

[25] Attia S, Egger M, Muller M, Zwahlen M, Low N. Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis. *AIDS* 2009;23:1397-404.

[26] Gallant JE, DeJesus E, Arribas JR, Pozniak AL, Gazzard B, Campo RE, et al.; Study 934 Group. Tenofovir DF, emtricitabine, and efavirenz vs. zidovudine, lamivudine, and efavirenz for HIV. *N Engl J Med*. 2006;354(3):251-60.

[27] Johnson M, Grinsztejn B, Rodriguez C, Coco J, DeJesus E, Lazzarin A, et al. Atazanavir plus ritonavir or saquinavir, and lopinavir/ritonavir in patients experiencing multiple virological failures. *AIDS*. 2005;19(7):685-94.

[28] Grinsztejn B, Nguyen BY, Katlama C, Gatell JM, Lazzarin A, Vittecoq D, et al.; Protocol 005 Team. Safety and efficacy of the HIV-1 integrase inhibitor raltegravir (MK-0518) in treatment-experienced patients with multi-drug-resistant virus: a phase II randomised controlled trial. *Lancet*. 2007;369(9569):1261-9.

[29] Nelson M, Arastéh K, Clotet B, Cooper DA, Henry K, Katlama C, et al. Durable efficacy of enfuvirtide over 48 weeks in heavily treatment-experienced HIV-1-infected patients in the T-20 versus optimized background regimen only 1 and 2 clinical trials. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2005;40(4):404-12.

[30] Le Vu S, Le Strat Y, Barin F, Pillonel J, Cazein F, Bousquet V, et al. Population-based HIV-1 incidence in France, 2003-08: a modelling analysis. *Lancet Infect Dis*. 2010;10:682-7.

[31] Siegel JE, Weinstein MC, Russell LB, Gold MR. Recommendations for reporting cost-effectiveness analyses. Panel on Cost-Effectiveness in Health and Medicine. *JAMA* 1996;276:1339-41.

[32] 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 Oct 1;5(10):e13132.

[33] World Health Organization. Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Report of the commission on macroeconomics and health, 2001. Disponible à : <http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550x.pdf>

[34] Sanders GD, Bayoumi AM, Sundaram V, Bilir SP, Neukermans CP, Rydzak CE, et al. Cost-effectiveness of screening for HIV in the era of highly active antiretroviral therapy. *N Engl J Med*. 2005;352(6):570-85.

[35] Kim JJ, Wright TC, Goldie SJ. Cost-effectiveness of human papillomavirus DNA testing in the United King-

dom, The Netherlands, France, and Italy. *J Natl Cancer Inst*. 2005;97:888-95.

[36] Lejeune C, Arveux P, Dancourt V, Béjean S, Bonithon-Kopp C, Faivre J. Cost-effectiveness analysis of fecal occult blood screening for colorectal cancer. *Int J Technol Assess Health Care*. 2004;20(4):434-9.

[37] Arveux P, Wait S, Schaffer P. Building a model to determine the cost-effectiveness of breast cancer screening in France. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2003;12:143-53.

[38] Adams EJ, Turner KM, Edmunds WJ. The cost effectiveness of opportunistic Chlamydia screening in England. *Sex Transm Infect*. 2007;83:267-74; discussion 274-5.

[39] Sutton AJ, Edmunds WJ, Sweeting MJ, Gill ON. The cost-effectiveness of screening and treatment for hepatitis C in prisons in England and Wales: a cost-utility analysis. *J Viral Hepat*. 2008;15:797-808.

[40] Girardi E, Sabin CA, Monforte AD. Late diagnosis of HIV infection: epidemiological features, consequences and strategies to encourage earlier testing. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2007;46 Suppl 1:S3-8.

[41] Coco A. The cost-effectiveness of expanded testing for primary HIV infection. *Ann Fam Med*. 2005;3:391-9.

## 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

Anne-Claude Crémieux<sup>1</sup> (anne-claude.cremieux@rpc.aphp.fr)<sup>1</sup>, Kayigan Wilson d'Almeida<sup>2</sup>, Gérald Kierzek<sup>3</sup>, Pierre de Truchis<sup>1</sup>, Stéphane Le Vu<sup>4</sup>, Dominique Pateron<sup>5</sup>, Bertrand Renaud<sup>6</sup>, Caroline Semaille<sup>4</sup>, François Simon<sup>7</sup>, Didier Guillemot<sup>1,8</sup>, France Lert<sup>2</sup> et le groupe des référents urgentistes\*

1/ Service des maladies infectieuses, Hôpital Raymond-Poincaré, AP-HP, Garches, et Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, France  
 2/ Inserm U1018, Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations, Villejuif, France  
 3/ Service des urgences de proximité, Hôtel-Dieu Cochin, AP-HP, Paris, France  
 4/ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France  
 5/ Service des urgences médicales, Hôpital Saint-Antoine, AP-HP, Paris, France  
 6/ Service d'accueil et de traitement des urgences, Hôpital Henri-Mondor, AP-HP, Créteil, France  
 7/ Service de bactériologie-virologie, Hôpital Saint-Louis, AP-HP, Paris, France  
 8/ Inserm U657 et Institut Pasteur, Paris, France

\* D. Elkharrat (Hôpital Ambroise Paré) ; C. Jordy (Hôpital André Mignot) ; M. Andronikof (Hôpital Antoine Bécclère) ; D. Brun Ney (AP-HP) ; F. Adnet, B. Bernot (Hôpital Avicenne) ; L. Bucchini, P. Juvin (Hôpital Beaujon) ; J. Depret-Vassal (Hôpital de Bicêtre) ; E. Casalino (Hôpital Bichat-Claude Bernard) ; Y.E. Claessens, A. Dabreteau, C. Ginsburg (Hôpital Cochin) ; J.P. Bal Dit Solier, S. Lehibil (Centre hospitalier intercommunal de Créteil) ; F. Compagnon (Hôpital de Coulommiers) ; V. Jumel (Hôpital de la Croix Saint-Simon) ; M. Prevel (Hôpital Delafontaine) ; L. Debastard (Clinique des Franciscaines) ; J.L. Sebbah (Centre hospitalier de Gonesse) ; B. Renaud, A. Santin (Hôpital Henri-Mondor) ; G. Kierzek, J.L. Pourriat (Hôtel-Dieu) ; C. Chassaignon (Hôpital Jean Verdier) ; B. Galichon, P. Plaisance (Hôpital Lariboisière) ; P. Brun, C. Leroy (Hôpital Louis Mourier) ; S. Bendaoud, K.E. Hamdi (Hôpital Marc Jacquet) ; B. Coudert, C. Michel (Centre hospitalier intercommunal de Meulan - Les Mureaux) ; F. Thievert (Hôpital privé de l'Ouest parisien) ; A. Afdjei (Centre médico-chirurgical de Parly 2) ; J. Chahuneau, N. Simon (Centre hospitalier intercommunal de Poissy Saint-Germain-en-Laye) ; C. Quilliec (Hôpital privé de la Providence) ; D. Pateron, C. Lejeune (Hôpital Saint-Antoine) ; S. Dautherville, C. Vincent-Cassy, E. Hinglais (Hôpital Tenon) ; C. Le Gall (Hôpital Victor Dupouy).

### Résumé / Abstract

**Introduction** – L'acceptabilité et la faisabilité du dépistage du VIH ont été analysées dans 27 services d'urgences d'Île-de-France, au cours d'une étude visant à évaluer l'impact en termes de santé publique d'un dépistage systématique du VIH en population générale.

**Méthodes** – Pendant six semaines consécutives, le personnel des urgences, secondé si nécessaire par le personnel de l'étude, a proposé systématiquement aux consultants adultes un dépistage du VIH par test de dépistage rapide (TDR).

**Résultats** – Parmi les 120 155 patients, 67 229 étaient éligibles et 11 636 ont été testés (taux de faisabilité : 17,3%). La faisabilité était plus élevée dans les services où le flux était inférieur à 75 patients/jour, lorsque la proposition était faite par l'équipe des urgences et dans les services situés à Paris *intra muros*. Environ deux tiers des personnes à qui le dépistage était proposé l'ont accepté.

**Conclusion** – Le dépistage en routine du VIH est bien accepté aux urgences et sa faisabilité est variable d'un centre à l'autre. L'intégration du dépistage à l'activité courante, quand elle est possible, apparaît plus efficace que l'affectation de personnel dédié, et les obstacles à la réalisation d'un tel dépistage semblent tenir davantage au flux des consultants et aux possibilités d'organisation des services d'urgences qu'aux attitudes de la population.

### Feasibility and patients' acceptance of routine HIV screening in 27 Emergency Departments of the Paris urban area, France, May 2009 to August 2010 (ANRS 95008 and Sidaction)

**Introduction** – Acceptability and feasibility of HIV screening were analyzed in 27 emergency departments (ED) of Île-de-France area, during a study which aimed at assessing the public health impact of routine HIV screening in the general population.

**Methods** – During a six week period, ED's staff, supported when necessary by research staff, offered HIV rapid test (HIV RT) to all adult patients.

**Results** – Among the 120,155 patients who consulted, 67,229 were eligible and 11,636 were actually tested (feasibility rate: 17.3%). Higher feasibility rates were obtained in EDs seeing <75 patients/day, when HIV RT were proposed by the ED's team and in inner Paris EDs. Around two-thirds of patients accepted the proposition of being tested.

**Conclusion** – Routine HIV screening is well accepted by the population consulting in EDs and large variations in feasibility rates are observed among EDs. Integrating HIV screening into routine care when possible appears to be more effective than using dedicated staff. Obstacles to such a screening seems to come more from EDs crowding and organisational possibilities than from population's behaviour.

### Mots clés / Key words

VIH, tests rapides, dépistage, urgences / HIV, rapid tests, screening, emergency department

## Introduction

Le dépistage associé au traitement précoce de l'infection à VIH a depuis 15 ans fait la preuve de son efficacité pour réduire la mortalité. Cette stratégie apparaît aujourd'hui comme une voie possible pour inverser le cours de l'épidémie dans les populations ou les groupes les plus concernés. Ainsi, l'amélioration du dépistage est un enjeu prioritaire dans de nombreux pays.

En France, comme dans la plupart des pays à faible prévalence de l'infection à VIH en population générale, les autorités ont privilégié la démarche volontaire de dépistage en cas de prise de risque, par le biais des campagnes d'information et d'un accès large aux tests anonymes et gratuits. Les dernières campagnes ont tout particulièrement cherché à inciter les personnes appartenant aux populations les plus exposées (population homosexuelle ou personnes originaires d'Afrique subsaharienne notamment) à venir se faire dépister.

Malgré une activité importante de dépistage (en 2008, environ 5 millions de tests ont été réalisés pour 65 millions d'habitants) et une augmentation de la proportion de dépistage au stade asymptomatique de l'infection entre 2003 et 2009 (59,5% en 2003 vs. 64% en 2009) [1], cette stratégie basée sur la perception du risque a montré ses limites. En 2008, un tiers des infections à VIH étaient prises en charge au stade sida ou avec moins de 200 CD4/mm<sup>3</sup>. Et on estime à plusieurs dizaines de milliers le nombre de personnes infectées par le VIH qui, soit ne sont pas diagnostiquées, soit ne se font pas suivre [2].

Afin d'améliorer le diagnostic précoce, les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) ont recommandé en 2006 aux États-Unis [3] le dépistage systématique des patients dans tous les lieux de soins. Les urgences hospitalières, qui accueillent une population large comprenant les minorités afro-américaines et hispaniques les plus touchées par l'épidémie, ont été particulièrement concernées. Ces nouvelles recommandations se sont appuyées sur des études démontrant le caractère coût-efficace d'un dépistage systématique [4].

Plusieurs études de faisabilité menées dans les urgences hospitalières de différentes villes des États-Unis ont montré des résultats variables selon les motivations et les ressources locales. Environ la moitié des personnes auxquelles le test était proposé acceptait de se faire dépister. Entre 5 et 17% des consultants l'étaient effectivement. La prévalence des infections non diagnostiquées variait selon les sites mais atteignait parfois 1%. Actuellement, peu de services d'urgences suivent les recommandations du CDC [5] dont le coût est un obstacle pour certains hôpitaux. Ces études restent aussi controversées [6], en partie à cause des bases essentiellement théoriques sur lesquelles elles s'appuient [7]. Seule une étude récente menée à Denver [8] a cherché à évaluer le gain réel du dépistage généralisé à l'ensemble des consultants des urgences en termes de nombre de nouveaux dépistages, en comparant sur deux périodes de quatre mois cette stratégie et la prescription habituelle par les médecins de tests à visée diagnostique. Le gain du dépistage systématique par rapport à la pratique courante s'est avéré modeste : peu de personnes supplémentaires étaient dépistées et la plupart l'étaient à un stade évolué de la maladie.

En France, le Conseil national du sida, puis plus récemment la Haute autorité de santé sur la base d'une étude coût-efficacité [9], et p. 455 de ce même numéro) adaptée à la situation française, ont émis des recommandations proches de celles du CDC.

Cependant, à ce jour, aucune étude publiée n'a évalué à l'échelon d'une population de grande taille la pertinence d'un tel dispositif pour améliorer le dépistage précoce de la population générale.

En 2009, nous avons débuté une étude visant à évaluer l'impact en termes de santé publique d'un dépistage systématique du VIH en routine par tests de dépistage rapide (TDR) dans un large échantillon de services d'urgences d'Île-de-France, région qui se distingue par l'ampleur de son épidémie. Avec 11,4 millions d'habitants, c'est la région de France métropolitaine où le taux de découvertes de séropositivité par million d'habitants est le plus élevé. Elle regroupe la moitié de l'ensemble des découvertes de séropositivité depuis 2003. L'étude permettra d'extrapoler le nombre de nouveaux diagnostics attendu en Île-de-France sur une année si une stratégie de dépistage généralisé était mise en place.

Cette première publication porte sur la faisabilité d'un dépistage en routine du VIH aux urgences et son acceptabilité par les consultants dans 27 services d'urgences dont les données étaient disponibles au 31 août 2010. Les données concernant l'impact de cette mesure de dépistage feront l'objet d'une autre publication.

## Matériel et méthodes

### Population étudiée

L'étude a été réalisée en s'appuyant sur les hôpitaux inclus dans le réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences), réseau mis en place progressivement à partir de 2004 par l'Institut de veille sanitaire (InVS) en collaboration notamment avec la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et la Société française de médecine d'urgence. Le réseau Oscour® compte 35 hôpitaux en Île-de-France qui permettent, grâce à l'informatisation des services d'urgences, de collecter quotidiennement et de manière automatique des informations démographiques et médicales sur tous les consultants des urgences. Les informations disponibles à partir d'Oscour® comprennent le sexe, l'âge, la gravité et la morbidité. Les 31 services des urgences adultes ont été sollicités pour participer à l'étude, et 29 ont effectivement réalisé l'étude. L'analyse présentée dans cet article porte sur 27 centres<sup>1</sup> dont les données étaient disponibles au 31/08/10.

Tous les consultants âgés de 18 à 64 ans étaient éligibles. Les consultants séropositifs connus pour le VIH, présentant une urgence vitale, ou incapables de donner un consentement éclairé pour des raisons psychiatriques, d'état d'intoxication ou de contexte de recours (personnes en garde à vue), étaient exclus.

### Déroulement de l'étude

Dans chacun des services d'urgences concernés, un test rapide de dépistage du VIH était proposé pendant 6 semaines consécutives à tous les consultants

<sup>1</sup> Liste des 27 centres : Hôpital Ambroise Paré (Boulogne), Centre hospitalier André Mignot (Le Chesnay), Hôpital Antoine Béchère (Clamart), Hôpital Avicenne (Bobigny), Hôpital Beaujon (Clichy), Hôpital de Bicêtre (Le Kremlin-Bicêtre), Hôpital Bichat (Paris), Hôpital Cochin (Paris), Centre hospitalier de Coulommiers (Coulommiers), Centre hospitalier intercommunal de Créteil (Créteil), Hôpital de la Croix-Simon (Paris), Centre hospitalier Delafontaine (Saint-Denis), Clinique des Franciscaines (Versailles), Centre hospitalier de Gonesse (Gonesse), Hôpital Henri Mondor (Créteil), Hôpital Hôtel-Dieu (Paris), Hôpital Jean Verdier (Bondy), Hôpital Louis Mourier (Colombes), Centre hospitalier Marc Jacquet (Melun), Centre hospitalier intercommunal de Meulan - Les Mureaux (Meulan), Hôpital privé de l'Ouest parisien (Trappes), Centre hospitalier intercommunal de Poissy Saint-Germain-en-Laye (Poissy Saint-Germain-en-Laye), Hôpital privé de la Providence (Antony), Hôpital Saint-Antoine (Paris), Hôpital Tenon (Paris), Hôpital Victor Dupouy (Argenteuil).

adultes éligibles. L'étude se déroulait tous les jours de la semaine, 24h/24. Les patients, informés de l'étude par voie d'affichage, se voyaient également proposer gratuitement ce dépistage par le personnel infirmier ou médical du service lors de la prise en charge. Une notice d'information détaillée leur était remise et leur consentement écrit recueilli. Un autoquestionnaire court portait sur des informations sociodémographiques, des informations sur les prises de risques relatives au VIH et l'historique de recours au dépistage. En cas de refus, le motif de refus était recueilli par l'infirmière.

Dans chaque centre, les différentes équipes des urgences étaient formées à la proposition et la réalisation des tests avant le début de l'étude lors de séances d'environ une heure, réalisées de façon à toucher toutes les équipes de jour et de nuit. Le protocole de recherche était adapté au circuit habituel du patient et à l'organisation de chaque service.

Le test rapide du VIH était réalisé sur sang total par prélèvement au bout du doigt par le personnel des urgences. Le test OraQuick Advance® (fourni gracieusement par *OraSure Technologies Inc., USA*) a été sélectionné dans cette étude en raison du recul important existant sur ses performances, des données publiées montrant sa maniabilité dans le cadre des urgences hospitalières aux États-Unis, et de son autorisation par les institutions européennes (marquage CE). Le résultat négatif était rendu par le personnel infirmier oralement et par écrit tandis qu'en cas de réactivité, le patient était pris en charge par le médecin urgentiste avec la réalisation immédiate d'un prélèvement sanguin pour confirmation par un test Elisa et Western blot. Dans ce cas, le patient se voyait proposer un rendez-vous dans les 48 à 72 heures avec un médecin infectiologue référent de l'hôpital, pour la remise du résultat définitif et le démarrage d'une prise en charge.

Pour assurer la bonne réalisation de l'étude au sein du service, l'attaché de recherche clinique (ARC) présent sur place observait pendant la première semaine la façon dont l'équipe des urgences conduisait l'étude. Lorsque cela s'avérait nécessaire en raison des flux d'activité et de l'organisation du service, l'ARC aidait l'équipe lors de la proposition et/ou de la réalisation des tests.

Deux indicateurs ont été définis pour rendre compte de la faisabilité et de l'acceptabilité du dépistage. Le taux de faisabilité était défini comme le pourcentage de tests réalisés parmi les patients éligibles et le taux d'acceptabilité comme le pourcentage de patients acceptant le test parmi ceux auxquels il était proposé.

Pour compléter la caractérisation de la population testée parmi l'ensemble des consultants aux urgences et évaluer les facteurs associés à l'acceptabilité, une enquête complémentaire a été réalisée dans sept services d'urgences. Les critères d'exclusion et les motifs de refus étaient systématiquement relevés par un ARC au cours d'une période d'observation de 40 heures réparties en plages horaires tirées au sort sur une période de sept jours. Les résultats obtenus sur les 363 patients des deux premières enquêtes de refus sont présentés ici.

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> ou le test de Fisher a été utilisé. Pour les variables quantitatives, la comparaison de moyennes a été utilisée lorsque les distributions étaient normales et des tests non paramétriques dans les autres situations.

Le protocole de cette étude a été soumis pour avis au Comité de protection des personnes (CPP) Île-de-France XI et a obtenu un avis favorable (n° 08053, 9 octobre 2008).

Tableau 1 Dépistage du VIH par tests rapides chez les consultants de 27 services d'urgences d'Île-de-France, mai 2009-août 2010 (France) / Table 1 Rapid HIV testing among patients attending 27 EDs in Île-de-France, May 2009-August 2010 (France)

Services d'urgences	Consultants (1)	Patients éligibles (2)	Tests proposés (3)	Test acceptés (4)	Tests réalisés (5)	Taux de proposition (3/2)	Taux d'acceptabilité (4/3)	Faisabilité % de tests parmi les éligibles (5/2)	% de tests parmi les consultants (5/1)
Total n=27	120 155	67 229	19 361	12 111	11 636	28,8%	62,5%	17,3%	9,7%
<b>Localisation</b>									
Paris <i>intra muros</i> (n=6)	25 820	15 561	5 900	3 498	3 205	37,9%	59,3%	20,6%	12,4%
Paris <i>extra muros</i> (n=21)	94 335	51 668	13 461	8 613	8 431	26,0%*	64,0%*	16,3%*	8,9%
<b>Nombre de consultants/jour</b>									
< 75 patients (n=7)	14 820	8 874	4 291	2 510	2 474	48,3%	58,5%	27,9%	16,7%
> 75 patients (n=20)	105 335	58 355	15 070	9 601	9 162	25,8%*	63,7%*	15,7%*	8,7%
<b>Personnel proposant le test aux patients</b>									
Principalement le personnel des urgences (n=14)	52 467	27 983	11 079	6 941	6 640	39,6%	62,6%	23,7%	12,6%
Principalement le personnel de l'équipe de recherche (n=13)	67 688	39 246	8 282	5 170	4 996	21,1%*	62,4%	12,7%*	9,5%

\*P<0,001.

## Résultats

### Faisabilité et acceptabilité dans les 27 centres (tableau 1)

Dans la moitié des services d'urgences (14/27), le dépistage a été principalement réalisé par le personnel des urgences. Dans les autres cas, l'aide d'un ARC a été nécessaire à la réalisation de l'étude.

Parmi les 120 155 consultations, 67 229 patients étaient éligibles (56%). Le test a été proposé à 19 361 patients (28,8% des éligibles), 12 111 l'ont accepté (62,5%) et 11 636 personnes ont été effectivement testées (figure 1). Ainsi, 17,3% des patients éligibles ont été effectivement testés (taux de faisabilité).

Ce taux de faisabilité variait de 6 à 55,8% selon les services. Les taux les plus élevés étaient obtenus dans les services dont le flux quotidien était inférieur à 75 patients par jour comparé à un flux supérieur à 75 (respectivement 27,9%, et 15,7%) ( $p < 0,001$ ), lorsque les tests étaient proposés par l'équipe des urgences (23,7%) plutôt que par l'équipe de recherche (12,7%) ( $p < 0,001$ ) et dans les services d'urgences de Paris *intra muros* comparés à ceux de la périphérie de Paris (20,6% vs. 16,3%,  $p < 0,001$ ). Près de 2/3 des personnes à qui le test était proposé ont accepté de se faire dépister (taux d'acceptabilité : 62,5%). Là encore, ce taux était variable, allant de 42,5% à 83,6%. Les taux d'acceptation étaient moins élevés lorsque les tests étaient proposés dans les services d'urgences de Paris *intra muros* (59,3% vs. 64% pour la périphérie de Paris,  $p < 0,001$ ).

### Facteurs associés au refus du dépistage

L'enquête complémentaire réalisée sur 363 patients a montré que les motifs les plus fréquents de refus étaient le fait de ne pas avoir pris de risque (28%) ou d'avoir récemment fait un test (48%). Le seul facteur associé à l'acceptabilité était le fait de se percevoir plus à risque que la population générale vis-à-vis de l'infection à VIH (tableau 2). L'âge, le sexe, le pays de naissance et le fait d'avoir déjà fait un test de dépistage n'étaient pas différents chez les personnes acceptant ou refusant de se faire tester.

## Discussion

Afin de pouvoir atteindre les personnes qui ne sont pas conscientes d'avoir pris un risque et/ou ne font pas de démarche volontaire, plusieurs pays industrialisés comme les États-Unis ou le Royaume-Uni ont récemment recommandé un dépistage du VIH de

Figure 1 Dépistage systématique du VIH par tests rapides dans 27 services d'urgences d'Île-de-France, mai 2009-août 2010 (France) / Figure 1 Routine HIV screening by rapid tests in 27 emergency departments in Île-de-France, May 2009-August 2010 (France)

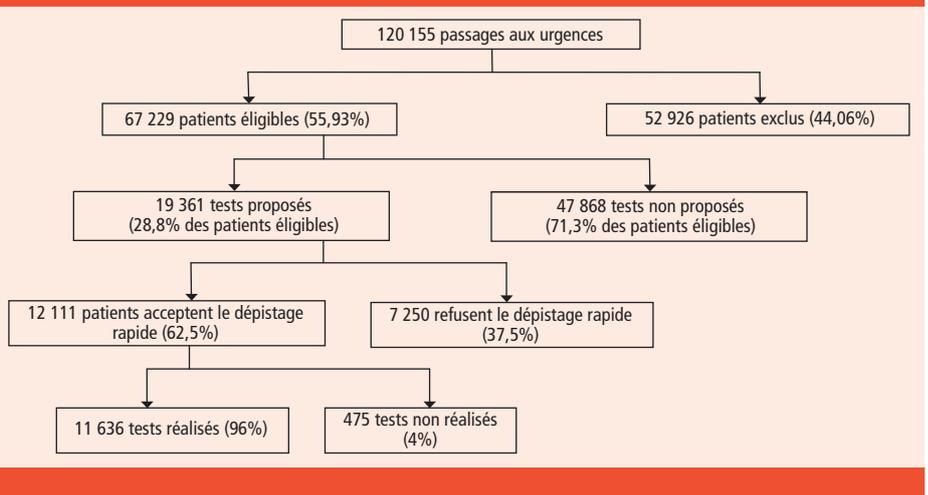


Tableau 2 Enquête complémentaire : facteurs associés à l'acceptabilité du dépistage du VIH (148 patients éligibles parmi 363 consultants), Île-de-France (France) / Table 2 Nested study: factors associated with consent to HIV testing (n=148 eligible patients among 363 visits), Île-de-France (France)

	Patients refusant le test n=50	Patients acceptant le test n=98	P
Âge moyen	35,5 ans	35 ans	0,7
Sexe			0,56
Hommes	23 (30%)	53 (70%)	
Femmes	26 (37%)	45 (63%)	
Recours antérieur au dépistage			0,319
Oui	24 (39%)	38 (61%)	
Non	26 (29,5%)	62 (70,5%)	
Perception du risque à l'infection VIH par rapport à la population générale			0,05
Risque plus élevé	0 (0%)	3 (100%)	
Même risque	19 (39,5%)	29 (60,5%)	
Risque plus faible	18 (49%)	19 (51%)	
Pas de risque	8 (44%)	10 (56%)	
Ne sait pas	3 (14%)	18 (86%)	

tous les patients consultant dans les lieux de soins [10]. L'efficacité de cette stratégie dépend cependant de la capacité du système de santé à réaliser un dépistage généralisé de la population et à atteindre les personnes infectées à un stade précoce. Les urgences hospitalières sont un lieu privilégié pour atteindre une partie importante de la popu-

lation générale y compris les personnes les plus défavorisées. Plus d'un Français sur quatre (27%) déclare avoir eu recours aux structures de médecine d'urgence chaque année [11]. Mais elles ne sont pas traditionnellement incluses dans le dispositif de dépistage des infections transmissibles et notamment du VIH. Plusieurs études ont été

menées aux États-Unis et plus récemment au Royaume-Uni pour apprécier l'acceptabilité et la faisabilité du dépistage du VIH dans ce cadre. La plupart de ces études portent sur un seul centre, concernent des méthodes d'interventions différentes et montrent des résultats variables d'un service des urgences à l'autre. Il n'y a pas d'étude évaluant à l'échelon d'une région la faisabilité et l'impact d'une telle stratégie.

Les premiers résultats de notre étude montrent un niveau élevé d'acceptation par les patients et un niveau de faisabilité variable d'un service à l'autre.

L'acceptabilité était en général bonne, en moyenne de 63% des patients, dépassant 70% dans quatre hôpitaux. Les principales raisons invoquées par les consultants pour refuser le test étaient de ne pas avoir pris de risque ou d'avoir fait un test récent. Ces résultats sont proches de ceux retrouvés dans d'autres pays. Une étude récente faite aux urgences à Londres, dans laquelle la proposition de test était faite par du personnel dédié, retrouve 61,2% d'acceptation et des raisons de refus voisines [12]. Ainsi, malgré l'accent mis depuis le début de l'épidémie sur le caractère volontaire du test et le principe d'un conseil prétest, la réticence des consultants vis-à-vis du test n'apparaît pas comme un obstacle à la mise en place du dépistage aux urgences. Cette observation est susceptible de lever les craintes du personnel soignant, souvent exprimées lors des séances de formation, dans notre étude comme dans d'autres [12]. Elle est à rapprocher du faible taux de refus enregistré lors de la proposition systématique du test au cours de la grossesse.

La faisabilité était en moyenne de 17,3%, ce qui est comparable aux études dans les services d'urgences américains (8 à 25% selon les centres) [8;13]. Cependant, des écarts très importants étaient observés entre les établissements. La faisabilité était largement dépendante de l'activité, et de l'organisation des équipes des urgences. Ainsi, dans les hôpitaux avec un flux de moins de 75 patients par jour, la faisabilité était de 27,9% (atteignant même 55% dans un hôpital). Elle n'était que de 15,7% quand le flux quotidien dépassait 75 patients ; seul un hôpital recevant plus de 150 patients par jour a pu réaliser le test chez plus de 16% des patients. Ce résultat peut s'expliquer par la difficulté qu'éprouvent les équipes à proposer le test en période de grande affluence, comme le montre le taux de proposition, significativement plus faible en cas de flux >75 patients (tableau 1). La faisabilité était également meilleure quand le dépistage était réalisé principalement par l'équipe des urgences, 23,7% en moyenne, alors qu'elle n'était plus que de 12,7% lorsqu'il était réalisé par les ARC. Cette différence est principalement liée à un taux de proposition deux fois plus faible lorsque le dépistage était réalisé par les ARC pour un taux d'acceptabilité similaire (tableau 1). La présence limitée de l'ARC aux heures ouvrables et l'absence de contact automatique de l'ensemble des consultants avec celui-ci, peuvent expliquer le taux de proposition moindre dans ce cas de figure.

L'étude repose sur un nombre élevé de services répartis dans la région de France métropolitaine la plus concernée par l'infection VIH et dans lesquels le dépistage a été réalisé au cours de périodes continues tirées au sort au cours des 16 mois de réalisation. Elle porte sur un effectif important de plus de 12 000 personnes au sein d'un flux de patients de plus de 120 000, dont 67 229 éligibles. Dans le cadre d'un projet de recherche, les personnes refusant de participer ne fournissaient pas d'informations détaillées permettant de caractériser la participation, ce que l'enquête complémentaire tend à pallier. Des

analyses complémentaires seront menées pour améliorer la caractérisation de la population participant à l'étude grâce aux informations collectées dans le système Oscour® et à la comparaison avec la population générale pour laquelle on dispose d'informations similaires à celles recueillies dans l'étude. La diversité de l'échantillon, le choix aléatoire des périodes d'étude et le recrutement continu et systématique des participants permettront la généralisation des observations à la région dans son ensemble, lorsque les biais éventuels auront été identifiés grâce aux données du système Oscour®.

## Conclusion

L'acceptation du dépistage du VIH en routine de la population générale par tests rapides dans le contexte des urgences est bonne et dépasse 6 consultants sur 10. Ce dépistage est réalisable, bien qu'il atteigne en moyenne moins d'un cinquième de la population éligible. Cependant, en raison de la fréquentation importante des urgences, le nombre de personnes testées est élevé. Les services d'urgences qui ont réussi à dépister la proportion la plus importante de consultants sont ceux recevant moins de 75 patients par jour et les hôpitaux dans lesquels l'équipe des urgences a pu réaliser elle-même le dépistage. Il faut souligner néanmoins que, dans la moitié des urgences, ce dépistage n'a été possible qu'avec du personnel dédié.

Ainsi, l'intégration du dépistage à l'activité courante, quand elle est possible, apparaît plus efficace que l'affectation de personnel dédié, et les obstacles à la réalisation d'un tel dépistage semblent tenir davantage au flux des consultants et à des facteurs liés à l'organisation et/ou à la motivation des services d'urgences, qu'aux attitudes de la population. L'étude détaillée de ces facteurs est en cours d'analyse. Au-delà de l'infection à VIH, la connaissance de ces paramètres pourrait être utile pour mieux appréhender la place des urgences dans les stratégies de dépistage des infections transmissibles.

## Remerciements

– Aux attachés de recherche clinique de l'étude : O. Zanatta, S. Dogbe, S. Padolus, et particulièrement F. Abate et J. Leblanc sans qui cette étude n'aurait jamais été aussi complète.

– Au groupe des référents infectiologues :

E. Rouveix (Hôpital Ambroise Paré) ; A. Greder-Bellan (Hôpital André Mignot, Hôpital Privé de l'Ouest parisien) ; F. Boue, V. Martinez (Hôpital Antoine Béchère) ; O. Bouchaud (Hôpital Avicenne) ; A. Uludag (Hôpital Beaujon) ; J.F. Delfraissy, J. Ghosn, C. Goujard (Hôpital de Bicêtre) ; C. Rioux (Hôpital Bichat-Claude Bernard) ; D. Salmon (Hôpital Cochin) ; V. Garrait (Centre hospitalier intercommunal de Créteil) ; M. Gatfossé (Hôpital de Coulommiers) ; V. Zeller (Hôpital de la Croix Saint-Simon) ; M.A. Khuong (Hôpital Delafontaine) ; D. Troisvallets (Hôpital de Gonesse) ; A.S. Lascaux, Y. Lévy (Hôpital Henri-Mondor) ; E. Aslangul (Hôtel-Dieu) ; V. Jeantils (Hôpital Jean Verdier) ; V. Delcey, P. Sellier (Hôpital Lariboisière) ; E. Mortier (Hôpital Louis Mourier) ; A.I. Briere (Hôpital Marc Jacquet) ; T. Akpan, J. Clarissou (Centre hospitalier intercommunal de Meulan - Les Mureaux) ; H. Masson, Y. Welker (Centre hospitalier intercommunal de Poissy Saint-Germain-en-Laye) ; P. Bossi (Hôpital privé de la Providence) ; P.M. Girard, N. Valin (Hôpital Saint-Antoine) ; P. Bonnard, G. Pialoux (Hôpital Tenon) ; P. Genet (Hôpital Victor Dupouy).

– Au groupe des référents virologues/biologistes :

E. Gault (Hôpital Ambroise Paré) ; M. Guillet, C. Vauloup (Hôpital Antoine Béchère) ; C. Alloui (Hôpital Avicenne) ; A.A. Mazet, C. Pallier (Hôpital de Bicêtre) ; F. Damond (Hôpital Bichat-Claude Bernard, Hôpital Beaujon) ; A. Krivine (Hôpital Cochin) ; E. Estrangin (Centre hospitalier intercommunal de Créteil) ; C. Chaplain (Hôpital Delafontaine) ; E. Vandemeulebroucke (Hôpital de Gonesse) ; M. Bouvier, D. Challine (Hôpital Henri-Mondor) ; J. Loubinoux (Hôtel-Dieu) ; I. Poilane (Hôpital Jean Verdier) ; M.C. Mazon (Hôpital Lariboisière) ; H. Ichou (Hôpital Louis Mourier) ; A. Kara (Hôpital

Marc Jacquet) ; M. Laforge (Centre hospitalier intercommunal de Meulan - Les Mureaux) ; G. Courdesse, J. Guittet (Hôpital privé de l'Ouest parisien) ; E. Vallée (Centre hospitalier intercommunal de Poissy Saint-Germain-en-Laye) ; Y. Marsault (Hôpital privé de la Providence) ; N. Harchi, L. Morand-Joubert (Hôpital Saint-Antoine) ; C. Amiel, H. Assami, C. Le Pendeven (Hôpital Tenon) ; L. Courdavault (Hôpital Victor Dupouy).

– Aux cadres infirmiers référents des urgences :

P. Gaurier (Hôpital Ambroise Paré) ; S. Christien (Hôpital André Mignot) ; J. Guy (Hôpital Antoine Béchère), A. Pomponne, K. Touenti (Hôpital Avicenne), C. Biccocchi, D. Prevert (Hôpital Beaujon) ; F. Sanson, A. Tissier (Hôpital Cochin) ; I. Abitbol, C. Autret (Centre hospitalier intercommunal de Créteil) ; A. Van Wymeersch (Hôpital de Coulommiers) ; C. Lancien, J. Lehacaut (Hôpital Delafontaine) ; S. Pérot (Clinique des Franciscaines) ; H. Boureau, C. Jauneau, S. Lakhoulfi (Hôpital de Gonesse) ; H. Calore, R. Mondesir, A. Tuytten (Hôpital Henri-Mondor) ; D. Bordes (Hôtel-Dieu) ; I. Gameiro (Hôpital Jean Verdier) ; L. Bodet, D. Tanguy (Hôpital Louis Mourier) ; P. Pittel (Hôpital Marc Jacquet) ; S. Dupré (Centre hospitalier intercommunal de Meulan - Les Mureaux) ; C. Moeuf (Hôpital privé de l'Ouest parisien) ; C. Cauca (Hôpital de Parly 2) ; M. Dupont, N. Naudin (Centre hospitalier intercommunal de Poissy Saint-Germain-en-Laye) ; S. Baroux (Hôpital privé de la Providence) ; C. Dumas, N. Zion (Hôpital Saint-Antoine) ; C. Lambard (Hôpital Tenon) ; K. Pivault, C. Renault, M<sup>me</sup> Zapatta (Hôpital Victor Dupouy).

– À toutes les équipes infirmières et aides soignantes.

## Références

- [1] Institut de veille sanitaire. Infection à VIH et sida. Dossier thématique. Disponible à : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/index.htm>
- [2] Haute autorité de santé. Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage. Octobre 2009. Disponible à : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_866949/hiv-infection-screening-in-france-screening-strategies](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_866949/hiv-infection-screening-in-france-screening-strategies)
- [3] Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents and pregnant women in health-care setting. *MMWR* 2006;55(RR14):1-17.
- [4] Paltiel AD, Weinstein MC, Kimmel AD, Seage GR 3<sup>rd</sup>, Losina E, Zhang H, *et al.* Expanded screening for HIV in the United States - an analysis of cost-effectiveness. *N Engl J Med.* 2005; 352(6):586-95.
- [5] Ehrenkranz PD, Ahn CJ, Metlay JP, Camargo CA Jr, Holmes WC, Rotman R. Availability of rapid human immunodeficiency virus testing in academic emergency departments. *Acad Emerg Med.* 2008;15(2):144-50.
- [6] Irvin CB, Flagel BJ, Fox JM. The emergency department is not the ideal place for routine HIV testing. *Ann Emerg Med.* 2007;49(5):722.
- [7] Holtgrave DR. Costs and consequences of the US Centers for Disease Control and Prevention's recommendations for opt-out HIV testing. *PLoS Med.* 2007;4(6):e194.
- [8] Haukoos JS, Hopkins E, Conroy AA, Silverman M, Byyny RL, Eisert S, *et al.* Routine opt-out rapid HIV screening and detection of HIV infection in emergency department patients. *JAMA.* 2010;304(3):284-92.
- [9] 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(10):e13132.
- [10] British HIV Association, British Association of Sexual Health and HIV, British Infection Society. UK National Guidelines for HIV Testing 2008. Disponible à : <http://www.bhiva.org/HIVTesting2008.aspx>
- [11] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *Études et Résultats* 2003;215:1-12. Disponible à : <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/er215.pdf>
- [12] Thompton A, Cridford R, Rayment M, Mguny S, Gidwani S, Rae C, *et al.* Patients and staff attitudes towards routine HIV testing programmes in general healthcare settings in London, UK. *Abstr. n°THPE0294 XVIIIth International AIDS Conference, July 18-23, 2010, Vienna, Austria.*
- [13] White DA, Scribner AN, Schulden JD, Branson BM, Heffelfinger JD. Results of a rapid HIV screening and diagnostic testing program in an urban emergency department. *Ann Emerg Med.* 2009;54(1):56-64.