

« AU LABO SANS ORDO » : UNE EXPÉRIMENTATION POUR ÉTENDRE L'OFFRE DE DÉPISTAGE DU VIH À PARIS ET DANS LES ALPES-MARITIMES. RÉSULTATS INTERMÉDIAIRES À 6 MOIS, JUILLET-DÉCEMBRE 2019

// ALSO-HIV: EXTENDING A FREE HIV TESTING SUPPLY TO WALK-IN MEDICAL LABS IN PARIS AND THE ALPES-MARITIMES. 6-MONTH INTERIM RESULTS, JULY-DECEMBER 2019

France Lert¹ (presidence@parissanssida.fr), Philippe Bouvet de la Maisonneuve², Pamela Ngoh¹, Irit Toutou², Julie Valbousquet², Erwan Le Hô³, Nathalie Lydié⁴, Karen Champenois⁵, Eve Plenel¹, Pascal Pugliese² et le Groupe ALSO*

¹ Vers Paris sans sida, Paris

² Service des maladies infectieuses – Corevih Paca-Est, CHU Nice

³ Objectif sida zéro, Nice

⁴ Santé publique France, Saint-Maurice

⁵ IAME, UMR 1137, Inserm, Université Paris Diderot, Sorbonne Paris Cité, Paris

* Le Groupe ALSO (« Au labo sans ordo ») : Laurence Dauffy, Laurence Dumondin et les équipes de l'Assurance maladie de Paris, Gwenaelle Tasset et les équipes de l'Assurance maladie des Alpes-Maritimes, Anne-Claire Haye, Gérard Ughetto et les équipes du Service médical de l'Assurance maladie, Florence Orsini, Saïd Oumeddour et la sous-direction de prévention et promotion de la santé de l'Assurance maladie, Jean-Claude Azoulay et l'URPS Biologie Île-de-France (IDF), Boris Loquet, Jean-Marc Dubertrand et l'URPS Biologie Paca, les présidents et présidentes, ainsi que les techniciens et techniciennes d'études cliniques des Corevih Paca-Est, IDF Sud, IDF Nord, IDF Centre et IDF Ouest, Christophe Caissotti (Corevih Paca-Est), Frédéric Goyet, Corinne Chouraqui (Agence régionale de santé Île-de-France), Anne Souyris (Ville de Paris).

Soumis le 15.07.2020 // Date of submission: 07.15.2020

Résumé // Abstract

Le dépistage est le maillon faible de la cascade du VIH en France. Malgré de nouvelles recommandations et une diversification de l'offre, l'accroissement du volume de tests ne suffit pas à réduire rapidement le délai entre infection et diagnostic.

Depuis le 1^{er} juillet 2019, le programme « Au labo sans ordo » (ALSO) propose un dépistage du VIH sans ordonnance et sans frais dans tous les laboratoires de biologie médicale de ville de Paris et des Alpes-Maritimes. Son objectif est d'améliorer l'accessibilité du test en complément des offres existantes. L'expérimentation est adossée à un dispositif d'évaluation multidimensionnel. Cet article décrit sa mise en œuvre et les résultats des six premiers mois en termes de recours à l'offre et d'impact sur l'activité globale de dépistage du VIH dans les deux départements.

Pour le premier semestre, les tests ALSO représentent 8% de l'ensemble des tests faits en laboratoire : à Paris 15 583 tests ALSO pour 175 938 tests prescrits dans 157 laboratoires et, dans les Alpes-Maritimes, 4 853 tests ALSO pour 54 082 tests prescrits dans 106 laboratoires.

La comparaison entre le second semestre 2019 et le second semestre 2018 indique une augmentation nette du volume de tests remboursés par l'Assurance maladie aux laboratoires. Les informations recueillies auprès des CeGIDD (Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic) n'indiquent pas de déplacement de leurs usagers vers ALSO. Les taux de tests ALSO positifs au VIH (2,0 et 1,6 pour 1 000 respectivement à Paris et dans les Alpes-Maritimes se situent entre ceux des tests prescrits (3,0 et 2,3 pour 1 000) et ceux des CeGIDD (5,7 et 5,4 pour 1 000).

Ces résultats intermédiaires encourageants ont conduit à prolonger l'expérimentation jusqu'à la fin de l'année 2020 compte tenu de la crise du Covid-19.

Testing is the main gap in the HIV continuum of care in France. Despite new guidelines and diversified HIV testing services, the total number of tests does not increase quickly enough to rapidly reduce the interval between infection and diagnosis.

Since July 1st, 2019, the ALSO program offers a free HIV testing solution, without prescription, in any walk-in medical laboratory in Paris and the Alpes-Maritimes. It aims at improving access to HIV testing in addition to existing offers. The experimentation is backed by a multidimensional evaluation system. This article describes its implementation and the results of the first semester in terms of use and impact on the overall HIV testing activity in both regions.

For the first six months of the experimentation, ALSO tests represent 8% of all the tests carried out in walk-in medical labs: in Paris 15,583 ALSO tests vs 175,938 prescription tests in 157 laboratories, in the Alpes-Maritimes 4,853 ALSO tests vs 54,082 prescription tests in 106 laboratories.

The comparison between the second half of 2019 and the second half of 2020 shows a net increase in the volume of tests reimbursed by the national health insurance system. The information collected from public sexually transmitted infection (STI) clinics does not indicate any movement of their users to ALSO. The HIV positivity rates among ALSO tests (2.0 and 1.6/1,000 tests) are between those of prescription tests (3.0 and 2.3/1,000 tests) and those of public STI clinics (5.7 and 5.4/1,000 tests).

Those encouraging interim results have led to the extension of the experiment until the end of 2020, in the Covid-19 crisis context.

Mots clés : VIH, Dépistage, Laboratoire de biologie médicale, Expérimentation

// **Keywords:** HIV, Testing, Medical laboratory, Experiment

Introduction

Cet article porte sur le premier semestre de l'expérimentation « Au labo sans ordo » (ALSO) déployée à Paris et dans les Alpes-Maritimes dans le cadre des programmes visant la fin de la transmission du VIH en 2030 dans les conditions de la Déclaration de Paris du 1^{er} décembre 2014⁽¹⁾.

Les collectivités territoriales ont engagé un cycle de mobilisation contre l'épidémie d'infection à VIH fondé sur l'engagement des instances politiques élues, la reconnaissance du paradigme de la prévention diversifiée et l'adaptation de la riposte aux contextes locaux ainsi qu'aux besoins des populations et des minorités particulièrement touchées par le VIH. Deux plateformes ont été créées en 2016 pour porter ces programmes en lien étroit avec les acteurs locaux : « Vers Paris sans sida » (VPSS) et « Objectif sida zéro : Nice et les Alpes-Maritimes s'engagent ! » (OSZ).

Le dépistage est le pas d'entrée dans les soins et demeure en France, malgré les progrès en termes de recommandations et de diversification de l'offre, le maillon faible de la cascade du VIH. Au plan national, en 2016, on estimait que 86% des personnes séropositives étaient diagnostiquées⁽²⁾, mais la proportion de personnes diagnostiquées avec une infection avancée (<200 CD4/mL ou sida) était encore de 28% en 2018¹ et le délai entre infection et diagnostic médian était estimé pour la période 2014-2018 à 3,6 ans⁽³⁾.

La France dispose d'une offre de dépistage large et diversifiée² : les laboratoires de ville (76% des sérologies VIH et 36% des sérologies positives), les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD : 6 à 7% des tests et 10% des sérologies positives) et les interventions hors les murs par test rapide d'orientation diagnostique (TROD : 1% du total des tests et un taux de tests positifs de 8,4 pour 1 000). La mise sur le marché en septembre 2015 d'un autotest VIH sans ordonnance en pharmacie a contribué à compléter cette offre.

Le volume de sérologies VIH, évalué à 5,8 millions en 2018³, est insuffisant au regard des besoins et des recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) d'un dépistage au moins une fois dans la vie, tous les trois mois pour les hommes qui ont des rapports avec les hommes (HSH) et les personnes transgenres, et tous les ans pour les autres populations les plus exposées, notamment les migrants originaires d'Afrique subsaharienne⁴. Dans les faits, seuls 53% des HSH ayant répondu à l'Enquête rapport au sexe (ERAS) menée par Santé publique France en février 2017 avaient réalisé un test au cours des 12 derniers mois (deux tests en médiane) et 17% déclaraient n'avoir jamais fait de test⁵. Du côté des populations originaires d'Afrique subsaharienne d'Île-de-France, lors de l'enquête AfroBaromètre 2016, parmi les 797 hommes prélevés, sur deux hommes trouvés positifs, plus d'un ne connaissait pas sa séropositivité⁶.

Pour réduire plus fortement le nombre de personnes séropositives ignorant leur statut et appliquer les recommandations de fréquence de dépistage, il est nécessaire d'augmenter la couverture en dépistage des populations clés (HSH et migrants) de 1,8 million de tests par an, si on considère un nombre de personnes non diagnostiquées estimé à 18 000 en 2016 et un taux de personnes positives au VIH de 1%⁶.

La capacité des dispositifs dédiés existants à absorber ce volume important de tests supplémentaires est limitée : les CeGIDD, comme les associations, font face à des contraintes structurelles, notamment budgétaires, qui ne leur permettent pas d'accroître beaucoup leur amplitude d'ouverture horaire ou le nombre de leurs interventions hors les murs ; quant aux médecins de ville, leur implication est importante mais une mobilisation accrue nécessiterait des mesures incitatives telles qu'elles existent dans le cadre de l'Assurance maladie : reconnaissance du dépistage comme ouvrant droit pour le praticien à une rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), consultation de dépistage reconnue comme acte complexe avec une rémunération augmentée, ou encore reconnaissance comme acte fléché offrant la possibilité de proposer d'autres dépistages³.

Contexte épidémiologique, offre de dépistage et rationnel du programme ALSO

Le contexte épidémiologique et l'évaluation des capacités de dépistage à Paris et dans les Alpes-Maritimes ont conduit à proposer une offre complémentaire,

⁽¹⁾ https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20141201_Paris_Declaration_fr.pdf.

⁽²⁾ Marty L, Cazein F, Lot F, Costagliola D, Supervie V. Estimation des paramètres de l'épidémie VIH en 2016. Communication personnelle non publiée. 2018

⁽³⁾ Marty L, Sow A, Cazein F, Lot F, Costagliola D, Supervie V. Estimations incidence, délai, et infections non diagnostiquées. Communication personnelle non publiée. 2020.

basée sur une accessibilité accrue par la proximité, la simplicité et la gratuité : une sérologie VIH prise en charge à 100% par l'Assurance maladie sans prescription médicale dans les laboratoires de biologie médicale, le programme ALSO.

La proportion de nouveaux diagnostics pour 100 000 habitants est deux fois plus élevée à Paris que dans le reste de l'Île-de-France. À Paris, plus de 9 nouvelles infections sur 10 concernent des HSH et/ou des personnes nées à l'étranger². Le département des Alpes-Maritimes est le plus touché de la région Paca, et 70% des nouveaux diagnostiqués sont des HSH⁷. Les deux départements sont donc des aires géographiques dans lesquelles l'épidémie VIH est plus forte qu'ailleurs dans l'Hexagone et au sein même de leur région. Si le délai médian au diagnostic était plus bas à Paris que dans le reste du pays, avec une estimation pour les HSH de 2,1 ans (vs 2,7 au plan national), il ne différerait que très peu pour les populations nées en Afrique subsaharienne : 2,7 vs 2,8 pour les femmes et 3,8 vs 4,2 pour les hommes⁸.

D'après les estimations de la population non diagnostiquée dans les groupes les plus exposés (1 700 HSH et 1 200 hommes et femmes nés en Afrique subsaharienne) et sur la base d'un taux moyen de tests positifs de 1% (observé dans les opérations de dépistage communautaire), ce sont environ 300 000 tests supplémentaires à Paris et près de 60 000 dans les Alpes-Maritimes (estimés sur la base de la part de la population de 31% à 42% selon les groupes des 1 600 personnes non diagnostiquées dans la région Paca et d'un taux de découverte de 1%) qui devraient être réalisés parmi les HSH et les personnes nées à l'étranger pour réduire drastiquement les délais au diagnostic.

Paris dispose d'une offre de dépistage publique et gratuite importante (11 CeGIDD répartis sur 13 sites) et les Alpes-Maritimes de deux CeGIDD et trois antennes. Dans les deux départements, les associations communautaires interviennent pour offrir un dépistage rapide sur des sites ouverts ou fermés fréquentés par les populations clés. Dans les deux départements, l'offre de biologie médicale en ville est forte : 106 laboratoires dans les Alpes-Maritimes et 157 à Paris.

L'expérimentation, prévue initialement pour un an du 1^{er} juillet 2019 au 30 juin 2020, a été conçue pour être aisément pérennisée ou étendue à d'autres régions si elle s'avère efficace et pertinente : elle ne crée pas de dispositifs nouveaux et s'inscrit dans les pratiques usuelles des laboratoires pour ce qui a trait aux actes de prélèvement et d'analyse, aux pratiques de gestion des données et de rémunération des laboratoires, à la procédure existante pour les actes sans prescription et aux habitudes des usagers qui se présentent au guichet du laboratoire avec leur attestation de droits à la Sécurité sociale ou à l'AME. Le seul dispositif supplémentaire est le service dédié d'aide à l'orientation des personnes séropositives vers une prise en soin rapide, appelé « navigation » (cf. *infra*).

L'évaluation porte sur l'utilisation de l'offre ALSO, le volume d'activité, le profil des usagers, la capacité du dispositif à attirer des personnes séropositives et à les orienter vers le soin, et enfin sur une estimation de ses coûts afin de la comparer aux autres offres de dépistage. Le programme d'évaluation dans son ensemble doit permettre d'informer la décision publique sur la pertinence et les conditions de succès d'une éventuelle extension nationale. L'objectif de l'offre ALSO était d'augmenter de 15% sur 12 mois le volume des tests en laboratoire tel que rapportée par LaboVIH, soit 50 000 tests à Paris et 15 000 dans les Alpes-Maritimes, avec une estimation de 255 tests positifs à Paris et 42 dans les Alpes-Maritimes, estimation basée sur une moyenne non pondérée des taux de positivité en laboratoire et en CeGIDD en 2017.

Méthodes

La mise en place et le fonctionnement du programme

Dans sa gouvernance, ALSO est un projet partenarial associant deux caisses de Sécurité sociale, deux municipalités, deux départements, les Agences régionales de santé (ARS), les représentants des professionnels de la biologie médicale (Union régionale des professionnels de santé biologie) et les deux plateformes locales VPSS et OSZ.

L'offre ALSO a été mise en place dans les laboratoires en lien avec l'URPS de chaque département et les biologistes référents des groupements de laboratoires. Chaque laboratoire a reçu l'ensemble des procédures spécifiques à ALSO pour l'accueil des personnes, l'orientation selon leur situation en termes de couverture maladie, âge, résultat du test, relation souhaitée ou non avec le médecin traitant, ainsi que pour l'information à afficher dans les locaux et la gestion administrative des remboursements. Une formation au counseling assurée par le Corevih Paca-Est a été proposée aux biologistes volontaires dans les Alpes-Maritimes. Une ligne d'appel est également disponible pour répondre aux questions des biologistes.

La personne qui se présente dans un laboratoire pour faire un test dans le cadre de l'offre ALSO fait l'objet de la même prise en charge qu'un patient qui se présenterait pour un dépistage du VIH avec une prescription médicale. La génération par l'Assurance maladie d'un code prescripteur spécifique permet la facturation des tests au prix de la nomenclature. À Paris, à la demande de la Ville, l'ARS Île-de-France prend en charge le coût pour les personnes ne disposant pas de droits ouverts à l'Assurance maladie. Dans les Alpes-Maritimes, ces personnes sont réorientées vers les CeGIDD ou un centre de planification et d'éducation familiale (CPEF).

Au moment de son enregistrement, la personne indique si elle souhaite que son médecin traitant reçoive une copie des résultats. Un résultat négatif

est rendu selon les modalités ordinaires de chaque laboratoire, souvent désormais par un serveur de résultats. Dans ce cas, le compte rendu d'analyse comporte un texte sur les conditions de validité du test Elisa, les recommandations de répétition du test, et rappelle l'intérêt de la prophylaxie pré-exposition (PrEP), du traitement préventif d'urgence et de la protection par le préservatif. Quand le test est positif, la personne est appelée par le biologiste pour lui proposer de venir au laboratoire et l'annonce de séropositivité est faite en face à face, en lien ou non avec le médecin traitant selon le choix du patient. Les biologistes ne disposant pas tous en routine d'un réseau de correspondants dans les services spécialisés VIH, un service de « navigation » a été créé pour une prise en soin rapide. Une plateforme téléphonique réservée à l'usage des biologistes leur permet de contacter des navigateurs, missionnés parmi les Attachés de recherche clinique et Techniciens d'études cliniques des Corevih Paca-Est et de quatre Corevih franciliens, pour organiser la prise d'un premier rendez-vous auprès d'un médecin référent pour le VIH dans un délai maximal de 48 heures. Ces navigateurs s'appuient sur un répertoire exhaustif des services spécialisés de la région et de leurs modalités de prise d'un premier rendez-vous pour une séropositivité nouvellement découverte. Le biologiste propose cette option et, si le patient l'accepte, l'offre de prise de rendez-vous. Puis le navigateur informe le patient des différents lieux possibles pour sa prise en charge, organise la première consultation selon ses préférences et s'assure du lien effectif au soin.

La promotion d'ALSO s'appuie sur une communication locale, continue, multi-support, adressée de façon différenciée aux diverses composantes des populations les plus exposées et à la population générale pour lancer l'offre puis assurer un bruit de fond. La communication a été axée sur la simplicité et l'accessibilité : « Sans frais, sans ordonnance, sans rendez-vous. Faire le dépistage du VIH n'a jamais été aussi facile ». Le plan média a associé de l'affichage grand-public et une communication ciblée *via* les réseaux sociaux et la presse communautaire pour les populations clés. En complément, un kit de communication composé d'affiches, vitrophanie et dépliants a été remis à chaque laboratoire pour une communication sur site incitant à faire un test à l'occasion d'autres examens. L'Assurance maladie des Alpes-Maritimes a diffusé directement l'information sur l'offre auprès des assurés et des médecins généralistes du département.

Mesure de l'activité

La mesure de l'activité repose sur plusieurs sources d'information. D'une part, les laboratoires déclarent, *via* une plateforme numérique dédiée, les nombres mensuels de tests ALSO, de tests prescrits, de tests non prescrits et payés par les personnes et les volumes de résultats positifs correspondants. D'autre part, sur la base du DCIR (Datamart de consommation inter-régime) qui agrège l'ensemble des données individuelles de consommation de

soins, l'Assurance maladie documente le nombre de tests remboursés par l'Assurance maladie, prescrits et ALSO. Cette statistique est établie en fonction de l'implantation géographique des laboratoires, quelle que soit la caisse d'affiliation et de domicile des assurés. Elle fournit aussi la répartition par âge, sexe, département de résidence, modalité d'affiliation (régime de base, couverture maladie universelle (CMU), aide médicale d'État (AME)). Pour l'Île-de-France, l'ARS communique en plus le nombre de tests payés aux laboratoires pour les non-assurés sociaux à mesure qu'ils adressent leurs factures à l'agence. Enfin, les nombres de tests VIH réalisés (Elisa et TROD) et de tests positifs sont collectés auprès des CeGIDD volontaires. Les données de l'Assurance maladie et des CeGIDD (pour Paris, 7 centres sur 11 ont participé) ont été documentées pour le deuxième semestre 2018 aux fins de comparaison.

Résultats des six premiers mois d'expérimentation

Volume et rythme du recours à ALSO

La participation des laboratoires à la documentation mensuelle de l'activité a été forte dans les deux départements : exhaustive dans les Alpes-Maritimes et selon les mois de 141 à 152 sur 157 à Paris (dont 138 avec une série complète). Les deux CeGIDD des Alpes-Maritimes et 7 des 11 CeGIDD parisiens ont rapporté leur activité.

Au total, 15 583 tests ALSO (incluant les tests pour les personnes non assurées) ont été réalisés à Paris et 4 853 dans les Alpes-Maritimes quand, dans le même temps, 175 938 et 54 082 tests étaient réalisés sur prescription dans chaque département respectivement. Les tests ALSO représentent la même proportion de l'ensemble des tests réalisés en laboratoire dans les deux départements : 8% (tableau 1) ; les tests payés moins de 1% (80 dans les Alpes-Maritimes et 1 372 à Paris).

Le niveau mensuel des tests ALSO a très peu varié au cours du semestre (autour de 2 600 à Paris et de 800 tests dans les Alpes-Maritimes), alors que les tests prescrits fluctuent, avec notamment une baisse en août puis en novembre et décembre dans les deux départements (figure 1).

Les bases DCIR arrêtées en février 2020 montrent des nombres de tests plus bas que ceux déclarés par les laboratoires, tant pour les tests prescrits que pour les tests ALSO. L'écart est particulièrement important à Paris, de l'ordre de 50 000 tests prescrits et de 3 000 tests ALSO (tableau 2). Ces différences peuvent résulter des délais de mise à jour des bases de l'Assurance maladie qui agrègent un grand nombre de caisses et de régimes différents au cours du temps. Diverses analyses sont en cours sur les délais de mise à jour et les méthodes d'extraction des données de l'Assurance maladie et au niveau des laboratoires pour comprendre ces différences.

Tableau 1

Nombre de tests ALSO, de tests prescrits et de tests en CeGIDD au 2^e semestre 2019, à Paris et dans les Alpes-Maritimes

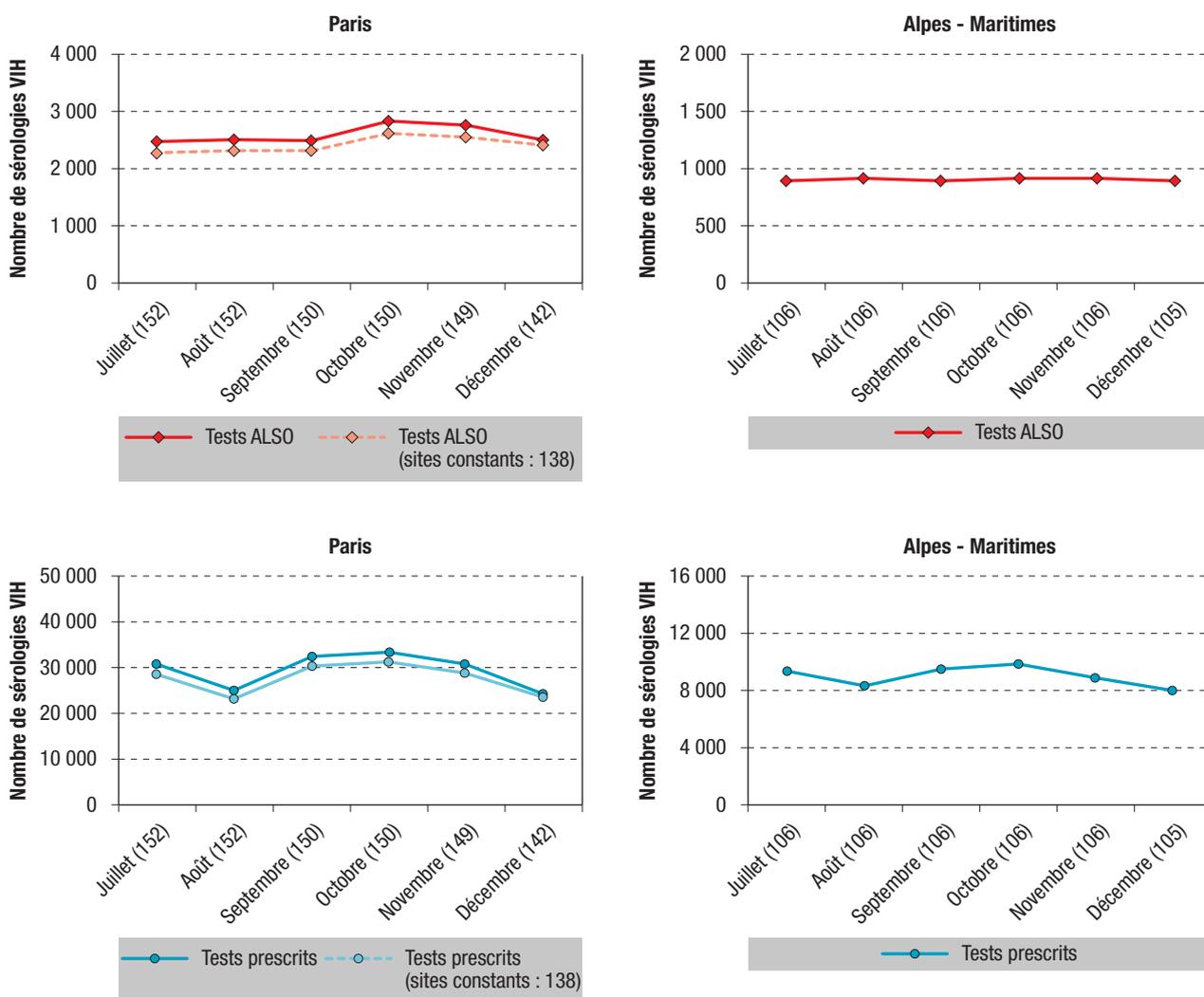
| | Paris | | | | Alpes Maritimes | | | |
|-------------------------------------|------------|-----------------|-------------|---------------------|-----------------|-----------------|-------------|---------------------|
| | Tests ALSO | Tests prescrits | Tests payés | CeGIDD participants | Tests ALSO | Tests prescrits | Tests payés | CeGIDD participants |
| Nombre de tests | 15 583 | 175 938 | 1 412 | 18 736 | 4 853 | 54 082 | 80 | 2 235 |
| Nombre de tests positifs | 46 | 349 | 3 | 107 | 11 | 89 | 1 | 12 |
| Taux de positivité pour 1 000 tests | 3,0 | 2,0 | 2,1 | 5,7 | 2,3 | 1,6 | 12,5 | 5,4 |
| p-value (/ALSO) | – | P<0,05 | £ | P<0,001 | – | P=0,3 | £ | P=0,03 |

Source : activité déclarée par les laboratoires de biologie médicale et les CeGIDD participants.

£ Effectifs <5 pour les positifs dans tests payés ne permet pas de faire le test du chi2 ; CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et diagnostic du VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles.

Figure 1

Nombre mensuel de tests ALSO, de tests payés sans prescription et de tests prescrits, à Paris et dans les Alpes-Maritimes, 2^e semestre 2019



Les valeurs entre parenthèses correspondent au nombre de laboratoires ayant transmis leurs données d'activité.

Comparaison entre le deuxième semestre 2019 et le deuxième semestre 2018

Au deuxième semestre 2019 par rapport à 2018, sur la base des données DCIR, le volume des tests prescrits a augmenté à Paris de 6,3% alors qu'une

baisse de 5% est observée parmi les tests prescrits dans les Alpes-Maritimes. La contribution d'ALSO amène une augmentation globale des tests réalisés en laboratoire de 16,8% à Paris et de 3,7% dans les Alpes-Maritimes (tableau 3).

Dans le même temps, l'activité de dépistage VIH est restée stable dans les sept CeGIDD parisiens participants, passant de 18 431 à 18 736, et a baissé de 14% dans les Alpes-Maritimes (de 2 598 à 2 235), un résultat en partie attribuable à la fermeture d'un CeGIDD pour déménagement.

Taux de séropositivité

Au deuxième semestre 2019, le nombre de tests ALSO positifs rapporté par les laboratoires a été de 46 à Paris et 11 dans les Alpes-Maritimes, de 349 et 89 parmi les tests prescrits, tandis que les CeGIDD en comptaient 107 et 12. Exprimés pour 1 000 tests, les taux de positivité étaient respectivement, à Paris et dans les Alpes-Maritimes, de 3,0 et 2,5 pour les tests ALSO, de 2,0 et 1,7 pour les tests prescrits et de 5,7 et 5,4 pour les tests en CeGIDD. Ces taux présentaient, à Paris, des différences significatives entre les offres, et seulement entre ALSO et CeGIDD dans les Alpes-Maritimes (tableau 1).

Discussion et conclusion

L'offre de dépistage ALSO a été utilisée d'emblée et de façon stable sur la période de six mois alors que le nombre de tests prescrits fluctuait, ce qui évoque une demande spontanée différente de celle qui passe par la prescription médicale. Cette nouvelle offre a contribué à une augmentation nette du dépistage du VIH en laboratoire dans les deux départements : de l'ordre de 20 000 tests à Paris (+16,8%) et 2 000 dans les Alpes-Maritimes (+3,7%). À Paris, cette augmentation est concomitante d'une augmentation du dépistage prescrit (+6,3%) et d'une stabilité du dépistage en CeGIDD, évolutions qui à ce stade ne vont pas dans le sens d'un phénomène

de substitution d'ALSO. Dans les Alpes-Maritimes, la baisse de la prescription (5%) et la diminution de l'activité des CeGIDD, due en partie à des causes matérielles, sont compensées par l'offre ALSO. Cependant, l'objectif des volumes de tests ALSO (fixé à 50 000 pour Paris et à 15 000 pour les Alpes-Maritimes en année pleine), ramené à un objectif semestriel, n'est atteint qu'à un peu plus de 60% (62% et 64% respectivement).

Dans chaque département, les taux de positivité au VIH des tests ALSO se situent entre les taux des tests prescrits et ceux des CeGIDD. Toutefois le nombre de tests positifs est inférieur à l'objectif fixé *a priori*, calculé sur la base de la moyenne entre le taux de positifs en laboratoires et en CeGIDD. La description des usagers ALSO, majoritairement hétérosexuels nés en France, qui n'étaient pas la cible prioritaire du programme ALSO, explique en partie ce résultat (voir l'article de K. Champenois et coll. dans ce numéro). Il est également possible que la taille de la population non diagnostiquée ait baissé par rapport au moment de l'élaboration du programme⁹. La description des personnes positives dépistées par ALSO sera établie à l'issue de l'évaluation quand l'information sur les caractéristiques cliniques et biologiques aura été collectée auprès des cliniciens. Une étude des cas de séropositivité est également en cours auprès des laboratoires pour identifier les nouvelles découvertes sur la base du dossier patient, et ainsi comparer les taux de découvertes de séropositivité entre dépistage prescrit et dépistage ALSO.

Un des effets envisagés était que l'offre ALSO produise un déplacement des usagers du dépistage des offres existantes (CeGIDD et dépistage sur prescription) vers l'offre ALSO, plus proche et plus simple d'accès, réduisant ainsi l'effet attendu d'accroissement du dépistage. À Paris, l'augmentation du dépistage prescrit et la stabilité des tests en CeGIDD n'étaient pas cette hypothèse. Les deux études auprès des usagers, la première en novembre 2019 et la seconde prévue en novembre 2020, à la suite de la prolongation de l'expérimentation, apporteront un éclairage sur l'évolution des profils d'usagers au cours du temps et les modalités d'utilisation du dispositif de dépistage (voir l'article de K. Champenois et coll. dans ce numéro).

Tableau 2

Nombre de tests ALSO et de tests prescrits réalisés dans les laboratoires situés à Paris et dans les Alpes-Maritimes au 2^e semestre 2019

| | Paris | Alpes-Maritimes |
|-----------------|---------|-----------------|
| Tests ALSO | 12 476 | 4 652 |
| Tests prescrits | 126 475 | 50 435 |

Source Datamart de consommation inter-régime (DCIR).

Tableau 3

Évolution du dépistage au 2^e semestre 2019 par rapport au 2^e semestre 2018, à Paris et dans les Alpes-Maritimes. Source Datamart de consommation inter-régime (DCIR)

| | Paris | | Alpes-Maritimes | |
|--|-----------------|---|-----------------|---|
| | Nombre de tests | % Évolution par rapport aux tests prescrits en 2018 | Nombre de tests | % Évolution par rapport aux tests prescrits en 2018 |
| Référence 2 ^e semestre 2018 Tests prescrits | 118 925 | ref. | 53 106 | ref. |
| Semestre 2 - 2019 Tests prescrits | 126 475 | +6,3% | 50 435 | -5,0% |
| Semestre 2 - 2019 Ensemble des tests prescrits et tests ALSO | 138 951 | +16,8% | 55 087 | +3,7% |

En conclusion, l'offre ALSO a trouvé d'emblée son public, avec un volume mensuel de tests constant au cours du premier semestre. L'augmentation nette du dépistage en laboratoire et la stabilité de l'activité en CeGIDD ne soutiennent pas l'existence d'un phénomène de substitution entre les offres. La baisse des tests prescrits entre 2018 et 2019 dans les Alpes-Maritimes sera étudiée à partir des informations du DCIR.

Ces premiers résultats sont encourageants quant à l'intérêt de compléter le dispositif de dépistage. Ce succès tient au partenariat entre les institutions, très étroit dans chaque département, à travers un comité de pilotage commun.

En raison de la crise sanitaire du Covid-19, nous ne disposons pas pour le 1^{er} semestre 2020 de résultats sur la performance du programme ALSO dans la durée. C'est pourquoi l'Assurance maladie a accepté, à la demande des partenaires, de reconduire l'expérimentation et son dispositif d'évaluation jusqu'en décembre 2020. Cette prolongation sera d'autant plus utile que la crise a fortement impacté l'offre de dépistage et le volume des tests avec une baisse d'environ 400 000 tests entre le 1^{er} janvier et le 17 mai 2020 (source Epi-Phare). L'ensemble des informations collectées permettra ainsi d'évaluer comment se redresse le pilier majeur de la prévention combinée qu'est le dépistage. ■

Remerciements

Les coûts de l'expérimentation sont supportés par les partenaires, les tests par l'Assurance maladie, la communication par les collectivités territoriales partenaires, les plateformes OSZ et VPSS et l'ARS Paca, la recherche évaluative par l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales (ANRS), Santé publique France et les ARS Île-de-France et Paca. Nous remercions les médecins et pharmaciens biologistes pour leur implication dans l'expérimentation ALSO et son évaluation.

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

[1] Cazein F, Sommen C, Pillonel J, Bruyan M, Ramus C, Pichon P, *et al.* Activité de dépistage du VIH et circonstances de découverte de l'infection à VIH, France 2018. *Bull Epidemiol Hebd.* 2019;(31-32):615-24. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/31-32/2019_31-32_1.html

[2] Cazein F, Le Strat Y, Sarr A, Ramus C, Bouche N, Combaroure JC, *et al.* Dépistage de l'infection par le VIH en France. *Bull Epidemiol Hebd.* 2017;(29-30):601-8. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/29-30/2017_29-30_2.html

[3] Santé publique France. Surveillance de l'infection à VIH (dépistage et déclaration obligatoire), 2010-2017. *Bulletin de santé publique-Édition nationale.* Mars 2019. 6 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-infection-a-vih-mars-2019>

[4] Haute Autorité de santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. Synthèse, conclusions et recommandations. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017. 41 p. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-l-infection-a-vih-en-france

[5] Velter A, Duchesne L, Lydié N. Pourquoi l'épidémie du VIH se poursuit-elle parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) en France ? AFRAVIH – 9^e Conférence internationale francophone VIH/hépatites; 4-7 avril 2018, Bordeaux, France.

[6] Afrique Avenir. Rapport d'activité 2017. Programme ZAC (Prévention sida, IST et hépatites auprès des populations d'origine africaine et caribéenne en France). Paris: Afrique Avenir; 2018. <https://www.afriqueavenir.fr/wp-content/uploads/2019/02/RA-AFRIQUE-AVENIR-2017.pdf>

[7] Santé publique France. Cire Provence-Alpes-Côte d'Azur Corse. Bulletin de veille sanitaire VIH-Sida, n° 25, décembre 2017. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/provence-alpes-cote-d-azur-et-corse/documents/bulletin-regional/2017/bulletin-de-veille-sanitaire-paca-corse-n-25-decembre-2017>

[8] Marty L, Cazein F, Panjo H, Pillonel J, Costagliola D, Supervie V; HERMETIC Study Group. Revealing geographical and population heterogeneity in HIV incidence, undiagnosed HIV prevalence and time to diagnosis to improve prevention and care: Estimates for France. *J Int AIDS Soc.* 2018;21(3):e25100.

[9] Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS). *Epidémiologie de l'infection VIH en France – 2013-2018. Tendances et contribution de la prévention combinée (dépistage, traitement antirétroviral des PVVIH, prévention par le préservatif et la PrEP).* Paris: ANRS; 2020. <http://www.anrs.fr/sites/default/files/2020-07/epidemiologie-infection-vih-france-2013-2018.pdf>

Citer cet article

Lert F, Bouvet de la Maisonneuve P, Ngho P, Touitou I, Valbousquet J, Le Hô E *et al.* ; le Groupe ALSO. « Au labo sans ordo » : une expérimentation pour étendre l'offre de dépistage du VIH à Paris et dans les Alpes-Maritimes. Résultats intermédiaires à 6 mois, juillet-décembre 2019. *Bull Epidemiol Hebd.* 2020(33-34):650-6. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/33-34/2020_33-34_1.html

PROFILS DES USAGERS DU PROGRAMME « AU LABO SANS ORDO », DÉPISTAGE DU VIH SANS ORDONNANCE ET SANS FRAIS EN LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE

// PROFILES OF THE ALSO PROGRAM USERS, A FREE HIV TESTING SUPPLY IN WALK-IN MEDICAL LABS IN FRANCE

Karen Champenois¹ (karen.champenois@inserm.fr), Margot Annequin², Pamela Ngho², Irit Toutou³, France Lert², Philippe Bouvet de la Maisonneuve³, Julie Valbousquet³, Erwan Le Hô⁴, Nathalie Lydié⁵, Eve Planel², Pascal Pugliese³ et le Groupe ALSO*

¹ IAME, UMR 1137, Inserm, Université Paris Diderot, Sorbonne Paris Cité, Paris

² Vers Paris sans sida, Paris

³ Service des maladies infectieuses – Corevih Paca-Est, CHU Nice

⁴ Objectif sida zéro, Nice

⁵ Santé publique France, Saint-Maurice

* Le Groupe ALSO (« Au labo sans ordo ») : Laurence Dauffy, Laurence Dumondin et les équipes de l'Assurance maladie de Paris, Gwenaëlle Tasset et les équipes de l'Assurance maladie des Alpes-Maritimes, Anne-Claire Haye, Gérard Ughetto et les équipes du Service médical de l'Assurance maladie, Florence Orsini, Said Oumeddour et la sous-direction de prévention et promotion de la santé de l'Assurance maladie, Jean-Claude Azoulay et l'URPS Biologie Île-de-France (IDF), Boris Loquet, Jean-Marc Dubertrand et l'URPS Biologie Paca, les présidents et présidentes, ainsi que les techniciens et techniciennes d'études cliniques des Corevih Paca-Est, IDF Sud, IDF Nord, IDF Centre et IDF Ouest, Christophe Caissotti (Corevih Paca-Est), Frédéric Goyet, Corinne Chouraqui (Agence régionale de santé Île-de-France), Anne Souyris (Ville de Paris).

Soumis le 16.07.2020 // Date of submission: 07.16.2020

Résumé // Abstract

Introduction – Depuis le 1^{er} juillet 2019, le programme « Au labo sans ordo » (ALSO) offre, à Paris et dans les Alpes-Maritimes, un dépistage du VIH sans ordonnance et sans frais dans tous les laboratoires de biologie médicale de ville. Cet article décrit les usagers du programme ALSO et compare leurs caractéristiques à celles des personnes qui ont recours au dépistage du VIH en laboratoire sur prescription médicale ou en CeGIDD.

Méthodes – Une étude transversale a été menée la semaine du 18 au 23 novembre 2019 dans 240 laboratoires et 11 CeGIDD, dans les deux départements. Un autoquestionnaire anonyme était proposé par le personnel d'accueil aux personnes majeures qui réalisaient un test VIH. Deux modèles de régression logistique ont permis de comparer les usagers ALSO aux personnes avec (1) un test prescrit ; (2) un dépistage en CeGIDD.

Résultats – L'analyse portait sur 3 144 questionnaires (295 usagers ALSO, 2 138 personnes avec un test prescrit et 711 usagers des CeGIDD). Comparativement aux personnes avec un test prescrit, ALSO attirait davantage d'hommes hétérosexuels (42% vs 28%), bien insérés socialement mais assez éloignés du soin (32% vs 21% consultaient ≤ 1 fois/an), multipartenaires (60% vs 49%). Les CeGIDD touchaient une population plus jeune (42% vs 21% <25 ans) et plus exposée au VIH : 24% étaient HSH (vs 15%), 79% multipartenaires et 53% (vs 19%) présentaient ≥ 1 indicateur d'exposition.

Conclusion – Le programme ALSO, décrit par les usagers comme pratique et accessible, attire une population distincte des autres offres, notamment davantage d'hommes hétérosexuels souvent moins atteints par les actions de dépistage.

Introduction – Since July 1st, 2019, the “Au labo sans ordo” (ALSO) program offers a free HIV testing solution, without prescription, in any walk-in medical laboratory in Paris and the Alpes-Maritimes. This article describes the ALSO program users' profile and compares their characteristics to those of the persons who get tested for HIV in labs with a prescription or in public STI clinics.

Methods – A cross-sectional survey was conducted on the week of November 18-23, 2019 in 240 medical laboratories and 11 public STI clinics in both regions. An anonymous self-administered questionnaire was proposed to every adult who got tested for HIV. Two logistic regression models were used to compare ALSO users to (1) prescription test users and (2) STI clinics clients.

Results – 3,144 questionnaires were analyzed (295 ALSO users, 2,138 prescriptions test users and 711 STI clinics clients). Compared to people with a prescribed test, ALSO attracted more heterosexual men (42% vs 28%), better established socially but quite far from care (32% vs 21% see a doctor \leq once a year), with multiple sexual partners (60% vs 49%). Public STI clinics attracted a younger population (42% vs 21% <25 years old), more exposed to HIV: 24% were MSM (vs 15%), 79% had multiple partners and 53% (vs 19%) had more than one exposure indicator.

Conclusion – The ALSO program, described by its users as practical and accessible, attracts a population that differs from other testing offers, notably more heterosexual men who are often less reached by screening programs.

Mots-clés : VIH, Dépistage, Laboratoire de biologie médicale, CeGIDD

// **Keywords**: HIV, Testing, Medical laboratory, Public STI clinic

Introduction

Les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) en matière de dépistage du VIH insistent à la fois sur le dépistage de toute la population au moins une fois dans la vie et sur le dépistage répété des populations clés, jusqu'à un dépistage trimestriel des hommes qui ont des relations sexuelles avec les hommes (HSH)¹. Ces dix dernières années, des innovations importantes ont permis d'élargir l'offre de dépistage, comme le dépistage communautaire et les autotests. Les TROD (tests rapides d'orientation diagnostique) ont permis aux associations d'aller vers les populations les plus exposées au VIH. Bien qu'il reste marginal en nombre de tests réalisés, ce type d'actions s'est montré efficace pour identifier les personnes séropositives^{2,3}. Malgré cela, la proportion de personnes vivant avec le VIH non diagnostiqué diminue peu^{4,5}. Alors que le nombre annuel de sérologies augmente jusqu'à atteindre 5,8 millions en 2018, le nombre de découvertes de séropositivité reste stable autour de 6 000 chaque année⁶.

Le dépistage, clé de voute du soin et de la prévention, doit donc encore être intensifié. Les motifs donnés par les personnes qui utilisent l'autotest pour se dépister⁷ ou encore les points forts de centres comme *Dean Street Express* à Londres⁸ sont la praticité, l'accessibilité et la rapidité. Il est nécessaire, tout en continuant à innover, de faciliter l'accès au dépistage de proximité, sans rendez-vous et sur des plages horaires larges. C'est l'objectif du programme « Au labo sans ordo » (ALSO). À Paris et dans les Alpes-Maritimes, il s'agit de proposer un dépistage du VIH sans ordonnance et sans frais dans tous les laboratoires de biologie médicale de ville (voir l'article de F. Lert et coll. dans ce numéro du BEH). Cette expérimentation, qui a débuté le 1^{er} juillet 2019, initialement pour un an, est évaluée en termes de fréquentation, de capacité à détecter et orienter les personnes recevant un résultat positif pour le VIH et d'acceptabilité pour les personnels des laboratoires à proposer cette nouvelle offre de dépistage.

L'objectif de cet article est de décrire les personnes qui ont utilisé le programme ALSO pour leur dépistage du VIH et de comparer leurs caractéristiques à celles des personnes qui ont eu recours au dépistage du VIH en laboratoires sur prescription médicale ou en CeGIDD (Centre gratuit d'information, de dépistage et diagnostic du VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles).

Méthodes

Il s'agit d'une étude transversale, menée la même semaine dans toutes les structures participantes, du 18 au 23 novembre 2019, soit environ cinq mois après le lancement du programme ALSO. Deux cent quarante laboratoires ont effectivement participé (134/157 à Paris et 106/106 dans les Alpes-Maritimes) et 11 CeGIDD (9/11 à Paris et 2/2 dans les Alpes-Maritimes).

Un auto-questionnaire papier succinct et anonyme était proposé par le personnel d'accueil à toutes les personnes majeures qui réalisaient, durant cette semaine d'étude, un test de dépistage du VIH du programme ALSO, prescrit sur ordonnance ou dans le cadre du CeGIDD. Les personnes qui acceptaient de participer remplissaient l'auto-questionnaire dans la salle d'attente et le glissaient ensuite dans une urne opaque.

Les questions à choix multiples portaient sur le profil sociodémographique, la santé en général et le dépistage du VIH en particulier, ainsi que sur les profils d'exposition au VIH. La catégorisation femme, homme hétérosexuel, homme homosexuel ou bisexuel (HSH) a été construite en croisant le genre et la pratique sexuelle sur les cinq dernières années.

L'étude était anonyme et conforme à la méthodologie de référence 004 de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil, MR 0614181119). Les participants ont reçu une note d'information écrite. Le fait de remplir le questionnaire et de le mettre dans l'urne valait accord de participation. Le résultat du test de dépistage n'était pas mis en correspondance du questionnaire rempli.

Des méthodes descriptives ont été utilisées pour caractériser les usagers de chaque offre. Les usagers ALSO ont été comparés à ceux des tests prescrits dans une première analyse, puis à ceux des CeGIDD dans une seconde analyse. Des modèles de régression logistique multivariés, ajustés notamment sur le département, l'âge et les facteurs d'exposition sexuelle au VIH ont été réalisés afin d'identifier les variables associées à chaque offre de dépistage. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel Stata[®] 14.2.

Résultats

Sur la semaine de l'étude, 3 812 questionnaires ont été recueillis, 3 078 en laboratoires (2 190 à Paris et 888 dans les Alpes-Maritimes) et 734 en CeGIDD (654 à Paris et 80 dans les Alpes-Maritimes). Parmi eux, 62 questionnaires ont été exclus car plus de 50% des données étaient manquantes (N=3 750). Parmi les questionnaires recueillis en laboratoires, l'information ALSO / test prescrit, remplie par le personnel d'accueil, était manquante dans 57% des cas. Grâce à une question sur le contexte du dépistage réalisé le jour de l'enquête, 710 questionnaires ont pu être reclassés ; les 606 autres ont été exclus de l'analyse (16%). La proportion d'exclus était plus importante dans les laboratoires parisiens que dans les Alpes-Maritimes (21% *versus* 15%, $p < 0,001$). Par rapport aux participants des laboratoires inclus dans l'analyse, les 606 participants exclus étaient plus souvent des hommes hétérosexuels (35% *versus* 30%, $p = 0,04$) que des femmes et étaient plus âgés (32% *versus* 21% avaient ≥ 45 ans, $p < 0,0001$). Ils n'étaient pas différents sur les autres variables.

L'analyse a porté sur 3 144 questionnaires dont 295 usagers ALSO, 2 138 personnes avec un test du VIH sur prescription médicale et 711 usagers des

CeGIDD. Leurs caractéristiques sont détaillées dans le tableau 1. Les différences présentées ci-dessous sont toutes significatives en analyse univariée.

L'offre ALSO a attiré des personnes de tout âge (âge médian 32 ans, écart interquartile, IQR=25-43),

d'un niveau socioéconomique élevé (70% avaient un niveau d'éducation universitaire et 70% un emploi) et davantage d'hommes homosexuels (42%) que les deux autres offres. Comparativement, les personnes avec des tests prescrits étaient plus souvent des femmes (57% *versus* 42% des usagers ALSO). Les CeGIDD

Tableau 1

Caractéristiques des personnes dépistées pour le VIH dans le programme ALSO, au laboratoire avec une prescription médicale (TP) et en CeGIDD, la semaine d'étude du 18 au 23 novembre 2019

| | VIHtest vs TP | TP | | VIHtest | | CeGIDD | | VIHtest vs CeGIDD |
|--|---------------|------------|--------------|------------|------------|------------|------------|-------------------|
| | p (Chi2) | % | n | % | n | % | n | p (Chi2) |
| Total | | 100 | 2 138 | 100 | 295 | 100 | 711 | |
| Groupe | <0,0001 | | | | | | | 0,01 |
| Femme* | | 57,0 | 1 219 | 41,7 | 123 | 39,7 | 282 | |
| Homme homosexuel | | 28,4 | 607 | 42,3 | 125 | 35,0 | 249 | |
| HSH | | 14,2 | 304 | 15,3 | 45 | 24,3 | 173 | |
| Données manquantes | | 0,4 | 8 | 0,7 | 2 | 1,0 | 7 | |
| Âge | 0,57 | | | | | | | <0,0001 |
| 18-24ans | | 17,9 | 382 | 20,7 | 61 | 42,2 | 300 | |
| 25-30ans | | 25,0 | 535 | 24,1 | 71 | 26,9 | 191 | |
| 31-41ans | | 30,7 | 656 | 26,8 | 79 | 18,7 | 133 | |
| ≥42 ans | | 25,5 | 546 | 27,4 | 81 | 11,5 | 82 | |
| Données manquantes | | 0,9 | 19 | 1,0 | 3 | 0,7 | 5 | |
| Âge médian [IQR] | | 32 | [27-42] | 32 | [25-43] | 26 | [22-32] | |
| Pays de naissance | 0,18 | | | | | | | 0,04 |
| France métropolitaine | | 82,3 | 1 759 | 78,6 | 232 | 71,6 | 509 | |
| DOM-TOM | | 1,9 | 40 | 3,4 | 10 | 2,5 | 18 | |
| Étranger | | 15,6 | 334 | 18,0 | 53 | 25,5 | 181 | |
| Données manquantes | | 0,2 | 5 | 0 | 0 | 0,4 | 3 | |
| Délai depuis l'arrivée en France, médiane [IQR] | | 12 | [5-26] | 9 | [4-25] | 4 | [1-14] | |
| Situation professionnelle | 0,17 | | | | | | | <0,0001 |
| Emploi | | 72,2 | 1 543 | 70,2 | 207 | 47,7 | 339 | |
| Chômage | | 7,4 | 159 | 9,2 | 27 | 12,5 | 89 | |
| Étudiant | | 11,0 | 236 | 14,2 | 42 | 31,9 | 227 | |
| Autre inactif | | 6,6 | 141 | 5,1 | 15 | 3,9 | 28 | |
| Données manquantes | | 2,8 | 59 | 1,4 | 4 | 3,9 | 28 | |
| Niveau d'éducation | 0,04 | | | | | | | 0,02 |
| Inférieur au bac | | 9,0 | 192 | 12,9 | 38 | 7,6 | 54 | |
| Baccalauréat | | 14,4 | 308 | 15,3 | 45 | 21,0 | 149 | |
| Bac +2 | | 13,4 | 286 | 15,9 | 47 | 12,7 | 90 | |
| Bac +3 | | 61,9 | 1 323 | 53,6 | 158 | 56,4 | 401 | |
| Données manquantes | | 1,4 | 29 | 2,4 | 7 | 2,4 | 17 | |
| Département du dépistage | 0,38 | | | | | | | <0,0001 |
| Paris | | 70,0 | 1 496 | 67,5 | 199 | 89,2 | 634 | |
| Alpes-Maritimes | | 30,0 | 642 | 32,5 | 96 | 10,8 | 77 | |
| Département de résidence | 0,02 | | | | | | | <0,0001 |
| Département du test | | 76,0 | 1 625 | 70,5 | 208 | 53,0 | 377 | |
| Départements régionaux | | 13,7 | 292 | 18,6 | 55 | 32,8 | 233 | |
| Autres régions | | 7,7 | 164 | 6,4 | 19 | 8,6 | 61 | |
| Étranger | | 1,0 | 21 | 2,7 | 8 | 2,1 | 15 | |
| Données manquantes | | 1,7 | 36 | 1,7 | 5 | 3,5 | 25 | |



Tableau 1 (suite)

| | VIHtest vs TP | TP | | VIHtest | | CeGIDD | | VIHtest vs CeGIDD |
|---|---------------|------|-------|---------|-------|--------|-------|-------------------|
| | p (Chi2) | % | n | % | n | % | n | p (Chi2) |
| Test VIH uniquement | <0,0001 | | | | | | | <0,0001 |
| Oui | | 2,1 | 45 | 56,3 | 166 | 20,5 | 146 | |
| Non, avec d'autres examens biologiques | | 95,1 | 2 034 | 37,3 | 110 | 73,2 | 520 | |
| Données manquantes | | 2,8 | 59 | 6,4 | 19 | 6,3 | 45 | |
| Antécédent de dépistage du VIH, vie | 0,53 | | | | | | | 0,06 |
| Oui, une fois | | 25,4 | 543 | 25,1 | 74 | 24,8 | 176 | |
| Oui, plusieurs fois | | 58,9 | 1 259 | 55,9 | 165 | 49,1 | 349 | |
| Non | | 14,5 | 310 | 17,3 | 51 | 24,9 | 177 | |
| Données manquantes | | 1,2 | 26 | 1,7 | 5 | 1,3 | 9 | |
| Antériorité du dépistage | 0,38 | | | | | | | <0,0001 |
| <6 mois | | 20,3 | 435 | 16,6 | 49 | 24,3 | 173 | |
| 6 mois – 1 an | | 17,7 | 379 | 21,0 | 62 | 18,4 | 131 | |
| 1 an – 5 ans | | 33,8 | 722 | 32,9 | 97 | 24,2 | 172 | |
| >5 ans | | 11,9 | 254 | 10,8 | 32 | 6,2 | 44 | |
| Jamais testé | | 14,5 | 310 | 17,3 | 51 | 24,9 | 177 | |
| Données manquantes | | 1,8 | 38 | 1,4 | 4 | 2,0 | 14 | |
| Lieu du dernier dépistage ** | <0,0001 | | | | | | | <0,0001 |
| En LBM sur prescription médicale | | 75,4 | 1 361 | 48,5 | 117 | 26,0 | 137 | |
| En LBM sans ordonnance | | 6,6 | 120 | 26,1 | 63 | 10,1 | 53 | |
| CeGIDD/Centre santé sexuelle | | 7,9 | 143 | 14,5 | 35 | 48,7 | 256 | |
| À l'hôpital | | 4,0 | 72 | 4,1 | 10 | 6,1 | 32 | |
| Dans un centre de planification familiale ou une PMI | | 1,4 | 26 | 0,4 | 1 | 2,1 | 11 | |
| Auprès d'une association | | 0,7 | 13 | 0,8 | 2 | 1,7 | 9 | |
| À domicile avec un autotest | | 0,6 | 10 | 0,8 | 2 | 1,9 | 10 | |
| Données manquantes | | 3,3 | 60 | 4,6 | 11 | 3,4 | 18 | |
| Partenaire principal | 0,37 | | | | | | | 0,007 |
| Non | | 29,5 | 631 | 33,9 | 100 | 45,9 | 326 | |
| Oui | | 66,7 | 1 425 | 61,7 | 182 | 50,6 | 360 | |
| Ne souhaite pas répondre / données manquantes | | 3,8 | 82 | 4,4 | 13 | 3,5 | 25 | |
| Nombre de partenaires | <0,0001 | | | | | | | <0,0001 |
| 0 | | 4,4 | 95 | 4,7 | 14 | 1,3 | 9 | |
| 1 | | 39,2 | 839 | 26,1 | 77 | 15 | 107 | |
| 2 | | 12 | 257 | 13,2 | 39 | 17,4 | 124 | |
| 3 | | 9,2 | 196 | 17,6 | 52 | 13,8 | 98 | |
| 4-9 | | 16,3 | 348 | 18,3 | 54 | 27,1 | 193 | |
| ≥10 | | 11,3 | 241 | 11,2 | 33 | 21,1 | 150 | |
| Données manquantes | | 7,6 | 162 | 8,8 | 26 | 4,2 | 30 | |
| Nombre de partenaires sexuels, 12 mois, médiane [IQR] | | 2 | [1-4] | 3 | [1-5] | 4 | [2-8] | |
| Exposition au VIH, 5 dernières années | | | | | | | | |
| Un ou des partenaires sexuels séropositifs pour le VIH | 0,36 | 5,7 | 122 | 4,4 | 13 | 6,2 | 44 | 0,27 |
| Des rapports sexuels avec plusieurs partenaires en même temps | 0,82 | 13,7 | 293 | 13,2 | 39 | 23,2 | 165 | <0,0001 |
| Un ou des partenaires nés dans un pays où le VIH est fréquent | 0,80 | 4,4 | 94 | 4,1 | 12 | 9,6 | 68 | 0,003 |



Tableau 1 (suite)

| | VIHtest vs TP | TP | | VIHtest | | CeGIDD | | VIHtest vs CeGIDD |
|---|------------------|------|-------|---------|-----|--------|-----|----------------------|
| | p (Chi2) | % | n | % | n | % | n | p (Chi2) |
| Une consultation pour obtenir un traitement post exposition | 0,33 | 3,5 | 74 | 2,4 | 7 | 4,6 | 33 | 0,09 |
| Pris des drogues par voie intraveineuse | 0,26 | 0,4 | 9 | 0 | 0 | 0,7 | 5 | 0,15 |
| Concerné par aucune de ces situations | 0,43 | 74 | 1 583 | 71,9 | 212 | 59,9 | 426 | <0,0001 |
| Cumul d'expositions | 0,03 | | | | | | | <0,0001 |
| 0 exposition | | 81,1 | 1 733 | 80,7 | 238 | 66,9 | 476 | |
| 1 exposition | | 12,7 | 273 | 16,3 | 48 | 24,9 | 177 | |
| ≥2 expositions | | 6,2 | 132 | 3,1 | 9 | 8,2 | 58 | |
| Crainte d'avoir été contaminé par le VIH | | | | | | | | |
| Oui | 0,001 | 29,2 | 624 | 39,0 | 115 | 47,1 | 335 | 0,008 |
| Non | | 64,1 | 1 371 | 52,9 | 156 | 42,2 | 300 | |
| Ne souhaite pas répondre / données manquantes | | 6,7 | 143 | 8,1 | 24 | 10,7 | 76 | |
| Assurance maladie | 0,01 | | | | | | | <0,0001 |
| Oui (régime général ou CMU) | | 90,9 | 1944 | 88,5 | 261 | 79 | 562 | |
| Non (AME, non assuré, ne sait pas) | | 2,8 | 60 | 6,1 | 18 | 14,8 | 105 | |
| Données manquantes | | 6,3 | 134 | 4,4 | 16 | 6,2 | 44 | |
| Consultation médicale, 12 mois | <0,0001 | | | | | | | 0,47 |
| 0 fois | | 2,7 | 58 | 6,4 | 19 | 9,4 | 67 | |
| 1 fois | | 18,7 | 399 | 25,1 | 74 | 24,5 | 174 | |
| ≥1 fois | | 72,3 | 1 546 | 62,4 | 184 | 59,6 | 424 | |
| Données manquantes | | 6,3 | 135 | 6,1 | 18 | 6,5 | 46 | |
| Déclaration du médecin traitant | 0,03 | | | | | | | <0,0001 |
| Non | | 7,1 | 151 | 11,5 | 34 | 22,4 | 159 | |
| Oui | | 81,0 | 1 731 | 75,6 | 223 | 58,2 | 414 | |
| Ne sait pas | | 5,2 | 112 | 6,8 | 20 | 13,4 | 95 | |
| Données manquantes | | 6,7 | 144 | 6,1 | 18 | 6,0 | 43 | |
| Renoncement aux soins | 0,98 | | | | | | | 0,04 |
| Non | | 81,2 | 1 736 | 80,7 | 238 | 73,1 | 520 | |
| Oui | | 11,5 | 245 | 11,5 | 34 | 18,1 | 129 | |
| Vous ne souhaitez pas répondre / données manquantes | | 7,4 | 157 | 7,8 | 23 | 8,7 | 62 | |

* Femmes hétéro, homo et bi-sexuelles.

** Parmi les personnes qui ont déclaré avoir déjà réalisé un dépistage du VIH (Test prescrit, n=1805 ; VIHtest, n=241 ; CeGIDD, n=526).

TP : test prescrit ; HSH : hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes ; IQR : intervalle interquartile ; LBM : laboratoire de biologie médicale ; CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et diagnostic du VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles ; PMI : Protection maternelle et infantile ; CMU : Couverture maladie universelle ; AME : Aide médicale d'État.

ont attiré, quant à eux, des personnes plus jeunes (42% avaient moins de 24 ans *versus* 21% des usagers ALSO) et plus souvent étudiants (32% *versus* 14% des usagers ALSO), davantage d'HSH (24% *versus* 15% des usagers ALSO) et de personnes nées à l'étranger (26% avec un délai médian de 4 ans depuis l'arrivée en France *versus* 18% et 9 ans chez les usagers ALSO).

Concernant le dépistage du VIH réalisé le jour de l'enquête, 37% des personnes qui demandaient un test ALSO réalisaient aussi d'autres examens biologiques *versus* 95% des tests prescrits et 73%

des personnes en CeGIDD. Parmi les usagers ALSO, 17% réalisaient le premier dépistage du VIH de leur vie contre 25% des personnes en CeGIDD. Toute offre confondue, la proportion de primo-testants était moindre chez les HSH (5%) que chez les hommes hétérosexuels (22%) ou les femmes (18%). Parmi les personnes déjà testées au cours de leur vie, chez celles qui réalisaient un test ALSO ou un test prescrit, le dernier test était le plus souvent ancien contrairement aux personnes fréquentant un CeGIDD (54% et 52% respectivement avaient un dernier test datant de plus d'un an *versus* 41% en CeGIDD).

Les participants devaient choisir parmi une liste, la ou les raisons (3 maximum) pour lesquelles ils s'étaient rendus à cet endroit pour leur dépistage. Parmi les usagers ALSO, les 3 motifs les plus fréquents étaient : la proximité du lieu de résidence (64%), la praticité (sans rendez-vous, 31%) et la proximité du lieu de travail (24%). Parmi les tests prescrits, il s'agissait de la proximité du lieu de résidence (71%), de la praticité (20%) et de la compétence de l'équipe du laboratoire (18%). Enfin en CeGIDD, il s'agissait d'abord de la gratuité (63%), puis de la proximité du lieu de résidence (47%) et de la praticité (43%). L'anonymat a été coché par 29% des personnes en CeGIDD contre 9% des usagers ALSO et 1% des personnes avec un test prescrit. La majorité des participants habitait dans le département du lieu de dépistage, mais, à Paris, une part plus importante de participants résidait dans un autre département de la région (37% des usagers des CeGIDD, 25% des usagers ALSO et 19% des personnes avec un test prescrit).

Parmi les usagers ALSO, 6% n'avaient pas d'assurance maladie (Aide médicale d'État, sans couverture ou ne sait pas) ; ils étaient 3% parmi les tests prescrits et 15% parmi les usagers des CeGIDD. En outre, 75% des usagers ALSO déclaraient un médecin traitant contre 81% des personnes avec un test prescrit et 58% des participants en CeGIDD. De même, 32% des usagers ALSO n'avaient consulté qu'une fois ou moins un médecin dans les 12 mois précédents contre 21% des personnes avec un test prescrit et 34% des usagers des CeGIDD.

La quasi-totalité des participants avait eu au moins un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois. En médiane, les usagers ALSO avaient eu 3 partenaires [1-5], les personnes avec un test prescrit 2 [1-4] et les usagers des CeGIDD 4 [2-8]. Quelle que soit l'offre de dépistage, le multipartenariat était fréquent : 30% des participants avec un test ALSO, 28% avec un test prescrit et 48% avec un test en CeGIDD avaient 4 partenaires ou plus sur l'année. Les participants en CeGIDD avaient moins souvent un partenaire principal (51% *versus* 62% des tests ALSO et 67% des tests prescrits). Ils rapportaient également plus souvent des indicateurs d'exposition au VIH dans les cinq dernières années (partenaires VIH+ ou originaires d'un pays endémique, plusieurs partenaires en même temps ou avoir déjà eu recours au traitement post-exposition du VIH : 33% *versus* 19% des personnes avec un test ALSO et prescrit) et avaient craint d'avoir été infectés par le VIH au cours de leur vie (47% *versus* 39% des usagers ALSO et 29% des personnes avec un test prescrit).

Les odds ratios (OR) de l'analyse multivariée sont présentés dans le tableau 2. Comparativement aux tests prescrits, les caractéristiques indépendamment associées aux usagers ALSO étaient : être un homme hétérosexuel ou dans une moindre mesure HSH, avoir au moins 2 partenaires dans l'année (*versus* 0-1) mais moins souvent ≥ 2 indicateurs d'exposition au VIH (*versus* 0), avoir déjà craint d'être infecté par le VIH, ne pas avoir d'assurance maladie et consulter peu le médecin.

Par rapport aux usagers des CeGIDD, les personnes qui ont utilisé un test ALSO étaient plus âgées (≥ 30 ans), plus souvent en emploi, avaient moins de partenaires et moins d'indicateurs d'exposition au VIH et étaient plus souvent couvertes par l'assurance maladie.

Discussion

Cette étude menée une semaine donnée, à distance du démarrage du programme et de tout événement incitatif au dépistage (comme la journée mondiale du sida ou la campagne Sidaction) a montré que le dépistage du VIH ALSO attirait une population différente des personnes fréquentant les laboratoires avec une prescription médicale ou les CeGIDD. Comparativement aux personnes avec un test prescrit réalisé dans les mêmes laboratoires, ALSO attirait davantage d'hommes hétérosexuels, bien insérés socialement mais assez éloignés du soin dans le sens où ils consultaient peu souvent un médecin et avaient moins souvent déclaré un médecin traitant à l'Assurance maladie. Cette population, plus à risque d'être diagnostiquée tardivement pour le VIH, est le plus souvent peu atteinte par les autres offres de dépistage⁹⁻¹¹. Dans les laboratoires de l'étude, 95% des tests étaient prescrits dans le cadre de bilan de santé, en particulier les bilans prénataux chez les femmes trentenaires. Les CeGIDD, eux, touchaient une population plus jeune, plus étudiante, avec un niveau socioéconomique plus bas (emploi, assurance maladie) et une part plus importante de personnes issues des populations clés (HSH, personnes nées à l'étranger). En termes d'exposition au VIH, sur l'ensemble des offres, la proportion de personnes multipartenaires était importante (57% avaient plus de deux partenaires sur l'année et 13%, plus de 10), et plus élevée que dans les enquêtes en population générale¹². Ils étaient également nombreux à avoir déjà craint d'être infecté par le VIH montrant que ces offres, particulièrement les CeGIDD mais pas uniquement, attirent des personnes qui se perçoivent exposées au VIH.

Outre la question d'atteindre les personnes clés, il est intéressant de voir comment le programme ALSO s'inscrit dans le recours au dépistage. Dix-sept pour cent des usagers ALSO se dépistaient pour la première fois, ce qui est dans les mêmes proportions que le dépistage sur prescription et un peu moins que les CeGIDD qui touchaient une population plus jeune donc moins dépistée. En revanche, les personnes qui se dépistaient très régulièrement ne semblent pas avoir utilisé plus souvent un test ALSO (le dernier test datant de moins de six mois pour 17% des participants). Il est probable que les personnes qui se dépistent régulièrement aient des habitudes de dépistage qui n'évoluent pas rapidement vers une nouvelle offre. Une autre hypothèse est qu'une offre de dépistage du VIH isolément ne soit pas suffisante. Les personnes, notamment les HSH, qui se dépistent plusieurs fois par an, recherchent une offre complète de santé sexuelle comprenant le VIH et les IST¹³. Pour ces personnes, il serait intéressant

Tableau 2

Analyses multivariées comparant les caractéristiques des personnes réalisant un test ALSO à celles des personnes (1) avec un dépistage sur prescription médicale (N=2 428) ; (2) recourant au CeGIDD (N=1 003), la semaine d'étude du 18 au 23 novembre 2019

| Groupe | 1. ALSO vs test prescrit | | | 2. ALSO vs CEGIDD | | |
|---|--------------------------|-----------------|----------|-------------------|-----------------|----------|
| | ORa | [IC95%] | p | ORa | [IC95%] | p |
| Groupe | | | p<0,0001 | | | 0,546 |
| Femme | 1,00 | | | 1,00 | | |
| Homme hétérosexuel | 1,86 | [1,39-2,49] *** | | 1,06 | [0,74-1,52] | |
| HSH | 1,53 | [0,99-2,35] | | 0,75 | [0,46-1,22] | |
| Manquant | 2,19 | [0,40-11,97] | | 0,70 | [0,11-4,37] | |
| Âge | | | 0,986 | | | 0,007 |
| 18-24 ans | 1,00 | | | 1,00 | | |
| 25-30 ans | 1,02 | [0,64-1,63] | | 1,58 | [0,94-2,67] | |
| 31-41 ans | 1,00 | [0,61-1,62] | | 1,87 | [1,06-3,29] * | |
| 42 ans et plus | 1,10 | [0,67-1,80] | | 3,14 | [1,71-5,75] *** | |
| Manquant | 1,16 | [0,30-4,47] | | 1,94 | [0,28-13,36] | |
| Situation professionnelle | | | 0,287 | | | 0,008 |
| Emploi | 1,00 | | | 1,00 | | |
| Chômage | 1,16 | [0,73-1,84] | | 0,60 | [0,35-1,02] | |
| Étudiant | 1,28 | [0,78-2,09] | | 0,55 | [0,32-0,94] * | |
| Autre inactif | 0,87 | [0,48-1,59] | | 0,41 | [0,18-0,91] * | |
| Manquant | 0,34 | [0,10-1,13] | | 0,25 | [0,07-0,90] * | |
| Niveau d'études | | | 0,136 | | | 0,626 |
| Inférieur au bac | 1,00 | | | 1,00 | | |
| Baccalauréat | 0,77 | [0,47-1,26] | | 0,67 | [0,35-1,29] | |
| Bac+2 | 0,97 | [0,59-1,59] | | 0,95 | [0,49-1,84] | |
| Bac+3 | 0,70 | [0,45-1,08] | | 0,91 | [0,51-1,60] | |
| Manquant | 1,73 | [0,60-5,01] | | 1,28 | [0,34-4,79] | |
| Pays de naissance | | | 0,146 | | | 0,193 |
| France métropolitaine | 1,00 | | | 1,00 | | |
| DOM-TOM | 1,85 | [0,88-3,88] | | 0,94 | [0,37-2,38] | |
| Étranger | 1,24 | [0,88-1,75] | | 0,68 | [0,45-1,03] | |
| Département du dépistage | | | 0,466 | | | p<0,0001 |
| Paris | 1,00 | | | 1,00 | | |
| Alpes-Maritimes | 1,12 | [0,82-1,53] | | 3,43 | [2,23-5,27] *** | |
| Lieu de résidence | | | 0,022 | | | 0,016 |
| Département du test | 1,00 | | | 1,00 | | |
| Départements régionaux | 1,56 | [1,10-2,21] * | | 0,57 | [0,39-0,84] ** | |
| Autres régions | 0,89 | [0,54-1,49] | | 0,64 | [0,34-1,22] | |
| Étranger | 2,83 | [1,14-6,98] * | | 1,55 | [0,56-4,30] | |
| Manquant | 0,87 | [0,30-2,54] | | 0,38 | [0,11-1,36] | |
| Exposition^s, 5 dernières années | | | 0,020 | | | 0,001 |
| 0 exposition | 1,00 | | | 1,00 | | |
| 1 exposition | 0,93 | [0,64-1,37] | | 0,58 | [0,38-0,90] * | |
| ≥2 expositions | 0,34 | [0,16-0,73] ** | | 0,26 | [0,12-0,60] ** | |



Tableau 2 (suite)

| | 1. ALSO vs test prescrit | | | 2. ALSO vs CeGIDD | | |
|---|--------------------------|-----------------|-------|-------------------|-----------------|----------|
| | ORa | [IC95%] | p | ORa | [IC95%] | p |
| Nombre de partenaires, 12 derniers mois | | | 0,003 | | | p<0,0001 |
| 0-1 partenaire | 1,00 | | | 1,00 | | |
| ≥2 partenaires | 1,72 | [1,26-2,34] *** | | 0,45 | [0,30-0,67] *** | |
| Manquant | 1,28 | [0,76-2,16] | | 1,45 | [0,72-2,93] | |
| Crainte d'avoir été contaminé par le VIH | | | 0,007 | | | 0,043 |
| Non | 1,00 | | | 1,00 | | |
| Oui | 1,61 | [1,20-2,16] ** | | 0,85 | [0,60-1,21] | |
| Manquant | 1,23 | [0,73-2,07] | | 0,47 | [0,26-0,85] * | |
| Antécédent du dépistage du VIH | | | 0,444 | | | 0,125 |
| Testé ≥1 fois dans la vie | 1,00 | | | 1,00 | | |
| Jamais testé | 1,19 | [0,82-1,73] | | 0,67 | [0,43-1,06] | |
| Manquant | 1,71 | [0,57-5,12] | | 3,40 | [0,65-17,76] | |
| Assurance maladie | | | 0,049 | | | 0,043 |
| Oui | 1,00 | | | 1,00 | | |
| Non (AME, non assuré, ne sait pas) | 1,84 | [1,03-3,28] * | | 0,47 | [0,26-0,86] * | |
| Manquant | 0,42 | [0,10-1,74] | | 0,58 | [0,13-2,55] | |
| Consultation médicale, 12 derniers mois | | | 0,036 | | | 0,185 |
| 0 fois | 1,90 | [1,05-3,41] * | | 0,52 | [0,27-0,97] * | |
| 1 fois | 1,39 | [1,02-1,89] * | | 0,85 | [0,58-1,24] | |
| ≥1 fois | 1,00 | | | 1,00 | | |
| Manquant | 2,19 | [0,56-8,60] | | 1,41 | [0,34-5,90] | |

* p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001.

§ Cumul des expositions possibles au VIH dans les cinq dernières années parmi : avoir un partenaire séropositif pour le VIH, avoir un partenaire issu d'un pays où la prévalence du VIH est élevée, avoir eu recours au traitement post-exposition du VIH, avoir plusieurs partenaires en même temps, consommer des drogues par injection.

Sont présentés les résultats des modèles de régression logistique multivariés (Odds ratio ajusté (ORa) et intervalle de confiance à 95% (IC95%)) pour les variables dont la p-valeur <0,20 dans l'une ou l'autre analyse. Les données manquantes ont été conservées dans une catégorie spécifique pour maximiser la puissance statistique.

CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et diagnostic du VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles ; HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes ; AME : Aide médicale d'État.

d'évaluer une offre ALSO comprenant VIH et IST, des kits d'auto-prélèvement pharyngé ou anal pouvant être mis à disposition dans les laboratoires.

Proximité et praticité étaient les motifs mis en avant pour avoir choisi un test ALSO, mettant ainsi en valeur son accessibilité. À Paris, le programme a attiré une proportion plus importante de personnes des départements limitrophes à ceux de l'expérimentation, montrant qu'il s'agit d'un point d'intérêt. Enfin, la différence observée entre les départements d'étude entre ALSO et CeGIDD, s'explique par le fait que l'offre en CeGIDD est moins développée dans les Alpes-Maritimes qu'à Paris, laissant d'autant plus de place pour une nouvelle offre dans ce département. Par ailleurs, 37% des personnes ayant réalisé un test ALSO déclaraient avoir réalisé d'autres examens biologiques le même jour suggérant un effet d'opportunité important.

La force de cette étude est d'avoir caractérisé les usagers de trois offres de dépistage la même semaine, une semaine ordinaire, et en plus d'évaluer le nouveau programme ALSO, de pouvoir

fournir des données inédites sur les usagers du dépistage sur prescription et des CeGIDD. Les usagers du dépistage sur prescription médicale sont très rarement décrits et les enquêtes sur les usagers des centres de dépistage sont anciennes¹⁴ ou incomplètes¹⁵. Pour des raisons de faisabilité, l'étude n'a pas été menée auprès des personnes dépistées par les associations. Les profils de ces personnes sont encore différents puisqu'elles sont ciblées, le plus souvent dans des actions de dépistage « en allant vers », pour leur vulnérabilité au VIH. L'étude présente cependant des limites. Lorsqu'on compare les participants à l'enquête aux données de l'Assurance maladie pour le mois de novembre 2019 dans les laboratoires (données non présentées), on observe que la population d'étude est plus jeune dans les deux offres suggérant une participation moindre des personnes plus âgées à l'enquête et notamment des hommes de plus de 55 ans. Le défaut d'indexation des questionnaires en test ALSO / prescrit par le personnel d'accueil, qui a conduit à exclure 600 questionnaires (dont 12% sont des hommes de plus de 55 ans), contribue

à cette différence mais ne l'explique pas complètement. Il diminue également la puissance statistique de l'étude. Cependant, les personnes dont le questionnaire a été écarté, hormis le genre et l'âge, n'ont pas des caractéristiques différentes de la population incluse. Enfin, la taille des sous-populations de femmes, hommes hétérosexuels et HSH était trop faible pour mettre en évidence les déterminants du recours au dépistage propres à chacune.

Cette étude durant la première phase du programme ALSO a montré que l'offre attire une population bien insérée socialement mais assez éloignée du soin, exposée au VIH par le multipartenariat et davantage d'hommes hétérosexuels souvent moins touchés par les autres offres de dépistage. Cette population qui se distingue des autres offres et le nombre constant de tests ALSO réalisés chaque mois (voir l'article de F. Lert et coll. dans ce numéro) démontrent que cette nouvelle offre a sa place dans le dispositif de dépistage en France et pourrait contribuer à atteindre l'objectif des recommandations de la HAS d'être dépistés pour le VIH au moins une fois dans la vie¹. De plus, son accessibilité et la praticité semblent être des atouts majeurs notamment lorsque l'offre en CeGIDD est réduite comme dans les Alpes-Maritimes. L'expérimentation est prolongée jusqu'en décembre 2020. Une nouvelle enquête en novembre 2020 nous permettra d'évaluer s'il existe une évolution des profils des usagers ou du recours à ALSO au cours du temps et si le programme s'intègre dans l'offre globale de dépistage du VIH. ■

Remerciements

Les coûts de l'expérimentation sont supportés par les partenaires : les tests par l'Assurance maladie, la communication par les collectivités territoriales partenaires, les plateformes OSZ et VPS et l'ARS Paca. La recherche évaluative est financée par l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS), Santé publique France et les ARS Île-de-France et PACA.

Nous remercions vivement les équipes des laboratoires et des CeGIDD pour leur participation active à l'enquête ainsi que l'ensemble des répondants.

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] Haute Autorité de santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. Recommandations en santé publique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-l-infection-a-vih-en-france
- [2] Sarr A, Itodo O, Bouché N, Caté L, Faliu B. Dépistage communautaire par tests rapides (TROD) VIH en France sur une période de trois ans, 2012-2014. *Bull Epidémiol Hebd.* 2015;(40-41):772-8. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2015/40-41/2015_40-41_5.html
- [3] Champenois K, Le Gall JM, Jacquemin C, Jean S, Martin C, Rios L, *et al.* ANRS-COM'TEST: description of a community-based HIV testing intervention in non-medical settings for men who have sex with men. *BMJ Open.* 2012;2(2):e000693.

[4] Supervie V, Ndawinz JDA, Lodi S, Costagliola D. The undiagnosed HIV epidemic in France and its implications for HIV screening strategies. *AIDS.* 2014;28(12):1797-804.

[5] Marty L, Cazein F, Panjo H, Pillonel J, Costagliola D, Supervie V, *et al.* Revealing geographical and population heterogeneity in HIV incidence, undiagnosed HIV prevalence and time to diagnosis to improve prevention and care: estimates for France. *J Int AIDS Soc.* 2018;21(3):e25100.

[6] Cazein F, Sommen C, Pillonel J, Bruyand M, Ramus C, Pichon P, *et al.* Activité de dépistage du VIH et circonstances de découverte de l'infection à VIH, France 2018. *Bull Epidémiol Hebd.* 2019;(31-32):615-24. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/31-32/2019_31-32_1.html

[7] Champenois K, Coquelin V, Supervie V, Kersaudy-Rahib D, Lydié N, Velter A, *et al.* Profile and motivations of people who are using the HIV self-test. Results from the "VIH: Teste-Toi Toi-même" study in France. 22th International AIDS conference; 23-27 July 2018; Amsterdam, Netherland. <http://programme.aids2018.org/Abstract/Abstract/10595>

[8] Kirby T, Thornber-Dunwell M. Dean Street clinics-battling London's MSM HIV epidemic. *Lancet HIV.* 2018;5(5):e210.

[9] Lanoy E, Mary-Krause M, Tattevin P, Perbost I, Poizot-Martin I, Dupont C, *et al.* Frequency, determinants and consequences of delayed access to care for HIV infection in France. *Antivir Ther.* 2007;12(1):89-96.

[10] Supervie V, Marty L, Lacombe JM, Dray-Spira R, Costagliola D, FHDH-ANRS CO4 study group. Looking Beyond the Cascade of HIV Care to End the AIDS Epidemic: Estimation of the Time Interval From HIV Infection to Viral Suppression. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2016;73(3):348-55.

[11] Gwadz M, Cleland CM, Jenness SM, Silverman E, Hagan H, Ritchie AS, *et al.* Exploring Factors Associated with Recent HIV Testing among Heterosexuals at High Risk for HIV Infection Recruited with Venue-based Sampling. *J AIDS Clin Res.* 2016;7(2):544.

[12] Bajos N, Rahib D, Lydié N. Genre et sexualité. D'une décennie à l'autre. Baromètre santé 2016. Saint-Maurice: Santé Publique France; 2018. 6 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/enquetes-etudes/barometre-sante-2016-genre-et-sexualite>

[13] Ryan KE, Pedrana A, Leitinger D, Wilkinson AL, Locke P, Hellard ME, *et al.* Trial and error: evaluating and refining a community model of HIV testing in Australia. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):692.

[14] Le Vu S, Semaille C. Dépistage anonyme et gratuit du VIH Profil des consultants de CDAG en 2004. Enquête épidémiologique transversale. Saint-Maurice : Santé publique France; 2006. 40 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/rapport-synthese/depistage-anonyme-et-gratuit-du-vih.-profil-des-consultants-de-cdag-en-2004.-enquete-epidemiologique-transversale>

[15] Lailler G, Comboroure JC, Florence S, Troussier T, Pilorgé F, Sarr A. Premier bilan sur l'activité des CeGIDD, France, 2016. *Bull Epidémiol Hebd.* (40-41):818-26. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/40-41/2018_40-41_5.html

Citer cet article

Champenois K, Annequin M, Ngoh P, Touitou I, Lert F, Bouvet de la Maisonneuve P, *et coll.* et le Groupe ALSO. Profils des usagers du programme « Au labo sans ordo », dépistage du VIH sans ordonnance et sans frais en laboratoire de biologie médicale. *Bull Epidémiol Hebd.* 2020(33-34):657-65. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/33-34/2020_33-34_2.html