

Mémoire de Maîtrise en médecine No 3646

Faisabilité et impact du dépistage VIH chez les requérants d'asile

Etudiante

Laure Cochand

Tuteur

Prof. Nicolas Troillet
Chef du Service des maladies infectieuses
Directeur de l'Institut Central, Hôpital du Valais

Co-tuteur

Dr. Eric Masserey
Médecin cantonal adjoint pour les maladies transmissibles
Service de la santé publique Canton de Vaud

Expert

Prof. Patrick Bodenmann
Professeur associé Université de Lausanne
Médecin adjoint responsable du Centre des populations vulnérables Policlinique
médicale universitaire

Lausanne, 15 décembre 2016

Abstract

Objectif

Les requérants d'asile (RA) constituent une population vulnérable, à risque augmenté d'infection par le VIH, de diagnostic tardif et de transmettre le virus. Cette étude vise à tester la faisabilité d'un test de dépistage du VIH pour les RA arrivant dans les cantons du Valais et de Vaud afin de mieux répondre aux recommandations suisses et internationales qui cherchent à élargir le dépistage afin de détecter et traiter précocement toute personne VIH-positive. Ceci dans son propre intérêt et afin d'enrayer au mieux la transmission puisqu'une personne traitée efficacement peut être considérée comme non contagieuse.

Méthode

Proposition d'un test de dépistage VIH gratuit sur une base volontaire aux RA nouvellement arrivés entre novembre 2015 et juin 2016 dans le canton du Valais et entre juin et octobre 2016 dans le canton de Vaud. Le test a été effectué lors de consultations médicales obligatoires, après une information écrite (VS) ou orale (VD). Les RA de moins de 16 ans et les femmes enceintes ont été exclus. L'étude a été approuvée par la Commission d'éthique du canton de Vaud. Les données récoltées dans une base anonymisée ont été analysées et des comparaisons univariées et multivariées ont été établies entre les données démographiques et les taux d'acceptation du dépistage dans les 2 cantons.

Résultats

Huit-cent-sept RA se sont vus proposer un test de dépistage VIH : 451 (55.9%) en VS et 356 (44.1%) dans le canton de VD. Leur âge moyen était de 27.6 ans. Ils étaient majoritairement célibataires (67.4%) et originaires d'Afrique Subsaharienne (60.8%). Le taux global d'acceptation du dépistage est de 72.2% ; 63.2% en VS, avec une diminution temporelle liée à un déficit progressif d'information, et 83.7% dans le canton de VD, avec une stabilité au cours du temps. Deux cas auparavant inconnus d'infection par le VIH ont été découverts, 5 autres étaient déjà connus (prévalence=0.87%). Tous ont pu rapidement être pris en charge par des consultations spécialisées. Le sexe masculin, l'origine d'Afrique subsaharienne et l'inclusion dans le canton de Vaud constituaient des facteurs indépendants d'acceptation du dépistage.

Conclusion

Le taux d'acceptation du dépistage VIH est élevé chez les RA arrivant dans les cantons du VS et de VD. Les quelques cas d'infection détectés ont pu être rapidement pris en charge. Les différences d'acceptation entre les 2 cantons apparaissent liées à des différences démographiques, au mode de consentement et aux moyens à disposition.

Mots clés

Projet de santé publique, dépistage volontaire VIH, requérants d'asile, cantons de Vaud et du Valais.

Table des matières

Introduction.....	3
Méthodologie	6
Revue de littérature.....	6
Description du projet	6
Traitement des données	8
Statistiques.....	8
Résultats.....	9
Caractéristiques démographiques des RA	9
Tableau 1 : Statistiques descriptives de l'échantillon.	9
Tableau 2 : Statistiques descriptives des RA ayant accepté ou refusé le dépistage VIH par canton et au total	11
Tableau 3 : Prévalence du VIH parmi les RA dépistés et au total.....	11
Tableau 4 : Nombre de RA diagnostiqué hépatite B positif.....	12
Tableau 5 : Résultats de l'analyse des prédicteurs de l'acceptation du dépistage par régression logistique.....	12
Discussion.....	14
Conclusion	18
Remerciements.....	19
Bibliographie.....	20
Annexe A	22
Annexe B	23
Annexe C	24
Annexe D	25
Annexe E.....	26
Annexe F.....	27

Introduction

L'épidémie de VIH est une problématique touchant le monde entier avec 36.9 millions de personnes atteintes en 2014.(1) Pour mettre fin à la propagation du VIH, les grandes organisations internationales ont mis en place, au fil des années, différentes stratégies. Par exemple, le programme de l'Organisation des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) veut parvenir, d'ici 2020, à l'objectif «90-90-90» visant à ce que «90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut VIH, à ce que 90% des personnes connaissant leur statut reçoivent un traitement et à ce que 90% des personnes sous traitement contre le VIH parviennent à un état de suppression virale, de façon à ce que leur système immunitaire reste fort et à ce qu'elles ne soient plus infectieuses».(2)

Malgré toutes les recherches en cours, aucun traitement curatif n'a encore été découvert. La seule arme contre ce virus reste la prévention de nouvelles infections et le traitement antirétroviral (TAR). A ce jour, environ 15 millions de personnes vivant avec le VIH ont eu accès à un TAR.(1) Un TAR présente deux avantages : premièrement, il est un moyen de prévention du VIH permettant de réduire la charge virale du patient jusqu'à la rendre indétectable, empêchant ainsi la propagation du virus ; deuxièmement, il permet de traiter l'infection VIH en empêchant l'affaiblissement du système immunitaire, améliorant ainsi la qualité et l'espérance de vie.(3)

Dans la même optique, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a récemment revu les recommandations sur l'utilisation du TAR. L'OMS prône un traitement antirétroviral accessible à toutes les personnes infectées sans considérer leur degré d'immunodéficience reflété par le compte des lymphocytes CD4, en privilégiant toutefois, si les ressources sont limitées, les personnes ayant un taux de CD4 <350 cellules/mm³ ou celles étant symptomatiques. Cette nouvelle stratégie internationale d'éradication du VIH s'oriente sur le concept « Test and Treat », qui incite à un dépistage universel et à un traitement de toutes les personnes infectées.(4)

L'application de ces nouvelles recommandations prônant un dépistage et un traitement plus large au niveau international ferait sens tant au niveau éthique, afin d'augmenter la possibilité d'un traitement précoce, qu'au niveau de santé publique, afin de prévenir la transmission. La mise en pratique de ces directives concerne aussi la Suisse, où l'objectif «90-90-90» de l'ONUSIDA (90% des personnes infectées sont diagnostiquées, 90% des personnes diagnostiquées sont traitées et 90% des personnes traitées ont une virémie indétectable) n'est pas complètement atteint, car seulement 81% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut.(5) Pourrait-on faire mieux en améliorant l'accès au dépistage VIH en Suisse ?

L'épidémie de VIH en Suisse se concentre principalement dans certains groupes de la population : les migrants, notamment ceux venant de pays à forte endémie, les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH), les injecteurs de drogues et les travailleurs du sexe. Les requérants d'asile (RA) représentent une partie de la population migrante particulièrement vulnérable.(6) La prévalence du VIH

au sein de cette communauté est encore très peu documentée et dépend fortement des vagues migratoires, étant donné que cette épidémie n'est pas uniformément répartie à travers la planète.

En 2014, on dénombrait 25,8 millions de personnes VIH positives dans la région de l'Afrique Subsaharienne (ASS), soit environ 70% de toutes les personnes affectées au monde, 1,5 millions dans les régions de l'Europe Orientale et de l'Asie Centrale, et 240'000 dans les régions du Moyen Orient et d'Afrique du Nord.(1) En Europe, entre 1999 et 2006, il a été estimé qu'un tiers des cas de sida reportés provenaient des populations migrantes.(7) Ce phénomène s'explique en partie par le fait que ces groupes de population sont souvent diagnostiqués tardivement avec un compte de CD4 bas. Ces groupes ont moins conscience du risque d'infection VIH et ne se font pas dépister aussi régulièrement que les HSH et les injecteurs de drogues, qui eux sont plus sensibilisés à la problématique du virus.(8) La présentation tardive de l'infection VIH (compte de CD4 bas) augmente la morbidité et la mortalité, même après l'introduction d'un TAR.

Indépendamment du pays d'origine, le phénomène de migration a également un impact sur la vulnérabilité des personnes face au VIH. Premièrement, les violences sexuelles et les viols sont plus fréquents lors du processus de migration. Deuxièmement, les normes sociales et familiales sont bouleversées provoquant bien souvent un accroissement des comportements sexuels à risques.(9) Il reste difficile d'obtenir des données exactes quant au nombre d'infection VIH survenant lors du processus de migration, néanmoins il faut tenir compte de cette vulnérabilité.

L'accès aux soins représente une autre problématique, d'une part la barrière de langue, combinée avec un statut incertain, peut dissuader les RA à se faire dépister pour autant qu'ils connaissent l'existence des centres de dépistage. (10) D'autre part le dépistage du VIH est payant, hormis justification médicale, étant donné qu'il n'est pas pris en charge par l'assurance maladie de base dont bénéficient les RA. Le programme national de santé et migration de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) décrit justement que la situation socio-économique, la connaissance du système de santé et l'obstacle de la langue sont des barrières à la promotion de la santé au sein de cette population. La mise en place de mesures de santé publique complémentaires est nécessaire selon l'OSFP afin d'assurer l'égalité des chances dans le domaine de la santé.(6) Le Centre Européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) conseille également la mise en place de campagnes de dépistage au sein des communautés marginalisées par la société et plus à risque d'être infectées par le VIH.(11)

A ce jour, les RA de Suisse ne se voient pas systématiquement offrir un test de dépistage comme recommandé par les organisations internationales.(2,11) De surcroît, il semble pertinent de favoriser le dépistage du VIH en Suisse sachant qu'en 2012, 98% des personnes étant diagnostiquées VIH positives ont été prises en charge par le système de santé.(3)

Afin d'étudier la faisabilité et l'impact d'un dépistage VIH chez les requérants d'asile, nous avons lancé ce projet pilote en collaboration avec les cantons de Vaud (VD) et du Valais (VS). Cette nouvelle mesure

de santé publique vise à offrir un test de dépistage aux RA nouvellement arrivés par le biais des consultations médicales obligatoires déjà mises en place par ces deux cantons. L'introduction de cette bonne pratique de santé publique vise à obtenir une représentation :

1. du taux d'acceptabilité du dépistage VIH et les facteurs l'influençant ;
2. de la prévalence du VIH (sans se limiter aux pays à forte endémie) ;
3. des conséquences organisationnelles et sanitaires induites par un tel dépistage au niveau du système de santé cantonal, afin d'adapter les prestations de santé.

Méthodologie

Revue de littérature

Une recherche de littérature a été effectuée sur Pubmed, Cochrane et Embase utilisant les mots clés suivants ou des combinaisons : *refugees, asylum seekers, migrants, transients, testing, diagnosis, HIV, acceptability, human right, HIV infection, HIV symbolism*. Au total, 10 articles scientifiques, 9 guidelines, rapports de l’OMS, de l’European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), le programme de l’ONUSIDA traitant du plan de riposte contre VIH/Sida, le programme national Suisse sur le VIH et autres infections sexuellement transmissibles ainsi que des statistiques du secrétariat aux migrations (SEM) ont été retenus.

Description du projet

Autorisée par la Commission cantonale vaudoise d’éthique de la recherche sur l’être humain (CER-VD), l’étude a été menée dans le canton du VS, entre novembre 2015 et juin 2016 et dans le canton de VD, entre juin 2016 et octobre 2016. Les RA pouvaient renoncer au dépistage sans aucune conséquence sur les soins et les autres examens qui leur ont été prodigués par la suite et sans préjudice d’aucune sorte. Après son début en VS, un amendement au protocole a été obtenu auprès de la Commission d’éthique afin que le canton de VD puisse se passer d’un consentement écrit et obtenir un simple consentement oral lors des consultations individuelles déjà en place pour chaque RA dans ce canton.

Concrètement, aucune prise de sang supplémentaire n’a été effectuée car le test du VIH a été fait sur l’échantillon de sang déjà prélevé dans le cadre du dépistage systématique de l’hépatite B. En raison des craintes et des risques de discrimination qu’entraînait la connaissance d’une infection VIH au sein de la communauté de migrants, le test proposé et les résultats ont été rendus de manière individuelle par du personnel médical tenu au secret professionnel. Les RA de moins de 16 ans et les femmes enceintes (qui ont un suivi de grossesse plus complet comportant divers dépistages dont notamment le VIH) ont été exclus de l’offre de dépistage.

En Suisse, tous les RA passent par un centre d’enregistrement fédéral où des mesures sanitaires et de prévention comme une information sur le VIH et la distribution de préservatifs sont effectuées. Pour la suite de la prise en charges sanitaires des RA, il n’existe pas de directive fédérale. De ce fait chaque canton est libre de choisir les prestations qui leur sont offertes. Par conséquent, nous avons dû adapter le dépistage aux dispositifs sanitaires présents dans les deux cantons.

Le canton de VD possède une unité de soins aux migrants (USMI) rattachée à la Policlinique médicale universitaire (PMU). Elle est constituée d’équipes mobiles se rendant dans les centres d’hébergements afin d’évaluer et suivre l’état de santé des RA. L’infirmier/ère de l’USMI effectue une consultation «de triage» de 30 minutes pour chaque nouveau RA, durant laquelle un questionnaire de santé est rempli avec l’aide d’un traducteur, permettant ainsi d’orienter les RA nécessitant une consultation médicale.

En outre, lors de cet entretien un dépistage pour l'hépatite B est effectué ainsi que la mise à jour des vaccins. A cette occasion et suite à l'amendement au protocole initialement validé par la Commission d'éthique, le test de dépistage VIH a été proposé oralement en questionnant spécifiquement s'il y a eu un rapport sexuel à risque dans les trois derniers mois. En tel cas, les RA sont automatiquement convoqués pour un deuxième dépistage trois mois post-exposition. A noter que le dépistage de l'hépatite B se fait par un consentement tacite. Les infirmiers/ères ont suivi une formation sur l'annonce de mauvaise nouvelle afin de rendre personnellement les résultats aux RA. Les RA testés positifs au VIH sont par la suite pris en charge par le Service des maladies infectieuses du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). Toutes les analyses sanguines ont été sous-traitées à différents laboratoires du canton de VD.

Dans le canton du VS, chaque foyer de requérants dispose d'un médecin référent, un praticien de la région, qui est à la disposition des RA. Une visite systématique est néanmoins organisée, mais elle concerne essentiellement la mise à jour des vaccinations. C'est le Service des maladies infectieuses de l'Institut Central des Hôpitaux (ICH) qui est chargé de cette mission et convoque tous les nouveaux RA pour plusieurs consultations durant lesquelles leurs vaccins sont mis à jour et une prise de sang effectuée dans le but de connaître le statut sérologique de l'hépatite B et déterminer si un vaccin contre cette infection est nécessaire ou non. Selon le protocole initialement accepté par la Commission d'éthique et vu l'absence d'un traducteur lors de la vaccination, les RA ont reçu au préalable une feuille d'information et de consentement traduite en plusieurs langues (anglais, arabe, tamoul et tigrinya) expliquant la possibilité d'effectuer un dépistage volontaire du VIH (Annexe A et B). Lors de la vaccination, les RA souhaitant faire le dépistage VIH ont rendu cette feuille de consentement signée, comprenant un bref questionnaire, au personnel médical en charge de la vaccination. L'infrastructure en place ne permettant pas un entretien médical personnalisé lors de la vaccination, un comportement sexuel à risque durant les 3 derniers mois n'était pas recherché à cette occasion. Les résultats négatifs des sérologies sont transmis lors de la visite suivante. Les RA positifs pour le VIH ou l'hépatite B sont vus dans les jours qui suivent la prise de sang par les médecins infectiologues du service qui leur annoncent le diagnostic et prennent leur suivi en charge, sans nécessité d'intermédiaire. Toutes les analyses sanguines ont pu être directement réalisées par le laboratoire de microbiologie de l'ICH qui fait partie du Service des maladies infectieuses.

Les tests de dépistage du VIH ont été financés par le service de la santé publique des cantons de Vaud et du Valais. Le coût de la prise en charge en cas de résultat positif au VIH ou au virus de l'hépatite B a été assumé par l'assurance maladie de la personne.

Traitement des données

Pour le canton de VD les données ont été recueillies au travers :

- d'un fichier Excel regroupant les RA vus en consultation par l'équipe de l'USMI ;
- du logiciel Soarian de données patients de la PMU pour le reste des informations comme l'âge, le sexe, l'état civil et le pays d'origine ;
- des copies des résultats des sérologies VIH et l'hépatite B, réalisées dans divers laboratoires du canton, envoyées en copie au co-investigateur du canton de VD.

Pour le canton du VS les données ont été recueillies au travers :

- d'un fichier Excel répertoriant tous les RA convoqués à la vaccination ;
- des questionnaires remplis par chaque RA désirant participer au dépistage (Annexe B) ;
- des copies des résultats des sérologies VIH et hépatite B gardées par le Service des maladies infectieuses de l'ICH.

Afin de garantir le respect du secret médical, les données recueillies ont été anonymisées. Nous avons utilisé le logiciel de statistique STATA pour les analyses. Plusieurs données étaient malheureusement manquantes. Par exemple, dans le canton de Vaud, certaines consultations de RA n'ayant pas accepté le dépistage n'ont pas été répertoriées par l'équipe de l'USMI dans le fichier Excel. En Valais, l'état civil n'était recueilli qu'au moyen du questionnaire d'acceptation et n'a donc été disponible que pour les RA ayant accepté le test de dépistage. De plus, tous les formulaires n'ont pas été remplis en entier ou correctement, expliquant ainsi certaines données manquantes concernant d'autres données démographiques.

Statistiques

Les données saisies sur Excel furent analysées par STATA. Des statistiques descriptives ont été effectuées pour déterminer les proportions de diverses caractéristiques de la population des RA inclus dans l'étude. Des tests univariés (test de T, Chi-carré) ont été pratiqués pour mettre en évidence d'éventuelles différences significatives entre les RA vus en VS et dans le canton de VD et afin de détecter d'éventuels facteurs associés à l'acceptation du dépistage. La régression logistique a été utilisée pour détecter de façon multivariée les facteurs associés indépendamment les uns des autres à l'acceptation du dépistage.

Résultats

Caractéristiques démographiques des RA

Un total de 807 RA se sont vus proposer le test de dépistage VIH : 356 (44.1%) dans le canton de VD et 451 (55.9%) dans le canton du VS. Le Tableau 1 résume les caractéristiques principales de cet échantillon, par canton et au total.

Caractéristique	Vaud		Valais		Valeur de p	Total	
Age	N=356		N=451		0.020	N=807	
Moyen	26.7		28.3			27.6	
Médiane	25		26			25	
Sexe	N=356		N=451		<0.001	N=807	
Femme	94	26.4%	219	48.5%		313	38.8%
Homme	262	73.6%	232	51.5%		494	61.2%
Etat civil	N=356		N=248*		Non analysé	N=604	
Célibataire	286	80.3%	121	48.8%		407	67.4%
Marié (e)	63	17.7%	124	50.0%		187	31.0%
Veuf (ve)	4	1.1%	0	0%		4	0.6%
Divorcé (e)	3	0.9%	3	1.2%		6	1%
Origine	N=355*		N=448*		Non analysé	N=803*	
Afrique de l'Est	148	41.7%	264	58.9%		412	51.3%
Asie de l'Est	8	2.2%	18	4.0%		26	3.2%
Europe de l'Est	7	2.0%	8	1.8%		15	1.9%
Afrique centrale	17	4.8%	4	0.9%		21	2.6%
Afrique du Nord	22	6.2%	4	0.9%		26	3.2%
Asie du Sud	52	14.7%	53	11.8%		105	13.1%
Afrique de l'Ouest	44	12.4%	11	2.5%		55	6.8%
Asie de l'Ouest	55	15.5%	86	19.2%		141	17.6%
Asie centrale	2	0.5%	0	0%	2	0.3%	
Originaire d'un pays d'Afrique Subsaharienne	N=355*		N=448*		0.312	N=803*	
Oui	209	58.9%	279	62.3%		488	60.8%
Non	146	41.1%	169	37.7%		315	39.2%

Tableau 1 : Statistiques descriptives de l'échantillon. *Données manquantes.

L'âge moyen des RA se situe entre 27 et 28 ans (27.6). Dans le canton de VD, l'âge moyen est de 26.7 ans (médiane=25) et de 28.3 ans (médiane=26) dans le canton du VS. La différence d'âge moyen entre ces deux cantons est statistiquement significative. Au total, le 40% des RA sont des femmes. Dans le canton de VD, le taux de femmes est de 26.4%, soit environ la moitié qu'en VS avec 48.5%. La différence de ces deux taux (22.1%) est statistiquement significative.

Au total, les RA sont majoritairement célibataires (67.4%).¹ Nous observons une différence importante entre les deux cantons : dans le canton de VD les célibataires représentent 80.3% de l'échantillon, tandis qu'en VS ils représentent 48.8% de l'échantillon. Dans le canton de VD, 17.7% des RA sont mariés, contre 50% en VS. En général, seulement une minorité des RA sont divorcés ou veufs (moins de 2% dans les deux cantons).

¹ Comme expliqué dans le chapitre précédent, il faut prendre en compte que 203 données concernant l'état civil des RA en VS sont manquantes.

La liste complète des pays d'origine montre que la majeure partie des RA sont ressortissants de l'Erythrée (37.04%), suivi de l'Afghanistan (9.88%), de Syrie (9.88%) et de Somalie (7.28%).² Les érythréens sont moins représentés en VD (23.12%) qu'en VS (48.12%), tout comme les syriens (VD : 5.29%, VS : 13.53%). Par contre, les somaliens sont plus représentés en VD (9.75%) qu'en VS (5.32%). Enfin, les afghans représentés de manière égale 9.75% pour VD et 9.98% pour le VS.

Afin d'avoir une représentation plus générale des pays d'origine, nous avons classifié chaque pays d'origine en région du monde (voir Annexe D). Nous remarquons que la majeure partie des RA (60.8%) vient d'ASS (VD : 58.9%, VS : 62.3% - cette différence n'étant pas statistiquement significative). Plus spécifiquement, l'Afrique de l'Est est la région du monde la plus représentée avec un total de 51.3% des RA (VD : 41.7%, VS : 58.9%), suivie de l'Asie de l'Ouest avec 17.6% des RA (VD : 15.5%, VS : 19.2%) et de l'Asie du Sud avec 13.1% des RA (VD : 14.7%, VS : 11.8%).

Dans l'ensemble, ces premiers résultats montrent des différences importantes au niveau démographique entre les deux cantons.

Taux d'acceptation du dépistage, prévalence du VIH, de l'hépatite B et facteurs associés à l'acceptation

La Figure 1 présente les taux d'acceptation du dépistage VIH dans les 2 cantons et globalement.

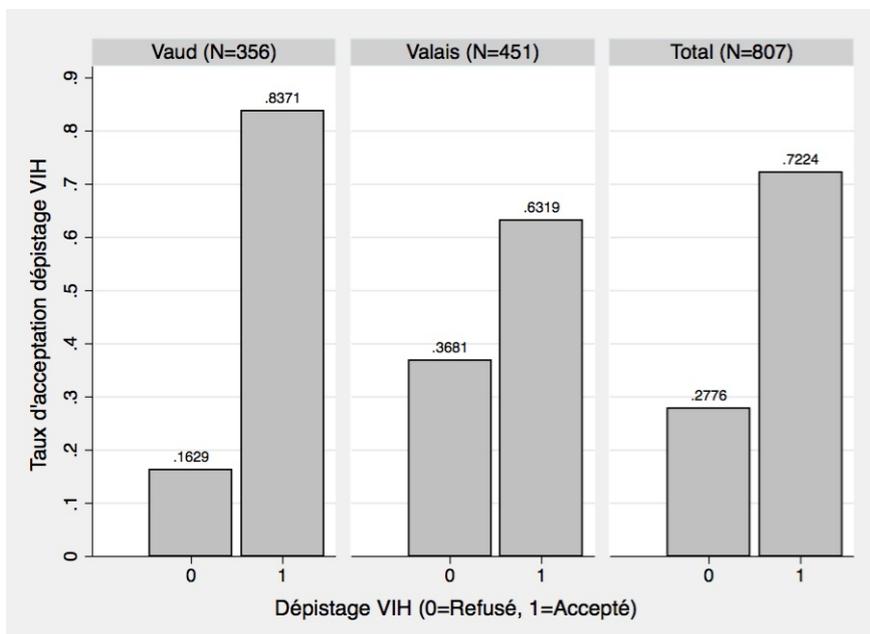


Figure 1 : Taux d'acceptation du dépistage du VIH, par canton et au total.

² L'Annexe C présente la liste des pays d'origine des RA, leur répartition (nombre et pourcentage) dans les cantons et total.

Au total, ce taux est de 72.2%, soit 583 personnes. Cependant, nous remarquons une différence importante entre les cantons : 83.7% (soit 298 personnes) des RA ont accepté dans le canton de VD contre 63.2% (soit 285 personnes) dans le canton du VS. Cette différence est statistiquement significative ($p < 0.001$).³

Le Tableau 2 montre que la moyenne d'âge des RA acceptant le dépistage se situe aux alentours de 27.2 ans (VD : 27 ans, VS : 27.2 ans), alors que les RA refusant le dépistage sont en moyenne une année et demie plus vieux. De tous les 494 RA masculins, 76.5% ont accepté l'offre de dépistage, contre 65.5% des 313 RA féminins. Aussi dans les deux cantons on retrouve un taux d'acceptation un peu plus élevé pour les hommes : dans le canton de Vaud, 84.7% d'hommes contre 80.8% de femmes ont accepté le dépistage ; en Valais, 67.2% d'hommes contre 58.9% de femmes ont accepté le dépistage. Les RA originaires d'Afrique sub-saharienne (ASS) se font plus volontiers dépister (77.5%) que les ressortissants d'autres pays (64.1%).

Caractéristique	Vaud			Valais			Total		
	N	Accepté	Refusé	N	Accepté	Refusé	N	Accepté	Refusé
Age									
Moyenne	356	27.0	24.9	451	27.2	30.1	807	27.2	28.7
Médiane	356	25	21.5	451	25	28	807	25	26
Sexe									
Femme	94	80.8%	19.2%	219	58.9%	41.1%	313	65.5%	34.5%
Homme	262	84.7%	15.3%	232	67.2%	32.8%	494	76.5%	23.5%
Originaire d'un pays d'Afrique Subaharienne									
Oui	209	83.7%	16.3%	279	72.8%	27.2%	488	77.5%	22.5%
Non	146	83.6%	16.4%	169	47.3%	52.7%	315	64.1%	35.9%

Tableau 2 : Statistiques descriptives des RA ayant accepté ou refusé le dépistage VIH par canton et au total.

Le Tableau 3 montre que l'offre de dépistage a permis de détecter deux nouveaux cas VIH positifs (les deux en VS) parmi 583 personnes, correspondant à une prévalence de 0.34%. Si on considère tous les 807 RA, sept RA sont VIH positifs, mais 5 d'entre eux étaient déjà connus, résultant en une prévalence totale du VIH de 0.87%. Ce taux se situe à 1.40% pour VD et à 0.44% pour le VS. Le test des proportions montre aucune différence statistiquement significative quant à la prévalence du VIH entre les cantons ($p = 0.143$).

Région	N	RA dépistés VIH positif	N	Total des RA VIH positif
Total	583	2	0.34%	807
Vaud	298	0	0%	356
Valais	285	2	0.70%	451
				7
				0.87%
				5
				1.40%
				2
				0.44%

Tableau 3 : Prévalence du VIH parmi les RA dépistés et au total.

³ L'Annexe E présente les statistiques descriptives des RA ayant accepté ou refusé le dépistage.

La prévalence totale de personnes infectées (0.87%) est légèrement inférieure aux taux retrouvés dans la littérature. Clark et Mytton (2007) mesurent une prévalence du VIH de 1,5% parmi une population de réfugiés à Bari, en Italie. (14) Tarufi et al. (2010) mesurent une prévalence du VIH de 3.8% parmi les RA à Stockton-on-Tees en Grande Bretagne. (15)

En revanche, la prévalence du VIH chez les RA (0.34%) testés par le biais de notre projet semble relativement basse, mais ne reflète que le 72.3% des RA ayant accepté le dépistage.

Les caractéristiques démographiques des deux RA diagnostiqués VIH positifs sont assez similaires. il s'agit d'un homme et d'une femme âgés entre 40-50 ans, originaires d'ASS et étant mariés.⁴ Au total sept RA sont infectés par le VIH parmi la population interrogée : il s'agit de quatre femmes et trois hommes âgés entre 22 et 51 ans (avec une moyenne d'âge de 33.7 ans), dont cinq venant de l'ASS. Au total, les RA originaires d'ASS sont plus touchés par le VIH (cinq personnes sur 807, correspondant à un taux de 0.62%). Finalement, si on considère tous les sept RA VIH positifs, le pourcentage de femmes atteintes (0.49%) est similaire à celui des hommes (0.37%).

Le Tableau 4 montre que 28 (VD : 15, VS : 13) sur les 807 RA ont été diagnostiqués avec une hépatite B active (antigène HBs positif), ce qui correspond à un taux de 3.47% (VD : 3.33%, VS : 3.65%).

Région	N	RA hépatite B positif	
Total	807	28	3.47%
Vaud	356	15	3.33%
Valais	451	13	3.65%

Tableau 4 : Nombre de RA diagnostiqué hépatite B positif.

Parmi les 28 personnes touchées par l'hépatite B, il y a 10 femmes et 18 hommes, mariés pour la majorité (71.4%), âgés entre 17 et 51 ans (moyenne : 29.2 ans), dont 75% proviennent d'ASS (principalement d'Erythrée). Deux sont aussi infectés par le VIH.

Les résultats de l'analyse multivariée par régression logistique sont présentés dans le tableau 5. Dans le modèle choisi, la variable à prédire est la décision de chacun des 807 RA de se soumettre volontairement au test du VIH et les variables prédictives sont l'âge (en ans), le sexe (0=homme ; 1=femme), l'origine (0=autre ; 1=ASS), et le canton où le projet a pris place (0=Vaud ; 1=Valais).

Variable	Odds ratio	IC 95%	p
Age (par année supplémentaire)	1.001	0.98 - 1.01	0.865
Sexe (féminin <i>versus</i> masculin)	0.699	0.50 - 0.97	0.032
Origine (Afrique sub-saharienne <i>versus</i> autre)	2.115	1.50 - 2.96	<0.001
Canton (VS <i>versus</i> VD)	0.340	0.23 - 0.48	<0.001
Constante	10.777	4.81 - 24.14	<0.001

Tableau 5 : Résultats de l'analyse des prédicteurs de l'acceptation du dépistage par régression logistique (N=807).

⁴ Nous n'avons pas calculé les statistiques par canton, étant donné que les deux RA VIH positifs viennent du même canton (VS).

Le modèle est globalement très significatif (Wald Chi-2=53.33, $P < 0.001$), donc il existe bien une relation entre les variables explicatives et la variable expliquée (le taux d'acceptation du dépistage). L'âge ne joue pas un rôle significatif dans cette analyse, l'intervalle de confiance à 95% comprenant le 1 et la valeur de p étant supérieure à 0.05 ($p = 0.865$). Par contre, les variables sexe, origine et canton ont une influence indépendante les unes des autres sur la décision des RA. Il est ainsi plus probable que les hommes se fassent dépister que les femmes, tout comme les RA d'ASS et ceux résidant dans le canton de Vaud.

Discussion

Cette étude de faisabilité visant à l'introduction d'une bonne pratique recommandée par les instances de santé publiques et consistant à offrir un dépistage du VIH pour tous les RA arrivés dans les cantons de VD et du VS a eu un impact positif, avec un taux d'acceptation de 72.2%. Néanmoins, ce taux d'acceptation est significativement différent entre les deux cantons (VD : 83.7%, VS :63.19%). Dans la suite, nous essayons d'expliquer les raisons de cette disparité.

Premièrement, le dépistage a été proposé aux RA durant deux périodes distinctes, entre juin 2016 et octobre 2016 pour VD et entre novembre 2015 et juin 2016 pour le VS. Par conséquent, les caractéristiques des RA interrogés pourraient sensiblement différer. Deuxièmement, les deux cantons ne disposent pas du même dispositif sanitaire pour les RA et le mode d'obtention du consentement pour le dépistage n'a pas été le même dans les 2 cantons.

Suite à un amendement au protocole initialement approuvé par la Commission d'éthique, un consentement oral a été introduit dans le canton de VD alors que le consentement écrit était toujours requis en VS. Dans le canton de VD, les infirmier/ères étant accompagnés de traducteurs disposaient de cinq minutes supplémentaires pour chaque consultation afin de proposer le test de dépistage VIH et de répondre aux éventuelles questions. Vu l'importance des barrières linguistiques, la présence d'un traducteur ainsi que du temps supplémentaire pourraient avoir contribué à augmenter le taux d'acceptation pour VD. De plus, certains RA ayant refusé le dépistage ont été, par oubli, exclus par les infirmiers/ères de l'USMI de la liste regroupant tous les RA vus. Même si nous ne pouvons pas juger avec précision l'impact de cet oubli sur le taux d'acceptation, ceci pourrait l'avoir artificiellement augmenté.

Dans le canton du VS, la proposition du dépistage s'est faite au moyen d'une feuille d'informations traduite dans plusieurs langues, distribuée préalablement par les assistants sociaux. Au cours du temps, certains assistants sociaux ont arrêté, contre nos instructions, la distribution de cette feuille. De ce fait, les RA qui n'ayant pas reçu la feuille n'ont pas eu connaissance de l'offre de dépistage. En outre, aucun traducteur n'était présent en VS lors de la visite pour les vaccinations, ce qui n'a pas permis de répondre aux éventuelles questions des RA, ou encore de proposer le dépistage aux RA n'ayant pas été informés. Par conséquent, nous émettons l'hypothèse que le taux d'acceptation du dépistage pourrait avoir été influencé négativement par un manque d'information des RA. En effet, le taux d'acceptation a progressivement diminué au cours des mois après l'introduction de la proposition de dépistage (Annexe F). Cependant, Au contraire de VD, tous les RA vus en VS ont été répertoriés. En outre, le système valaisan, étant moins complexe, il a permis d'avoir une meilleure traçabilité des résultats.

Pour ce qui concerne les facteurs démographiques, nos résultats indiquent que l'âge des RA ne joue pas de rôle pour la décision d'accepter le dépistage. Par contre, ils montrent que les hommes (61.3% dans notre échantillon) et les RA d'origine sub-saharienne ont plus tendance à accepter l'offre de dépistage

VIH. Nous trouvons difficile de fournir une explication pertinente à ce phénomène. La majorité des RA ayant passé la visite médicale obligatoire sont originaires d'ASS (60.62%).

Notre étude ne permet pas une évaluation fiable de la prévalence d'infections VIH nouvellement diagnostiquées parmi les RA qui arrivent en Suisse. En effet, la prévalence du VIH dans notre échantillon (0.34%) n'est pas représentative de l'ensemble des RA en Suisse pour deux raisons. Premièrement, cette prévalence ne prend pas en compte les 27.8% des RA non dépistés, n'ayant pas accepté le dépistage, ni ceux arrivés clandestinement. Deuxièmement, la prévalence du VIH dépend de facteurs en évolution constante, comme les facteurs migratoires ou populationnels et notre étude a eu lieu sur une courte période soit entre 6 et 11 mois. Le but principal de notre étude était de connaître le taux d'acceptabilité de l'offre de dépistage VIH et non de confirmer, par exemple, que les populations migrantes sont plus touchées par le virus du VIH. (16)

En offrant la possibilité d'effectuer un test VIH dans le cadre de la visite médicale obligatoire, les RA bénéficient d'un meilleur accès aux services de dépistage. Cette bonne pratique rejoint les recommandations de l'OMS qui souhaitent offrir un service de conseil et de dépistage de routine aux populations à risques. (17) De plus, la proposition d'un dépistage pourrait aider à sensibiliser cette population à la problématique du virus VIH. Il est évident que le dépistage précoce du VIH permet de traiter plus rapidement les personnes infectées, de réduire la morbidité et de prévenir les infections post-migration (en augmentation depuis quelques années). En effet, certains sous-types du virus du VIH dits « non-B » retrouvés habituellement sur d'autres continents sont désormais plus présents aussi en Europe. (18)

En étant dépistés en Suisse, les RA VIH positifs ont un accès garanti au TAR et sont suivis régulièrement par des équipes médicales spécialisées dans la prise en charge du VIH. Cependant, nous ne pouvons pas garantir cet accès aux RA qui doivent retourner dans leurs pays d'origine suite à un refus de leur demande d'asile. Heureusement, les traitements sont de plus en plus disponibles à travers le monde grâce aux différentes campagnes de lutte contre le VIH. Il se pourrait même qu'un RA renvoyé, mais conscient de son infection, s'établisse dans une région (de son pays) où le TAR est accessible. De plus, une étude antérieure a montré que même si le RA demeure non traité, le dépistage reste pertinent, car une personne séropositive aura plus tendance à diminuer ses comportements sexuels à risque par rapport à un séropositif qui ne connaît pas son statut sérologique. (19)

L'analyse de faisabilité doit tenir compte des différences existantes entre les deux cantons qui ont participé à l'étude. Le canton du VS, qui dispose d'une consultation systématique uniquement pour les vaccinations et d'un laboratoire unique pour centraliser les analyses, a pu mettre rapidement et efficacement en place le dépistage du VIH. Au contraire, il a été plus complexe d'introduire le dépistage dans le canton de VD, qui dispose de consultations médicales complètes systématiques et sous-traite les analyses dans plusieurs laboratoires. Par conséquent, il ne semble pas qu'une visite médicale élaborée

soit une condition indispensable afin de proposer un dépistage. Elle peut toutefois contribuer à faciliter l'obtention du consentement et renforcer les conseils de prévention donnés dans les centres d'accueil fédéraux.

Initialement, le projet aurait dû être lancé en même temps dans les deux cantons, mais il a fallu six mois de plus au canton de VD pour pouvoir introduire le test VIH au vu du plus grand nombre d'intervenants et des changements d'organisation dans le service pour faire face à la forte arrivée de migrants. Malgré la surcharge de travail, les équipes ont très bien pu intégrer le test à leurs consultations. Dans le canton du VS, la charge de travail supplémentaire a été plus difficile à absorber notamment auprès de foyers de RA où les services sociaux censés distribuer la feuille d'information aux RA n'ont plus pu collaborer efficacement au projet. Par contre l'équipe du service des maladies infectieuses de l'ICH en charge du dépistage s'est investie pour assurer le bon fonctionnement du projet.

Le retour des équipes médicales en charge du dépistage dans les deux cantons était positif. Dans le canton de VD, les RA ont été dans l'ensemble très preneurs et contents de se voir offrir la possibilité d'effectuer un dépistage VIH. Certains RA se sont rendus, avant leur prochain rendez-vous, aux consultations de l'USMI afin de connaître le résultat du test VIH. Dans le canton du VS, sans traducteurs, il a été plus difficile d'avoir des retours de la part des RA, mais aucune remarque négative n'a été recensée. De plus certains RA, déjà établis dans le canton, ont émis le souhait de pouvoir participer au dépistage. Malheureusement, il n'a pas été possible d'intégrer ces personnes au projet qui a initialement été planifié uniquement pour les RA nouvellement arrivés. De manière générale, les RA semblent connaître mieux ou craindre plus l'infection par le VIH que celle par le virus de l'hépatite B.

En VS, la prise en charge des RA testés VIH positifs par le service des maladies infectieuses de l'ICH, s'est très bien déroulée. Les RA se sont présentés régulièrement aux visites médicales planifiées. Les RA ayant été diagnostiqués avec une hépatite B active ont également été suivis régulièrement, cependant certains ne se sont plus présentés aux visites médicales, ne comprenant pas la nécessité de ce suivi lorsqu'il ne débouchait sur un traitement antiviral.

Par ailleurs, cette étude s'est inscrite dans un contexte géopolitique particulier, marqué par la plus grande crise migratoire depuis la Seconde Guerre mondiale. Plus de 330'000 réfugiés sont arrivés en Europe suite aux différents conflits présents depuis des années au Moyen-Orient.(12) La Suisse, bien que moins touchée que le reste des pays de l'Union Européenne, a enregistré une forte augmentation des demandes d'asile (+50% dans l'année après septembre 2014).(12-13) Par conséquent, la mise en place du programme de dépistage a dû être adaptée afin de faire face à cette vague migratoire. Les capacités des centres d'enregistrement et d'accueil ont été souvent épuisées.(12) Finalement, même s'il n'a pas été possible d'entamer ce projet comme initialement pensé, cette situation a permis d'évaluer la possibilité d'introduction d'une nouvelle prestation de santé en temps de crise.

Malgré ses limitations, notre étude a permis de mieux comprendre l'organisation à mettre en place pour la mise en pratique de l'offre de dépistage et pour pouvoir la pérenniser. Afin de garantir le succès d'une telle pratique, il est très important d'avoir une bonne collaboration entre les différents services en charge des RA. Par exemple dans le canton du VS, une collaboration plus étroite entre le service cantonal de l'action sociale, le service des maladies infectieuses de l'ICH et l'antenne Sida Valais permettrait d'améliorer l'information sur l'offre de dépistage. Ainsi, une information organisée par l'antenne Sida (qui dispose d'interprètes) en collaboration avec le service de l'action sociale (qui gère les foyers de RA) pourrait être mise en place pour les RA afin que tous disposent des éléments leur permettant d'arriver informés aux visites médicales. Ceci devrait contribuer à augmenter le taux d'adhésion au dépistage sans nécessairement engager beaucoup de ressources supplémentaires.

Notre projet s'est principalement concentré sur l'offre de dépistage, en mettant en avant le consentement éclairé et le respect de la confidentialité. Il n'a pas abordé les principes de préventions et de conseils comme décrit par le modèle des «5C» de l'OMS (Consentement, Confidentialité, Conseil, résultats Corrects, Connexion/lien avec la prévention, les soins et le traitement).(21) Bien que la Confédération tâche de sensibiliser les RA aux problèmes du VIH lors de leur arrivée dans les centres d'accueil, il pourrait être intéressant que les services sanitaires cantonaux prenant en charge les RA abordent aussi ces aspects. Une collaboration avec les groupes sida régionaux serait souhaitable afin de développer une prise en charge plus globale autour du dépistage VIH, qui pourrait même s'étendre à la recherche d'autres maladies sexuellement transmissibles (IST). Dans le futur, l'offre de dépistage pourrait être financée en partie par les assurances maladies (coût du test) et par les cantons (coût de l'infrastructure).

Conclusion

En Suisse, l'accès au dépistage du VIH doit être amélioré pour les populations vulnérables comme les RA qui ont davantage de risque d'être infectés par le virus du VIH, d'être diagnostiqués tardivement et de transmettre le virus. La mise en place d'un dépistage VIH volontaire et gratuit offert aux RA nouvellement arrivés permettrait de supprimer les différentes barrières socio-économiques, linguistiques et liées à la méconnaissance du système de santé qui empêchent l'accès aux structures de dépistage conventionnelles.(6) L'étude effectuée dans les cantons de VD et du VS a montré que, bien qu'effectuée dans un contexte difficile de surcharge, une large proportion des RA nouvellement arrivés en Suisse souhaite se faire dépister lorsque la possibilité leur en est offerte et qu'ils peuvent être rapidement et efficacement pris en charge en cas de positivité. L'étude a aussi permis de détecter des pistes d'amélioration pour la mise en pratique d'un dépistage VIH plus large et mieux adapté aux caractéristiques des structures sanitaires en place dans ces deux cantons. Etant données les différences cantonales en Suisse, les résultats et les conclusions de cette étude ne sauraient pas être généralisés. Afin de tenir compte des différences inter-cantonales, il serait certainement indiqué de pratiquer des études pilotes telles que celles-ci dans les cantons qui souhaiteraient introduire un système de dépistage du VIH pour les RA.

Remerciements

Nous tenons à exprimer nos sincères remerciements aux personnes ayant collaboré à cette étude pilote. Prof. Nicolas Troillet, Dr. Eric Masserey, Prof. Patrick Bodenmann, les infirmiers chefs de service de l'USMI : Yann L'Hostis et Maxime Côté, les collaborateurs de l'unité de soins aux migrants (USMI) et du service des maladies infectieuses de l'institut central des hôpitaux valaisans (ICHV) : Dr. Frank Bally, Dr. Alexis Dumoulin, Claudine Devanthéry and co., les responsables et les civilistes de la polyclinique médicale universitaire (PMU), les service de santé publique du canton de Vaud et du canton du Valais, le service de l'action sociale du canton du Valais, l'université de Lausanne, Paolo Bizzozero pour l'aide avec STATA et Madeleine Ritter pour la relecture du travail.

Bibliographie

1. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). OMD 6:1, 5 ans, 15 leçons d'espoir de la riposte au sida fiche d'information statistique mondiales 2014. 31 juillet, 2015 http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150714_FS_MDG6_Report_fr.pdf
2. Accélérer la riposte : mettre fin à l'épidémie de Sida d'ici à 2030, ONUSIDA, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), Genève 2014, 38 p., page 12
3. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med.* 11 août 2011;365(6):493-505.
4. World Health Organization, Department of HIV/AIDS, International Conference on AIDS. The strategic use of antiretrovirals to help end the HIV epidemic. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2012 [cité 24 févr 2015]. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75184/1/9789241503921_eng.pdf
5. Kohler P, Schmidt AJ, Cavassini M, Furrer H, Calmy A, Battegay M, et al. The HIV care cascade in Switzerland: reaching the UNAIDS/WHO targets for patients diagnosed with HIV. *AIDS Lond Engl.* 28 nov 2015;29(18):2509-15.
6. Office fédérale de la santé publique (OFSP), section Migration et santé, Programme national Migration et santé, Bilan 2008–2013 et axes prioritaires 2014–2017, <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/14002/index.html?lang=fr>
7. Del Amo J, Likatavičius G, Pérez-Cachafeiro S, Hernando V, González C, Jarrín I, et al. The epidemiology of HIV and AIDS reports in migrants in the 27 European Union countries, Norway and Iceland: 1999-2006. *Eur J Public Health.* oct 2011;21(5):620-6.
8. Wolbers M, Bucher HC, Furrer H, Rickenbach M, Cavassini M, Weber R, et al. Delayed diagnosis of HIV infection and late initiation of antiretroviral therapy in the Swiss HIV Cohort Study. *HIV Med.* juill 2008;9(6):397-405.
9. Martin SF, Tirman J, éditeurs. Women, migration, and conflict: breaking a deadly cycle. Dordrecht ; New York: Springer; 2009. 253 p.
10. Alvarez-del Arco D, Monge S, Azcoaga A, Rio I, Hernando V, Gonzalez C, et al. HIV testing and counselling for migrant populations living in high-income countries: a systematic review. *Eur J Public Health.* déc 2013;23(6):1039-45.
11. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union. 2010. http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/101129_GUI_HIV_testing.pdf
12. Secrétariat d'état aux migrations (SEM), statistique en matière d'asile, 3^{ème} trimestre 2015-13/13, le 16 octobre 2015, <https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/publiservice/statistik/asylstatistik/2015/stat-q3-2015-kommentar-f.pdf>
13. Secrétariat d'état aux migrations (SEM), statistique en matière d'asile, 3^{ème} trimestre 2014-12/12, le 13 octobre 2014, <https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/publiservice/statistik/asylstatistik/2014/stat-q3-2014-kommentar-f.pdf>

14. Clark RC, Mytton J. Estimating infectious disease in UK asylum seekers and refugees: a systematic review of prevalence studies. *J Public Health Oxf Engl.* déc 2007;29(4):420-8.
15. Tafuri S, Prato R, Martinelli D, Melpignano L, De Palma M, Quarto M, et al. Prevalence of Hepatitis B, C, HIV and syphilis markers among refugees in Bari, Italy. *BMC Infect Dis.* 2010;10:213.
16. Office fédéral de la santé publique (OFSP). Le Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles 2011–2017 (PNVI), déc 2010
http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05465/12491/index.html?lang=fr
17. World Health Organization, HIV programmes, Statement on HIV testing and counseling: WHO, UNAIDS re-affirm opposition to mandatory HIV testing, 28 November 2012,
http://www.who.int/hiv/events/2012/world_aids_day/hiv_testing_counselling/en/
18. Wyl V von, Kouyos RD, Yerly S, Böni J, Shah C, Bürgisser P, et al. The Role of Migration and Domestic Transmission in the Spread of HIV-1 Non-B Subtypes in Switzerland. *J Infect Dis.* 10 janv 2011;204(7):1095-103
19. Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Janssen RS. 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.* 2005;39(4):446-53.

Annexe A



Feuille d'information aux volontaires

Evaluation d'une bonne pratique: «Faisabilité et impact du dépistage VIH chez les requérants d'asile»

Promoteurs:

- Service des maladies infectieuses, Institut Central, Hôpital du Valais, Sion
- Polyclinique Médicale Universitaire, Lausanne

Madame, Monsieur,

Dans le cadre des procédures d'accueil des requérants d'asile dans les cantons de Vaud et du Valais, vous allez prochainement être vu par du personnel médical afin de contrôler vos vaccins et de les mettre à jour. Vous subirez lors de ce contrôle une prise de sang pour déterminer si vous avez déjà présenté, même sans vous en être aperçu, une infection par le virus de l'hépatite B, un virus responsable d'une maladie du foie qui peut être prévenue par un vaccin.

Il vous sera proposé lors de cette visite médicale, comme à tous les requérants d'asile âgés de 16 ans ou plus et arrivant dans les cantons de Vaud et du Valais, un dépistage du virus HIV (virus du sida). Aucune prise de sang supplémentaire ne sera pratiquée.

Nous offrons ce dépistage dans le cadre de l'évaluation d'une bonne pratique afin de connaître l'acceptabilité de ce dépistage, la fréquence de l'infection par le virus HIV et d'adapter la politique de santé en conséquence.

Vous serez libre d'accepter ou non l'analyse pour le virus HIV lorsque que la question vous sera posée. Votre refus ne changera rien aux soins que vous pourriez recevoir et n'aura aucune incidence sur la manière dont votre demande d'asile sera traitée.

En cas d'acceptation de votre part, cette analyse sera gratuite et son résultat vous sera communiqué personnellement et confidentiellement.

En cas de résultat démontrant une infection par le virus HIV, vous pourrez être rapidement pris en charge par des médecins spécialistes qui détermineront avec vous la nécessité de recevoir un traitement et assureront votre suivi. Un tel traitement serait pris en charge financièrement par l'assurance maladie. Il vous permettrait d'éviter au mieux de développer des complications de l'infection par le virus HIV et réduirait fortement le risque que vous transmettiez cette infection à d'autres personnes.

Avec nos salutations les meilleures.

Laure Cochand
Etudiante en médecine
Lausanne

Dr Eric Masserey
Médecin cantonal adjoint
Canton de Vaud

Prof. Nicolas Troillet
Chef du service des maladies
infectieuses, Canton du Valais

Annexe B

Questionnaire

Test de dépistage VIH

1. Age :
2. Sexe : Femme Homme
3. Origine :
4. Etat civil : Marié (e) Célibataire Veuf (ve) Divorcé (e)
5. Nombre d'enfant (s) :
6. Métier :

Etiquette

Feuille de consentement pour les participants

Déclaration de consentement écrite pour la participation au test de dépistage VIH.

- Veuillez lire attentivement ce formulaire.
- N'hésitez pas à poser des questions lorsque vous ne comprenez pas quelque chose ou que vous souhaitez avoir des précisions.

Numéro de l'étude (au sein de la commission d'éthique compétente) :	344/15
Etude d'une bonne pratique :	« Faisabilité et impact du dépistage VIH chez les requérants d'asile »
Institution responsable (promoteur)	Faculté de biologie et médecine, Université de Lausanne;
Lieu de réalisation de l'étude :	Visite médicale pour requérants d'asile Canton de Vaud et Valais
Directeur / directrice de l'étude	Prof. Nicolas Troillet nicolas.troillet@hopitalvs.ch; 027 603 4790
Participant / participante	Date de naissance :

- Je déclare avoir été informé(e), oralement et par écrit, des objectifs et du déroulement du test de dépistage VIH faisant partie de l'évaluation d'une bonne pratique : « Faisabilité et impact du dépistage VIH chez les requérants d'asile »
- Je prends part à ce dépistage de façon volontaire.
- Je sais que mes données personnelles peuvent être transmises à des fins de recherche uniquement sous une forme codée. J'accepte que les spécialistes compétents du mandataire de l'étude, des autorités et de la Commission d'éthique cantonale puissent consulter mes données brutes afin de procéder à des contrôles, à condition toutefois que la confidentialité de ces données soit strictement assurée.

Lieu, date	Signature du participant / de la participante
------------	---

Annexe C

Répartition des RA en fonction de leur pays d'origine :

Origine	Vaud (N=351)		Valais (N=451)		Total (N=807)	
	Freq.	Percent	Freq.	Percent	Freq.	Percent
Afghanistan	35	9.8%	45	10.0%	80	9.9%
Algérie	10	2.8%	0	0.0%	10	1.2%
Angola	3	0.8%	0	0.0%	3	0.4%
Arménie	4	1.1%	3	0.7%	7	0.9%
Belarus	0	0.0%	3	0.7%	3	0.4%
Burkina Faso	1	0.3%	0	0.0%	1	0.1%
Burundi	2	0.6%	1	0.2%	3	0.4%
Cameroun	8	2.3%	1	0.2%	9	1.1%
Chine	7	2.0%	14	3.1%	21	2.6%
Congo	6	1.7%	3	0.7%	9	1.1%
Côte D'Ivoire	4	1.1%	1	0.2%	5	0.6%
Djibouti	1	0.3%	0	0.0%	1	0.1%
Egypt	0	0.0%	2	0.4%	2	0.3%
Erythrée	81	22.8%	217	48.1%	298	36.9%
Ethiopie	22	6.2%	14	3.1%	36	4.5%
Gambie	7	2.0%	1	0.2%	8	1.0%
Ghana	1	0.3%	1	0.2%	2	0.3%
Guinée	16	4.5%	2	0.4%	18	2.2%
Géorgie	8	2.3%	1	0.2%	9	1.1%
Inconnu	1	0.3%	3	0.7%	4	0.5%
Inde	2	0.6%	18	4.0%	2	0.3%
Irak	4	1.1%	3	0.7%	22	2.7%
Iran	7	2.0%	0	0.0%	10	1.2%
Kosovo	1	0.3%	0	0.0%	1	0.1%
Libye	3	0.8%	2	0.4%	5	0.6%
Libéria	0	0.0%	1	0.2%	1	0.1%
Macédoine	0	0.0%	2	0.4%	2	0.3%
Mali	3	0.8%	2	0.4%	5	0.6%
Maroc	6	1.7%	0	0.0%	6	0.7%
Moldavie	1	0.3%	0	0.0%	1	0.1%
Mongolie	1	0.3%	4	0.9%	5	0.6%
Mozambique	1	0.3%	2	0.4%	3	0.4%
Nigéria	6	1.7%	0	0.0%	6	0.7%
Ouganda	1	0.3%	1	0.2%	2	0.3%
Ouzbékistan	2	0.6%	0	0.0%	2	0.3%
Russie	2	0.6%	1	0.2%	3	0.4%
Sierra Leone	1	0.3%	1	0.2%	2	0.3%
Somalie	35	9.8%	24	5.3%	59	7.3%
Soudan	5	1.4%	5	1.1%	10	1.2%
Sri Lanka	15	4.2%	8	1.8%	23	2.9%
Syrie	19	5.3%	61	13.5%	80	9.9%
Sénégal	5	1.4%	2	0.4%	7	0.9%
Tunisie	3	0.8%	0	0.0%	3	0.4%
Turquie	9	2.5%	0	0.0%	9	1.1%
Ukraine	3	0.8%	2	0.4%	5	0.6%
Yémen	4	1.1%	0	0.0%	4	0.5%

Annexe D

Répartition des pays dans des régions du monde :

Origine	Sub-Saharan Africa	Grande région
Afghanistan	0	Southern Asia
Algérie	0	Northern Africa
Angola	1	Middle Africa
Arménie	0	Western Asia
Belarus	0	Eastern Europe
Burkina Faso	1	Western Africa
Burundi	1	Eastern Africa
Cameroun	1	Middle Africa
Chine	0	Eastern Asia
Congo	1	Middle Africa
Côte D'Ivoire	1	Western Africa
Djibouti	1	Eastern Africa
Egypt	0	Northern Africa
Erythrée	1	Eastern Africa
Ethiopie	1	Eastern Africa
Gambie	1	Western Africa
Ghana	1	Western Africa
Guinée	1	Western Africa
Géorgie	0	Western Asia
Inconnu	-	-
Irak	0	Western Asia
Iran	0	Western Asia
Kosovo	0	Eastern Europe
Libye	0	Northern Africa
Libéria	1	Western Africa
Macédoine	0	Eastern Europe
Mali	1	Western Africa
Maroc	0	Northern Africa
Moldavie	0	Eastern Europe
Mongolie	0	Eastern Asia
Mozambique	1	Eastern Africa
Nigéria	1	Western Africa
Ouganda	1	Eastern Africa
Russie	0	Eastern Europe
Sierra Leone	1	Western Africa
Somalie	1	Eastern Africa
Soudan	1	Eastern Africa
Sri Lanka	0	Southern Asia
Syrie	0	Western Asia
Sénégal	1	Western Africa
Tunisie	0	Northern Africa
Turquie	0	Western Asia
Ukraine	0	Eastern Europe
Yémen	0	Western Asia
Ouzbékistan	0	Central Asia
Inde	0	Southern Asia

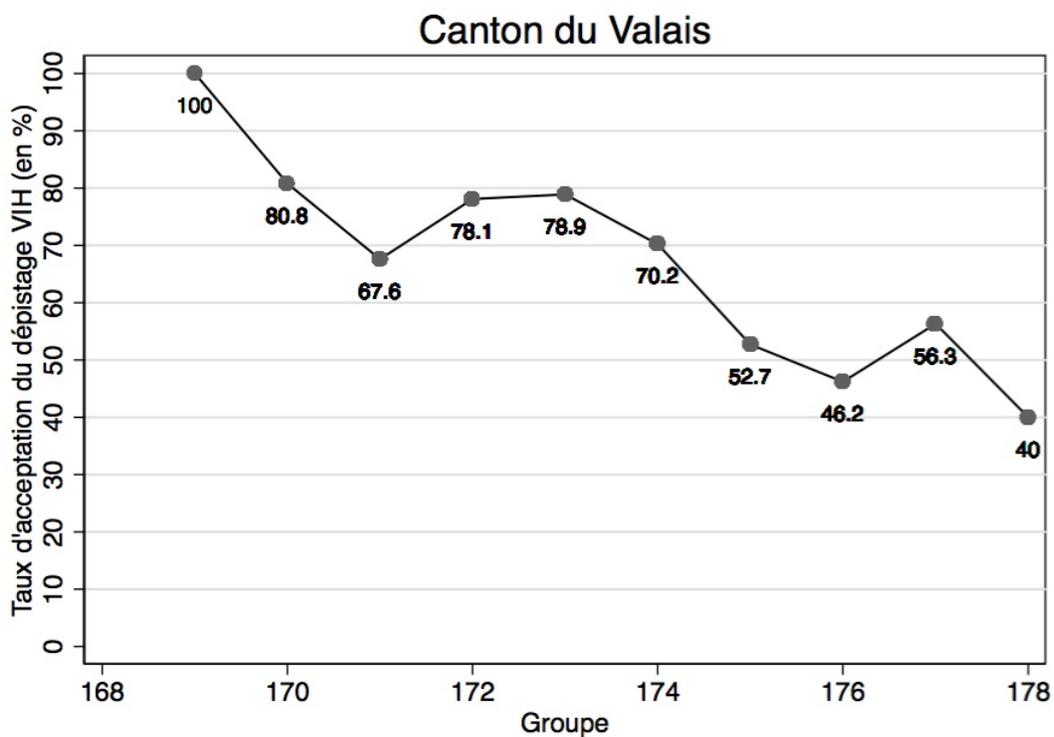
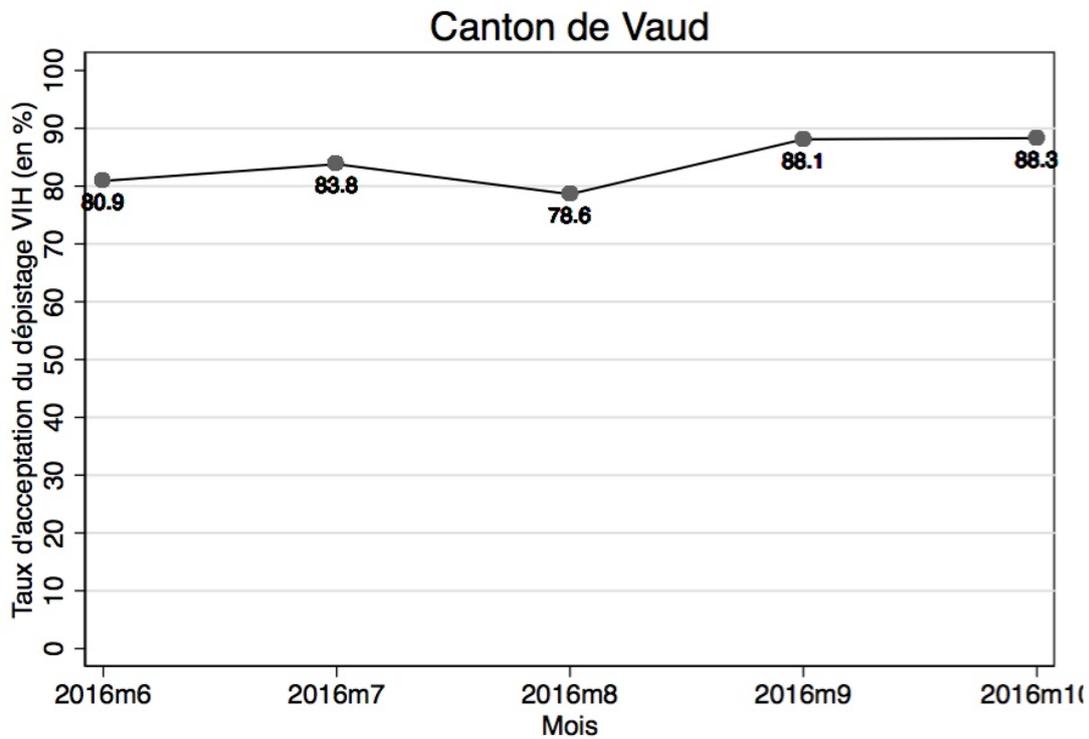
Annexe E

Statistique descriptives des RA ayant accepté ou refusé le dépistage :

Caractéristique	Dépistage VIH = Accepté			Dépistage VIH = Refusé		
	Vaud	Valais	Total	Vaud	Valais	Total
Age	N=298	N=285	N=583	N=58	N=166	N=224
Moyenne	27.0	27.3	27.2	24.9	30.1	28.7
Médiane	25	25	25	21.5	28	26
Sexe						
Femme	25.5%	45.3%	35.2%	31.0%	54.2%	48.2%
Homme	74.5%	54.7%	64.8%	69%	45.8%	51.8%
Etat civile						
Célibataire	19.1%	50%	33.2%	10.4%	N/A	10.4%
Marié	78.9%	48.8%	65.2%	87.9%	N/A	87.9%
Veuf (ve)	1%	0%	0.5%	1.8%	N/A	1.8%
Divorcé (e)	1%	1.2%	1.1%	0%	N/A	0%
Origine						
Afrique de l'Est	40.7%	67.2%	53.6%	46.5%	44.8%	45.3%
Asie de l'Est	2.7%	4.3%	3.5%	0%	3.6%	2.7%
Europe de l'Est	2.4%	0.7%	1.6%	0%	3.6%	2.7%
Afrique centrale	5.7%	1.4%	3.6%	0%	0%	0%
Afrique du Nord	6.7%	0.7%	3.8%	3.5%	1.1%	1.8%
Asie du Sud	14.2%	6.4%	10.3%	17.2%	21.2%	20.2%
Afrique de l'Ouest	12.5%	3.2%	7.9%	12.1%	1.1%	4.0%
Asie de l'Ouest	14.5%	16.3%	15.3%	20.7%	24.2%	23.3%
Asie centrale	0.7%	0%	0.4%	0%	0%	0%
Pays d'ASS						
Oui	58.7%	71.2%	64.9%	58.6%	45.8%	49.1%
Non	41.3%	28.7%	35.2%	41.4%	54.2%	50.9%

Annexe F

Evolution du taux d'acceptation du dépistage VIH par les RA au cours des mois qui ont suivi son introduction :



Les groupes ont été convoqués sur une période de 11 mois, de novembre 2015 (G169) à juin 2016 (G178)