

Stratégies alternatives de dépistage du VIH en Communauté française

Avis et recommandations des intervenants

Document réalisé à la demande de Madame Fadila Laanan,
Ministre de la Culture, de l'Audiovisuel, de la Santé et de
l'Égalité des Chances en Communauté française

Vladimir Martens, Observatoire du sida et des sexualités,
en collaboration avec le CPAM des Stratégies concertées
IST/sida

VERSION DÉFINITIVE, JUIN 2010

SOMMAIRE DU DOCUMENT

1. INTRODUCTION	1
2. L'ÉVOLUTION DES POLITIQUES ET DES PRATIQUES EN MATIÈRE DE DÉPISTAGE DU VIH	2
LE MODÈLE DE RÉFÉRENCE : LE VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING (VCT)	2
LES BARRIÈRES AU DÉPISTAGE	2
LES LIMITES DU MODÈLE VCT	3
3. LES CONSTATS ET RECOMMANDATIONS RÉCENTS EN MATIÈRE DE DÉPISTAGE SUR LE PLAN INTERNATIONAL	4
4. LE DÉPISTAGE DU VIH EN BELGIQUE ET EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE	6
L'OFFRE DE DÉPISTAGE	6
NOMBRE DE DÉPISTAGES RÉALISÉS ANNUELLEMENT	6
DONNÉES ET CONSTATS CONCERNANT LE RECOURS AU DÉPISTAGE EN POPULATION GÉNÉRALE ET DANS DIFFÉRENTS GROUPES CIBLES	7
<i>La population générales et les jeunes</i>	7
<i>Les publics migrants</i>	7
<i>Les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH)</i>	8
<i>Les usagers de drogues injecteurs (UDI)</i>	8
<i>Les prostituées féminines</i>	8
<i>Les personnes incarcérées</i>	8
<i>Déterminants transversaux</i>	9
5. LES STRATÉGIES ALTERNATIVES DE DÉPISTAGE	10
DÉFINITIONS	10
LES EXPÉRIENCES MENÉES À L'ÉTRANGER	10
<i>Les lieux</i>	10
<i>Les techniques de dépistage</i>	11
<i>Le counseling</i>	11
<i>Enseignements des projets alternatifs de dépistage décrits dans la littérature</i>	12
<i>Journée sur le dépistage hors les murs organisée par Sidaction (France)</i>	13
LES DISPOSITIFS DE DÉPISTAGE DU VIH ALTERNATIFS EXISTANTS OU EN PROJET EN BELGIQUE ET EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE	14
<i>Testen op locatie (Anvers)</i>	14
<i>Car de dépistage de la Province de Liège</i>	14
<i>Charleroi</i>	15
<i>Namur</i>	15
<i>Centre Elisa (Bruxelles)</i>	16
<i>Espace P (Bruxelles et Région wallonne)</i>	16
CONSIDÉRATIONS TECHNIQUES	16
6. AVIS DE PRINCIPE	17
REMARQUES ET RECOMMANDATIONS SPÉCIFIQUES AUX STRATÉGIES ALTERNATIVES	17
RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES SUR LA POLITIQUE DE DÉPISTAGE	19
7. BIBLIOGRAPHIE	20
8. PERSONNES CONSULTÉES	23
9. ACRONYMES	23

1. Introduction

Sur le plan international, depuis plus d'une dizaine d'années, différentes instances d'expertise ainsi que des chercheurs et des intervenants de terrain se sont prononcés en faveur d'une évolution des politiques et des pratiques en matière de dépistage du VIH dans différents pays.

De manière générale, les constats qui ont favorisé ce changement de perspective sont similaires. Tout d'abord, ils concernent l'augmentation de l'incidence du VIH ou sa stabilisation à un niveau élevé, repérables *grosso modo* depuis la fin des années nonante. Ensuite, ils portent sur la proportion importante de personnes non dépistées en population générale, et plus particulièrement sur la proportion de personnes infectées par le VIH ignorant leur statut sérologique. En Europe, il s'agirait d'une personne séropositive sur trois, avec des variations importantes dans les estimations selon les pays¹ (Hamers et al., 2006).

Par ailleurs, les bénéfices d'un traitement précoce de l'infection au VIH sont connus : il est plus efficace et augmente la qualité et la durée de vie des patients². Sur le plan préventif, plusieurs études montrent que les personnes séropositives adoptent majoritairement des comportements de protection vis-à-vis d'elles-mêmes et de leurs partenaires lorsqu'elles connaissent leur statut sérologique (Marks et al., 2005). La majorité des nouvelles infections transmises sexuellement sont d'ailleurs transmises par des personnes non dépistées (Marks et al., 2006). De plus, une prise en charge adéquate permet sous certaines conditions de diminuer de manière significative l'infectiosité et donc de réduire le risque de transmission lors des prises de risque (Vernazza et al., 2008). Or les données épidémiologiques disponibles montrent qu'une proportion non négligeable de personnes infectées ont un recours tardif au dépistage (Sasse, 2009), ce qui implique également une prise en charge tardive.

Les constats énumérés ci-dessus sont considérés par certains observateurs comme autant d'échecs par rapport aux espoirs suscités au milieu des années nonante par l'apparition des traitements antirétroviraux hautement actifs. A l'époque, si l'on craignait qu'un optimisme exagéré vis-à-vis de ces traitements ait pour conséquence un relâchement de la prévention (Elford, 2002), la banalisation de l'infection à VIH permettait par contre d'espérer une moindre stigmatisation des personnes atteintes, une crainte amoindrie d'un diagnostic positif et la perception d'un bénéfice individuel par rapport à une prise en charge efficace, avec comme corollaire un recours plus important et plus précoce au dépistage (Kellerman et al, 2002).

C'est pourquoi des recherches se multiplient ces dernières années pour faire évoluer les politiques et les pratiques de dépistage du VIH, tant dans les pays industrialisés que dans les pays en développement. Elles visent notamment à identifier les facteurs qui facilitent ou au contraire freinent l'accès des individus au dépistage afin d'adapter les dispositifs existants ou d'expérimenter des dispositifs novateurs permettant d'atteindre de manière plus efficace les personnes infectées par le VIH. Certains chercheurs plaident même en faveur d'une rupture de paradigme dans les politiques de dépistage du VIH, appelant de leurs vœux la fin d'une gestion « exceptionnaliste » de l'épidémie et le retour à des méthodes de santé publique classiques (De Cock et Johnson, 1998 ; Heard, 2006).

Cette note porte spécifiquement sur la question des stratégies alternatives de dépistage du VIH (et notamment du dépistage délocalisé) et de leur pertinence, tout en replaçant ces stratégies dans la perspective plus large des constats et réflexions actuels en matière de politiques et de pratiques de dépistage. Elle a pour objectif de synthétiser la réflexion des intervenants dans le domaine de la prévention des IST/sida actifs en Communauté française et de proposer un avis argumenté relatif aux stratégies alternatives de dépistage.

¹ Aux USA, on estimait en 2003 qu'une personne séropositive sur quatre ignorait son statut. Cette proportion aurait diminué légèrement pour atteindre une sur cinq en 2006 (CDC, 2008).

² Pour un aperçu des bénéfices du traitement précoce, voir par exemple le document de J-C Legrand : « Quelle politique de dépistage de l'infection par le VIH en Communauté Française ? », 2010.

2. L'évolution des politiques et des pratiques en matière de dépistage du VIH

Le modèle de référence : le *Voluntary Counseling and Testing (VCT)*

Depuis le milieu des années 1980, les politiques et pratiques de dépistage du VIH ont été basées sur le modèle du dépistage volontaire accompagné d'un *counseling*. Ce modèle préconise :

- le libre choix du patient concernant la décision de réaliser un test de dépistage ;
- un *counseling* avant la prise de sang (*counseling* pré-test), c'est-à-dire un échange entre professionnel et patient (en face-à-face et plus rarement en groupe) visant à évaluer le risque individuel, à clarifier les enjeux du test (notamment la période-fenêtre, le délai d'obtention du résultat, et la signification d'un résultat négatif et positif) et à susciter un dialogue concernant la protection. Le *counseling* pré-test vise également à recueillir le consentement éclairé du patient (avec consentement écrit dans certains pays comme les Etats-Unis). Par consentement éclairé, on entend que la personne comprend la signification du test, est préparée à un résultat positif et accepte le test (OMS, 1995) ;
- un *counseling* au moment de la remise du résultat (*counseling* post-test), visant à expliquer sa signification, à répondre aux questions du patient, et à l'orienter vers des services de prévention, de soins et d'accompagnement psycho-social, en particulier en cas de diagnostic positif.

Ce modèle a également été caractérisé par l'expression « les 3 'c' », dont deux aspects sont explicitement présents dans la description ci-dessus (consentement et *counseling*), le troisième renvoyant au critère de confidentialité.

Les barrières au dépistage

De nombreuses études ont tenté d'identifier les barrières au dépistage et à la remise du résultat. Les facteurs identifiés dans ces études peuvent être classés selon qu'ils concernent les caractéristiques des individus (ou des groupes) potentiellement concernés par le dépistage, les caractéristiques des professionnels et services de dépistage et les éléments de contexte. Beaucoup de ces études présentent néanmoins un intérêt limité du fait qu'elles se focalisent essentiellement sur des facteurs individuels au détriment des autres facteurs, en particulier ceux qui sont liés au contexte (Obermeyer, 2007 ; De Wit et Adam, 2008 ; Deblonde et al., 2010).

Dans la première catégorie (facteurs individuels) on peut citer notamment le manque de perception individuelle du risque, l'anticipation de la stigmatisation, la peur de la maladie et/ou de la mort, la crainte de ne pas pouvoir gérer les conséquences d'une infection sur la vie quotidienne, la méfiance à l'égard du respect de la confidentialité par le personnel soignant, l'historique des risques et les expériences de dépistage antérieures. Le fait d'avoir pris un risque n'est pas forcément déterminant pour réaliser un test et des mécanismes de déni sont parfois à l'œuvre. Les bénéfices perçus d'un diagnostic et d'une prise en charge précoces ne semblent pas systématiquement corrélés à la décision de se faire dépister (Kellerman et al., 2002 ; Obermeyer et Osborn, 2007 ; De Wit et Adam, 2008).

Dans la seconde catégorie, la littérature identifie des facteurs liés aux services de dépistage « généralistes »³ et spécialisés, les techniques de dépistage et de *counseling* disponibles et les caractéristiques des professionnels. La disponibilité, l'accessibilité géographique et horaire et la qualité des services de dépistage et de *counseling* ont une influence sur le recours au dépistage. Les services anonymes et gratuits favorisent largement l'accessibilité. La garantie ou non de la confidentialité, la charge de travail des équipes et le temps disponible, la formation et le soutien du personnel sont des facteurs organisationnels qui influencent également l'accès. Le fait de proposer le dépistage de manière proactive et ciblée ou non, les attitudes des soignants et la qualité de la

³ Dans ce document, nous entendons par services « généralistes » les services qui ne sont pas spécialisés dans la prévention, le dépistage ou la prise en charge du VIH.

relation entre médecin et patient, ainsi que les enjeux émotionnels liés au dépistage pour le soignant sont également des facteurs déterminants. Les dispositifs et les techniques disponibles peuvent influencer la décision du patient : nécessité d'attendre un rendez-vous ou test immédiat, remise du résultat directe par test de dépistage rapide (TDR) ou test standard avec délai d'attente, dépistage dans des services de soins ou délocalisé, dépistage à l'initiative du patient (opt in) ou à l'initiative du fournisseur de soins avec possibilité de refus (opt out), type de *counseling* pré- et post-test, mode de prélèvement (piqûre vs goutte de sang sur le doigt ou prélèvement de fluide oral) (Burke et al., 2007 ; Obermeyer et Osborn, 2007). Plusieurs études montrent par exemple que la majorité des patients préfèrent un dépistage précédé d'un counseling écrit plutôt qu'en face-à-face, avec un test rapide plutôt que standard, sans piqûre et avec remise de résultat par téléphone si le test est standard et non rapide (Spielberg 2001 ; 2003 ; 2005).

Sur le plan du contexte, l'existence ou non de recommandations officielles en matière de dépistage et la connaissance de ces recommandations par les professionnels ont un impact sur leurs pratiques dans ce domaine. Par ailleurs, sur un plan social plus large, l'existence de politiques de répression à l'égard de certaines pratiques et/ou de certaines catégories de la population limite l'accès aux soins de celles-ci : la répression de l'usage de drogues, de la prostitution, de l'immigration clandestine ou encore de l'homosexualité a un impact sur l'accès aux services de santé, y compris aux dispositifs de dépistage, des populations concernées (Deblonde et al., 2010).

Les limites du modèle VCT

Depuis l'apparition des traitements anti-rétroviraux hautement actifs, les enjeux du dépistage se sont modifiés. Les réponses thérapeutiques disponibles à la suite d'un diagnostic positif sont de plus en plus efficaces, en particulier lorsqu'elles sont proposées de manière précoce. Par ailleurs, des études épidémiologiques tendent à démontrer que le modèle du dépistage volontaire accompagné d'un *counseling* a fait la preuve de ses limites du fait de nombreuses opportunités manquées : ce modèle ne permet pas d'identifier de manière précoce une proportion importante des séropositifs, qui ne peut ainsi bénéficier des réponses médicales efficaces et d'une prévention adaptée. Ce constat s'applique aux individus qui ont peu de contacts avec le système de soins mais aussi, dans des proportions surprenantes, à ceux qui ont de tels contacts avec des soignants. Une étude américaine montre par exemple que plus de 30% des patients nouvellement diagnostiqués positifs pour le VIH ont eu au moins un contact avec des services médicaux dans les trois années précédant ce diagnostic, pour des motifs le plus souvent sans rapport avec une infection au VIH (Jenkins et al., 2006). Une autre étude indique que même lorsque des facteurs de risque sont documentés lors des visites médicales, le dépistage est rarement proposé ou même considéré par le médecin (Liddicoat et al., 2004).

3. Les constats et recommandations récents en matière de dépistage sur le plan international

Les constats relatifs aux opportunités manquées ont ainsi donné lieu à un réexamen des recommandations et pratiques existantes dans plusieurs pays (Etats-Unis, Royaume-Uni et France notamment). Si, selon les contextes, ces recommandations comportent certaines différences, elles se rejoignent sur plusieurs points (CDC, 2003-2006 ; HAS, 2009) :

- l'extension du dépistage du VIH dans les services de soins, par une proposition de dépistage en routine par le fournisseur de soins avec possibilité de refus (opt-out screening) à toute la population sexuellement active sans considération du profil de risque ou de la présence de symptômes potentiellement liés à une infection au VIH. Cette extension s'accompagne d'un assouplissement des exigences du *counseling* pré-test.
- une incitation à un dépistage ciblé et régulier pour les personnes qui présentent une exposition accrue au risque d'infection (HSH ou hétérosexuels multipartenaires, usagers de drogues,...) ;
- l'utilisation de tests de dépistage rapides permettant d'augmenter le taux d'acceptation du dépistage et le taux de remise des résultats, dans des dispositifs médicaux ou non médicaux ;
- le développement de dispositifs de dépistage « hors les murs » ou « délocalisés » afin d'atteindre des populations précarisées qui ont un moindre accès aux soins et/ou des populations fortement exposées au risque d'infection.

Ces recommandations concernant le dépistage sont complétées par d'autres recommandations qui mettent l'accent sur la nécessité d'un renforcement du travail de prévention, en particulier la prévention secondaire (aussi appelée dans certains pays « prévention positive ») avec les personnes séropositives et leurs partenaires (CDC, 2003 ; Pialoux et Lert, 2009).

Sur le plan européen, une réunion d'experts s'est tenue en janvier 2008 pour identifier les enjeux actuels en matière de dépistage du VIH, notamment en ce qui concerne son efficacité (ECDC, 2008). Une enquête sur les pratiques en matière de dépistage et de *counseling* a été mise en œuvre par l'ICRH sous l'égide de l'ECDC, dont les résultats devraient permettre l'élaboration d'un document d'orientation. La réunion d'experts a estimé que la prudence s'imposait concernant un tel document d'orientation, qui doit prendre en compte les divers facteurs de la problématique (épidémiologiques, économiques, politiques et culturels).

La position européenne vis-à-vis des recommandations du CDC américain préconise d'observer les effets de ces recommandations avant que l'Europe ne prenne éventuellement des mesures d'une telle ampleur. Un comité d'experts a même formulé des propositions de recommandations (Gazzard et al., 2008) considérant que la stratégie américaine pourrait ne pas être adaptée au contexte européen, en raison des différences dans le système des soins de santé et de la persistance de la stigmatisation. Il recommande de proposer le dépistage du VIH aux patients qui présentent des affections pouvant indiquer une co-morbidité au VIH. Une liste d'affections et de symptômes a été établie sur la base des opinions des experts (notamment la tuberculose, les IST, ou encore des infections respiratoires).

Les principales recommandations suggérées par ce comité d'experts sont :

1. Tous les professionnels de la santé en Europe devraient être conscients du besoin de tester plus d'individus pour le VIH et devraient connaître l'éventail des affections pour lesquelles la prévalence du VIH est suffisamment élevée pour justifier le dépistage.
2. Certains professionnels de santé comme les médecins généralistes, les dentistes, les dermatologues, les gynécologues, les cliniciens IST et les urgentistes devraient être particulièrement visés car ils sont les plus susceptibles de rencontrer les patients présentant des états de co-morbidité.
3. Tous les individus porteurs d'une tuberculose et d'autres affections reconnues comme étant associées avec le VIH devraient être testés pour le VIH.
4. Tous les individus consultant une clinique IST devraient se voir offrir un test VIH sur une base annuelle.
5. Les gouvernements européens devraient considérer l'utilité et le caractère coût-efficace de l'adoption d'un dépistage en opt-out pour toutes les femmes enceintes.

4. Le dépistage du VIH en Belgique et en Communauté française

L'offre de dépistage

En Belgique, le dépistage volontaire peut être effectué sur rendez-vous dans toute institution médicale et auprès de tout médecin généraliste et de certains spécialistes.

En Communauté française, il peut également être réalisé dans des services spécifiques : Centres de référence sida, centres de dépistage permettant l'anonymat et/ou la gratuité (centre Elisa à Bruxelles, Sida-IST Charleroi-Mons, Coordination provinciale sida-assuétudes Namur, polycliniques Brull à Liège,...). Dans la plupart de ces centres, il est couvert par une convention INAMI spécifique lorsqu'il est anonyme.

Des expériences de dépistage délocalisé sont également mises en œuvre et sont décrites plus loin.

Nombre de dépistages réalisés annuellement

Environ 600.000 tests de dépistage du VIH sont réalisés annuellement dans notre pays en dehors des tests réalisés sur les dons de sang. Ce nombre est stable depuis plusieurs années. Cinquante-six tests sont réalisés par millier d'habitants, ce qui place la Belgique parmi les pays de l'Union européenne à plus fort taux de dépistage par millier d'habitants⁴ (ECDC/WHO, 2008).

Les tests de dépistage réalisés dans les centres spécialisés représentent une petite minorité de l'ensemble des tests (voir tableau 1 ci-après). Par exemple, au cours de l'année 2009, le centre Elisa a effectué 1478 tests anonymes et 1002 tests nominatifs.

Tableau 1 : Nombre de tests de dépistage anonyme et gratuit réalisés par quelques centres spécialisés, année 2009

	Dépistages anonymes et gratuits	Cas positifs
Centre Elisa Bruxelles	1478 (+1002 tests nominatifs)	19
Centre de référence CHU Charleroi	247	
CPSA Namur	240	2

Sasse et al. (2006) ont montré que la prévalence dans un centre de dépistage anonyme et gratuit était plus élevée que lorsque les tests étaient réalisés dans un cadre confidentiel classique. Ils ont établi que, au cours de la période 1990-2002, la prévalence dans un centre de dépistage anonyme et gratuit bruxellois était de 11,09 pour 1000 tests, alors qu'elle était de 1,49 pour 1000 tests dans un cadre confidentiel classique au cours de la même période. Au centre Elisa en 2009, la prévalence parmi les personnes ayant effectué un test anonyme était de 1,29%.

⁴ La Belgique fait partie des cinq pays de l'UE qui ont un taux égal ou supérieur à 50 tests pour 1000 habitants, avec la France, l'Autriche, Chypre et l'Estonie. Le rapport de l'ECDC précise cependant que les données présentées doivent être comparées avec précaution étant donné les sources différentes utilisées par chaque pays. De plus, certains pays ne disposent pas de telles données.

Données et constats concernant le recours au dépistage en population générale et dans différents groupes cibles

Les considérations qui suivent concernent les comportements de dépistage de différents publics en Communauté française et les déterminants de ces comportements. Elles proviennent de plusieurs sources : données d'enquête, constats réalisés par les intervenants dans le cadre des Stratégies concertées (Martens, Parent et al., 2009) et entretiens complémentaires avec des intervenants. Elles mentionnent aussi, le cas échéant, les réponses apportées (ou en cours de réflexion) par ces intervenants aux constats qu'ils posent.

La population générales et les jeunes

L'Enquête de Santé par interview de 2004 fournit quelques informations sur le recours au test en population générale (Bayingana et al., 2006). Vingt-trois pour cent de la population belge des 15 ans et plus a effectué au moins une fois un test du VIH dans la vie et parmi ces 23 %, près de trois quarts des personnes ont effectué le test il y a plus d'un an. Les circonstances du test les plus fréquemment citées sont un bilan de santé général ou un don de sang (51%), un projet de grossesse ou une grossesse en cours (14%), lors de l'engagement dans une nouvelle relation ou un mariage (13%) ou par crainte d'une contamination après un rapport sexuel (11%). Le test est autant utilisé par les hommes et les femmes. La proportion de personnes ayant réalisé un test augmente avec le niveau d'instruction. Le recours est plus important dans les zones urbaines par rapport aux zones rurales et semi-rurales. Des différences significatives sont observées selon les régions : la proportion de personnes ayant réalisé le test au moins une fois est de 42% en Région bruxelloise, de 28% en Wallonie et de 17% en Flandre.

Concernant les jeunes, 12 % des 15-24 ans y ont recouru et parmi ceux-ci, le test remonte à plus d'un an dans 56 % des cas. Les filles sont proportionnellement plus nombreuses que les garçons à avoir effectué un test VIH.

Actuellement, les supports de communication développés pour la population générale et les jeunes tels ceux de la Plate-forme Prévention Sida intègrent de manière transversale une information sur le dépistage sans en faire une promotion large et active.

Par ailleurs, ces outils intègrent progressivement de l'information relative aux autres IST, ce qui soulève des questions supplémentaires au sujet du dépistage de ces IST (en termes de pratiques des acteurs médicaux et de politiques : anonymat et gratuité, compétence des acteurs de première ligne, etc.).

Les publics migrants

Certains publics migrants ont un recours insuffisant et tardif au dépistage du VIH et des autres IST. Alors qu'environ un patient belge sur cinq est diagnostiqué très tardivement en Belgique⁵, un patient non belge sur quatre et 38% des patients africains sont concernés par ce diagnostic tardif (Sasse et al., 2009 ; Manirankunda et al., 2009).

Il s'agit d'un groupe très hétérogène et la situation vis-à-vis du dépistage est très différente selon les sous-groupes. Les personnes en situation de précarité sociale cumulent les freins et le manque d'accès aux informations, aux services de dépistage, aux soins ainsi qu'aux droits élémentaires.

Les dépistages sont parfois réalisés de manière inadéquate, en particulier dans certains centres d'accueil pour réfugiés ou pour certains étudiants boursiers : situation de pression, *counseling* absent ou inadéquat, dépistage à l'insu ou obligatoire. Par contre, une fois installés de manière stable, le dépistage leur est rarement proposé sauf à l'occasion d'une hospitalisation ou d'une grossesse.

Des intervenants de terrain insistent sur le fait qu'un dépistage réalisé dans de mauvaises conditions peut avoir des effets contre-productifs lors de l'annonce du diagnostic si celui-ci est positif et, à long terme, par rapport au suivi du traitement.

⁵ C'est-à-dire au moment où « le patient présente un taux de lymphocytes T4 inférieur à 200/mm³ au moment du diagnostic, ou lorsque le sida est diagnostiqué moins de trois mois après le diagnostic VIH » (Sasse et al., 2009).

Les risques de stigmatisation sont importants et peuvent être évités en envisageant le dépistage dans une approche de prévention et de promotion de la santé plus globale. Un travail sur l'accessibilité (horaire, géographique, financière, confidentialité/anonymat) est nécessaire.

Les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH)

Le recours au dépistage parmi les HSH est nettement plus important qu'en population générale : 84% des répondants à une enquête menée en Communauté française en 2004 ont réalisé au moins un test au cours de leur vie (Martens et Huynen, 2006). Cependant, le recours au dépistage est insuffisant étant donné la prévalence et l'incidence élevées (et en particulier la recrudescence actuelle des nouveaux cas d'infection au VIH et d'autres IST). Une proportion non négligeable de HSH est dépistée tardivement et rarement dans la période de primo-infection (période au cours de laquelle les individus sont particulièrement susceptibles de transmettre le virus en raison d'une charge virale élevée). Le dépistage des IST est très insuffisant. Les centres de dépistage recommandent de réaliser systématiquement un dépistage VIH associé au minimum à celui de la syphilis et éventuellement, selon le patient, la gonorrhée et l'hépatite B.

Les publics HSH les moins susceptibles de fréquenter les structures classiques sont les jeunes (qui ont de manière générale un moindre recours au dépistage) et les individus non-identitaires qui n'assument pas leurs pratiques homosexuelles et qui ont ainsi des difficultés à les aborder avec un professionnel.

Selon les intervenants de terrain, un frein important au dépistage provient de la difficulté d'instaurer un dialogue entre patients HSH et professionnels de santé au sujet de l'orientation sexuelle, des comportements sexuels et des prises de risque. Pour les patients HSH, ces difficultés sont liées à l'appréhension de la stigmatisation, du jugement moral et du non-respect de la confidentialité. Pour les professionnels de santé, elles peuvent être dues à un malaise pour aborder la sexualité en général et l'homosexualité en particulier, à la « présomption d'hétérosexualité », à l'homophobie, etc.

L'association Ex Æquo a le projet de renforcer les compétences des intervenants en matière de communication au sujet de l'orientation sexuelle, en premier lieu avec les centres de dépistage spécialisés. Dans le même temps, la même association compte mettre en place un projet auprès du public cible pour travailler sur les représentations et les freins relatifs au dépistage.

Les usagers de drogues injecteurs (UDI)

Les UDI recourent insuffisamment au dépistage du VIH (58,9 % ont fait au moins un test au cours de leur vie, et parmi eux 22,4 % dans l'année précédente).

Les prostituées féminines

La grande majorité des femmes prostituées rencontrées par les travailleurs de terrain se sent concernée et se fait dépister régulièrement pour le VIH (94 %, dont un tiers qui ont été dépistées par Espace P), l'hépatite B (89 %) et le HPV (81 %) mais certains sous-groupes, comme les migrantes, sont peu demandeurs ou y ont recours plus tardivement.

Les personnes incarcérées

En Communauté française et à Bruxelles, les détenus ont un recours insuffisant au dépistage du VIH lors de leur incarcération. Le monitoring des drogues (Todts et al., 2009) rapporte qu'en 2008, sur un échantillon de 1078 détenus, 31,1% déclarent avoir été testés pour le VIH au cours de leur détention, 67,3% disent ne pas avoir été testés (l'information est manquante dans 1,6% des cas). Il faut savoir qu'en moyenne, la population carcérale en 2008 était de 9890 détenus et que 17345 mises sous écrous ont eu lieu au cours de la même année (SPF Justice, 2008).

Le dépistage ne s'organise pas systématiquement et est rarement proposé aux détenus à leur entrée, contrairement à d'autres pays comme la France. En Belgique, le personnel soignant des prisons n'a pas de procédure claire et chaque établissement, en fonction de son appréciation du risque, propose ou non un dépistage du VIH à la personne incarcérée.

Déterminants transversaux

Les déterminants liés au recours au dépistage sont divers et parfois spécifiques à chaque public. Trois déterminants sont néanmoins identifiés de manière transversale : l'insuffisance dans la couverture de services de dépistage anonyme et gratuit, le manque de compétences des professionnels de santé en matière de *counseling* adapté et l'absence de politique de dépistage en Belgique.

5. Les stratégies alternatives de dépistage

Définitions

La question de départ de ce travail portait sur la pertinence des dépistages délocalisés. Il est rapidement apparu que cette dénomination était trop restrictive et qu'il convenait de s'intéresser à toute stratégie alternative de dépistage par rapport aux dispositifs « classiques ».

Si l'on entend par dispositifs de dépistage classiques les dispositifs non spécialement dédiés (cabinet du médecin généraliste ou spécialiste, maison médicale, centre de planning familial, service hospitalier non spécialisé dans la prise en charge du VIH), les stratégies alternatives désignent tout dispositif spécifiquement conçu pour le dépistage du VIH et éventuellement d'autres IST. Cela inclut les centres de dépistage anonyme et gratuit, les centres de dépistage extra-hospitaliers (anonyme et/ou gratuit ou non), ainsi que les dispositifs délocalisés. Le recours à des tests de dépistage rapides ou à des techniques particulières de prélèvement autres que l'utilisation de seringues et d'aiguilles (salive, sang prélevé sur un doigt) fait également partie des stratégies alternatives⁶.

En général, ces dispositifs sont conçus pour améliorer l'accessibilité géographique et l'acceptabilité (service hors hôpital, à proximité des publics ciblés) mais également la disponibilité horaire (permanences en soirée ou durant le week-end par exemple).

Sur la base de cette définition élargie, les intervenants rappellent que plusieurs expériences existent déjà, dont certaines ont apporté des éléments d'évaluation (voir plus loin).

Les stratégies alternatives de dépistage recouvrent ainsi une série de dispositifs très divers qui se distinguent selon le type de lieux, selon le statut des prestataires, selon le type de test et de *counseling* utilisés et selon les publics visés.

Les expériences menées à l'étranger

Plusieurs dispositifs ont fait l'objet de recherches et d'évaluations dont les résultats sont publiés dans la littérature scientifique. Une revue partielle de cette littérature permet d'identifier les principaux dispositifs expérimentés et les enseignements de ces expériences. Le tableau 2 illustre la diversité des dispositifs, des tests proposés, des publics visés et des prestataires.

Les lieux

Les lieux peuvent être des services médicaux ou non-médicaux.

Parmi les lieux médicaux, il peut s'agir de services « généralistes » (services d'urgence, services d'hospitalisation, cabinets de médecins généralistes,...) ou spécialisés : centres de dépistage du VIH éventuellement anonymes et/ou gratuits (Guenter et al., 2008 ; ANRS, 2010), cliniques de dépistage et de prise en charge des IST (Kassler, 1997), services d'accouchement, cliniques communautaires,...

Parmi les lieux non-médicaux, des expériences ont été menées dans des lieux fréquentés par les populations cibles. Une importante littérature est consacrée aux projets menés en direction des HSH : dépistage dans des associations communautaires et/ou de prévention (ANRS, 2010), dans des lieux de rencontre comme les sex clubs, bars, saunas (Huebner et al., 2006 ; Woods et al., 2008) ou encore des salles de sport ou à l'occasion d'événements rassembleurs comme les Gay Prides (CDC, 2005 ; CDC, 2007a-b). Dans certains cas, les dispositifs sont choisis car ils permettent d'atteindre des sous-groupes de HSH particulièrement vulnérables et ayant moins de contacts avec le système de soins (exemple : HSH de « minorités ethniques » aux Etats-Unis).

⁶ Les tests rapides ou les techniques de prélèvement moins invasives que la piqûre par aiguille pourraient être utilisés dans des dispositifs classiques (cabinet du médecin généraliste, service d'urgence,...). Ces cas de figure peuvent aussi être considérés comme des stratégies alternatives, même si elles seront peut-être amenées à se généraliser dans l'avenir.

Des expériences sont également menées en direction des UDI dans des comptoirs d'échanges de seringues (Spielberg, 2007), parmi les personnes marginalisées ou sans-abri (Buchér, 2007) recrutées dans des services d'aide (repas gratuits, services résidentiels),...

Des dispositifs mobiles ont également été expérimentés, sous la forme de cars ou de camionnettes offrant un dépistage à proximité des populations visées (Liang et al., 2005).

Les techniques de dépistage

Le dépistage offert est soit un test Elisa standard, soit un test rapide. Dans les deux cas, un résultat positif doit être confirmé par un test supplémentaire mais le caractère immédiat de la remise du résultat dans le cas du test rapide pose des difficultés particulières.

La technique de prélèvement varie également : le test est soit une prise de sang avec seringue et aiguille, soit un prélèvement de salive ou d'une goutte de sang sur le doigt.

Selon les dispositifs, le test VIH est proposé seul, ou d'autres tests et examens sont également réalisés (Chlamydia, syphilis, hépatites,...).

Le counseling

Le *counseling* est adapté selon que le test est un test standard, avec un délai d'une semaine minimum pour la remise du résultat, ou un test rapide avec résultat le jour même. Dans la majorité des cas, un *counseling* a lieu avant le prélèvement et un *counseling* post-test lors de la remise du résultat. Les recommandations américaines plaident cependant pour un allègement du *counseling* si celui-ci constitue un frein au dépistage. Des auteurs recommandent notamment un *counseling* pré-test sous la forme d'un matériel écrit ou encore un *counseling* post-test par téléphone (Spielberg, 2005 ; 2007). Les intervenants en Communauté française rappellent cependant l'importance du *counseling* en face-à-face.

Tableau 2 : Diversité des dispositifs de dépistage alternatifs dans la littérature

Dispositifs		Types de dépistage	Publics	Prestataires
<u>Médicaux</u>	<u>Non-médicaux</u>	Dépistage VIH standard (Elisa)	HSH UDI	<u>Personnel médical</u> - attaché au service
Services d'urgence	Lieux de rencontre avec consommation sexuelle (clubs, saunas)	Dépistage VIH rapide (oral, sanguin)	Patients d'un service médical	- conseillers dédiés au projet
Points de service	Evénements (gay pride,...)	Dépistage autres IST (syphilis, gonorrhée, chlamydia)	Travailleurs du sexe	
Centres de dépistage anonyme et gratuit	Comptoirs d'échanges de seringues	Dépistage hépatite C	Migrants « Minorités ethniques » Publics précarisés	<u>Personnel non-médical</u> (ex : personnel et volontaires d'une association)
Cliniques IST	Travail de rue, porte-à-porte			
Cliniques et cabinets dentaires	Associations de prévention			
Maternités, salles d'accouchement	Associations communautaires			
	Unité mobile (car, camionnette)			
	Prison			

Enseignements des projets alternatifs de dépistage décrits dans la littérature

Les évaluations et recherches menées sur ces dispositifs mettent en évidence plusieurs bénéfices. Ceux-ci ne sont pas forcément communs à tous les dispositifs :

- Lorsque des tests rapides sont utilisés, le taux d'acceptation du test est supérieur en raison du temps d'attente moins long pour l'obtention du résultat et le taux de remise du résultat est supérieur. Lorsque le choix est laissé aux usagers entre test standard et test rapide, c'est ce dernier qui est choisi par la grande majorité. Cependant certains auteurs font l'hypothèse que les personnes les plus exposées au risque, c'est-à-dire celles dont la diagnostic positif est plus probable, pourraient présenter un taux de refus plus important lorsqu'un test rapide est proposé (Huebner et al., 2006).
- Les dispositifs permettent d'offrir un test de dépistage à des populations spécifiques sur les plans épidémiologique et social : populations précarisées et/ou fortement exposées au risque VIH, qui n'ont pas toujours de contacts récents ou réguliers avec les services de santé « généralistes » ou qui, si elles ont de tels contacts, n'ont pas forcément eu l'initiative de demander un test et ne se le sont pas vu proposer.
- L'utilisation de tests rapides permet d'augmenter fortement le taux de remise du résultat et de délivrance d'un *counseling* post-test en comparaison des dépistages standard, qui présentent fréquemment un taux de retour insuffisant des patients pour la remise du résultat.
- La prévalence est généralement supérieure en comparaison des services « généralistes » et des services spécialisés non délocalisés.
- le counseling est efficace et pourrait même selon certains auteurs être plus efficace à certains égards que celui pratiqué dans un environnement médicalisé, du fait qu'il est adapté aux spécificités du public et du lieu. Lorsqu'il s'effectue dans un contexte sexualisé, les usagers seraient dans un état affectif et cognitif hautement activé, ce qui les rendrait plus réceptifs au *counseling* (Huebner et al., 2006 ; Binson et al., 2005).

En ce qui concerne les limitations et inconvénients d'un dépistage délocalisé, Prost et al. (2007) ont mené des entretiens avec des professionnels et des usagers de lieux gays commerciaux (saunas, cafés) et des professionnels de la santé afin d'identifier leurs perceptions de tels dispositifs. Plusieurs points émergent des entretiens :

- La difficulté de respecter la confidentialité et la vie privée dans de tels dispositifs, alors que le stigmate lié au VIH reste une préoccupation importante de la part des usagers. Avoir recours à un dépistage dans un tel contexte ferait peser le soupçon d'avoir des comportements à risque aux yeux des autres usagers. De plus, les personnes qui viennent de recevoir un diagnostic positif pourraient difficilement quitter discrètement le lieu de dépistage dans un état de détresse.
- Le dépistage VIH est perçu comme étant trop « sérieux » pour se dérouler dans des lieux associés à l'amusement et au plaisir, où les personnes ne sont pas dans un état d'esprit adéquat pour envisager sérieusement les conséquences d'un test. Elles pourraient également ne pas être en mesure de donner un consentement éclairé ou d'assimiler un diagnostic positif si elles sont sous l'influence d'alcool ou de drogues.
- Les lieux sont perçus comme inadaptés en ce qui concerne les possibilités de suivi et de soutien adéquats.
- Les personnes pourraient se servir de leur diagnostic négatif pour négocier des rapports non protégés ou pour rechercher de tels rapports (Prost et al., 2007 ; Spielberg, 2005 ; 2007) avec des partenaires de même statut sérologique (ce type de stratégie est vu comme efficace ou risqué selon les auteurs ; il comporte en tout cas des risques liés à la possibilité de faux négatifs dépistés en période de séroconversion).
- Les personnes séropositives pourraient avoir des comportements destructeurs de prise de risque en réaction à leur résultat.
- Les conditions d'hygiène sont également perçues comme douteuses pour mener des activités médicales selon les standards requis.

- L'impact sur les lieux et la possibilité d'éloigner certains clients doivent être pris en compte.

D'autres auteurs soulèvent des difficultés supplémentaires :

- Les personnes recevant un résultat positif à la suite d'un test rapide et qui n'effectuent pas de test de confirmation restent dans l'incertitude concernant leur statut sérologique. Celles qui sont effectivement séropositives ne peuvent bénéficier d'une prise en charge et d'un soutien psychosocial à brefs délais. Celles pour lesquelles il s'agit d'un résultat faux positif peuvent expérimenter une anxiété inutile. De plus, leurs attitudes (quel que soit leur statut sérologique réel) vis-à-vis de la protection est incertaine : des auteurs estiment qu'il est probable que ces personnes adopteront majoritairement des comportements de protection similaires à ceux des personnes séropositives confirmées, mais il est difficile de vérifier cette hypothèse. L'impact d'un diagnostic positif non confirmé, donc incertain, sur la qualité de vie de ces personnes est également difficile à estimer (Guenter et al, 2008).
- L'anxiété générée par l'attente d'un résultat de confirmation doit également être prise en compte.
- Des auteurs soulignent la complexité d'un travail de collaboration entre organisations, en particulier lorsque les projets impliquent des partenariats entre organismes lucratifs et non lucratifs comme c'est le cas dans les projets de dépistage délocalisés dans des lieux commerciaux. Une étude identifie notamment la nécessité d'un engagement stable et profond entre les parties prenantes et la nécessité d'instaurer dans la durée des relations de confiance et une communication régulière (Woods et al., 2008).
- Des chercheurs et des intervenants exprimaient certaines craintes à l'égard des projets délocalisés utilisant des tests rapides : dans certaines études, des professionnels du *counseling* craignaient être mal préparés à l'annonce d'un résultat positif vu les délais très courts entre dépistage et remise du résultat, mais ce manque de préparation ne se confirme pas dans la pratique (Kassler et al, 1997 ; Guenter et al., 2008). Ils craignaient également des réactions plus difficiles de la part des personnes recevant un diagnostic positif, ce qui ne se vérifie pas non plus dans ces études.

Journée sur le dépistage hors les murs organisée par Sidaction (France)

Le 9 novembre 2007, l'association française Sidaction organisait une journée de travail intitulée « Dépistage du VIH 'hors les murs' à partir de tests rapides »⁷. Cette journée a notamment permis à des responsables de projets de différentes associations et de divers pays de présenter des initiatives de dépistage dont le point commun était de se dérouler en dehors des services médicaux (Sidaction, 2007). Les dispositifs présentés étaient variés et la majorité d'entre eux s'adressaient exclusivement ou en grande partie aux homo-/bisexuels masculins :

- Checkpoint (Zürich, Amsterdam) : centre de dépistage spécialisé offrant tests rapides VIH, tests et traitement IST, conseil et prise en charge du traitement post-exposition, vaccins hépatites A/B, orientation vers des médecins « gay-friendly » ;
- Services communautaires intégrés (Londres) : approche combinée de promotion de la santé, de dépistage, d'accompagnement et d'orientation, incluant entre autres des tests rapides VIH ;
- FasTest Sites (Royaume-Uni), dispositifs communautaires qui ont fait l'objet d'une évaluation, notamment en les comparant aux services classiques. Les résultats montrent que les FasTest sites attirent une patientèle plus jeune mais pas plus exposée au risque, qu'ils sont faisables mais pas faciles à mettre en place, qu'ils ne permettent pas de réaliser des dépistages plus précoces mais qu'ils élargissent l'offre et augmentent les capacités de dépistage, qu'ils sont hautement acceptables pour le public. La prévalence est de 3%. Le calcul du coût en comparaison des dispositifs classiques nécessite des recherches complémentaires.
- Projets de dépistage dans les lieux de sociabilité gay, associations et lieux de rencontre (France).

La table ronde organisée en fin de journée a soulevé plusieurs questions, notamment :

⁷ Pour plus de détails sur cette journée : http://www.sidaction.org/ewb_pages/j/jjournee_depistage_hors_murs.php

- l'influence des innovations technologiques sur les pratiques organisationnelles, et en parallèle les résistances de certains professionnels du monde médical vis-à-vis de ces innovations, d'une part, et les lenteurs administratives, d'autre part ;
- les deux besoins principaux auxquels doivent répondre les dispositifs de dépistage hors les murs : cibler les populations qui ne se font pas dépister et améliorer l'accès pour les personnes qui ont besoin de dépistages répétés en raison de prises de risque fréquentes dans un contexte de haute prévalence ;
- le degré de satisfaction des personnes vis-à-vis de ces dispositifs, qui doit être l'un des indicateurs pris en compte dans les évaluations, notamment pour estimer si les usagers seront susceptibles de faire appel à nouveau à ces dispositifs au-delà de leur première expérience ;
- l'émergence d'un consensus sur l'idée que les dispositifs présentés, s'ils ne donnent pas tous des résultats comparables, ont en commun la diversification de l'offre de dépistage ;
- la question des garanties de qualité dans les pratiques des responsables associatifs, soulevée par les professionnels du monde médical, et la mise en avant d'une réelle expérience et donc d'une compétence adaptée de la part des acteurs associatifs ;
- la nécessité de construire des projets ambitieux et novateurs qui vont au-delà du « faire la même chose ailleurs, à d'autres heures, par d'autres personnes », dans un contexte épidémiologique qualifié par certains d'« inquiétant » ou encore d'« impasse préventive » ;
- la disponibilité grandissante de l'autotest par Internet;
- la nécessité de replacer les activités de dépistage hors les murs dans une approche plus globale de santé communautaire qui consiste à travailler sur les déterminants de la vulnérabilité des HSH et de leur exposition au VIH (homophobie, consommation de substances psychoactives, mal-être, etc.) ;
- l'intégration d'autres IST dans les dépistages hors les murs et les difficultés techniques que cette intégration entraîne.

Les dispositifs de dépistage du VIH alternatifs existants ou en projet en Belgique et en Communauté française

Testen op locatie (Anvers)

Il s'agit d'un projet mené par le Help Center de l'Institut de Médecine Tropicale (Anvers) en collaboration avec Sensoa dans un sex club et un sauna gays à Anvers. La clientèle se voit offrir des tests de dépistage pour le VIH (standard), la syphilis, les hépatites A, B et C et l'infection à Chlamydia trachomatis. Les personnes participant au programme remplissent également un questionnaire (questions relatives aux comportements à risque, à la consultation d'un médecin généraliste, à des données socio-démographiques,...).

Les participants reçoivent un message par SMS. Si l'ensemble des tests est négatif, le SMS les en avertit en leur suggérant de prendre contact avec un médecin s'ils souhaitent discuter des résultats. Si l'un des tests est positif, le SMS le leur signale et les invite à prendre contact avec le centre.

La prévalence du VIH parmi les personnes testées (n=137) est de 5%, celle d'une syphilis active de 9%. Dix-huit pourcent des hommes testés ont au moins une IST active. Près de la moitié des participants rapportent un risque moyen ou élevé (47% rapportent une utilisation irrégulière du préservatif).

Car de dépistage de la Province de Liège

L'asbl Sidaction a mené de 2006 à 2009 un projet de car de dépistage dans la province de Liège en collaboration avec les acteurs de terrain menant un travail de proximité avec différentes populations (HSH, prostituées, UDI, personnes précarisées,...). Les lieux visités lors des sorties hebdomadaires étaient des parcs avec drague homosexuelle, des lieux de prostitution ou des

quartiers défavorisés. Un dépistage du VIH (standard), de la syphilis et des hépatites B et C était proposé. Le tableau 3 présente quelques résultats concernant les tests effectués.

Tableau 3 : Données concernant le car de dépistage de la Province de Liège

	2006	2007-2008	2009
Nombre de sorties	38	34	39
Nombre de tests	217	222	257
VIH+	3	1	0
Hépatite C	20	22	22
Hépatite B	2	2	10
Syphilis	6	9	8

La grande majorité des résultats sont communiqués aux personnes dépistées. Par exemple, en 2009, sur les 257 personnes dépistées, un résultat a été remis en face-à-face à 144 personnes et 72 résultats ont été envoyés au médecin traitant ou aux médecins travaillant dans les associations partenaires.

Charleroi

A Charleroi, un dépistage délocalisé est organisé par l'asbl Sida-IST Charleroi Mons dans des comptoirs d'échange de seringues depuis plusieurs années. On y dépiste essentiellement des hépatites C.

Une expérience en milieu homosexuel a également été menée avec succès.

L'asbl a l'intention de développer cette activité dans un quartier de Charleroi à un endroit stratégique, proche des établissements fréquentés par le public gay, par le public migrant et à proximité des quartiers de prostitution. L'asbl envisage également un dispositif mobile sur une aire d'autoroute de la région fréquentée par plusieurs publics (public échangiste, prostituées, HSH).

Namur

A Namur, un centre de dépistage extra-hospitalier propose des consultations deux fois par semaine en fin de journée et début de soirée. Le test de dépistage du VIH est proposé de manière anonyme et gratuite. Parallèlement, selon la demande et l'histoire du patient, les tests pour la syphilis, les hépatites B et C peuvent être proposés de manière nominative moyennant la remise d'une vignette de mutuelle. La Coordination provinciale sida assuétudes (CPSA) constate une proportion importante de consultants HSH depuis quelques mois, vraisemblablement due au travail d'information réalisé dans la région.

La CPSA a mené récemment une réflexion au sujet d'un dépistage décentralisé pour les HSH mais a abandonné cette option, le groupe Holebi avec lequel elle travaille ainsi que les médecins de l'équipe ayant estimé cette option non pertinente pour la région namuroise.

La CPSA propose également des tests de dépistage au comptoir d'échange de seringues une fois par semaine au centre de Namur.

Dans le cadre d'une collaboration avec Espace P... Namur, la CPSA propose quatre fois par an aux femmes prostituées un dépistage lors d'une tournée d'information. Les travailleurs sociaux d'Espace P... proposent le dépistage aux femmes dans un premier temps, une tournée commune avec un médecin de l'équipe dépistage est alors organisée où le counselling pré-test et le test sont réalisés. La remise du résultat et le *counseling* post-test sont assurés par le médecin d'Espace P...

Centre Elisa (Bruxelles)

Le Centre Elisa élabore actuellement un projet de dépistage délocalisé avec utilisation de tests de dépistage rapides afin d'augmenter l'accès au dépistage pour trois publics cibles : HSH, migrants et prostitué(e)s. Les dispositifs seront mis en œuvre dans des lieux fréquentés par ces publics. La stratégie consiste à former des intervenants de première ligne à l'utilisation de tests rapides afin qu'ils puissent à moyen terme prendre en charge le dépistage des publics avec lesquels ils travaillent. En plus des médecins de première ligne, la mobilisation d'autres acteurs comme des travailleurs sociaux connaissant le terrain et les publics visés est nécessaire.

Espace P (Bruxelles et Région wallonne)

Au cours du travail de proximité mené auprès des prostituées féminines dans les quartiers « chauds », les bars et les clubs privés, l'asbl Espace P... propose notamment un test de dépistage du VIH (standard), de la syphilis, des hépatites B et C, en collaboration avec les partenaires locaux. Environ 300 femmes sont dépistées chaque année. Selon la région et la période considérées, la prévalence du VIH est de 0,5% (RW, 1998-2008) à 2,5% (Bruxelles, 2008), celle de la syphilis de 2,01% (RW, 1998-2008) à 6,6% (Bruxelles, 2008).

Considérations techniques

Certains des dispositifs décrits plus haut utilisent le dépistage standard avec remise du résultat dans un délai d'une semaine minimum. Dans ce cas, la conservation des échantillons de sang prélevés nécessite des aménagements logistiques (frigos, dépôt rapide au laboratoire, etc.).

D'autres projets utilisent des tests de dépistage rapides, qui présentent des spécificités sur le plan technique. Des recommandations quant à l'utilisation des tests rapides dans différents contextes ont été publiées (voir par exemple Greenwald et al., 2006 ; HAS, 2008 ; OFSP, 2007).

Les travaux existants insistent sur les limites et contraintes liées à l'utilisation des tests rapides, en particulier (voir HAS, 2008 pour une synthèse) :

- Les performances des tests rapides sont moindres que les tests Elisa classiques ; ces tests sont notamment moins sensibles dans la période de séroconversion.
- Les résultats positifs obtenus par un test rapide doivent être confirmés par un test conventionnel. En contexte de faible prévalence, la probabilité d'obtenir des faux positifs augmente. Certains auteurs utilisent pour cette raison l'expression « résultat réactif » ou « résultat préliminaire positif ».
- Ils nécessitent la mise en place d'un programme d'assurance-qualité afin de limiter tout risque d'erreur lors de la manipulation et de l'interprétation de ces tests et de garantir la qualité du résultat obtenu.

Les 5 éléments clés du programme d'assurance qualité définis par le CDC (2007c) sont :

1. les ressources devant être consacrées à l'établissement et au maintien du programme ;
2. les habilitations, formation et processus d'évaluation des compétences du personnel utilisant les tests rapides ;
3. le contrôle des processus avant, pendant et après la réalisation du test rapide ;
4. la gestion des documents ;
5. la gestion des problèmes techniques et événements indésirables.

L'utilisation de tests rapides implique également des aspects réglementaires (habilitations, accréditation, responsabilités, absence de nomenclature INAMI) qui ne seront pas abordés dans ce document.

6. Avis de principe

La majorité des intervenants consultés est favorable au principe de stratégies de dépistage alternatives, notamment le dépistage délocalisé, auprès de certains publics cibles pour augmenter l'accès de ces publics au dépistage. Ils insistent sur la nécessité de concevoir les dispositifs alternatifs en tenant compte au cas par cas du contexte local et des spécificités du public à atteindre.

Remarques et recommandations spécifiques aux stratégies alternatives

Cet avis de principe favorable est accompagné de plusieurs remarques et recommandations :

1. INSCRIRE LES DISPOSITIFS DE DÉPISTAGE ALTERNATIFS DANS UNE STRATÉGIE GLOBALE AMÉLIORANT L'ACCÈS À UN DÉPISTAGE VIH ET IST DE QUALITÉ

Le dépistage délocalisé et autres dispositifs alternatifs ne doivent pas être considérés comme une solution unique mais doivent être envisagés dans une stratégie globale qui permet d'améliorer l'accès des publics vulnérables à un dépistage de qualité. Ce type de dispositif doit donc être réfléchi comme une composante parmi d'autres de cette stratégie et doit compléter, et non remplacer, les dispositifs existants qui ont fait leurs preuves pour certains publics (centres de dépistage anonyme et gratuit). A côté de ces dispositifs spécifiques, des questions devraient être abordées par les intervenants de la prévention/promotion de la santé et des soins telles que : la formation des intervenants (notamment des soignants de première ligne tels que les médecins généralistes et les centres de planning familial) en matière de dépistage et de *counseling* de qualité, la couverture adéquate de services de dépistage VIH (et autres IST) de qualité offrant la possibilité de l'anonymat et de la gratuité, l'information adaptée des différents publics cibles en matière de dépistage, etc.

2. UTILISER LES TESTS DE DÉPISTAGE RAPIDES EN TENANT COMPTE DE LEURS SPÉCIFICITÉS TECHNIQUES

Un résultat positif obtenu avec un test rapide doit toujours être confirmé.

L'utilisation de tests rapides permet d'augmenter la demande de tests de la part des usagers et le taux de remise du résultat. Les tests rapides doivent cependant être utilisés avec prudence, en particulier pour les personnes ayant pris récemment un risque majeur et qui sont susceptibles d'être en période de séroconversion. Ces personnes risquent de recevoir un résultat faussement négatif. Il convient à ce sujet de rappeler aux patients que l'utilisation d'un test rapide n'implique pas que la période-fenêtre est plus courte : si la prise de risque est récente, il y a lieu de répéter le test trois mois après celle-ci. De plus, l'utilisation des tests rapides doit être évitée dans les lieux qui permettent difficilement une remise de résultat positif de manière totalement confidentielle et adéquate.

Par ailleurs, il convient d'être attentif à ne pas déformer l'offre de dépistage d'autres IST pour lesquelles un test rapide n'existe pas.

3. EVALUER LES DISPOSITIFS

Les dispositifs doivent faire l'objet d'évaluations rigoureuses qui permettent de faire la preuve de leur pertinence et d'en assurer la qualité. Des indicateurs épidémiologiques, socio-démographiques et comportementaux doivent être inclus dans les évaluations, notamment pour vérifier si ces dispositifs permettent effectivement d'atteindre des publics particulièrement exposés au VIH et/ou vulnérables (notamment des publics qui ont un moindre accès aux services de santé « généralistes »). Les évaluations doivent également inclure des mesures de la satisfaction des usagers, de la qualité des partenariats institutionnels mis en œuvre et de l'impact sur les milieux de vie abordés.

4. PERMETTRE LES DÉPISTAGES RÉPÉTÉS

L'accueil dans ces dispositifs doit être conçu de manière à ce que les patients qui ont pris un risque puissent avoir recours au dépistage de manière répétée autant de fois qu'ils l'estiment nécessaire. Cela implique l'absence d'une attitude moralisatrice de la part du prestataire, parfois observée même dans des centres spécialisés.

5. CIBLER LES PUBLICS QUI ONT UN ACCÈS MOINDRE AUX SOINS

Les dispositifs alternatifs doivent être conçus de manière à atteindre des publics qui ont un moindre accès au dépistage et aux soins, notamment les personnes qui ne disposent pas d'une couverture soins de santé. Des mesures doivent être prises en amont, dans le cadre de collaborations entre responsables des dispositifs délocalisés et structures de prise en charge, afin de réduire les discriminations en matière d'accès aux soins des publics les plus vulnérables. Ces collaborations doivent prendre en compte les spécificités locales.

6. PRENDRE EN COMPTE LES BESOINS DES PUBLICS ET LES ORIENTER ADÉQUATEMENT

Les dispositifs doivent être élaborés dans une perspective de promotion de la santé et l'offre de dépistage doit permettre d'instaurer un dialogue avec les publics rencontrés, de délivrer une information adaptée aux conditions et modes de vie de ces publics, et de les orienter vers les services adéquats en fonction des besoins qu'ils expriment (prévention, soutien communautaire, accompagnement psycho-médico-social, soins). Une collaboration étroite entre professionnels de la prévention/promotion de la santé, du dépistage, de l'accompagnement et des soins est donc indispensable. Des partenariats locaux doivent être mis en place et doivent associer des structures ayant une expérience dans le travail de proximité avec des publics spécifiques.

7. ORIENTER ADÉQUATEMENT LES PERSONNES SÉROPOSITIVES

Les personnes dépistées positives doivent être orientées efficacement et adéquatement vers les services de soins spécialisés dans le traitement du VIH et l'accompagnement psycho-social, tout en garantissant leur autonomie. Cette orientation doit être conçue de manière à ce que les prestataires du dépistage identifient correctement le rôle de chaque structure afin de pouvoir en informer le patient (centres de référence, centres de prise en charge, médecins généralistes). Il doit pouvoir mettre en place des démarches de manière proactive pour s'assurer que le patient aura accès aux soins (prise du premier rendez-vous, suivi du patient au cours des six mois qui suivent le diagnostic, voire accompagnement du patient dans ses démarches). Les services de prise en charge doivent également être organisés pour faciliter leur accès (plages horaires, soignants joignables via un numéro direct, etc.).

8. ÉVITER TOUTE PRESSION AU DÉPISTAGE ET ÉCOUTER LES USAGERS

En aucun cas les usagers ne doivent subir une quelconque pression au dépistage. Le droit de refuser un test doit leur être rappelé. Le consentement éclairé reste la règle. De plus, les stratégies alternatives risquent d'atteindre des personnes qui sont habituellement peu demandeuses d'un test, ce qui peut les exposer à un résultat qu'elles ne sont pas en mesure d'assumer. Les équipes de terrain doivent être préparées spécifiquement à ce cas de figure.

Les activités de dépistage doivent s'effectuer dans un esprit de respect vis-à-vis des publics abordés, d'écoute et de non-jugement concernant leurs modes de vie.

9. GARANTIR LES COMPÉTENCES DES PRESTATAIRES

Les professionnels médicaux et non-médicaux impliqués dans les activités de dépistage doivent offrir les garanties nécessaires à un travail de qualité en termes de compétences, tant sur le plan relationnel avec les publics rencontrés que sur le plan médical. La formation des prestataires est donc indispensable dans plusieurs domaines : utilisation des tests de dépistage rapides, *counseling* avec des publics spécifiques, respect du secret médical et professionnel, etc.

10. IMPLANTER LES DISPOSITIFS DANS DES LIEUX APPROPRIÉS

Les lieux d'implantation doivent être sélectionnés soigneusement afin de ne pas induire d'effets contre-productifs : déplacement des publics plus « réfractaires » au dépistage ou plus méfiants vis-à-vis des services de santé, surmédicalisation de lieux de loisirs, dépistage dans des lieux où la confidentialité ou l'anonymat sont difficiles à assurer, stigmatisation de certains lieux ou de certains publics, confusion dans les offres proposées, dépistage de personnes sous l'influence de produits psychotropes. Les modalités de mise en œuvre doivent être établies dans un souci d'impact négatif minimum sur les lieux de vie investis et cet impact doit être évalué avec les personnes concernées.

11. OFFRIR UN *COUNSELING* DE QUALITÉ ET ADAPTÉ

Le *counseling* avant la réalisation du test et lors de la remise du résultat doit être adapté au dispositif et aux publics. Il doit permettre de faire comprendre aux personnes les raisons de l'offre de dépistage délocalisé, et d'aborder avec elles les questions de prévention et les conséquences d'un diagnostic négatif et positif. Le *counseling* post-test doit permettre d'aider les personnes à comprendre le résultat et ses enjeux. Il doit aussi permettre de faire comprendre aux personnes avec diagnostic positif la nécessité d'un test de confirmation et de les orienter vers les services de soutien et de prise en charge adéquats.

De plus, les recommandations émises par le Conseil Supérieur de Promotion de la Santé au sujet des bonnes pratiques en matière de dépistage (Ministère de la santé de la Communauté française de Belgique, 2007) s'appliquent à ce type de dépistage.

Recommandations générales sur la politique de dépistage

Les intervenants consultés insistent sur la nécessité de faire évoluer d'autres axes stratégiques pour permettre d'améliorer l'accessibilité du dépistage du VIH et des autres IST pour les personnes particulièrement exposées et d'améliorer la qualité du dépistage en Belgique.

Il s'agit notamment de définir des lignes directrices dans différents domaines :

- La sensibilisation des médecins généralistes. En plus des complications classiques de l'infection par le VIH amenant au sida, il est nécessaire de les former à l'identification de symptômes et de maladies sentinelles potentiellement indicateurs d'une infection à VIH. Par ailleurs, il est important d'améliorer leurs compétences concernant la manière adéquate d'aborder des questions de sexualité et de risques avec leurs patients.
- Le rappel aux professionnels de la santé de l'interdiction et du caractère contre-productif du dépistage réalisé à l'insu du patient.
- L'amélioration de la qualité du dépistage dans les centres d'accueil pour réfugiés, qui est parfois réalisé sans *counseling* et dans des conditions où le consentement est relatif et où la confidentialité n'est pas respectée (problèmes de langues, de traducteurs non professionnels, etc.).
- La nécessité de définir une politique de dépistage en Belgique, en concertation avec les niveaux de pouvoir concernés et les intervenants de terrain dans les domaines préventif et curatif.

7. Bibliographie

- ANRS, Conseil Général Bouches-du-Rhône, Aides. Dépistage du VIH: Aides, l'ANRS et le Conseil Général des Bouches du Rhône font bouger les lignes. Dossier de presse, mars 2010.
- Bayingana K., Demarest S., Gisle L., Hesse E., Miermans P.J., Tafforeau J., Van der Heyden J. Enquête de santé par interview 2004. Livre III : Styles de vie. Institut Scientifique de Santé Publique, Bruxelles, 2006. (IPH/EPI REPORTS N°2006 – 034)
- Binson D., Woods W.J., Pollack L., Sheon N. Bringing HIV/STI testing programmes to high-risk men. *International Journal of STD & Aids*, 16, 600-604, 2005.
- Buchér J.B., Thomas K.M., Guzman D., Riley E., Dela Cruz N., Bangsberg D.R. Community-based rapid HIV testing in homeless and marginally housed adults in San Francisco. *HIV Medicine*, 8, 2007, 28-31.
- Burke R.C., Sepkowitz K.A., Bernstein K.T., Karpati A.M., Myers J.E., Tsoi B.W., Begier E.M. Why don't physicians test for HIV ? A review of the US literature. *AIDS* 21 :1617-1624, 2007.
- CDC. Advancing HIV prevention : New strategies for a changing epidemic-United States, 2003. *MMWR*, 52(15) ; 329-332, April 18, 2003.
- CDC. HIV prevalence, unrecognized infection, and HIV testing among men who have sex with men – Five US cities, June 2004 – April 2005. *MMWR*, 54(24) ; 597-601, June 24, 2005.
- CDC. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *MMWR*, vol 55, No. RR-14, September 2006.
- CDC. Rapid HIV testing among racial/ethnic minority men at gay pride events – Nine US cities, 2004-2006. *MMWR*, 56(24) ; 602-604, June 22, 2007a.
- CDC. Rapid HIV testing in outreach and other community settings – United States, 2004-2006. *MMWR*, 56(47) ; 1233-1237, November 30, 2007b.
- CDC. Quality assurance guidelines for testing using rapid HIV antibody tests waived under the clinical laboratory improvement amendments of 1988. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2007c.
- CDC. New Estimates of U.S. HIV Prevalence, 2006. HIV/AIDS Facts. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, octobre 2008.
- Deblonde J., De Koker P., Hamers F.F., Fontaine J., Luchters S., Temmerman M. Barriers to HIV testing : a systematic review. *The European Journal of Public Health*, 1, 2010, 1-11
- De Cock K.M., Johnson A.M. From exceptionalism to normalisation: a reappraisal of attitudes and practice around HIV testing. *BMJ* Volume 316, janvier 1998, 290-293.
- De Wit JBF, Adam PCG. To test or not to test : psychosocial barriers to HIV testing in high-income countries. *HIV Medicine*, 9 (suppl. 2), 2008, 20-22.
- ECDC. HIV testing in Europe : from policies to effectiveness. Meeting report, Stockholm, 21-22 January 2008. European Center for Disease Prevention and Control, 2008.
- ECDC/WHO Regional Office for Europe : HIV/AIDS surveillance in Europe 2007. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2008.
- Elford J, Bolding G and Sherr L. High risk sexual behaviour increases among London gay men between 1998 and 2001 : what is the role of HIV optimism ? *Aids*, 2002; 16 : 1537-1544.
- Greenwald J.L., Burstein G.R., Pincus J., Branson B. A rapid review of rapid HIV antibody tests. *Current Infectious Disease Reports* 2006; 8 :125-131.
- Guenter D., Greer J., Barbara A., Robinson G., Roberts J., Browne G. Rapid point-of-care HIV testing in community-based anonymous testing program : a valuable alternative to conventional testing. *Aids patient care and STDs*, Volume 22, Number 3, 2008.

- Hamers F.F., Devaux I., Alix J., Nardone A. HIV/AIDS in Europe : trends and EU-wide priorities. *Eurosurveillance* 11, 11, novembre 2006.
- HAS. Dépistage de l'infection par le VIH en France. Modalités de réalisation de tests de dépistage. Haute Autorité de Santé, Paris, octobre 2008.
- HAS. Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositifs de dépistage, argumentaire. Haute Autorité de Santé, Paris, octobre 2009.
- Heard M. Dépistage du VIH : en finir avec l'exceptionnalisme ? *Transcriptases* n°125, Janvier 2006.
- Huebner D.M., Binson D., Woods W.J., Dilworth S., Neilands T.N., Grinstead O. Bathhouse-based voluntary counselling and testing is feasible and shows preliminary evidence of effectiveness. *Acquir Immune Defic Syndr*, vol 43, N°2, 2006.
- Jenkins T.C., Gardner E.M., Thrun M.W., et al. Risk-based human immunodeficiency virus (HIV) testing fails to detect the majority of HIV-infected persons in medical care Settings. *Sex Transm Dis*, 2006, 33(5), 329-33.
- Kassler W.J., Dillon B.A., Haley C., Jones W.K., Goldman A. On-site, rapid HIV testing with same-day results and counselling. *AIDS* 11: 1045-1051, 1997.
- Kellerman S.E., Stan Lehman J., Lansky A., Stevens M.R., Hecht F.M., Bindman A.B., Wortley P.M. HIV testing within at-risk populations in the United States and the reasons for seeking and avoiding HIV testing. *JAIDS* 31: 202-210, 2002.
- Liang T.S., Erbeding E., Jacob C.A., Wicker H., Christmyer C., Brunson S., Richardson D., Ellen J.M. Rapid HIV testing of clients of a mobile STD/HIV clinic. *Aids Patient Care and STDs*, vol 19, number 4, 2005.
- Liddicoat R.V., Horton N.J., Urban R., et al. Assessing missed opportunities for HIV testing in medical settings. *J Gen Intern Med*, 2004, 19(4), 349-56
- Manirankunda L., Loos J., Alou T. A., Colebunders R., Nöstlinger C. « It's better not to know » : perceived barriers to HIV voluntary counseling and testing among sub-saharan African migrants in Belgium. *AIDS Education and Prevention*, 21(6), 582-593, 2009.
- Marks G., Crepaz N., Senterfitt., Janssen, R.S. Meta-Analysis of High-Risk Sexual Behavior in Persons Aware and Unaware They are Infected With HIV in the United States. Implications for HIV Prevention Programs. *J Acquir Immune Defic Syndr*, Volume 39, Number 4, August 1, 2005.
- Marks G., Crepaz N., Janssen R.S. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA . *AIDS* 20 : 1447–1450, 2006,.
- Martens V., Huynen P. Connaissances et comportements des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes à l'égard du VIH/sida en Communauté française de Belgique. *Arch Public Health* 2006, 64, 13-26
- Martens V., Parent F. et les acteurs de la prévention des IST/sida en Communauté française. Stratégies concertées de la prévention des IST/sida en Communauté française. Une analyse commune pour l'action. Bruxelles, Observatoire du sida et des sexualités (FUSL), Décembre 2009.
- Ministère de la santé de la Communauté française de Belgique, Direction Générale de la Santé. Examens de dépistage : pour de bonnes pratiques. Avis du Conseil Supérieur de Promotion de la Santé de la Communauté française. Belgique, Communauté française, août 2007.
- Obermeyer C.M., Osborn M. The utilization of testing and counseling for HIV: a review of the social and behavioural evidence. *American Journal of Public Health*, vol 97, 10, 2007.
- OFSP. Recommandations de l'OFSP sur le conseil et le dépistage du VIH (VCT) au moyen d'un test VIH rapide dans les centres de dépistage. Office fédéral de la santé publique, Berne, mai 2007.

- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Le conseil VIH/Sida : un élément clé de la prise en charge. Guide conçu pour les décideurs, les planificateurs et les responsables de la mise en oeuvre d'activités de conseil. Genève, 1995.
- Pialoux G., Lert F., en collaboration avec Girard G. et Yvers E. Mission RDRs : Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST. Paris, novembre 2009.
- Prost A., Chopin M., McOwan A., Elam G., Dodds J., Macdonald N., Imrie J. "There is such a thing as asking for trouble": taking rapid HIV testing to gay venues is fraught with challenges. *Sex Transm Inf* 83, 185-188, 2007.
- Sasse A., Defraye A., Buziarsist J., Van Beckhoven D. Epidémiologie du sida et de l'infection VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2008. Institut Scientifique de Santé Publique, Section Épidémiologie, Bruxelles, 2009.
- Sasse A., Vincent A. et al. High HIV prevalence among patients choosing anonymous and free testing in Belgium, 1990-2002. *International Journal of STD & AIDS*, 17, 817-820, 2006.
- Sidaction. Dépistage du VIH « hors les murs » à l'aide de tests rapides. Retranscription de la table ronde finale de la journée de travail du 9 novembre 2007.
- SPF Justice. Rapport d'activités de la direction générale des établissements pénitentiaires. Bruxelles, 2008.
- Spielberg F., Branson B., Goldbaum G.M., Lockhart D., Kurth A., Rossini A., Wood R.R. Choosing HIV counselling and testing strategies for outreach settings. A randomized trial. *Acquir Immune Defic Syndr*, vol 38, N°3, 2005.
- Spielberg F., Branson B.M., Goldbaum, G.M. Lockhart D., Kurth A., Celum C.L., Rossini A., Critchlow C.W., Wood R.W. Overcoming Barriers to HIV Testing: Preferences for New Strategies Among Clients of a Needle Exchange, a Sexually Transmitted Disease Clinic, and Sex Venues for Men Who Have Sex with Men. *JAIDS*, 32:318–328, 2003
- Spielberg F., Kurth A., Gorbach P.M., Goldbaum G.M. Moving from apprehension to action: HIV counselling and testing preferences in three at-risk populations. *AIDS Education and Prevention*, 13(6), 524-540, 2001.
- Todts S., Glibert P., Van Malderen S., Van Huyck C., Saliez V. Usage de drogues dans les prisons belges. Monitoring des risques sanitaires 2008 – Rapport final. Bruxelles, 2009.
- Vernazza P., Hirschel B., Bernasconi E., Flepp M. Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. *Bulletin des médecins suisses*, 89-5, 2008.
- Woods W.J., Erwin K., Lazarus M., Serice H., Grinstead O., Binson D. Building stakeholder partnerships for an on-site HIV testing programme. *Culture, Health and Sexuality*, avril 2008, 10(3) : 249-262.

8. Personnes consultées

Cécile CHERONT, Espace P...

Joëlle DEFOURNY, Sidasol

Anne-Françoise GENNOTTE, CHU Saint-Pierre et Centre Elisa

Jean-Claude LEGRAND, CHU Charleroi et Sida-IST Charleroi Mons

Thierry MARTIN, Plate-forme Prévention Sida

Nancy PELTIER, Ex Æquo

Myriam MONHEIM, Ex Æquo

Monique VASSART, Coordination provinciale sida assuétudes et Namur entraide sida

Delphine LEROY, Coordination provinciale sida assuétudes et Namur entraide sida

Dorothy VANDERMEUSE, Coordination provinciale sida assuétudes et Namur entraide sida

Françoise UURLINGS, Centre de référence sida de Liège

Marielle HOUBIERS, Service éducation pour la santé de Huy

Maureen LOUHENAPESSEY, Siréas

9. Acronymes

IST	Infection sexuellement transmissible
UDI	Usager de drogues injecteur
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
HAS	Haute autorité de santé
CDC	Center for disease control and prevention
ECDC	European center for disease prevention and control
TDR	Test de dépistage rapide
ICRH	International center for reproductive health