

# Dépistage rapide communautaire : l'expérience américaine

2

*Anne-Claude Crémieux  
Service des maladies infectieuses et tropicales,  
Hôpital Raymond Poincaré (Garches)*

## Un projet pilote de dépistage du VIH par tests rapides dans des lieux communautaires, mené aux Etats-Unis de 2004 à 2006, a permis d'atteindre une population fréquentant irrégulièrement les lieux de soins. Un exemple ?

En 2003, faisant le constat des insuffisances de la politique de dépistage aux Etats-Unis et notamment au sein des minorités ethniques, les Centers for Diseases Control (CDC) avait décidé de tester de nouvelles stratégies<sup>1</sup>. Il a donc financé un projet pilote de dépistage par tests rapides dans les lieux communautaires, susceptible de toucher plus particulièrement les populations à risque. Ce sont les résultats de ce projet qui sont présentés dans ce travail publié par le CDC dans le *MMWR* à l'occasion du 1<sup>er</sup> décembre 2007.

L'étude a été réalisée entre 2004 et 2006 par sept associations communautaires dans sept grandes villes (Boston, Chicago, Los Angeles, San Francisco, Washington, Detroit, Kansas City). Le dépistage était réalisé dans des lieux fréquentés par des personnes à risque élevé d'infection (bars, hôtels, clubs, sites d'échange de seringues, etc.) ou dans des unités mobiles. Un personnel associatif formé au dépistage proposait le test après obtention d'un consentement écrit, dans les limites d'âge prévues par le règlement de chaque Etat pour ce consente-

ment. Les personnes connaissant leur séropositivité étaient exclues de l'étude. Après recueil de données concernant les caractéristiques démographiques, les prises de risques et les dépistages antérieurs, un test rapide était pratiqué sur sang total ou salive (Oraquick® Rapid HIV-1 Antibody Test ou OraQuick® Advance™ rapid HIV-1/2 Antibody Test) et le résultat rendu 20 à 40 minutes plus tard. Lorsque le test rapide était positif, un nouveau prélèvement salivaire ou sanguin était pratiqué pour test de confirmation par Western Blot, et un rendez-vous prévu pour le rendu des résultats. En cas de séropositivité confirmée, le patient était adressé à une consultation médicale pour la prise en charge de l'infection à VIH.

Sur 24 172 personnes ayant accepté de se faire tester, 44 ne rentraient pas dans les limites d'âge et 84 n'ont pas été incluses en raison d'une séropositivité déjà connue. Le nombre de personnes ayant refusé le test n'est pas connu. 144 personnes ont été secondairement exclues de l'analyse car le résultat du test rapide n'avait pas été rendu ou l'information était manquante. Au total, 23 900 personnes ont été incluses dans l'analyse (5 536 à Los Angeles, 5 162 à Boston, 4 486 à Washington, 2 985 à Kansas City, 1 931 à San Francisco, 1 868 à Detroit et 1 832 à Chicago).

**La valeur prédictive positive du test rapide était de 94 % (267 sur 284)**



Rapid HIV testing in outreach and other community settings - United States, 2004-2006  
*MMWR*, 2007, 56, 47, 1233-1237

**1 - CDC, « Advancing HIV prevention : new strategies for a changing epidemic - United States, 2003 » *MMWR*, 2003, 52, 329-32**

2 - « Rapid HIV testing in emergency departments - Three U.S. sites, January 2005-March 2006 » MMWR, 2007, 56, 597-601

3 - CDC, « HIV counseling and testing at CDC-supported sites, United States, 1999-2004 », US Department of Health and Human Services. Disponible sur [www.cdc.gov/hiv/topics/testing/resources/reports/pdf/ctr04.pdf](http://www.cdc.gov/hiv/topics/testing/resources/reports/pdf/ctr04.pdf)

4 - « Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents and pregnant women in health-care setting » MMWR, 2006, 55, 1-17

### L'articulation entre le dépistage dans des lieux communautaires et la prise en charge apparaît cruciale

Parmi les personnes testées, 39 % étaient noires non hispaniques, 31 % hispaniques et 21 % blanches non hispaniques. 63 % étaient des hommes. La moitié n'avaient pas de couverture sociale et 9 % étaient SDF. 66 % des personnes testées avaient des partenaires multiples, 17 % avaient eu des rapports homosexuels et 6 % s'étaient injecté de la drogue au cours de l'année précédente. 30 % n'avaient jamais fait de test et, parmi les autres, 43 % n'avaient pas fait de test depuis 1 an.

60 % des personnes testées avaient consulté un lieu de soins dans l'année précédant le test.

Parmi celles-ci, moins de la moitié (44 %) avaient été testées durant cette année et 24 % n'avaient jamais été testées auparavant.

331 (soit 1 % des personnes testées) avaient un test rapide positif. 286 (86 %) ont eu un nouveau prélèvement pour confirmation. Parmi celles-ci, 267 (93 %) avaient une infection à VIH et 17 (7 %) étaient de faux positifs. La valeur prédictive positive du test rapide était de 94 % (267 sur 284).

Les personnes infectées par le VIH appartenaient à une minorité ethnique dans 74 % des cas et avaient eu des rapports homosexuels dans 69 % des cas. Un quart d'entre elles n'avaient jamais fait de test et environ la moitié n'avaient pas eu de test l'année précédente. 19 d'entre elles avaient consulté mais n'avaient pas eu de test à cette occasion.

Seules deux tiers des personnes infectées (200 sur 267) ont reçu leur test de confirmation. La

raison la plus souvent citée pour expliquer la non remise du diagnostic était l'impossibilité de retrouver le client. Parmi les 200 personnes ayant reçu l'annonce de leur infection, 171 (86 %) ont accepté d'être adressées à une consultation de suivi. Ainsi, au total, 171 sur 267 personnes (64 %) nouvellement diagnostiquées pour leur infection à VIH ont accepté d'être adressées à une consultation de suivi.

Cette étude montre que la pratique de tests de dépistage rapides dans des lieux communautaires par un personnel associatif est possible, et permet d'atteindre une population défavorisée, fréquentant irrégulièrement les lieux de soins, appartenant aux minorités ethniques

actuellement touchées par l'épidémie aux Etats-Unis.

L'acceptabilité du test ne peut être déduite de cette étude en raison de l'absence de données concernant le nombre de personnes auxquelles le test rapide a été proposé. On remarque cependant qu'en deux ans sur sept villes, 23 000 personnes ont été testées grâce à cette initiative, ce qui est deux fois plus que le nombre de personnes testées en 15 mois dans trois départements d'urgence de trois grandes villes<sup>2</sup>.

La plupart des personnes qui ont découvert leur séropositivité sont des hommes homosexuels hispaniques ou noirs. Il est intéressant de noter que le pourcentage de séropositivité parmi les personnes testées (1 %) n'est pas supérieur à celui des urgences<sup>2</sup> ou des CDAG<sup>3</sup> bien que la population qui fréquente les CDAG soit différente. Cependant, ce dépistage semble constituer une réelle opportunité diagnostique chez les trois quarts de ces personnes, qui soit n'avaient jamais fait de test, soit n'en avaient pas fait depuis 1 an. Rappelons qu'aux Etats-Unis, le CDC recommande un dépistage annuel chez les hommes ayant des rapports homosexuels<sup>4</sup>. Deux points méritent d'être soulignés. Tout d'abord le nombre de faux positifs du test rapide apparaît relativement élevé par rapport aux chiffres habituellement publiés qui se réfèrent en général à la pratique des tests rapides en milieu de soin. Les prochaines études devront porter une attention particulière au choix du test (spécificité, test salivaire *versus* sang total), à la formation du personnel et à la qualité de la réalisation et d'interprétation du test rapide.

Ensuite, le nombre de personnes infectées qui accèdent aux soins n'est pas connu, mais un pourcentage relativement élevé de personnes séropositives n'ont pas connaissance de la confirmation du diagnostic ou n'acceptent pas d'être adressées à une consultation de suivi. L'articulation entre le dépistage dans des lieux communautaires et la prise en charge apparaît ainsi comme un maillon crucial, qu'il convient de renforcer.

Les études doivent être poursuivies pour tester l'intérêt et la faisabilité des tests rapides en milieu communautaire, en particulier en France, en tenant compte des enseignements de cette expérience. - Anne-Claude Crémieux