qu'il indique la nature de cette affection. C'est le fait que le candidat soit porteur du VIH qui a alors conduit le médecin à donner un avis d'inaptitude médicale définitive et l'administration à refuser son agrément. Suite à l'intervention du médiateur et au recours gracieux effectué par le candidat, monsieur le médecin-chef de la police nationale a pu procéder à un nouvel examen et constater l'aptitude sans restrictions aux fonctions de policier actif de l'intéressé.

Si la situation personnelle du requérant a ainsi pu être résolue grâce à l'intervention rapide du médecin-chef de la police nationale, ce cas individuel souligne les difficultés persistantes auxquelles les personnes porteuses du VIH sont susceptibles d'être confrontées au sein de la police nationale.

Le référentiel SIGYCOP défini par l'arrêté du 20 décembre 2012 (modifié pour la dernière fois le 25 janvier 2018) attribue les coefficients suivants à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) :

#### COEFFICIENTS ATTRIBUÉS AU TITRE DE L'ÉTAT GÉNÉRAL (G) DU FAIT D'UNE INFECTION AU VIRUS DE L'IMMUNO-DÉFICIENCE HUMAINE

Infection à VIH asymptomatique, sans traitement, avec une immunité cellulaire satisfaisante et selon avis spécialisé	3
Infection à VIH asymptomatique, sans traitement, avec une immunité perturbée (inférieur 500 CD4/mm3)	4
Infection à VIH asymptomatique, traitée, charge virale indétectable et immunité cellulaire satisfaisante (supérieure à 500 CD4/mm3)	3 à 4
Infection à VIH traitée avec charge virale détectable ou immunité cellulaire perturbée (inférieur à 500 CD4/mm3)	4
Infection à VIH symptomatique	5

*Source : arrêté modifié du 20 décembre 2012 relatif à la détermination du profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale.*

On constate donc que l'application stricte des coefficients du SIGYCOP au sein de la police nationale conduirait à déclarer inapte toute personne séropositive, l'arrêté mettant en œuvre le SIGYCOP dans la police nationale exigeant un profil médical minimum de 2 pour l'état général (sigle G).

La jurisprudence du Conseil d'État a pourtant clairement indiqué que si l'appréciation de l'aptitude physique à exercer certaines fonctions peut prendre en compte les conséquences sur cette aptitude de l'évolution prévisible d'une affection déclarée, elle doit aussi tenir compte de l'existence de traitements permettant de guérir l'affection, d'en limiter les manifestations ou de bloquer son évolution (**CE, 6 juin 2008, Union générale des syndicats pénitentiaires CGT, n°29943**).

Or tel est justement l'effet des traitements disponibles aujourd'hui et recommandés pour les personnes séropositives au VIH. Il s'agit de traitements par multithérapies antirétrovirales (en général trithérapies ou bithérapies) qui permettent de bloquer l'évolution de la maladie et modifient profondément la prise en charge du VIH depuis la fin des années 1990. C'est la raison pour laquelle l'infection par le VIH est maintenant considérée comme une maladie chronique. Grâce à l'efficacité de ces traitements médicamenteux, qui sont désormais démarrés dès le diagnostic et qui empêchent le virus de se multiplier, la charge virale reste stable chez de nombreux patients. Ainsi, la majorité d'entre eux maintient un bon état de santé et une charge virale indétectable (chez 97 % des patients traités en France) au point que la personne porteuse du virus n'est pas contaminante. Les manifestations et les conséquences de la séropositivité au VIH dans la vie quotidienne et professionnelle sont donc, dans ces cas, limitées : les personnes infectées sont non-contaminantes, elles n'ont donc pas de précautions particulières à prendre et leur

traitement se limite à la prise de comprimés entre 1 à 2 fois/jour ou 4 jours sur 7 et prochainement à une injection tous les deux mois. Ces traitements sont néanmoins à prendre à vie et nécessitent une surveillance clinique et biologique régulière.

D'ailleurs, et c'est la conséquence de l'efficacité des traitements précités, de récentes études scientifiques conduisent à observer que les personnes séropositives sous traitement ont des espérances de vie très comparables aux personnes séronégatives. Une étude britannique de 2014 portant sur 20 000 personnes ayant débuté un traitement entre 2000 et 2010 a même démontré que les personnes répondant bien au traitement initial avaient une espérance de vie supérieure à la population générale<sup>1</sup>. Le suivi médical très régulier dont bénéficient les personnes séropositives sous traitement constitue une explication à ces résultats très favorables.

Alors que la grande majorité des personnes séropositives suivent un traitement qui leur permet de mener une vie personnelle et professionnelle tout à fait normale, sans risque pour elles-mêmes ou pour autrui en étant non-contaminant, il apparaît nécessaire que l'administration affiche très clairement que la séropositivité au VIH n'est pas systématiquement incompatible avec l'aptitude à exercer des missions de police afin que les candidats et les personnels de police ne craignent pas de déclarer leur sérologie au médecin de l'administration ni de se faire dépister. C'est la condition d'une relation de confiance entre l'agent et le médecin de l'administration qui est nécessaire pour une prise en charge médicale efficace d'une part et afin que le médecin puisse procéder d'autre part à une analyse concrète et individualisée de l'aptitude de chaque agent en évaluant son état de santé au moment de l'admission et en tenant compte des traitements suivis par cet agent.

La situation actuelle qui voit cohabiter des sources réglementaires périmées et des pratiques variables au sein des services médicaux de la police nationale n'est pas satisfaisante. En effet, si le SIGYCOP exclut les personnes porteuses du VIH de la police nationale, les médecins de l'administration ont une pratique variable : soit ils ignorent le statut sérologique du candidat et celui-ci peut donc être déclaré apte ; soit le candidat informe le médecin de sa séropositivité au VIH et il est susceptible d'être déclaré inapte de manière discrétionnaire sans que son état de santé ne le justifie.

### PRÉCONISATION 2019 - 18

Le médiateur interne de la police nationale préconise donc que l'administration indique clairement que la séropositivité au VIH n'est pas un obstacle à l'entrée dans la police.

Il préconise la mise en œuvre rapide d'une concertation pour :

- ◆ modifier les exigences réglementaires prévues par l'arrêté du 2 août 2010 afin qu'elles ne fassent plus obstacle à l'aptitude des agents et lauréats déclarant leur séropositivité à l'administration.
- ◆ étudier les modalités adaptées d'une communication sur cette évolution notamment à l'endroit des associations.
- ◆ évaluer les conditions d'utilisation de la carte vitale par les services médicaux de la Préfecture de Police de Paris

<sup>1</sup> <https://www.aidsmap.com/about-hiv/life-expectancy-people-living-hiv>  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24556869>