

## Références

- [1] Nicoll A, Hughes G, Donnelly M, Livingstone S, De Angelis D, Fenton K, *et al.* Assessing the impact of national anti-HIV sexual health campaigns: trends in the transmission of HIV and other sexually transmitted infections in England. *Sex Transm Inf.* 2001; 77(4):242-7.
- [2] Syphilis in Europe. *Euro Surveill.* 2004; 9(4):6-27.
- [3] Van de Laar MJW. The emergence of LGV in Western Europe: What do we know, what can we do? *Euro Surveill.* 2006 Sep; 11(9):146-8.
- [4] Bilans réguliers de surveillance – Infections sexuellement transmissibles. *Bull Epidemiol Hebd.* 2008; 5-6:33-48. <http://www.invs.sante.fr/beh>
- [5] Fenton KA, Breban R, Vardavas R, Okano JT, Martin T, Aral S, *et al.* Infectious syphilis in high-income settings in the 21st century. *Lancet Inf Dis.* 2008; 8(4):244-53.
- [6] Numéro thématique – L'infection à VIH/sida en France et en Europe. *Bull Epidemiol Hebd.* 2007; 46-47/385-400. <http://www.invs.sante.fr/beh>
- [7] Zetola NM, Klausner JD. Syphilis and HIV infection: an update. *Clin Infect Dis.* 2007; 44:1222-8.
- [8] Bauwens J-E, Orlander H, Gomez MP, Lampe M, Morse S, Stamm W, *et al.* Epidemic Lymphogranuloma venereum during epidemics of crack cocaine use and HIV Infection in the Bahamas. *Sex Trans Dis.* 2002; 29(5):253-8.
- [9] Jebbari H, Alexander S, Ward H, Evans B, Solomou M, Thornton A, *et al.* for the UK LGV Incident group. Update on lymphogranuloma venereum in the United Kingdom. *Sex Transm Infect.* 2007; 83:324-6.
- [10] Velter A. Rapport Enquête Presse Gay 2004. Institut de veille sanitaire, juin 2007 [http://www.invs.sante.fr/publications/2007/epg\\_2004/epg\\_2004.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2007/epg_2004/epg_2004.pdf)
- [11] Derancourt C, Verraes-Derancourt S, Vernay-Vaisse CH, PAsseron A, Chartier CH, Caumes E, et la section MST de la SFD. Indications du dépistage des MST. In *Annales de dermatologie et de vénéréologie. Maladies sexuellement transmissibles – recommandations diagnostiques et thérapeutiques.* 2006; 8/9:2S8-2S10.

# Acceptabilité du dépistage rapide du VIH dans un service d'urgence hospitalier d'Île-de-France, janvier-avril 2008

Emmanuel Mortier (emmanuel.mortier@lmr.aphp.fr), Houria Ichou, Farah Nikpay, Anne-Marie Simonpoli

CHU Louis Mourier (AP-HP), Colombes, Corevih Île-de-France Ouest, France

## Résumé / Abstract

**Introduction** – Cette étude vise à évaluer l'acceptabilité par les consultants adultes aux urgences hospitalières d'une proposition systématique de dépistage du VIH à l'aide de tests rapides.

**Matériel et méthodes** – Proposition systématique à tout patient adulte venant aux urgences et ayant un prélèvement sanguin de réaliser un dépistage du VIH. Étude prospective monocentrique réalisée à l'hôpital Louis Mourier à Colombes (Hauts-de-Seine) de janvier à avril 2008.

**Résultats** – Parmi les 579 patients éligibles, 511 (88 %) ont accepté le dépistage. Plus de la moitié des consultants n'avaient jamais réalisé de dépistage du VIH antérieurement. Environ 16 % des patients qui ont accepté le dépistage rapide avaient au moins une conduite à risque vis à vis du VIH et 43 % d'entre eux n'avaient jamais réalisé de test du VIH. Trois tests de dépistage rapide du VIH sont revenus positifs. Pour un patient, il s'agissait d'une découverte de l'infection par le VIH et pour les deux autres patients d'une séropositivité niée mais antérieurement connue. Deux sur trois étaient originaires d'Afrique et le troisième avait des pratiques homosexuelles masculines. Tous les patients ont reçu leur résultat oralement avant leur sortie du service des urgences.

**Discussion-Conclusion** – La réalisation du dépistage du VIH par un test rapide est bien acceptée par la population qui consulte aux urgences. La sélection de patients par quelques questions simples permettrait de pouvoir proposer le dépistage à des personnes « à risque » jamais dépistées.

## Mots clés / Key words

Tests rapides, dépistage, VIH, urgences / Rapid tests, screening, HIV, emergency care

## Introduction

En France, la pratique du dépistage biologique du VIH nécessitait jusqu'en octobre 2008 la réalisation systématique sur le même prélèvement de la recherche d'anticorps par deux tests de technique différente, dont au moins une méthode immunoenzymatique mixte (anticorps anti-HIV-1 et 2) appelée Elisa [1]. En cas de positivité des deux tests ou de discordance sérologique, une analyse de confirmation (western blot) devait être faite sur le même prélèvement. En cas de positivité de l'analyse de confirmation, un second prélèvement devait

être impérativement effectué pour éliminer une erreur accidentelle. De nouvelles recommandations viennent d'être émises par la Haute autorité de santé (HAS) qui considère que le maintien des deux techniques de dépistage n'est plus justifié et propose un seul test Elisa combiné (détection simultanée d'anticorps anti VIH-1/2 et Ag p24) marqué CE, avec un seuil de détection de l'Ag p24 au moins équivalent au seuil minimal requis par la réglementation européenne en vigueur pour les tests de détection de l'Ag p24 [2]. En cas de positivité, la procédure de confirmation et de rendu du résultat n'est pas modifiée. Le test rapide sanguin (résultats

obtenus en moins d'une demi heure) ne fait pas encore l'objet de recommandations pour le dépistage sauf lors de situations d'urgences (accident professionnel d'exposition au sang et accident d'exposition sexuelle, accouchement chez une femme enceinte au statut sérologique du VIH inconnu, urgences diagnostiques en cas de pathologie aiguë évocatrice de sida) [2]. L'Organisation mondiale de la santé propose, en dépistage systématique, la réalisation d'un seul test rapide à partir d'un prélèvement sanguin, suivi d'une confirmation uniquement si le premier test est positif [3]. Certains tests rapides ont une qualité

technique comparable à celle des techniques Elisa mixte, mais sont moins sensibles que des tests de dépistage combiné, en particulier lors de primo-infections [4]. De nombreux pays recommandent ces tests rapides dans leurs algorithmes de dépistage, permettant ainsi de rendre le résultat le jour même à un consultant qui souhaite connaître son statut sérologique. Plusieurs de ces tests rapides sont enregistrés à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) et étaient, jusqu'en octobre 2008, réservés en pratique à certaines situations d'urgences comme les accidents exposant au sang.

À l'heure où l'on estime qu'un tiers des personnes infectées par le VIH vivant en France ignorent encore leur infection (environ 36 000 personnes sur environ 130 000 personnes séropositives) [4] et où les traitements antirétroviraux permettent de diminuer considérablement la mortalité et la morbidité, en particulier lors d'une prise en charge précoce, il serait souhaitable de faciliter davantage le dépistage. De plus, en termes de santé publique, la connaissance de son statut sérologique favorise une modification des comportements vers des pratiques plus sûres [5]. Ainsi, les dernières recommandations des *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) d'Atlanta en 2006 [6] proposent de favoriser les occasions de dépistage dans les structures de santé, dont les urgences hospitalières, en réalisant systématiquement le test de dépistage après en avoir informé le patient, sauf si celui-ci exprime un refus. En France, le Conseil national du sida (CNS) prône une politique plus interventionniste du dépistage couplant l'utilisation des tests rapides et leur réalisation dans des lieux de soins comme les urgences, en particulier dans les zones où la prévalence du VIH dépasse 0,1 % comme, les Départements d'Outre Mer, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, et l'Île-de-France [5]. Cependant, aucune étude n'a été réalisée en France pour connaître l'acceptabilité par les consultants aux urgences de ce dépistage systématique et l'utilisation de tests rapides dans ce contexte. Notre étude vise à évaluer l'acceptabilité par les consultants adultes aux urgences hospitalières d'une proposition systématique de dépistage du VIH avec rendu du résultat dans les deux heures qui suivent.

## Matériel et méthodes

Entre le 21 janvier et le 25 avril 2008, à l'hôpital Louis Mourier (Colombes, département des Hauts-de-Seine), il était proposé à tous les patients adultes consultant aux urgences et nécessitant un prélèvement sanguin pour leur prise en charge, de réaliser un dépistage rapide du VIH. Tous les patients adultes ont été inclus sans restriction liée à l'âge. Les patients informés de l'étude, par affichage dans le service, faisaient l'objet de cette proposition gratuite de dépistage, par le médecin urgentiste lors de l'examen clinique en salle de consultation. Pour toute inclusion, un consentement éclairé et écrit était recueilli et une notice d'information remise au patient. Celle-ci précisait que le résultat du test de dépistage serait donné oralement avant la sortie. Cependant, compte tenu des recommandations françaises, leur résultat serait confirmé par une autre technique plus longue. Ils pourraient venir chercher leur résultat écrit au Centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit (Cidag) de l'hôpital la semaine suivante. Étaient exclus les patients incapables de donner un consentement éclairé du fait de leur pathologie ou d'une mau-

vaise maîtrise de la langue française et les patients connus séropositifs pour le VIH. L'étude s'est déroulée en semaine et hors jours fériés, de 8 heures à 16 heures, c'est-à-dire pendant les heures d'ouverture habituelles du laboratoire de microbiologie, hors service de garde. Un test rapide (*Determine HIV Inverness*®) réalisé dans le laboratoire en temps réel sur du sérum était confirmé secondairement par deux tests Elisa (*Abbott Murex Ag/Ab combinaison*® et *Biorad Genscreen HIV1/2 version 2*®). Le résultat du test rapide était communiqué oralement par l'urgentiste lorsqu'il était négatif et par un infectiologue en cas de réactivité avec la proposition d'un suivi immédiat. En cas de résultat négatif, la confirmation par test Elisa était disponible une semaine plus tard au Cidag et remis au patient par écrit par un médecin formé au conseil post-test. L'étude a été complétée par un questionnaire rempli en face-à-face par une infirmière. Les données recueillies portaient sur les caractéristiques socio-démographiques, les comportements à risque de transmission du VIH, la fréquence de dépistage (mesurée par la réalisation d'un test au cours de la dernière année et au cours de la vie), les circonstances antérieures d'éventuels dépistages réalisés et l'existence de critères de vulnérabilité sociale [7]. Pour évaluer les comportements à risque, les questions portaient sur l'existence d'au moins un rapport sexuel non protégé avec au moins un partenaire occasionnel au cours de la vie, sur la consommation même unique de drogues par voie intraveineuse ou intra-nasale, sur l'existence de relations sexuelles homme-homme et sur d'éventuelles autres circonstances de contamination (transfusion, piqûre accidentelle). Les circonstances antérieures de dépistage ont été définies selon les recommandations du CNS, qui préconise l'élargissement des propositions de dépistage en fonction des prévalences régionales du VIH et de certaines situations médicales (interruption volontaire de grossesse, prescription d'une contraception, hospitalisation ou consultation, conjointe enceinte) [5]. Ces circonstances ont été mesurées à l'aide de questions fermées portant sur la période de l'année précédente. Les dossiers ont été anonymisés dès les urgences sans possibilité de correspondance entre le dossier médical nominatif et le questionnaire anonyme. Le protocole a été soumis pour avis au Comité d'évaluation de l'éthique des projets de recherche biomédicale du Groupement hospitalier universitaire Nord et a obtenu un avis favorable des deux rapporteurs. Les tests rapides utilisés font partie de ceux autorisés par l'Afssaps en France. Tous les tests rapides ont été confirmés par Elisa selon la législation en vigueur. Les calculs statistiques ont été réalisés à l'aide du logiciel SPSS® version 11.0. Dans le cas de variables qualitatives, le test de chi<sup>2</sup> a été utilisé. Pour les variables quantitatives, la comparaison de moyennes et les analyses de variances ont été utilisées lorsque les distributions étaient normales et des tests non paramétriques dans les autres situations.

## Résultats

Entre le 21 janvier et le 25 avril 2008, il y a eu 6 259 consultants aux urgences adultes de l'hôpital, répartis en 3 307 femmes (53 %), d'âge médian 39,1 ans, et 2 952 hommes d'âge médian 37,2 ans. Parmi eux, 2 260 consultants étaient présents pendant les horaires de l'étude. 1 573 consultants n'ont pas eu d'examen sanguins et 687 ont été prélevés. Trois patients sont venus 2 fois au cours

de l'étude et n'ont été comptabilisés qu'une seule fois. La moyenne d'âge de ces 684 patients est de 50,5 ans +/- 22,8 (extrêmes 18-99 ans, médiane 45 ans). Plus de la moitié (57 %) sont des femmes et 37 % des consultants étaient nés hors de France. Parmi les 684 patients, 105 patients (15 %) ont été exclus de l'étude pour les motifs suivants : 18 étaient séropositifs connus, 75 n'étaient pas interrogeables en raison de leur pathologie et 12 ne comprenaient pas le français. Parmi les 579 patients éligibles à qui le test a été proposé, 511 (88 %) patients ont accepté le dépistage rapide du VIH aux urgences et 68 patients l'ont refusé (figure).

## Caractéristiques des patients qui ont accepté le test de dépistage

Parmi les consultants qui ont accepté le dépistage, 53 % n'avaient jamais réalisé de test de dépistage du VIH antérieurement. Environ 16 % (n=82) avaient au moins une conduite à risque vis à vis du VIH (85 % ont eu des relations sexuelles sans préservatif avec au moins un partenaire occasionnel, 10 % des relations homosexuelles masculines, 11 % ont consommé des drogues par voie intra veineuse). Parmi ces 82 patients qui ont accepté le dépistage rapide et aux conduites à risque, 35 (43 %) n'avaient jamais réalisé de test du VIH malgré des occasions de dépistage au cours de l'année précédente chez 27 d'entre eux. Dix neuf pour cent (n=96) des patients qui ont accepté le test de dépistage étaient en situation de vulnérabilité sociale définie par l'obtention d'un minima social ou d'une couverture sociale type CMU ou AME (tableau). Parmi ces patients, les femmes étaient significativement plus nombreuses que les hommes (p < 0,05). L'existence d'une vulnérabilité sociale n'était pas associée à un moindre recours au dépistage ni à des occasions moins importantes de dépistage dans l'année précédente.

Dans notre étude, la réalisation antérieure d'un dépistage et les occasions de dépistage n'étaient pas différentes selon le sexe.

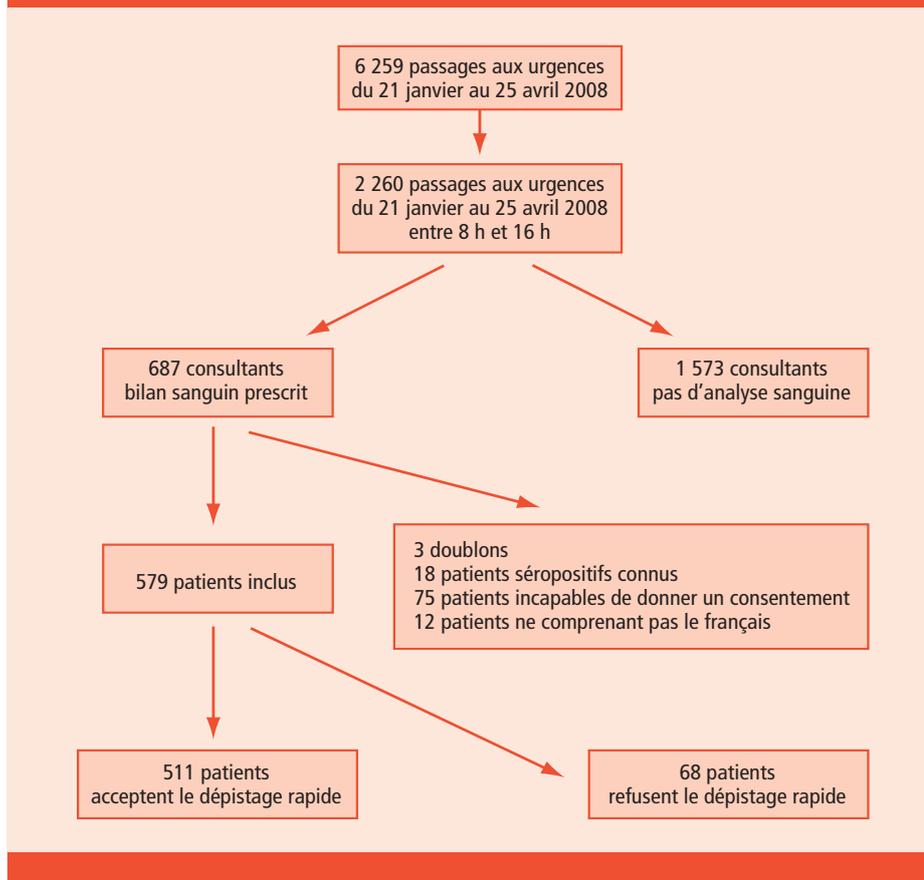
Tous les patients ont reçu leur résultat oralement avant leur sortie du service des urgences. Seuls 37 d'entre eux (7 %) sont venus chercher leur résultat écrit au Cidag.

## Patients dépistés positifs pour le VIH

Trois tests de dépistage rapide du VIH sont revenus positifs et un douteux. Le test douteux s'est révélé négatif sur 2 tests Elisa différents et un western blot. Les trois tests rapides positifs ont été confirmés par les tests Elisa et western blot. Pour un des trois patients consultant pour une pneumonie à pneumocoque, il s'agissait d'une découverte de l'infection par le VIH. Les deux autres patients, après un entretien approfondi, connaissaient leur séropositivité mais avaient rompu toute relation avec le système de santé. Un des deux patients admis à la suite de cette consultation pour une pneumonie qui se révéla être une pneumocystose a pu, grâce à cet examen en urgence, être pris en charge rapidement de façon adaptée. La troisième patiente, venue pour un zona, a refusé toute prise en charge de son infection par le VIH malgré plusieurs relances. Aucun de ces 3 patients n'avait de critères de précarité. Deux sur trois étaient originaires d'Afrique et le troisième avait des pratiques homosexuelles masculines.

Dans notre étude, la séroprévalence du VIH lors du dépistage systématique chez des personnes qui ne

Figure Patients ayant accepté et patients ayant refusé le dépistage rapide du VIH au service des urgences de l'hôpital Louis Mourier, janvier-avril 2008 / Figure Patients having accepted and patients having refused HIV rapid test screening in the emergency department of the Louis Mourier hospital, January-April 2008



savaient pas ou qui n'ont pas annoncé leur séropositivité était de 0,6 % [IC95 % : 0-1.2]. Si on restreint la population à celle des moins de 65 ans, cette prévalence atteint 1,36 % [IC95 % : 0-2.9] et 1,8 % [IC95 % : 0-3,8] chez les personnes qui n'ont jamais eu de dépistage.

### Caractéristiques des patients qui ont refusé le test

Parmi les 68 patients qui ont refusé de réaliser un test, 17 avaient eu un test de dépistage dans l'année précédente, 9 estimaient ne pas avoir de facteur de risque, 9 ont évoqué la peur de l'examen et 33 n'ont pas avancé de raisons précises. Douze patients étaient âgés de plus de 65 ans. La comparaison du sexe et de l'âge entre les consultants qui ont accepté le test (n = 511, 56,8 % de femmes, âge : médiane 42 ans, moyenne 47,5) et ceux qui ont refusé le test (n = 68, 58,8 % de femmes, âge : médiane 42 ans, moyenne 45,5) n'est pas significativement différente.

### Discussion

Cette étude du dépistage du VIH aux urgences à l'aide d'un test rapide est la première en France. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'acceptabilité d'un dépistage rapide du VIH par les patients venant consulter aux urgences adultes hospitalières. Cette étude a plusieurs limites : la réalisation uniquement en horaires de jour et l'inclusion des seuls patients dont les soins aux urgences nécessitaient un prélèvement sanguin. Elle ne peut répondre à la faisabilité du dépistage rapide au cours de la nuit, sachant que les services de garde au laboratoire et aux urgences ont une organisation différente avec des effectifs souvent

moindres. Elle ne permet pas de connaître l'acceptabilité du dépistage chez des patients qui n'auraient pas de prélèvements sanguins. Ce critère entraîne sûrement un biais de sélection excluant des patients présentant des pathologies moins graves.

Notre étude montre que le dépistage rapide du VIH reçoit l'assentiment massif des consultants, quel que soit leur âge. Il est probable qu'une partie non négligeable de notre population ait été sensibilisée à l'infection par le VIH, puisque 32 % des patients ont déclaré avoir réalisé un test de dépistage au cours des douze mois précédents contre 13 % environ dans la population générale [8]. Plus de 88 % des consultants ont accepté ce test et parmi ceux qui l'ont refusé, environ la moitié avaient réalisé un test moins d'un an auparavant ou étaient âgés de plus de 65 ans. Ces données confirment que la proposition systématique du test de dépistage au cours d'un bilan sanguin pour une autre cause est bien acceptée en France, comme c'est le cas au cours de la grossesse où le taux d'acceptabilité avoisine les 100 % [5]. Cette proposition systématique tend ainsi à diminuer la stigmatisation des « groupes dits à risques » de l'infection par le VIH et permet d'offrir une possibilité de dépistage à des personnes qui ne pensaient pas ou n'osaient pas le réaliser. Les études américaines évaluant l'intérêt du dépistage rapide aux urgences hospitalières montrent une acceptabilité variant de 53 à 98 % [9,10]. Les facteurs associés aux refus dans une de ces études sont l'âge élevé (ce qui n'est pas le cas dans la présente étude), le fait de ne pas habiter dans le territoire de santé de l'hôpital et le fait d'être asiatique (étude réalisée à Washington) [10]. Si, comme le recommandent l'Organisation mondiale de la santé et le Conseil national du sida,

nous avons limité le dépistage aux personnes de moins de 65 ans, la séroprévalence de notre étude serait passée de 0,6 % à 1,36 %. Cependant, l'objectif de ce travail n'était pas d'étudier la prévalence, mais de connaître l'acceptabilité du test par un éventail le plus large possible de la population. L'intérêt des urgences comme lieu de dépistage est de pouvoir proposer le test à des patients qui n'ont jamais effectué cette démarche de façon volontaire, ce qui représentait 53 % des consultants parmi lesquels 16 % avaient eu au moins un comportement à risque. Environ 43 % des ces patients qui avaient des pratiques à risque n'avaient jamais été dépistés malgré des occasions de proposition du test. Or, faire un test de dépistage peut induire un changement de comportement sexuel et de la perception du risque d'être contaminé, ce qui peut avoir un impact en santé publique [11]. Dix neuf pour cent de notre population avaient des critères de vulnérabilité sociale et 46 % avaient déjà consulté aux urgences dans les 12 derniers mois. Les urgences sont donc un recours aux soins plus fréquent pour les populations précaires, pour lesquelles l'offre du test de dépistage doit être développée [5]. Les urgences peuvent donc être un lieu de proposition de test, en particulier chez des personnes appartenant à des groupes à risque ou ayant des pratiques à risque, et qui n'ont jamais été dépistées antérieurement.

Tous les patients de notre étude ont reçu leur résultat avant leur sortie de l'hôpital sans que cela prolonge leur séjour aux urgences. Ce délai de quelques heures pour obtenir le résultat est un facteur de rentabilité de l'examen. Les consultants dépistés par test rapide ont plus souvent leur résultat que ceux dépistés par des tests standard et ceci est lié au délai de rendu plus long [12]. Dans une étude multicentrique américaine, il apparaît que le motif principal de non récupération des résultats est le facteur temps [13]. Dans les Cidag, le nombre de personnes qui ne viennent pas chercher leur résultat est d'environ 5 % sans raison connue (au moins 15 000 consultants ne sont pas venus chercher leurs résultats dans les Cidag en 2006) [14]. Dans notre étude, seules 7 % des personnes sont venues chercher la confirmation écrite de leur résultat au Cidag montrant ainsi la difficulté à se mobiliser à nouveau pour un résultat écrit. L'intérêt d'un dépistage autorisé par un seul test rapide permettrait de remettre le résultat écrit en temps réel.

### Conclusion

La réalisation du dépistage du VIH par un test rapide sur prélèvement veineux est bien acceptée par la population consultant aux urgences et nécessitant un prélèvement sanguin pour sa prise en charge, quel que soit son âge. La sélection de patients par quelques questions simples permettrait de pouvoir proposer le dépistage à des personnes ayant des comportements à risque et jamais dépistées. Cette proposition de dépistage en temps réel dans un lieu de soins souvent surchargé mobilise cependant de nombreux acteurs du service et du laboratoire. La faisabilité du dépistage aux urgences pourrait être certainement améliorée par l'utilisation de tests rapides sur sang total à partir de prélèvements capillaires de maniement plus simple. L'utilisation de ces tests capillaires, qui déleste le laboratoire dans un service d'urgence, mériterait d'être évaluée. À l'heure des traitements actifs de l'infection par le

**Tableau** Caractéristiques des consultants aux urgences ayant eu une analyse sanguine, Hôpital Louis Mourier, janvier-avril 2008 / *Table Characteristics of consultants in emergency care having performed a blood analysis, Louis Mourier hospital, January-April 2008*

<b>Nombre de consultants ayant une analyse sanguine</b>	<b>n = 684</b>
Nombre de femmes	n = 390 (57 %)
Âge moyen (extrêmes)	50,5 ans (18-99)
Nombre de patients âgés de plus de 65 ans	n = 196 (29 %)
Nombre de patients éligibles pour l'étude	n = 579
<b>Caractéristiques des consultants qui ont accepté le test de dépistage</b>	
<b>Nombre de patients ayant accepté le test de dépistage</b>	<b>n = 511 (88 %)</b>
Nombre de femmes	n = 290 (56,8)
Âge moyen	47,5 ans
<b>Pays de naissance (%)</b>	
France	n = 325 (63,0)
Maghreb	n = 106 (21,0)
Afrique subsaharienne	n = 41 (8,0)
Europe	n = 25 (5,0)
Asie	n = 9 (2,0)
Autre	n = 5 (1,0)
<b>Caractéristiques sociales (%)</b>	
CMU ou AME	n = 68 (10,0)
Sexe ratio H/F	0,7
Bénéficiaires d'un minima social	n = 57 (8,0)
Absence de mutuelles complémentaires	n = 163 (24,0)
Difficultés à payer les soins	n = 72 (10,5)
<b>Facteurs de risque du VIH (%)</b>	
Relations sexuelles sans préservatif avec partenaires occasionnel(le)s	n = 72 (14,0)
Consommation de drogues par voie intraveineuse ou intra-nasale	n = 9 (2,7)
Relations homosexuelles masculines	n = 8 (1,8)
<b>Dépistage antérieur pour le VIH</b>	
<b>Dont dépistage datant de moins d'un an</b>	<b>n = 238 (47,0)</b>
	n = 165 (32,0)
<b>Occasions de réaliser un test de dépistage (%)</b>	
Prescription d'une contraception dans l'année précédente	n = 89 (22,6)*
IVG ou prise de pilule du lendemain	n = 22 (10,6)*
Conjointe enceinte au cours de l'année précédente	n = 24 (8,0)
Hospitalisation dans l'année précédente	n = 148 (29,0)
Bilan sanguin l'année précédente	n = 341 (67,0)
<b>Consultation aux urgences l'année précédente (%)</b>	
	n = 235 (46,0)
<b>Admission après la consultation aux urgences (%)</b>	
	n = 133 (26,0)

\* Rapporté au nombre de femmes < 50 ans.

VIH, les circonstances et les techniques de dépistage doivent évoluer pour améliorer une prise en charge plus précoce de l'infection dont on connaît les conséquences tant à titre individuel qu'en termes de santé publique.

#### Remerciements

Cette étude n'aurait pu se réaliser sans la participation active des infirmiers et médecins du service des urgences ainsi que des techniciens du laboratoire de microbiologie de l'hôpital Louis Mourier. Remerciement particulier à Monique Marie qui a assuré tous les entretiens.

#### Références

- [1] Stratégies du diagnostic biologique de l'infection due au VIH chez les sujets âgés de plus de 18 mois. Recommandations professionnelles. ANAES. Janvier 2000.
- [2] Dépistage de l'infection par le VIH en France. Modalité de réalisation des tests de dépistage. Recommandation en santé publique. HAS. Octobre 2008.
- [3] Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé. OMS/ONUSIDA, mai 2007; [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242595567\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242595567_fre.pdf)
- [4] Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Rapport 2008. Recommandation du groupe d'experts. Médecine-Sciences. Flammarion.
- [5] Conseil national du sida. Rapport sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France. Paris: Conseil national du sida, 2006. [http://www.cns.sante.fr/html/avis/depistage/16\\_11\\_06/fr\\_1\\_b.htm](http://www.cns.sante.fr/html/avis/depistage/16_11_06/fr_1_b.htm)
- [6] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant women in Health-Care settings. MMWR Recomm Rep. 2006 Sep 22; 55(RR-14):1-17.
- [7] Pascal J, Abbey-Huguenin H, Agard C, Asseray N, Billaud E, Baron D, *et al.* Élaboration d'un outil de repérage des usagers en situation de vulnérabilité sociale consultant à l'hôpital. Presse Med. 2004; 33:710-5.
- [8] Beck F, Guilbert P, Gautier A. Enquête baromètre santé 2005. Éditions Inpes.
- [9] Brown J, Shesser R, Simon G, Bahn M, Czarnogorski M, Kuo I, *et al.* Routine HIV screening in the emergency department using the new US Centers for Disease Control and Prevention Guidelines: results from a high-prevalence area. J Acquir Immune Defic Syndr. 2007 Dec 1; 46(4):395-401.
- [10] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Rapid HIV Testing in emergency departments—three U.S. sites, January 2005–March 2006. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2007 Jun 22; 56(24):597-601.
- [11] Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/SIDA en Île-de-France. Observatoire Régional de Santé d'Île-de-France. Éditions ORS. Décembre 2001.
- [12] Wurcel A, Zaman T, Zhen S, Stone D. Acceptance of HIV antibody testing among inpatients and outpatients at a public health hospital: a study of rapid versus standard testing. AIDS Patients Care STDs. 2005; 19:499-505.
- [13] Sullivan PS, Lansky A, Drake A. Failure to return for HIV test results among persons at high risk for HIV infection. J Acquir Immune Defic Syndr. 2004; 35:511-8.
- [14] Le Vu S, Semaillé C. Dépistage anonyme et gratuit du VIH en France, 2006. Bull Epidemiol Hebd. 2008; (7-8):50-2.

## Recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) sur les tests de dépistage rapide (TDR) du VIH / *Recommendations from the French National Authority for Health on rapid screening tests (RST) for HIV*

La HAS a émis en octobre 2008 de nouvelles recommandations sur les stratégies de dépistage et de diagnostic biologique de l'infection à VIH. Concernant les tests de dépistage rapide, ils sont recommandés dans certaines situations d'urgence pour obtenir un diagnostic rapide pour une prise en charge adaptée : accident d'exposition au VIH, urgence diagnostique devant un tableau évoquant

un sida, accouchement d'une femme de statut sérologique non documenté... Ils doivent être réalisés par un professionnel de santé dans une structure d'offre de soins avec le consentement éclairé de la personne et obligatoirement associés à un test de dépistage classique conformément à la réglementation en vigueur. L'arrêté du 28 avril 2003 actuellement en vigueur sera modifié en ce sens.

Dans toutes les autres situations le recours aux TDR doit s'inscrire dans une démarche structurée d'évaluation.

Les résultats de ces évaluations permettront de formuler dans un deuxième temps des recommandations définissant les circonstances d'utilisation des TDR en pratique courante.

La publication d'un article dans le BEH n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec citation exacte de la source.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://www.invs.sante.fr/BEH>

**Directrice de la publication** : Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS  
**Rédactrice en chef** : Judith Benrekassa, InVS, [redactionBEH@invs.sante.fr](mailto:redactionBEH@invs.sante.fr)  
**Rédactrice en chef adjointe** : Valérie Henry, InVS, [redactionBEH@invs.sante.fr](mailto:redactionBEH@invs.sante.fr)  
**Secrétaire de rédaction** : Farida Mihoub, InVS, [redactionBEH@invs.sante.fr](mailto:redactionBEH@invs.sante.fr)  
**Comité de rédaction** : Dr Sabine Abitbol, médecin généraliste ; Dr Thierry Ancelle, Faculté de médecine Paris V ; Catherine Buisson, InVS ; Dr Christine Chan-Chee, InVS ; Dr Sandrine Danet, Drees ; Dr Isabelle Gremy, ORS Ile-de-France ; Dr Rachel Haus-Cheyml, Service de santé des Armées ; Dr Christine Jestin, Inpes ; Eric Jouglu, Inserm CépIdc ; Dr Bruno Morel, InVS ; Josiane Pillonel, InVS ; Dr Sandra Sinno-Tellier, InVS ; Hélène Therre, InVS.  
 N°CPP : 0206 B 02015 - N°INPI : 00 300 1836 - ISSN 0245-7466

**Diffusion / Abonnements : Alternatives Économiques**  
 12 rue du Cap Vert - 21800 Quétigny  
 Tél. : 03 80 48 95 36  
 Fax : 03 80 48 10 34  
 Courriel (provisoire) : [ddorey@alternatives-economiques.fr](mailto:ddorey@alternatives-economiques.fr)  
 Tarifs 2008 : France et international 52 € TTC  
**Institut de veille sanitaire - Site Internet** : [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)  
**Imprimerie** : Maulde et Renou Sambre - Maubeuge  
 146, rue de la Liberté - 59600 Maubeuge