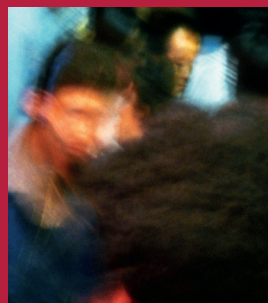


Dépistage de l'infection VIH en France 2009-2011

Synthèse
des études
et recherches

*Sous la direction de
France Lert*



anRS

Agence nationale de recherches
sur le sida et les hépatites virales
| Agence autonome de l'Inserm |

Dépistage de l'infection VIH en France 2009-2011

Synthèse des études et recherches

Conception : Éditions EDK
25, rue Daviel
75013 Paris, France
Tél : 01 58 10 19 05

ISBN : 978-2-8425-4192-7

COLLECTION
SCIENCES SOCIALES
ET SIDA

Dépistage de l'infection VIH en France 2009-2011

Synthèse des études et recherches

Sous la direction de
France Lert

Anrs - Collection Sciences sociales et sida
Copyright Anrs - Paris - septembre 2013
ISBN : 978-2-910143-28-2
ISSN : 1262-4837

Service information scientifique et communication - Anrs
101, rue de Tolbiac 75013 Paris
Tél : 01 53 94 60 32

Les articles de cet ouvrage sont publiés sous la seule responsabilité de leurs auteurs

Cette synthèse est le résultat du travail du groupe Dépistage de l'ANRS. Elle a été réalisée sous la responsabilité d'un comité éditorial composé d'Élisabeth Bouvet, Dominique Costagliola, Anne-Claude Crémieux, Véronique Doré, Vincent Douris, Jean-Marie Le Gall, Stéphane Le Vu et Veronica Nosedà et coordonnée par France Lert avec l'aide de Stéphanie Durand.

Citation recommandée

ANRS. Dépistage de l'infection VIH en France 2009-2011 : synthèse des études et recherches. Septembre 2013, 81 pages + annexes

Sommaire

Table des sigles et acronymes	9
Résumé.....	11
Introduction	17
Questions traitées dans la synthèse	18
Définitions	19
Méthode de travail de la synthèse des données récentes	21
Liste des études	21
Présentation	22
Les enjeux épidémiologiques du dépistage	23
Contexte épidémiologique général	23
Stade de la maladie au diagnostic d'infection VIH et à l'entrée dans le soin	24
Contexte des nouveaux diagnostics	26
Modélisation du délai entre contamination et diagnostic en 2007	28
Entrée dans le soin après un dépistage positif	28
Délai d'entrée en traitement	29
Nouvelles estimations de la population cachée	29
Conclusion sur la précocité du diagnostic dans les 3 dernières années..	33
Évolution de la pratique du dépistage en population	35
Structure et évolution de l'activité de dépistage	35
Niveau d'utilisation des tests et déterminants du recours au test en population générale en métropole	36
Recours au dépistage dans les populations immigrées en Île-de-France	38
Recours au dépistage dans la population générale dans les départements français d'Amérique	41
Conclusion sur le recours au dépistage	43
Dépistage en routine de toute la population de 15-70 ans	45
Attitudes en population vis-à-vis du dépistage proposé en routine	46
Perception et adhésion aux campagnes en faveur du test proposé en soins primaires	46
Évaluation de la faisabilité et de l'intérêt du dépistage des consultants des urgences hospitalières.....	47

Nouvelles données sur les pratiques de diagnostic en ville et les attitudes des médecins généralistes face à la proposition systématique du test à toute la population adulte de 15 à 70 ans.....	51
Attitudes des médecins généralistes : Baromètre généralistes 2009	51
La position des médecins généralistes : la position du CNGE	52
La pratique du dépistage et du diagnostic à travers le prisme du parcours des personnes séropositives diagnostiquées en 2009 et 2010 : l'étude Opportunités	52
Conclusion sur le dépistage en population générale.....	53
Nouveaux outils de dépistage en population générale : attitudes vis-à-vis de l'autotest et utilisation du test rapide en CDAG...	55
Expériences d'utilisation du test rapide en CDAG	55
Attitudes vis-à-vis de l'autotest en population générale	56
Conclusions sur les nouveaux outils de dépistage en population générale	57
Population HSH : pratiques de dépistage, nouveaux programmes communautaires et attentes vis-à-vis de l'auto test.....	59
Utilisation du dépistage dans la population HSH	59
Situation de la population transgenre vis-à-vis du dépistage	64
Expériences de dépistage communautaire dans la population HSH	64
Expérience et attitudes vis-à-vis de l'autotest dans la population HSH ...	70
Conclusion sur les HSH, l'apport des programmes communautaires et la perspective des autotests	71
Conclusions	73
Références	77
Annexe : fiches par étude	83

Table des sigles et acronymes

CCNE	Comité consultatif national d'éthique
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CES	Centre d'examens de santé
CIDDIST	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CNGE	Collège national des généralistes enseignants
CNS	Conseil national du sida
DFA	Départements français d'Amérique
DGS	Direction générale de la santé
DO	Déclaration obligatoire
EPG	Enquête presse gay
FHDH	French Hospital Database on HIV
HAS	Haute autorité de santé
HSH	Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
OSCOUR	Organisation de la surveillance coordonnée des urgences
RANP	Relation anale non protégée
SFLS	Société française de lutte contre le sida
SNEG	Syndicat national des entreprises gaies
SPILF	Société de pathologie infectieuse de langue française
TROD	Test rapide d'orientation et de diagnostic
UDI	Usager de drogues injectables
VPP	Valeur prédictive positive

Résumé

Au cours des dernières années, les progrès de la recherche et des traitements dans le domaine de l'infection VIH ont renforcé le rôle clé du dépistage pour l'optimisation du bénéfice de la prise en charge pour les personnes atteintes et pour le contrôle de l'épidémie. En 2008, l'ANRS a mis sur pied un groupe en charge d'animer et de coordonner la recherche sur le dépistage. À l'issue d'une première série de recherches, le groupe a souhaité faire la synthèse des données récentes de la recherche et de la surveillance épidémiologique.

À la suite d'une période de débat sur le dépistage et des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), une nouvelle stratégie de dépistage a été annoncée par les pouvoirs publics en 2010. Elle ajoute au dépistage volontaire, une recommandation de dépistage de toute la population de 15 à 70 ans et le dépistage régulier ou répété pour les personnes (multipartenaires, transgenre, travailleurs du sexe, notamment) et les populations plus exposées : hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), immigrés d'Afrique subsaharienne, population des départements français d'Amérique, au premier rang desquels la Guyane. Cette stratégie apportait également un soutien au dépistage hors des structures de soins avec des tests rapides chaque fois que les tests Elisa de 4^e génération ne peuvent être utilisés.

Au moment où cette synthèse est rédigée, l'impact de cette stratégie ne peut être évalué faute d'un recul suffisant. Toutefois les recherches menées depuis 2009 apportent des éléments nouveaux qui font écho aux orientations adoptées en 2010 et préparent les étapes futures pour l'évaluation de la politique publique, la révision des recommandations et la recherche.

Cette synthèse traite des enjeux épidémiologiques de la « cascade du traitement » qui rend compte de la situation actuelle à l'optimum à atteindre pour contrôler l'épidémie. Elle présente les pratiques de la population générale et des populations les plus exposées, les pratiques des médecins dans la réalisation du dépistage et les résultats des expériences nouvelles d'utilisation des tests rapides pour dépister « les infections cachées » dans la population générale et atteindre au plus tôt les nouveaux infectés par les programmes communautaires ou améliorer la qualité du dépistage.

Les données de surveillance épidémiologique produites par l'Institut de veille sanitaire (InVS) indiquent une stabilité à un niveau élevé des nouveaux cas parmi les HSH et une tendance à la baisse dans les autres groupes. Les estimations de l'incidence des contaminations quantifient les écarts de risque entre groupes au sein de la population, écarts caractéristiques de l'épidémie concentrée que connaît la France ; une épidémie forte en population générale dans les Départements français d'Amérique (DFA), et particulièrement en Guyane, une concentration parmi les HSH et les immigrés d'Afrique subsaharienne en métropole. Le stade tardif ou avancé au diagnostic n'a que peu régressé dans les dernières années.

Le nombre de tests réalisés, stable depuis 2005, est en augmentation de 4 % en 2011, augmentation en métropole hors de l'Île-de-France et dans les départements d'outre-mer. Le niveau du dépistage est élevé en France comparativement

à d'autres pays, en population générale en métropole et plus élevé encore dans les DFA, en population HSH et dans les populations d'immigrés subsahariens. Le dépistage est en général facilement accessible. Cependant certaines populations, notamment des populations très exposées, peuvent avoir des difficultés spécifiques d'accès liées à l'environnement pour les populations immigrées vivant dans des quartiers populaires (moindre proximité des CDAG, moindre densité médicale) ou en raison de facteurs individuels de type social (isolement lié au chômage par exemple) ou identitaire (homosexualité non révélée aux proches). Ces situations appellent des dispositions particulières pour faciliter le recours.

Une part très importante des nouveaux diagnostics, plus de 70 %, résulte d'un véritable dépistage (une maladie diagnostiquée sans symptôme) réalisé à l'initiative de la personne tandis qu'entre 20 % et 30 % environ des découvertes de maladie VIH s'inscrivent dans une démarche diagnostique sur indication médicale. Cependant beaucoup de ces dépistages spontanés sont faits plusieurs mois ou années après la contamination (comme en attestent les taux de CD4 au diagnostic) laissant les personnes vivre pendant plusieurs mois ou années avec une infection non diagnostiquée, sans prise en charge et avec le risque de transmettre leur infection. Ce retard est inégal selon les populations : plus faible chez les HSH et au contraire plus marqué pour les hommes hétérosexuels, tandis que chez les femmes le retard au diagnostic est plus accentué chez les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne. Ces délais entre la contamination et le diagnostic contribuent à l'existence d'une population de cas dits cachés. D'où la recherche de stratégies pour réduire ces délais en allant au-devant de la demande, ce qui constitue une brèche dans le modèle forgé au début de l'histoire du sida.

Ce modèle « libéral » du dépistage mettait l'accent sur la décision individuelle, la confidentialité, la responsabilité de chacun face à la transmission du virus quel que soit son statut sérologique. Il est resté très prégnant aussi bien chez les professionnels, dans le public que dans les associations de lutte contre le sida comme le montrent les diverses études en population. C'est pourquoi l'initiative de l'individu dans le recours au test est dominante, et ce, encore plus nettement chez les hommes, et plus encore chez les HSH. Ce recours est étroitement associé à la perception du risque d'avoir été exposé ou d'avoir pris des risques. Ainsi l'initiative individuelle associée à la conscience du risque est une dimension majeure du recours au dépistage.

À côté de ce dépistage volontaire, la proposition de dépistage de la part d'un médecin ou l'existence d'une recommandation systématique comme le test prénatal peuvent réduire le délai au diagnostic. Il est possible qu'une moindre fréquentation des services de soins par les hommes, et donc moins d'occasions de se voir proposer un test, explique en partie l'écart entre hommes et femmes dans le taux de dépistage et les paramètres de la maladie VIH au diagnostic.

Le « dépistage pour tous », c'est-à-dire à tous sans recherche des facteurs ou des comportements à risque, est une des mesures principales des recommandations de 2010. Il a été proposé comme une méthode permettant d'opérer une sorte de rattrapage des personnes qui sous-estiment leur exposition et ne se savent pas infectées. Les nouvelles estimations de l'épidémie cachée donnent des chiffres plus bas que ceux estimés pour l'année 2008 pris pour base du calcul du rapport coût-efficacité dans l'avis de la HAS. Cette estimation, affinée en 2012, met en exergue la concentration des cas « cachés » dans les populations bien identifiées : deux tiers des cas d'infection non diagnostiquée sur trois sont concen-

trés dans une petite fraction de la population (les HSH, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne).

Les services les plus concernés par cette recommandation sont la médecine générale et les services d'urgence. Deux expériences de proposition systématique aux usagers des urgences en Île-de-France ont montré la bonne acceptation en population générale du test proposé sans recherche de facteurs de risque ni de counseling, mais avec un consentement explicite (*opt-in*). Ces expériences montrent cependant les limites de la faisabilité à long terme et de l'intérêt d'un dépistage systématique en routine dans les services s'adressant à toute la population : faible taux d'atteinte des consultants éligibles, taux de découverte bas compte tenu de l'épidémiologie de la maladie en France, concentration des nouveaux diagnostics dans les groupes les plus exposés, même taux de CD4 que l'ensemble des cas déclarés, et érosion de l'intérêt des soignants compte tenu du faible rendement du dépistage dans des services par ailleurs sous tension.

En médecine générale, jusqu'à présent, le dépistage généralisé semble avoir été peu appliqué en raison de la faible acceptabilité par les généralistes. Ils considèrent cette recommandation comme trop large pour une maladie aussi rare, et associée à des critères identifiables (même s'il s'avère qu'ils sont encore mal identifiés par les médecins). Les médecins de ville restent les premiers prescripteurs du dépistage du VIH. S'ils sont favorables à prendre plus d'initiative dans la proposition du test, ils sont réticents à une attitude systématique. D'où une demande de critères pour un dépistage ciblé et d'indications pour un test à visée diagnostique. L'ensemble des informations disponibles et une actualisation des modèles coût-efficacité devraient contribuer à affiner des critères de dépistage et de diagnostic et à mettre en place une évaluation de leur acceptabilité, de leur mise en œuvre et de leur efficacité. Un projet européen auquel des équipes françaises participent évalue des indications dans un cadre diagnostique. Il reste à montrer la capacité du système de soins primaires à réaliser efficacement un dépistage ciblé sur des critères individuels.

La HAS a préconisé le test Elisa de 4^e génération comme méthode de référence pour le dépistage en dehors des situations d'urgence où le test rapide est nécessaire. Les expériences d'introduction du test rapide dans les CDAG montrent que cela améliore le rendu du résultat pour le VIH ; cependant il réduit celui des autres examens, quand il y en a, notamment la remise des résultats pour les hépatites et les IST. Il conviendrait donc de poursuivre une évaluation des contextes ou des groupes pour lesquels le test rapide améliore le service rendu par les CDAG et les CIDDIST dont la fusion est en cours.

La politique nationale du VIH/sida propose en matière de dépistage des recommandations spécifiques aux populations les plus concernées : immigrés d'Afrique subsaharienne, population générale des DFA, HSH.

Les immigrés d'Afrique subsaharienne représentent environ 40 % des nouveaux diagnostics. Le dépistage est depuis 2004 une priorité du programme s'adressant aux migrants. Il s'agit pour partie de personnes contaminées dans leurs pays d'origine et arrivées à l'âge adulte depuis peu. C'est ce qui explique, mais en partie seulement, le stade tardif de la maladie au moment du diagnostic. Ce phénomène est encore plus marqué chez les hommes que chez les femmes malgré un taux de dépistage très élevé. La confrontation de ces données suggère de renforcer les stratégies de dépistage à travers des dispositifs médicaux généraux, humanitaires ou associatifs au contact des immigrés de fraîche date. De tels

efforts doivent être particulièrement innovants pour atteindre les hommes qui ont une moindre fréquentation du système de soins.

Dans les dernières années, le dépistage a très fortement augmenté en Guyane et Guadeloupe, qui ont une épidémie supérieure à celle de l'Île-de-France, sans pour le moment modifier le niveau du retard au dépistage observé dans les nouveaux diagnostics. De nouveaux résultats sont attendus courant 2013 pour caractériser les groupes ou les comportements qui expliquent l'évolution du comportement de dépistage.

La population HSH a un niveau très élevé de recours au dépistage, environ un homme sur deux fait un test dans l'année. Ce taux est élevé en comparaison des autres pays qui ont des épidémies et des systèmes de santé voisins en Europe.

L'utilisation du dépistage apparaît liée à plusieurs dimensions du vécu de l'homosexualité : le secret/le dévoilement de l'homosexualité, les styles de vie sexuelle, la protection/non protection des rapports sexuels ou plus généralement les modes de gestion du risque. Le recours au dépistage apparaît comme partie intégrante de stratégies de gestion d'un comportement à risque élevé dont témoignent les comportements déclarés des usagers des structures communautaires. Il est possible qu'existent des profils contrastés d'utilisation du dépistage par les HSH dont la connaissance fait défaut alors que des données d'enquête existent et méritent d'être ré-analysées pour informer les orientations à venir.

Les premières expériences de dépistage communautaire ont été lancées dans un cadre de recherche biomédicale avant qu'en 2012, la Direction générale de la santé (DGS) lance un appel à projet pour le dépistage par test rapide porté par des acteurs communautaires. Les informations disponibles sont encore incomplètes et l'appréciation des programmes communautaires repose sur les études menées dans trois expériences très différentes de dépistage communautaire. Ces programmes semblent n'atteindre que marginalement les hommes jamais testés, mais semblent en revanche très utilisés par la population très exposée et qui se teste souvent. On ne dispose pas actuellement de données solides sur l'incitation de ces dispositifs à une répétition du test qui favorise un diagnostic au plus près de la contamination. L'apport le plus significatif des programmes communautaires est la précocité du dépistage, avec le dépistage de primo-infections, y compris non symptomatiques, ou avec des taux de CD4 élevés. Les effets préventifs pour les hommes trouvés négatifs n'ont pas été étudiés. L'impact de ces dispositifs sur l'épidémie chez les HSH ne peut être mesuré, en raison de la taille limitée de ces programmes encore très récents.

Une évaluation d'ensemble de la stratégie de dépistage s'adressant aux HSH, envisageant d'une part la place du dépistage dans les stratégies individuelles et collectives de prévention et d'autre part les modalités d'utilisation d'une offre de dépistage redéployée est indispensable pour apprécier la pertinence des recommandations.

Ce programme d'évaluation est d'autant plus nécessaire que le Conseil national du sida (CNS) et le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) ont révisé leurs positions antérieures et ouvrent la voie à la mise à disposition des autotests jusqu'à récemment décriés en France par les spécialistes du VIH. Ces autotests étaient donc peu connus et extrêmement peu utilisés. Pour autant, ils répondraient à des attentes de publics particuliers, notamment ceux d'hommes vivant leur homosexualité dans la discrétion ou le secret et distants de la sociabilité gay. Ils auront probablement un spectre d'utilisation plus large dès lors qu'ils seront

reconnus par les autorités et diffusés dans des canaux de distribution normaux pour un dispositif médical. La recherche devra évaluer les usages des autotests, leur place dans les stratégies individuelles de dépistage et de prévention ainsi que leur impact sur les différents modes de recours.

Dans un contexte scientifique très dynamique sur le VIH autour de la notion de prévention combinée, la coordination de la recherche sur le dépistage par l'ANRS reste d'actualité.

Introduction

Le groupe dépistage de l'ANRS a été mis en place début 2008 pour stimuler et coordonner les projets de recherche sur le dépistage du VIH. Il a rassemblé des chercheurs de disciplines variées (virologie, épidémiologie, sciences sociales), des professionnels du ministère de la Santé et des agences sanitaires (InVS et Inpes), des acteurs de terrain et des représentants associatifs. Les recherches proposées, pour certaines avant même la création du groupe, ont été discutées à différentes phases, de leur élaboration à leurs résultats, selon les cas. Cette période de 5 ans clôt un premier cycle de recherches qui permet de faire le point sur la problématique du dépistage du VIH en France en mettant à jour les données, et en apportant des résultats nouveaux sur les pratiques de dépistage de la part des professionnels et des populations et sur de nouveaux modes d'offre du dépistage.

Ce programme de recherche s'est déroulé en parallèle de l'élaboration des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2009), de la préparation du plan gouvernemental de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014 et des débats auxquels le dépistage a donné lieu, notamment autour du dépistage « hors les murs » et de l'utilisation des tests rapides, y compris par des volontaires associatifs non professionnels. Les nouvelles orientations de la politique de dépistage étant tardives par rapport à ce programme de recherche, leur impact ne pourra donc se lire que de façon limitée dans les résultats des recherches et la surveillance épidémiologique disponibles début 2013.

Les données scientifiques en faveur d'une transformation du dépistage sont désormais parfaitement reconnues. Le traitement précoce au cours de l'infection VIH améliore le pronostic à long terme. Les combinaisons thérapeutiques actuelles très efficaces réduisent de plus de 90 % le risque de transmission d'une personne infectée et traitée à son partenaire. Ceci a été montré de façon expérimentale dans des couples hétérosexuels stables (Attia, 2009 ; Cohen, 2011), mais pas en population générale ni dans les relations entre hommes, relations caractérisées par une multitude de partenaires et des actes sexuels à risque plus élevé de transmission (Muessig, 2012). Les interrogations portent aujourd'hui sur l'impact populationnel de politiques combinées associant des programmes aptes à détecter le plus exhaustivement possible les personnes contaminées et à initier le traitement dès le diagnostic. Les modélisations laissent espérer, dans le meilleur des cas, un renversement accéléré des épidémies hétérosexuelles dans les pays fortement affectés (Granich, 2009). La convergence des données a amené l'émergence du paradigme « Test and Treat » qui renforce les arguments plus anciens en faveur d'une remise en cause du modèle libéral du dépistage, qui mettait l'accent sur l'initiative volontaire, le consentement en cas de test prescrit ou systématique et le counseling.

En France, cette réflexion a été engagée depuis le milieu des années 2000. Le modèle des années 1980 était basé sur le dépistage volontaire, tout d'abord pour permettre à l'individu de choisir de connaître ou non sa situation vis-à-vis d'une maladie alors fatale, ensuite pour lui permettre d'ajuster ses pratiques préven-

tives au contexte des relations ou plus largement dans une démarche de santé. Le dispositif mis en place à l'époque visait à alléger les barrières financières, psychologiques ou pratiques. Avec les avancées thérapeutiques, le constat d'une proportion élevée de personnes entrant dans le soin avec une infection avancée et un risque accru de mortalité, et ceci malgré un très large recours au dépistage en France, a été le déclencheur de la remise en cause du modèle libéral du dépistage en France. Le CNS s'est saisi de cette question (avis rendu en 2006) dans un contexte de mobilisation associative (notamment d'AIDES et de Sidaction en 2007). La DGS a saisi la Haute Autorité de Santé en 2007 (avis rendus en 2008 et 2009). Par ailleurs, l'allègement des règles d'utilisation des tests, l'amélioration de la qualité des tests rapides, une révision implicite de la place du counseling dans l'acte de dépistage ont aussi contribué à cette mise en question et conduit à l'émergence de nouvelles propositions d'interventions fondées sur le dépistage. Dans le contexte français comme dans les pays qui ont une épidémie concentrée, l'accent mis sur le dépistage tient aussi à la persistance du très haut niveau d'incidence parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) (Le Vu, 2010 ; Ndawinz, 2011) lié à une érosion des comportements préventifs, notamment une intensification de l'activité sexuelle, une diversification du répertoire sexuel et une baisse de l'utilisation des préservatifs (Velter, 2012). La prise en compte du statut sérologique est un des instruments principaux des stratégies de réduction des risques sexuels et conduit à mettre l'accent sur le dépistage dans des formes renouvelées, et notamment dans un contexte de programmes communautaires. Enfin la primo-infection est considérée comme une période brève de l'infection qui contribue d'une façon importante, mais mal mesurée, à la transmission dans une population où le multipartenariat est dominant. Ceci joue en faveur d'une répétition du dépistage dans un contexte de prise de risque.

À la suite de l'avis de la HAS, les procédures techniques ont été allégées compte tenu de la performance des tests de 4^e génération. Le dispositif d'offre a été peu modifié à l'exception des récents programmes communautaires. Selon les orientations du plan gouvernemental, le dispositif CDAG/CIDDIST doit être amélioré et le recours direct en laboratoire facilité. En terme de stratégie de dépistage, l'accent reste mis sur le dépistage volontaire, une recommandation de dépistage annuel pour les populations les plus exposées (HSH, population générale en Guyane, usagers de drogue par injection, les immigrés d'Afrique subsaharienne et de la Caraïbe), le dépistage de la population générale des 15-70 ans sur proposition du médecin en dehors de tout contexte de risque, en particulier chez des personnes non dépistées antérieurement, et la mise sur pied d'offres de dépistage hors les murs, notamment dans un contexte communautaire. En outre le dépistage est recommandé dans des situations de recours aux soins en lien avec la sexualité (IVG, demande de contraception, IST, etc.).

Questions traitées dans la synthèse

Cette synthèse, qui repose sur des études menées entre 2008 et 2011, ne peut, par manque de recul, mesurer des changements liés aux orientations adoptées dans le plan gouvernemental de lutte contre le sida fin 2010. Pour autant dans le sillage des débats suscités par les différentes instances ou organisations, les pratiques et les messages ont pu changer au cours du temps et modifier les pratiques de dépistage.

- 1) Précocité accrue de la mise sous traitement : quelles sont les évolutions dans le stade au diagnostic ?
- 2) Recommandation d'un dépistage en population générale (y compris dans ses composantes Migrants et DFA) :
 - L'utilisation du dépistage a-t-elle évolué dans les dernières années dans son niveau et dans ses déterminants ?
 - Quelles sont les attitudes et les pratiques professionnelles en médecine générale vis-à-vis du dépistage en général et des recommandations de dépistage généralisé ?
 - Quels sont les effets des pratiques professionnelles sur l'utilisation du dépistage et sur la précocité ou le retard du diagnostic ?
 - Qu'apportent les expériences aux urgences quant à la faisabilité et l'intérêt du dépistage en population générale ?
 - Qu'apportent les nouvelles estimations relatives à la taille de l'épidémie cachée quant à l'intérêt du dépistage en population générale ?
- 3) La population HSH a une incidence forte et non décroissante d'infection VIH qui met en exergue la nécessité d'un nouveau paradigme de prévention dans cette population. Celle-ci doit tenir compte de la désaffection pour le préservatif, des stratégies spontanées prenant en compte le statut sérologique de chacun, de l'intérêt potentiel d'un effet « Tasp » dans cette population. La HAS et la politique publique ont recommandé la diversification de l'offre de dépistage, la régularité et la répétition du dépistage :
 - La diversification de l'offre de dépistage attire-t-elle de nouvelles populations ? Modifie-t-elle le comportement de recours au test ?
 - Les nouvelles offres de dépistage modifient-elles le comportement préventif ?
- 4) les indicateurs actuellement utilisés permettent-ils de mesurer les changements dans les pratiques de dépistage ?

Définitions

Dépister consiste à rechercher à l'aide d'un test suffisamment fiable chez une personne en bonne santé apparente une maladie avant qu'elle ne se déclare. La maladie VIH avec sa très longue phase asymptomatique se prête particulièrement au dépistage.

Concernant la maladie VIH, les tests disponibles sont faciles à utiliser et ont d'excellentes performances (sensibilité, spécificité, VPP) pour détecter la maladie très tôt. Les précautions de redoublement du test Elisa ont été allégées compte tenu de la bonne performance des tests de 4^e génération. Anciens, les tests rapides ont amélioré leurs performances au cours du temps et peuvent être utilisés sur sang capillaire ou sur prélèvement de salive.

Se faire dépister ou être dépisté consiste donc à demander ou accepter un test de dépistage sans avoir de symptômes particuliers. Le dépistage peut être orienté par la présence de facteurs de risque (comportements favorisant la transmission ou appartenance à un groupe à forte prévalence) ou de maladies ou circonstances évoquant une exposition sexuelle (IST, demande d'IVG, viol par exemple). Il est systématiquement proposé lors de la consultation prénatale, et dans ce cadre, quasi toujours réalisé.

L'utilisation du test à des fins diagnostiques correspond à des situations dans lesquelles les signes cliniques ou les pathologies présentées souvent conjugués à des indicateurs d'exposition amènent à demander des soins ou, de la part du médecin, à prescrire un test. Les pathologies présentées peuvent dans ce cas être des pathologies des phases précoces de l'infection par le VIH (zona, candidose oropharyngée par exemple). Le test peut alors permettre un diagnostic plus précoce de l'infection.

La primo-infection constitue une situation intermédiaire dans laquelle la personne peut ressentir des symptômes qui l'amènent à se faire dépister ou à consulter. Elle peut aussi être découverte de façon opportuniste à l'occasion d'un dépistage volontaire, en particulier parmi les personnes qui utilisent fréquemment le test.

On peut considérer que toute personne trouvée séropositive sans signe clinique à la suite d'un dépistage volontaire, systématique ou orienté a été dépistée. Cependant compte tenu de l'histoire naturelle de l'infection VIH, le dépistage peut intervenir alors que la personne a une infection depuis plusieurs années et donc une altération de ses fonctions immunitaires dont rend compte le taux de CD4. On parlera alors de dépistage tardif.

La notion de retard au diagnostic a varié au cours du temps. Caractérisé longtemps par le stade sida, puis par un taux de CD4 inférieur à 200 ou le sida, deux notions font aujourd'hui consensus pour définir le stade au diagnostic, qui s'avère le plus souvent à l'entrée dans le soin : dépistage tardif (*late presentation*) correspondant à un taux de CD4 inférieur à 350 ou avec une maladie définissant le sida et dépistage à un stade avancé à un taux de CD4 inférieur à 200 ou avec une maladie définissant le sida (*presentation with advanced HIV disease*) (Antinori, 2010). Dans la suite de ce texte, on parlera en français de stade tardif ou stade avec une maladie avancée ou ultra-tardif.

En 2010, l'initiation du traitement est recommandée chez les personnes asymptomatiques entre 350 et 500 CD4 pour son bénéfice virologique et immunitaire. Selon les recommandations 2010, le traitement peut être initié au-dessus de 500 CD4 en particulier en présence d'une charge virale supérieure à 100 000 copies, d'une baisse rapide des CD4, d'une co-infection par le VHB ou le VHC, d'un âge supérieur à 50 ans, de facteurs de risque cardio-vasculaire ou dans un objectif de prévention de la transmission (Yéni, 2010). Un diagnostic tardif réduit le bénéfice individuel du traitement à court et à moyen termes.

Le bénéfice d'un traitement antirétroviral quant à la baisse de la transmissibilité du virus observé dans des cohortes de couples sérodifférents a été confirmé par l'essai HPTN052 qui montre que le traitement immédiat apporte une réduction de la transmission de 96 % par rapport à la stratégie standard (Cohen, 2011) dans les couples hétérosexuels et renforce l'intérêt d'un diagnostic au plus près de la contamination, tout particulièrement dans les groupes à risque élevé avec deux objectifs : dépister très tôt pour réduire le risque de transmission par la prévention et le traitement, lutter contre le diagnostic tardif pour réduire la mortalité et la morbidité.

Les stratégies de dépistage visent donc à réduire au niveau individuel la durée entre la contamination et la mise sous traitement et au niveau populationnel à réduire la taille de la population infectée et non diagnostiquée et/ou non prise en charge médicalement, ou encore à réduire « la charge virale communautaire ».

Méthode de travail de la synthèse des données récentes

Ce document est une synthèse autour des questions ci-dessus. Les participants au groupe Dépistage ont communiqué les travaux issus de leurs recherches, sous forme d'articles ou de présentations dans des conférences ou, pour les données récentes, ont communiqué des résultats en cours d'élaboration et qui seront précisés et enrichis ultérieurement.

Les responsables d'études ont rédigé une brève fiche documentaire présentant les objectifs, le rationnel, la méthode et les principaux résultats de leur recherche. Les données utilisées ne se limitent pas aux travaux soutenus par l'ANRS et incluent des articles qui ont trait à l'activité de dépistage en France.

Cette synthèse s'appuie également sur les données de surveillance établies par l'InVS notamment sur les nouveaux diagnostics et le suivi de l'activité de dépistage.

Ainsi les travaux utilisés portent principalement sur la période 2008-2011. Certaines études en cours sur les usagers de drogue, les consommateurs de crack, les travailleurs/ses du sexe, les lesbiennes ne sont pas prises en compte dans cette synthèse faute de résultats encore disponibles.

Un groupe éditorial composé d'Élisabeth Bouvet, Dominique Costagliola, Anne-Claude Crémieux, Vincent Douris, Jean-Marie Le Gall, Stéphane Le Vu et Veronica Nosedà a animé et validé le travail de synthèse.

Liste des études

- **ANRS-COM'TEST** : Étude d'un dépistage communautaire du VIH, non médicalisé, auprès des hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes (HSH). Inserm, AIDES, Karen Champenois, Jean-Marie Le Gall, Yazdan Yazdanpanah, Bruno Spire
- **ANRS-DRAG** : Dépistage Rapide Auprès des Gays, Inserm, AIDES, Bruno Spire, Jean-Marie Legall, Nicolas Lorente
- **ANRS-KABP**, ORS Île-de-France, Inpes, InVS, Enquête, Nathalie Beltzer, Stéphane Le Vu, Nathalie Lydié
- **ANRS-KABP-DFA**, ORS Île-de-France et Inpes, Enquête, Sandrine Halfen, Nathalie Lydié
- **ANRS-Opportunités** : Étude sur les opportunités manquées de dépistage du VIH chez des patients nouvellement diagnostiqués en France, Inserm, Yazdan Yazdanpanah, Karen Champenois ; Anthony Cousien, Lise Cuzin, Stéphane Le Vu, Sylvie Deuffic-Burban, Emilie Lanoy, Karine Lacombe, Olivier Patey, Pascal Béchu, Marcel Calvez, Caroline Semaille
- **ANRS-URDEP** : Étude sur le dépistage de routine du VIH par des tests rapides dans des services d'urgences de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Hôpital Bichat, Inserm, AP-HP, E. Casalino, E. Bouvet, F. Brun-Vezinet, D. Costagliola
- **ANRS-Urgences Île-de-France** : Intérêt de santé publique du dépistage systématique du VIH par tests rapides dans les urgences hospitalières d'Île-de-France. Urgences Île-de-France, AP-HP, InVS, Inserm, Anne-Claude Crémieux, Pierre de Truchis, France Lert, François Simon, Caroline Semaille, Stéphane Le Vu, Dominique Pateron, Gérald Kierzek, Bertrand Renaud

- **ANRS-VESPA2** : Enquête en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, Inserm, Bruno Spire, France Lert, Rosemary Dray-Spira
- **ANRS-WEBTEST**, EPS Maison Blanche, Tim Greacen
- **Baromètre Gay**, InVS, SNEG Annie Velter, Alice Bouyssou, Caroline Semaille, Antonio Alexandre
- **Baromètre santé médecins généralistes**, Inpes, Arnaud Gautier, Nathalie Lydié
- Caractéristiques et taille de l'épidémie cachée du VIH en France et implications pour les stratégies de dépistage, Inserm, Virginie Supervie, Jacques Ndawinz, Sara Lodi, Dominique Costagliola
- **Chekpoin**t, Le Kiosque, Jean Yves Le Talec, Christine Rouzioux, Georges Krpelak, Guy Sebbah, Gaelle Tellier, Anne Guérin, Nicolas Derche
- Dépistage du VIH en routine en France : impact clinique et coût-efficacité, Inserm, InVS, Yazdan Yazdanpanah, Sylvie Deuffic Burban, Dominique Costagliola, Caroline Semaille, Stéphane Le Vu
- **Enquête Presse Gays et Lesbiennes (EPG)** 2011, InVS, Annie Velter, Alice Bouyssou, Leïla Saboni, Nicolas Methy, Marie Jauffret Roustide, Caroline Semaille
- Estimation de l'incidence de l'infection à VIH et du délai entre l'infection et le diagnostic VIH en France, Inserm, Dominique Costagliola, Jacques Ndawinz, Virginie Supervie
- **PREVAGAY**, InVS, Inserm, Centre national de référence du VIH : Annie Velter, Caroline Semaille, Francis Barin
- Prévalence et caractéristiques des personnes qui ignorent leur diagnostic d'infection VIH à partir de l'enquête nationale de prévalence des hépatites B et C réalisée en France en 2004, InVS et Université François Rabelais, Caroline Semaille, Françoise Cazein, Francis Barin
- **SIRS**, Les déterminants sociaux et territoriaux du recours au dépistage VIH dans l'agglomération parisienne, Inserm, Véronique Massari, Annabelle Lapostolle, Pierre Chauvin

Présentation

Ce document comporte une synthèse par thème des données récentes autour de cinq thèmes : (1) les éléments épidémiologiques à mobiliser, (2) Les mesures de la pratique des tests, (3) l'évaluation des expériences de dépistage routine en population générale, (4) les pratiques de dépistage dans la population HSH, (5) les résultats d'études concernant l'utilisation des tests rapides pour le dépistage en routine et les autotests.

Les méthodes des études sont présentées dans des fiches-études en annexe.

Les enjeux épidémiologiques du dépistage

Contexte épidémiologique général

La déclaration obligatoire donne depuis 2003, le nombre annuel de nouveaux diagnostics, leur distribution par groupes en combinant le mode de transmission, le sexe et la nationalité/pays de naissance ainsi que le stade clinique et plus récemment le taux de CD4 au diagnostic. Les données de l'année 2011 font apparaître une stabilité des nouveaux cas déclarés (2008 : 6400, 2009 : 6300, 2010 : 6300, 2011 : 6100) et de leurs caractéristiques. Peu de détails ont été publiés pour les cas déclarés en 2011 (Cazein, 2013). En 2010, les deux tiers des malades déclarés sont des hommes, 70 % de ces découvertes concernent des 25-49 ans en 2010, 18 % des plus de 50 ans et 12 % des personnes de moins de 25 ans. La part des personnes nées en France est en augmentation depuis 2003 avec corrélativement une tendance à la baisse des immigrés et en particulier des cas chez les femmes migrantes. Un tiers des personnes dont une majorité de femmes (59 % des immigrés¹) sont nées en Afrique subsaharienne. Les hommes infectés par rapports homosexuels représentent 40 % des découvertes à un âge moyen de 37 ans. Les contaminations hétérosexuelles représentent 57 % des cas déclarés avec un âge croissant depuis 2003 (39,3 ans en 2010). Les cas résultant de contaminations par usage de drogue par injection restent très peu nombreux. Les sérotypes non B (VIH1) qui dominent dans les pays d'Afrique subsaharienne sont en augmentation attestant du brassage populationnel : 37 % parmi les hétérosexuels nés en France, 36 % parmi les personnes utilisatrices de drogues injectables (UDI) et 25 % parmi les cas homosexuels. Environ un tiers des découvertes sont faites en médecine de ville (32 % vs 23 % en 2003). (Cazein, 2011, 2012)

Modélisation de l'incidence du VIH en France

Les chiffres de nouveaux diagnostics reflètent d'une part l'incidence des nouvelles infections d'autre part l'effet des pratiques de diagnostic et celui de l'activité de dépistage. Compte tenu du délai entre la contamination et le diagnostic, le nombre annuel de nouvelles infections ne peut être connu que par modélisation. Plusieurs exercices de modélisation ont été réalisés dans le cadre de l'AC23 de l'ANRS par S. Le Vu (2010, 2011, 2012) et JDA Ndawinz (2011).

Les modélisations reposent sur des méthodes différentes : S. Le Vu utilise pour la modélisation de l'incidence en 2008 les résultats du test d'infection récente (EIA-RI) tandis que JDA Ndawinz s'appuie sur le stade clinique au diagnostic

¹ Le terme immigré tel qu'il est utilisé en France par l'Insee et l'Ined est défini par le fait d'être né étranger à l'étranger quelle que soit la nationalité ultérieure.

(primo-infection, sida ou ni l'un ni l'autre) en faisant des hypothèses sur la durée d'évolution de la maladie jusqu'au stade sida. Ces modélisations aboutissent à des résultats légèrement différents. Ils se situent cependant dans des ordres de grandeur voisins et mettent en évidence la forte disparité du niveau du risque entre les groupes au sein de la population française. S. Le Vu estime l'incidence par régions et par populations (*tableau 1*).

Tableau 1
Nouvelles infections et taux d'incidence de l'infection VIH en France

Étude, année de l'estimation		Popu- lation totale	HSH	UDI	Hommes non migrants (non HSH, non UDI)	Femmes non migrantes (non UDI)	Hommes migrants (non HSH, non UDI)	Femmes migrantes (non UDI)
Ndawinz, 2011 2007	Nombre	7851	2969	123	1399	892	1015	1454
	Taux p 100 000		1036	173	7	5	54	84
Le Vu, 2010 2008	Nombre	6940	3320	70	1140	810	660	940
	Taux p 100 000	17	1006	86	6	4	35	54

Les estimations des évolutions diffèrent entre les deux études sur les tendances dans les différents groupes : S. Le Vu rapporte une baisse tendancielle chez les hétérosexuels migrants et non migrants et une stabilité parmi les hommes ayant des rapports entre hommes ; de son côté, JDA. Ndawinz observe plutôt des niveaux supérieurs en 2007 par rapport à 2004.

Récemment S. Le Vu (2012, données non encore publiées) a actualisé les estimations publiées. En 2009/10, le taux d'incidence est stable en population générale, et plus de trois fois plus élevé en Île-de-France (39 pour 100 000) par rapport à la province (11) ; l'incidence est de 965 pour 100 000 chez les HSH. L'incidence 2009 a été estimée pour les hommes fréquentant les lieux de drague parisiens enquêtés dans l'étude PREVAGAY, population restreinte par rapport aux estimations antérieures portant sur toute la population homosexuelle, elle est très élevée : 3,8 %.

Dans les DFA, les taux d'incidence sont estimés pour 2009/10 pour les femmes à 55 (IC95 % 41-69) pour 100 000, pour les hommes hétérosexuels 41 (IC95 % 19-63) et pour les homosexuels à 1 141 (IC95 % 272-2 010). Ce taux global (59 [IC95 % 45-72]) recouvre une hétérogénéité entre les trois départements en niveau, avec des niveaux beaucoup plus élevés en Guyane, puis en Guadeloupe, supérieurs à l'Île-de-France, et plus bas en Martinique. L'incidence est estimée en baisse dans les trois départements (Le Vu, 2012).

Stade de la maladie au diagnostic d'infection VIH et à l'entrée dans le soin

Les données sur le stade de la maladie au diagnostic sont issues de l'observation à partir des données de la déclaration obligatoire (DO) en utilisant le stade

clinique au diagnostic et depuis 2008, les CD4 au diagnostic (InVS), d'information sur les entrées dans le soin (French Hospital Database on HIV (FHDH), taux de CD4 à l'entrée dans la cohorte) ou de modélisation (modélisation de la durée entre contamination et diagnostic, Ndawinz, 2011). Les informations de l'enquête Vespa 2011 permettent également de connaître les CD4 au diagnostic (ici des données groupées sur les 36 mois précédant l'inclusion dans l'étude c'est-à-dire au cours de la période 2008 - 2011). Ces données apportent des précisions sur les facteurs sociaux et comportementaux associés au stade de la maladie au diagnostic et sur les contextes du diagnostic.

Entre 2009 et 2011, le stade de la maladie au diagnostic semble stable au niveau global que l'on prenne en considération les données issues de la FHDH (CD4) ou les données de DO (InVS, 20 novembre 2012, Paris) (*tableau 2*) : le taux médian de CD4 à l'entrée dans la FHDH a augmenté progressivement et a passé le seuil de 350 en 2008 pour être stable depuis (médiane à 384, 392 et 384). La proportion de sida au diagnostic est stable à 13 %, 14 % et 15 % au cours des 3 dernières années. L'InVS (20 novembre 2012, Paris) observe que 28 % des patients sont dépistés à un stade avancé (<200 CD4 ou sida), 20 % entre 200 et 350 CD4, 21 % entre 350 et 500, et précoce à plus de 500 ou en primo-infection (31 %).

Tableau 2
Stade de la maladie au diagnostic évalué par le taux médian ou la proportion de CD4

Étude, année	Total	HSH	UDI	Hommes non migrants (non HSH, non UDI)	Hommes migrants (non HSH, non UDI)	Femmes non migrantes (non UDI)	Femmes migrantes (non UDI)
FHDH, (médiane CD4)							
2009	384	432	340	332	259	400	362
2011	384	434	345	327	295	389	345
InVS, 2011, Cazein 2011	CD4 à la déclaration						
(CD4 en classes, %)	<350	48 %	38 %	47 %	61 %	50 %	
	>500	31 %	38 %	35 %	21 %	30 %	

Les CD4 sont un indicateur imparfait du stade de la maladie au diagnostic. En effet, la diminution des CD4 est hétérogène entre les individus et est liée à un certain nombre de paramètres dont la charge virale. De plus l'utilisation des mêmes seuils pour les taux de CD4 comme indicateur du diagnostic tardif chez les hommes et les femmes et chez les Français et les immigrés africains mériterait d'être réexaminée. En effet, la comparaison de cohortes africaines et européennes, celles-ci distinguant en leur sein les migrants africains, indique des niveaux plus bas de CD4 dans les cohortes de Côte d'Ivoire par rapport aux cohortes de patients français (Lewden, 2010). Une étude groupée des cohortes européennes et africaines confirme ce niveau plus bas et une diminution plus lente dans les populations africaines que dans les populations européennes sans origine africaine ; cependant il existe des différences de niveau de CD4 et de pente de la diminution entre les Africains étudiés dans les cohortes africaines et ceux des cohortes européennes. Ces différences suggèrent des processus divers et d'éventuels biais d'observation, mais sont encore incomplètement comprises. Cependant l'observation de la progression vers le sida ou le décès en fonction des CD4 dans ces différentes populations ne suggèrent pas à ce jour l'adoption de recommandations d'initiation

du traitement ARV spécifiques. Il n'en existe pas non plus pour caractériser le stade au diagnostic (Pantazis, 2012).

L'InVS a publié des données sur les nouvelles déclarations de 2011 en combinant le stade clinique et le taux de CD4 pour définir trois catégories : précoce primo-infection ou CD4>500 (36 %), tardif Sida ou CD4<200 (29 %) et une catégorie intermédiaire (35 %) (*figure 1*). La fréquence du dépistage précoce est inversement liée à l'âge. Le dépistage est nettement plus fréquent chez les HSH (même si encore un homme sur cinq dans ce groupe est dépisté tardivement), plus élevé chez les femmes nées en France que dans les autres groupes combinant sexe et migration (hommes français, hommes nés hors de France, femmes nées hors de France) et un peu plus bas dans les DOM.

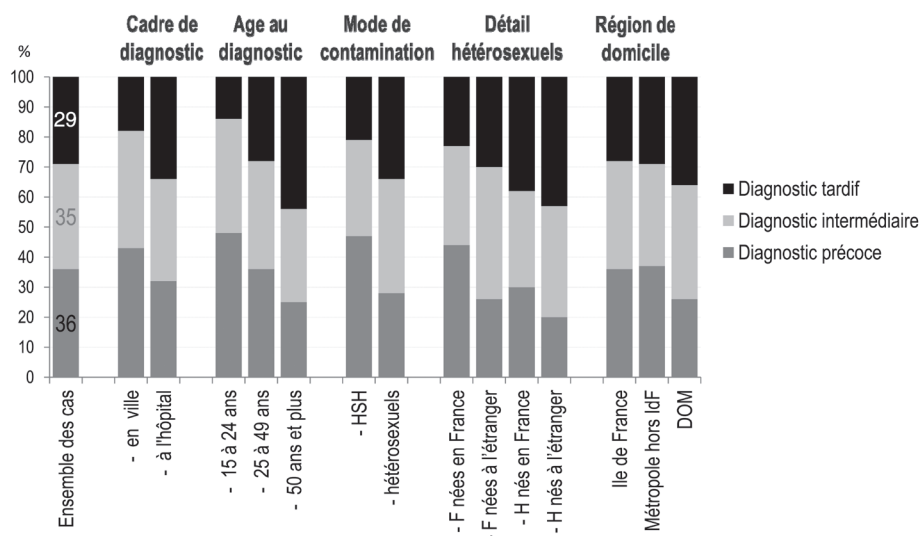


Figure 1
Découvertes de séropositivité VIH en 2011 :
diagnostics précoces/tardifs (source Cazein, 2013)

Contexte des nouveaux diagnostics

Le contexte du diagnostic d'infection VIH est documenté par les données de la déclaration obligatoire : en 2011, un tiers des diagnostics ont été réalisés en présence de signes cliniques (35 % en 2010), un peu plus d'un sur cinq dans le cadre d'un dépistage suivant une exposition récente (22 % en 2011, 23 % en 2010), un sur cinq au cours d'un bilan systématique (incluant le dépistage prénatal : 20 % en 2011, 19 % en 2010), 7 % au cours d'un dépistage orienté par des facteurs d'exposition (dépistage ciblé) et 18 % dans le décours d'une prise en charge pour d'autres affections. Les différences dans la distribution des motifs de tests ayant conduit au diagnostic sont indiquées dans le *tableau 3*.

Tableau 3
Répartition des contextes de diagnostic d'infection VIH dans
les différentes populations en 2011 : circonstances (source : Cazein, 2013)

	HSH	Hommes français	Femmes françaises	Hommes immigrés	Femmes immigrées	UDI	Total
Dépistage suivant une exposition au risque	32 %	19 %	23 %	16 %	13 %	19 %	22 %
Dépistage orienté	8 %	6.5 %	5 %	7 %	6 %	14 %	7 %
Bilan	8 %	16 %	25 %	19 %	41 %	20 %	20 %
Symptômes	33 %	45 %	28 %	40 %	24 %	32 %	33 %
Autres contextes	19 %	13.5 %	19 %	18 %	16 %	15 %	18 %
Part des diagnostics en médecine de ville	37 %	28 %		28 %		18 %	32 %

Dans les données de l'enquête Vespa2, 2011, pour les personnes diagnostiquées dans les 36 mois précédant leur inclusion en 2011, le dépistage volontaire (« de votre propre initiative ou à la demande du partenaire ») est rapporté par 53 % des HSH, 46 % des femmes « hétérosexuelles et autres », 45 % des hommes d'Afrique subsaharienne, 27 % des femmes nées en Afrique subsaharienne et des hommes hétérosexuels et autres (Vespa2, 2011, données non publiées).

En définissant comme cas « dépistés », des diagnostics posés chez des personnes asymptomatiques ou à l'occasion d'une primo-infection, la proportion de dépistage concerne trois cas sur quatre, proportion qui a progressivement augmenté depuis 2003, mais semble stable depuis 2009 (*figure 2*).

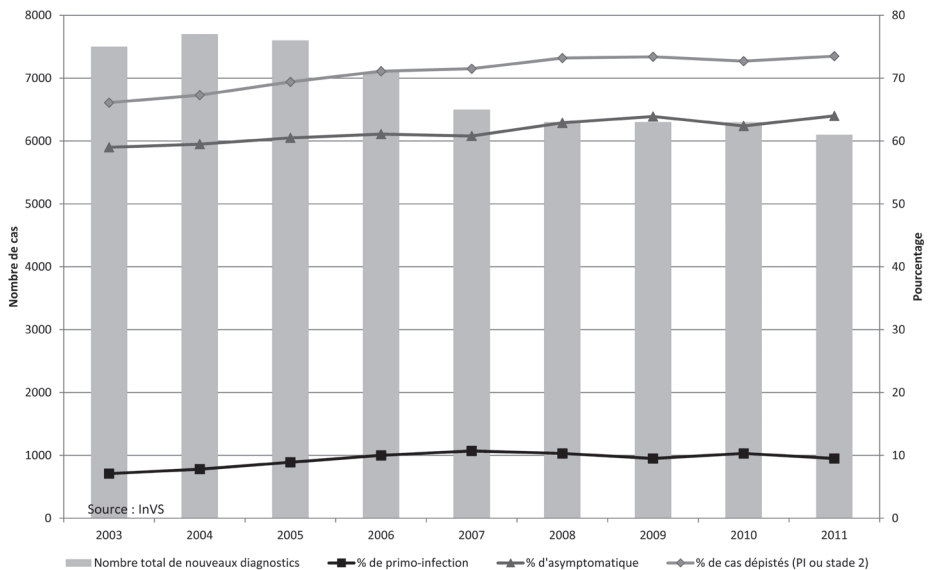


Figure 2
Nombre de nouveaux cas et proportions des cas dépistés en primo-infection ou à un stade
asymptomatique (à partir de données sources de l'InVS)

Modélisation du délai entre contamination et diagnostic en 2007

La modélisation réalisée pour l'année 2007 estimait le délai de diagnostic dans un intervalle de variation de la médiane de 26 mois (HSH) à 48 mois (hommes migrants) (Ndawinz, 2011). Ces délais n'ont pas été actualisés pour la période récente.

Le délai au diagnostic varie fortement selon les groupes avec une forte proportion de diagnostics précoces parmi les HSH les femmes migrantes et les UDI et une situation particulièrement défavorable des hommes et des femmes hétérosexuels français et des hommes migrants (*tableau 4*).

Tableau 4
Estimation du délai (mois) entre la contamination
et le diagnostic par modélisation (Ndawinz, 2011)

	Total	HSH	UDI	Hommes non migrants (non HSH, non UDI)	Hommes migrants (non HSH, non UDI)	Femmes non migrantes (non UDI)	Femmes migrantes (non UDI)
Délai médian entre infection et diagnostic (en mois)	NC	26,2	36,2	44,9	47,6	48,2	35,6

Les données de l'enquête Vespa2, 2011, permettent de préciser le délai entre l'arrivée en France et le diagnostic pour les immigrés nés en Afrique subsaharienne entre 2003 et 2011 : hommes et femmes sont arrivés au même âge (31 ans en médiane) et ont été diagnostiqués dans un délai médian de 2 ans (IQR 0-13) pour les hommes et 1 an (IQR 0-4) pour les femmes (Dray-Spira, 2013). Cependant dans les données africaines, on observe que les femmes sont infectées plus jeunes que les hommes. Une partie du retard au diagnostic en France tient donc à une arrivée avec une infection acquise avant l'émigration.

Entrée dans le soin après un dépistage positif

La peur associée au sida qui pouvait faire obstacle au recours aux soins spécialisés dans la période précédant les trithérapies a pu s'atténuer avec la disponibilité largement connue de traitements efficaces et l'encouragement à une prise en charge immédiate. Dans de nombreux pays cependant, une proportion élevée de personnes découvertes séropositives ne sont pas prises en charge en raison de barrières financières, d'un accès difficile des services, de la mauvaise qualité des prises en charge, d'un manque de confiance et de la persistance de la stigmatisation associée au VIH/sida. En France, l'accès universel aux soins doit permettre la prise en charge rapide des personnes nouvellement diagnostiquées sans obstacle financier. Cependant, l'absence d'affiliation à l'assurance maladie ou le fait

d'être un étranger sans droit au séjour peuvent retarder l'entrée dans le soin en raison de démarches administratives et de la peur de la répression. On dispose de très peu d'information sur le délai entre le dépistage positif et le contact avec le service de soins. Les personnes diagnostiquées, mais non suivies regroupent des personnes non liées aux soins et des personnes qui interrompent leur prise en charge. Ces ruptures sont plus fréquentes dans la première année de la prise en charge (Lanoy, 2007). Ces paramètres n'ont pas été estimés récemment.

Une seule étude a été réalisée portant sur la région Nord et Bruxelles pour la période 1997-2006 auprès de 1 918 patients dont 570 entrés dans le soin à un stade avancé ($CD4 < 200$ et sida). Cette étude a distingué deux situations : dépistage tardif défini comme une entrée en soin avec un stade VIH avancé et un diagnostic inférieur à 6 mois (83,3 %) ; entrée en soin retardée définie comme un VIH avancé et un diagnostic supérieur à 6 mois (16,7 %). Ces deux phénomènes ont diminué entre 2003 et 2007 par rapport à la période antérieure. En analyse multivariée, le dépistage tardif était lié à la naissance en Afrique subsaharienne et augmentait avec l'âge tandis que les facteurs associés au retard à la prise en charge étaient : être UDI, le mode de transmission hétérosexuel, et l'âge (Ndiaye, 2011).

Dans les différentes expériences rapportées dans ce rapport, le taux d'entrée dans le soin est de 100 % parmi les hommes dépistés à Checkpoint et à l'hôpital Saint-Antoine, de 80 % pour les hommes de COM'TEST (Champenois, 2012), c'est-à-dire dans un contexte de test volontaire, de 87 % dans l'étude URDEP (Casalino, 2012) et de 67 % dans l'étude Urgences Île-de-France (D'Almeida, 2012) dans un contexte de test proposé.

Délai d'entrée en traitement

Dans une étude menée dans 8 régions françaises (y compris la Martinique), parmi les personnes nouvellement diagnostiquées entre 2005 et 2010, la proportion ayant eu au moins un contact avec le soin suite au dépistage était de 79 %. Parmi les cas ayant eu au moins un contact, 74 % étaient régulièrement suivis (Cuzin, à paraître).

Parmi les patients entrés dans le soin entre 2005 et mi-2010 dans 8 centres participant à DatAIDS, le délai de mise sous traitement était de 8 mois (IQR 1-28), et de 15 mois (IQR 5-26) pour les patients qui n'avaient pas d'indication de traitement lors de leur entrée dans le soin. Ce délai s'est réduit de 11 mois en 2005 à 2 mois en 2010. Le temps (l'année) est le principal facteur de réduction de ce délai au cours du temps (Cuzin, 2011), sans doute en lien principalement avec les changements de pratique. Par contre, le fait d'être un homme infecté par voies hétérosexuelle ou homosexuelle est associé à un délai plus long (respectivement 0,88 [IC95 % 0,79-0,97] et 0,80 [IC95 % 0,72-0,88] par référence aux femmes).

Nouvelles estimations de la population cachée

La proportion importante de cas avec une maladie avancée au diagnostic signifie qu'au sein de la population existent plusieurs milliers de personnes qui vivent avec le VIH sans le savoir et sont donc la cible d'élection des nouvelles stratégies de dépistage. Depuis les recommandations de la HAS qui se sont fondées sur

une estimation de 36 000 personnes en 2008, cette population a été estimée pour l'année 2010 (HAS, 2009).

Une première estimation porte sur l'année 2008. Ce calcul affecte à la population infectée par le VIH estimée par rétrocalcul en 1997 un nombre stable de nouvelles infections et de décès chaque année. L'estimation est présentée de la façon suivante dans le rapport Yéni, 2010 :

« Au 31 décembre 2008, 89 911 patients bénéficiaient de l'ALD (affection de longue durée) au titre du VIH dans le cadre du régime général de l'assurance-maladie, qui couvre environ 88 % de la population. Les effectifs étaient de 83 281 au 31 décembre 2006, et 86 485 au 31 décembre 2007, soit une augmentation de l'effectif de 4,0 % par an depuis 2006 [4]. Si on extrapole les données du régime général à l'ensemble de la population en France, on peut estimer le nombre de personnes bénéficiant de l'ALD pour l'infection à VIH à 102 000 personnes en 2008. L'âge moyen des patients était de 43 ans et 66,7 % étaient des hommes. Un petit nombre de personnes infectées et prises en charge ne bénéficient pas de l'ALD et des travaux sont en cours pour estimer le nombre de ces patients.

La dernière estimation disponible de la prévalence de l'infection par le VIH en France, par le biais de la méthode directe, était, en 1997, de 105 800 personnes (IC 95 % [89 000-122 000]). En 2000, le nombre de personnes infectées par le VIH était estimé à 88 300 (IC 95 % [52 300-168 000]) par la méthode de rétrocalcul. En se fondant sur l'hypothèse d'une incidence constante entre 1998 et 2008, actualisée grâce aux nouvelles estimations d'incidence (7 500 nouvelles contaminations par an) et d'un nombre de décès stable (1 700 par an), la prévalence de l'infection par le VIH peut être estimée à environ 152 000 (entre 135 000 et 170 000) personnes à la fin de 2008.

Par différence entre ces deux estimations, le nombre de personnes infectées qui ne connaîtraient pas leur infection par le VIH ou qui ne se font pas suivre peut être estimé aux alentours de 50 000, avec un intervalle plausible entre 32 000 et 68 000 personnes. »

Au sein de cette estimation, la population non dépistée est évaluée à 36 000 personnes, nombre pris en compte dans la modélisation du rapport coût-efficacité du dépistage (Yazdanpanah, 2010).

Récemment en 2012 a été publiée de façon en quelque sorte rétroactive une estimation basée sur une étude de prévalence menée par l'InVS auprès des bénéficiaires d'un bilan de santé dans les centres de santé de l'Assurance Maladie en 2004 (Cazein, 2012).

Les échantillons sanguins sur buvard collectés au cours de l'étude de prévalence des hépatites B et C ont été évalués par un test antigènes/anticorps de 4^e génération et pour les résultats positifs confirmés par Western Blot. À partir de ces données recueillies dans un échantillon stratifié (région, âge, CMU) de 18 à 80 ans une estimation de la prévalence a été réalisée en prenant en compte les caractéristiques de l'échantillon. La taille des populations homosexuelle/bisexuelle et hétérosexuelle a été estimée en combinant les données du recensement de 1999 et la proportion de populations homosexuelle/bisexuelle et hétérosexuelle obtenue selon l'enquête Contexte de la sexualité en France (CSF) en 2006. Sur les 14 416 participants, 11 890 échantillons ont été disponibles et analysés.

Ainsi pour l'année 2004, l'estimation de la population non diagnostiquée au plan national est de 0,065 % (soit un effectif de 29 000) avec des taux de 0,05 % en

population générale hors groupe à risque, de 1,1 % parmi les personnes nées en Afrique subsaharienne et de 1,7 % parmi les hommes ayant des relations entre hommes. L'estimation nationale réalisée par l'InVS pour l'année 2004 est inférieure au taux estimé pour 2008.

Pour l'année 2010, ces estimations ont été mises à jour par des méthodes diverses. Ces estimations sont résumées dans le *tableau 5*.

L'évaluation de Supervie (2012) repose sur une modélisation par rétrocalcul sous plusieurs hypothèses : en 2010 tous les individus infectés en 2000 ou avant ont été diagnostiqués, la durée de la maladie avant le sida est de 10 ans et le déclin des taux de CD4 est uniforme au sein des diverses populations. Ce déclin peut être évalué en se fondant sur les taux de CD4 observés chez des personnes naïves de traitement antirétroviral dans différentes populations. L'estimation de la population non diagnostiquée combine l'incidence de l'infection à VIH considérée comme constante et les délais au diagnostic calculés par Ndawinz sous une hypothèse de stabilité au cours de la période.

Le nombre de personnes non diagnostiquées fin 2010 est estimé en utilisant une projection des individus précédemment infectés selon une distribution estimée non paramétrique du temps entre l'infection et le diagnostic. À partir du nombre d'individus nouvellement infectés à chaque date de référence, l'équipe a déterminé combien étaient toujours non diagnostiqués, en utilisant la probabilité cumulative de ne pas être diagnostiqué. Pour estimer le nombre de personnes ayant été infectées entre 2000 et 2010, l'équipe a extrapolé les résultats de l'incidence de la période 2003-2007 sur la période 2000-2010, considérant l'incidence comme constante et égale au niveau de 2004.

La distribution de CD4 parmi les personnes non diagnostiquées fin 2010 a été obtenue en combinant les données sur les CD4 et l'année d'infection des personnes non diagnostiquées.

Tableau 5
Estimations des populations non diagnostiquées – Populations exposées, taux et effectifs

	Population totale	Population totale hors groupe à risque	Hommes ayant des rapports avec des hommes	Étrangers ou immigrés	Usagers de drogue par voie IV
France entière					
Taille de la population	39 586 800	36 564 200	312 300	2 609 300	81 000
2004	0,065 %	0,05 %*	1,7 %	1,1 %***	-****
Estimation 18-80 ans, Cazein, 2012	[IC 95 % : 0,026-0,16] 29 000 [IC 95 % : 11 600 – 71 000]	[IC 95 % : 0,01-0,15] 0,03 %** [IC 95 % : 0,01-0,14]	[IC 95 % : 0,31-8,67]	[IC 95 % : 0,43-2,83]	
2010	0,07 %	0,03 %	2,88 %	0,36 %	0,62 %
Estimation 18-64 ans Supervie, 2012	28 800 [IC 95 % : 19 100-36 700]	9 800	9 000	9 500	500
Île-de-France					
Taille de la population	7 991 751	ND	188 374	1 037 800	ND
2004	0,16 %	ND	ND	ND	ND
Estimation 18-80 ans, Cazein, 2012	[IC 95 % : 0,06-0,43]				
2010	0,09 %	ND	1,55 %	0,4 %	ND
Estimation 18-64 ans Crémieux, 2012	[IC 95 % : 0,04-0,13] 6 742 [IC 95 % : 2 996-9 739]		[IC 95 % : 0,28-2,83]	[IC 95 % : 0,17-0,62]	

* population hétérosexuelle migrante ou non

** population née en dehors de l'Afrique subsaharienne

*** population née en Afrique subsaharienne

**** aucun usager de drogue n'a été identifié dans cette enquête

L'estimation centrale de la population est de 28 800 infections non diagnostiquées [IC 95 % : 19 100-36 700]. La distribution et les taux de population non diagnostiquée reflètent la forte hétérogénéité liée à une épidémie concentrée : 9 000 soit 31 % sont des hommes ayant des rapports entre hommes, 9 800 soit 34 % des Français non immigrés, 9 500 soit 33 % des immigrés et 500 soit moins de 2 % des usagers de drogue ; ce sont, pour plus des 2/3, des hommes. Rapportés à la taille des populations, les taux varient fortement de près de 3 % parmi les hommes homosexuels, à 0,36 % parmi les immigrés et à 0,03 % chez les Français non immigrés. Parmi les immigrés, les données ne permettent pas de restreindre la population à la population la plus concernée, originaire de l'Afrique subsaharienne.

L'estimation de Crémieux (2012) pour l'Île-de-France est une extrapolation, à la population d'Île-de-France, des taux d'infection non diagnostiquée observés dans

l'étude Urgences Île-de-France, menée de mai 2009 à septembre 2010, dans 29 des 31 services du réseau OSCOUR de surveillance syndromique considérés par l'InVS comme représentatifs de l'activité d'urgence en Île-de-France. Le calcul des taux de positifs nouvellement découverts repose sur le ratio entre les cas positifs répartis par groupe et les participants à l'étude pour lesquels les données manquantes (de 4,6 – 20,8 % selon les variables d'intérêt) ont été corrigées par imputation multiple. Les données ont ensuite été redressées par une méthode de calibration pour obtenir les prévalences pour les populations d'intérêt : hommes ayant des rapports sexuels entre hommes, population née en Afrique subsaharienne, autres immigrés, français de naissance. Pour ce dernier groupe, l'absence de cas nouvellement dépistés au cours de l'étude ne permet pas de calculer de taux. Toutefois compte tenu du nombre de tests réalisés, le nombre de positifs en Île-de-France hors groupe à risque ne peut être supérieur à 2 250 individus soit une prévalence de 0,03 %.

Les estimations ne sont pas directement comparables compte tenu des différences dans les populations considérées dans les deux estimations : France et Île-de-France, population hétérosexuelle non française et population née en Afrique subsaharienne.

Les estimations disponibles de la taille de la population non diagnostiquée sont, en tout état de cause, plus basses que les estimations antérieures. La population non diagnostiquée est aux deux tiers masculine, composée de 19 500 hommes dont 15 000 dans les groupes à risque et 9 300 femmes, dont 4 200 dans la population immigrée. Deux personnes infectées par le VIH et non diagnostiquées sur trois sont concentrées dans 8 % de la population, et même un peu moins si on tient compte du fait que les personnes immigrées de la population non diagnostiquée sont principalement originaires d'Afrique subsaharienne (73 % des immigrés dans l'enquête Vespa 2011 alors que cette population représente 12,5 % de l'ensemble des immigrés en France [Insee, 2012], mais un quart des nouveaux entrants sur le territoire français).

Conclusion sur la précocité du diagnostic dans les 3 dernières années

Quels progrès dans la réduction du retard au dépistage et dans la précocité du traitement ?

Dans les dernières années, il n'apparaît pas de progrès significatif du stade au diagnostic des personnes infectées par le VIH. Les données disponibles soulignent la stabilité de la situation dans les trois dernières années au sein des populations malgré le contexte de débat sur le dépistage.

Il serait souhaitable de définir les objectifs à atteindre en termes de précocité et les indicateurs pour le mesurer en tenant compte de toutes les informations disponibles en routine et de préciser les critères de dépistage précoce tenant compte de l'hétérogénéité du niveau et de l'évolution des CD4.

Il existe très peu de données sur le délai d'entrée dans le soin après un test positif. Cet indicateur mériterait d'être suivi, en particulier dans les nouvelles formes de dépistage qui ne sont pas directement implantées dans un site ou dans un réseau de soins.

Les médecins ont initié le traitement de plus en plus tôt à partir de 2005 et sans attendre les recommandations. En 2010, le délai de mise sous traitement était en médiane de 2 mois.

Qu'apportent les nouvelles estimations relatives à la taille de l'épidémie cachée quant à l'intérêt du dépistage en population générale ?

Les nouvelles estimations de la population cachée sont plus basses que les estimations antérieures.

Elles sont concordantes avec toutes les données disponibles pour souligner que la population cachée se trouve pour l'essentiel dans les groupes à très forte prévalence, HSH et immigrés d'Afrique subsaharienne, avec un taux très bas en dehors de ces groupes.

Les observations aux urgences et les estimations de la population non diagnostiquée invitent à se tourner vers des stratégies ciblées en envisageant le sexe, l'âge, le contexte épidémiologique, les motifs de recours aux soins et les indications. Ces modalités de ciblage doivent être définies, testées et faire l'objet d'études coût-efficacité.

Évolution de la pratique du dépistage en population

Ce chapitre répond à la question sur les modifications du dépistage en population générale.

Deux types de données sont disponibles.

Les données de surveillance de l'activité de dépistage produites par l'InVS et les enquêtes en population. Celles-ci apportent des informations sur les caractéristiques des populations testées, les déterminants comportementaux du dépistage. Les données les plus récentes sont issues de l'enquête KABP 2010 pour la métropole, KABP 2011 pour les départements français d'Amérique, avec une comparaison possible avec les vagues antérieures respectivement, 2004 et 2005.

On dispose en outre de deux vagues de la cohorte SIRS en Île-de-France qui permettent de mieux caractériser l'utilisation du test par les différents groupes de la population, notamment immigrée. En outre, il existe des données plus anciennes pour les migrants d'Afrique subsaharienne : les données de l'enquête Inpes, KABP-migrants, réalisée en 2005.

Structure et évolution de l'activité de dépistage

L'activité de dépistage est suivie par l'InVS par une enquête auprès des laboratoires de ville et hospitaliers (LaboVIH) à laquelle participent près de 90 % des laboratoires (89 % en 2009, 88 % en 2010, 89 % en 2011). Ces informations concernent tous les tests réalisés, à la fois les tests de dépistage et les tests à finalité diagnostique, mais la répartition entre ces différentes utilisations du test n'est pas connue. Aucune information n'est disponible dans ce système sur les personnes testées.

Le nombre de tests a connu un pic en 2005 puis une baisse en 2006 et une période de stabilité de 2008 à 2010, il a augmenté de 4 % en 2011 passant de 5 millions à 5,2 millions de tests sans retrouver le niveau de 2005 (5,3 millions). Parmi ces tests, 7 % sont faits en CDAG (nombre stable en 2011 par rapport à 2010), 77 % en ville et 16 % à l'hôpital avec une même augmentation de 4 % dans les deux cas. Le nombre de tests positifs baisse de 3 % passant de 10 920 en 2009, 10 836 en 2010 et 10 517 en 2011. Le taux de tests positifs est toujours plus élevé dans les CDAG que dans les autres contextes (3,2 pour 1 000 vs 1,9) (Cazein, 2012).

Les tendances régionales indiquent une stabilité du nombre de tests en Île-de-France et une augmentation ailleurs en France métropolitaine et dans les DOM. Dans un paysage de stabilité, la Guyane présente un profil particulièrement intéressant avec une forte augmentation de l'activité de dépistage et une baisse marquée du taux de sérologies positives passant de 13,5 à 7,5 pour mille entre

2007 et 2011. En Guadeloupe, une hausse des dépistages est observée, mais la tendance du taux de tests positifs est moins nette (*figure 3*).

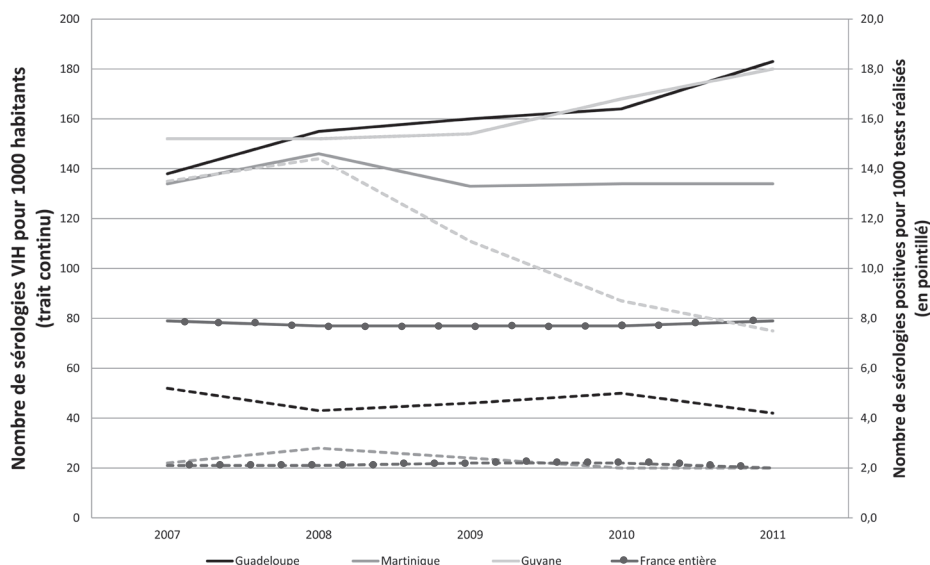


Figure 3
Taux de tests VIH pour 1000 habitants et nombre de tests positifs pour 1000 testés dans les Départements français d'Amérique et comparaison France entière (à partir de données sources fournies par l'InVS)

Niveau d'utilisation des tests et déterminants du recours au test en population générale en métropole

Le *tableau 6* présente les données disponibles sur le recours au dépistage en population. Figurent notamment les données issues des enquêtes KABP métropole en 2004 et 2010 (Le Vu, à paraître), par sexe, les données KABP pour l'Île-de-France (Halfen, 2011), un chiffre rapporté dans l'enquête Urgences Île-de-France (d'Almeida, 2012) et les données issues de la cohorte SIRS en 2005 et 2010 (Lapostolle 2011, 2013, Massari, 2011).

En 2010 plus de 60 % de la population générale de 18 à 69 ans déclarent un dépistage du VIH au moins une fois dans la vie, en augmentation par rapport à 2004 (51,8 %), avec un niveau plus élevé chez les femmes que chez les hommes et qui atteint son maximum chez les 31-44 ans. Les répondants non testés expliquent l'absence de dépistage par leur absence de risque d'avoir été contaminé (78,4 % des motifs déclarés, 76,4 % chez les hommes et 80,6 % chez les femmes).

La réalisation d'un test dans les 12 mois est stable chez les femmes et semble en augmentation chez les hommes. La réalisation d'un test dans l'année est associée de façon indépendante à un âge inférieur à 30 ans, au fait de ne pas vivre en couple et à la connaissance dans l'entourage proche d'une personne séropo-

sitive. Le fait d'avoir un nouveau partenaire dans l'année n'apparaît pas associé à la démarche de dépistage. Le recours au test n'est pas non plus lié au niveau d'études.

Tableau 6
Déclaration de dépistage dans la vie, dans les 5 ans et dans l'année en population générale, France et en Île-de-France (Enquête KABP, SIRS, Urgences Île-de-France)

		Testés dans la vie	Testés dans l'année	Testés dans les 5 ans
France métropolitaine				
KABP 2010		61,4	14,1	NC
<i>18-69 ans</i>				
Le Vu (à paraître)	H	57,9	14,7	
	F	65	13,5	
France métropolitaine				
KABP 2004		44,4	8,8	
<i>18-69 ans</i>				
Le Vu (à paraître)	H	40,2	7,5	22,9
	F	49	10,1	26,1
Île-de-France				
KABP 2010		72,4	19,8	
<i>18-54 ans</i>				
	H	66,2	19,6	
	F	78,5	20	
Île-de-France				
KABP 2004		59,7	13,5	
<i>18-54 ans</i>				
	H	53	10,6	
	F	66,4	16,3	
Île-de-France				
KABP Migrants 2005		64,9	NC	NC
<i>N 1 874, 18-49 ans</i>				
Lydié, 2007	H	63,9	ND	ND
	F	65,8		
Île-de-France				
SIRS 2010		61,2		
<i>N : 3006</i>				
Lapostolle, 2013 H F	H	56,2		
	F	64,6		
Île-de-France				
SIRS 2005		55,4	20,4	47,6 (sur les 4 dernières années)
<i>N 3 083</i>				
Lapostolle, 2009	H	51,3		
	F	59		
Urgences Île-de-France 2010				
<i>N 11 356, 18-64 ans</i>		57,2	ND	39,7

Les chiffres pour l'Île-de-France montrent un niveau de recours plus élevé que la moyenne nationale pour les hommes et pour les femmes (Beltzer, 2011).

Les informations disponibles sur le contexte de dépistage indiquent dans les données nationales KABP une réalisation principalement en laboratoire de ville avec prescription (40 % des hommes et 60 % des femmes) ou plus rarement sans

prescription (14 % et 5 %). Concernant l'initiative de la démarche de dépistage, selon les déclarations sur les motifs du dernier test dans les 12 mois, l'initiative de la personne compte pour 58,5 % des tests chez les hommes et 46,9 % chez les femmes, soit une augmentation par rapport à 2004 (respectivement 45,7 % et 38,1 %). Les dépistages prénatal et prénuptial représentent 23 % des dépistages pour les femmes et 2,1 % chez les hommes. Pour les autres motifs de recours au dépistage, les différences entre hommes et les femmes sont peu importantes.

Les informations en population générale indiquent un recours au test majoritairement, et de plus en plus volontaire, sur prescription médicale et associé à une combinaison des variables âge jeune et absence de vie de couple.

La cohorte SIRS en Île-de-France, réalisée en deux vagues 2005 et 2010 sur un échantillon de quartiers contrastés de la région Île-de-France s'intéresse de façon générale à l'articulation entre la santé et les facteurs individuels et les facteurs de contexte (équipements, densité de l'offre de soins, niveau économique, etc.). De façon intéressante, l'analyse distingue le test volontaire et le test dit « opportuniste » et aborde les déterminants individuels et contextuels du dépistage.

Concernant les déterminants contextuels, une première étude du dépistage volontaire a été menée en 2005. Elle a montré que dans les 50 quartiers étudiés, le nombre de CDAG dans un rayon de trois kilomètres autour du domicile était de 2,15 en moyenne. La densité était associée au recours après prise en compte des facteurs individuels associés (sexe, âge, perception du risque, isolement et nationalité). Le recours était associé à la distance. Pour mieux étudier l'accessibilité, en 2010, le temps de déplacement pour se rendre au CDAG a été considéré. Ainsi le recours volontaire au dépistage a été étudié en fonction du nombre de CDAG accessibles en moins de 20 minutes, de la densité des généralistes, des laboratoires et des gynécologues dans les IRIS et IRIS adjacents. Une régression multiniveau prenant en compte les caractéristiques du quartier (revenu moyen, proportion d'immigrés, proportion de diplôme inférieur au bac) et des caractéristiques individuelles (sexe, âge, nationalité, revenu, éducation, mobilité) montre que la proximité du CDAG est associée à la fréquence du test volontaire dans les zones à faible densité de soins primaires, mais non dans les quartiers de densité moyenne et élevée de l'offre de soins primaires où le recours au dépistage est associé au niveau moyen ou élevé du revenu du quartier. La moyenne du nombre de CDAG à une distance de transport de 20 minutes est de 6,3 (Lapostolle, 2010).

Les déterminants individuels mettent l'accent sur l'origine migratoire de 1^{re} et 2^e génération et sont abordés dans le point suivant.

Recours au dépistage dans les populations immigrées en Île-de-France

Compte tenu de la taille des échantillons enquêtés en population générale, l'étude des populations immigrées n'est pas possible par manque de puissance pour les sous-groupes d'intérêt à partir des enquêtes KABP. On dispose des analyses des données de l'enquête KABP Migrants de 2005 qui a enquêté les personnes nées en Afrique subsaharienne résidant en Île-de-France et n'a pas à ce jour été rééditée (Lydié, 2007).

La cohorte SIRS distingue au sein de la population, les populations immigrées, les populations de la deuxième génération (au moins un parent immigré) et ceci en séparant populations d'origine subsaharienne, maghrébine, européenne ou autre (*tableau 7*). Les données 2010 sont redressées pour la population d'Île-de-France ce qui fournit des indicateurs valables en région.

En 2005, le dépistage au moins une fois dans la vie était plus fréquent chez les étrangers d'Afrique subsaharienne que chez les Français aussi bien chez les hommes que chez les femmes et l'ancienneté du dépistage était moindre chez ces étrangers que chez les Français. Cette différence était maintenue chez les hommes et chez les femmes après prise en compte des facteurs confondants (âge et ancienneté du séjour en France) et de facteurs individuels (une grossesse après 1990 pour les femmes, nombre de relations dans la vie, capacité à lire et écrire le français). Les étrangers du Maghreb ont un taux de recours plus faible, mais leur test est plus récent. Les auteurs concluent que les étrangers africains sont plus dépistés et plus souvent, ce qui est mis en relation avec le plan Migrants de 2004 appelant à tester les populations immigrées à risque (Lapostolle, 2011).

L'analyse menée sur la vague 2005 indiquait que le fait de ne pas être testé associait pour les femmes l'âge, une vie sexuelle à faible risque (pas ou une seule relation stable dans la vie), l'affiliation religieuse, mais aussi des facteurs sociaux individuels (chômage et faible niveau d'études) et contextuels (vivre dans un quartier pauvre). Chez les hommes, seuls le profil de couple et l'affiliation religieuse étaient associés à l'absence de tests.

En 2010, les analyses ont été menées sur la fréquence du dépistage sur la vie, puis en distinguant le dépistage volontaire des autres formes de dépistage proposé ou systématique. Les analyses ont étudié le sexe, la position migratoire (natif, immigré, descendant d'immigré) et le pays de naissance des parents ou du répondant (Europe, Afrique subsaharienne, Maghreb et autres) (Lapostolle, 2013).

Tableau 7
Dépistage dans la vie (1) dont dépistage volontaire (2)
et dépistage proposé ou systématique (3) en Île-de-France (d'après SIRS, 2012)

	Fran- çais	Afrique sub- saharienne (2 ^e Généra- tion)	Étranger Afrique sub-sa- harienne	Maghreb (2 ^e Géné- ration)	Étranger Maghreb	Europe (2 ^e Géné- ration)	Étranger Europe	Autres (2 ^e Génération)	Étranger Autres
Hommes									
(1)	56 %	59 %	78 %*	41 %**	38 %**	66 %	27 %	51 %	44 %
(2)	33 %	32 %	51 %	21 %**	20 %**	48 %	14 %	31 %	19 %
(3)	23 %	27 %	27 %	20 %	18 %	18 %	13 %	20 %	25 %
Femmes									
(1)	65 %	82 %	91 %*	74 %	66 %	63 %	75 %	67 %	86 %
(2)	27 %	27 %	38 %	12 %**	12 %**	25 %	22 %	18 %	11 %
(3)	38 %	55 %	53 %	62 %	54 %	38 %	53 %	49 %	75 %

Ajustement sur âge et statut professionnel *aOR>1 **aOR<1

Ces données descriptives soulignent l'hétérogénéité de la population immigrée avec un contraste fort entre les populations originaires du Maghreb et la population d'Afrique subsaharienne pour le dépistage, et un profil plus complexe pour les migrants européens et les autres migrants.

Dépistage dans la vie

Les données confirment dans tous les groupes le taux plus élevé de dépistage dans la vie chez les femmes que chez les hommes. Les populations immigrées d'Afrique subsaharienne rapportent un taux de dépistage dans la vie plus élevé que tous les autres groupes de 78 % chez les hommes et 91 % chez les femmes, soit respectivement 22 et 26 points de plus que les Français natifs. En ajustant sur l'âge et la catégorie sociale, le niveau de dépistage des immigrés africains de première génération est près de 3 fois plus élevé que celui des Français natifs chez les hommes et 4 fois plus chez les femmes. Chez les hommes, les autres immigrés ont un taux de dépistage inférieur à celui des Français natifs. Parmi les groupes de deuxième génération, seules les personnes ayant un parent né au Maghreb sont moins testées que les Français, les autres groupes ayant des niveaux de recours non différents des Français. Chez les femmes, parmi les femmes immigrées ou de deuxième génération, aucun autre groupe que les femmes africaines ne se démarque des françaises.

Recours volontaire au test

Parmi les personnes testées, le contexte du recours volontaire ou proposé a été documenté. Le dépistage volontaire représente 27,9 % des personnes parmi 61,2 % au total déclarant avoir été dépistées dans la vie ; ces chiffres sont respectivement de 32,7 % et 56,2 % chez les hommes et 27 % et 64,6 % chez les femmes. Le dépistage volontaire (rapporté à toute la population du groupe) est donc plus élevé chez les hommes que chez les femmes dans tous les groupes sauf les immigrés et descendants d'immigrés européens. Parmi les immigrés africains, 51 % des hommes et 38 % des femmes déclarent avoir fait un test volontaire.

Chez les hommes, le dépistage volontaire est toujours plus fréquent que le dépistage proposé, celui-ci varie de 13 % chez les immigrés européens à 27 % chez les Africains et descendants d'Africains et il est de 23 % chez les Français natifs. Chez les femmes, le dépistage proposé est toujours plus élevé que le dépistage volontaire, et le taux est plus élevé chez les immigrées et descendantes d'immigrées que chez les natives.

Après ajustement sur l'âge, le sexe et le statut socioprofessionnel, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, les immigrés et descendants d'immigrés du Maghreb ont un taux de dépistage volontaire inférieur à celui des Français. Chez les hommes, les immigrés européens et ceux de régions « autres » ont des taux inférieurs et, chez les femmes, ce sont les immigrées et descendantes d'immigrées d'autres pays qui sont les moins dépistées volontairement.

En regard des données sur le recours ou des données de l'enquête Urgences Île-de-France qui montrent une moindre acceptation du test proposé par les immigrés du Maghreb, les données de l'enquête Vespa2 indiquent que parmi les personnes diagnostiquées entre 2003 et 2011, les personnes nées au Maghreb ou descendantes d'un parent né au Maghreb sont très rares et que les femmes de ce groupe ont un taux de CD4 au diagnostic semblable à celui des femmes non migrantes ; chez les hommes, le stade tardif au diagnostic est aussi fréquent que chez les hommes hétérosexuels français ou d'autres origines. Les personnes nées au Maghreb ont une ancienneté médiane en France de 20 ans (IQR 7-36) pour les hommes et de 12 ans pour les femmes (IQR 6-17) (Enquête Vespa2, données non publiées).

La confrontation de ces observations va dans le sens d'une moindre exposition des immigrés maghrébins, à mettre en relation avec les normes de la sexualité, qui justifie leur non-recours au test.

Ainsi alors même que le haut niveau d'exposition et le retard au dépistage des hommes et notamment des hommes immigrés africains est un phénomène établi de longue date, ils ne sont pas l'objet d'une offre de test plus active alors qu'eux-mêmes déclarent avoir plus recours que les autres hommes au dépistage volontaire.

Ces données sont concordantes avec l'étude KABP Migrants, 2005 (Lydié, 2007). Restreinte à la population immigrée africaine, l'analyse de cette étude, mettait en évidence le rôle positif de la stabilité administrative, plus que de la durée de séjour en France et l'affiliation à l'assurance maladie, l'effet de la perception du risque, ainsi que le niveau de l'épidémie dans le pays d'origine.

Comme l'indiquent les auteurs, ces données sont limitées par la sélection inhérente aux études de cohorte, par l'exclusion du champ de l'étude des personnes vivant dans des logements collectifs (foyer, hôtel) et par la non-participation des personnes ne parlant pas français.

Les immigrés constituent du point de vue du dépistage une population hétérogène dans laquelle le haut niveau de dépistage des immigrés africains par rapport aux Français est lié pour les hommes au dépistage volontaire et pour les femmes au dépistage proposé. Le dépistage est associé à des facteurs caractérisant le milieu de vie et l'offre de soins, à des facteurs individuels de nature sociale, administrative et aux modes de vie associés à des traits communautaires.

Recours au dépistage dans la population générale dans les départements français d'Amérique

Dans les départements français d'Amérique, le taux de dépistage sur la vie déclaré est élevé, il varie de 68,7 % en Martinique à 78,1 % en Guyane, avec un écart entre hommes et femmes de 5,7 % en Martinique à 12,1 % en Guyane. Une personne sur quatre dans les DFA déclare avoir été testée dans l'année. En Martinique, ce taux est de 23,2 %, en Guadeloupe de 24,5 %, avec dans ces deux départements un taux plus élevé chez les hommes que chez les femmes (respectivement 25,7 % vs 21,2 % et 26,1 % vs 25 %) tandis qu'en Guyane les hommes restent moins testés que les femmes (29,6 % vs 34,7 %) (*tableau 8*). Ces taux sont en forte augmentation par rapport à 2004 (Halfen S, Lydié N, données non publiées).

Tableau 8
Déclaration de dépistage dans la vie et dans l'année dans les départements français d'Amérique, résultats des enquêtes KABP en 2004 et 2011 (données KABP-DFA, 2011, non publiées)

KABP <i>18-69 ans</i>		Dans la vie		Dans les 12 mois	
		2011	2004	2011	2004
DFA		71,9	56,4	25,7	17,8
	H	67,7	53,2	26,5	17
	F	75,3	59,8	25	18,3
Guadeloupe		72,4	55,8	25,5	16,3
	H	68	53,9	26,2	17,4
	F	76	58,7	25,1	16,2
Martinique		68,7	52,6	23,2	16,4
	H	65,7	49,4	25,7	15,8
	F	71,2	56,6	21,2	17,8
Guyane		78,1	66,8	32,4	24,2
	H	71,6	61,4	29,6	21,7
	F	83,7	73,8	34,7	25,3

Il serait particulièrement intéressant de mettre à jour les résultats observés en 2005, rappelés ci-dessous pour mémoire.

En 2005, les taux de dépistage étaient plus élevés dans les DFA qu'en métropole et plus élevés en Guyane que dans les deux autres départements des Antilles. Les femmes déclaraient un taux de dépistage plus élevé que les hommes, ainsi que des circonstances de dépistage différentes : les circonstances de dépistage se distribuaient chez les femmes de la façon suivante : test systématique prénatal ou prénuptial (31 %), test volontaire en lien avec une prise de risque (23 %), autre test volontaire (22 %) et circonstances médicales (21 %) ; chez les hommes venaient en tête le dépistage volontaire avec prise de risque (33 %) puis les circonstances médicales (31 %).

Le lien avec le comportement sexuel est marqué dans les DFA avec une différence des niveaux de dépistage déclaré, plus élevé en cas de multipartenariat, surtout simultané ou impliquant un nouveau partenaire dans l'année. L'association entre comportement sexuel et dépistage est particulièrement forte lorsque le test a été réalisé en CDAG. À la différence de la métropole, le dépistage n'est pas associé à l'utilisation du préservatif, à situation sexuelle comparable. Comme dans l'hexagone, le dépistage passe principalement par le médecin traitant, qui est aussi déclaré comme la ressource qui serait sollicitée en vue d'un futur test.

L'analyse des informations mettait en évidence un niveau relativement faible de connaissance vis-à-vis du dépistage (test sur prélèvement d'urine (24 % vs 13 % en métropole) ; sur radiographie (10 % vs 4 % en métropole)), une personne sur deux pense que le dépistage est obligatoire sur tout prélèvement sanguin et beaucoup plus qu'il est obligatoire aux urgences ou encore en prénatal. Le gradient social appréhendé par le niveau d'études est fortement lié au niveau de connaissance et aux attitudes. Les attitudes favorables à l'obligation (notamment pour les étrangers aux frontières ou à l'entrée à l'hôpital) sont plus fréquentes dans les niveaux d'études faibles. Dans un contexte d'augmentation importante des tests, l'évolution de ces dimensions en 2011 sera particulièrement intéressante.

Ces analyses ne seront disponibles que dans le courant de l'année 2013 (Halfen, 2006).

Entre 2005 et 2007, dans l'optique d'appréhender les attitudes vis-à-vis du dépistage des immigrés en Guyane, une enquête par questionnaire a été menée en recrutant dans la rue des immigrés des pays les plus représentés sur le territoire (Surinam, Brésil, Haïti et Guyana) (Hanf, 2010). Cent personnes de chaque origine, réparties par moitié entre hommes et femmes, ont été interrogées par un enquêteur de même sexe et de même origine qu'elles. Le questionnaire portait sur la connaissance des CDAG, le fait d'avoir été dépisté et d'avoir l'intention de le faire. Il comportait également la documentation de la situation sociale, l'ancienneté de la présence sur le territoire, le statut administratif, une échelle sur l'intégration en Guyane ainsi que des informations sur le comportement sexuel. Cette étude montrait une connaissance limitée du dispositif CDAG sauf pour les personnes originaires du Guyana, plutôt originaires de la capitale guyanaise ; cette méconnaissance était associée à un faible score de connaissance sur le VIH en général. Trois femmes sur quatre rapportaient un dépistage dans la vie avec des taux variant de 60 % chez les femmes haïtiennes à 92 % chez les femmes du Guyana ; parmi les hommes c'est aussi parmi les Guyaniens que le taux est le plus élevé (70 %) alors qu'il n'est que de 53 % parmi les Haïtiens, 32 % chez les hommes du Surinam et de 27,7 % chez les Brésiliens. La grande majorité des tests ont été faits en Guyane. De façon intéressante, interrogés sur l'expérience de leur dernier test, les répondants rapportent majoritairement la peur : du résultat (73 %), de rencontrer une personne connue (31 %), du prélèvement (38 %), d'être vu dans la salle d'attente (31 %), du jugement du médecin (33 %), de la divulgation du résultat par les soignants (39 %), proportions qui atteignent plus de 80 % chez les répondants haïtiens qui contribuent pour plus de 50 % à la file active des patients suivis en Guyane (données Vespa2DOM, 2011). L'intention de faire un dépistage (*willingness*) est élevée (environ 80 % et moindre chez les personnes du Surinam, 60 %). L'intention de faire un dépistage est la même que les personnes aient ou non été testées. Dans cette population étrangère, l'intention de se faire tester est associée de façon indépendante à la perception d'être à risque, à une plus forte intégration dans le contexte guyanais et est moindre pour les personnes qui ont peur du résultat (avoir peur de souffrir si le test est positif).

Conclusion sur le recours au dépistage

Quels sont les déterminants du recours au dépistage ?

Les seules données disponibles postérieures aux nouvelles orientations concernent l'activité de dépistage tandis que les données d'enquête en population sont antérieures. Cependant des campagnes ont été menées en France, avec une attention particulière pour atteindre la population africaine, et dans les DFA pour promouvoir le dépistage volontaire.

Les données nationales indiquent une stabilité du recours au dépistage en métropole avec une amorce d'augmentation en 2011.

On observe une augmentation du dépistage dans les DFA et particulièrement en Guyane et Guadeloupe, régions avec une incidence très élevée et un taux élevé de diagnostic tardif.

Les associations entre dépistage et caractéristiques individuelles montrent que le dépistage est fortement et logiquement associé à la perception du risque dans les différentes populations : hommes et femmes, population générale, immigrés et population des DFA. Les hommes, qui ont un retard important au diagnostic d'infection, recourent plus au dépistage volontaire que les femmes. Celles-ci qui fréquentent davantage le système de soins ont plus d'occasions de se voir proposer un dépistage. Chez les hommes, le dépistage proposé est plus rare.

Les populations immigrées ont un comportement différent selon l'exposition au risque de chaque communauté. En particulier, les immigrés d'Afrique subsaharienne sont fortement testés à la fois de manière volontaire et sur proposition du médecin. Une part non négligeable du diagnostic tardif correspond à des infections acquises avant l'arrivée en France.

De nouveaux résultats sont attendus des enquêtes KABP 2010 (France) et 2011 (DFA). En 2012, une étude KABP a été menée à La Réunion.

Il serait utile que l'étude des déterminants du recours au dépistage soit menée de façon séparée pour le dépistage volontaire et le dépistage proposé afin d'identifier les leviers possibles d'une motivation accrue au dépistage.

L'analyse des données KABP – DFA 2011 disponibles au cours de l'année 2013 sur les processus sous-jacents à l'augmentation du dépistage dans les DFA devrait être très utile.

Dépistage en routine de toute la population de 15-70 ans

Ce sujet est central dans le nouveau paradigme du dépistage.

Les arguments épidémiologiques et médicaux joints aux résultats de la modélisation coût-efficacité réalisée par Y. Yazdanpanah amenaient à retenir une stratégie de dépistage « une seule fois » de la population générale de 18 à 69 ans pour un coût de 57 400 euros par cas dépisté sous l'hypothèse d'une prévalence non diagnostiquée de 0,1 %. Cette stratégie faisait passer le taux de CD4 moyen au diagnostic parmi les cas prévalents de 362 à 379 et la proportion de personnes au stade sida de 25 % à 23 %. Les paramètres pris en compte dans le modèle sont à actualiser en tenant compte des nouvelles estimations des taux d'incidence et de population non diagnostiqués en fonction des groupes à risque et en population générale et des paramètres liés à la survie, l'efficacité préventive et le coût du traitement (Yazdanpanah, 2010).

En 2008, le rapport du groupe d'experts recommandait de développer les propositions de dépistage dans les zones de forte prévalence et dans les populations les plus exposées, de banaliser le dépistage en allégeant le counseling tout en préservant un consentement explicite, de recourir au test rapide dans certaines circonstances et d'intégrer les dispositifs CDAG et CIDDIST (Yéni, 2008). En 2010, les experts ont rappelé les recommandations de la HAS (Yéni, 2010). Ils invitaient les médecins généralistes à se faire « les relais principaux de cette stratégie de proposition de dépistage à l'ensemble de la population » et tous les autres acteurs du système de soins à « s'impliquer ». Soulignant le « rôle crucial » des associations, les experts rappelaient leur rôle de favoriser « l'accès au dépistage pour les personnes soit éloignées du dispositif de soins classique, soit nécessitant un recours régulier au dépistage ». Ces recommandations ont été reprises également dans le plan 2010-2014 avec la recommandation de proposition de test à « la population générale de 15 à 70 ans indépendamment d'une notion d'exposition à un risque de contamination par le VIH à l'occasion d'un recours aux soins notamment chez les médecins généralistes. Le dépistage sera proposé à toute personne n'ayant pas été dépistée ». Fin 2010, puis mi-2011, une brochure préparée par la DGS, les agences sanitaires et les représentants du corps médical (sauf les organisations de généralistes) a été adressée à tous les médecins généralistes (Inpes, 2011). Elle s'inspire du consensus formalisé établi en 2009 par la SPILF et la SFLS qui n'avaient pas fait l'objet d'une diffusion (SPILF-SFLS, 2009). Cette brochure est centrée sur la proposition du test hors contexte de risque en proposant le dépistage « à l'occasion de la prescription d'un bilan biologique », en informant la personne d'une manière « adaptée » pour « obtenir son consentement éclairé » et en appuyant la proposition d'une référence « à la campagne nationale de dépistage du VIH en population générale ». Cette brochure donne en outre des conseils pratiques et rappelle les recommandations concernant les IST (infection à chlamydiae, gonococcies, syphilis, hépatite B et HPV).

Ce chapitre porte donc sur :

- les études réalisées en population générale quant aux attitudes en population (études KABP en métropole) et parmi les médecins (Baromètre généralistes ; analyse et position du collège des enseignants de médecine générale),
- les résultats obtenus dans les expériences faites aux urgences (Urgences Île-de-France et URDEP).

Attitudes en population vis-à-vis du dépistage proposé en routine

L'enquête KABP 2010 a interrogé les répondants sur les attitudes à l'égard de la proposition de test et à l'autotest. En population générale, les attitudes sont très favorables à l'acceptation du test proposé par le médecin généraliste (79 %), lors d'un passage aux urgences (78 %) ou lors d'une visite chez le dentiste (68 %), de façon uniforme et quel que soit le niveau d'études. Les variables associées à la réponse à ces propositions sont celles qui sont aussi associées au recours au dépistage : notamment pour les réponses négatives : âge élevé, vivre en couple, n'avoir jamais craint d'être contaminé et ne jamais avoir été dépisté (Le Vu, à paraître).

Les résultats sont légèrement différents pour l'Île-de-France : en effet, les hommes – qui ont un niveau de dépistage plus bas – accepteraient l'offre de test autant que les femmes, sans gradient d'âge et qu'ils aient ou non fait un dépistage antérieurement. À l'inverse chez les femmes, l'attitude négative vis-à-vis d'une proposition de test s'inscrit dans une attitude plus ancrée de non-recours au dépistage en lien avec la perception de n'avoir pas été exposée (Halfen, 2011).

Perception et adhésion aux campagnes en faveur du test proposé en soins primaires

Plusieurs campagnes de communication adressées au grand public ou à des groupes spécifiques ont été menées par l'Inpes depuis le début des années 2000 avec des angles d'approche variés. En 2011, la campagne de promotion du dépistage articulait les messages montrant le bénéfice du dépistage résultant des progrès en matière de traitement (film), l'existence d'une épidémie cachée (50 000 positifs s'ignorent, affiche du 1^{er} décembre 2010) et le dépistage intégré à la démarche préventive (affiche du 1^{er} décembre 2011). Un post-test a été réalisé auprès du grand public, des homosexuels masculins et des immigrés. Le niveau de reconnaissance est relativement bas, mais s'il y a identification de la campagne, le niveau d'appréciation positive est élevé et l'incitation forte. Dans les publics prioritaires, la compréhension du message et son caractère incitatif sont plus élevés, respectivement 78 % et 58 % chez les homosexuels masculins, 66 % et 58 % chez les immigrés et 58 % et 24 % en population générale (D. Rahib, Inpes, données non publiées).

Évaluation de la faisabilité et de l'intérêt du dépistage des consultants des urgences hospitalières

Le dépistage en population générale a été évalué dans deux études d'intervention menées dans les urgences hospitalières d'Île-de-France en 2009/10 (Urgences Île-de-France : D'Almeida, 2012, URDEP : Casalino, 2012). Les urgences, sans être le reflet de toute la population générale, offrent un cadre particulièrement adapté car elles constituent un exemple de service recevant un flux important d'usagers (estimation d'un taux de 27 pour 100 habitants en 2003), pour des besoins très variés et avec une certaine surreprésentation de populations moins bien protégées par l'assurance maladie. Une étude en médecine générale n'a pas pu être envisagée compte tenu de la difficulté et du coût de conduire des études en cabinet libéral.

Dans les deux études, l'intervention reposait sur la proposition d'un test rapide (INSTI®, URDEP) et OraQuick®, Urgences Île-de-France) sans recherche de facteurs d'exposition à tous les usagers non en urgence vitale et aptes à consentir de 18 à 69 ans (URDEP) ou 18 à 64 ans (Urgences Île-de-France). L'intervention reposait sur les infirmières qui proposaient et réalisaient le test, le rendu du test étant fait par le médecin quand le résultat était positif. La personne était alors immédiatement prélevée pour une confirmation de l'infection et activement orientée vers le service prenant en charge le VIH dans l'hôpital avec un rendez-vous dans les 72 heures.

Les deux recherches diffèrent dans leurs objectifs et leurs méthodes :

- L'étude URDEP s'intéresse à la faisabilité de l'intervention sans personnel dédié sur 12 mois, à l'évaluation du taux de positifs et de leur insertion et leur maintien dans le soin dans les 6 mois suivant le test. L'information sur les patients éligibles, participants et refusants, était extraite des bases de données patients reçus dans chaque service. URDEP a été réalisé dans 6 services de Paris ou de sa banlieue immédiate. Une étude de l'impact du dépistage en routine sur les performances du service était également prévue.
- L'étude Urgences Île-de-France avait pour objectif l'évaluation du taux de personnes nouvellement dépistées à l'échelle de la région, et secondairement de la faisabilité. Elle reposait sur le recueil par questionnaire auto-administré d'une information sur les caractéristiques socio-économiques, les comportements sexuels et d'usage de drogue ainsi que sur l'histoire du dépistage et l'autoévaluation du risque d'être infecté. Elle a été réalisée entre mai 2009 et septembre 2010 sur une période de 6 semaines tirée au sort dans chacun des 29 services sur les 31 services d'urgences adultes de la région du système OSCOUR mis sur pied par l'InVS pour la surveillance syndromique et qui accueillent 60 % des urgences dans la région.

Cinq hôpitaux étaient communs aux deux études.

Dans les deux études, les indicateurs d'intérêt sont : taux de proposition, taux d'acceptation, taux d'atteinte de la population des éligibles, taux de positifs, taux et caractéristiques des nouveaux diagnostics, part des positifs liés aux soins. L'étude URDEP ajoute la rétention en soins pendant les 6 premiers mois, tandis que l'étude Urgences calcule des taux par population en fonction des caractéristiques d'exposition classique (sexe, rapports sexuels entre hommes, pays de naissance) ; données obtenues par autoquestionnaire auprès des usagers testés.

Le taux de proposition était plus élevé dans l'étude Urgences Île-de-France que dans l'étude URDEP (26,7 % vs 6,2 % des éligibles). Le taux d'acceptation était élevé et voisin dans les deux études (respectivement 63,1 % et 69,6 %) montrant la faisabilité d'une proposition par les soignants hors contexte diagnostique et sans information sur les facteurs de risque, et donc l'acceptabilité de la proposition de dépistage en France. Finalement, le taux d'atteinte de la population éligible s'établit à 16,3 % dans Urgences Île-de-France et à 3,9 % dans URDEP. Ces différences s'expliquent par la grande taille des services de l'étude URDEP, moins favorable à la proposition, l'implication d'attachés de recherche dans l'étude Urgences Île-de-France. Cependant dans les services de l'étude Urgences Île-de-France (15 sur 29) où ces attachés de recherche clinique (ARC) ont activement participé à l'inclusion des patients, le taux de proposition a été plus bas que lorsque l'intervention était prise en charge par le personnel infirmier seul (20 % vs 37 %). Dans les deux études, le taux de proposition baisse avec le temps (D'Almeida, 2013, Casalino, 2012). Dans l'étude URDEP, les auteurs interprètent cette baisse particulièrement marquée (de 10,6 % pendant les trois premiers mois à 2,5 % dans les 3 derniers) par la durée (12 mois) et par le faible nombre absolu de personnes dépistées, de 5 à 17 par centre, ce qui a pu donner aux équipes l'impression d'une utilité modeste de la démarche.

Les taux de positifs diffèrent dans les deux études, respectivement 0,61 % (IC95 % 0,46-0,79) dans URDEP et 0,14 % (IC95 % 0,08-0,22) dans l'étude Urgences Île-de-France. Au sein des 5 hôpitaux communs aux deux études, les taux observés sont différents entre les deux études.

Ces différences du taux de nouveaux diagnostics peuvent être interprétées en référence aux protocoles et au contexte hospitalier des deux études.

- La population testée, plus large et plus diversifiée dans l'étude Urgences Île-de-France en raison du nombre (29) et de la localisation (toute la région, notamment en grande couronne) des services participant à l'intervention et d'un taux d'atteinte plus élevé, rend mieux compte de la notion de population générale recourant aux soins comme le montre la comparaison des caractéristiques sociodémographiques des personnes testées par rapport aux données d'enquêtes générales en population (recensement, KABP et CSF). L'étude URDEP ne décrit que l'âge et le sexe des personnes testées. Les grands services urbains peuvent avoir une population différente ; de plus une durée plus longue de l'étude a entraîné une érosion et un biais de recrutement au fil du temps qui pourrait correspondre à une sélection des consultants auxquels le test a été proposé. Le taux de positifs plus élevé dans la dernière période n'est cependant pas statistiquement différent des trimestres précédents.
- Dans l'étude Urgences Île-de-France, la révision des cas positifs a amené à exclure des 38 tests positifs, des personnes qui connaissaient déjà leur séropositivité (16), des personnes qui ont été testées alors qu'elles n'étaient pas en état de consentir (3) et un faux positif.

La distribution des cas reflète la concentration de l'épidémie dans les groupes à risque (17/18 cas dans Urgences Île-de-France et 41/48 dans URDEP), parmi des adultes de moins de 50 ans (17/18 dans Urgences Île-de-France et 41/48 dans URDEP) avec un très faible nombre de cas dans la population non spécifiquement exposée (aucun dans l'étude Île-de-France, et 6 dans URDEP). Les personnes nouvellement dépistées n'étaient pas diagnostiquées à un stade moins avancé que l'ensemble des nouveaux cas déclarés à l'InVS : respectivement 54 % avec

un taux de CD4 inférieur à 200 ou le sida dans URDEP, et 42 % (5/12) dans Urgences Île-de-France avaient moins de 200 CD4 (*tableau 9*).

Le lien avec le soin a été de 87 % dans URDEP et de seulement 67 % dans l'autre étude.

Tableau 9
Dépistage par test rapide dans les urgences hospitalières –
Résultats des études URDEP (6 services) et Urgences Île-de-France (29 services)

	URDEP	Urgences Île-de-France
Nombre éligibles/patients reçus	183 957/311 153	78 411/138 691
Taux de proposition/éligibles	6,2 %	26,7 %
Taux d'acceptation/proposés	69,6 %	63,1 %
Taux de réalisation/acceptants	90,9 %	96,4 %
Taux de réalisation/éligibles	3,9 %	16,3 %
Taux de positifs/testés	0,55 %	0,14 %

Caractéristiques des cas diagnostiqués et liés aux soins	N=55* dont 48 liés aux soins (87 %)	N=18 dont 12 liés aux soins (66,7 %)
HSH	19	7
Hommes immigrés d'Afrique subsaharienne	15	3
Femmes immigrées d'Afrique subsaharienne	7	7
Autres	7	1
Médiane des CD4	241 (IQR : 52-423)	207
CD4<200	43,8 %	41,6 %
Maintenus dans le soin	75 %	ND

* Aux 40 cas dépistés dans l'intervention sont ajoutés 15 dépistages positifs parmi des personnes non éligibles, les cas ont été cumulés en raison d'un taux similaire par rapport au nombre de personnes testées.

Les conclusions des auteurs diffèrent notablement :

Selon les chercheurs ayant conduit l'étude URDEP : « *Le taux de positivité observé (0,61 %) est proche de celui constaté dans les CDAG d'Île-de-France (0,6 % : BEH 45-46, 30 novembre 2010), bien supérieur au taux de prévalence de 0,1 % pour lequel le dépistage du VIH est coût-efficace, montrant l'utilité de promouvoir le dépistage du VIH à l'aide de tests rapides dans les services d'urgences ayant une prévalence comparable.* »

Au contraire l'étude Urgences Île-de-France amène ses auteurs à conclure qu'un dépistage non ciblé ne se justifie pas compte tenu du faible taux de nouveaux dépistés, de leur concentration dans les groupes connus pour leur forte prévalence, de l'existence de symptômes à la présentation aux urgences orientant d'emblée sur une démarche diagnostique, du taux de CD4 comparable à celui des cas déclarés, et au déficit de liaison avec le soin pour un cas sur trois.

On soulignera cependant les apports communs de ces deux études : la bonne acceptabilité par les usagers du système de santé du dépistage à l'initiative des soignants.

Une faisabilité limitée liée à la difficulté à atteindre en routine une large proportion de la population générale à travers les urgences pour des raisons, d'une part pratiques résultant de la charge de travail et d'autre part liées à l'intervention elle-même ; non du fait de son contenu intrinsèque ou de l'attitude des usagers, mais du fait du très faible taux de nouveaux dépistés qui démotive les personnels des services soumis par ailleurs à une très forte charge de travail dans un contexte d'urgences où l'objectif est le soin et peu entraînés à prendre en charge des objectifs de santé publique. L'étude qualitative réalisée dans le cadre de l'étude Urgences Île-de-France auprès des infirmières, cadres et médecins engagés dans l'étude confirme la valorisation par les professionnels de l'acte de dépistage, notamment les infirmières, valorisation plus marquée lorsque le rôle professionnel est perçu comme multidisciplinaire et généraliste. L'acte de dépistage s'inscrit dans la division du travail classique des services de soins et illustre la possibilité de mener des actions de prévention et de santé publique aux urgences (Leblanc, 2012).

Les données de l'étude Urgences Île-de-France ont permis de réévaluer la taille de la population infectée et non diagnostiquée (voir infra).

Ces résultats questionnent l'intérêt du dépistage de la population française de 15 à 70 ans sur tout le territoire métropolitain.

Les conclusions sont regroupées avec celles du chapitre suivant.

Nouvelles données sur les pratiques de diagnostic en ville et les attitudes des médecins généralistes face à la proposition systématique du test à toute la population adulte de 15 à 70 ans

Les médecins généralistes ont une place centrale dans le « dépistage pour tous ». Ils contribuent déjà fortement au dépistage. Les recommandations de 2009 et 2010 leur confèrent un nouveau rôle. Les études disponibles permettent de connaître leurs pratiques et leurs attitudes et de pointer les leviers possibles d'une efficacité accrue de leur contribution au dépistage précoce.

Attitudes des médecins généralistes : Baromètre généralistes 2009

Enquête régulière de l'Inpes sur les pratiques en médecine générale de ville, le Baromètre généralistes 2009 a évalué les pratiques et les attitudes des médecins généralistes avant l'annonce des nouvelles recommandations, en matière de dépistage et notamment vis-à-vis de l'extension du dépistage proposé en population générale et de la praticabilité des tests rapide en cabinet (Lert, 2010).

Le dépistage est une pratique courante chez les médecins généralistes : plus de 9 sur 10 (94 %) ont prescrit au moins un test VIH dans le mois qui a précédé l'enquête (en moyenne 5,9 tests/mois) avec une variabilité régionale reflétant le gradient épidémiologique. Toutefois, ils sont seulement 13,4 % à avoir eu à annoncer un diagnostic d'infection VIH dans les 12 derniers mois. Près de deux sur trois déclarent avoir des personnes infectées par le VIH dans leur patientèle, mais seulement 30 % d'entre eux effectuent la prescription des antirétroviraux.

Les tests sont majoritairement attribués à la demande du consultant (58 %), un tiers à l'initiative du médecin et le reste en lien avec une pratique de test systématique (test prénatal par exemple). Les médecins qui prennent plus souvent l'initiative de la prescription ont une opinion plus favorable vis-à-vis du dépistage généralisé, ont une part plus importante de clientèle bénéficiaire de la CMU et exercent plus souvent en Île-de-France ou en PACA.

Les médecins rapportent une pratique de dépistage « orienté », mais peu systématique : 72,9 % proposent le test systématiquement lors d'une IST, 34,8 % aux personnes originaires de pays de forte endémie, 23,5 % aux personnes connaissant un changement de vie affective. 63 % des généralistes ne sont pas disposés à proposer systématiquement un test aux personnes sans facteur de risque apparent et n'ayant pas fait de test depuis longtemps. Encore plus clairement, proposer un test aux personnes sans facteur de risque apparent n'ayant pas fait de test depuis longtemps est majoritairement rejeté : 48 % sont plutôt pas d'accord et 14 % pas du tout.

Concernant les tests rapides qui ne sont pas actuellement disponibles pour une telle utilisation, ce sont les aspects pratiques qui sont appréhendés comme des freins : la durée du test (50,4 %), le manque de formation (57,4 %) ou le risque d'erreur (56,9 %) plutôt que la difficulté à annoncer un résultat positif (29,5 %).

L'analyse des réponses dégage 4 profils de médecins. Ces profils mettent en évidence l'association entre les pratiques actuelles de dépistage, les attitudes vis-à-vis de la généralisation du test à toute la population et les pratiques et attitudes plus générales en matière d'actes de dépistage et de prévention pour un large spectre de situations courantes (dépistage des hépatites B et C, vaccination, prévention des facteurs de risque cardiovasculaire). Un noyau central regroupant près de la moitié des médecins (45 %) est encadré d'une part par des réfractaires au dépistage du VIH comme à l'engagement du généraliste dans les activités de prévention primaire et secondaire (23 %) et d'autre part par des « champions » ayant une pratique systématique en prévention et favorables à l'extension de cette approche au dépistage de l'infection VIH (18 %). Les derniers 14 % se caractérisent par leur réticence à l'utilisation du test rapide en cabinet.

La position des médecins généralistes : la position du CNGE

En janvier 2012, le collège national des généralistes enseignants (CNGE) a pris position contre le dépistage systématique en médecine générale en s'appuyant sur l'étude Urgences Île-de-France et sur la pratique de médecine générale dans laquelle une démarche systématique concernant le dépistage est considérée comme problématique à mettre en œuvre. Ce point de vue a été développé dans le cadre du séminaire de recherche de l'ANRS (mai 2012, intervention de H. Par-touche et V. Renard représentant le CNGE) au cours duquel la position développée est celle de renforcer une stratégie de dépistage ciblé saisissant les occasions de proposer aux patients, si les conditions de la consultation l'autorisent, un test Elisa classique et le cas échéant un dépistage des autres IST. Diverses propositions sont à évaluer pour définir des indications ou des contextes dans lesquels le test VIH peut être proposé.

La pratique du dépistage et du diagnostic à travers le prisme du parcours des personnes séropositives diagnostiquées en 2009 et 2010 : l'étude Opportunités

En regard des pratiques déclarées par les professionnels comme l'illustre le Baromètre généralistes, l'étude ANRS-Opportunités évalue la fréquence des occasions manquées de dépistage (en présence de facteurs de risque) ou de diagnostic (en présence d'indications cliniques chez le consultant) dans les trois années précédant le diagnostic d'infection VIH, soit une période correspondant aux années 2006 à 2010. Les informations reposent sur l'anamnèse de ces trois dernières années guidée par un questionnaire administré au patient (Champenois, 2013).

Parmi les 1 008 éligibles inclus, 80 % appartenaient à un groupe à risque par ordre d'importance hommes homosexuels (53 %), hétérosexuels avec au moins deux partenaires dans l'année (15 %), immigrés d'Afrique subsaharienne (12 %), usagers de drogue (1 %). Le diagnostic a été fait dans 56 % des cas en raison

de symptômes, dans le cadre d'un dépistage volontaire (26 %) ou lors d'un bilan (17 %). Pratiquement tous les répondants rapportent un recours aux soins pendant les 3 années et plus de 90 % en médecine générale. Dans l'ensemble de l'échantillon, 41 % avaient été testés dans les 3 ans, 27 % plus anciennement, et 32 % jamais. Cette proportion varie selon les groupes, notamment 18 % des homosexuels, 44 % des hétérosexuels considérés à risque, 45 % des immigrés d'Afrique subsaharienne n'avaient jamais été testés.

Une opportunité manquée de dépistage est définie comme la non-proposition de dépistage au premier contact avec le médecin lorsque le facteur de risque est identifié ou rapporté. Pour les homosexuels, 48 % disent avoir déclaré leur orientation sexuelle, parmi lesquels 55 % n'ont pas eu de proposition de dépistage par le soignant lors de cette consultation, parmi ceux-ci 44 % étaient sans doute déjà infectés (soit 12 % de l'ensemble des HSH de l'échantillon). Parmi les personnes ayant présenté des symptômes, 61 % ont consulté et parmi eux 18 % ont eu une proposition de test, parmi les non-testés, 78 % étaient possiblement déjà infectés soit 64 % des personnes se présentant avec des symptômes. Selon les répondants, un test VIH n'a été prescrit que dans 52 % des cas en présence d'un symptôme évoquant une IST.

Les auteurs concluent que les stratégies basées sur la reconnaissance des facteurs de risque ou des indications cliniques sont insuffisantes et recommandent de nouvelles approches combinant des approches de routine et de nouveaux outils pour la pratique médicale. Les auteurs concluent que les occasions manquées restent trop fréquentes et que la stratégie basée sur les symptômes et les facteurs de risque est actuellement peu efficace. Ils suggèrent de renforcer la pratique du test proposé par le médecin, notamment le généraliste, en proposant le dépistage en routine dans des régions ou des populations à prévalence élevée et en développant des outils pour identifier les personnes à risque sur des bases comportementales ou cliniques et leur proposer régulièrement des tests.

Conclusion sur le dépistage en population générale

Il est encore trop tôt pour se prononcer sur l'impact des recommandations de la HAS en 2009 et du plan national arrêté fin 2010. La généralisation du dépistage en est une recommandation très forte. Les études réalisées dans les dernières années apportent des éléments de compréhension des potentialités et des limites d'une telle recommandation.

Qu'apportent les données récentes et les expériences aux urgences quant à la faisabilité et l'intérêt du dépistage en population générale ?

Le niveau élevé d'acceptation du test proposé aux urgences est cohérent avec les attitudes déclarées dans l'enquête KABP quant à l'acceptabilité d'un test proposé par le généraliste, les urgences ou le dentiste. Les personnes qui déclinaient la proposition du test dans ces contextes se déclarent peu ou pas exposées, sans que l'on puisse apprécier jusqu'à quel point leur perception du risque est juste.

Les expérimentations aux urgences ont montré que logiquement les cas nouvellement diagnostiqués sont trouvés presque exclusivement dans les groupes à forte prévalence avec pour les HSH un niveau du taux de positifs qui correspond aux données connues. Ces expérimentations montrent également que le dépis-

tage « en routine » ne détecte pas des cas à un stade plus précoce par rapport aux pratiques existantes. L'acceptabilité du dépistage du VIH, notamment par test rapide, par les populations est bonne et principalement limitée par la perception que les personnes ont de leur propre exposition. Du côté des personnels des services d'urgence, la motivation est déterminante et souvent bonne. Toutefois la soutenabilité du dépistage aux urgences est limitée par les contraintes de l'activité qui se marquent dans le faible taux d'atteinte des éligibles. La rareté des cas positifs entraîne une érosion de la proposition du test à tous au cours du temps. Si les expérimentations menées sont divergentes sur leurs conclusions, elles ne soutiennent pas la recommandation d'un dépistage universel de toute la population sur tout le territoire.

Quelles sont les attitudes et les pratiques professionnelles en médecine générale vis-à-vis de nouvelles recommandations ?

Les médecins généralistes sont la cheville ouvrière d'une extension du dépistage. De longue date, une partie importante des tests VIH sont réalisés en médecine de ville (77 %), ils contribuent à une proportion significative des nouveaux diagnostics (32 %). L'étude « ANRS-Opportunités » relève que le repérage des facteurs de risque et l'identification des indications cliniques sont actuellement insuffisants.

Malgré les différences dans l'expression des positions qui suivent ces recherches, il existe une convergence sur la nécessité de définir des instruments de ciblage sur des contextes, des facteurs de risque et des indications cliniques. Le projet européen HIDES2 (HIV Indicator Diseases Across Europe Study) coordonné par Ton Coonen et Jens Lundgren propose d'évaluer des maladies indicatrices pour la proposition d'un test VIH². Ces travaux mériteraient d'être menés en France.

Les médecins généralistes ne sont pas favorables dans leur majorité à avoir une pratique systématique aveugle aux caractéristiques individuelles, mais ils se montrent prêts à modifier leur pratique avec de nouveaux outils permettant d'affiner les indications pour un dépistage ciblé.

Quels sont les effets des pratiques professionnelles sur l'utilisation du dépistage et sur la précocité ou le retard du diagnostic ?

Les pratiques professionnelles sont (restées) dans la droite ligne du modèle du dépistage volontaire développé dans la période initiale du sida avec un fort accent mis sur le respect de l'autonomie de l'individu et la protection des personnes vulnérables. Il n'est pas possible de se prononcer sur les effets des pratiques professionnelles sur le niveau du dépistage aujourd'hui. L'intérêt du dépistage ciblé reste à évaluer car les recommandations aux médecins généralistes n'ont pas été adaptées aux différents contextes épidémiologiques (en particulier géographiques) et n'ont que récemment recommandé le dépistage répété dans certaines populations. Comme le suggèrent aussi les résultats de l'étude Opportunités, la définition des critères de proposition de dépistage (populationnel et/ou comportementaux) et des indications de test à visée diagnostique est aujourd'hui nécessaire.

² Presenting for care of malignant lymphoma, irrespective of type, cervical or anal dysplasia or cancer, (Cervical CIN II and above), Hepatitis B or C virus infection (acute or chronic – and irrespective of time of diagnosis relative to time of survey), mononucleosis-like illness, leukocytopenia or thrombocytopenia lasting at least 4 weeks, seborrheic dermatitis / exanthema, pneumonia, admitted to hospital for at least 24h, unexplained lymphadenopathy, peripheral neuropathy of unknown cause (diagnosed by neurologist), primary lung cancer, severe or recalcitrant psoriasis (newly diagnosed).

Nouveaux outils de dépistage en population générale : attitudes vis-à-vis de l'autotest et utilisation du test rapide en CDAG

La position des autorités sanitaires sur le test rapide s'appuyant sur les recommandations relativement « conservatrices » de la HAS, réserve celui-ci à des contextes où un dépistage classique utilisant les tests Elisa dits de 4^e génération n'est pas possible, peu pratique ou à des situations d'urgence (accouchement, etc.). Le test rapide ne figure pas dans la brochure adressée aux médecins généralistes.

On dispose des résultats de quatre expériences d'introduction du test rapide en CDAG. L'expérience de l'autotest n'a été étudiée que chez les HSH (étude Webtest, voir infra) tandis que l'étude KABP métropole apporte une information sur l'attitude de la population générale sur les autotests.

Expériences d'utilisation du test rapide en CDAG

La première étude d'utilisation du test rapide en population a été réalisée en Martinique et à Saint-Martin en CDAG. Entre octobre 2007 et décembre 2008, à des jours prédéfinis, les consultants venant aux CDAG hospitaliers de Fort-de-France et de Saint-Martin, se voyaient proposer un test rapide en plus du dépistage Elisa, le résultat leur était rendu oralement au bout de 30 minutes et les consultants étaient invités à venir chercher leurs résultats complets, incluant les dépistages IST.

Au total 847 personnes ont accepté le test rapide en plus du test Elisa et 1 724 n'ont eu que le test Elisa pour le VIH. Les consultants étaient également dépistés pour la syphilis, l'hépatite B et l'hépatite C. Tous étaient invités à venir chercher les résultats au bout de 3 jours. Les caractéristiques d'âge, de sexe et d'orientation sexuelle sont identiques dans les deux groupes. Pour 34 % des participants, il s'agissait d'un premier test, 41 % des dépistages étaient motivés par une prise de risque récente. Quatre personnes ont été trouvées positives, les 9 cas indéterminés au test rapide n'ont pas été confirmés positifs en Elisa. La remise du résultat VIH est quasi exhaustive pour le test rapide soit plus élevé que le taux de remise des résultats aux consultants testés seulement par Elisa (86 %). Par contre 27 % des personnes ayant reçu un test rapide ne sont pas venues chercher leurs résultats. Les auteurs soulignent les limites de l'attractivité de ce dispositif dans un contexte de dépistages combinant VIH et IST, en particulier dans les contextes de faible prévalence (Cabié, 2011).

Le CDAG de l'hôpital Saint-Antoine (Paris) a proposé entre janvier 2010 et janvier 2011, un test rapide en même temps qu'un test Elisa à toutes les personnes ayant un dernier rapport sexuel non protégé remontant à au moins 3 mois. Les

personnes étaient invitées à attendre le résultat du test (30 min) et à revenir chercher les résultats complets. La confirmation des tests positifs était immédiatement engagée pour un rendu des résultats dans les 5 jours. 2 448 consultants ont accepté le test (96,9 %). Au total, il n'y a eu aucun faux négatif, 2 faux positifs et 36 indéterminés liés essentiellement à des problèmes pratiques. Le taux de résultat rendu a été de 97,6 % pour le test rapide et 78 % sont venus chercher les résultats soit la même proportion que l'année précédente. Les personnes trouvées positives étaient des personnes nées en Afrique subsaharienne (58 %) ou des HSH (42 %) ; leur taux de CD4 médian était de 400. Tous ces positifs avaient eu le résultat du test rapide et 84,6 % sont venus chercher la confirmation (les deux manquants/15 connaissaient déjà leur séropositivité). L'année précédente dans le contexte classique, seulement 71 % des positifs pour le VIH étaient venus chercher leur résultat. En revanche, le taux de remise des résultats complets parmi les personnes trouvées négatives est moins bon dans le groupe « test rapide » : 77,7 % vs 84,8 %).

Les auteurs soulignent la bonne acceptabilité par les usagers du CDAG, l'amélioration du rendu du résultat notamment pour les séropositifs. Ils soulignent l'augmentation de la charge de travail pour les personnels du CDAG dans ce contexte particulier.

Dans ces deux études en CDAG, le test rapide était proposé en plus du test classique ce qui serait sans doute à discuter dans le contexte d'une utilisation plus large du test pour le dépistage tout-venant, actuellement non recommandé. Dans les CDAG d'Orléans et de Blois, en 2011, le test rapide a été proposé en alternance avec le test Elisa une semaine sur deux aux personnes venant pour faire au moins un autre examen que le VIH. Le critère d'efficacité était d'une part le rendu du test VIH, d'autre part le rendu des autres résultats. Une stratégie de relance a été effectuée par SMS ou par téléphone aux personnes non revenues qui avaient donné un accord de principe afin de vérifier l'efficacité de cette stratégie de rappel. Sur 445 personnes incluses, le taux de non-rendu du test VIH est de 0 % pour le test rapide et 7,3 % pour le test Elisa, et pour les autres résultats, respectivement de 19,8 % et 13 % ($p=0,05$), ces derniers taux baissent à 13,5 % et à 3 % avec un rappel par SMS ou un rappel vocal par téléphone. Ceci nécessite cependant de lever partiellement l'anonymat puisque la personne accepte de donner son numéro de téléphone, ce qu'elle fait dans 95 % des cas. La distance du domicile et l'importance attachée au test VIH sont associées à un moindre taux de rendu chez les personnes du bras test rapide (Prazuck, 2013).

Le test rapide améliore le rendu du test pour les personnes découvertes positives. Le retour pour chercher d'autres résultats, notamment d'IST a été trouvé moindre dans les études menées en Martinique et à Saint-Martin et dans la région Centre. Il est possible d'envisager des relances pour réduire le taux de non remise des résultats.

Attitudes vis-à-vis de l'autotest en population générale

Les autotests ont été dans le passé fortement décriés pour leur qualité douteuse, l'isolement de la personne en cas de résultats positifs, l'absence de counseling et le risque de pression de l'entourage ou du partenaire. Toutes ces dimensions ont fortement évolué. En 2012 aux États-Unis, un test sur prélèvement salivaire a été autorisé à la vente libre.

En 2010, à une époque où l'autotest n'est ni disponible, ni discuté, l'enquête KABP recueille un haut niveau d'adhésion à l'autotest en général (86,6 % des hommes et 83,3 % des femmes) et pour soi (75 % des hommes et 69,8 % des femmes). En Île-de-France, l'adhésion est plus élevée chez les plus jeunes.

Les avis rendus par le CNS et le CCNE en mars 2013 apportent respectivement un avis favorable et un avis prudent à l'autotest, avec une information et un accompagnement adéquats. Si cet avis est suivi par les autorités sanitaires et que les autorités de régulation des dispositifs médicaux, l'autotest pourrait être disponible dans un délai relativement court.

Conclusions sur les nouveaux outils de dépistage en population générale

Qu'apportent les tests rapides en CDAG ?

Dans deux études, l'introduction des tests rapides dans le dépistage en CDAG a été évaluée dans des conditions particulières puisque les usagers étaient soumis à un prélèvement pour un test Elisa et devaient revenir chercher les résultats complets. Le test est très bien accepté par les usagers des CDAG. Il améliore le taux de rendu du résultat positif, mais réduit le rendu des autres tests réalisés, notamment lorsque des dépistages IST et d'hépatite sont associés. Il conviendrait donc de poursuivre une évaluation des contextes ou des groupes pour lesquels le test rapide améliore le service rendu par les CDAG/CIDDIST.

Que sait-on de l'autotest en population générale ?

Les attitudes apparaissent favorables à l'autotest.

Sa disponibilité devra être accompagnée d'une évaluation de son appropriation par les différents groupes de la population et de son rôle comme offre supplémentaire ou substitutive dans le recours au dépistage.

Population HSH : pratiques de dépistage, nouveaux programmes communautaires et attentes vis-à-vis de l'auto test

Rappelons que parmi l'ensemble des nouveaux diagnostics en 2011, 40 % concernent des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Ces hommes ont été principalement diagnostiqués à la suite d'une exposition récente (32 %) et pour 37 % en médecine de ville. Ils sont, pour près de la moitié, diagnostiqués pendant la période de primo-infection ou avec un taux de CD4 supérieur à 500.

Utilisation du dépistage dans la population HSH

Les données disponibles sur le recours au dépistage proviennent d'études différentes : les études en population utilisant la presse (EPG, 2004 et 2011), Internet (Net Gay Baromètre, 2009, EPG, 2011, EMIS, 2010, Webtest 2009), des questionnaires dans des lieux de drague (PREVAGAY, 2009 ; Baromètre Gay, 2005, 2009) ou des études menées à l'occasion d'une demande de test dans quatre CDAG (Lorente, 2012) et dans des sites communautaires (COM'TEST, Check-point, DRAG). Du fait de ces différences de contexte (région, mode de recueil, etc.), la comparaison des données concernant le dépistage doit être prudente (*tableau 10*).

Selon les résultats de l'EPG 2004, seuls résultats disponibles pour le moment sur les facteurs associés à la réalisation d'un dépistage, le fait de n'avoir jamais eu de dépistage concerne à la fois les plus jeunes et les plus âgés (36 % des moins de 20 ans, 14 % des plus de 45 ans) avec une proportion plus élevée d'hommes résidant en province et avec un faible niveau d'études. La proportion d'hommes non testés est plus élevée parmi les bisexuels (24 %), ceux qui n'ont pas eu de partenaire masculin stable au cours des 12 derniers mois (21 % versus 11 %) ou parmi les hommes plus distants du mode de vie gay, que ce soit en termes de nombre de partenaires, de fréquentation régulière des lieux de rencontre sexuelle ou de pratique anale. Cependant un homme sur dix qui ne se protège pas au cours du sexe anal déclare n'avoir jamais fait de test (*tableau 11*).

Le recours au dépistage dans les 12 derniers mois a été calculé en excluant les hommes séropositifs. En effet, leur proportion est importante parmi les HSH et ces hommes ne sont pas susceptibles de recourir au test. Ils ont donc été exclus des dénominateurs pour calculer un taux de dépistage dans l'année parmi les hommes non positifs. Ce taux de recours au dépistage est de 53 % dans Webtest, de 50,5 % dans EPG 2011 et passe de 51 % à 60,4 % entre 2005 et 2009 parmi les hommes enquêtés par le Baromètre gay ; il est de 70 % dans PREVAGAY.

Tableau 10

Utilisation du test de dépistage par les hommes ayant des rapports sexuels entre hommes et parmi les personnes transgenres

	Jamais testés	Testés dans la vie	Testés dans l'année	Testés dans les 2 ans	VIH +	Commentaires
EPG, 2011, Velter, 2012 N : 11 281 <i>internet et presse</i>	14 %	86 %	53,9 %		17 %	1 ^{re} ligne : calcul des personnes testées sur l'ensemble des répondants (Testés dans la vie + positifs/total des répondants) ; 2 ^e ligne : personnes non positives de plus de 12 mois
EPG, 2004, InVS, 2007 N : 6 184 <i>internet et presse</i>	14 %*	86 %	48 %		13 %	
PREVAGAY 2009, Velter, 2012 N : 886 <i>lieux de convivialité parisiens</i>	6,2 %	93,8 %	62,9 %	ND	14,2 % VIH+ déclarés, 3,5 % VIH+ non diagnostiqués	Basé sur Le Vu 2012, 1 ^{re} ligne : ensemble des participants n=886 ; deuxième ligne : calcul des testés dans l'année et dans la vie pour les non-positifs 12 mois plus tôt n = 792
Webtest, 2009, Greacen, 2012 N = 9 069 dont positifs 891 ; <i>non positifs 8 278</i>	12 % 14 %	88 % 86 %	ND 53 %	ND ND	9,8 % 0 %	1 ^{re} ligne : calcul des personnes testées sur l'ensemble des répondants (testés dans la vie + positifs/total des répondants) ; 2 ^e ligne : personnes négatives, taux calculés à partir de Greacen, 2012. Hommes non positifs connaissant l'autotest (n=2370) Hommes non positifs ne le connaissant pas (n=5908)
NET-Baromètre, 2009, Léobon, 2011 N= 19 052	11,7 %	88,3 %	45 %	ND	11,7 % déclarés	Données disponibles pour l'ensemble des répondants seulement
Baromètre Gay, 2009, InVS N : 2 228 <i>lieux de convivialité parisiens</i>	7,8 %	92,2 %	53,6 %		15,4 %	1 ^{re} ligne : calcul des personnes testées sur l'ensemble des répondants (testés dans la vie + positifs/total des répondants) ; 2 ^e ligne : personnes non positives de plus de 12 mois
Baromètre Gay, 2005, InVS N : 3 292 <i>lieux de convivialité parisiens</i>	7,3 % 8,2 %	92,7 % 91,8 %	46,0 % 51,4 %		14,7 %	1 ^{re} ligne : calcul des personnes testées sur l'ensemble des répondants (testés dans la vie + positifs/total des répondants) ; 2 ^e ligne : personnes non positives de plus de 12 mois
Transgenres, 2010, Giami, 2011 N : 381		MtF : 82,5 FtM : 63,6	39,2 32,3		MtF 6,9	MtF ayant eu recours au sexe : 17,2 ; MtF nés à l'étranger : 10,9 MtF nés à l'étranger et ayant eu recours au sexe : 36,4 FtM : 0

* Attention du fait de données manquantes (problèmes des questions avec des dates dans les questionnaires auto-administrés) le dénominateur est diminué et gonfle la proportion de non testés.

Tableau 11
Utilisation du test parmi les hommes ayant des rapports entre hommes fréquentant les CDAG ou des services de dépistage communautaires

	Jamais testés	Testés dans la vie	Testés dans l'année	Testés dans les 2 ans	Testés dans les 5 ans	Testés depuis + de 2 ans	Testés depuis + de 5 ans	Délai depuis le dernier test	VIH +	Commentaires
COM*TEST (02/2009-06/2010) N : 532 H + 18 ans 592 tests, 527 réponses sur le test Locaux Aides, 4 villes	Non communiqué	Non communiqué	46 %	69 %	82 %	NC	NC	8 mois si dans les 2 ans 46 mois si + de 2 ans	2,8 %	Dépistage positif dans le cadre de l'essai 11 % données manquantes sur la date du dernier test
4 CDAG, Lorente, 2012 03-12/2009 N= 357	8 %	92 %	37 %	56 %	79 %	26 %	3 %	9 mois si dans les 2ans 51 mois si + de 2 ans	Non disponible	Phase contrôle de DRAG c.-à-d. sans intervention (questionnaire proposé à tous les hommes venus se faire dépister dans les CDAG)
DRAG 03/2010-04/2011 N=330	10 %	90 %	51 %	73 %	78 %	16 %	6 %	(délai moyen) 8 mois si dans les 2 ans 58 mois si + de 2 ans	1,8 %	Phase d'expérimentation de DRAG (créneau classique + créneau communautaire ; test rapide ou classique dans le premier créneau, test rapide uniquement dans le 2 ^e)
Checkpoint, 2010 7 500 consultants uniques 10 000 tests sur toute la période	13 %	87 %	50 % (1,7 tests)	69 %	ND	18 %	ND	ND	2,22 % Si test >24 mois : 3,6 % Si test <24 mois : 1,6 %	Données pour l'année 2010, telles que publiées à l'IAS, Rome, 2011 Dépistage positif dans le cadre de l'essai

Parmi les demandeurs de test, 37 % des demandeurs de test en CDAG, 46 % de ceux de COM'TEST, 50 % des clients de Checkpoint et 51 % des hommes entrés dans DRAG ont eu au moins un test dans les 12 derniers mois. Dans l'enquête EMIS, menée par Internet dans toute l'Europe auprès des HSH, ce taux est de 47,1 % pour les participants français, ce qui les place en tête des Européens y compris par comparaison avec les pays comme les Pays-Bas (38,3 %), le Royaume-Uni (36,4 %) ou l'Allemagne (33,8 %). Si la comparaison se limite aux hommes de moins de 25 ans pour limiter les biais liés à une participation variable à EMIS des hommes plus âgés, les taux de dépistage dans l'année sont de 41,4 % pour la France et 37,8 %, 35,5 % et 31,5 % respectivement pour les Pays-Bas, le Royaume-Uni et l'Allemagne (Schmidt, 2012) (*figure 4*).

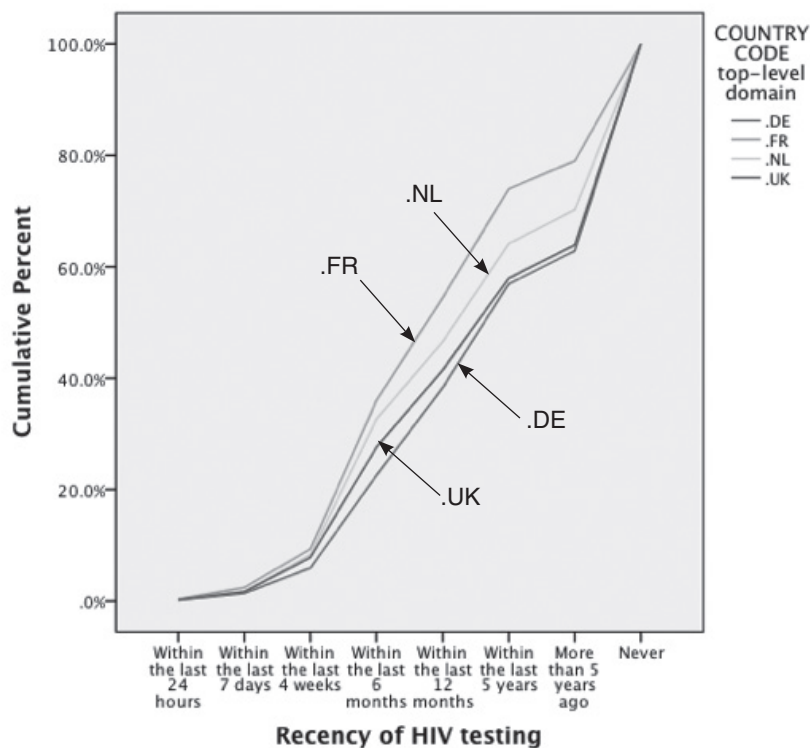


Figure 4
Ancienneté du dernier test parmi les participants à l'enquête européenne EMIS.
Comparaison France, Pays-Bas, Allemagne, Royaume-Uni
(Source : Axel Schmidt, EMIS, données non publiées)

L'étude des déterminants du recours au dépistage est en cours dans les différentes études récentes. Les résultats portant sur l'association entre comportement et dépistage sont issus d'analyses très hétérogènes : les unes décrivent les facteurs associés à un test récent ou à la répétition du test, d'autres introduisent le dépistage comme une variable explicative dans un modèle explorant les facteurs associés à la non-protection du rapport anal. Une étude menée à partir de deux

études portant sur des hommes venant pour un test dans le cadre du dépistage communautaire indique que le non-dévoilement de l'homosexualité, l'utilisation irrégulière du préservatif et la non-utilisation de drogue lors des rapports sexuels sont des facteurs associés à un moindre recours au test dans la dernière année (Lorente, à paraître).

Les informations sur le dépistage dans les études ont été utilisées pour mener des analyses par population (séropositifs et séronégatifs, parfois séro-interrogatifs pour désigner les hommes qui ne sont plus sûrs de leur statut). Les facteurs associés aux pratiques ont été étudiés en envisageant les différentes configurations de la relation entre le répondant et ses partenaires (+/+ ; -/- ; -/ ? etc.). Ces configurations sont déterminantes pour la pratique des rapports protégés ou non protégés, caractérisant ce qui est appelé *serosorting* (sérotriage ou séro-adaptation) dans le couple ou avec des partenaires de rencontre. Cette pratique désormais dénommée et en quelque sorte « reconnue » a été depuis le début de l'ère sida et jusqu'à maintenant la forme la plus pratiquée de réduction du risque de transmission/contamination. Les données indiquent cependant de façon constante que les rapports non protégés en l'absence de connaissance du statut du partenaire occasionnel restent une partie importante des rapports non protégés (59 % selon l'EPG, 2004).

Dans le Net Gay Baromètre, le recours au test dans la dernière année fait partie des variables associées aux rapports non protégés, parmi lesquels un ensemble de caractéristiques de modes de vie tournés vers les prises de risque. Parmi les usagers de Checkpoint, la fréquence du recours antérieur au test est associée, d'une part, à des caractéristiques d'un comportement à risque (nombre élevé de partenaires, exposition au risque avec un partenaire positif ou de statut inconnu, fréquentation régulière de la drague et d'Internet) et, d'autre part, au fait de vivre en couple et de parler du VIH ou des IST avec son médecin traitant. Le test répété parmi les usagers de Checkpoint est aussi associé à un comportement à risque ou à des indicateurs de prise de risque (par exemple : le recours au traitement post-exposition). Parmi les demandeurs de test en CDAG, Lorente observe qu'une ancienneté de plus de deux ans du dernier test est associée de façon indépendante à l'exposition dans des relations non protégées, en même temps que de nombreuses autres variables caractéristiques des comportements à risque (nombre élevé de partenaires, usage de drogue ou d'alcool, absence de pratiques de réduction des risques intentionnelles).

Ainsi avec les données et les analyses disponibles, on observe un taux relativement faible d'hommes non testés et qui semble stable dans le temps ; un recours fréquent au test (environ un homme négatif sur 2 dans l'année), recours qui se situe au niveau le plus élevé en Europe. Les hommes séropositifs ont des pratiques qui comportent un risque élevé de transmission dans les différentes configurations de rapports sexuels. Pour les hommes non infectés, les informations disponibles concordent sur le fait que le recours au dépistage s'intègre à un mode de vie sexuelle à risque par le style de vie sexuelle, l'usage de drogue ou les pratiques sexuelles. Les analyses disponibles ne permettent pas de comprendre la fonction attendue du test et sa contribution propre à la gestion de la protection. Cependant la population non testée ou peu testée peut être vue comme comportant, d'une part, un groupe plus éloigné du cœur du monde gay par son éloignement géographique, par un moindre sentiment d'appartenance ou par une position sociale plus modeste et, d'autre part, un groupe d'hommes ayant des pratiques à risque élevé dont ferait partie le non-recours au dépistage.

Seules des analyses plus poussées du matériel existant permettraient de préciser la place du test dans la gestion du risque et ses déterminants contextuels.

Situation de la population transgenre vis-à-vis du dépistage

La population transgenre est une des moins enquêtées et dans laquelle les études ou expériences de prévention sont particulièrement rares. En 2010, 381 personnes ont participé à une enquête menée en collaboration avec 18 associations. Parmi les répondants, 82,5 % des *Male-to-Female* (MtF) et 63,6 % des *Female-to-male* (FtM) ont rapporté au moins dépistage du VIH dans leur vie et respectivement 39,2 % et 32,3 % au cours des douze derniers mois. Alors qu'aucun FtM n'a déclaré être porteur du VIH, 6,9 % des MtF ayant fait un test se déclarent séropositifs. Dans ce groupe, le taux est accru parmi les personnes ayant pratiqué le travail sexuel (17,2 %) et encore plus élevé (36,4 %) chez les personnes nées à l'étranger (Giambi, 2011).

Expériences de dépistage communautaire dans la population HSH

De nombreux arguments ont soutenu l'émergence de nouveaux dispositifs de dépistage pour les HSH : une épidémie forte et stable, une diminution des comportements de protection, un engouement pour les stratégies de réduction des risques au détriment du préservatif, le rôle important de la primo-infection dans les nouvelles contaminations et les potentialités préventives du traitement des séropositifs. En outre, les acteurs communautaires ont rapporté une insatisfaction de certains usagers des dispositifs classiques quant au counseling perçu comme inadapté, moralisateur ou répétitif. Plusieurs pays ont mis en place au début des années 2000 des dispositifs communautaires de dépistage offrant une palette de services médicaux tournés vers la santé sexuelle des gays.

Ainsi la mise en place de programmes de dépistage communautaire vise à augmenter la couverture thérapeutique des hommes infectés en tentant de dépister l'infection VIH au plus proche de la contamination pour bénéficier de l'effet protecteur du traitement (encore non évalué de façon précise dans les rapports entre hommes) et, si possible, intervenir dès la primo-infection. Par ailleurs, ce dépistage s'inscrit dans des stratégies plus globales associant le counseling, selon les cas par des pairs ou par des soignants, et une offre de dépistage associant le dépistage des infections sexuellement transmissibles (Checkpoint).

Ce dispositif communautaire s'est mis en place dans un premier temps dans le cadre de la recherche biomédicale car l'utilisation des tests rapides, l'intervention hors des sites de soins et la réalisation par des volontaires ni médecins ni infirmiers n'entraient pas dans la réglementation. Le cadre de la recherche était donc le seul permettant d'expérimenter de nouveaux dispositifs. L'objectif de l'association AIDES était de présenter aux pouvoirs publics des arguments permettant l'extension du dispositif de dépistage par des non professionnels et dans un cadre communautaire. Les autorités sanitaires ont approuvé ce dispositif et mis en place des programmes dans le cadre d'un appel à projets en 2011.

Diverses expériences ont été menées dans un cadre de recherche : ANRS-COM*TEST mené par AIDES dans quatre villes sous la responsabilité scientifique

de Y. Yazdanpanah et J.-M. LeGall, Checkpoint mené par l'association Le Kiosque sous la responsabilité scientifique de C. Rouzioux et J.-Y. Le Talec, ANRS-DRAG, essai randomisé de dépistage communautaire sous la responsabilité de B. Spire et J.-M. LeGall.

L'intérêt du dépistage communautaire peut être évalué autour des axes suivants : Est-il faisable ? Augmente-t-il l'accès au dépistage ? Attire-t-il davantage que les dispositifs courants des populations non testées ou moins testées ? Des populations à risque élevé ? Identifie-t-il l'infection VIH plus précocement ? Améliore-t-il la prévention par un counseling par les pairs ?

Présentation des programmes communautaires

Les dépistages ANRS-DRAG (Lorente, 2013) et ANRS-COM'TEST (Champenois, 2012), portés par l'association AIDES, s'inscrivent dans des stratégies associant le dépistage rapide et le counseling par des pairs.

L'intervention ANRS-COM'TEST a consisté à proposer un dépistage du VIH par test rapide accompagné d'un counseling, par des acteurs communautaires formés par l'association, dans ses locaux à Paris, Lille, Bordeaux et Montpellier. La démarche était soutenue dans chaque ville par d'importantes actions de communication dans les lieux de convivialité gay relayés par les médias grand public et communautaires. Seuls les HSH, âgés de plus de 18 ans, se présentant dans les centres dédiés étaient inclus après avoir signé un consentement.

ANRS-COM'TEST est une recherche observationnelle qui recueille des informations démographiques, les antécédents de dépistage du VIH, les pratiques sexuelles et la satisfaction du dépistage proposé par des autoquestionnaires au cours de l'intervention avec un suivi à 1 mois et 6 mois. Cette intervention a eu lieu de février 2009 à juin 2010. Au total 532 hommes ont été inclus sur une période de 17 mois.

Le dispositif DRAG suit un schéma à la fois expérimental et observationnel. Il s'est déroulé pendant un an, de mars 2010 à avril 2011, dans les CDAG de trois villes (2 CDAG à Paris, 1 à Marseille, 1 à Nice). Les HSH se présentant en CDAG (aux horaires classiques d'ouverture) ont été aléatoirement assignés à un dépistage standard (bras A1) ou à un dépistage par test rapide avec counseling communautaire mené par AIDES (bras A2). Ce dernier dispositif de dépistage (test rapide avec counseling communautaire entièrement pris en charge par l'association) était également proposé en dehors des heures d'ouverture du CDAG (bras B). De la même façon que COM'TEST, les HSH étaient informés de cette offre spécifique à un créneau dédié grâce à des campagnes de communication dans les lieux de convivialité gay et les médias.

Les objectifs étaient d'évaluer dans des conditions expérimentales les forces et les limites d'un dispositif de dépistage du VIH à l'aide de tests à résultat rapide auprès des gays par rapport au dépistage standard (pour reprendre l'expression plus haut) et secondairement de montrer si le dépistage rapide permet un recours plus précoce après une exposition au risque, s'il atteint une population plus exposée au risque VIH, s'il améliore la satisfaction des usagers et s'il est plus efficace dans le diagnostic au stade de primo-infection. L'étude n'a pas complètement atteint ses objectifs de recrutement avec 49 inclusions dans le bras standard (A1), 72 dans le bras communautaire (A2), et 222 dans le bras spécifique non randomisé de dépistage communautaire (B), soit au total 343 individus. L'analyse a fina-

lement porté sur la démarche de dépistage : le dispositif CDAG « ouvert à tous » (A1+A2) versus le dispositif communautaire spécifique hors horaire classique (B).

Checkpoint, est un programme de dépistage dédié aux hommes ayant des rapports homosexuels, proposé par Le Kiosque, structure d'information et de conseil sur le VIH installée de longue date dans le Marais à Paris. Il propose un dépistage par test rapide, avec ou sans rendez-vous, mené par des médecins, ainsi que des entretiens avec psychologue et sexologue. Il est ouvert tous les jours avec des plages en soirée certains jours. Il s'adresse aux hommes majeurs ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes, affiliés à un régime de Sécurité Sociale ou bénéficiaires de la CMU. Le résultat du test rapide était rendu immédiatement et en cas de test positif, un prélèvement sur buvard était fait immédiatement et adressé au laboratoire pour une confirmation par Elisa et Western Blot. Le dispositif de recherche comportait un questionnaire rempli directement sur ordinateur ainsi qu'une notation par les usagers de leur satisfaction vis-à-vis des différentes étapes du processus de dépistage. En 2010, 2343 hommes ont été inclus et 2686 tests ont été réalisés (Checkpoint, rapport d'activité, données non publiées, Rouzioux, 2011 ; Le Talec, 2011).

Faisabilité et attractivité

Faisabilité

La faisabilité est appréhendée par la fréquentation des nouveaux services proposés et la fiabilité du test rapide dans son contexte d'utilisation, notamment pratiqué par des non professionnels.

Concernant la fréquentation, le dispositif ANRS-COM'TEST, le premier à être mis en place, a eu une fréquentation un peu moindre qu'attendu dans les villes de province (ouvertures à des horaires limités même si adaptés, population cible restreinte, localisation éloignée des quartiers communautaires) tandis que Checkpoint, situé dans un quartier gay avec de larges plages d'ouverture et une offre avec ou sans rendez-vous, a eu une forte fréquentation.

Concernant la maniabilité des tests utilisés, ANRS-COM'TEST rapporte peu de difficultés de la part des volontaires formés, sinon dans le prélèvement, et seulement 8/592 tests ont dû être refaits en raison d'une insuffisance de la quantité de sang prélevé.

Attractivité

L'attractivité peut être envisagée sous divers angles : attractivité des personnes les plus éloignées du test, capacité à favoriser la répétition du test, attractivité des personnes les plus exposées.

Attractivité des personnes les plus éloignées du dépistage

Parmi les usagers de Checkpoint, 13 % n'avaient jamais été testés, soit un chiffre inférieur au taux de 17 % (national) donné par l'EPG 2011.

Concernant le test récent, parmi les usagers du dispositif ANRS-COM'TEST, 46 % avaient été testés dans l'année et 50 % dans Checkpoint 2010, alors qu'ils étaient 50,5 % dans l'EPG 2011. Le taux de dépistés dans les deux dernières années est de 69 % dans ANRS-COM'TEST et 69 % à Checkpoint. On ne dis-

pose pas de données suffisantes pour affirmer que le dépistage communautaire atteint davantage que le dispositif existant les non-dépistés.

Dans l'essai DRAG, on dispose de la comparaison avec la phase préparatoire à l'essai dans les mêmes centres de dépistage (CDAG). Au cours de l'essai, le taux de « jamais testés » est très proche (10 %) de celui de la phase préparatoire (8 %). Globalement l'essai DRAG a attiré des hommes qui se testent plus fréquemment : 51 % déjà testés dans l'année pour la phase essai vs 37 % pour la phase préparatoire ; au moins un test dans les deux ans respectivement 73,3 % vs 56 %. Cependant le segment strictement communautaire de l'essai assuré par des volontaires associatifs (hors des horaires d'ouverture de jour du CDAG) a attiré des hommes caractérisés par un plus grand espacement entre les tests : pas de test ou un seul test dans les 2 ans (51 % vs 35 % dans le bras classique, aOR 2,33 ; IC95 % 1,32-4,00). Le dépistage associatif attirerait donc, dans cette expérience, des hommes moins souvent testés.

Les résultats sont donc contrastés et les données manquent de précisions pour conclure sur la capacité du dispositif communautaire à étendre la population testée (réduire le pool des non-testés).

Capacité à favoriser la répétition du test

Les informations sur la répétition du test sont appréhendées par la répétition du test dans le dispositif lui-même au cours de l'étude.

Au sein de Checkpoint, la répétition du test dans la structure au cours de l'année est de 10,7 % sur 12 mois (des hommes ayant déjà l'habitude de pratiquer régulièrement des tests).

La répétition du test est de 9 % au sein du programme COM'TEST sur une durée variable d'un centre à l'autre, entre 12 et 22 mois. Cependant au cours de l'entretien téléphonique de suivi, à un mois, 11 % des usagers de COM'TEST avaient refait un test et, à 6 mois, 31 % dont 37 % dans un laboratoire d'analyses avec une ordonnance, 38 % en CDAG et 9 % dans le cadre de ANRS-COM'TEST.

Sans pouvoir conclure sur l'augmentation de la répétition du test grâce au dispositif communautaire, on peut observer que la population qui utilise le dispositif est une population qui majoritairement répète les tests et ne revient pas forcément dans le même dispositif pour les tests successifs ; de plus les dépistages hépatites ou IST ne sont pas disponibles dans des programmes non médicalisés. Les données disponibles dans ANRS-COM'TEST indiquent que ceux qui répètent le test tendent à avoir été plus fréquemment testés dans les deux ans que ceux qui ne sont pas revenus dans le dispositif.

Attractivité des personnes les plus exposées

Les comparaisons des caractéristiques des usagers des services communautaires avec des données de référence sont limitées par le fait qu'on ne dispose pas de données publiées pour les hommes fréquentant les mêmes quartiers ou résidant dans les mêmes zones.

Les hommes inclus dans l'étude DRAG étaient des hommes exposés à un haut niveau de risque (50 % utilisaient le préservatif de façon irrégulière), les hommes qui ont choisi le dépistage communautaire comparés à ceux qui ont eu recours au test classique en CDAG avaient été moins testés dans les deux dernières années,

avaient des expositions sexuelles d'un niveau plus élevé par la fréquentation de scènes de sexe et une moindre capacité à utiliser des stratégies de réduction du risque (Lorente, 2013).

Les usagers de Checkpoint sont décrits comme appartenant à deux groupes sociaux : d'une part, des hommes de plus de 25 ans, résidant à Paris et en petite couronne, se déclarant homosexuels, vivant seuls ou en couple avec un homme, ayant un emploi et des revenus supérieurs à 1 500 euros/mois ; d'autre part des hommes plus jeunes, bisexuels ou ne définissant par leur orientation sexuelle, avec des revenus faibles (moins de 1 000 euros/mois), sans emploi, vivant en famille, chez des amis ou en colocation, et résidant plutôt en grande couronne.

On retrouve cette polarité dans les comportements sexuels déclarés : un groupe qui participe à la scène de vie sexuelle gay (fréquentation régulière ou occasionnelle d'internet ou lieux de sexe), ayant un partenaire stable, un nombre moyen ou élevé de partenaires occasionnels, une consommation des drogues les plus courantes, une vie centrée sur l'identité gay ; et un autre n'utilisant pas Internet et ne fréquentant pas les lieux gays, sans partenaire masculin stable, avec peu de partenaires occasionnels, centré sur l'identité bisexuelle.

Les auteurs de l'étude (rapport d'activité 2010) ont comparé les caractéristiques de ces usagers aux hommes ayant une attirance ou une expérience homosexuelle dans l'étude CSF ; cette comparaison nous apparaît cependant peu pertinente dans ce contexte car ces hommes n'ont pas tous eu des relations sexuelles avec d'autres hommes dans l'année. D'autres comparaisons sont menées avec les différentes études disponibles en population HSH. Les usagers de Checkpoint se situent entre les hommes de la scène de drague gay enquêtés par le Baromètre gay avec des niveaux de risque élevé et les répondants au Net Gay Baromètre qui présentent un éventail de situations et de prise de risque plus étendu : plus de 8 sur 10 ont eu des partenaires occasionnels dans les 12 mois et 30 % des rapports non protégés avec un partenaire positif ou de statut non connu.

Parmi les usagers de ANRS-COM'TEST, 82 % se définissent comme homosexuels et 12 % comme bisexuels, 88 % déclarent avoir eu des relations avec des partenaires occasionnels dans les 6 mois précédant le test, et plus d'un tiers (35 %) ont eu une pénétration anale non protégée avec un partenaire infecté ou de statut inconnu.

L'indicateur de prise de risque (*relation anale non protégée avec un partenaire occasionnel de statut différent ou inconnu*) peut être comparé à diverses études. Si on se limite aux hommes se déclarant non positifs dans les enquêtes en population, l'indicateur de risque se situe à 27 % pour les négatifs et 45 % pour les séro-interrogatifs dans EPG 2004, il est de 30,8 % dans PREVAGAY avec des partenaires occasionnels. Dans EPG 2011, les informations ne sont disponibles que pour l'ensemble des individus et cet indicateur est de 38 % (mais il inclut les hommes séropositifs qui ont des niveaux de risque plus élevés que les hommes demandeurs de test qui sont ou se pensent négatifs). Ces comparaisons sont imparfaites en raison de l'hétérogénéité des dates, des populations et de la non-prise en compte de l'intensité de l'exposition au risque (régularité ou répétition des expositions).

La mise en perspective des données disponibles indique que les usagers des services communautaires seraient plutôt le reflet de la population des HSH qui participent aux études et fréquentent la scène de sexe, avec un niveau élevé d'exposition au risque.

Impact sur la réduction des expositions

Un des arguments forts à l'appui de l'implantation du dépistage communautaire est le conseil par des pairs ou par des professionnels fortement sensibilisés aux modes de vie et à la santé sexuelle des gays, se démarquant ainsi des conseils classiques en CDAG ou de la pratique des médecins généralistes ou en laboratoire sur laquelle on ne dispose que de très peu d'information. Les dispositifs de recherche mis en place se sont très peu ou pas du tout attachés à démontrer l'impact spécifique du dépistage communautaire. On dispose d'information sur la satisfaction des usagers, en général bonne compte tenu des caractéristiques pratiques des dispositifs et des bonnes pratiques professionnelles ou associatives ; la démarche étant essentiellement alourdie par les procédures de recherche (consentement formel, questionnaire, etc.).

Six mois après leur test, 31 % des 227 usagers de ANRS-COM'TEST contactés déclaraient mieux percevoir les risques qu'ils prennent face au VIH depuis leur dépistage COM'TEST et 64 % disaient les percevoir de la même façon ; 52 % pensaient avoir une assez bonne perception du risque au suivi à 6 mois et 47 % une très bonne perception, soit une perception stable par rapport au suivi effectué à un mois. La dernière exposition datait de moins de 2 mois au moment du dépistage pour 30 % des usagers (532), cette proportion était stable à 1 mois (29 %, mais les périodes se recoupent) et de 17 % au suivi à 6 mois, ce qui indiquerait une diminution des rapports à risque. Aucun suivi post dépistage sur l'amélioration des pratiques de prévention n'est effectué ni dans le cadre du projet Checkpoint, ni dans le projet DRAG.

Impact sur le dépistage précoce des hommes infectés

Les taux de découverte et les caractéristiques au diagnostic sont présentés dans le *tableau 12*.

Tableau 12
Nombre et taux des cas de séropositivités parmi les hommes testés dans les programmes de dépistage communautaires

	Nombre de tests	Nombre (N.) et taux de tests+	CD4 et stade au diagnostic	Autres informations
COM'TEST, 2009/10	532 hommes 592 tests	N = 15 2,8 %	CD4 médian 550 IQR 484-571	80 % liés au soin
DRAG, 2009	CDAG : N= 49 CDAG + test rapide : N=72 Communautaire : N= 222	N= 2 soit 4,1 % N= 1 soit 1,4 % N= 3 soit 1,4 %	Pas d'information	Non disponible
Checkpoint, 2010	2 342 hommes 2 686 tests	N = 52 2,2 % (1,6-2,8) Taux d'infection récente : 1,2 % (0,8-1,7)	56 % infection <2 mois dont 33 % en PI (CD4 médian : 553) 27 % >2mois (CD4 médian : 603) 17 % infection ancienne (CD4 médian : 735)	Ancienneté médiane du test précédent : 13 mois. Âge médian : 32 ans. Tous liés aux soins, 78 % en médecine de ville

Compte tenu du très fort enjeu de la primo-infection pour la diffusion de l'infection chez les HSH, la répétition du dépistage pour identifier des infections débutantes et les traiter est cruciale.

Le dépistage communautaire se développe dans un contexte de dépistage déjà fréquent dans une population à haut risque. Les taux de positifs sont élevés,

2,22 % à Checkpoint et 2,8 % parmi les usagers de COM'TEST. Leur comparaison directe est limitée compte tenu des villes d'implantation correspondant à des épidémies différentes (notamment DRAG et COM'TEST qui ont des expériences en région et Checkpoint à Paris au « cœur » de l'épidémie).

Ces taux devraient être comparés aux résultats dans les mêmes aires géographiques dans les dispositifs CDAG et les tests faits en ville. On peut aussi les mettre en perspective de l'incidence en Île-de-France 1,55 % en population générale HSH et 3,8 % dans la population fréquentant la scène gay.

Les CD4 au diagnostic sont élevés aussi bien chez les hommes avec un test positif dans ANRS-COM'TEST qu'à Checkpoint. Checkpoint a évalué de façon plus précise les primo-infections et les infections récentes et montre une proportion très élevée de PI (33 %) qui indique la capacité des tests rapides à dépister aussi les PI (IAS, 2011).

Les expérimentations communautaires se poursuivent sous des formes variées, Checkpoint a poursuivi son activité dans le même cadre tandis que l'expérience de COM'TEST dans des locaux communautaires pendant la phase de recherche pour répondre aux exigences de « lieu », est désormais menée principalement en « hors les murs » dans des lieux ouverts ou commerciaux fréquentés par les HSH. Des premiers résultats descriptifs ont été rendus publics fin 2012 : 77 % des 4 692 tests réalisés auprès d'HSH sont ainsi faits « hors les murs », ils concernent pour 16 % des hommes jamais testés. En outre, le dispositif communautaire d'AIDES atteint des hommes immigrés Afrique subsaharienne et le Maghreb ou enfants de parents immigrés parmi lesquels le taux de primotestants et de tests positifs est plus élevé que parmi les natifs, 21,6 % vs 15,8 % ; $p < 0.05$ et 3,47 % versus 1,73 % ; $p < 0.05$, respectivement (Communication AIDES, 2012).

Expérience et attitudes vis-à-vis de l'autotest dans la population HSH

Début 2013, les autotests ne sont pas autorisés en France. Toutefois il est possible depuis plusieurs années d'accéder à différentes formes d'autotest par Internet. Outre le manque de fiabilité des tests en vente, les réticents à l'autotest invoquent : le risque d'erreur, le risque de suicide chez la personne qui découvre sa séropositivité seule, l'absence de counseling et donc de l'accès aux soins la pression des partenaires ou l'utilisation par des tiers (assureurs, employeurs, etc.). Dans le contexte de traitements permettant de contrôler efficacement la répllication virale, d'un encouragement à la répétition du test et de la mise en vente libre d'un autotest salivaire par la FDA aux États-Unis en 2012, la question de l'autotest est d'actualité.

En 2009, l'étude Webtest a été menée via Internet à travers des sites gays. L'étude avait pour objectif d'évaluer la connaissance, l'utilisation et l'intérêt pour les tests rapides s'ils étaient autorisés. Parmi les 9 169 hommes ayant fourni un questionnaire complet, 30 % ont connaissance de la vente en ligne d'autotests, mais seulement 82 (3,5 %) d'entre eux en ont déjà acquis et accédé à l'un d'entre eux et 69 l'ont utilisé pour eux-mêmes une ou plusieurs fois. Sur ces 69 personnes, le résultat était négatif pour 62 d'entre elles ; 4 n'ont pas été sûrs du résultat obtenu : 3 ne savaient pas comment lire le résultat et 1 pensait avoir fait une erreur. Enfin,

pour 3 hommes, le résultat était positif : le premier l'a confirmé avec un 2^e autotest, le deuxième a fait un test classique dont le résultat était négatif et le troisième avait appelé Sida Info Service, mais n'était pas encore allé chercher confirmation du résultat. Parmi les hommes ayant connaissance de la possibilité d'acquérir des autotests via le web, le recours à l'autotest dans le contexte de l'époque est associé à une connaissance du test via Internet ou des partenaires plutôt que par la presse communautaire ou généraliste, à une homosexualité vécue de façon cachée, à un comportement de non-protection, à l'utilisation de *poppers*, à un test VIH datant de plus d'un an, au fait d'habiter en province. L'utilisation des autotests est négativement associée aux idées suicidaires (les hommes ayant de telles idées étant moins soucieux de leur santé).

Parmi les hommes séronégatifs (5 908) qui ne connaissaient pas l'existence des autotests, une très large majorité d'entre eux se montrent intéressés par la vente en ligne (86 %). Les motifs les plus fréquemment cités en faveur de cet usage en réponse à une question ouverte sont le fait d'être pratique (pratique/accessible/peut être fait chez soi), rapide et discret. À l'inverse, les hommes non intéressés sont satisfaits de leur mode de recours au dépistage, doutent de la fiabilité des tests ou de leur capacité à bien l'utiliser et craignent d'affronter seuls la découverte d'une séropositivité. Les variables indépendantes associées à l'intérêt pour le test : être plus jeune, habiter une petite ville, avoir un emploi, mais ne pas avoir fait d'études universitaires, habiter toujours chez ses parents ou bien avec femme et enfants, avoir des relations sexuelles avec des partenaires anonymes environ une fois par semaine mais pas plus, avoir pris des risques avec ceux-ci, vivre sa vie HSH dans le secret absolu, mais vouloir quand même revoir ces partenaires.

Ces résultats ont été obtenus dans un contexte de non-accessibilité de l'autotest et de tout test rapide en France, ceci dans le contexte d'un discours général plutôt négatif sur l'autotest et une forte valorisation des actes médicalisés. Ce contexte évolue rapidement. Dans ce contexte, l'autotest répond à un besoin, en particulier pour des hommes ayant des comportements à risque, vivant leur homosexualité dans le secret et qui ont un accès plus difficile au dépistage. Les réponses seraient sans doute différentes avec un test reconnu, accessible par des canaux de distribution classique et soutenu par un discours positif.

Conclusion sur les HSH, l'apport des programmes communautaires et la perspective des autotests

En France, les HSH sont une population qui a recours fréquemment au dépistage en comparaison de la population générale et des HSH d'autres pays comme en témoignent les résultats de l'étude EMIS. Il existe une frange de population HSH qui n'utilise pas le test et au sein de ce groupe, des hommes qui ont des comportements à risque élevé.

L'utilisation du dépistage apparaît liée à diverses dimensions du vécu de l'homosexualité : le secret/le dévoilement de l'homosexualité, les styles de vie sexuelle, la protection/non-protection ou plus généralement les modes de gestion du risque. Il est possible que le dépistage soit utilisé de façon différenciée. Ces configurations d'utilisation du dépistage mériteraient d'être étudiées de façon plus précise avec des méthodes d'analyse statistique adaptées.

La diversification de l'offre de dépistage attire-t-elle de nouvelles populations ? Modifie-t-elle le comportement de recours au test ?

Les données issues des études menées dans trois expériences de dépistage communautaire apportent encore peu d'information sur la capacité de ces programmes à atteindre mieux que le dispositif existant les hommes jamais testés comme l'indique la comparaison avec les données d'enquêtes en population HSH.

Ces programmes atteignent une population très exposée et qui se teste souvent. On ne dispose pas actuellement de données sur l'incitation de ces dispositifs à une répétition du test qui favorise un diagnostic au plus près de la contamination. Le recours au dépistage est partie intégrante de stratégie de gestion d'un comportement à risque élevé dont témoignent les comportements déclarés des usagers des structures communautaires. Il est possible que des analyses plus poussées des données recueillies permettent de mieux caractériser les différentes populations qui utilisent ce dispositif, notamment dans le cadre du projet Checkpoint.

Le dépistage de primo-infections et les informations sur les CD4 des nouveaux dépistés vont dans le sens d'un effet favorable sur la précocité du diagnostic, notamment en période de primo-infection. Il serait utile de faire des comparaisons avec les données de déclaration obligatoire pour appréhender le gain.

Il serait utile de définir des objectifs à atteindre quant aux caractéristiques des publics à atteindre (par exemple proportion d'hommes non testés depuis une durée à définir), en termes de taux de découverte.

Les nouvelles offres de dépistage modifient-elles le comportement préventif ?

Les nouvelles pratiques de dépistage (si elles existent à une échelle suffisante) ont-elles un effet sur l'épidémie ?

Il n'y a pas pour le moment d'élément de réponse dans les recherches menées sur ces deux questions. Le dépistage est un comportement associé au comportement à risque. On ne dispose d'aucune information sur les effets des recommandations de dépistage annuel et de dépistage « autant que nécessaire ». Aucun dispositif d'étude n'a été mis en place pour les évaluer. Si les effets d'un test négatif ne sont pas évalués dans les recherches menées, la fréquence très élevée des comportements à risque parmi les hommes ayant une infection VIH connue est observée en France comme partout. Elle pose la question, en dépit de l'effet préventif du traitement, des stratégies de prévention parmi les hommes séropositifs et de la place du dépistage.

Quelle est la place des autotests ?

Les autotests, jusqu'à récemment plutôt décriés par les spécialistes en France sont peu connus et extrêmement peu utilisés. Ils répondraient aux attentes et aux besoins au moins des hommes les plus distants de la sociabilité gay. Ils ont probablement un spectre d'utilisation plus large dès lors qu'ils seront reconnus par les autorités et diffusés dans des canaux de distribution normaux pour un dispositif médical. La recherche devra évaluer les usages des autotests, leur place dans les stratégies individuelles de dépistage et de prévention ainsi que leur impact sur les différents modes de recours.

Conclusions

Il est trop tôt pour mesurer l'impact des orientations annoncées fin 2010 sur le dépistage. Des changements sont en cours, mais leur impact n'est pas encore mesurable. De plus, les études récentes (KABP Métropole, 2010 ; KABP DFA, 2011 ; Vespa 2011 ; EPG, 2011) ne sont pas encore complètement analysées et apporteront des résultats plus précis dans les prochains mois. Cependant les résultats des recherches menées ces dernières années complétées par les données de surveillance produites par l'InVS apportent des éléments qui amènent à préparer une inflexion des politiques de dépistage et à redéfinir l'agenda de recherche sur ce sujet.

Un recours élevé, une bonne accessibilité avec quelques situations particulières

Le niveau du dépistage est élevé en France comparativement à d'autres pays, en population générale comme chez les HSH. Le dépistage est facilement accessible. Cependant certaines populations, notamment des populations très exposées, peuvent avoir des difficultés spécifiques pour accéder facilement au test : facteurs liés à l'environnement (moindre proximité des CDAG, moindre densité médicale) pour les populations immigrées vivant dans des quartiers populaires ou à des facteurs individuels de type social (isolement lié au chômage par exemple) ou identitaire (homosexualité non révélée aux proches). Ces situations appellent des dispositions particulières pour faciliter le recours.

Une maladie dépistée, mais trop souvent « trop longtemps » après la contamination

Une part très importante des nouveaux diagnostics, plus de 70 %, résulte d'un véritable dépistage (une maladie diagnostiquée sans symptôme) réalisé à l'initiative de la personne tandis qu'entre 20 et 30 % environ des découvertes de maladie VIH s'inscrivent dans une démarche diagnostique sur des indications médicales. Cependant une part importante des dépistages sont faits plusieurs mois ou années après la contamination (comme en attestent les taux de CD4 au diagnostic) laissant les personnes non diagnostiquées, sans prise en charge et à risque de transmettre une infection pendant plusieurs mois ou années.

La prégnance du modèle fondateur du dépistage du VIH qui repose sur le libre choix

Le modèle « libéral » (importance de la décision individuelle, de la confidentialité, de la responsabilité de tous quel que soit leur statut sérologique dans la prévention) est resté très prégnant aussi bien chez les professionnels, dans le public que dans les associations de lutte contre le sida. Le dépistage volontaire, compris comme à l'initiative de l'individu, est dominant, et encore plus nettement chez les hommes, et plus nettement encore chez les HSH. Il est étroitement associé à la perception/autoévaluation du risque d'avoir été exposé ou d'avoir pris des risques. Cette notion concerne la vie sexuelle, les comportements sexuels et l'appartenance à une population exposée. L'initiative individuelle associée à la conscience du risque est une dimension majeure du succès du dépistage.

Le dépistage proposé explique sans doute une partie importante des différences entre hommes et femmes en termes de niveau du recours au dépistage et pour les séropositifs, de stade au diagnostic. Le taux de personnes dépistées est plus élevé dans les groupes exposés (y compris chez les hommes immigrés africains) mais reste insuffisant.

Les nouvelles stratégies de dépistage devraient allier une attitude plus active des médecins dans la proposition du dépistage, fondée sur la recherche des facteurs d'exposition guidée par des critères de ciblage, la proposition du test et dans le respect maintenu d'un consentement explicite.

Revoir la stratégie du « dépistage pour tous »

Le « dépistage pour tous » est une des mesures principales des recommandations de 2010. Les nouvelles estimations de la taille de l'épidémie cachée la montre plus basse qu'estimée antérieurement et concentrée dans les populations bien identifiées (deux personnes infectées par le VIH et non diagnostiquées sur trois sont concentrées dans une petite fraction de la population) et de façon très variable sur le territoire métropolitain. Les expériences menées aux urgences montrent les limites de la faisabilité à long terme et de l'intérêt d'un dépistage en routine dans les services s'adressant à toute la population.

Le dépistage par test rapide a été proposé comme une méthode permettant d'opérer une sorte de rattrapage des personnes qui sous-estiment leur exposition, notamment en médecine de première ligne notamment en médecine générale et aux urgences. L'acceptation du test proposé est excellente comme le montrent le dépistage prénatal et les expériences menées dans les urgences en proposant le test avec un consentement explicite (*opt-in*).

De plus, toutes les données d'enquête en population convergent sur l'association entre perception de l'exposition pour soi et test qui conduit les personnes qui se sentent exposées à faire un test, ce qui explique la proportion de cas « dépistés ». Pourtant les données sur le stade au diagnostic montrent que ce dépistage est trop souvent tardif. L'option du dépistage sans recherche des facteurs de risque (proposé de façon systématique, tel que recommandé en 2010) va à l'encontre de ce mécanisme qui associe le recours au test à la prise de risque. Les informations rassemblées suggèrent plutôt de rechercher les stratégies à même d'améliorer la perception du risque de façon à réduire le délai entre la contamination et le dépistage.

Définir et mettre à l'épreuve des critères de ciblage pour la proposition de dépistage

Jusqu'à présent, le « dépistage pour tous » semble avoir été peu appliqué en raison de la faible acceptabilité par les généralistes, qui sont les premiers concernés par une telle recommandation, perçue comme trop large pour une maladie aussi rare, très concentrée, et associée à des critères identifiables (même s'ils sont encore mal identifiés par le médecin). D'où une demande de critères pour un dépistage ciblé et d'indications pour un test à visée diagnostique. La capacité à cibler efficacement les populations ou les individus à risque dans les services généraux reste donc à démontrer.

L'ensemble des informations disponibles et une actualisation des modèles coût-efficacité devraient contribuer à affiner des critères de dépistage et de diagnostic et à mettre en œuvre une évaluation serrée de leur acceptabilité, de leur mise en œuvre et de leur efficacité.

Renforcer les dispositifs s'adressant aux immigrés d'Afrique subsaharienne arrivés récemment

Les immigrés d'Afrique subsaharienne représentent environ 40 % des nouveaux diagnostics. Il s'agit pour partie de personnes contaminées dans leurs pays d'origine et arrivées récemment, ce qui explique le stade tardif de la maladie au moment du diagnostic. Ce phénomène est encore plus marqué chez les hommes. Le dépistage est depuis 2004 une priorité du programme s'adressant aux migrants. Le niveau déclaré de dépistage parmi les personnes immigrées d'Afrique subsaharienne est très élevé dans les études. Les stratégies de dépistage allant au-devant des immigrés récents doivent être renforcées à travers des dispositifs qui sont au contact des immigrés de fraîche date, notamment en direction des hommes dont le retard au diagnostic plus fréquent que celui des femmes tient sans doute en partie à une moindre fréquentation du système de soins.

Bien caractériser les changements en cours en Guyane et en Guadeloupe

Il est nécessaire d'examiner de près la situation dans les DFA, et notamment dans les deux départements à épidémie très dynamique, Guyane et Guadeloupe, pour mieux caractériser l'augmentation du dépistage dans les dernières années, identifier les caractéristiques du non-recours au dépistage et son lien avec les comportements sexuels, et comprendre le phénomène persistant de maladie avancée au diagnostic (données de surveillance et données KABP-DFA).

Continuer à innover dans l'offre de dépistage aux HSH avec une évaluation complète de l'apport des nouveaux dispositifs

Dans la population HSH, les innovations les plus importantes sont la recommandation de la répétition du dépistage et les programmes communautaires. En 2011, en Île-de-France, le nombre de tests global n'a pas augmenté et on ne dispose pas de données sur l'évolution du nombre de tests dans cette population dans les années récentes. Entre 2004 et 2011, le pourcentage de dépistés dans l'année dans l'EPG est passé de 48 % à 54 %. Les expériences communautaires montrent leur attractivité liée à des conditions de proximité et des qualités médicale et d'accueil optimales ; ces expériences montrent leur intérêt pour la précocité du dépistage, particulièrement importante dans une population marquée par le nombre élevé de partenaires et la coexistence de relations de couple et de partenaires occasionnels. Cependant, les schémas d'étude n'ont pas permis à ce jour d'évaluer la place des dispositifs communautaires par rapport à l'existant (CDAG, accès direct au laboratoire et test sur prescription). Il s'agit de savoir si le dépistage communautaire accroît la couverture et la fréquence du dépistage ou s'il s'opère des phénomènes de déplacement et de substitution dans l'utilisation de l'offre de dépistage. Il apparaît nécessaire de mener une analyse serrée de la contribution des expériences communautaires sur les quatre axes essentiels que sont la capacité à joindre les plus réticents au dépistage, l'identification précoce des nouvelles infections, l'amélioration des comportements préventifs et l'impact sur l'épidémie. Les critères d'efficacité des différentes formes de dépistage et de la performance globale du dispositif devraient être définis pour définir un véritable système d'évaluation.

Tester de nouvelles interventions dans la stratégie de prévention combinée auprès des HSH

À côté d'une petite proportion d'hommes qui ont des comportements à risque et n'utilisent pas ou n'ont jamais utilisé le dépistage, sur la base des données dispo-

nibles, le recours répété au dépistage peut être interprété comme une des composantes d'un comportement sexuel à haut risque conjuguant la recherche d'une protection moins contraignante, mais moins sûre que l'utilisation du préservatif, se fondant sur le résultat du test et celui explicite ou supposé des partenaires, suivie d'une vérification du statut sérologique. Une clarification est sans doute nécessaire autour d'une redéfinition de la place du dépistage dans une stratégie intégrée de prévention qui fait actuellement défaut. Aujourd'hui existe un message implicite d'une efficacité préventive du traitement au niveau individuel (alternative au préservatif sous certaines conditions). Il serait donc intéressant de définir et de tester des nouveaux modèles d'interventions intégrant prévention et dépistage.

Envisager d'emblée les effets possibles de la mise sur le marché des autotests

L'arrivée probable des autotests dans un délai de quelques mois devrait être accompagnée par un programme d'évaluation en population générale comme chez les HSH afin de caractériser les types d'utilisation (pour soi ou ses partenaires), leur fonction dans le comportement préventif, d'apprécier le redéploiement de l'utilisation des modalités actuelles de dépistage, l'impact sur la précocité du dépistage, l'amélioration de l'accès au dépistage pour certaines populations.

Définir des objectifs à atteindre en matière d'amélioration du dépistage

Les critères de « diagnostic tardif » sont aujourd'hui l'objet d'un consensus au niveau européen. Ils ont évolué à mesure que se précisaient les connaissances sur la physiopathologie de l'infection et qu'augmentait le bénéfice individuel d'un traitement de plus en plus précoce. On est ainsi passé du sida au diagnostic ou dans les trois mois suivant le diagnostic, à un taux de CD4 inférieur à 200, puis à 350 et aujourd'hui certains évoquent le seuil de 500 CD4, indication d'initiation du traitement. De nouveaux résultats sont attendus dans les prochaines années (START, Temprano) sur le bénéfice d'un traitement dès le diagnostic pour tous les patients. Par ailleurs, divers résultats (notamment la cohorte VISCONTI) soulignent le bénéfice potentiel du dépistage et le traitement de la primo-infection. Il apparaît nécessaire de réfléchir aux niveaux à atteindre en matière de proportions de diagnostic en primo-infection et de diagnostic tardif et à l'intérêt de définir ou pas des objectifs et des critères différents par population.

Pour soutenir ces objectifs, **la coordination et l'animation par l'ANRS** de la recherche sur le dépistage reste nécessaire à travers un groupe réunissant les chercheurs, les professionnels en charge de la surveillance épidémiologique et de la prévention, les cliniciens et les associatifs porteurs des interventions de terrain.

Références

1. Antinori A, Coenen T, Costagliola D, Dedes N, Ellefson M, Gatell J, Girardi E, Johnson M, Kirk O, Lundgren J, Mocroft A, D'Arminio Monforte A, Phillips A, RabenD, Rockstroh JK, Sabin C, Sönnnerborg A, De Wolf F ; European Late Presenter Consensus Working Group. Late presentation of HIV infection : a consensus definition. *HIV Med* 2011 ; 12(1) : 61-4.
2. Attia S, Egger M, Müller M, Zwahlen M, Low N (2009) Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy : systematic review and meta-analysis. *AIDS* 2009 ; 23 : 1397–1404.
3. Beltzer N, Saboni L, Sauvage C et Sommen C. *Connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH / sida dans la population générale adulte en Île-de-France en 2010 : Situation en 2010 et 18 ans d'évolution*. Rapport ORS Île-de-France, Décembre 2011.
4. Cabié A, Bissuel F, Huc P, Paturel L, Abel S. Impact of rapid HIV testing on the return rate for routine test results in sexually transmitted infection testing centres. *Int J STD AIDS* 2011 ; 22(12) : 757-8.
5. Cabié A, Bissuel F, Abel S, Huc P, Paturel L, Pierre-François S. [Use of HIV rapid tests in free and anonymous screening consultations in the French West Indies]. *Med Mal Infect* 2009 ; 39(6) : 370-4.
6. Casalino E, Bernot B, Bouchaud O, Alloui C, Choquet C, Bouvet E, Damond F, Firmin S, Delobelle A, Nkoumazok BE, Der Sahakian G, Viard JP, Zbar OZ, Aslangul E, Kri-vine A, Zundel J, Ghosn J, Nordmann P, Claessens YE, Tahi T, Riou B, Gautheret-De-jean A, Katlama C, Hausfater P, Brun-Vézinet F, Costagliola D. Twelve months of routine HIV screening in 6 emergency departments in the Paris area : results from the ANRS URDEP study. *PLoS One* 2012 ; 7(10) : e46437.
7. Cazein F, Le Strat Y, Pillonel J, Lot F, Bousquet V, Pinget R, et al. Dépistage du VIH et découvertes de séropositivité, France, 2003-2010. *Bull Epidemiol Hebd* 2011 ; (43-44) : 446-454.
8. Cazein F, Barin F, Le Strat Y, Pillonel J, Le Vu S, Lot F, Thierry D, Meffre C, Semaille C. Prevalence and characteristics of individuals with undiagnosed HIV infection in France : evidence from a survey on hepatitis B and C seroprevalence. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2012 ; 60(4) : e114-7.
9. Cazein F, Le Strat Y, Le Vu S, Pillonel J, Lot F, Couturier S, Semaille C. Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2011. *Bull Epidemiol Hebd* 2012 ; (46-47).
10. Cazein F, Pinget R, Lot F, Pillonel J, Le Strat Y, Sommen C, Brunet S, Thierry D, Brand D, Leclerc M, Benyelles L, Da Costa C, Barin F, Semaille C. Découvertes de séropositivité VIH et sida — France, 2003-2011. *Bull Epidemiol Hebd* 2013 ; (28-29) : 333-340.
11. Champenois K, Le Gall JM, Jacquemin C, Jean S, Martin C, Rios L, Benoit O, Vermoesen S, Lert F, Spire B, Yazdanpanah Y. ANRS-COM'TEST : description of a community-based HIV testing intervention in non-medical settings for men who have sex with men. *BMJ Open* 2012 ; 2(2) : e000693.
12. Champenois K, Cousien A, Cuzin L, Le Vu S, Deuffic-Burban S, Lanoy E, Lacombe K, Patey O, Béchu P, Clavez M, Semaille C, Yazdanpanah Y. Missed opportunities for HIV testing in newly HIV diagnosed patients, a cross-sectional study. *BMC Infect Dis* 2013 ; 13(1) : 200.
13. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, et al. (2011) Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 2011 ; 365 : 493–505.

14. CCNE. *Les problèmes éthiques posés par la commercialisation d'autotests de dépistage de l'infection VIH*. Avis n° 119, 21 février 2013.
15. CNS. *Avis sur les autotests de dépistage de l'infection à VIH*. 20 décembre 2012.
16. Crémieux AC, D'Almeida KW, de Truchis P, Simon F, le Strat Y, Bousquet V, Semaille C, le Vu S, Lert F. Undiagnosed HIV prevalence based on non targeted screening in emergency departments. *AIDS* 2012 ; 26(11) : 1445-8.
17. Cuzin L, Delpierre C, Yazdanpanah Y, Lert F ; Dat'AIDS Cohort. How long do physicians wait to start antiretroviral treatment in newly diagnosed HIV-infected patients ? *HIV Clin Trials* 2011 ; 12(6) : 339-42.
18. Cuzin L, Allavena C, Pugliese P, Rey D, Hoen B, Poizot-Martin I, Cabié A, Yazdanpanah Y, for the DAT'AIDS study group. *Can the "seek, test, treat and retain" strategy be effective in France ?* (à paraître).
19. d'Almeida KW, Kierzek G, de Truchis P, Le Vu S, Pateron D, Renaud B, Semaille C, Bousquet V, Simon F, Guillemot D, Lert F, Crémieux AC ; Emergency Department HIV-Screening Group. Modest public health impact of nontargeted human immunodeficiency virus screening in 29 emergency departments. *Arch Intern Med* 2012 ; 172(1) : 12-20.
20. d'Almeida KW, Pateron D, Kierzek G, Renaud B, Semaille C, de Truchis P, Simon F, Leblanc J, Lert F, Le Vu S, Crémieux AC. Understanding providers' offering and patients' acceptance of HIV screening in emergency departments : a multilevel analysis. ANRS95008. *PLoS One* 2013 ; 8(4).
21. Dray-Spira R, d'Almeida Wilson K, Aubrière C, Marcellin F, Spire B, Lert et le groupe Vespa2. Etat de santé de la population vivant avec le VIH en France Métropolitaine en 2011 et caractéristiques des personnes récemment diagnostiquées. Premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2. *SFLS*, octobre 2012.
22. Giami A, Beaubatie E, Le Bail J. Caractéristiques sociodémographiques, identifications de genre, parcours de transition médicopsychologique et VIH/sida dans la population trans. Premiers résultats d'une enquête menée en France en 2010. *Bull Epidemiol Hebd* 2011 ; (42) : 433-437.
23. Granich RM, Gilks CF, Dye C, De Cock KM, Williams BG (2009) Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission : a mathematical model. *Lancet* 373 : 48-57.
24. Greacen T, Friboulet D, Blachier A, Fugon L, Hefez S, Lorente N, Spire B. Internet-using men who have sex with men would be interested in accessing authorised HIV self-tests available for purchase online. *AIDS Care* 2013 ; 25(1) : 49-54.
25. Greacen T, Friboulet D, Fugon L, Hefez S, Lorente N, Spire B. Access to and use of unauthorised online HIV self-tests by internet-using French-speaking men who have sex with men. *Sex Transm Infect* 2012 ; 88(5) : 368-74.
26. Halfen S (sous la responsabilité de) *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004*. Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales et Observatoire régional de la santé d'Île-de-France, avril 2006.
27. Halfen S. Trois enjeux majeurs pour faire reculer l'épidémie. Suivi de l'infection à VIH/sida en Île-de-France. Enjeux épidémiologiques et politiques régionales. *ORS Île-de-France, Bulletin de santé*, 2012, 19.
28. Hanf M, Bousser V, Parriault MC, Van-Melle A, Nouvellet ML, Adriouch L, Sebillotte CG, Couppe P, Nacher M. Knowledge of free voluntary HIV testing centres and willingness to do a test among migrants in Cayenne, French Guiana. *AIDS Care* 2011 ; 23(4) : 476-85.
29. Haute Autorité de Santé. *Recommandations en santé publique — Dépistage de l'infection par le VIH en France — Stratégies et dispositif de dépistage*. 2009. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_704257/depistage-de-linfection-par-le-vih-en-france-modalites-de-realisation-des-tests-de-depistage.

30. Heard M. Dépistage du VIH : en finir avec l'exceptionnalisme, *Transcriptase* 2006 ; 125.
31. Inpes. *Le dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles. (IST). Informations et ressources pour les professionnels de santé.* 2011.
32. InVS, ANRS. *Enquête Presse Gay 2004.* Rapport. Juin 2007.
33. Lanoy E, Mary-Krause M, Tattevin P, Perbost I, Poizot-Martin I, Dupont C, Costagliola D ; ANRS C004 French Hospital Database on HIV Clinical Epidemiological Group. Frequency, determinants and consequences of delayed access to care for HIV infection in France. *Antivir Ther* 2007 ; 12(1) : 89-96.
34. Lanoy E, Mary-Krause M, Tattevin P, Dray-Spira R, Duvivier C, Fischer P, Obadia Y, Lert F, Costagliola D ; Clinical Epidemiology Group of French Hospital Database on HIV Infection. Predictors identified for losses to follow-up among HIV-seropositive patients. *J Clin Epidemiol* 2006 ; 59(8) : 829-835.
35. Lapostolle A, Massari V, Beltzer N, Halfen S, Chauvin P. Differences in recourse to HIV testing according to migration origin in the Paris metropolitan area, France in 2010. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2013 ; (15) : 842-845.
36. Lapostolle A, Massari V, Chauvin P. Time since the last HIV test and migration origin in the Paris metropolitan area, France. *AIDS Care* 2011 ; 23(9) : 1117-27.
37. Lapostolle A. Les inégalités sociales de recours au dépistage VIH au cours de la vie entière : les acteurs associés au dépistage volontaire et opportuniste dans l'agglomération parisienne en 2005, Colloque Epidémiologie sociale et inégalités de santé, Toulouse, 28 et 29 mai 2009.
38. Lapostolle A. Density of HIV screening centers and voluntary HIV testing in the Paris Metropolitan Area in 2005, Colloque ICUH, 27-29 octobre 2010, NY City.
39. Leblanc J, D'Almeida KW, Lert F, Cremieux AC. [Participation of healthcare staff and nurse autonomy for HIV/AIDS screening]. *Rech Soins Infirm* 2012 Mar ; (108) : 43-52.
40. Lert F, Lydie N, Richard JB. Les médecins généralistes face au dépistage du VIH. Nouveaux enjeux, nouvelles pratiques in Gautier A., dir. *Baromètre santé médecins généralistes 2009.* Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2011 : 137-157.
41. Le Talc JY, Velter A, Rouzioux C, Kreplak G, Sebbah G, Tessier P, Guérin A, Derche N, Community-based rapid HIV-testing carried out by medical-staff attracts young, highly educated and 'soft sex' gay or bisexual men already accustomed to HIV-test routine (Checkpoint study, Paris, France). IAS Conference, 2011, Rome.
42. Le Talc JY, Rouzioux C, Kreplak G. *Évaluation d'un dispositif associatif médicalisé de dépistage du VIH utilisant des tests rapides et s'adressant à des HSH. Étude Checkpoint.* Rapport final, première année d'activité. 28 janvier 2010 – 27 janvier 2011.
43. Le Vu S, Velter A, Meyer L, Peytavin G, Guinard J, Pillonel J, Barin F, Semaille C. Biomarker-based HIV incidence in a community sample of men who have sex with men in Paris, France. *PLoS One* 2012 ; 7(6) Epub 2012 Jun 29.
44. Le Vu S, Le Strat Y, Barin F, Pillonel J, Cazein F, Bousquet V, Brunet S, Thierry D, Semaille C, Meyer L, Desenclos JC. Population-based HIV-1 incidence in France, 2003-08 : a modelling analysis. *Lancet Infect Dis* 2010 ; 10(10) : 682-7.
45. Le Vu S, Barin F, Le Strat Y, Pillonel J, Cazein F, Semaille C. *Estimations d'incidence de l'infection par le VIH pour les départements français d'Amérique.* Paris, 20 novembre 2012.
46. Le Vu S. *Recours au dépistage de l'infection par le VIH en population générale.* À paraître.
47. Lewden C, Thiébaud R, Boufassa F, Coulibaly A, Malateste K, Seng R, Toni TD, Inwoley A, Rouzioux C, Minga A, Anglaret X, Meyer L. Comparison of early CD4 T-cell count in HIV-1 seroconverters in Côte d'Ivoire and France : the ANRS PRIMO-CI and SEROCO cohorts. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010 ; 53(2) : 260-5.

48. Lorente N, Champenois K, Blanche J, Préau M, Suzan-Monti M, Mora M, Fugon L, Carrieri MP, Sagaon-Teyssier L, Le Gall JM, Spire B, Yazdanpanah Y. Investigating recent testing among MSM : results from community-based HIV rapid testing attendees in France. *A paraître*.
49. Lorente N, Suzan-Monti M, Vernay-Vaisse C, Mora M, Blanche J, Fugon L, Dhotte P, Le Gall JM, Rovera P, Carrieri MP, Préau M, Spire B. Empowering HIV testing as a prevention tool : targeting interventions for high-risk men who have sex with men. *AIDS Care* 2012 ; 24(8) : 1039-45.
50. Lorente N, Preau M, Vernay-Vaisse C, Mora M, Blanche J, Otis J, Passeron A, Le Gall JM, Dhotte P, Carrieri MP, Suzan-Monti M, Spire B ; ANRS-DRAG Study Group. Expanding access to non-medicalized community-based rapid testing to men who have sex with men : an urgent prevention intervention (The ANRS-DRAG Study). *PLoS One* 2013 ; 8(4) : e61225.
51. Lydié N (sous la direction de). Les populations africaines d'Île-de-France face au VIH/sida. Connaissances, attitudes, croyances et comportements, 2007, Inpes, Collections Etudes Santé
52. Marcus U, Hickson F, Weatherburn P, Schmidt AJ ; EMIS Network. Prevalence of HIV among MSM in Europe : comparison of self-reported diagnoses from a large scale internet survey and existing national estimates. *BMC Public Health* 2012 ; 12 : 978.
53. Marcus U, Schmidt AJ, Berg R, Breveglieri M, Fernadez-Davila P, Ferrer L, Folch C, Furegato, M, Hickson F, Hospers H, Reid D, Weatherburn P and the EMIS Network. Differences in association between HIV testing and risk taking among men having sex with men (MSM) across Europe - Results of the MSM internet survey [EMIS]. IAS Conference, Washington, 2012 [TUPE492].
54. Massari V, Lapostolle A, Cadot E, Parizot I, Dray-Spira R, Chauvin P. Gender, Socio-economic status, migration origin and neighbourhood of residence are barriers to HIV testing in the Paris metropolitan area. *AIDS Care* 2011 ; 23(12) : 1609-18.
55. Montlahuc C, Guiguet M, Abgrall S, Daneluzzi V, de Salvador F, Launay O, Martinez V, Partisani M, Pradier C, Rouveix E, Valin N, Grabar S, Costagliola D on behalf of the FHDH ANRS CO4 cohort. Impact of late presentation on the risk of death among HIV-infected people in France (2003-2009). *J Acquir Immune Defic Syndr* 2013 ; sous presse.
56. Muessig KE, Smith MK, Powers KA, Lo YR, Burns DN, Grulich AE, Phillips AN, Cohen MS. Does ART prevent HIV transmission among MSM ? *AIDS* 2012 ; 26(18) : 2267-73.
57. Ndawinz JD, Costagliola D, Supervie V. New method for estimating HIV incidence and time from infection to diagnosis using HIV surveillance data : results for France. *AIDS* 2011 ; 25(15) : 1905-13.
58. Ndiaye B, Salleron J, Vincent A, Bataille P, Bonnevie F, Choisy P, Cochonat K, Fontier C, Guerroumi H, Vandercam B, Melliez H, Yazdanpanah Y. Factors associated with presentation to care with advanced HIV disease in Brussels and Northern France : 1997-2007. *BMC Infect Dis* 2011 Jan 12
59. Organisation mondiale de la santé, ONUSIDA. *Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé*. Genève : OMS ; 2007.
60. ORS Île-de-France. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France. Évolutions 1992-1994-1998-2001-2004. ORS, 2005.
61. Pantazis N, Morrison C, Amornkul PN, Lewden C, Salata RA, Minga A, Chipato T, Jaffe H, Lakhi S, Karita E, Porter K, Meyer L, Touloumi G ; CASCADE Collaboration in EuroCoord and ANRS 1220 Primo-CI Study Group. Differences in HIV natural history among African and non-African seroconverters in Europe and seroconverters in sub-Saharan Africa. *PLoS One* 2012 ; 7(3) : e32369.
62. Partouche H et Renard V. Dépistage de l'infection par le VIH en médecine générale Multiplier les propositions de test et privilégier l'entretien orienté. Séminaire de recherche de l'ANRS, Paris, mai 2012.

63. Picard O, Valin O, Fonquernie L, Ouazeneu Z, Guyon H, Morand-Joubert L, Girard PM. Tests rapides d'orientation et de diagnostic de l'infection par le VIH en CDAG : expérience pilote en France (janvier 2010-janvier 2011). *Bull Epidemiol Hebd* 2011, 42 : 438-441.
64. Prazuck T, Ducasse E, Huard E, Languille A, Sandberg F, Guinard J, Theillay A, Hocqueloux L. Tests rapides d'orientation et de diagnostic du VIH en CDAG : impact sur le rendues autres sérologies et intérêt de la mise en place de mesures de rappel des consultants perdus de vue. *Bull Epidemiol Hebd* 2013, (30) : 369-76.
65. Roussillon C, Hénard S, Hardel L, Rosenthal E, Aouba A, Bonnet F, et al. Causes de décès des patients infectés par le VIH en France en 2010. Étude ANRS EN20 Mortalité 2010. *Bull Epidemiol Hebd* 2012, (46-47) : 541-5.
66. Rouzioux C, Le Talc JY, Kreplak G, Tessier P, Sebbah G, Guérin A, Derche N. Frequent HIV testing in a community setting improves detection of acute and recent infections among MSM in Paris, France. (Checkpoint study). IAS Conference, 2011, Rome.
67. Schmidt AJ, Benvenuti S, Breveglieri M, Ferrer L, Folch C, Hickson F, Hospers H, Marcus U, Mykolaychuk, Mirandola M, Berg R, Reid D, Weatherburn P for the EMIS Consortium. The European MSM Intertet Survey (EMIS). UNGASS indicators. <http://www.emis-project.eu/ungass>
68. SPILF, SFLS Consensus formalisé. *Prise en charge de l'infection VIH en médecine générale et en médecine de ville*, 2009.
69. Supervie V, Costagliola D. Undiagnosed HIV prevalence in France : no evidence against universal HIV screening. *AIDS* 2012 Nov 28 ; 26(18) : 2419.
70. Supervie V, Ndawinz J, Costagliola D. How to estimate the size of the hidden HIV epidemic ? The case of France. HIV in Europe ; Copenhagen 2012 Conference. Copenhagen, Denmark ; 2012.
71. Supervie V, Ndawinz JDA, Lodi S., Costagliola D. *The face of the hidden HIV epidemics in France and its implications for HIV screening strategies*. (à paraître)
72. Supervie V, Costagliola D. Quelle est la taille de l'épidémie cachée du VIH en France ? 6^e Conférence Francophone VIH/SIDA. Genève, Suisse : mars 2012.
73. Velter A, Barin F, Bouyssou A, Guinard J, Léon L, Le Vu S, Pillonel J, Spire B, Semaille C. HIV Prevalence and Sexual Risk Behaviors Associated with Awareness of HIV Status Among Men Who Have Sex with Men in Paris, France. *AIDS Behav* 2013 ; 17(4) : 1266-78.
74. Velter A, Bouyssou A, Pillonel J, Jacquier G, Semaille C. Baromètre gay 2005 : enquête auprès des hommes fréquentant les lieux de rencontre gay franciliens. *Bull Epidemiol Hebd* 2006 ; 25 : 178-80.
75. Velter A, Bouyssou A, Saboni L, Bernillon P, Sommen C, Methy N, Semaille C. InVS – Enquête presse gays et lesbiennes 2011- Premiers résultats. Paris, 20 novembre 2012.
76. Yazdanpanah Y, Sloan CE, Charlois-Ou C, Le Vu S, Semaille C, Costagliola D, Pillonel J, Poullie A, Scemama O, Deuffic-Burban S, Losina E, Walensky RP, Freedberg KA, Paltiel AD. Routine HIV screening in France : clinical impact and cost-effectiveness. *PLoS One* 2010 ; 5(10) : e13132.
77. Yéni P (sous la direction de). *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts*. Rapport 2008. Ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports. Médecine-Sciences. Flammarion, 2008.
78. Yéni P (sous la direction de). *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts*. Rapport 2010. Ministère de la Santé et des Sports. La Documentation française, 2010.

Annexe : fiches par étude

Estimation de l'incidence de l'infection à VIH et du délai entre l'infection et le diagnostic VIH en France

Responsable et équipe projet : Jacques Ndawinz, Dominique Costagliola, Virginie Supervie

Objectifs : Estimer le nombre de nouvelles infections à VIH et le délai entre l'infection et le diagnostic VIH dans chaque groupe de transmission en France

Rationnel de l'étude : Les méthodes existantes permettant d'estimer l'incidence font l'hypothèse que les taux de dépistage sont stables au cours du temps. Or la proposition de test de dépistage à l'ensemble de la population sexuellement active, hors notion d'exposition à un risque de contamination ou caractéristique particulière, va sans doute modifier les pratiques vis-à-vis des tests de dépistage. Il apparaît donc essentiel de développer de nouvelles méthodes d'estimation de l'incidence de l'infection à VIH pouvant prendre en compte des changements de comportement vis-à-vis des tests de dépistage au cours du temps.

Méthodes : pour estimer le délai entre l'infection et le diagnostic entre 2004 et 2007 pour chaque groupe de transmission, ce nouveau modèle de rétrocalcul utilise les données sur le stade clinique des nouveaux diagnostics VIH issues de la DO VIH entre 2003 et 2008 (infection de moins de 6 mois pour les personnes diagnostiquées en primo-infection, distribution de la période d'incubation naturelle pour les personnes au stade sida au diagnostic de l'infection, estimation de la distribution selon deux paramètres inconnus estimés ici pour les personnes ni au stade primo ni au stade sida au diagnostic de l'infection).

Principaux résultats : Avec 2 969 (intervalle de confiance à 95 % [IC95 % : 2 529-3 310]) nouvelles infections en 2007, ce sont chez les hommes qui ont des rapports avec les hommes (HSH) que survient le plus grand nombre d'infections (38,0 % du nombre total d'infections en 2007), suivis des femmes hétérosexuelles étrangères (18,5 %), des hommes hétérosexuels français (18,0 %), des hommes hétérosexuels étrangers (13,0 %), des femmes hétérosexuelles françaises (11,0 %) et des usagers de drogues injectables (UDI) (1,5 %). Le nombre de nouvelles infections survenant chez les étrangers est plus grand que celui survenant chez les hétérosexuels français (2 469 [IC95 % : 1 588-3 202] versus 2 291 [IC95 % : 1 262-3 183]). Parmi les étrangers, ce sont chez les femmes que l'on enregistre le plus grand nombre de nouvelles infections (1 454 (IC95 % : 1 029-1 765) versus 1015 (IC95 % : 559-1 437)). À l'inverse, chez les hétérosexuels français, ce sont chez les hommes que l'on enregistre le plus grand nombre d'infections (1 399, [IC95 % : 817-1 970] versus 892 [IC95 % : 445-1 213]). Chez les UDI, le nombre de nouvelles infections atteint 123 (IC95 % : 21-224) en 2007. Au total on estime que 7 851 (IC95 % : 5 400-9 900) nouvelles infections sont survenues en 2007. Ce chiffre est très proche de celui de l'InVS au global (7 530 nouvelles infections en 2007, Le Vu, Lancet, 2010), mais des différences importantes apparaissent pour chaque groupe de transmission, notamment chez les hétérosexuels étrangers : infection de 660 hommes et 1 030 femmes hétérosexuels étrangers en 2007 pour l'INVS, contre 1 015 hommes et 1 454 femmes hétérosexuels étrangers selon ce modèle de rétrocalcul. Ce modèle a permis d'estimer pour chaque groupe de transmission le délai moyen entre l'infection et le premier diagnostic : 37 mois pour les HSH infectés en 2007, 42 mois pour les femmes hétérosexuelles étrangères, 45 mois pour les UDI, 51 mois pour les femmes hétérosexuelles fran-

çaises, 53 mois pour les hommes hétérosexuels français et 54 mois pour les hommes hétérosexuels étrangers. L'incidence de l'infection à VIH et les délais entre l'infection et le diagnostic VIH sont estimés assez stables chez tous les groupes de transmission entre 2004 et 2007.

Publications et présentations

Ndawinz JDA, Costagliola D, Supervie V. (2011) New method for estimating HIV incidence and time from infection to diagnosis using HIV surveillance data : results for France. *AIDS* 25 :1905-13

Ndawinz JDA, Costagliola D, Supervie V. Évolution récente de l'incidence du VIH en France. 5^e Conférence francophone VIH/SIDA. Casablanca, Maroc : mars 2010.

Ndawinz JDA, Costagliola D, Supervie V. Recent increase in the incidence of HIV infection in France. 17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), San Francisco, February 2010.

Financements : Sidaction, bourse MENRT

PREVAGAY

Responsable et équipe projet : Annie Velter, Alice Bouyssou, Stéphane Le Vu, Josiane Pillonel, Caroline Semaille, Francis Barin, G r me Guinard

Objectifs : L tude PREVAGAY a pour objectif principal d'estimer la prévalence biologique de l'infection à VIH et son incidence chez des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) qui fréquentent les lieux de convivialité gay parisiens, ainsi que de décrire les comportements sexuels à risque associés aux statuts sérologiques VIH. Son objectif secondaire est d'estimer la prévalence de l'infection par le VHC et celle de l'infection chronique par le VHB.

Rationnel de l tude : Seules des données de prévalence VIH déclaratives étaient disponibles pour les HSH, provenant d'enquêtes comportementales. Au vu des données épidémiologiques et comportementales récentes, il était important de disposer de données biologiques objectives.

Méthodes : L'enquête transversale anonyme a été réalisée à Paris dans 14 établissements commerciaux de convivialité gay (saunas, backrooms et bars). Les HSH déposaient sur un papier buvard un échantillon de sang par autoprélèvement capillaire au bout du doigt, puis complétaient un autoquestionnaire comportemental. La recherche des anticorps anti-VIH a été réalisée en laboratoire avec le test Genscreen ultra HIV Ag-Ab (Biorad), les échantillons positifs ont été confirmés par Western Blot.

Principaux résultats : Au total, 919 HSH ont accepté de participer (58 %). La prévalence pour le VIH était de 17,7 %, [IC95 % : 15,3-20,4 :]. Le recours à un test de dépistage du VIH dans les 12 derniers mois était de 62 %. Cependant, 20 % des HSH séropositifs ignoraient leur séropositivité. L'activité sexuelle et les comportements sexuels à risque étaient importants parmi les HSH séropositifs pour le VIH, qu'ils connaissent ou pas leur séropositivité. Le taux d'incidence global est estimé à 3,8 pour 100 personne-années (PA) [IC95 % : 1,5-6,2]. Le taux d'incidence est estimé à 3,5 pour 100 PA [IC95 % : 0,1-6,1] parmi les 557 hommes qui avaient eu un test VIH négatif dans l'année précédente, et à 4,8 pour 100 PA [IC95 % : 0,1-10,6] parmi ceux (n=329) qui n'avaient jamais été testés auparavant ou testés depuis plus d'un an (la différence étant non significative).

Publications et présentations

Velter A, Barin F, Bouyssou A, Le Vu S, Guinard J, Pillonel J, Semaille C. Prévalence du VIH et comportement de dépistage des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay parisiens, PREVAGAY 2009. *Bull Epidemiol Hebd* 2010 ; (45-46) : 464-67

Le Vu S, Velter A, Meyer L, Peytavin G, Guinard J, Pillonel J, Barin F, Semaille C. Biomarker-based HIV incidence in a community sample of men who have sex with men in Paris, France. *PLoS One* 2012 ; 7 : e39872.

Velter A, Barin F, Bouyssou A, Guinard J, Leon L, Le VS, Pillonel J, Spire B, Semaille C. HIV Prevalence and Sexual Risk Behaviors Associated with Awareness of HIV Status Among Men Who Have Sex with Men in Paris, France. *AIDS Behav* 2012.

Estimation de la séroprévalence de l'infection par le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes fréquentant des lieux de convivialité gay, Annie Velter, Alice Bouyssou, Francis Barin, Antonio Alexandre, Jean Guinard,

David Friboulet, Stéphane Le Vu, Josiane Pillonel, Caroline Semaille, 5^e Conférence francophone VIH/SIDA, Casablanca, 29 mars 2010

PREVAGAY 2009 : Question de méthode et résultats d'une plongée épidémiologique in vivo à Paris

Annie Velter, Alice Bouyssou, Francis Barin, Antonio Alexandre, Caroline Semaille
Prévention et sexualité gay : entre prévalence et autonomie — Université Libre de Bruxelles – 20 mai 2010

La place du dépistage dans les stratégies de prévention des HSH fréquentant les lieux de convivialité gay parisiens PREVAGAY 2009, Annie Velter, A. Bouyssou, F. Barin, S. Le Vu, L. Léon, J. Pillonel, A. Alexandre, Caroline Semaille, Séminaire de recherche ANRS – 4 mai 2012

Financements : InVS — ANRS

Prévalence et caractéristiques des personnes qui ignorent leur diagnostic d'infection VIH à partir de l'enquête nationale de prévalence des hépatites B et C réalisée en France en 2004

Responsable et équipe projet : Caroline Semaille

Objectif : Estimer la prévalence et les caractéristiques des personnes qui ignorent leur séropositivité au VIH en France

Rationnel de l'étude : Une étude auprès d'un échantillon national d'assurés sociaux volontaires pour un examen de santé a été conduite en 2003/2004 afin d'estimer la séroprévalence des hépatites B et C en France et la proportion des personnes non diagnostiquées pour les hépatites. Une sérothèque, constituée après cette enquête, a été utilisée rétrospectivement pour estimer la prévalence l'infection VIH.

Méthodes : La population source repose sur un échantillon aléatoire d'assurés sociaux de la CNAMTS âgés de 18 à 80 ans en 2003/2004, constitué selon un plan de sondage à deux degrés (les centres d'examen de santé (CES) et les CPAM puis les assurés sociaux, appartenant aux CPAM tirés au sort). Plus de 14 000 sujets, âgés de 18 à 80 ans, ont été inclus. Les assurés sociaux ont reçu un courrier les invitant à venir se présenter pour un examen de santé gratuit. Une note mentionnait explicitement que la sérologie VIH pourrait être proposée. Pour chaque patient, un questionnaire a été complété comprenant des informations sociodémographiques, des informations sur la couverture sociale, les facteurs de risque vis-à-vis des hépatites, les antécédents médicaux et chirurgicaux, les risques sexuels et les séjours hors métropole. Les sérums des personnes incluses dans l'étude ont été adressés au Centre National de Référence du VIH pour test de dépistage du VIH (Elisa puis Western Blot). Les données ont été analysées en tenant compte du plan de sondage. Les estimations ont été redressées sur les données de recensement de l'Insee selon l'âge, le sexe, la CMUc et l'inter-région téléphonique. Les prévalences ont été estimées en combinant les données de recensement de l'Insee et de l'enquête « Contexte de la sexualité en France » de l'Inserm/Ined réalisée en 2006.

Outcomes principaux : Prévalence des non diagnostiqués par sexe, âge, groupe de transmission

Principaux résultats : Le nombre de sérums exploitables pour l'étude VIH est de 11 890 sérums, représentant 83 % des sérums de l'enquête de séroprévalence des hépatites. 18 personnes ont été identifiées comme séropositives, soit une prévalence de l'infection à VIH estimée à 0,065 % [IC95 % : 0,026 – 0,16], représentant 29 008 personnes âgées de 18 à 80 ans en France métropolitaine [IC95 % : 11 603-70 958]. Elle a été estimée respectivement à 0,041 % chez les femmes et à 0,09 % chez les hommes (différence NS). Chez les homo-bisexuels, elle était significativement plus élevée que chez les hétérosexuels (1,7 % vs 0,05 %) et celle chez les personnes nées en Afrique subsaharienne était significativement plus élevée que chez les personnes nées en France (1,1 % vs 0,03 %). La prévalence du VIH la plus élevée était observée chez les 40-59 ans à 0,09 % (IC95 % : 0,02 – 0,33), elle était de 0,06 % (IC95 % : 0,02-0,18) et 0,03 % (IC95 % : 0,008-0,15) respectivement chez les 18-39 ans et les 60-80 ans. La prévalence en Île-de-France (IDF) était de 0,16 % (IC95 % : 0,06-0,43) alors qu'elle était de 0,04 % (IC95 % : 0,01-0,18) dans le reste de la métropole. Dans cette

étude, les personnes infectées par le VIH appartenait principalement à des populations particulièrement exposées au VIH, à savoir des personnes nées en Afrique subsaharienne ou se déclarant homo-bisexuelles. Des hommes français se déclarant hétérosexuels ont également été identifiés comme séropositifs, mais dans une moindre proportion. Aucune sérologie positive n'a été identifiée chez les femmes hétérosexuelles françaises ni chez les usagers de drogues. L'estimation de la prévalence des personnes non diagnostiquées pour le VIH repose sur une hypothèse raisonnable, mais qui ne peut être vérifiée (les personnes qui connaissent leur séropositivité et celles qui ne se font pas suivre médicalement ne répondraient pas à une invitation pour un examen de santé gratuit qui, de surcroît, précise qu'une sérologie VIH sera proposée). Si on considère cette hypothèse comme acceptable, le nombre de personnes ignorant leur séropositivité en France en 2004 serait de 29 000 personnes âgées de 18 à 80 ans correspondant à une prévalence des infections à VIH non diagnostiquées de 0,065 et représentant 19 % de personnes infectées par le VIH en France.

Publications et présentations

Cazein F, Barin F, Le Strat Y, Pillonel J, Le Vu S, Lot F, Thierry D, Meffre C, Semaille C. Prevalence and characteristics of individuals with undiagnosed HIV infection in France : evidence from a survey on hepatitis B and C seroprevalence. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2012 ; 60(4) :e114-7.

F Cazein, F Barin, Y Le Strat, J Pillonel, S Le Vu, F Lot, D Thierry, C Meffre, C Semaille. Leçons tirées de l'enquête nationale de prévalence des hépatites B et C pour la prévalence du VIH en France. Symposium ANRS, 31^e Réunion Interdisciplinaire de Chimiothérapie Anti-infectieuse Communication n 132

Financements : InVS

Caractéristiques et taille de l'épidémie cachée du VIH en France et implications pour les stratégies de dépistage

Responsable et équipe projet : Virginie Supervie, Jacques Ndawinz, Sara Lodi, Dominique Costagliola

Objectif : Estimer le nombre et les caractéristiques des personnes ignorant leur séropositivité en France.

Rationnel de l'étude : Les données sur le nombre et les caractéristiques des personnes ignorant leur séropositivité sont difficiles à obtenir. En France, le seul chiffre avancé est celui d'environ 50 000. Il correspond à la moyenne de 2 estimations différentes (35 000 et 70 000), qui reposent sur des extrapolations d'estimations de la prévalence du VIH réalisées à la fin des années 1990 et des hypothèses fortes de stationnarité, à la fois sur le nombre de nouvelles infections et de décès, sur une période de plus de 10 ans. De plus, cette estimation englobe les personnes non diagnostiquées et les personnes diagnostiquées non suivies.

Méthodes : Le nouveau modèle de rétrocalcul développé a permis d'estimer 2 métriques : i) l'incidence de l'infection à VIH et ii) la distribution des délais entre l'infection et le diagnostic VIH. Celles-ci ont été combinées avec des données sur le déclin des CD4 chez les personnes naïves de traitement afin d'estimer la taille et les caractéristiques (groupe de transmission et taux de CD4) des personnes ignorant leur séropositivité en France fin 2010.

Principaux résultats : le nombre de personnes ignorant leur séropositivité a été estimé à 28 800 (intervalle de confiance à 95 % (IC) : 19 100-36 700) ; 2/3 étaient des hommes. 60 % des personnes ignorant leur séropositivité avaient des $CD4 \leq 500$ $CD4/mm^3$; les hommes avaient des CD4 plus bas que les femmes. Les nombres d'hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH), d'hétérosexuels nés à l'étranger et d'hétérosexuels français qui ignoraient leur séropositivité étaient proches (respectivement, 9 000, 9 500 et 9 800). Néanmoins, dû à des différences dans la taille des groupes de transmission, les taux de prévalence du VIH non diagnostiqué entre ces groupes étaient significativement différents (2,88 % chez les HSH, 0,36 % chez les hétérosexuels nés à l'étranger et 0,03 % chez les hétérosexuels français, $p < 0,001$).

Ces estimations sont estimées être en accord avec l'enquête réalisée dans les services d'urgences d'Île-de-France par D'Almeida et al. (Arch Intern Med, 2012). Celle-ci a trouvé 0 nouveau cas parmi 8 430 tests réalisés chez les hétérosexuels français. Ceci donne un intervalle de confiance à 95 % pour la prévalence du VIH non diagnostiqué entre 0 et 0,04 %. Cet intervalle est en accord avec l'estimation de la prévalence du VIH non diagnostiqué chez les hétérosexuels français trouvée par rétrocalcul, qui va de 0,01 à 0,04 % et est donc compatible avec une taille de l'épidémie cachée chez les hétérosexuels français entre 0 et 13 500.

Ces estimations suggèrent que le dépistage universel de l'ensemble de la population ne serait pas coût-efficace en France, la prévalence trouvée du VIH non diagnostiqué étant inférieure au seuil de 0,10 % suggéré par plusieurs études pour que la stratégie de dépistage dans la population générale soit coût-efficace (0,07 % (IC : 0,05-0,09 %)). Toutefois, ce dépistage universel pourrait s'avérer coût-efficace pour les hommes pour lesquels la prévalence du VIH non diagnostiqué est de 0,10 % (IC : 0,07-0,13), notamment dans les régions où la prévalence du VIH est élevée, telle que l'Île-de-France. Le dépistage universel chez les hommes,

qui représentent les 2/3 de l'épidémie cachée, serait un compromis entre le dépistage universel de l'ensemble de la population et le dépistage ciblé des populations à haut risque d'infection. Les femmes ne seraient pas laissées pour compte dans la mise en place de cette stratégie puisque le dépistage du VIH est déjà fortement recommandé pour les femmes enceintes.

Publications et présentations

Supervie V, Ndawinz JDA, Lodi S., Costagliola D. (2012) The face of the hidden HIV epidemics in France and its implications for HIV screening strategies. **Soumis.**

Supervie V, Costagliola D. How to estimate the size of the hidden HIV epidemic ? The case of France. HIV in Europe, 2012 Conference. Copenhagen, Denmark, March 2012.

Supervie V, Costagliola D. Quelle est la taille de l'épidémie cachée du VIH en France ? 6^e Conférence Francophone VIH/SIDA. Genève, Suisse : mars 2012.

Financements : Sidaction, bourse MENRT

Enquêtes ANRS-KABP

Responsable et équipe projet : Nathalie Beltzer, Stéphane Le Vu

Objectifs : Mesurer l'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements vis-à-vis de l'infection par le VIH et suivre l'évolution du recours au dépistage dans la population générale française au regard de la perception du risque et des comportements.

Méthodes : Les enquêtes ANRS-KABP réalisées en 1992, 1994, 1998, 2001, 2004 et 2010 reposent sur un protocole d'interview similaire, à partir d'un échantillon probabiliste de numéros de téléphone. Pour l'enquête de 2010, afin de tenir compte de l'évolution de la couverture téléphonique, en plus de l'échantillon habituel des personnes interrogées à partir de leur téléphone filaire, un échantillon équivalent a été sélectionné via le téléphone mobile. La sélection de la personne à interroger repose sur un mode de tirage à deux degrés : la génération aléatoire d'un numéro de téléphone, puis le tirage au sort d'un individu parmi l'ensemble des personnes éligibles du foyer ou des utilisateurs du mobile. Toute personne âgée entre 18 et 69 ans, parlant le français et résidant en France métropolitaine, était éligible. Pour des raisons de comparabilité avec l'enquête de 2001, seules les personnes âgées entre 18 et 54 ans ont été retenues dans les analyses longitudinales. Pour tenir compte de la probabilité d'être sélectionné, les échantillons ont été pondérés par la taille du ménage et par la répartition mobile/filaire pour l'édition 2010. Puis, pour rendre la structure similaire à celle de la population générale, les données ont été redressées sur les données sociodémographiques du recensement disponibles à la date de l'enquête.

Outcomes principaux : L'enquête KABP comporte un module dépistage depuis la première édition en 1992. Ce module inclut des questions répétées à l'identique permettant de présenter l'évolution des principaux indicateurs relatifs au recours au test de dépistage du VIH : « recours au test de dépistage au cours de la vie », « non-recours au test de dépistage au cours de la vie » et « recours au test de dépistage au cours des douze derniers mois ». Puisqu'en 2001, seules les personnes de 18 à 54 ans ont été interrogées, les évolutions entre 1992 et 2010 sont représentées uniquement pour cet intervalle d'âge. Le reste des résultats concerne les personnes entre 18 et 69 ans. Le module comprend aussi des questions relatives aux circonstances du dernier test de dépistage : lieu du dernier test, motivations du dernier test et raisons pour n'avoir réalisé aucun test. Pour les motivations ou circonstances du dernier test, certaines modalités de réponse ayant évolué depuis le début des enquêtes, la comparaison entre les enquêtes 2004 et 2010 a été réalisée en constituant deux grandes catégories de réponses : « test effectué à l'initiative du répondant » et « test effectué à la demande d'une personne extérieure ». En 2010, de nouvelles questions ont été introduites dans le module : la date du dernier test ainsi que des questions concernant à l'acceptation de nouvelles modalités du test de dépistage.

Principaux résultats : En 2010, 61,4 % (IC95 % : 60,2-62,5) de la population des 18-69 ans (57,9 % des hommes et 65,0 % des femmes) déclarent avoir effectué au moins un test de dépistage du virus du sida au cours de leur vie. Cette proportion est en hausse significative par rapport à l'enquête de 2004. 14,1 % (IC95 % : 13,3-14,9) de la population des 18-69 ans (14,7 % des hommes et 13,5 % des femmes) déclarent avoir effectué au moins un test de dépistage du virus du sida

au cours des 12 derniers mois. La proportion de déclaration de recours au test dans les douze derniers mois est en hausse significative par rapport à l'enquête de 2004. Cette augmentation est constatée pour tous les niveaux des caractéristiques sociodémographiques des populations des enquêtes de 2004 et de 2010 : âge, niveau de diplôme, vie en couple, lieu de résidence, connaissance d'une personne séropositive dans l'entourage proche et orientation sexuelle, ainsi que selon les antécédents d'IST et l'occurrence d'un nouveau partenaire dans l'année. Elle est néanmoins plus nette chez les hommes et les femmes ne vivant pas en couple et les personnes abstinentes, bisexuelles ou homosexuelles. Par ailleurs, cette hausse du recours dans les 12 mois concerne aussi bien des personnes réalisant leur premier test que des personnes qui avaient déjà été testées auparavant. Par rapport à l'enquête 2004, la réalisation d'un test récent directement auprès d'un laboratoire, dans une CDAG ou un centre de planning familial et lors d'un don de sang est en augmentation, au détriment du recours à l'hôpital ou auprès d'un laboratoire avec une prescription.

Publications et présentations

Le Vu S. Recours au dépistage de l'infection par le VIH en population générale. À paraître.

Financements : ANRS, Inpes, DGS, IReSP

Les déterminants sociaux et territoriaux du recours au dépistage VIH dans l'agglomération parisienne (SIRS)

Responsable et équipe projet : Véronique Massari, Annabelle Lapostolle, Pierre Chauvin, Rosemary Dray-Spira, Isabelle Grémy, Nathalie Beltzer, Sandrine Halfen

Objectifs : Améliorer les connaissances sur les facteurs déterminant le recours au dépistage dans ses différentes modalités (volontaire, proposé, proposé systématiquement, obligatoire) en s'attachant spécifiquement à deux dimensions encore peu explorées : une dimension individuelle, celle des origines migratoires (des immigrés et des Français issus de l'immigration) et une dimension territoriale (les processus territoriaux).

Rationnel de l'étude : Le dépistage de l'infection à VIH pose le problème de l'adhésion des populations les plus jeunes, les plus âgées et les moins éduquées. La grande majorité des études porte essentiellement sur des populations jugées à risque ou les facteurs déterminants des pratiques à risques. Toutefois quatre domaines principaux, qui influent sur les pratiques de dépistage de cette infection, peuvent être identifiés : les facteurs sociodémographiques, ceux relatifs aux comportements face à la santé, les facteurs psychosociaux et enfin environnementaux.

Méthodes : La cohorte SIRS (Santé, Inégalités et Ruptures Sociales) a été constituée en 2005 dans l'agglomération parisienne par l'équipe DS3 UMR5707. Il s'agit d'une cohorte qui se veut généraliste dans le champ de l'épidémiologie sociale. En 2005, 3 000 individus ont été inclus dans cette cohorte nominative et interrogés en face à face à leur domicile. Ces individus constituent un échantillon aléatoire (tiré à trois degrés : IRIS, ménage, adulte du ménage), représentatif de la population majeure et francophone vivant à Paris et dans la première couronne de départements (92, 93, 94), dans lequel les ménages vivant en Zone urbaine sensible (ZUS) et dans les quartiers de type « ouvrier » (selon la typologie d'E. Préteceille) sont surreprésentés. Cette étude se base sur les données recueillies lors du 3^e passage de la cohorte (après l'inclusion en 2005 et un suivi téléphonique 18 mois plus tard) qui a eu lieu entre novembre 2009 et mars 2010.

Principaux résultats : Les principaux résultats mettent en évidence de fortes disparités de recours au test de dépistage VIH selon l'origine migratoire des individus et/ou le contexte résidentiel. Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne déclaraient des prévalences de dépistage VIH (volontaire ou vie entière) supérieures aux Français de parents français. A contrario les personnes d'origine maghrébine déclaraient moins de recours au dépistage volontaire que les Français de parents français. Une étude de l'impact de l'accès aux différents modes de dépistage (gynécologues, médecins, laboratoires et CDAG/CIDDIST) a mis en évidence un lien entre accessibilité des CDAG et recours au dépistage volontaire dans les quartiers à faible densité médicale alors que ce lien n'était pas observé dans les quartiers avec une densité médicale plus élevée.

Publications et présentations

Lapostolle A, Massari V, Beltzer N, Halfen S, Chauvin P. Differences in recourse to HIV testing according to migration origin in the Paris metropolitan area, France in 2010. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 2013 ; (15) : 842-845.

Lapostolle A, Massari V, Chauvin P. Time since the last HIV test and migration origin in the Paris metropolitan area, France. *AIDS Care* 2011 ; 23(9) :1117-27.

Massari V, Lapostolle A, Cadot E, Parizot I, Dray-Spira R, Chauvin P. Gender, socio-economic status, migration origin and neighbourhood of residence are barriers to HIV testing in the Paris metropolitan area. *AIDS Care* 2011 ; 23(12) :1609-18.

Lapostolle A, Massari V, Chauvin P. Differences in recourse to HIV testing according to migration origin in the Paris metropolitan area in 2010. 4th Conference on Migrant and Ethnic Minority Health in Europe, Milan, 21-23 June 2012. (comm. orale)

Lapostolle A, Vallée J, Massari V, Chauvin P. *Accessibility of HIV facilities and voluntary HIV testing in the Paris metropolitan area (France) in 2010*. AIDS 2012 Conference, Washington, 22-28 July 2012. Abstract n° A-452-0240-19293. (poster)

Kesteman T, Lapostolle A, Massari V, Chauvin P. *Impact of migration origin on individual protection strategies against sexual transmission of HIV in Paris metropolitan area, France*. AIDS 2012 Conference, Washington, 22-28 July 2012. Abstract n° A-452-0254-15154. (poster)

Kesteman T, Lapostolle A, Massari V, Chauvin P. Déterminants des stratégies individuelles de protection vis-à-vis de la transmission du VIH dans l'agglomération parisienne en 2010. Congrès annuel de la Société Française de Santé Publique, Lille, 3 novembre 2011. (comm. orale)

Lapostolle A, Vallée J, Cadot E, Massari V, Chauvin P. Density of HIV screening centers and voluntary HIV testing in the Paris metropolitan area in 2005. 9th International conference on urban health, New York Academy of Medicine, October 27-29 2010. Abstract book : OS29.1. (comm. orale)

Lapostolle A, Massari V, Chauvin P. Time elapse since last HIV test and geographic origin in the Paris area, France. 138th Annual Meeting of the American Public Health Association (APHA), Denver, November 6-10 2010. Abstract n° 224578. (poster)

Lapostolle A, Massari V, Chauvin P. Time elapse since last HIV test and geographic origin in the Paris area, France. *AIDS* ; 2010 ; Vienna, Austria. Abstract n° THPE0713. (poster)

Massari V, Lapostolle A, Parizot I, Chauvin P. Gender, socio economic status and migration are barriers to HIV testing in Paris area. 9th International Conference AIDS impact, Gaborone, Botswana, 22-25th Sept 2009. Abstract book : 17.4. (comm. orale)

Lapostolle A, Massari V, Chauvin P. Les inégalités sociales de recours au dépistage VIH au cours de la vie entière : les facteurs associés au dépistage volontaire et au dépistage opportuniste dans l'agglomération parisienne en 2005. Second colloque ADELFI « Épidémiologie sociale et inégalités de santé », Toulouse, 28-29 mai 2009. (comm. orale)

Financements : ANRS et Sidaction, et soutien de l'Iresp, Mutualité Française et SIV

Dépistage du VIH en routine en France : impact clinique et coût-efficacité

Responsable et équipe projet : Yazdan Yazdanpanah ; Caroline E. Sloan, Cécile Charlois-Ou, Stéphane Le Vu, Caroline Semaille, Dominique Costagliola, Josiane Pillonel, Anne-Isabelle Poullié, Olivier Scemama, Sylvie Deuffic-Burban, Elena Losina, Rochelle P. Walensky, Kenneth A. Freedberg, David A. Paltiel

Objectif : Estimer le gain d'espérance de vie, le coût et le coût-efficacité d'un dépistage volontaire du VIH en routine en population générale et dans des populations spécifiques en France.

Rationnel de l'étude : En 2008, la France était au second rang européen en matière de nombre annuel de dépistages du VIH alors qu'on estimait que plus de 30 000 personnes ignoraient leur infection par le VIH et un tiers des patients accédaient aux soins à un stade avancé de leur maladie. Ces patients étaient plus souvent hétérosexuels, d'âge mûr et ne se définissaient pas à risque. Il était donc nécessaire de repenser la stratégie de dépistage du VIH en France alors basée sur le dépistage à la demande du patient ou à l'initiative du médecin quand il estime que le patient présente un risque. Aux États-Unis, le dépistage en routine était recommandé depuis peu, mais les résultats des études américaines n'étaient pas extrapolables à la situation française.

Méthodes : L'espérance de vie, le coût et le coût-efficacité de différentes stratégies alternatives de dépistage du VIH en population générale et dans des populations spécifiques ont été estimés en utilisant un modèle mathématique de détection et de prise en charge du VIH alimenté par des données cliniques et économiques françaises. Les stratégies comparées étaient un dépistage ciblé sur les facteurs de risque de VIH (stratégie recommandée lors l'initiation de l'étude) et un dépistage universel en routine chez les adultes âgés de 18 à 69 ans, avec des fréquences de dépistage allant d'une fois à annuellement. Les données du modèle : âge moyen (42 ans), prévalence du VIH non diagnostiquée (0,10 %), incidence annuelle du VIH (0,01 %), acceptation du test (79 %), accès aux soins (75 %), coût pour un test (43 €). Des analyses de sensibilité ont été réalisées en faisant varier ces paramètres. Les critères de jugements principaux sont espérance de vie et coût et coût-efficacité (CE).

Principaux résultats : La stratégie de dépistage ciblé permet une espérance de vie de 243 mois ajustés sur la qualité de vie (MAQV) pour les personnes infectées par le VIH et 268 MAQV pour la population générale. Tester une fois pour le VIH la population générale augmente l'espérance de vie de 0,01 MAQV et le coût de 50 € par personne. Cette stratégie est jugée coût-efficace par rapport à la stratégie ciblée (rapport CE 57 400 €/année de vie gagnée ajustée sur la qualité de vie (QALY)). Accroître la fréquence de dépistage augmente l'espérance de vie, le coût et le rapport CE au-delà des seuils considérés comme acceptables. Cependant, tester plus régulièrement les populations particulièrement à risque de VIH comme les usagers de drogues injectables, les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes (HSH) ou les habitants de la Guyane, peut être économiquement justifiable (dépister annuellement vs une fois les HSH, rapport CE : 97 200 €/QALY). Cette étude a contribué aux recommandations de la Haute Autorité de Santé en matière de stratégies de dépistage du VIH (2009) qui préconise entre autres de dépister au moins une fois toute personne âgée de 15 à 69

ans hors notion de prise de risque et d'intensifier le dépistage des populations à risque jusqu'à un dépistage annuel pour les HSH.

Publications et principales présentations

Yazdanpanah Y, Sloan CE, Charlois-Ou C, Le Vu S, Semaille C, Costagliola D, et al. Routine HIV screening in France : clinical impact and cost-effectiveness. *PLoS One* 2010 ; 5 : e13132.

Haute Autorité de Santé. Recommandations en santé publique — Dépistage de l'infection par le VIH en France — Stratégies et dispositif de dépistage. 2009. Available at http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_704257/depistage-de-linfection-par-le-vih-en-france-modalites-de-realisation-des-tests-de-depistage. (Accessed Sept. 2012).

Financements : HAS, ANRS, InVS, the National Institute of Allergy and Infectious Diseases, the National Institute of Mental Health and the National Institute on Drug Abuse

Dépistage de routine du VIH par des tests rapides dans des services d'urgences de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris : étude ANRS URDEP

Responsable et équipe projet : E Casalino, S Firmin, A Delobelle, B Bernot, C Choquet, G Der Sahakian, J Zundel, P Hausfater, Y-E Claessens, B Ename, E Bouvet, F Brun-Vezinet, D Costagliola and URDEP ANRS Study Group

Objectifs : Étudier la faisabilité du dépistage de routine du VIH aux urgences, sans personnel dédié ou supplémentaire, ainsi que la capacité à mettre en œuvre la prise en charge des personnes dépistées, dans une région de prévalence et d'incidence élevée.

Rationnel de l'étude : En octobre 2009, la HAS a recommandé une proposition de dépistage au moins une fois à toutes les personnes de 15 à 70 ans dans tous les lieux de soins. Les services d'urgences publiques qui reçoivent de 15 à 17 millions de visites par an soit de 20 à 25 % de la population paraissent un lieu approprié pour proposer un dépistage systématisé en France.

Méthodes : L'étude d'une durée d'un an dans 6 services d'urgence en région parisienne a commencé en décembre 2009 et utilisé le test INSTI. Les sujets éligibles devaient avoir de 18 à 70 ans, ne pas être en urgence vitale, ne pas venir pour un accident d'exposition au sang ou au sexe ou pour un dépistage du VIH. L'étude a été conduite comme un protocole avec un consentement écrit pour les participants, ce qui n'est pas sans conséquence sur l'évaluation de la faisabilité. Les principaux critères de jugement ont été les suivants : taux de proposition, d'acceptation et de dépistage, nombre de nouveaux diagnostics, nombre et caractéristiques des personnes nouvellement diagnostiquées qui ont été incluses dans le soin, et taux de non perdus de vue à 6 mois. Ont également été étudiés les facteurs associés à la proposition du test et à la positivité du test.

Principaux résultats : Parmi 183 957 personnes éligibles, 11 401 ont eu une proposition de test (6,2 %), dont 7 936 ont accepté le test (69,6 %), ce qui représente un taux élevé. 7215 (90,9 %) ont été testées (taux de dépistage : 3,9 %) ; 1857 personnes non éligibles ont aussi été testées. 55 nouveaux diagnostics ont été confirmés par Western Blot (0,61 % (IC95 % 0,46-0,79)). Un résultat faussement positif a été observé. Parmi les personnes nouvellement diagnostiquées, 48 (87 %) ont été liées aux soins, dont 36 n'étaient pas perdues de vue à 6 mois (75 %) ; la médiane du taux de CD4 était 241 (étendue interquartile : 52-423). Le taux de proposition a baissé au cours de l'étude de 10,6 % au 1^{er} trimestre à 2,5 % au quatrième et ceci dans tous les centres, sans doute par manque de certitude sur l'utilité du programme de la part des équipes soignantes. Bien que la prévalence ait été bien au-dessus du seuil de coût-efficacité (0,1 %) dans chaque centre, le nombre absolu de personnes dépistées a été faible de 5 à 17 par centre, ce qui a donné l'impression d'une utilité modeste aux équipes. Il s'agit d'un facteur critique pour la mise en place d'une politique de dépistage élargie, dont les futures recommandations devront tenir compte. Le taux de dépistage (3,9 %) est proche de celui observé dans l'ensemble des études similaires sans personnel dédié ou supplémentaire et avec un consentement écrit (*opt-in*). Le taux de positivité observé (0,61 %) est proche de celui constaté dans les CDAG d'Île-de-France (0,6 % : BEH 45-46, 30 novembre 2010), bien supérieur au taux de prévalence de 0,1 % pour lequel le dépistage du VIH est coût efficace, montrant l'utilité de pro-

mouvoir le dépistage du VIH à l'aide de tests rapides dans les services d'urgences ayant une prévalence comparable.

Publications et présentations

Casalino E, Bernot B, Bouchaud O, Alloui C, Choquet C, Bouvet E, Damond F, Firmin S, Delobelle A, Ename-Nkoumazok B, Der Sahakian G, Viard JP, Zak Dit Zbar O, Aslangul E, Krivine A, Zundel J, Ghosn J, Nordmann P, Claessens YE, Tahi T, Riou B, Gautheret-Dejean A, Katlama C, Hausfater P, Brun-Vézinet F, Costagliola D. Twelve months of routine HIV screening in 6 emergency departments in the Paris area : Results from the ANRS URDEP study. *Plos One* 2012 ; 7(10) : e46437.

6th IAS conference on HIV pathogenesis, treatment and prevention ; 17-20 July 2011, Rome, Italy ; TUPE466.

HIV in Europe, Copenhagen Conference 2012 ; 19-20 March 2012, Copenhagen, Denmark ; PS1/02.

Financements : ANRS

Intérêt de santé publique du dépistage systématique du VIH par tests rapides dans les urgences hospitalières d'Île-de-France, étude ANRS-Urgences Île-de-France

Responsable et équipe projet : Anne-Claude-Crémieux, Pierre de Truchis, France Lert et Kayigan d'Almeida Wilson, Judith Leblanc, François Simon, Caroline Semaille, Stéphane Le Vu, Dominique Pateron, Gérald Kierzek, Bertrand Renaud

Objectif : Évaluer l'impact de santé publique de la réalisation d'un dépistage par test rapide des personnes fréquentant les urgences en mesurant le taux et la distribution des nouveaux cas dépistés, dans la région métropolitaine qui rassemble plus de 40 % des nouveaux diagnostics chaque année. En effet, l'observation d'une proportion élevée de diagnostics tardifs représentant une perte de chance pour les personnes infectées par le VIH a conduit à s'interroger sur l'intérêt de dépistage en routine en population générale sans tenir compte des facteurs de risque.

Méthodes : L'intervention a eu lieu de mai 2009 à septembre 2010, dans 29 des 31 services du réseau OSCOUR de surveillance syndromique considérés par l'InVS comme représentatifs de l'activité d'urgences en Île-de-France. Elle a consisté, pendant 6 semaines consécutives en la proposition par l'infirmière de tri à toute personne de 18 à 64 ans, capable de consentir, la réalisation d'un test rapide par prélèvement de sang capillaire (Oraquick®). Le résultat était rendu par l'infirmière s'il était négatif et par le médecin s'il était positif. Dans ce cas, un rendez-vous était pris dans les 72 heures avec l'infectiologue de référence au sein de l'hôpital. Les participants étaient invités à remplir un autoquestionnaire, présenté en plusieurs langues, portant sur leurs caractéristiques démographiques, leur affiliation à l'assurance maladie et leur fréquentation du système de soins, leur situation de couple et le nombre de partenaires masculins et féminins au cours de la vie, leur utilisation du dépistage, leur consommation de drogue, leur perception du risque VIH et leur recours antérieur au test. Les résultats du test étaient reportés par l'infirmière sur le questionnaire. Pour les cas positifs, un questionnaire complémentaire était rempli lors de la première consultation. Une enquête sur les refusants a été effectuée sur un échantillon défini par des plages horaires sur une semaine dans plusieurs services. Tous les cas trouvés positifs ont fait l'objet d'une évaluation quant à leur caractère « nouveau » ou « déjà connu ». Les flux de patients ont été documentés ainsi que leurs caractéristiques à partir des données du réseau OSCOUR. Les attachés de recherche clinique ont encadré la conduite de l'étude dans 14 centres et ont été impliquées dans la réalisation du dépistage dans 15 services. Une étude qualitative complémentaire a été menée sur les attitudes des membres des équipes soignantes vis-à-vis d'une pratique nouvelle à visée de santé publique.

Principaux résultats : Sur les 138 691 patients qui ont fréquenté les services, 78 411 étaient éligibles. Le taux de proposition du test a été de 27 % et 63,1 % des patients ont accepté d'être dépistés, 12 754 tests ont été réalisés, représentant un taux d'atteinte de la population éligible des urgences de 16,3 %. Parmi les 38 personnes ayant un test positif, 18 sont des nouveaux diagnostics (soit un taux de 0,14 % ; IC95 % 0,08 %-0,22 %). Ces cas se répartissent en 7 hommes homosexuels et 11 immigrés, dont 10 d'Afrique subsaharienne. Quatre ont été hospitalisés le jour même et huit sont venus à la consultation initiale, 9/12 avaient

un taux de CD4 inférieur à 350. La réalisation du dépistage est associée à la motivation des équipes pour le dépistage, à la taille du service et se détériore quand le flux de patients atteint des pics de fréquentation. Le taux de proposition décroît avec le temps. L'acceptation des patients n'est pas liée aux caractéristiques structurelles du service. L'étude qualitative a montré que les infirmières étaient favorables à l'intervention dès lors que l'encadrement infirmier et médical la reconnaissait comme légitime dans le service. Les résultats de l'intervention ont permis d'estimer la population non diagnostiquée en Île-de-France en population générale et dans les populations à risque, ces estimations sont inférieures aux estimations antérieures.

Publications et présentations

Crémieux A-C, Wilson d'Almeida K, Kierzek G, et al, Acceptabilité et faisabilité du dépistage systématique du VIH dans 27 services d'urgences d'Île-de-France (ANRS 95008 et Sidaction), mai 2009-août 2010. *Bull Epidemiol Hebd.* 2010 ; (45-46) : 467-472.

Wilson d'Almeida K, Kierzek G, de Truchis P, Le Vu S, Pateron D, Renaud B, Semaille C, Bousquet V, Simon F, Guillemot D, Lert F et Crémieux A-C. Modest public health impact of nontargeted human immunodeficiency virus screening in 29 emergency departments. *Arch Intern Med* 2012 ; 172 : 12-20.

Leblanc J, Wilson d'Almeida K, Lert F et Crémieux A-C. Participation soignante et autonomie infirmière dans le cadre d'un dispositif de dépistage du VIH/sida. *Recherche en Soins infirmiers* 2012 March ; 108 : 43-52

Crémieux AC, Wilson d'Almeida K, de Truchis P, Simon F, le Strat Y, Bousquet V, et al. Undiagnosed HIV prevalence based on nontargeted screening in emergency departments. *AIDS* 2012 ;26 :1445-1448.

Wilson d'Almeida K, Kierzek G, De Truchis P, Le Vu S, Pateron D, Renaud B, Semaille C, Bousquet V, Simon F, Guillemot D, Lert F et Crémieux A-C. Feasibility and patients' acceptance of routine HIV screening in Emergency Departments (EDs) of Paris urban area (ANRS study n° 95008 and Sidaction), Poster n° THPE0292, 18th International Aids Conference, Vienna 2010.

Wilson d'Almeida K, De Truchis P, Kierzek G, Le Vu S, Pateron D, Renaud B, Semaille C, Bousquet V, Simon F, Guillemot D, Lert F et Crémieux A-C. Widespread routine HIV testing in Emergency Departments : is it time to shift back to targeted screening ? (ANRS 95008), Poster n° MOPE299, 6th IAS conference on pathogenesis, treatment and prevention, Rome 2011.

Wilson d'Almeida K, Le Vu S, le Strat Y, Bousquet V, Semaille C, de Truchis P, Simon F, Lert F et Crémieux A-C. Prevalence of undiagnosed HIV infections derived from universal testing in emergency departments in Paris region, France, Poster n° ??, 19th International Aids conference, Washington 2012.

Wilson d'Almeida K, Pateron D, Renaud B, Semaille C, de Truchis P, Simon F, Leblanc J, Lert F, le Vu S, et Crémieux A-C. Contextual determinants of the feasibility of an emergency department-based HIV screening. A multilevel analysis. *PLoS One* 2013 ; 29 ; 8(4)

Financements : ANRS, Sidaction, fourniture gratuite des tests par la société Ora-quick

Baromètre santé médecins généralistes

Responsables scientifiques : Arnaud Gautier, Nathalie Lydié pour la thématique « dépistage de l'infection VIH »

Objectif : Mesure des opinions, attitudes et pratiques des omnipraticiens libéraux sur un ensemble de thèmes dont le dépistage de l'infection VIH.

Méthodes : Le Baromètre santé médecins généralistes est une enquête périodique de l'Inpes. Elle interroge par téléphone un échantillon aléatoire de généralistes (2 083 médecins) exerçant une activité libérale en France métropolitaine. Un ensemble de questions communes est posé à tout l'échantillon et des modules sont proposés aléatoirement à un sous-échantillon afin de limiter la durée de l'interview. Dans le contexte de la révision de la politique de dépistage, un module sur VIH a été posé à 1 025 médecins. Il portait sur l'expérience du dépistage et du suivi des personnes séropositives, sur la pratique de prescription dans certaines situations et sur les attitudes face à des situations correspondant au dépistage en population générale. Une classification des réponses aux questions sur le dépistage de l'infection VIH a été réalisée afin de définir des profils de pratiques et d'attitudes et d'étudier l'association de ceux-ci avec les pratiques en matière de prévention et de dépistage dans d'autres domaines et les caractéristiques de la situation d'exercice.

Principaux résultats : Deux tiers des médecins ont des patients séropositifs dans leur clientèle, mais moins d'un sur trois les prend en charge pour leur infection VIH. Plus de 9 médecins sur 10 avaient prescrit des tests dans le mois précédent (5,9 en moyenne), mais seulement 13,4 % avaient annoncé un résultat positif dans la dernière année. Deux fois sur trois le test est prescrit à la demande du consultant reflétant le paradigme « libéral » donné au dépistage durant plus de deux décennies d'être un acte volontaire.

Les pratiques déclarées et les attitudes vis-à-vis d'une généralisation du dépistage « sans attendre la demande », « régulièrement aux jeunes et aux adultes sexuellement actifs » et « en présence d'un test ancien » sont fortement liées. Les médecins se répartissent en 4 groupes autour d'un noyau central regroupant environ 45 % des généralistes qui adhèrent à la recommandation d'une proposition de test sans adopter une attitude systématique, un deuxième groupe rassemble les médecins plutôt réfractaires à proposer les tests (23 %), un troisième est composé de médecins favorables à une approche systématique (18 %) tandis qu'un quatrième groupe se distingue par sa réticence vis-à-vis des tests rapides (14 %), par la praticabilité du test et la réticence à annoncer un résultat positif. Les attitudes vis-à-vis du dépistage de l'infection VIH sont fortement associées aux pratiques préventives des médecins en matière de vaccination, de dépistage et de conseil préventifs. En ce sens, le dépistage de l'infection VIH s'inscrit dans une pratique de la profession de généraliste vis-à-vis de la prévention et ne semble pas avoir de caractère spécifique. D'une façon générale, dans la relation entre le généraliste et les consultants, la pratique systématique et non orientée par des caractéristiques individuelles du consultant est un comportement minoritaire.

Publications Lert F, Lydié N, Richard JB. (2011) Les médecins généralistes face au dépistage du VIH. Nouveaux enjeux, nouvelles pratiques in Gautier A., dir. *Ba-*

Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2011 : 137-157.

Financement : Inpes

Opportunités manquées de dépistage du VIH chez des patients nouvellement diagnostiqués en France, étude ANRS-Opportunités

Responsables et équipe projet : Yazdan Yazdanpanah, Karen Champenois, Anthony Cousien, Lise Cuzin, Stéphane Le Vu, Sylvie Deuffic-Burban, Émilie Lanoy, Karine Lacombe, Olivier Patey, Pascal Béchu, Marcel Calvez, Caroline Semaille

Objectifs : Étudier les opportunités de dépistage et de diagnostic plus précoce chez des patients nouvellement diagnostiqués pour le VIH en France en explorant leurs antécédents médicaux et leur parcours de soins dans les trois années qui précèdent le diagnostic de VIH.

Rationnel de l'étude : Environ 30 000 personnes infectées par le VIH ignorent leur séropositivité et 30 % des 6 500 nouveaux diagnostics annuels découvrent leur séropositivité à un stade avancé de la maladie (sida ou $CD4 < 200/mm^3$). L'étude vise à expliquer l'écart entre le moment recommandé pour initier le traitement antirétroviral ($CD4 < 500/mm^3$) et le moment où le patient entre dans le soin, si les personnes infectées, mais non diagnostiquées ont des contacts avec le système de soins, ainsi qu'à analyser l'efficacité de la stratégie de dépistage actuelle pour détecter ces personnes.

Méthodes : Les patients issus de 69 centres VIH, âgés d'au moins 18 ans, vivant en France depuis au moins un an et diagnostiqués pour le VIH en France depuis plus de six mois ont été inclus de juin 2009 à octobre 2010. Un questionnaire administré en face à face collectait les caractéristiques du patient lors du diagnostic de VIH, et durant les trois ans avant ce diagnostic : ses antécédents de dépistage du VIH, son parcours dans le système de soins, l'apparition de symptômes pouvant être reliés au VIH. Les critères de jugement principaux ont été les suivants : proposition d'un dépistage par le soignant si le patient notifie être HSH (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) ou avoir un symptôme relié au VIH.

Principaux résultats : 1 008 patients ont été inclus ; 79 % étaient des hommes, 53 % des HSH. Au moment du diagnostic, l'âge moyen était 39 ans et 16 % était en stade sida. La quasi-totalité des patients a eu recours aux soins durant les 3 ans précédant le diagnostic (99 %) et 84 % ont consulté un médecin généraliste annuellement. Parmi les 191 HSH asymptomatiques inclus, 91 (48 %) avaient notifié à une structure de soins leur appartenance à ce groupe à risque ; 50/91 (55 %) avaient une opportunité manquée de proposition de test dès le premier contact. 299 des 364 patients (82 %) qui consultent pour un symptôme relié au VIH, avaient une opportunité manquée de proposition de dépistage ; 233/299 (78 %) étaient probablement infectés lors de ce contact ($CD4$ au diagnostic : 210 vs $432/mm^3$ chez les patients avec une proposition de test ; $p < 0,0001$). Les proportions très élevées d'opportunités manquées de dépistage chez ces patients montrent que le dépistage tel qu'il est appliqué aujourd'hui est insuffisant. Les résultats sont en faveur d'une meilleure évaluation du risque (des recherches sont nécessaires pour améliorer ce point) et une meilleure connaissance des symptômes liés au VIH comme indication à proposer un test, dans tous les services de soins.

Publications et principales présentations

Champenois K, Cousien A, Cuzin L, Le Vu S, Deuffic-Burban S, Lanoy E, Lacombe K, Patey O, Béchu P, Calvez M, Semaille C, Yazdanpanah Y. Missed oppor-

tunities for HIV testing in newly HIV diagnosed patients, a cross-sectional study. *BMC Infect Dis* 2013 ; 13(1) :200.

K Champenois, A Cousien, L Cuzin, S Le Vu, E Lanoy, K Lacombe, O Patey, M Calvez, C Semaille, Y Yazdanpanah. Missed opportunities for HIV testing in newly diagnosed HIV-infected patients in France. HIV in Europe ; 2012 Conference, Copenhagen, Denmark, March 19-20 2012.

K. Champenois, A. Cousien, L. Cuzin, S. Le Vu, S. Deuffic-Burban, E. Lanoy, K. Lacombe, L. Cotte, O. Patey, M. Calvez, C. Semaille, Y. Yazdanpanah. Opportunités manquées de dépistage du VIH chez des patients nouvellement diagnostiqués en France. 6^e conférence francophone sur le VIH/Sida AfraVIH, Genève, Suisse, 26-28 mars 2012.

Financements : ANRS, InVS

Baromètre gay

Responsable et équipe projet : Annie Velter, Alice Bouyssou, Caroline Semaille, Antonio Alexandre

Objectif : Interroger les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) fréquentant les lieux de rencontre gay, sur leurs comportements sexuels (enquête ayant lieu depuis 2000).

Rationnel : Le relâchement des pratiques de prévention observé pour la première fois en 2000 a continué à progresser au cours des dernières années. Ce relâchement a également été constaté dans d'autres pays d'Europe occidentale. L'objectif du Baromètre Gay est donc de suivre et de décrire les pratiques sexuelles à risque vis-à-vis du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) des hommes fréquentant les lieux de rencontre gay parisiens particulièrement actifs sexuellement.

Méthode : La Baromètre Gay interroge durant 2 mois, sur la base du volontariat, des clients des établissements gays commerciaux parisiens affiliés au Syndicat national des entreprises gaies (SNEG) dont la moitié offrent la possibilité d'échanges sexuels (saunas, backrooms) et auprès des personnes fréquentant certains lieux de rencontre extérieurs franciliens (parcs, bois, aires d'autoroutes). L'autoquestionnaire anonyme est diffusé selon deux modalités : il est mis à disposition de la clientèle des établissements commerciaux parisiens dans des présentoirs, ou remis directement par des intervenants en prévention aux personnes présentes sur les deux types de lieux. Une enveloppe T est intégrée au questionnaire afin de le renvoyer à l'InVS. Des caractéristiques sociodémographiques et des informations sur les modes de vie, la santé, la sexualité, les attitudes de prévention avec les partenaires occasionnels et/ou stables sont collectées.

Principaux résultats : En 2009, 2 228 HSH ont participé au Baromètre soit un total de 9 474 HSH pour les 4 vagues d'enquête. Le profil des HSH est constant : il s'agit d'HSH au capital socio-économique important, parisiens et au mode de vie communautaire. L'âge médian en 2009 s'élève à 39 ans et est en augmentation depuis 2000. Le recours au test VIH est majoritaire au cours de la vie : 8 % des répondants n'ont jamais réalisé de test dans leur vie. Mais la moitié des HSH dépistés ont eu recours à un test de dépistage VIH dans les 12 derniers mois. La part des HSH se déclarant séropositifs pour le VIH est stable dans le temps de l'ordre de 15 %. Plus de la moitié des HSH rapportent plus de 10 partenaires sexuels masculins dans l'année sans variation au cours des différentes éditions de l'enquête. Les comportements sexuels à risque avec des partenaires occasionnels sont en augmentation quel que soit le statut sérologique VIH des répondants qu'il s'agisse de l'exposition au sperme lors de la fellation ou des rapports anaux. Ainsi, si 31 % des répondants au Baromètre gay 2000 déclaraient au moins une pénétration anale non protégée avec des partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois, ils étaient 37 % en 2009. Ce comportement a particulièrement augmenté parmi les HSH séropositifs et ceux n'ayant jamais réalisé de test VIH dans leur vie.

Publications et présentations

Velter A, Bouyssou A, Pillonel J, Jacquier G, Semaille C. Baromètre gay 2005 : enquête auprès des hommes fréquentant les lieux de rencontre gay franciliens. *Bull Epidemiol Hebd* 2006 ; (25) : 178-80

Michel A, Velter A, Couturier E, Couturier S, Semaille C. Baromètre gay 2002 : enquête auprès des hommes fréquentant les lieux de rencontre gay en France. *Bull Epidemiol Hebd* 2004 ; (48) : 227-28

Velter A, Michel A, Semaille C. Rapport Baromètre Gay 2002. 56 p. Saint Maurice 2005.

Adam P, Baromètre Gay 2000 : résultats du premier sondage auprès des clients des établissements gays parisiens. *Bull Epidemiol Hebd* 2002 ; (18) : 77-9

Financements : InVS

Enquête Presse Gays et Lesbiennes 2011

Responsable et équipe projet : Annie Velter, Alice Bouyssou, Leïla Saboni, Nicolas Methy, Marie Jauffret Roustide, Caroline Semaille

Objectifs : Suivre les modes de vie et de sociabilité des gays ainsi que leurs comportements sexuels préventifs vis-à-vis du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST). Cette enquête est régulièrement réalisée depuis 1985.

Méthodes : La participation à l'enquête est basée sur le volontariat. Un questionnaire auto-administré et anonyme était initialement encarté dans différents magazines gays. En 2011, un seul magazine a été conservé pour laisser la place à un questionnaire en ligne publicisé par 61 sites internet lesbiens, gays et bisexuels ainsi que par les réseaux sociaux.

Principaux résultats : 11 281 HSH ont complété le questionnaire, dont un tiers via des sites de rencontre. Le profil des répondants est stable par rapport aux éditions antérieures : hommes à fort capital culturel, urbains, communautaires. Cependant, grâce à internet, l'échantillon s'est diversifié avec plus de jeunes HSH, plus d'HSH du milieu rural et plus d'hommes à la marge de la sociabilité communautaire. Le dépistage pour le VIH est largement diffusé, mais une part irréductible des répondants n'ont jamais eu recours au dépistage dans leur vie (14 %). Plus de la moitié, des répondants testés ont réalisé leurs derniers tests négatifs dans les 12 derniers mois. La part des HSH se déclarant séropositifs VIH parmi les HSH testés s'élève à 17 %. Trois quarts d'entre eux ont une infection contrôlée (charge virale dans les 12 derniers mois indétectable et traitement dans les 12 derniers mois). Les comportements sexuels à risque ont augmenté par rapport à 2004, et ce quel que soit le statut sérologique VIH des répondants, 38 % des HSH pratiquant la pénétration anale ont eu au moins une pénétration non protégée avec des partenaires occasionnels de statut VIH différents ou inconnus.

Publications et présentations

ENQUETE PRESSE GAYS ET LESBIENNES – 2011— Premiers résultats

Annie Velter, Alice Bouyssou, Leïla Saboni, Pascale Bernillon, Cécile Sommen, Nicolas Methy, Caroline Semaille InVS – 20 novembre 2012 – Réunion des associations

Financements : InVS — ANRS

ANRS – COM'TEST : Étude d'un dépistage communautaire du VIH, non médicalisé, auprès des hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes (HSH)

Responsables de l'étude et Équipe projet : Karen Champenois, Jean-Marie Le Gall, Yazdan Yazdanpanah ; Cédric Jacquemin, Sophie Jean, Cyril Martin, Laura Rios, Olivier Benoit, Stéphanie Vermoesen, France Lert, Bruno Spire

Objectifs : Évaluer un programme de dépistage communautaire du VIH, non médicalisé, auprès des HSH (qualité de l'offre et satisfaction des participants) et décrire la population concernée par ce type d'intervention

Rationnel de l'étude : Cette étude entrait dans le cadre des recherches sur les nouvelles stratégies de dépistage du VIH visant à diversifier l'offre et favoriser le recours au dépistage. Les HSH ont rapporté des attitudes moralisatrices sur leurs pratiques sexuelles et leurs habitudes de dépistage de la part de personnels soignants. Permis par la mise à disposition des tests rapides d'orientation et de diagnostic (TROD), un dépistage du VIH réalisé par des pairs capables de parler librement de sexualité, notamment lors du counseling, permettrait aux HSH de se sentir plus à l'aise, mieux compris, et de passer outre leurs réticences à se faire dépister.

Méthodes : Un dépistage communautaire du VIH réalisé avec des TROD et accompagné d'un counseling était proposé par des acteurs communautaires habilités de l'association AIDES dans leurs locaux à Paris, Lille, Bordeaux et Montpellier. Les HSH, âgés de plus de 18 ans, informés par des campagnes de communication, demandant spontanément un dépistage communautaire, étaient inclus. Les données démographiques, sur les antécédents de dépistage du VIH, les pratiques sexuelles et la satisfaction du dépistage proposé étaient recueillies par des autoquestionnaires au cours de l'intervention. Les critères de jugement principaux ont été la population qui s'empare de l'offre et la satisfaction pour ce type de dépistage.

Principaux résultats : 532 HSH ont été dépistés entre février 2009 et juin 2010 dans le programme.

Le dépistage communautaire du VIH a atteint des HSH ayant des pratiques sexuelles à haut risque d'acquérir le VIH : 152 HSH (29 %) rapportaient des pénétrations anales non protégées avec des partenaires occasionnels séropositifs pour le VIH ou de statut inconnu dans les 6 mois précédents. Ce dépistage a aussi attiré des hommes qui n'étaient pas dépistés dans les deux années précédentes (30 %), mais aussi des hommes qui se dépistaient très régulièrement (30 % réalisaient plus d'un dépistage annuel). 92 % des participants ont été très satisfaits du dépistage proposé et près d'un sur 10 s'est fait dépister plusieurs fois dans le programme. La prévalence du VIH dans cette population était de 2,8 % [1,4-4,2]. Les hommes avec un test positif avaient des CD4 relativement élevés au moment du diagnostic (médiane, 550 CD4/mm³).

Publications et présentations

Champenois K, Le Gall JM, Jacquemin C, Jean S, Martin C, Rios L, Benoit O, Vermoesen S, Lert F, Spire B, Yazdanpanah Y. ANRS-COM'TEST : description of a community-based HIV testing intervention in non-medical settings for men who have sex with men. *BMJ Open* 2012 ; 2(2) :e000693.

Le Gall JM, Champenois K, Jacquemin C, Jean S, Martin C, Rios L, Benoit O, Vermoesen S, Spire B, Yazdanpanah Y. ANRS–COM'EST : a Community-Based HIV Testing to Increase HIV Screening Frequency in Men Who Have Sex with Men (MSM). 10th International Conference of AIDS Impact, Santa Fe, New Mexico USA, September 12-15 2011

Champenois K, Le Gall JM, Vermoesen S, Rojas Castro D, Jean S, Martin C, Rios L, Benoit O, Jacquemin C, Spire B, Yazdanpanah Y. Community-based HIV testing in a non-medical setting for men who have sex with men (MSM), results of a pilot project : ANRS–COM'EST. XVIIIe International AIDS Conference, Vienna, Austria, July 18-23 2010

Le Gall JM, Cook E, Stranz R, Monvoisin D, Bourgeois-Fisson E, Berthiaume P, Champenois K, Yazdanpanah Y. Peer prevention and HIV testing : The ANRS-COM'EST project, France. Training AIDES's non-medical community actors (CA) to do rapid HIV testing and strengthen HIV prevention intervention with men who have sex with men (MSM). XVIIIe International AIDS Conference, Vienna, Austria, July 18-23 2010

Financements : ANRS

Enquête ANRS-VESPA2 en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer

Responsables de l'étude et Équipe projet : Bruno Spire (Inserm, Marseille), France Lert, Rosemary Dray-Spira (Inserm, Villejuif)

Objectif : Décrire l'état de santé, la situation sociale et les conditions de vie des personnes vivant avec le VIH en France et les évolutions par rapport à 2003.

Méthodes : L'enquête a été menée avec des méthodes similaires en métropole et dans les DOM de façon à pouvoir généraliser les résultats à la population suivie à l'hôpital. En métropole, à partir d'une base de sondage de l'ensemble des hôpitaux ayant une activité de suivi VIH et ayant une file active estimée de plus de 100 patients, un échantillon stratifié d'établissements (100-300, 300-800, >800) a été tiré au sort. 68 établissements et 73 services ont été inclus. Dans chaque service, les médecins (410, taux de participation 89 %) ont inclus les patients au prorata de leur activité de consultation. Pour être éligibles, les patients en consultation externe et en hôpital de jour devaient être âgés de 18 ans ou plus, séropositifs pour le VIH-1 avec un diagnostic datant d'au moins 6 mois et résider en France depuis au moins 6 mois. Les patients sélectionnés étaient sollicités par le médecin pour l'enquête de façon aléatoire selon l'ordre de passage en consultation, sauf si celui-ci le jugeait inadéquat en raison d'un problème de santé ou de difficultés linguistiques.

Afin de constituer un échantillon (fixé à 3 000 patients) reflétant la distribution de la file active totale, le nombre de patients à inclure a été calculé pour chaque hôpital au prorata de la part de sa file active dans la strate et de la part de la strate dans la file active totale.

Dans les DOM, l'ensemble des services hospitaliers ayant une activité de prise en charge du VIH en Martinique (1 service), Guadeloupe (2 services), à La Réunion (2 services) et à Saint-Martin (1 service) a participé à l'enquête. En Guyane, l'enquête s'est déroulée uniquement à l'hôpital de Cayenne (2 services). Le nombre de patients à inclure a été fixé à 15 % de la file active VIH, réparti au prorata du volume d'activité entre les consultations externes et l'HDJ d'une part, et entre les médecins d'autre part.

Tous les patients éligibles étaient recensés et documentés sur un registre. Les participants répondaient à un questionnaire en face à face et remplissaient un autoquestionnaire, le médecin documentait un questionnaire sur les principales caractéristiques de la maladie VIH depuis le diagnostic et sur les comorbidités.

Au total 3 022 participants (58 %) en métropole et 598 (taux de réponse 64 %) ont participé à l'étude. Les résultats sont calculés sur des données pondérées et redressées pour tenir compte du plan de sondage, de la probabilité de tirage au sort et des biais de participation.

Financements : ANRS et ministère de l'Outre-mer

ANRS-DRAG : Dépistage Rapide Auprès des Gays

Responsable de l'étude et équipe projet : Dr. Bruno SPIRE (ORS PACA – INSERM-IRD UMR912) **CDAG :** Dhotte P., Boo N., Fleury F., Gosset D., Jolly-Guyot P., Meiffredy V., Agulhon O., Muzas C., Teyssier V., Regimbeau M.L., Hamani A., Barbot J.M., Allion P ; Collignon A. (**Figuiers, Paris**) ; Pozza D., Walfard C., Tosini W., Derouineau J., Pahlavan G., Castano F., Bohbot J.M., Sednaoui P., Roy B., Allamelou G., Boussaid S., Charthenet A. (**Fourniers, Paris**) ; Passeron A., Dekhil S., Billaut S., Barrade C., Camuso M., Mellul S. (**St Roch, Nice**) ; Vernay-Vaisse C., Martinet P., Compagnon C., Raoux A., Labrunie V., Berthou D., Anquetil M., Grob A. (**St Adrien, Marseille**). **AIDES :** Legall J.M., Andreo C., Stranz R., Monvoisin D., Faver P., Adetchessi O., Boulanger S., Cousin G., Domergues D., Girard T., Issa M., Labrouve V., Lacoste C., Mekhalla D., Mommessin S., Montigny S., Petrot J.P., Roturier L., Rovera P., Saint-Laurent J., Sentenac G., Tosti D., Coquelin V., Braz G., Mazoyer S., Vivet V., Szumigalski R., Djessima-Taba A., Fournet Y., Margerie M., Margerie D., Totouom A., Descharles D., Bonvalot C., Crespo C., Mampouya B., Gasnier M., De Rigaud M., Filippi E., Bucknall S., Moudachirou K. **UMR S912, Marseille :** Suzan-Monti M., Préau M., Carrieri P. M., Lorente N., Fugon L., Blanche J., Sagaon-Teyssier L., Mora M., Taïeb, C. **UQAM, Montréal :** Otis J. **General Jewish Hospital, Montréal :** Brenner B., Wainberg M.A. **ANRS :** Doré V., Lemestre S., Marchand L., Porteret I., Couffin S.

Objectifs : Évaluer les forces et les limites d'un dispositif de dépistage du VIH à l'aide de tests à résultat rapide auprès des gays par rapport au dépistage classique, et notamment :

- établir si le dépistage rapide permet un recours plus précoce après une exposition au risque ;
- établir si le dépistage rapide cible une population plus exposée au risque VIH ;
- comparer le vécu et la satisfaction du dépistage classique et du dépistage rapide ;
- comparer la fréquence de primo-infections non diagnostiquées dans les deux dispositifs.

Rationnel de l'étude : La connaissance de son statut sérologique face au VIH pouvant amener à une réduction des comportements à haut risque, atteindre les populations qui ne se font pas dépister spontanément est un enjeu majeur en terme de santé publique, notamment par l'identification des cas plus précoces de VIH, la prévention de la transmission secondaire et la réduction de la propagation de l'infection. La diversification de l'offre de dépistage est une des voies envisagées pour atteindre cet objectif, par l'introduction d'une nouvelle offre de dépistage à l'aide de tests rapides implémentée par des acteurs communautaires auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH).

Méthodes : Le projet s'est déroulé dans 4 CDAG : 2 sites à Paris, 1 site à Marseille, 1 site à Nice. Une phase contrôle a eu lieu le premier trimestre 2009, visant à inclure 300 consultants. Une campagne de communication a eu lieu pendant 1 mois, un mois avant le lancement du projet. La phase expérimentation a eu lieu durant le second semestre 2009. Deux groupes ont été définis : le groupe A, visant à inclure 226 personnes se présentant aux heures d'ouverture classiques du CDAG pour un test classique. Il a été sous-divisé en 2 groupes, les personnes pouvant choisir soit le test classique (A1, visant 113 personnes), soit un test ra-

pide mené par AIDES (A2, visant 113 personnes). Le Groupe B visait 454 personnes qui viendraient spécifiquement pour un test rapide, à des horaires et jours spécifiques.

Principaux résultats :

Au total, ont été incluses 49 personnes en groupe A1, 72 personnes en groupe A2 et 222 personnes en groupe B. 6 hommes ont été dépistés positifs : 2 dans le groupe A1, 1 dans le groupe A2 et 3 dans le groupe B. En phase contrôle, les HSH qui n'utilisaient pas systématiquement le préservatif étaient moins souvent dépistés (dans la vie ou les deux dernières années). En phase expérimentale, les HSH attirés par le dépistage communautaire étaient plus âgés, plus souvent propriétaires ou locataires de leur logement, moins dans l'évitement du risque, et rencontraient davantage leurs partenaires occasionnels dans les saunas, backrooms et vidéo clubs. La satisfaction est très bonne : 86 % de « très satisfaits » par le dépistage communautaire.

Publications et présentations

Lorente, N., Suzan-Monti, M., Vernay-Vaisse, C., Mora, M., Blanche, J., Fugon, L., Dhotte, P., Le Gall, J.-M., Rovera, P., Carrieri, M.P., Préau, M., Spire, B. (2012). Empowering HIV testing as a prevention tool : targeting interventions for high-risk men who have sex with men. *AIDS Care Special Issue*, 24(8) : 1039-1045.

Lorente, N., Préau, M., Vernay-vaissse, C., Mora, M., Blanche, J., Otis, J., Passeron, A., Le Gall, J.-M., Dhotte, P., Carrieri, M.P., Suzan-Monti, M., & Bruno Spire for the ANRS-DRAG Study Group. Expanding access to non-medicalized community-based rapid testing to men who have sex with men : an urgent HIV prevention intervention (The ANRS-DRAG Study). [Soumis pour publication dans *AIDS*].

Lorente, N., Vernay-Vaisse, C., Marion, M., Blanche, J., Fugon, L., Suzan-Monti, M., Dhotte, P., Le Gall, J.-M., Rovera, P., Carrieri, M.P., Préau, M., Spire, B. (2011). Empowering HIV testing as a prevention tool : targeting interventions for high risk men who have sex with men (Abstract #152). Orally presented at the 10th international Aids Impact conference – Santa Fe, New Mexico.

Lorente, N., Préau, M., Otis, J., Mora, M., Passeron, A., Le Gall, J.M., Dhotte, P., Vernay-Vaisse, C., Suzan-Monti, M., Spire, B. (2012). ANRS-DRAG – Dépistage Rapide Après des Gays : comparaison d'un dispositif de dépistage communautaire à l'aide de tests à résultat rapide avec une offre de dépistage classique auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en France (Abstract #6). Orally presented at the 6^e Conférence francophone VIH/Sida – Genève, Suisse.

Financement : ANRS

Checkpoint année 1

Responsable et équipe projet : Jean Yves Le Talec, Christine Rouzioux, Georges Krpelak, Guy Sebbah, Gaelle Tellier, Anne Guérin, Nicolas Derche (à compléter)

Objectif : Mesurer la faisabilité d'un dispositif de dépistage de l'infection par le VIH, utilisant des tests rapides et s'adressant à des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Rationnel de l'étude : Les taux élevés d'incidence et de prévalence dans la communauté homosexuelle, ses comportements à risque ainsi que les résistances face au dépistage ont conduit à la mise en place de cette recherche biomédicale visant à proposer des tests rapides (Vikia R HIV) confirmés par Western Blot. L'étude a porté sur l'activité de Checkpoint du 28 janvier 2010 au 27 janvier 2011.

Méthodes : Checkpoint est un local situé dans le quartier du Marais à Paris, à proximité d'un CDAG, proposant un dépistage rapide réalisé par des médecins. Son ouverture a été l'objet d'une communication médiatique. Il est gratuit, non anonyme, mais confidentiel. Le centre propose des consultations avec ou sans rendez-vous et des horaires en nocturne. Des entretiens avec psychologue et sexologue sont également possibles. L'inclusion dans le dispositif comprend les critères suivants : être un homme, majeur, ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes, être affilié à un régime de Sécurité Sociale ou bénéficiaire de la CMU, donner un consentement écrit et éclairé. Un autoquestionnaire est rempli par les consultants entre la réalisation du test et son résultat. Les données quantitatives ont été traitées à l'aide du logiciel Trideux 5.0. Les données qualitatives n'ont pas encore été traitées. Tous les cas positifs ont été confirmés par Elisa et Western Blot.

Principaux résultats : 2 342 hommes ont été intégrés sur la période correspondante, représentant une activité de 124 % par rapport à celle prévue initialement. Une des principales raisons des consultants pour venir à Checkpoint était d'obtenir un résultat sans attendre. 60 % des consultants étaient incertains de leur statut, 13 % ne s'étaient jamais dépistés. Sur les 87 % ayant déjà réalisé un test, 43 % l'avaient fait depuis un an ou plus, 26 % avaient déjà une pratique de test répété (plus de 2 tests dans les 12 derniers mois et 10,4 % plus de 3). 10,7 % sont revenus à Checkpoint, avec un intervalle moyen de 4 mois. La plupart sont revenus 2 fois (87 %). 52 cas positifs ont été trouvés, impliquant une incidence de 0,73 % ou de 1,24 selon que l'on prenne en compte uniquement les primo-infections ou les infections récentes. La répartition des infections est la suivante : 56 % avec une infection très récente (moins de 2 mois) dont 33 % montrant une primo-infection en cours, 27 % d'infection récente de plus de 2 mois, 17 % d'infection ancienne.

Publications et présentations

Le Talec JY, Rouzioux C, Kreplak G. Évaluation d'un dispositif associatif médicalisé de dépistage du VIH utilisant des tests rapides et s'adressant à des HSH. Étude Checkpoint. *Rapport final, première année d'activité. 28 janvier 2010 – 27 janvier 2011*

Rouzioux C, Le Talec JY, Kreplak G, Tessier P, Sebbah G, Guérin A, Derche N. Frequent HIV testing in a community setting improves detection of acute and recent infections among MSM in Paris, France. (Checkpoint study). IAS Conference, 2011, Rome.

Financements : Inpes, SIDACTION, ARS Île-de-France, Mairie de Paris, Région Île-de-France, Bio Mérieux

ANRS-WEBTEST

Responsable et équipe projet : Tim Greacen

Objectifs : Évaluer, auprès des hommes qui ont des relations sexuelles avec les hommes (HSH) leur connaissance et utilisation des autotests VIH s'ils étaient autorisés en France.

Rationnel : Cette étude s'inscrit dans le cadre de la diversification de l'offre de dépistage qui permettrait d'améliorer les pratiques chez les HSH.

Méthodes : Un questionnaire sur Internet a été proposé en mars-avril 2009 aux usagers d'un ensemble de sites de rencontre et de sites associatifs VIH ou gay.

Principaux résultats : 9 169 HSH ont rempli ce questionnaire de plus de vingt minutes, montrant un intérêt considérable pour cette question. L'âge médian était de 36 ans ; 83 % se disaient gay ou homosexuel et 13 % ; 35 % résidaient en Ile-de-France, 61 % en province et 3 % à l'étranger ; 52 % avaient fait le test dans les 12 mois précédant l'enquête et 13 % ne l'avaient jamais fait ; 38,4 % avaient eu une relation anale non protégée (RANP) dans les 12 mois précédant dont 45,5 % n'avaient pas fait le test depuis. En tout, 2 748 (30 %) connaissaient l'existence de l'autotest en ligne, mais seulement 82 (3,5 %) ont dit y avoir eu accès, dont 69 déclarent l'avoir utilisé. En régression logistique, les facteurs indépendants associés à l'accès à l'autotest non autorisé : vivre sa vie sexuelle HSH « dans le secret absolu », avoir eu des RANP les 12 derniers mois ; avoir déjà utilisé des self-tests pour d'autres maladies (diabète...) ; utiliser des poppers, des produits de doping ; avoir fait le test VIH traditionnel, mais pas les 12 derniers mois ; n'avoir jamais pensé au suicide. Une seule variable sociodémographique était liée à l'accès à l'autotest : le fait de vivre en province. L'intérêt des HSH n'ayant jamais entendu parler de ce test avant, à se le procurer s'il était autorisé, a été mesuré. Parmi 5 908 répondants qui n'étaient pas séropositifs, 86,5 % ont déclaré être intéressés. Les variables indépendantes associées à l'intérêt pour le test : être plus jeune, habiter une petite ville, avoir un emploi, mais de ne pas avoir fait d'études universitaires, habiter toujours chez ses parents ou bien avec femme et enfants, avoir des relations sexuelles avec des partenaires anonymes environ une fois par semaine, mais pas plus, avoir pris des risques avec ces partenaires anonymes, vivre sa vie HSH dans le secret absolu, mais de vouloir quand même revoir ces partenaires. Les raisons données pour être intéressés pour se procurer le test étaient similaires à celles trouvées dans des études américaines chez des HSH recrutés dans des lieux de rencontre : le côté pratique (on peut tout faire chez soi), la rapidité et l'anonymat. Les hommes qui n'étaient pas intéressés ont donné comme raison : leur satisfaction avec leur méthode actuelle de dépistage, le doute concernant la fiabilité d'un test non autorisé, ne pas vouloir être seul en découvrant le résultat et la peur de ne pas bien utiliser le test. Bien que le questionnaire en ligne a sans doute introduit un biais de recrutement – les hommes non intéressés sans doute auraient moins répondu – un nombre important de HSH francophones serait intéressé pour se procurer l'autotest en ligne s'il était autorisé.

Publications et présentations

Greacen T, Friboulet D, Fugon L, Hefez S, Lorente N, Spire B. Access to and use of unauthorised online HIV self-tests by Internet-using French-speaking men who have sex with men. *Sex Transm Infect* 2012 ; 88(5) : 368-74.

Greacen, T., Friboulet, D., Blachier, A., Fugon, L., Hefez, S., Lorente, N., Spire, B. (2012). Internet-using Men who have Sex with Men would be interested in accessing authorised online HIV Self-tests. *Aids Care* 2012, Jun 7, 9th International AIDS Conference, 22 juillet 2012

Financements : ANRS

Déjà parus dans la collection

- **Les jeunes face au sida : de la recherche à l'action**
(mars 1993, réédition 1984)
- **Les personnes atteintes : des recherches sur leur vie quotidienne et sociale**
(octobre 1994)
- **Connaissances, représentations, comportements**
(novembre 1994)
- **Sexualité et sida. Recherches en sciences sociales**
(décembre 1995)
- **Les homosexuels face au sida. Rationalités et gestions des risques**
(avril 1996)
- **Le dépistage du VIH en France. Politiques et pratiques**
(novembre 1996)
- **Le sida en Afrique. Recherches en sciences de l'homme et de la société**
(avril 1997)
- **Des professionnels face au sida. Évolution des rôles, identités et fonctions**
(avril 1998)
- **Le sida en Europe. Nouveaux enjeux pour les sciences sociales**
(juillet 1998)
- **Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH**
(septembre 1999)
- **Évaluer la prévention de l'infection par le VIH en France. Synthèse des données quantitatives (1994-1999)**
(novembre 1999)
- **L'accès aux traitements du VIH/sida en Côte d'Ivoire. Évaluation de l'initiative Onu-sida/ministère de la Santé publique. Aspects économiques, sociaux et comportementaux**
(septembre 2001)
- **L'observance aux traitements contre le VIH/sida. Mesure, déterminants, évolution**
(décembre 2001)
- **Sida, immigration et inégalités. Nouvelles réalités, nouveaux enjeux**
(juillet 2002)
- **L'Initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux. Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales**
(octobre 2002)
- **Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries. Issues and Challenges**
(juin 2003)
- **Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires**
(octobre 2003)
- **Sexualité, relations et prévention chez les homosexuels masculins. Un nouveau rapport au risque**
(juin 2007)
- **Accès décentralisé au traitement du VIH/sida : évaluation de l'expérience camerounaise**
(mars 2010)
- **VIH/sida, se confronter aux terrains : expériences et postures de recherche**
(mars 2010)
- **Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud : genre et accès universel à la prise en charge**
(février 2011)
- **De la recherche en collaboration à la recherche communautaire : un guide méthodologique/From collaborative research to community-based research : A methodological toolkit**
(juin 2012)
- **Accès aux antirétroviraux dans les pays du Sud : propriété intellectuelle et politiques publiques**
(juillet 2013)

