

« Test and treat » : quid du dépistage ?

Veronica Noseda
Vincent Douris
Sidaction (Paris)

Une des fonctions essentielles des conférences mondiales est de forger un consensus sur les mesures prioritaires à mettre en place pour endiguer l'épidémie. Cela se traduit bien souvent par l'élaboration de mots d'ordre qui s'imposent comme évidences répercutées jusqu'aux conférences suivantes. Si en 2008, à Mexico, la stratégie de « multi-prévention » incluant les traitements constituait ce mot d'ordre repris par tous, on a assisté, à Vienne, à la consécration de l'option biomédicale.

Julio Montaner, président de l'IAS, s'est évertué à rappeler tout au long de la conférence que « Treatment is prevention », à savoir que non seulement les ARV ont toute leur place dans des stratégies combinées, mais qu'en eux-mêmes ils jouent LE rôle prépondérant.

Mais sans dépistage, pas de traitement. On connaît bien les données relatives à la prise en charge tardive en France¹ ; les chiffres concernant les autres pays d'Europe et les Etats-Unis (en moyenne, un tiers des diagnostics surviendrait à un stade avancé de la maladie) sont tout aussi inquiétants.

Une seule session orale de la conférence portait cependant sur le dépistage, mais, fort heureusement, une importante sélection de posters venait combler cet « oubli ». Deux questions traversent les recherches et programmes présentés : le

dépistage en routine, recommandé aux Etats-Unis par le *Center for Disease Control* et en France par la Haute autorité de santé, est-il faisable et efficace ? Mais aussi, quels sont les modes les plus à même de toucher les publics particulièrement exposés au risque de contamination ?

Un éventail de stratégies

La première stratégie vise l'élargissement, sinon la généralisation, de la proposition de dépistage, à l'initiative d'un personnel soignant le plus souvent, dans des lieux et dispositifs de soins non dédiés au dépistage du VIH. Deux types de questions apparaissent au fil des communications sur ce sujet : ces programmes sont-ils faisables, acceptables, et emportent-ils un fort niveau de satisfaction ? Par ailleurs, permettent-ils de toucher des personnes qui ne l'auraient pas été eu égard à leur « profil de risque » au regard du VIH ?

Deux études² menées à Londres portant sur la mise en œuvre de programmes de dépistage au sein de services d'urgence, de soins aigus, ambulatoires ou encore primaires indiquent une attitude globalement positive des personnels soignants.

Ces derniers manifestent néanmoins des inquiétudes quant à un éventuel impact négatif sur l'organisation des services et expriment le besoin de bénéficier de formations spécifiques pour renforcer leurs compétences dans le domaine. A ce titre, notons la présentation d'un livret sur le dépistage du VIH³, comprenant une version en ligne, qui aborde les informations de base sur le VIH et la pratique du dépistage et permet aux médecins spécialistes du VIH de sensibiliser leurs collègues à la problématique du dépistage.

Du côté des patients, ces différentes recherches semblent toutes confirmer un fort taux d'acceptabilité du test, d'autant

plus si celui-ci est proposé par un personnel médical⁴.

D'autres enquêtes menées aux Etats-Unis et en France cherchent à déterminer la pertinence de la proposition systématique du dépistage par rapport aux « profils de risque » des personnes testées. L'enjeu des programmes en « opt

L'enjeu des programmes en « opt out » réside dans la possibilité d'atteindre des individus qui n'auraient pas été dépistés au regard de signes cliniques ou sur l'identification d'éléments d'exposition au VIH

out » réside dans la possibilité d'atteindre des individus qui n'auraient pas été dépistés au regard de signes cliniques ou sur l'identification d'éléments d'exposition au VIH. Or, certains auteurs⁵ concluent que la routinisation permet en effet de toucher des personnes séropositives sans

« profil de risque » particulier, qui elles-mêmes n'identifient pas de facteurs de risque ou qui, encore, ne présentent aucun symptôme. Ce qui ne signifie pas pour autant que ce type de programmes n'atteigne pas des personnes ressortissant plus fréquemment à des groupes fortement exposés au VIH, ce que montrent deux études⁶ réalisées en Californie et en Ile-de-France.

Les pharmacies mobilisées sur le dépistage

Dans une moindre mesure, les pharmacies sont aussi mobilisées en vue de généraliser l'accès au dépistage. C'est le cas au Pays basque espagnol et en Catalogne, où plus de 50 pharmacies ont participé à deux programmes⁷, offrant la possibilité aux clients de se faire dépister sur place. Ce type de démarche est bien accepté tant par les clients que par les pharmaciens, ce que confirment les résultats d'une expérience analogue mise en place aux Etats-Unis⁸ : elle montre un niveau élevé de faisabilité, de réceptivité et de satisfaction, et permet d'avancer que ce type d'initiative parvient à toucher des personnes qui ne l'auraient pas été par des dispositifs plus classiques.

Dans le même ordre d'idée, des journées ou semaines du dépistage sont présentées. Il ressort du bilan de deux programmes ougandais⁹ que ces moments de banalisation de l'offre peuvent contribuer à normaliser et à démystifier le dépistage. D'autres interventions réalisées en Italie et à Taiwan¹⁰ semblent moins concluantes. Leur évaluation suggère un manque d'attractivité, bien que le dispositif mis en place à Taiwan ait bénéficié d'une forte promotion, de la mise en place d'un site dédié et de la publication de matériel spécifique : moins de la moitié des répondants se sont dit prêts à se rendre sur site pour être dépistés.

Des événements festifs sont aussi le cadre de mobilisation en faveur du dépistage. Les tests salivaires pourraient constituer un outil particulièrement adapté à ces contextes, comme le souligne une enquête de faisabilité¹¹ relative à l'usage de tests salivaires du VIH lors d'un festival de

musique en Hongrie. Les *Gay prides* semblent aussi des occasions propices pour atteindre un public important. Une étude brésilienne¹² présente le travail de partenariat préalable à l'implantation de 23 programmes de dépistage menés lors de ces manifestations en 2009, nombre que l'auteur espère voire croître pour atteindre l'ensemble des *Gay prides* du pays. Un travail de partenariat important a été également détaillé dans un poster¹³ décrivant la mise en œuvre des premières « *testing weeks* » organisées en Allemagne en direction d'hommes homo ou bisexuels à l'automne 2009. Elles ont regroupé des projets de différentes natures dans plus de 50 villes : certains ancrés dans des centres de soin, d'autres au sein d'associations de lutte contre le sida, d'autres, moins nombreux, mais que l'association souhaite développer, en saunas, bars, aires de parking ou encore bus de dépistage. Ce sont autant de configurations et de sites qui ont nécessité le développement de standards d'action et d'évaluation adaptés.

Le dépistage au plus près du lieu de vie

La majeure partie des projets précédents s'adressent à la population générale, quand d'autres cherchent à toucher les personnes les plus exposées, parfois au plus près de leurs lieux de vie.

Des expériences en bus mobiles sont ainsi présentées, dans des contextes aussi disparates que la Papouasie - Nouvelle-Guinée, le Congo-Brazzaville, l'Italie, la Zambie ou encore le Pérou. Une étude portugaise¹⁴ conclut à la complémentarité de deux dispositifs, l'un mobile, l'autre non, qui fournissent la même qualité de service tout en touchant des populations différentes. Dans le même ordre d'idée, des interventions de dépistage mobile¹⁵ sont promues au Maroc sous le slogan « *You can do it everywhere* », lequel illustre bien la volonté de sortir le dépistage de ses cadres habituels.

Cette stratégie se rapproche de celle dite

à domicile, développée dans un certain nombre de pays africains, parfois retenue comme stratégie nationale, comme au Malawi. En Afrique du Sud, les résultats de certains de ces programmes¹⁶ sont encourageants : le dépistage est accepté par les trois quarts des personnes auxquelles il est proposé, et cette démarche permet de toucher une majorité de personnes jusque là jamais dépistées. Les médias peuvent grandement contribuer à l'amélioration du taux d'acceptation par les

populations, comme l'atteste la discussion d'une expérience menée au Kenya¹⁷.

En Europe, certaines stratégies tablent sur des centres identifiés par « population cible ». Le Checkpoint de Barcelone, qui a présenté un bilan triennal de ses activités¹⁸, détecte ainsi près de 60 % des séro-positivités parmi les gays de cette ville. Dans le cadre d'une épidémie particulièrement active, ces données soulignent que ce dispositif permet non seulement d'atteindre les personnes les plus à risque d'exposition, mais aussi de les toucher tôt après infection. Dans le même ordre d'idée, le dispositif de dépistage « hors les murs » ANRS-Com'Test s'est déployé dans cinq villes de France et a permis de dépister 342 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Deux communications¹⁹ ont porté l'une sur les premiers résultats onze mois après le début de l'action et l'autre sur le programme de formation du personnel non médical ayant réalisé les tests. Les auteurs indiquent un très fort taux de satisfaction des usagers du programme, quand un peu plus de la moitié déclarent qu'ils choisiraient certainement ce dispositif à l'avenir.

Actions de dépistages dans les lieux homos

Poursuivant le même objectif, certaines équipes organisent des actions de dépistage dans des bars ou saunas homos. Entre 2006 et 2009, un programme de dépistage du VIH et de vaccination contre les hépatites A et B a été mis en œuvre

dans 4 saunas gays de Barcelone. Le *counselling* pré-test et le test lui-même étaient réalisés sur site, les résultats rendus le lendemain dans les locaux de l'Agence publique de santé de Barcelone. L'évaluation de cette initiative²⁰ semble prometteuse. En 2009, l'ensemble des personnes séropositives sont venues chercher le résultat du test. L'équipe note qu'un cinquième des participants ne s'étaient jamais fait dépister auparavant, y compris parmi les personnes découvrant leur séropositivité, qui représentent près d'un dixième des personnes dépistées. A Singapour, l'examen d'un autre programme de même nature²¹ démontre la pertinence de cette approche. Enfin, de rares communications portent sur l'usage d'Internet pour la remise de résultats et sur l'usage d'autotests. Une équipe du service de santé publique d'Amsterdam a évalué le programme *Man to Man*²², proposant

De rares communications portent sur l'usage d'Internet pour la remise de résultats et sur l'usage d'autotests

la *counselling* et la remise de résultats en ligne. Selon leur profil, les consultants du site peuvent être orientés vers un laboratoire pour un dépistage VIH et IST. Les résultats de ces tests sont mis en ligne de manière sécurisée. Trois types de réponse sont donnés : 1. Tous les résultats sont négatifs ; 2. Un test au moins est positif ; 3. Un test au moins n'est pas valide. La quasi-totalité des personnes testées ont obtenu leurs résultats en ligne et la quasi-totalité des personnes ayant reçu un résultat positif pour l'une des IST au moins ont bénéficié d'un suivi médical approprié. Parmi les personnes dépistées, un tiers ne s'étaient jamais rendues en centre de dépistage auparavant. Selon les auteurs, la mise en ligne des résultats positifs pourrait accroître davantage l'acceptabilité, et ce type de programme constitue une stratégie additionnelle à celles existantes.

Les conclusions d'une revue de la littérature²³ relative aux politiques nationales sur les autotests ont permis d'affirmer qu'ils ne sont à ce jour autorisés dans aucun pays et qu'il existe différents freins quant à leur disponibilité : peurs des décideurs, intérêt des laboratoires pharma-

ceutiques mais aussi haut niveau de stigmatisation associé au VIH. Une étude néerlandaise²⁴ sur l'usage effectif d'autotest souligne le très faible recours à cet outil, mais encourage les professionnels de santé à sa prise en compte et plaide pour le développement d'interventions de soutien à cet égard.

Deux enquêtes relatives à l'acceptabilité de ce moyen de dépistage, l'une réalisée en Argentine²⁵ auprès d'hommes gays et l'autre au Kenya²⁶ auprès de personnel soignant, ont également fait l'objet de présentations. Les participants estiment que les autotests fournissent un moyen de surmonter les peurs associées au risque de stigmatisation du VIH, mais, dans les deux études, se prononcent plus favorablement pour une réalisation ou une confirmation au sein de centres dédiés.

Enfin, une étude menée en Espagne²⁷ sur la réalisation d'autotests sous supervision d'un *counselor* montre que la quasi-totalité des participants ont pu réaliser un test valide. Cependant, les conclusions

d'une autre recherche²⁸ menée dans le même cadre semblent nuancer ces données : sur un second échantillon de personnes, 91,4 % ont pu réaliser un test valide, mais seules 84,8 % ont pu interpréter les résultats de manière correcte. Prudent, l'auteur conclut à la faisabilité d'autotests sous la supervision d'un *counselor* et pense qu'il est possible de renforcer le taux d'utilisation et d'interprétations correctes par la simplification de la procédure et des instructions fournies. L'ensemble de ces programmes, souvent innovants et instructifs, doit nous conduire à revoir certains freins au développement du dépistage et nous permettre de formuler de nouvelles propositions qui puissent contribuer à réduire le nombre de personnes ne connaissant pas leur statut sérologique.

1 - Une personne sur deux découvre sa séropositivité à un nombre de CD4 inférieur à 350/mm³, à savoir en dessous du seuil recommandé pour la mise sous ARV (données FHDH ANRS CO4) ; on estime à 50 000 le nombre de personnes qui ignorent leur séropositivité (Rapport Yéni 2010)

2 - Thornton A, « Patients and staff attitudes towards routine HIV testing programmes in general healthcare settings in London, UK », THPEo294

Rayment M, « HIV testing in non-traditional testing - the HINTS study », THPEo280

3 - Lowbury R, « Increasing HIV testing by non-HIV specialists : the role of HIV specialists as "champions" », CDCo680

4 - Voir aussi Bone J, « Making HIV testing in the emergency department work : getting to "Yes" », TUPEo286

Yeboue JJ, « HIV voluntary counselling and testing (VCT) in the emergency room at a district hospital : a pilot study of the opt out strategy in Ivory Coast », CDCo419

5 - Calderon Y et al., « Predictors of women newly diagnosed with HIV in a urban Emergency Department (ED) cohort », TUPEo266

Calderon Y et al., « Predictors of early diagnosis of HIV in a emergency department (ED) cohort », CDCo682

Gallucci A et al., « Perceived HIV risk by patients in a emergency room setting », CDCo480

Hare CB et al., « Identification of unique HIV-infected patient populations using HIV testing strategies in the emergency department », CDCo633

6 - Sattin R et al., « Characteristics of HIV positive patients detected through a combined program of opt-out routine screening and targeted testing in a Southeastern United States Emergency Department », MOPEo447

Wilson d'Almeida K et al., « Feasibility and patients acceptance of routine HIV screening in Emergency Department (EDs) of Paris urban area (ANRS study n° 95008) », THPEo292

7 - Zulaica D et al., « A new approach to increase HIV serostatus knowledge in the Basque country, Spain : rapid HIV test provided in pharmacies », THPEo277 ;

Giménez Masat A, Rifa Vilario A, « Early detection of HIV using rapid tests in pharmacies », THPEo290

8 - Calderon Y et al., « Results from a rapid HIV testing and counseling program in a New York City pharmacy », MOPEo411

9 - Namusoke E et al., « Using outreach testing events to test more children for HIV : a world AIDS day experience », CDE1055 ; Blackham J, Adongo L, « Demand driven open-air testing in villages in Northern Uganda can significantly improve uptake », CDCo639

10 - Altini P et al., « Use of rapid test in general population : eight years experience », THPEo297 ; Twu SJ « The evaluation of "627 HIV testing day" Campaign », CDCo676

11 - Ujhelyi E et al., « VCT experiences with OraQuick advance rapid HIV-1/2 rapid saliva antibody test in the largest European summer rock festival (Sziget festival) Budapest, Hungary, 2009 », CDCo417

- 12 - Bruck de Freitas K et al., « STD/AIDS prevention in gays, lesbians, bisexuals, transvestites and transsexuals pride parades : the Brazilian experience in fostering rapid testing », CDCo653
- 13 - Kuske M, « HIV and STI testing weeks within a nationwide MSM prevention campaign as innovative approach to community based testing », CDCo8o6
- 14 - Menarte R, Henriques M, « A mobile model of VCT : is it an alternative to the attendance at a HIV/VCT center ? », CDCo685
- 15 - Karkouri M et al., «“You can do it everywhere” VCT : the HIV testing briefcases or taking VCT into the streets », MOPEo435
- 16 - Tabana H et al., « Home-based HIV counseling and testing in a rural community in South Africa : an intervention reaching more women than men », MOPEo418
- 17 - Barasa B et al, « Home-based HIV testing and counseling : an innovative strategy for reducing the HIV testing gap », MOPEo42o
- 18 - Pulol F et al., BCN Checkpoint : a three experience (2oo7-2oo9) of a community based centre for men who have sex with men in Barcelona shows high effectiveness in HIV detection, THPEo279
Meulbroek M et al., « A community-based centre for HIV detection in Barcelona shows that most cases detected in MSM are early stage infections », THPEo375
- 19 - Le Gall JM et al, « Peer prevention and HIV testing : the ANRS-Com'test 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) », MOPEo475
Champanois K et al., « Community-based HIV testing in non-medical setting for men who have sex with men (MSM), results of a pilot project : ANRS-Com'test », MOPEo459
- 2o - Garcia de Olalla P, « HIV testing at 4 bathhouses in Barcelona City, Spain », MOPEo446
- 21 - Lo D et al, « Venue based HIV testing in gay saunas, clubs and bars – 3 year experience », CDCo31o
- 22 - Koenkenbier R et al., « Testing threshold to zero – usability and acceptability of online testing for HIV and STI », CDCo66o ; et THACo2o6
- 23 - Rotheram M, « Rapid, consumer controlled testing without third party counseling or test interpretation », MOPEo422
- 24 - Zuure F et al., « Usage of self-tests for HIV and STI in the general population versus sexual risk groups », MOPEo438
- 25 - Balan I et al., « Acceptability of rapid HIV home testing among gay men in Buenos Aires », THPEo284
- 26 - Kalibala S et al., « Feasibility and acceptability of HIV self-testing among healthcare workers : results of a pilot program in two hospitals in Kenya », WEPDC2o5
- 27 - Belza MJ et al., « Supervised rapid blood-based rapid-testing ; a valuable alternative to the use of saliva by HIV testing programs with no medical or nursing staff », CDCo658
- 28 - De la Fuente L et al., « Are participants of a street-based HIV testing program able to perform their own rapid test and interpret the results ? », THPEo281