



Organisation
mondiale de la Santé

SUPPLÉMENT



LIGNES DIRECTRICES SUR

L'AUTODÉPISTAGE DU VIH ET LA NOTIFICATION AUX PARTENAIRES

SUPPLÉMENT AUX LIGNES DIRECTRICES UNIFIÉES
SUR LES SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH

DÉCEMBRE 2016

SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH



Organisation
mondiale de la Santé

SUPPLÉMENT

LIGNES DIRECTRICES SUR

L'AUTODÉPISTAGE DU VIH ET LA NOTIFICATION AUX PARTENAIRES

SUPPLÉMENT AUX LIGNES DIRECTRICES UNIFIÉES
SUR LES SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH

DÉCEMBRE 2016

#Test4HIV

Lignes directrices sur l'autodépistage du VIH et la notification aux partenaires: supplément aux lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH [Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services]

ISBN 978-92-4-254986-7

© Organisation mondiale de la Santé 2018

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY NC-SA 3.0 IGO); <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>.

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée: « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Lignes directrices sur l'autodépistage du VIH et la notification aux partenaires: supplément aux lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH [Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2018. Licence: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders/>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Mise en page: L'IV Com Sàrl, Villars-sous-Yens, Suisse.

Imprimé en France.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-------|
| REMERCIEMENTS | vi |
| ABRÉVIATIONS | x |
| GLOSSAIRE | xi |
| RÉSUMÉ D'ORIENTATION | xv |
| Objectif | xv |
| Méthode d'élaboration des lignes directrices..... | xvi |
| Recommandations | xvii |
| Répercussions sur les programmes | xviii |
| 1 INTRODUCTION | 1 |
| 1.1 Progrès accomplis et difficultés rencontrées | 2 |
| 1.1.1 Un dépistage encore insuffisant chez les hommes | 2 |
| 1.1.2 Des adolescents également mal desservis..... | 4 |
| 1.1.3 Accroître l'accès pour les populations clés | 4 |
| 1.2 Justification | 5 |
| 1.3 Champ d'application des lignes directrices..... | 5 |
| 1.4 Utilisation des lignes directrices | 5 |
| 1.5 But et objectifs | 6 |
| 1.6 Public cible | 6 |
| 1.7 Principes directeurs..... | 7 |
| 2 AUTODÉPISTAGE DE L'INFECTION À VIH | 9 |
| 2.1 Généralités et justification | 11 |
| 2.2 Examen des données | 14 |
| 2.2.1 Revue systématique sur l'autotest du VIH selon la méthode GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) | 14 |
| 2.2.2 Autres considérations..... | 19 |
| 2.2.3 Valeurs et préférences en matière d'autodépistage du VIH | 22 |
| 2.2.4 Coût et rapport coût/efficacité | 26 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 2.2.5 | Revue systématique et méta-analyse de la performance des TDR du VIH destinés à l'autodépistage | 28 |
| 2.2.6 | Recommandation | 31 |
| 2.3 | Continuum des approches pour une mise en œuvre réussie de l'autodépistage du VIH | 32 |
| 2.3.1 | Planification stratégique pour la prestation de services d'autodépistage du VIH | 32 |
| 2.3.2 | Messages clés pour les utilisateurs et les personnes chargées de l'exécution des programmes..... | 37 |
| 2.3.3 | Cadres politiques et réglementaires | 39 |
| 3 | SERVICES DE NOTIFICATION AUX PARTENAIRES POUR LE VIH | 41 |
| 3.1 | Généralités et justification..... | 43 |
| 3.2 | Examen des données..... | 47 |
| 3.2.1 | Revue systématique des services de notification aux partenaires pour le VIH selon la méthode GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) | 47 |
| 3.2.2 | Valeurs et préférences des personnes ayant recours aux services de notification aux partenaires | 53 |
| 3.2.3 | Coût et rapport coût/efficacité | 57 |
| 3.2.4 | Recommandation | 58 |
| 3.3 | Considérations pour une mise en œuvre réussie | 58 |
| 3.3.1 | Lois et politiques d'appui | 59 |
| 3.3.2 | Formation et atténuation des risques dans le cadre des services de notification aux partenaires pour le VIH | 59 |
| 3.3.3 | Méthodes de prise de contact avec les partenaires..... | 61 |
| 3.3.4 | Systèmes de documentation, de suivi et de notification..... | 64 |
| | RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... | 66 |
| | Résumé d'orientation et chapitre 1 | 66 |
| | Chapitre 2 | 67 |
| | Chapitre 3 | 76 |

Annexes

Le présent document est un supplément aux Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH. Les annexes 1 à 15 sont disponibles en ligne à l'adresse : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>. Les annexes 16 à 33, qui traitent des questions abordées dans le présent supplément, sont disponibles en ligne à l'adresse : <http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv-self-testing-guidelines/en/>.

Annexe 16 : Méthode d'élaboration des lignes directrices sur l'autodépistage du VIH et la notification aux partenaires

Annexe 17 : L'autotest du VIH devrait-il être proposé en tant qu'approche complémentaire aux services de dépistage du VIH ? Revue systématique et méta-analyse

Annexe 18 : Services de notification assistée aux partenaires pour le VIH : revue systématique et méta-analyse

Annexe 19 : Comparaison de la fiabilité des tests de diagnostic rapide destinés à l'autodépistage du VIH selon qu'ils sont effectués par les utilisateurs ou par les agents de santé : revue systématique et méta-analyse

Annexe 20 : Analyse risques-avantages de l'autotest du VIH

Annexe 21 : Exemples de cas relatifs à l'autotest du VIH et aux services de notification aux partenaires

Annexe 22 : Examen des préjudices sociaux signalés dans le cadre des services conventionnels de dépistage du VIH et de l'autotest du VIH

Annexe 23 : Rapport coût/efficacité de différentes approches de distribution des autotests du VIH au Zimbabwe

Annexe 24 : Examen des politiques nationales en matière de notification aux partenaires

Annexe 25 : Rapport sur les valeurs et préférences en matière d'autotest du VIH en Ouganda

Annexe 26 : Rapport sur les valeurs et préférences en matière de notification aux partenaires en Ouganda

Annexe 27 : Rapport sur les valeurs et préférences en matière d'autotest du VIH au Kenya

Annexe 28 : Rapport sur les valeurs et préférences en matière de notification aux partenaires au Kenya

Annexe 29 : Rapport sur les valeurs et préférences en matière d'autotest du VIH au Brésil

Annexe 30 : Rapport sur les valeurs et préférences en matière d'autotest du VIH et de notification aux partenaires en Jordanie, au Liban, au Maroc et en Tunisie

Annexe 31 : Rapport sur les valeurs et préférences en matière d'autotest du VIH et de notification aux partenaires au Liban, au Maroc et en Tunisie

Annexe 32 : Rapport sur les valeurs et préférences en matière d'autotest du VIH et de notification aux partenaires en Indonésie, au Pakistan, aux Philippines et en Thaïlande

Annexe 33 : Résumés des déclarations de conflits d'intérêts du Groupe d'élaboration des lignes directrices

REMERCIEMENTS

Groupe d'élaboration des lignes directrices

Kindi Adam (Ministère de la santé, Indonésie), **Oliver Anene** (The Pact, États-Unis d'Amérique), **Karen Champenois** (Établissement public de santé Maison blanche, France), **Kathleen Charters** (Université de Liverpool, Royaume-Uni), **Martin Choo** (Global Network of People Living with HIV/AIDS, Malaisie), **Miriam Franchini** (Ministère de la santé, Brésil), **Rebecca Guy**⁺ (Kirby Institute, Australie), **Mehdi Karkouri** (Association de lutte contre le sida, Maroc), **Jane Wanjira Karong'e-Thiomi** (LVCT Health, Kenya), **Dasha Matyushina-Ocheret** (Eurasian Harm Reduction Network, Lituanie), **Gertrude Ncube**⁺ (Ministère de la santé, Zimbabwe), **Bathabile Nyathi** (Centre for Sexual Health and HIV AIDS Research, Zimbabwe), **Sabin Nsanzimana**⁺ (Ministère de la santé, Rwanda), **Carla Makhoul Obermeyer**⁺ (American University of Beirut, Liban), **Niluka Perera** (Youth Voices Count, Thaïlande), **Archana Sarkar** (MAMTA Health Institute for Mother & Child, Inde), **Jennifer Stuart-Dixson** (University of the West Indies, Jamaïque), **Joseph Tak Fai Lau** (Chinese University of Hong Kong, Région administrative spéciale de Hong Kong, Chine), **Willem Daniel Francois Venter**⁺ (Wits Reproductive Health and HIV Institute at the University of the Witwatersrand, Afrique du Sud) et **Vincent Wong**⁺ (United States Agency for International Development (USAID), États-Unis d'Amérique).

Groupe de travail technique sur l'autodépistage du VIH

Nicola Desmond (Liverpool School of Tropical Medicine, Malawi Wellcome Trust, Malawi), **Jane Ferguson** (London School of Hygiene & Tropical Medicine – Africa Centre, Afrique du Sud), **Kimberly Green** (PATH, Viet Nam), **Karin Hatzold** (Population Services International, Zimbabwe), **Pham Thi Thu Huong** (Ministère de la santé, Viet Nam), **David Katz** (University of Washington, États-Unis d'Amérique), **Agnes Kijo** (Pan African Harmonization Working Party Secretariat, République-Unie de Tanzanie), **Debbie Lepine** (Santé Canada, Canada), **Robin MacGowan** (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), États-Unis d'Amérique), **Elizabeth Marum** (CDC, États-Unis d'Amérique), **Peter Mugo** (KEMRI-Wellcome Trust, Kenya), **Anthony Nardone** (Public Health England, Royaume-Uni), **Zwoitwaho Nevhutalu** (South African National AIDS Council, Afrique du Sud), **Nitika Pant Pai** (Université McGill, Canada), **Trevor Peter** (Clinton Health Access Initiative (CHAI), Botswana), **Praphan Phanuphak** (Thai Red Cross, Thaïlande), **Thierry Prazuck** (Centre hospitalier régional d'Orléans, Service des maladies infectieuses et tropicales, France), **Alison Rodgers** (University College London, Royaume-Uni), **Tanya Shewchuk** (Fondation Bill et Melinda Gates, États-Unis d'Amérique), **Cara Kosack** (Médecins sans frontières, Pays-Bas), **Miriam Taegtmeier**, **Victoria Watson** (Liverpool School of Tropical Medicine, Royaume-Uni).

Collaborateurs extérieurs ayant contribué à la revue systématique selon la méthodologie GRADE

Virginia Fonner (Medical University of South Carolina, États-Unis d'Amérique), **Caitlin Kennedy** (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, États-Unis d'Amérique) et **Nandi Siegfried** (épidémiologiste clinique indépendant, Afrique du Sud).

Collaborateurs extérieurs ayant contribué des éléments à l'appui des lignes directrices

Florence Anam, **Margaret Happy** (International Community of Women living with HIV, Kenya), **Vendula Blaya-Nováková** (Département régional de la santé, Communauté de Madrid, Espagne), **Valentina Cambiano**, **Andrew Phillips** (University College London, Royaume-Uni), **Niluka Perera** (Youth Voices Count, Thaïlande), **Midnight Poonkasetwattana** (Asia Pacific Coalition on Male Sexual Health, Thaïlande), **Rebecca Kakembo**, **Neema Nakyanjo**, **Fred Nalugoda** (Rakai Health Sciences Programme, Ouganda), **Virginia Burke**, **Caitlin Kennedy**, **Caitlin Payne** (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, États-Unis d'Amérique) et **Charles Witzel** (Sigma Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni).

Nous adressons nos plus vifs remerciements aux personnes qui ont contribué des exemples de cas.

Groupe d'examen externe

Matthew Avery (FHI 360, Thaïlande), **Jared Baeten** (University of Washington, États-Unis d'Amérique), **Manju Bala** (Apex Regional STD Teaching, Training & Research Centre, Inde), **Ruane Barnabas** (University of Washington, États-Unis d'Amérique), **Stephanie Behel**, **Pollyanna Chavez**, **Cari Courtenay-Quirk**, **Amy Medley**, **Bharat Parekh**, **Amitabh Suthar** (CDC, États-Unis d'Amérique), **Jacque Calnan** (USAID, États-Unis d'Amérique), **Valentina Cambiano**, **Andrew Phillips** (University College London, Royaume-Uni), **Mohamed Chakroun** (Fattouma Bourguiba Teaching Hospital, Tunisia), **Namwinga Chintu** (Society for Family Health, Zambie), **Gareth Coats** (South African AIDS Trust, Afrique du Sud), **Julie Denison** (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, États-Unis d'Amérique), **Carol El-Hayek** (Burnet Institute, Australie), **Tom Ellman** (Médecins sans frontières, Afrique du Sud), **Victoria Frye**, **Leo Wilton** (Lindsley F. Kimball Research Institute, New York Blood Center, États-Unis d'Amérique), **Gitau Mburu** (AIDS Alliance, Royaume-Uni), **Kristina Grabbe** (Office of the Global AIDS Coordinator, États-Unis d'Amérique), **Bernadette Hensen**, **Melissa Neuman** (London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni), **Yan Jiang** (National AIDS Reference Laboratory, Chine), **Chonticha Kittinunvorakoon** (CDC, Thaïlande), **Raquel Lima** (CDC, Brésil), **Sheri Lippman** (University of California, États-Unis d'Amérique), **Peter MacPherson** (Farr Institute, Royaume-Uni), **Keletso Makofane** (ANOVA Health, Afrique du Sud), **Mohammed Majam** (Wits Reproductive Health and HIV Institute, University of the Witwatersrand, Afrique du Sud), **Hendramoorthy Maheswaran** (Warwick Medical School, Royaume-Uni), **Guillermo Martínez Pérez** (Barcelona Institute of Global Health, Libéria), **Christina Mwangi** (CDC, Ouganda), **Sue Napierala Mavedzenge** (RTI International, États-Unis d'Amérique), **Anna Osborne** (CHAI, Zimbabwe), **Lilian Otiso** (LVCT Health, Kenya), **Roger Peck** (PATH, États-Unis d'Amérique), **Supabhorn Pengnonyang**, **Nittaya Phanuphak** (Thai Red Cross, Thaïlande), **Jillian Sacks** (CHAI, États-Unis d'Amérique), **Leslie Shanks** (Inner City Health Associates, Canada), **Petra Stankard** (Population Services International, États-Unis d'Amérique), **Weiming Tang**, **Joseph Tucker** (University of North Carolina Project-China, Chine), **Madhuri Thakar** (National AIDS

Research Institute, Inde), **Lara Vojnov** (CHAI, République-Unie de Tanzanie), **Samantha Westrop** (Imperial College Healthcare NHS Trust, Royaume-Uni), **Charles Witzel** (Sigma Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni) et **William Wong** (Chinese University of Hong Kong, Région administrative spéciale de Hong Kong, Chine).

Représentants des institutions des Nations Unies et autres partenaires

Michael Bartos⁺ (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), Zimbabwe), **Rosalind Coleman**, **Peter Godfrey-Faussett** (ONUSIDA, Suisse), **Vladanka Andreeva** (ONUSIDA, Thaïlande), **Ade Fakoya**, **Obinna Onyekwena**, **Alain Prat**⁺ (Fonds mondial, Suisse), **Smiljka DeLussigny**, **Heather Ingold**, **Robert Matiru**, **Olawale Olayiwola**⁺, **Carmen Pérez Casas**⁺ (UNITAID, Suisse), **Lisa Nelson** (Office of the United States Global AIDS Coordinator, États-Unis d'Amérique), **Susan Kasedde**, **Ravi Bhairavabhotla**⁺ et **Paul Nary** (Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), États-Unis d'Amérique).

Groupe d'orientation de l'Organisation mondiale de la Santé

Équipe centrale du Groupe d'orientation sur les lignes directrices de l'OMS : **Rachel Baggaley**, **Cheryl Johnson**, **Carmen Figueroa**, **Shona Dalal** (Département VIH) et **Anita Sands** (Département Médicaments essentiels et produits de santé).

Membres du Groupe d'orientation sur les lignes directrices de l'OMS : **Alice Armstrong**, **Meg Doherty**, **Daniel Low-Beer**, **Shaffiq Essajee**, **Ioannis Mameletzis**, **Martina Penazzato**, **Michelle Rodolph**, **Julie Samuelson**, **Annette Verster** (Département VIH), **David Ross** (Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent), **Teodora Wi** (Département Santé reproductive et recherche), **Sarah Hess** (Programme mondial de lutte contre l'hépatite), **Annabel Baddeley** (Programme mondial de lutte contre la tuberculose), **Willy Urassa** (Programme OMS de préqualification des produits de diagnostic in vitro), **Freddy Perez**, **Giovanni Ravasi** (Bureau régional OMS des Amériques), **Nicole Seguy** (Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est), **Lali Khotenashvili** (Bureau régional OMS de l'Europe), **Joumana Hermez** (Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale), **Naoko Ishikawa** (Bureau régional OMS du Pacifique occidental), **Brian Chirombo** (OMS, Kenya), **Ishmael Nyasulu** (OMS, Malawi), **Busisiwe Msimanga-Radebe** (OMS, Afrique du Sud), **Lastone Chitembo** (OMS, Zambie) et **Simbarashe Mabaya** (OMS, Zimbabwe).

⁺ Personnes qui sont également membres du groupe de travail technique sur l'autodépistage du VIH.

Personnel et consultants de l'Organisation mondiale de la Santé

Theresa Babovic, Michel Beusenberg, Jesus Maria Calleja Garcia, Caitlin Payne (Département VIH), Igor Toskin (Département Santé reproductive et recherche), Phillipa Easterbrook, Stefan Wiktor (Programme mondial de lutte contre l'hépatite), Haileyesus Getahun, Avinash Kanchar (Programme mondial de lutte contre la tuberculose), Mercedes Perez Gonzalez, Mark Lanigan, Robyn Meurant, Irena Prat (Programme OMS de préqualification des produits de diagnostic in vitro), Frank Lule, Buhle Ncube (Bureau régional OMS de l'Afrique), Razia Pendse, Dongbao Yu (Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est), Lali Khotenashvili (Bureau régional OMS de l'Europe), Joumana Hermez (Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale), Ying Ru-Lo (Bureau régional OMS du Pacifique occidental), Mukta Sharma (OMS, Bangladesh), Leandro Sereno (WHO, Brésil), Po-Lin Chan (OMS, Chine), Bharat Rewari, Anuj Sharma (OMS, Inde), Christine Kisia (OMS, Kenya), Ishmael Nyasulu (OMS, Malawi), Augustin Ntilivamunda (OMS, Afrique du Sud), Sithembile Slamini-Kqeketo (OMS, Swaziland) et Christine Chiedza Musanhu (OMS, Zimbabwe).

Nadia Hilal McDonald et Valerie Amiel ont apporté un soutien administratif et Oyuntungalag Namjilsuren un appui en matière de communication. La mise en forme du présent document a été confiée à Jura Editorial Services.

Nous adressons nos plus vifs remerciements au Comité d'examen des lignes directrices de l'OMS et son secrétariat, Susan Norris et Myriam Felber.

Coordination générale

Rachel Baggaley a coordonné le processus général d'élaboration des présentes lignes directrices, avec la collaboration de Cheryl Johnson, Carmen Figueroa, Shona Dalal et Anita Sands, sous la supervision de Andrew Ball et Gottfried Hirschall (Département VIH de l'OMS).

Financement

UNITAID, la Fondation Bill et Melinda Gates, l'Agence des États-Unis pour le développement international et le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida ont financé les activités nécessaires à l'élaboration du présent document, y compris les revues systématiques, la compilation des données, et l'élaboration, la mise en forme et l'impression des lignes directrices.

ABRÉVIATIONS

| | |
|---------|--|
| ADVIH | autotest de dépistage du VIH |
| AQ | assurance de la qualité |
| ARV | médicament antirétroviral |
| CDC | Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique |
| GDG | Groupe d'élaboration des lignes directrices |
| GRADE | Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation |
| IST | infection sexuellement transmissible |
| ONG | organisation non gouvernementale |
| ONUSIDA | Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida |
| PICO | population, intervention, comparison, outcome |
| PPE | prophylaxie postexposition |
| PPrE | prophylaxie pré-exposition |
| RCED | rapport coût/efficacité différentiel |
| RR | risque relatif |
| TAR | traitement antirétroviral |
| TB | Tuberculose |
| TDR | test de diagnostic rapide |
| VIH | virus de l'immunodéficience humaine |
| CMMV | circoncision masculine médicale volontaire |
| OMS | Organisation mondiale de la Santé |
| Sida | syndrome d'immunodéficience acquise |
| UNICEF | Fonds des Nations Unies pour l'enfance |
| USAID | Agence des États-Unis pour le développement international |

GLOSSAIRE

Algorithme de dépistage : combinaison et séquence d'épreuves spécifiques utilisées dans le cadre des stratégies de dépistage du VIH.

Amélioration de la qualité : composante des activités de gestion de la qualité visant à accroître la capacité à satisfaire aux exigences de qualité.

Assurance de la qualité : composante des activités de gestion de la qualité consistant à fournir aux parties prenantes l'assurance que les exigences de qualité seront satisfaites.

Autotest du VIH avec assistance directe : situation dans laquelle une personne souhaitant effectuer un autotest de dépistage du VIH bénéficie d'une démonstration en personne de la part d'un prestataire formé ou d'un pair, avant ou pendant le test, lui expliquant comment réaliser le test et comment en interpréter les résultats. Cette assistance s'ajoute aux informations figurant sur la notice d'utilisation fournie par le fabricant et les autres documents contenus dans les kits d'autotest.

Autotest du VIH : processus par lequel une personne prélève son propre échantillon (fluide oral ou sang), effectue un test, puis interprète les résultats, souvent dans un cadre privé, seule ou avec une personne de confiance.

Autotest non assisté du VIH : autodépistage du VIH réalisé uniquement à l'aide d'un kit d'autotest contenant une notice d'utilisation émise par le fabricant. Comme pour tous les tests d'autodépistage, des liens ou des coordonnées utiles pour accéder à d'autres sources de soutien (p. ex. permanence téléphonique, vidéos d'instruction) peuvent être fournis aux utilisateurs.

Confirmer : émettre un rapport sur le statut d'une personne au regard de l'infection à VIH. Tout résultat de dépistage initialement réactif (positif), y compris en cas d'utilisation d'un autotest, doit être confirmé selon l'algorithme de dépistage validé au niveau national.

Contrôle de la qualité : ensemble de procédures visant à surveiller les méthodes et les résultats de dépistage afin de garantir l'efficacité des systèmes de dépistage. Ces procédures consistent notamment à tester des produits de contrôle, à consigner les résultats, à les analyser pour identifier les sources d'erreur éventuelles et à évaluer et consigner toute mesure corrective prise suite à cette analyse.

Couple sérodiscordant : couple dont l'un des partenaires est séropositif et l'autre est séronégatif pour le VIH.

Dépistage dans le cadre intime des rapports sexuels : situation dans laquelle une personne utilise un autotest de diagnostic rapide du VIH pour soumettre un partenaire sexuel potentiel à un dépistage et déterminer à la fois son propre statut sérologique au regard du VIH et celui de son partenaire.

Dépistage indicateur : souvent décrit comme étant le dépistage du VIH chez les cas indicateurs, patients indicateurs ou partenaires indicateurs. Il s'agit d'une approche ciblée de dépistage du VIH consistant à offrir un dépistage aux partenaires, aux membres du foyer et aux membres de la famille (enfants compris) des personnes chez lesquelles une infection à VIH a été diagnostiquée. Pour de plus amples informations sur le dépistage des partenaires indicateurs, voir les définitions des termes suivants : notification assistée aux partenaires, notification contractuelle, notification double, services de notification aux partenaires, notification passive et notification par le prestataire.

Dispositif médical de diagnostic in vitro : dispositif médical, utilisé seul ou en combinaison, conçu par le fabricant pour permettre l'examen d'échantillons provenant du corps humain, uniquement ou essentiellement aux fins de fournir les informations nécessaires au diagnostic, au suivi ou à la détermination de la compatibilité. Un dispositif médical de diagnostic in vitro pourra par exemple être

utilisé aux fins suivantes : diagnostic, aide au diagnostic, dépistage, suivi, prédisposition, pronostic, prévision et détermination de l'état physiologique.

Épidémie concentrée : situation dans laquelle l'infection à VIH s'est propagée rapidement au sein d'une sous-population donnée (p. ex. hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, personnes transgenres, travailleurs du sexe, consommateurs de drogue ou personnes vivant en milieu carcéral ou dans d'autres structures fermées), mais n'est pas bien établie dans la population générale. Ce type d'épidémie est révélateur de la présence de réseaux actifs de personnes ayant des comportements à haut risque au sein de la sous-population concernée. L'évolution future de l'épidémie dépend de la nature des liens existant entre les sous-populations à forte prévalence du VIH et la population générale. Mesure indirecte : la prévalence de l'infection à VIH est systématiquement supérieure à 5 % dans au moins une sous-population définie, mais est inférieure à 1 % chez les femmes enceintes en consultation prénatale.

Épidémie généralisée : situation dans laquelle l'infection à VIH est bien établie dans la population générale. Bien que les sous-populations à haut risque puissent contribuer de manière disproportionnée à la propagation du VIH, les réseaux sexuels au sein de la population générale suffisent à faire persister l'épidémie. Mesure indirecte : la prévalence de l'infection à VIH est systématiquement supérieure à 1 % chez les femmes enceintes en consultation prénatale.

Test ou analyse sérologique : test permettant de détecter la présence d'anticorps dans un échantillon humain. Ces tests sont généralement réalisés à partir d'échantillons de sérum ou de plasma, mais aussi de sang total capillaire/veineux ou de fluides oraux. Par exemple, les tests de diagnostic rapide, les tests immunologiques et certains tests complémentaires de dépistage du VIH sont des tests sérologiques.

Test ou analyse : procédure complète visant à détecter la présence d'un analyte ou à en déterminer sa concentration. Dans le cas du VIH, cela inclut toutes les composantes d'un kit de dépistage permettant d'identifier l'antigène p24 du VIH ou les anticorps dirigés contre le VIH-1/2.

Fenêtre sérologique : période allant du moment où l'infection à VIH a lieu jusqu'au moment où les anticorps anti-VIH-1/2 sont détectés par des épreuves sérologiques, marquant la fin de la fenêtre sérologique de diagnostic et la fin de la séroconversion.

Infection aigüe : période pendant laquelle une personne est infectée par le VIH, mais sans que les anticorps anti-VIH puissent encore être détectés par une épreuve sérologique.

Information avant le dépistage : dialogue engagé par un prestataire communautaire ou un agent de santé avec un patient pour lui communiquer des informations exactes avant la réalisation d'un test de dépistage du VIH.

Notification assistée aux partenaires : situation dans laquelle des patients séropositifs pour le VIH ont signifié leur consentement pour qu'un prestataire de soins formé les aide à divulguer leur statut ou à informer anonymement leurs partenaires sexuels et/ou leurs partenaires d'injection de drogue qu'ils pourraient avoir été exposés au VIH. Le prestataire propose alors un dépistage du VIH à ces partenaires. La notification assistée aux partenaires s'inscrit dans le cadre d'une notification contractuelle, d'une notification par le prestataire ou d'une notification double.

Notification contractuelle : méthode de notification assistée aux partenaires dans laquelle les patients séropositifs pour le VIH passent un contrat avec un prestataire de soins formé et acceptent d'informer eux-mêmes leurs partenaires de leur statut et du risque d'exposition au VIH, ainsi que d'orienter ces partenaires vers des services de dépistage du VIH dans un délai convenu. Si les partenaires n'ont pas recours aux services de dépistage ou ne prennent pas contact avec le prestataire de soins dans ce délai, le prestataire contacte les partenaires directement pour leur proposer un dépistage volontaire.

Notification double : méthode de notification assistée aux partenaires dans laquelle un prestataire de soins formé accompagne et soutient les patients séropositifs pour le VIH au moment où ces derniers révèlent leur statut à leurs partenaires et les informent de leur exposition potentielle au VIH. Le prestataire propose également un dépistage volontaire du VIH aux partenaires.

Notification par le prestataire : service de notification assistée aux partenaires dans lequel, avec le consentement du patient séropositif, un prestataire formé prend confidentiellement contact avec les partenaires de cette personne et leur propose un dépistage volontaire du VIH.

Notification passive : service de notification aux partenaires dans le cadre duquel un prestataire formé encourage les patients séropositifs pour le VIH à divulguer eux-mêmes leur statut à leurs partenaires sexuels et/ou à leurs partenaires d'injection de drogue, et à suggérer à ces derniers de se faire dépister pour le VIH, compte tenu de leur exposition potentielle à l'infection.

Partage des tâches : redistribution rationnelle des tâches et du champ élargi des activités entre les différents prestataires de soins de santé, y compris les prestataires non professionnels.

Populations clés : groupes définis qui, en raison de comportements à haut risque, sont exposés à un risque accru d'infection à VIH, indépendamment du type d'épidémie ou du contexte local. Dans le cadre des présentes lignes directrices, les groupes suivants sont considérés comme des populations clés : hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, consommateurs de drogue par injection, personnes vivant en milieu carcéral ou dans d'autres structures fermées, travailleurs du sexe et personnes transgenres.

Préjudice ou préjudice social : toute cause, intentionnelle ou non, de souffrance physique, économique, psychologique ou psychosociale, auto-infligée ou infligée par une autre personne ou une institution, avant, pendant ou après un test de dépistage du VIH.

Prestataire communautaire : toute personne qui exerce des fonctions liées à la prestation de soins de santé et qui a été formée à la prestation de ces services, mais ne possède pas de certificat professionnel ou paraprofessionnel formel, ni de diplôme d'études supérieures.

Répétition du dépistage : s'applique aux situations dans lesquelles certains sujets doivent faire l'objet d'un nouveau dépistage après un délai défini : 1) les personnes séronégatives pour le VIH, mais qui sont soumises à un risque récent ou persistant d'exposition à l'infection ; 2) les personnes dont le statut vis-à-vis du VIH est non concluant ; et 3) les personnes séropositives pour le VIH, avant qu'elles n'entrent dans la filière de soins ou ne commencent un traitement. La réalisation d'un nouveau test de dépistage avant la mise en route des soins ou du traitement peut notamment se justifier par la nécessité de vérifier qu'il n'y a pas eu d'erreur lors des analyses de laboratoire ou de la transcription des résultats ou de déterminer si une séroconversion a eu lieu.

Résultat de test de dépistage du VIH : résultat donné par un test unique avec un type d'analyse donné.

Résultat de test négatif : résultat d'un test de dépistage qui ne met en évidence aucune réaction révélatrice de la présence d'un analyte, c'est-à-dire de l'antigène p24 du VIH-1 ou des anticorps anti-VIH-1/2 dans le cas du VIH.

Résultat de test positif : résultat d'un test de dépistage qui met en évidence une réaction révélatrice de la présence d'un analyte, c'est-à-dire, dans le cas du VIH, de l'antigène p24 du VIH-1 ou des anticorps anti-VIH-1/2.

Sensibilité : probabilité qu'un test/un algorithme de dépistage du VIH parvienne correctement à identifier tous les échantillons contenant des anticorps anti-VIH-1/2 et/ou l'antigène p24 du VIH-1.

Séroconversion : processus par lequel le système immunitaire d'un patient produit une quantité d'anticorps anti-VIH-1/2 suffisante pour être détectée par une épreuve sérologique donnée.

Services de notification aux partenaires : peut aussi être désigné par les termes de divulgation ou de recherche des contacts ; processus volontaire dans le cadre duquel un prestataire de soins formé demande à une personne ayant reçu un diagnostic d'infection à VIH de lui donner des informations sur ses partenaires sexuels et/ou ses partenaires d'injection de drogue, puis, si le patient séropositif y consent, propose un dépistage du VIH à ces partenaires. La notification aux partenaires peut être effectuée selon une approche passive ou une approche assistée.

Spécificité : probabilité qu'un test/un algorithme de dépistage parvienne correctement à identifier tous les échantillons ne contenant pas d'anticorps anti-VIH-1/2 ou d'antigène p24 du VIH-1.

Statut sérologique au regard du VIH : rapport final remis au patient, donnant une interprétation définitive de son statut vis-à-vis de l'infection sur la base d'une série de résultats obtenus au moyen d'un ou plusieurs tests. Ce statut peut être séropositif, séronégatif ou non concluant.

Stratégie de dépistage : séquence de tests visant à atteindre un objectif particulier. Dans le contexte du VIH, la stratégie de dépistage tient compte de la prévalence présumée de l'infection à VIH dans la population testée, selon qu'elle est élevée (5 % et plus) ou faible (inférieure à 5 %).

Système de gestion de la qualité : système utilisé pour diriger et gérer les activités d'une organisation en matière de qualité. La réalisation des objectifs relatifs à la qualité exige de déployer des efforts systématiques axés sur les processus. Les principes de gestion de la qualité s'appliquent à différents domaines d'activité, dont la documentation, l'organisation, le personnel, le matériel, les achats et la gestion des stocks, le contrôle des processus, la gestion de l'information, la gestion des événements, l'évaluation externe et interne, l'amélioration des processus, le service à la clientèle, les installations et la sécurité.

Test à des fins de triage : approche de dépistage reposant sur la réalisation d'un test unique de diagnostic rapide du VIH, effectué soit par un prestataire formé, soit par une personne utilisant un autotest. Les personnes ayant obtenu un résultat positif sont invitées, par un prestataire formé ou par un support d'information sous forme écrite ou graphique, à se rendre dans un établissement pour subir un nouveau test à des fins de confirmation. Si leur statut séropositif pour le VIH est confirmé, ces personnes sont orientées vers des services de prévention, de traitement, de soins ou de soutien. Les personnes ayant obtenu un résultat négatif sont invitées à se mettre en contact avec des services adaptés de prévention du VIH et à effectuer un nouveau test si le test initial a été réalisé dans les 6 à 12 semaines suivant une exposition potentielle au VIH ou si elles sont exposées à un risque persistant d'infection par le VIH.

Test de diagnostic rapide : dispositif médical de diagnostic in vitro, fondé sur l'immunochromatographie ou l'immunofiltration, permettant de détecter, dans le cadre du dépistage du VIH, les anticorps dirigés contre le VIH-1/2 ou l'antigène p24-1 du VIH.

Test répété : situation dans laquelle un sujet est soumis à un test de dépistage supplémentaire immédiatement après le premier test, au cours de la même consultation, si les résultats obtenus sont contradictoires ou donnent un statut non concluant vis-à-vis du VIH. Ce nouveau test est réalisé avec le même type d'épreuve et, si possible, à partir du même échantillon.

Valeur prédictive négative : probabilité qu'une personne ayant obtenu un résultat négatif à un test de dépistage ne soit pas infectée par le VIH, c'est-à-dire qu'elle soit réellement séronégative.

Valeur prédictive positive : probabilité qu'une personne ayant obtenu un résultat positif à un test de dépistage soit infectée par le VIH, c'est-à-dire qu'elle soit réellement séropositive.

Violence exercée par le partenaire intime : dans le cadre d'une relation intime, comportement qui entraîne un préjudice physique, psychologique ou sexuel pour l'un des membres de la relation, notamment les actes de violence physique, sexuelle, psychologique ou affective et les comportements dominateurs.

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

Objectif

Afin d'atteindre les cibles mondiales 90–90–90 des Nations Unies relatives au VIH, en particulier la première cible visant l'établissement d'un diagnostic chez 90 % des personnes vivant avec le VIH, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a élaboré des *Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH*, publiées en 2015 (1).

Le présent document présente les nouvelles recommandations et orientations de l'OMS sur :

1. l'autotest du VIH
2. la notification aux partenaires

Dans cette première édition des lignes directrices, l'OMS résumait les lignes directrices existantes concernant les services de dépistage du VIH et émettait une nouvelle recommandation, portant sur la formation des prestataires de soins communautaires pour qu'ils puissent assurer un service de dépistage au moyen de tests de diagnostic rapide (TDR).

En outre, ces lignes directrices soulignaient la nécessité d'adopter des approches stratégiques de prestation des services de dépistage du VIH. Elles mettaient en particulier l'accent sur les possibilités offertes par les autotests de dépistage du VIH pour améliorer l'accès au dépistage, en particulier parmi les hommes, les populations clés1 et les jeunes. Elles soulignaient également la nécessité d'accroître le recours aux services de dépistage chez les couples et les partenaires, notamment en proposant un dépistage aux partenaires des personnes infectées par le VIH (1). Ces lignes directrices attiraient en outre l'attention sur l'existence d'un marché non réglementé d'autotests de dépistage du VIH, en pleine expansion dans certains pays à revenu faible et intermédiaire, conduisant souvent à l'utilisation de produits de qualité incertaine. Depuis la publication de ces lignes directrices de 2015, de nombreux pays ont reconnu la nécessité de promouvoir l'autotest du VIH de manière plus réglementée et de veiller à ce que les TDR utilisés pour l'autodépistage du VIH soient homologués par les autorités réglementaires compétentes ou approuvés à l'issue d'un examen réglementaire international.

L'OMS préconise le dépistage des partenaires depuis 2012 (2). Bien que des progrès aient été accomplis en termes d'intégration du dépistage des partenaires dans les politiques nationales de dépistage (en particulier pour les partenaires des femmes se présentant en consultation prénatale), la mise en œuvre du dépistage des partenaires reste inadéquate dans la plupart des pays (3).

Depuis la publication des lignes directrices unifiées de 2015, de nouvelles informations sont apparues. Par conséquent, afin de mieux aider les pays, les administrateurs des programmes, les agents de santé et les autres intervenants à atteindre les objectifs nationaux et internationaux relatifs au VIH (4), le présent supplément, rédigé en 2016, formule de nouvelles recommandations et orientations concernant l'autodépistage du VIH et les services de notification assistée aux partenaires.

Ces nouvelles lignes directrices visent à :

- appuyer la mise en œuvre et l'adoption à grande échelle d'approches d'autodépistage du VIH et de notification assistée aux partenaires qui soient éthiques, efficaces, acceptables et fondées sur des données probantes ;

- promouvoir l'offre systématique de services de notification assistée aux partenaires, fondés sur la participation volontaire, dans le cadre d'une stratégie de dépistage du VIH axée sur la santé publique ;
- 1 Dans le présent document, les populations clés sont définies comme suit : hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, personnes vivant en milieu carcéral ou dans d'autres structures fermées, consommateurs de drogue par injection, travailleurs du sexe et personnes transgenres. Pour de plus amples informations sur les populations clés, consulter les Lignes directrices unifiées de l'OMS sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/fr/>).
- fournir des conseils sur la manière dont l'autotest du VIH et la notification assistée aux partenaires peuvent être intégrés dans les services de dépistage du VIH, tant au niveau communautaire qu'au sein des établissements de santé, et adaptés à des groupes de population particuliers ;
- soutenir l'introduction de l'autotest du VIH à titre d'intervention à part entière des services de dépistage en utilisant des produits de qualité avérée qui ont été approuvés par l'OMS et d'autres organismes officiels locaux et internationaux ;
- faire valoir l'importance de l'autotest du VIH et de la notification assistée aux partenaires en tant que stratégies pouvant contribuer à combler les lacunes de dépistage et permettre d'atteindre les cibles 90-90-90 des Nations Unies et les objectifs mondiaux à l'horizon 2030.

Ces nouvelles lignes directrices abordent les questions liées à l'autodépistage du VIH et à la notification assistée aux partenaires parmi les groupes de population suivants :

- population générale ;
- femmes enceintes et femmes en période de postpartum ;
- couples et partenaires ;
- adolescents (10 à 19 ans) et jeunes adultes (15 à 24 ans) ;
- populations clés ;
- populations vulnérables.

Méthode d'élaboration des lignes directrices

Au vu des nouvelles informations devenues disponibles concernant les avantages potentiels de l'autotest du VIH et de la notification assistée aux partenaires, des experts externes et d'autres parties prenantes ont proposé à l'OMS de préparer un supplément aux *Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH* (1). Ainsi, de novembre 2015 à août 2016, le Département VIH de l'OMS a dirigé l'élaboration de nouvelles lignes directrices, en collaboration avec le Groupe d'orientation sur les lignes directrices de l'OMS, ainsi qu'un groupe indépendant d'élaboration des lignes directrices (GDG), équilibré en termes de représentation géographique et de répartition hommes-femmes et constitué d'experts externes, dont des universitaires, des chercheurs, des administrateurs de programme, des spécialistes de la mise en œuvre et des représentants de réseaux et d'organismes communautaires. Le Département VIH, le Groupe d'orientation sur les lignes directrices et le GDG ont formulé les questions PICO (de l'anglais « population, intervention, comparator, outcome ») sur lesquelles se fondent les nouvelles lignes directrices. Ces travaux ont également bénéficié de l'appui du Groupe de travail technique sur l'autotest du VIH, convoqué conjointement par le Département VIH de l'OMS et le Programme de réqualification des produits de diagnostic in vitro, ainsi que du Groupe d'examen externe.

Entre janvier et avril 2016, l'OMS a organisé quatre réunions virtuelles du GDG et du Groupe d'orientation sur les lignes directrices de l'OMS. Au cours de ces réunions, le Département VIH de l'OMS a présenté une vue d'ensemble de la méthode GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) (5–7), et les deux groupes ont examiné et finalisé les questions PICO, ainsi que les résultats attendus et les stratifications pour chacune des revues systématiques. Par le biais d'une enquête électronique, ces groupes ont alors classé les résultats de chaque revue systématique par ordre d'importance selon l'échelle d'évaluation GRADE (1–9) (5).

Entre avril et juillet 2016, le Département VIH de l'OMS a organisé quatre réunions virtuelles et une réunion en présentiel du Groupe de travail technique sur l'autodépistage du VIH. Au cours de ces réunions, les normes proposées pour la préqualification par l'OMS des TDR du VIH destinés à l'autodépistage ont été présentées, les données relatives à l'efficacité des TDR utilisés pour l'autodépistage du VIH ont été examinées, et des discussions ont été engagées en vue de définir une méthode d'évaluation de ces TDR fondée sur le rapport risques-avantages. L'OMS s'est appuyée sur cet examen des données, ainsi que sur les autres informations présentées lors de ces réunions d'experts, pour formuler un ensemble de spécifications techniques applicables aux TDR destinés à l'autodépistage du VIH. Ces spécifications sont disponibles sur le site Web du Programme de préqualification de l'OMS des produits de diagnostic in vitro : http://www.who.int/diagnostics_laboratory/guidance/en/.

Le GDG et le Groupe d'orientation sur les lignes directrices de l'OMS ont examiné les définitions existantes et contribué les éléments nécessaires à leur mise à jour ou à l'élaboration de nouvelles définitions pour orienter les nouvelles lignes directrices et mener à bien certains travaux de fond supplémentaires, dont : un examen de la précision et de la performance, une analyse du rapport coût/efficacité, une analyse risques-avantages, une évaluation des politiques nationales, des analyses et des enquêtes sur les valeurs et les préférences et un examen du préjudice social.

En juillet 2016, l'OMS a organisé une réunion en présentiel du Groupe d'orientation sur les lignes directrices de l'OMS et du GDG pour évaluer les résultats définitifs des revues systématiques selon la méthode GRADE et des autres travaux de fond. Le Groupe de travail technique sur l'autodépistage du VIH, également convié à cette réunion, a abordé les questions liées à la mise en œuvre et à l'identification des lacunes en matière de mise en œuvre et de recherche. Sur la base des données fournies, le GDG a émis des recommandations à l'intention de l'OMS concernant l'autodépistage du VIH et les services de notification assistée aux partenaires.

À l'issue de ce processus, le Groupe d'examen externe, des spécialistes des institutions des Nations Unies et des membres du personnel du Département VIH de l'OMS, ainsi que d'autres départements et équipes régionales de l'OMS, ont examiné ces lignes directrices et apporté des contributions complémentaires.

Recommandations

Les recommandations présentées dans ces nouvelles lignes directrices sont résumées dans l'encadré suivant :

NOUVEAU

Recommandations

L'autotest du VIH devrait être proposé comme approche complémentaire aux services de dépistage du VIH (*recommandation forte, données de qualité moyenne*).

Des services de notification assistée aux partenaires, fondés sur la participation volontaire, devraient être proposés dans le cadre d'un ensemble complet de services de dépistage et de soins pour les personnes vivant avec le VIH (*recommandation forte, données de qualité moyenne*).

La nouvelle recommandation relative à l'autodépistage du VIH est conforme aux recommandations existantes de l'OMS préconisant le partage des tâches, le recours aux prestataires communautaires formés dans le secteur de la santé et la réalisation de *tests à des fins de triage (1)*. À l'aide de la méthode GRADE, le GDG a déterminé que les données à l'appui de cette recommandation étaient de qualité moyenne et, sur cette base, a émis une recommandation forte à l'OMS, préconisant que l'autodépistage du VIH soit proposé comme approche complémentaire aux services de dépistage du VIH.

La recommandation relative à la notification assistée aux partenaires s'inscrit dans la lignée des recommandations actuelles de l'OMS en faveur du dépistage des couples et des partenaires, visant notamment à offrir un dépistage du VIH aux partenaires et aux membres du foyer et de la famille des personnes séropositives pour le VIH (1,2). À l'aide de la méthode GRADE, le GDG a jugé que les données à l'appui de cette recommandation étaient de qualité moyenne et, sur cette base, a émis une recommandation forte à l'OMS, préconisant que des services de notification assistée aux partenaires, fondés sur la participation volontaire, soient proposés dans le cadre d'un ensemble complet de services de dépistage et de soins pour les personnes vivant avec le VIH.

Répercussion sur les programmes

L'objectif des présentes lignes directrices est d'aider les pays à proposer deux options supplémentaires en matière de dépistage du VIH afin d'atteindre les personnes qui autrement ne se feraient pas tester.

Pour que la riposte mondiale au VIH atteigne ses objectifs, il est essentiel que les lacunes de dépistage soient comblées et qu'un diagnostic soit posé pour 90 % des personnes vivant avec le VIH à l'horizon 2020.

L'objectif des présentes lignes directrices de l'OMS est d'aider les pays à proposer deux options supplémentaires en matière de dépistage du VIH afin d'atteindre les personnes qui seraient sinon

susceptibles de ne pas se faire tester, en particulier celles qui sont exposées à un risque élevé d'infection par le VIH. Ces lignes directrices visent également à permettre aux pays et aux programmes d'étendre la couverture de manière stratégique dans les zones et les populations qui en ont le plus besoin et d'accroître l'accès aux services, contribuant ainsi à la réalisation des cibles mondiales relatives au VIH.

À cette fin, les pays devront évaluer leur situation particulière, en tenant compte du contexte épidémiologique qui est le leur et des populations dont les besoins sont les plus importants. Il est également important que les stratégies adoptées par les programmes respectent les cinq principes essentiels définis par l'OMS en matière de dépistage du VIH (les « 5 C ») : **Consentement**, **Confidentialité**, **Conseil**, **résultats Corrects des tests** et **Connexion (1)**. En outre, ces stratégies doivent s'attacher à éliminer les obstacles sociaux et juridiques propres au pays ou à des groupes de population particuliers, qui entravent l'accès et le recours aux services de dépistage.

INTRODUCTION

1

| | | |
|-------|---|---|
| 1.1 | Progrès accomplis et difficultés rencontrées en matière de dépistage du VIH | 2 |
| 1.1.1 | Un dépistage encore insuffisant chez les hommes | 2 |
| 1.1.2 | Des adolescents également mal desservis | 3 |
| 1.1.3 | Accroître l'accès pour les populations clés | 4 |
| 1.2 | Justification des lignes directrices | 5 |
| 1.3 | Champ d'application des lignes directrices | 5 |
| 1.4 | Utilisation des lignes directrices | 5 |
| 1.5 | But et objectifs | 6 |
| 1.6 | Public cible | 6 |
| 1.7 | Principes directeurs | 7 |

1.1 Progrès accomplis et difficultés rencontrées en matière de dépistage du VIH

Pour que la riposte mondiale au VIH atteigne ses objectifs, il est essentiel que chaque personne connaisse son statut sérologique au regard du VIH, ainsi que celui de son partenaire. Le but essentiel des services de dépistage du VIH consiste à établir un diagnostic et à faciliter l'accès et le recours aux services de prévention, de traitement et de soins de l'infection à VIH, notamment au traitement antirétroviral (TAR), à la circoncision masculine médicale volontaire, aux services de prévention de la transmission mère-enfant, aux préservatifs masculins et féminins et aux lubrifiants, à la contraception, aux services de réduction des risques pour les consommateurs de drogue par injection, à la prophylaxie pré-exposition et à la prophylaxie postexposition. Ces interventions à fort impact sont susceptibles de réduire la transmission du VIH, ainsi que la morbidité et la mortalité associées à l'infection (1,8–10).

Au cours des dix dernières années, les efforts de dépistage du VIH se sont considérablement intensifiés à l'échelle mondiale. En 2005, on estimait que seules 10 % des personnes vivant avec le VIH en Afrique avaient connaissance de leur statut pour le VIH et qu'à l'échelle mondiale, seules 12 % des personnes qui souhaitaient se soumettre à un dépistage du VIH avaient la possibilité de le faire (11). Pour 2015 en revanche les estimations indiquent que la proportion de personnes infectées par le VIH connaissant leur statut sérologique était de 55 % en Afrique et de 60 % à l'échelle mondiale (12) et que plus de 600 millions de personnes avaient bénéficié d'un dépistage du VIH entre 2010 et 2014 dans 122 pays à revenu faible ou intermédiaire (13). Ces accomplissements ont en grande partie été possibles grâce à l'utilisation généralisée de traitements efficaces contre l'infection à VIH et à la large disponibilité de tests de diagnostic rapide (TDR) peu coûteux. La disponibilité et l'utilisation accrues des TDR ont favorisé le partage des tâches, permettant au dépistage d'être également effectué par des prestataires de soins non professionnels et d'être mis en œuvre dans un plus grand nombre de contextes, qu'il s'agisse d'établissements de santé assurant un dépistage systématique ou de services au niveau communautaire.

Nombre de personnes à haut risque d'infection par le VIH ne sont pas couvertes par les services de dépistage.

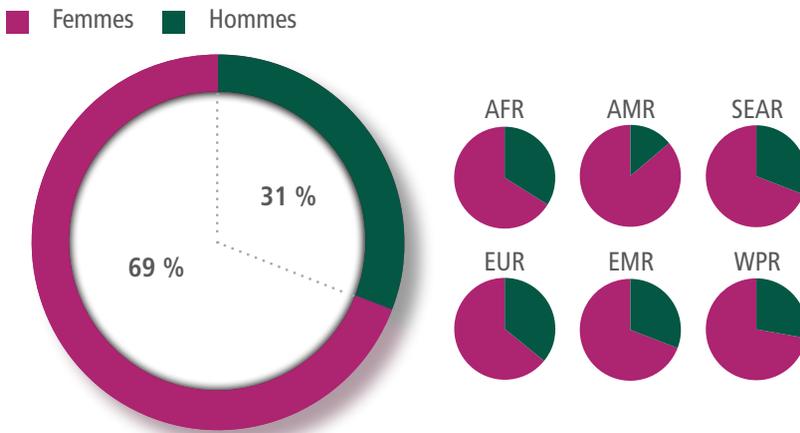
Malgré ces progrès, des lacunes importantes persistent en matière de dépistage. Selon de récentes estimations, 77 % des personnes ayant reçu un diagnostic d'infection à VIH suivent un TAR ; cependant, 40 % des personnes vivant avec le VIH n'ont jamais bénéficié d'un diagnostic (12).

En outre, bien que la disponibilité des tests et la couverture du dépistage progressent chaque année un peu plus (13), on constate que, trop souvent, les services de dépistage ne sont pas suffisamment ciblés. Nombre de personnes à haut risque d'infection, notamment parmi les hommes, les partenaires de personnes vivant avec le VIH, les adolescents et les jeunes dans les zones de forte prévalence du VIH et les populations clés à l'échelle mondiale, ne sont pas couvertes par les services de dépistage.

1.1.1 Un dépistage encore insuffisant chez les hommes

À l'échelle mondiale, le recours au dépistage du VIH et la couverture des services associés continuent d'être plus faibles chez les hommes que chez les femmes (3). Les données communiquées par 76 pays à revenu faible ou intermédiaire indiquent que près de 70 % des tests de dépistage du VIH effectués chez l'adulte dans ces pays en 2014 concernaient des femmes (voir Fig. 1.1)(13). Selon les informations recueillies à l'échelle mondiale, cela s'explique par le fait que le dépistage du VIH est désormais bien intégré aux services de santé reproductive, notamment dans le cadre des soins prénatals, mais que cette intégration n'a pas été opérée de manière systématique dans d'autres services cliniques pertinents. En outre, le dépistage des partenaires masculins n'est pas pratiqué à grande échelle et, lorsqu'il est offert, n'est pas toujours accepté

Figure 1.1. Proportions d'hommes et de femmes parmi les personnes de plus de 15 ans ayant bénéficié de services de dépistage du VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, par Région de l'OMS, 2014



AFR = Région africaine ; AMR = Région des Amériques ; SEAR = Région de l'Asie du Sud-Est ; EUR = Région européenne ; EMR = Région de la Méditerranée orientale ; et WPR = Région du Pacifique occidental.

Source: OMS, 2015 (13).

(3). Une enquête a montré que sur 58 pays à revenu faible ou intermédiaire, seule la moitié était dotée de politiques visant à favoriser le dépistage du VIH chez les couples en juin 2014 (14). Les pays enregistrant un taux de dépistage des couples supérieur à 20 % dans les structures de soins prénatals étaient encore moins nombreux et la probabilité qu'un dépistage soit proposé aux partenaires dans des contextes autres que les soins prénatals était encore plus faible (14) ; plus de la moitié des pays ne disposaient d'aucune politique recommandant de proposer un dépistage aux partenaires dans toutes les structures (pour plus de détails, voir l'annexe 24).

Les facteurs entravant l'accès et le recours des hommes aux services de dépistage du VIH ont souvent trait à la perception qu'ont les hommes que les services de santé, en particulier dans les structures de soins prénatals, ne sont pas adaptés à leurs besoins (15). D'autres croyances et comportements socioculturels contribuent également à cette situation. Par conséquent, de nombreux hommes continuent d'échapper au dépistage ; ainsi, ceux qui sont séropositifs ne bénéficient pas d'un diagnostic et n'accèdent que tardivement aux services de traitement et de soins. C'est pourquoi, dans de nombreux pays, le taux de mortalité lié à l'infection à VIH est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (16).

Des stratégies doivent être formulées pour accroître le recours au dépistage parmi les hommes, notamment en offrant un dépistage dans des lieux plus accessibles. Il faut également trouver les moyens d'encourager un dépistage accru des partenaires masculins dans les contextes de forte prévalence, ainsi que le dépistage des partenaires masculins de femmes infectées par le VIH dans tous les contextes. Certaines revues systématiques récentes indiquent que les services de notification assistée aux partenaires, les autotests de dépistage du VIH, les interventions axées sur les hommes et les interventions communautaires, comme le dépistage mobile ou à domicile, constituent des stratégies particulièrement prometteuses, qui ont permis d'accroître le recours au dépistage du VIH chez les hommes dans plusieurs contextes (17,18).

1.1.2 Des adolescents également mal desservis

Les adolescents, en particulier les filles, sont également exposés à un risque considérable d'infection par le VIH. C'est en Afrique subsaharienne, où vivent près de 90 % des adolescents séropositifs pour le VIH dans le monde (10-19 ans), que ce risque est le plus élevé (19). Une analyse réalisée dans 19 pays d'Afrique subsaharienne montre en outre qu'indépendamment du sexe, les adolescents orphelins ont une probabilité plus grande de contracter l'infection à VIH que les autres adolescents (20).

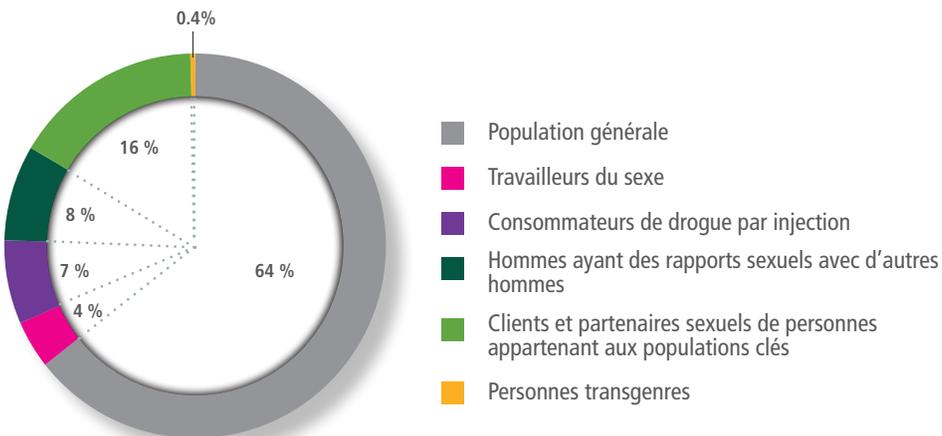
Malgré les besoins existants, la couverture et le recours aux services de dépistage du VIH demeurent inadéquats chez les adolescents. Dans la Région africaine de l'OMS, on estime que moins d'une jeune fille sur cinq (âgée de 15 à 19 ans) connaît son statut au regard du VIH (21,22). L'insuffisance de l'accès et du recours au dépistage découle souvent du fait que la qualité des services est inadéquate, ou perçue comme telle, ainsi que de l'existence de lois et de politiques restrictives (par exemple, des lois relatives à l'âge de consentement, qui empêchent l'accès des adolescents aux services de dépistage du VIH) (23). Des efforts accrus doivent être consentis, en particulier pour améliorer l'accès aux services de dépistage parmi les adolescents vivant dans des zones où l'incidence de l'infection à VIH est élevée, en Afrique subsaharienne, ainsi que parmi les jeunes des populations clés dans tous les pays.

1.1.3 Accroître l'accès pour les populations clés

Les populations clés sont également touchées de manière disproportionnée par l'infection à VIH. Ces populations représentent environ 36 % des 1,9 million d'adultes nouvellement infectés par le VIH chaque année (8,12) (voir Figure 1.2). Bien que les pays soient de plus en plus nombreux à inclure les populations clés dans leurs lignes directrices nationales relatives aux services de dépistage du VIH, la mise en œuvre reste limitée et la couverture se maintient à un niveau faible dans la plupart des pays (13).

La faible couverture et le recours insuffisant aux services de dépistage du VIH dans les populations clés ne sont pas uniquement imputables à un manque d'accessibilité, mais aussi à un problème d'acceptabilité de ces services. Le faible niveau d'acceptabilité est souvent lié à une prestation peu conviviale des services, à la crainte de subir une stigmatisation ou une

Figure 1.2. Répartition mondiale des nouveaux cas d'infection à VIH par groupe de population, 2014



Source: ONUSIDA, 2016 (12).

discrimination, et à la présence de lois et de pratiques qui criminalisent les comportements et découragent ainsi le recours aux services de santé, y compris au dépistage du VIH (8).

Face à ces difficultés, il est nécessaire de redoubler les efforts et de formuler de nouvelles stratégies pour atteindre les personnes dont l'infection à VIH n'a pas été diagnostiquée. De nombreux pays et programmes s'emploient à trouver des approches novatrices de dépistage du VIH afin d'atteindre les cibles nationales et mondiales fixées en la matière.

1.2 Justification des lignes directrices

Les présentes lignes directrices de 2016 visent à combler les lacunes des *Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH* en fournissant des recommandations et des orientations sur l'autodépistage du VIH et la notification assistée aux partenaires. Les pays sont particulièrement désireux d'obtenir des orientations de l'OMS concernant l'autodépistage du VIH, compte tenu du nombre croissant de kits d'autotest du VIH disponibles par le biais de canaux informels, tels que les pharmacies privées ou les sites internet, proposant des produits qui sont souvent de qualité incertaine (24-26). De même, même si plusieurs pays ont établi des politiques de notification aux partenaires, leur mise en œuvre laisse encore à désirer dans la pratique, bien que cette intervention soit simple, efficace et susceptible de conduire au diagnostic d'une forte proportion de personnes vivant avec le VIH. En outre, les inquiétudes émises quant au risque de préjudice social, et notamment de violence, pouvant découler de la notification aux partenaires n'ont en rien été confirmées par les études scientifiques menées à ce jour. Les responsables de la mise en œuvre des programmes doivent certes être conscients des risques de préjudice pouvant résulter de la divulgation du statut sérologique vis-à-vis du VIH, mais ces risques doivent être examinés au regard des avantages offerts par cette démarche, en termes de diagnostic des infections à VIH et de mise en relation des patients avec les services de traitement. Les services volontaires de notification assistée aux partenaires sexuels et aux partenaires d'injection de drogue de personnes infectées par le VIH permettent d'accroître le nombre de personnes conscientes de leur exposition à l'infection.

Les pays et les autres partenaires clés ont souligné l'importance de ces nouvelles orientations, qui les aideront à décider dans quelle mesure et de quelle manière adopter ces deux stratégies de dépistage du VIH pour renforcer leur capacité à intensifier et à cibler les services de dépistage du VIH en vue d'atteindre les objectifs 90-90-90 des Nations Unies et d'accélérer les efforts d'élimination de l'infection à VIH à l'horizon 2030 (4).

1.3 Champ d'application des lignes directrices

Ces nouvelles lignes directrices présentent deux approches de dépistage qui n'étaient pas abordées dans les *Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH* de 2015 (1). Elles fournissent en particulier des conseils pour une mise en œuvre éthique, convenable et efficace de l'autotest du VIH et des services de notification assistée aux partenaires. La méthodologie employée pour l'élaboration de ces lignes directrices est décrite en détail dans l'annexe 16. Les orientations et recommandations relatives à l'autodépistage du VIH sont présentées dans le chapitre 2 et celles qui traitent de la notification assistée aux partenaires sont fournies dans le chapitre 3. Ces orientations figurent également dans les chapitres 10 et 11 des lignes directrices unifiées de 2015. Elles sont en outre disponibles sous forme de notes d'orientation abrégées (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/>).

1.4 Utilisation des lignes directrices

Les présentes lignes directrices sont destinées à aider les pays à mettre en œuvre une combinaison stratégique d'approches de dépistage du VIH pour répondre de manière adéquate aux besoins propres à chaque contexte épidémiologique. Elles s'alignent sur une approche de dépistage du VIH

axée sur la santé publique et se fondent sur les principes relatifs aux droits de la personne énoncés dans la stratégie des « 5 C » de l'OMS pour le dépistage du VIH (voir la section 1.7).

Les documents de référence préparés à l'appui de ces lignes directrices, ainsi que les revues systématiques et les tableaux GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) utilisés pour ces nouvelles recommandations, figurent dans les annexes indiquées dans la table des matières, qui sont disponibles en ligne (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/>).

1.5 But et objectifs

Le but principal des présentes lignes directrices est d'appuyer et de compléter les stratégies existantes de dépistage du VIH afin d'atteindre les personnes qui seraient sinon susceptibles de ne pas se faire tester.

Le but principal des présentes lignes directrices de 2016 est de compléter les *Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH* actuelles de l'OMS et, ainsi, d'offrir un meilleur soutien aux pays et aux programmes nationaux désireux d'atteindre les personnes qui seraient sinon susceptibles de ne pas se faire tester.

Les objectifs spécifiques définis pour atteindre ce but sont les suivants :

- Strengthen existing guidance on HIVST, which encourages countries to conduct pilot services and demonstration projects.
- Support the routine offering of voluntary assisted HIV partner notification services as part of the public health approach to delivering HTS.
- Strengthen existing guidance to promote couples and partner HTS, in particular offering voluntary HTS to the partners of all people diagnosed with HIV.
- Support the implementation and scale-up of HIVST and assisted HIV partner notification in the most ethical, effective, acceptable and evidence-based manner.
- Provide guidance on how HIVST and assisted HIV partner notification services should be integrated into existing community-based and facility-based HTS approaches and tailored to specific population groups.
- Position HIVST and assisted HIV partner notification services as part of the strategic combination of HTS approaches that will contribute to closing the testing gap and achieving the UN's 90–90–90 global goals.

1.6 Public cible

Les présentes lignes directrices s'adressent aux administrateurs des programmes nationaux et infranationaux de lutte contre l'infection à VIH, en particulier au sein des ministères de la santé, qui sont chargés des interventions sanitaires nationales contre le VIH, notamment des services de dépistage, de prévention, de soins et de traitement de l'infection à VIH, ainsi qu'aux responsables nationaux de la lutte contre d'autres maladies transmissibles, en particulier d'autres infections sexuellement transmissibles, la tuberculose et l'hépatite virale.

Ces lignes directrices seront en outre utiles à d'autres entités participant à la mise en œuvre des services de dépistage du VIH, y compris les organisations non gouvernementales nationales et internationales, la société civile et les organisations communautaires. Les donateurs pourront aussi s'en servir d'orientations normatives pour assurer l'efficacité des activités de financement, de planification, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des services de dépistage du VIH.

1.7 Principes directeurs

Le dépistage du VIH doit toujours avoir un objectif double : profiter individuellement aux personnes testées et améliorer les résultats sanitaires au niveau de la population.

Il est important que les services de dépistage du VIH soient dispensés selon une approche axée sur la santé publique et le respect des droits de la personne en mettant l'accent sur certains domaines prioritaires, notamment la couverture sanitaire universelle, l'équité hommes-femmes et les droits fondamentaux liés à la santé, tels que l'accessibilité, la disponibilité, l'acceptabilité et la qualité des services. Pour tous les services de dépistage du VIH, quelle que soit l'approche

adoptée, les avantages offerts en termes de santé publique doivent toujours l'emporter sur les risques ou les préjudices potentiels. En outre, le dépistage du VIH doit toujours avoir un objectif double : profiter individuellement aux personnes testées et améliorer les résultats sanitaires au niveau de la population. Le renforcement des services de dépistage du VIH s'impose, non seulement pour obtenir un taux élevé de recours au dépistage ou atteindre les cibles fixées en la matière, mais avant tout pour garantir l'accès de toutes les personnes qui en ont besoin à un dépistage approprié et de qualité, en liaison avec les services de prévention, de traitement et de soins. Le dépistage du VIH à des fins de diagnostic doit toujours être réalisé à titre volontaire et le consentement donné par le patient doit reposer sur des informations qui lui sont fournies avant le test.

Tous les services de dépistage du VIH, y compris l'autodépistage et la notification aux partenaires, doivent respecter les « 5 C » définis par l'OMS : Consentement, Confidentialité, Conseil, résultats Corrects et Connexion (liaison avec les services de prévention, de soins et de traitement) (1). Un dépistage obligatoire ou coercitif n'est jamais approprié, que la contrainte soit le fait d'un prestataire de soins, d'un partenaire, d'un membre de la famille ou de toute autre personne.

Les « 5 C » de l'OMS en matière de dépistage du VIH

Les « 5 C » sont des principes qui s'appliquent à tous les services de dépistage du VIH, en toutes circonstances. Ces principes sont les suivants :

- **Consentement** : Pour qu'un conseil et qu'un dépistage du VIH soient réalisés, les personnes qui en bénéficient doivent donner leur consentement éclairé (ce consentement peut être signifié verbalement et n'a pas besoin de se présenter sous forme écrite). Elles doivent être informées du processus suivi pour ce conseil et ce dépistage, ainsi que de leur droit à refuser le test. Lorsqu'une personne demande à bénéficier d'un autotest de dépistage du VIH ou signale qu'elle en a utilisé un, il ne faut en aucun cas présumer qu'elle donne par là-même son consentement ou qu'elle l'a implicitement donné. Il est important d'informer les personnes effectuant un autotest que le dépistage obligatoire ou coercitif n'est jamais justifié.

Le consentement éclairé est indispensable lorsque les programmes adoptent des approches d'autotest assisté du VIH. En outre, il est essentiel d'informer les personnes vivant avec le VIH que la notification assistée aux partenaires est un service fondé sur la participation volontaire et d'expliquer aux partenaires de patients séropositifs que le dépistage est volontaire, et non obligatoire.

- **Confidentialité** : Le dépistage du VIH doit être confidentiel, ce qui signifie que la teneur des discussions entre le prestataire du dépistage et la personne testée ne sera pas divulguée à un tiers sans que la personne ayant bénéficié du dépistage ne donne son consentement explicite. Si la confidentialité doit bien être respectée, il ne faut cependant jamais qu'elle alimente un climat de secret, de stigmatisation et de honte. Entre autres questions, les conseillers doivent toujours demander à leurs clients quelles sont les personnes qu'ils souhaitent informer et comment ils voudraient que cette information soit communiquée. Le partage de la

confidentialité avec un partenaire ou des membres de la famille (c'est-à-dire avec des personnes de confiance), ainsi qu'avec les prestataires de soins, est souvent très bénéfique pour les patients séropositifs pour le VIH.

- **Conseil** : Les services d'information avant le test et de conseil après le test peuvent être dispensés dans le cadre d'un groupe, si la situation s'y prête ; cependant, toutes les personnes doivent avoir la possibilité de poser des questions en privé si elles le souhaitent. Lors de tout dépistage du VIH, la personne testée doit bénéficier de conseils de qualité après le test, adaptés aux résultats obtenus. Des mécanismes d'assurance de la qualité, ainsi que des systèmes d'appui à la supervision et à l'encadrement, doivent être en place pour garantir un conseil de qualité.

Dans le contexte de l'autodépistage, il importe de noter que les services d'information avant le test et de conseil après le test peuvent être dispensés selon un modèle d'assistance directe (par exemple, par une démonstration et une explication en personne, effectuées par un prestataire formé ou un pair), selon un modèle sans assistance (par exemple, à l'aide des instructions fournies par le fabricant), ainsi qu'avec d'autres moyens d'information, comme des brochures, des liens vers des vidéos ou des programmes sur internet ou sur ordinateur, l'accès à une permanence téléphonique, des applications sur téléphones portables ou des services de messagerie SMS.

- **Résultats corrects des tests** : Les prestataires des tests de dépistage du VIH doivent s'attacher à fournir des services de dépistage de qualité et à employer des mécanismes d'assurance de la qualité pour garantir l'exactitude du diagnostic obtenu. L'assurance de la qualité peut s'appuyer à la fois sur des mesures internes et externes et doit bénéficier d'un soutien de la part du laboratoire national de référence.

L'obtention d'un seul résultat réactif à un autotest *ne constitue pas* un diagnostic de séropositivité au VIH. Cet autotest doit être suivi de tests supplémentaires et d'une confirmation par un prestataire formé. En outre, toutes les personnes ayant reçu un diagnostic de séropositivité au VIH doivent faire l'objet d'un nouveau test destiné à vérifier le diagnostic avant de commencer un traitement antirétroviral ou d'entrer dans la filière de soins anti-VIH. L'interprétation d'un résultat non réactif d'autotest dépendra du risque existant d'exposition au VIH. On encouragera les personnes qui sont exposées à un risque élevé persistant ou qui prennent des antirétroviraux à des fins de traitement ou de prévention à se soumettre à un nouveau test.

- **Connexion** : La liaison avec les services de prévention, de traitement et de soins doit inclure la prestation d'un suivi efficace et approprié. Lorsque l'accès aux soins, y compris aux traitements antirétroviraux, est inexistant ou lorsque la liaison avec ces services est inadéquate, le dépistage du VIH présente peu d'avantages pour les personnes séropositives.

Dans le cadre de l'autodépistage du VIH, ce principe de connexion comprend également la liaison avec des services de dépistage permettant de réaliser un nouveau test dans un contexte exempt de stigmatisation, au niveau communautaire ou dans un établissement de soins, où les résultats du dépistage peuvent être confirmés et un diagnostic posé par un prestataire formé.

AUTODÉPISTAGE DE L'INFECTION À VIH

2

| | |
|--|----|
| Points essentiels | 10 |
| 2.1 Généralités et justification | 11 |
| 2.2 Examen des données | 14 |
| 2.2.1 Revue systématique sur l'autotest du VIH selon la méthode GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) | 14 |
| 2.2.2 Autres considérations | 20 |
| 2.2.3 Valeurs et préférences en matière d'autodépistage du VIH | 21 |
| 2.2.4 Coût et rapport coût/efficacité | 26 |
| 2.2.5 Revue systématique et méta-analyse de la performance des TDR du VIH destinés à l'autodépistage | 27 |
| 2.2.6 Recommandation | 30 |
| 2.3 Continuum des approches pour une mise en œuvre réussie de l'autodépistage du VIH | 31 |
| 2.3.1 Planification stratégique pour la prestation de services d'autodépistage du VIH | 31 |
| 2.3.2 Messages clés pour les utilisateurs et les personnes chargées de l'exécution des programmes | 37 |
| 2.3.3 Cadres politiques et réglementaires | 38 |

2 AUTODÉPISTAGE DE L'INFECTION À VIH

POINTS ESSENTIELS

- **L'autodépistage du VIH** est un processus par lequel une personne prélève son propre échantillon (fluides oraux ou sang), effectue un test, puis interprète les résultats, souvent dans un cadre privé, seule ou avec une personne de confiance. À l'instar de toutes les approches de dépistage du VIH, l'autodépistage doit toujours être réalisé à titre volontaire et ne doit en aucun cas être obligatoire ou coercitif. Bien que seuls de rares cas d'abus ou de préjudice social aient été signalés, tous les efforts nécessaires doivent être déployés pour prévenir, contrôler et atténuer ces risques.
- Suite à un **résultat réactif (positif) d'autotest** il faut systématiquement qu'un nouveau test soit effectué par un prestataire formé à des fins de confirmation, en commençant par la première étape d'un algorithme de dépistage validé au niveau national. Il est essentiel de communiquer des messages clairs aux utilisateurs pour qu'ils comprennent que le résultat d'un autotest ne constitue pas un diagnostic définitif de séropositivité au VIH et qu'ils sachent quoi faire en cas d'obtention d'un résultat réactif à l'autotest.
- **L'interprétation d'un résultat non réactif (négatif) d'autotest** dépendra du risque existant d'exposition au VIH. On encouragera les personnes qui sont exposées à un risque élevé persistant, ou dont le test a été réalisé dans les 6 à 12 semaines suivant une exposition potentielle au VIH, à se soumettre à un nouveau test. L'autotest du VIH est déconseillé aux personnes dont le statut au regard du VIH est connu et qui prennent des antirétroviraux, car elles pourraient obtenir des résultats d'autotest incorrects (faux négatif).
- **L'autotest du VIH jouit d'une bonne acceptabilité** auprès de nombreux utilisateurs dans différents contextes et peut donc **accroître l'utilisation et la fréquence du dépistage du VIH**, en particulier parmi les populations exposées à un risque élevé persistant, qui peuvent être moins enclines à accéder aux services de dépistage ou qui le font moins souvent que ce qui est recommandé.
- **Les tests de diagnostic rapide (TDR) du VIH employés dans le cadre d'un autodépistage peuvent donner des résultats aussi fiables que lorsqu'ils sont utilisés par un prestataire formé**, sous réserve que les produits utilisés répondent aux normes de qualité, de sécurité et de performance. Les démonstrations en personne et la mise à disposition d'autres moyens d'information, comme des vidéos, peuvent également contribuer à une meilleure performance des autotests du VIH.
- **Les autotests de dépistage du VIH peuvent être distribués selon différentes modalités** dans les secteurs public et privé, notamment au niveau communautaire, dans les établissements de santé ou par internet. Les utilisateurs peuvent aussi parfois choisir entre un TDR oral ou un TDR sanguin aux fins de l'autodépistage du VIH. Ainsi, différentes populations peuvent bénéficier d'un large éventail d'options d'autotest du VIH.

NOUVEAU

Recommandation

L'autotest du VIH devrait être proposé comme approche complémentaire aux services de dépistage du VIH (*recommandation forte, données de qualité moyenne*).

2.1 Généralités et justification

L'autotest du VIH est un outil novateur qui favorise l'autonomisation du patient et contribue à la réalisation de la première des cibles thérapeutiques 90-90-90 des Nations Unies (1) : faire en sorte que, d'ici à 2020, 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique. L'autodépistage du VIH contribue à la réalisation de cette cible mondiale car il permet d'atteindre

des personnes ayant jusqu'alors échappé au dépistage, il stimule la demande à l'égard du dépistage du VIH et il permet à un plus grand nombre de personnes d'en bénéficier, en particulier les sujets qui présentent une infection à VIH non diagnostiquée ou qui sont exposés à un risque élevé persistant, nécessitant un dépistage fréquent (2).

L'autodépistage du VIH se rapporte spécifiquement au processus par lequel une personne prélève son propre échantillon (fluides oraux ou sang), effectue un test, puis interprète les résultats, souvent dans un cadre privé, seule ou avec une personne de confiance (2). L'autotest n'est pas un concept nouveau ; il est utilisé dans le diagnostic et la prise en charge d'autres affections, notamment la grossesse, le diabète et le cancer du côlon. Ainsi, l'autotest du VIH représente une nouvelle avancée dans le cadre de l'action menée pour accroître l'autonomie des patients, décentraliser les services et créer une demande à l'égard du dépistage du VIH chez les populations qui ne sont pas couvertes par les services existants.

L'utilisation d'autotests constitue une méthode pratique et discrète de dépistage du VIH, qui présente de nombreux avantages potentiels pour les utilisateurs désireux de disposer d'options supplémentaires. Il a été démontré que l'autotest du VIH bénéficie d'un niveau élevé d'acceptabilité parmi divers groupes d'utilisateurs dans différents contextes (2-7), en particulier : les populations clés (4,8,9), les hommes (10,11), les jeunes (10,12,13), les agents de santé (7,14), la population générale (10,15,16), les femmes enceintes (17) et leurs partenaires masculins (18,19), ainsi que d'autres couples et partenaires (14,20). On sait que depuis le début des années 2000, certains agents de santé vivant dans des zones à forte prévalence de VIH en Afrique (14,21-23), ainsi que d'autres populations (24,25), recourent à l'autotest du VIH à l'aide de kits de qualité incertaine obtenus par le biais de canaux informels, y compris dans des pharmacies privées et par internet.

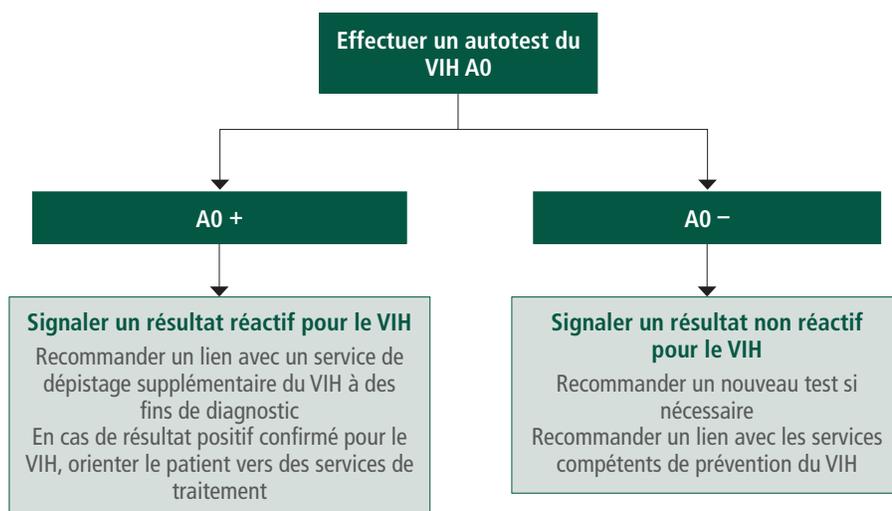
Tout autotest donnant un résultat réactif doit être suivi de tests additionnels et d'une confirmation par un prestataire formé.

Les autotests ne délivrent pas de diagnostic définitif de séropositivité au VIH. En effet, comme c'est le cas pour tous les tests de dépistage du VIH, un test de diagnostic rapide (TDR) unique ne suffit pas à établir un diagnostic d'infection à VIH. Ainsi, l'autotest est considéré comme un *test à des fins de triage* (2,6), ce qui implique que les personnes ayant obtenu un résultat réactif doivent faire l'objet de tests supplémentaires, réalisés par un prestataire formé selon une stratégie de dépistage validée sur

le plan national (voir Figure 2.1). Des orientations supplémentaires sur les stratégies et les algorithmes de dépistage du VIH à des fins de diagnostic sont fournies dans le chapitre 7 des *Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH* de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2).

Les programmes qui distribuent des TDR à des fins d'autodépistage du VIH doivent informer les utilisateurs des performances et des limites de ces produits. Les utilisateurs ayant obtenu un résultat non réactif devront en outre se voir conseiller de réaliser un nouveau test s'ils sont susceptibles

Figure 2.1. Stratégie pour l'autotest du VIH



A0 = Épreuve 0 (« Assay 0 », test à des fins de triage)

d'avoir été exposés au VIH dans les 6 à 12 semaines précédentes ou s'ils présentent un risque élevé persistant d'infection à VIH. Si une personne n'est pas sûre de savoir comment effectuer l'autotest ou comment en interpréter correctement les résultats, on l'encouragera à faire appel à des services de dépistage du VIH dispensés dans un établissement de santé ou au niveau communautaire, en lui fournissant des informations sur ces services, ainsi que leurs coordonnées (2).

L'autotest peut augmenter le rendement et l'efficacité des systèmes de santé car il permet de mieux cibler les services et les ressources sanitaires sur les personnes ayant obtenu un résultat d'autotest réactif, qui nécessitent des tests supplémentaires, un soutien et une orientation. Si une personne fait part d'un résultat d'autotest réactif à un prestataire de soins, le prestataire devra la conseiller et la mettre en relation avec les services cliniques appropriés en vue d'un nouveau dépistage du VIH et, si le diagnostic de séropositivité au VIH est confirmé, avec les services de traitement et de soins. Les personnes faisant part d'un résultat d'autotest non réactif à un prestataire de soins n'ont généralement pas besoin d'être soumises à un dépistage supplémentaire, à moins que l'autotest ait été réalisé dans les 6 à 12 semaines suivant une exposition potentielle au VIH ou qu'elles soient exposées à un risque élevé persistant d'infection à VIH (2).

Le recours à l'autotest peut être particulièrement judicieux pour les personnes exposées à un risque élevé persistant d'infection à VIH, comme les populations clés et les couples sérodiscordants, car les autotests leur permettent de se soumettre à un dépistage plus fréquent sans avoir à se rendre plus souvent en établissement de santé. Ainsi, les autotests peuvent alléger la charge, en temps et en travail, que représente le dépistage du VIH pour les services de santé et réduire les coûts individuels associés à un dépistage régulier. Néanmoins, il est important que les utilisateurs d'autotests soient conscients des limites inhérentes aux TDR d'autodépistage du VIH, liées à la fenêtre sérologique séparant l'infection par le VIH de la détection des anticorps anti-VIH-1/2. Dans la plupart des cas, les utilisateurs à haut risque qui obtiennent un résultat d'autotest non réactif et qui le communiquent à un prestataire de soins devraient être orientés et, si nécessaire, mis en relation avec un service de dépistage supplémentaire, ainsi qu'avec des services de prévention du VIH (par exemple, mise à disposition de préservatifs et de lubrifiants, circoncision masculine médicale volontaire (CMMV), réduction des risques et prophylaxie

postexposition (PPE)). L'orientation vers un service de dépistage supplémentaire et la confirmation du statut séronégatif pour le VIH par un prestataire formé sont nécessaires avant toute mise en place d'une prophylaxie pré-exposition (PPrE) (26).

L'OMS a défini plusieurs approches potentielles de distribution des TDR d'autodépistage du VIH dans les secteurs public et privé, notamment dans le cadre de structures communautaires, au sein des établissements de santé, en vente libre et par internet (2) (voir également la section 2.3.1). Ces approches varient également en fonction du niveau et du type de soutien proposé, selon que l'autotest est effectué avec assistance directe ou sans assistance (voir Encadré 2.1).

Encadré 2.1. L'autotest du VIH avec assistance et sans assistance : définitions

L'autotest du VIH avec assistance directe se rapporte aux situations où l'utilisateur bénéficie, avant ou pendant le test, d'une démonstration en personne réalisée par un prestataire formé ou un pair, lui montrant comment effectuer le test et comment en interpréter les résultats.

L'autotest du VIH sans assistance se rapporte aux situations où l'utilisateur réalise un autotest du VIH uniquement à l'aide d'un kit d'autotest accompagné d'une notice d'utilisation du fabricant.

Les approches **d'autotest du VIH avec assistance directe** et **sans assistance** peuvent toutes deux inclure des outils complémentaires, tels que permanences téléphoniques, messages SMS, vidéos, médias sociaux et applications sur internet, fournissant à l'utilisateur un appui technique, des conseils et une orientation vers un dépistage supplémentaire ou vers d'autres services, notamment les services de prévention, de soins et de traitement de l'infection à VIH.

Politiques nationales relatives à l'autotest du VIH

Les progrès accomplis dans l'élaboration de politiques sur l'autotest du VIH se trouvent à différents stades selon les pays. Selon une analyse réalisée par l'OMS, portant sur les politiques adoptées et les données transmises par 116 pays, 16 pays disent disposer d'une politique qui soutient l'autotest du VIH et/ou à la vente de TDR d'autotest du VIH (27).

Des TDR d'autodépistage du VIH approuvés par les autorités réglementaires locales sont légalement disponibles en France, au Royaume-Uni et aux États-Unis d'Amérique. Plusieurs autres pays ont établi des politiques ou des plans stratégiques nationaux de dépistage du VIH qui autorisent ou encouragent l'autodépistage. Cependant, nombre de pays ne disposent pas à ce jour de produit approuvé ou réglementé pour l'autodépistage du VIH (27).

De nombreux pays font état d'une offre informelle croissante d'autotests du VIH dans les pharmacies privées et sur internet, des rapports spécifiques ayant été émis à cet égard par l'Australie (29), la Chine (24), la Namibie (25), le Pérou (9), l'Afrique du Sud (30), les Philippines (31) et la Malaisie (32). Bien que l'on dispose d'informations limitées à ce sujet, il est probable qu'une part importante de ces ventes informelles et non réglementées concerne des produits dont la qualité, la sécurité et les performances sont incertaines.

2.2 Examen des données

2.2.1 Revue systématique sur l'autotest du VIH selon la méthode GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation)

Depuis 2014, l'OMS encourage les pays à mener des projets pilotes visant à évaluer les possibilités offertes par l'autotest du VIH. Dans les présentes lignes directrices de 2016, l'OMS émet une recommandation forte, selon laquelle l'autotest du VIH devrait être proposé en tant qu'approche complémentaire aux services de dépistage du VIH. Le GDG a déterminé que les données examinées concernant l'autotest du VIH étaient de qualité moyenne.

Cette recommandation est présentée plus en détail ci-après, accompagnée d'un résumé des résultats de deux revues systématiques et d'une revue de la littérature sur les valeurs et les préférences des utilisateurs d'autotests existants et potentiels, ainsi que des prestataires et des principaux intervenants, en matière de l'autotest du VIH.

Conformément à la méthode GRADE, la priorité a été accordée aux essais contrôlés randomisés établissant une comparaison directe entre l'autotest du VIH et les approches conventionnelles existantes de dépistage du VIH (par exemple, services de dépistage du VIH dans les établissements à base communautaire ou dans les établissements de santé). D'autres études – notamment des essais et des études d'observation qui portaient sur des résultats pertinents (comme le recours au dépistage, la positivité ou la liaison avec les soins) mais qui ne dressaient pas de comparaison directe entre l'autodépistage et les services conventionnels de dépistage du VIH – ont été exclues de l'analyse GRADE, mais sont présentées de manière sommaire. Toutes les études donnant des informations sur les valeurs et préférences, sur les coûts ou sur le rapport coût/efficacité de l'autodépistage du VIH ont également été résumées. Pour plus de détail sur la méthodologie et les données de cette revue systématique, consulter les annexes 17 et 19.

Les recherches ont permis de recenser 638 références. Après avoir éliminé les doublons, les examinateurs se sont intéressés à 496 études uniques et ont initialement décidé d'en exclure 317. Après avoir examiné le texte intégral des 179 études restantes, ils en ont exclu 174, qui ne satisfaisaient pas aux critères d'inclusion. En fin de compte, cinq essais contrôlés randomisés ont été identifiés et inclus dans la revue. Il s'agissait dans les cinq cas de résumés d'articles de conférence, dont les auteurs ont été contactés directement pour obtenir des détails supplémentaires.

Les cinq essais contrôlés randomisés (33–37), réalisés dans quatre pays, étaient tous axés sur la promotion du dépistage chez les hommes. Dans deux de ces essais, au Kenya, des femmes avaient distribué des kits d'autotest du VIH à leurs partenaires masculins. Cette démarche était comparée à celle qui consiste à inviter les partenaires masculins, au moyen de lettres ou de fiches d'orientation, à se rendre dans un dispensaire à des fins de dépistage du VIH (35,36). Les autres études, ciblant les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, ont été menées en Australie (34), dans la Région administrative spéciale de Hong Kong de la République populaire de Chine (37) et aux États-Unis d'Amérique (33) ; elles visaient toutes à comparer l'offre d'un autodépistage du VIH à l'offre d'un dépistage en établissement de santé.

Les cinq essais contrôlés randomisés offraient tous gratuitement des TDR destinés à l'autodépistage du VIH à partir de fluides oraux, accompagnés d'une notice d'utilisation du fabricant, mais le nombre de kits disponibles à l'intention des participants et le niveau d'assistance différaient d'une étude à l'autre. Aux États-Unis d'Amérique, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes avaient un accès permanent aux kits d'autotest du VIH ; en Australie, les participants recevaient quatre kits au moment de leur recrutement dans l'étude, puis bénéficiaient d'un accès permanent (34). Au Kenya, les femmes recevaient deux kits d'autotest du VIH au moment de leur recrutement dans l'étude (un pour leur usage personnel et un pour leur partenaire masculin) (35,36). Dans la Région administrative spéciale de Hong Kong, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes recevaient un seul kit d'autotest du VIH au moment de leur recrutement dans l'étude (37). Dans deux des essais contrôlés randomisés,

les autotests de dépistage du VIH étaient fournis sans assistance directe : outre le kit de dépistage, les participants bénéficiaient d'un lien vidéo (34,37) et, dans l'un des essais, d'un entretien motivationnel par téléphone et d'un conseil avant et après le test par l'intermédiaire des médias sociaux (37). Les trois autres essais contrôlés randomisés fournissaient une assistance directe, avec notamment une démonstration en personne de la manière de réaliser l'autotest (33,35,36); dans deux de ces essais, cette démonstration était destinée aux femmes, ces dernières pouvant par la suite montrer à leur partenaire comment effectuer l'autotest (35,36).

Encadré 2.2. Principaux résultats des essais contrôlés randomisés inclus dans l'analyse GRADE

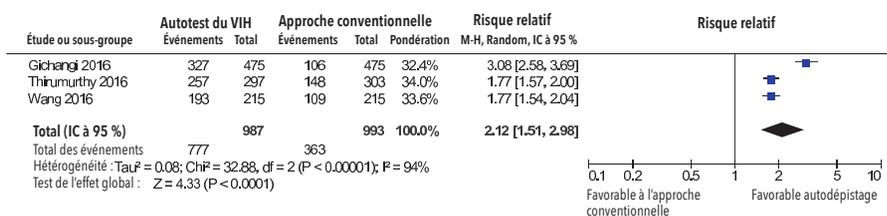
De manière générale, les cinq essais contrôlés randomisés ont permis de conclure que, par rapport au dépistage conventionnel en établissement de santé, l'autodépistage du VIH :

- accroît le recours au dépistage du VIH chez les partenaires masculins des femmes enceintes ou venant d'accoucher, ainsi que chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ;
- accroît le recours au dépistage du VIH chez les partenaires masculins des femmes enceintes ou venant d'accoucher ;
- accroît la fréquence de dépistage du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, à raison d'environ deux tests supplémentaires par an ;
- ne renforce pas les comportements à risque (comme les rapports anaux sans préservatif) et n'augmente pas le nombre de cas d'infections sexuellement transmissibles (IST) bactériennes ;
- ne réduit pas le recours au dépistage des IST, ni sa fréquence ;
- n'accroît pas le risque de préjudice social ou d'autres conséquences négatives (seul un cas de préjudice social a été signalé, qui n'était pas directement lié à l'autodépistage du VIH).

Recours au dépistage du VIH

L'utilisation d'autotests accroît le recours au dépistage du VIH. Trois des cinq essais contrôlés randomisés (35–37) ont fourni des données sur le recours au dépistage du VIH. Une méta-analyse de ces résultats montre que l'autotest du VIH a doublé le recours au dépistage du VIH par rapport aux services conventionnels de dépistage (risque relatif (RR) = 2,12 ; IC à 95 % : 1,51–2,98) (voir Figure 2.2). (Pour plus de détails, consulter l'annexe 17.)

Figure 2.2. Méta-analyse des données sur le recours au dépistage du VIH à trois mois et six mois



M-H : Mantel-Haenszel ; IC : intervalle de confiance

Dans les deux études réalisées au Kenya, où des femmes ont distribué des kits d'autotest du VIH à leurs partenaires masculins, on a également observé une augmentation du recours au dépistage des couples par rapport à l'approche consistant à inviter les partenaires masculins, au moyen d'une lettre ou d'un bon, à se rendre dans un dispensaire à des fins de dépistage (35,36).

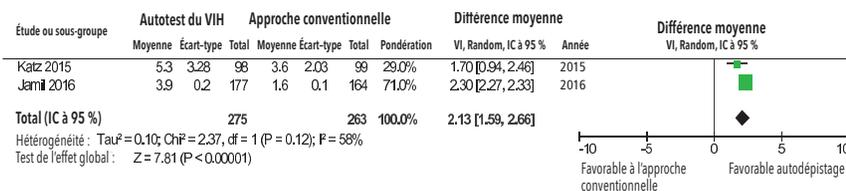
Parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes dans la Région administrative spéciale de Hong Kong, l'une des études (37) a montré que le recours au dépistage du VIH était plus élevé dans le groupe utilisant les autotests que dans le groupe se faisant dépister dans un établissement de santé. Cela valait aussi bien dans le sous-groupe de sujets récemment testés (>1–3 tests en 3 ans) (RR = 1,75 ; IC à 95 % : 1,46–2,08) que dans le sous-groupe de sujets non récemment testés (0 test en 3 ans) (RR = 2,22 ; IC à 95 % : 1,61–3,08). L'analyse des données relatives au recours au dépistage dans cette étude a également montré que les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui disaient avoir eu des rapports anaux sans préservatif au moment de leur recrutement étaient plus susceptibles de se soumettre à un dépistage s'ils appartenaient au groupe d'autodépistage que s'ils étaient dans le groupe de dépistage conventionnel (RR = 1,75 ; IC à 95 % : 1,26–1,81) (37). Ces résultats donnent à penser que les hommes à haut risque qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes sont plus enclins à recourir aux autotests qu'aux services conventionnels de dépistage du VIH dispensés dans un établissement de santé.

Ces résultats concordent avec ceux d'autres revues systématiques (4,6,38), essais et études d'observation réalisés au Kenya (39,40), au Lesotho (41), au Malawi (10,42) et au Zimbabwe (16), qui ont signalé une augmentation comparable du recours au dépistage du VIH lorsque des autotests du VIH étaient offerts aux participants. Par exemple, un essai randomisé par grappes de deux ans au Malawi a indiqué que le recours à l'autotest du VIH dans les établissements à base communautaire avec assistance directe était d'environ 76,5 % dans la population générale (recours brut : 84 %, 14 004/16 660), après ajustement pour tenir compte du renouvellement de la population (10). Parmi ces sujets, 44 % étaient des personnes se faisant tester pour la première fois sur cette période d'étude de deux ans. Le recours au dépistage atteignait un niveau uniformément élevé dans la première et la deuxième année chez les adolescents (16–19 ans) (95 % ; 2374/2502 et 2405/2502), les jeunes (16–29 ans) (90 % ; 8333/9315 et 8503/9315), les femmes (85 % ; 6835/7802 et 6445/7802) et les hommes (68 % ; 5902/ 8643 et 5924/ 8643) (10). De même, des études menées chez les populations clés, principalement parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les travailleuses du sexe, ont également révélé un recours élevé au dépistage du VIH lorsque des autotests étaient offerts aux participants (4,5).

Fréquence de dépistage du VIH

L'autotest accroît la fréquence de dépistage du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Deux des cinq essais contrôlés randomisés ont fourni des données sur la fréquence de dépistage du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (33,34). Dans les deux études, les hommes appartenant au groupe d'autodépistage du VIH effectuaient en moyenne deux tests de plus, dans une période de 12 à 15 mois, que ceux du groupe de dépistage dans les établissements de santé (différence moyenne = 2,13 ; IC à 95 % : 1,59–2,66) (33,34) (voir Figure 2.3).

Figure 2.3. Méta-analyse du nombre moyen de tests effectués parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes dans une période de 12 à 15 mois



Dans l'étude menée en Australie, parmi les sujets non récemment testés (0 test en >2 ans ou jamais testés), on a observé une augmentation substantielle de la fréquence de dépistage du VIH chez les personnes utilisant des autotests par rapport à celles qui bénéficiaient d'un dépistage conventionnel (33,34). Le ratio des taux de dépistage dans ce sous-groupe indique que les hommes appartenant au groupe d'autodépistage du VIH présentaient, dans une période de 12 mois, un taux de dépistage 5,54 fois supérieur à celui des hommes inclus dans le groupe de dépistage conventionnel du VIH (ratio des taux = 5,54 ; IC à 95 % : 3,15–9,74).

L'étude menée aux États-Unis d'Amérique a également révélé que l'accès à l'autotest entraînait une augmentation du recours trimestriel au dépistage du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (76 % ; 74/98) par rapport à ceux qui bénéficiaient de services conventionnels de dépistage du VIH (54% ; 53/99) (33).

Bien que les résultats présentés ci-dessus ne proviennent que d'un petit nombre d'études, cette augmentation de la fréquence de dépistage pourrait avoir des conséquences importantes en matière de santé publique, en particulier dans la perspective d'atteindre les personnes présentant une infection à VIH non diagnostiquée et les sujets exposés à un risque élevé persistant qui n'ont pas recours aux services existants. Une augmentation durable, de cette ampleur ou plus, de la fréquence de dépistage du VIH parmi les populations à risque grâce à l'autotest permettrait de détecter un plus grand nombre d'infections et de réduire l'incidence de l'infection à VIH si des liens efficaces sont établis avec les services de prévention et de traitement (43,44).

Comportements à risque suite à l'utilisation d'autotests du VIH

Aucune augmentation des comportements à risque n'a été observée suite à l'utilisation d'autotests de dépistage de l'infection à VIH. Un des cinq essais contrôlés randomisés (33) a fourni des données sur les comportements à risque après l'autodépistage du VIH. Dans cette étude, parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, ceux qui appartenaient au groupe d'autodépistage n'ont pas eu davantage de rapports anaux sans préservatif que ceux qui faisaient l'objet d'un dépistage conventionnel, selon les données de suivi à neuf mois (RR = 0,94 ; IC à 95 % : 0,55–1,61). Dans la même étude, on a constaté que les hommes du groupe d'autodépistage avaient contracté moins d'infections sexuellement transmissibles (IST) bactériennes que ceux qui appartenaient au groupe bénéficiant d'un dépistage conventionnel (RR = 0,41 ; IC à 95 % : 0,15–1,13).

En outre, l'étude menée en Australie a montré que le recours à l'autodépistage du VIH n'avait aucun impact, à la hausse ou à la baisse, sur la fréquence à laquelle les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes effectuaient un test de dépistage des IST (34).

Bien que cela ne soit pas évoqué dans les essais contrôlés randomisés inclus dans la revue systématique, d'autres études d'observation laissent penser que certains usagers pourraient être intéressés par la possibilité d'utiliser les autotests du VIH pour soumettre des partenaires sexuels potentiels à un dépistage (11,18,45,46). Des études ont montré que cette approche permettrait aux utilisateurs ayant obtenu un résultat d'autotest positif d'éviter d'avoir des rapports sans préservatif (18,45). Ces données indiquent en outre que les autotests de dépistage du VIH pourraient être utilisés à des fins de « séro sélection » (démarche consistant à choisir un partenaire sexuel sur la base de son statut sérologique autodéclaré au regard du VIH), ainsi que pour orienter les décisions sur les comportements à adopter, notamment l'utilisation de moyens de prévention de l'infection à VIH, comme les préservatifs (18,45). Toutefois, dans nombre de ces études, les utilisateurs n'étaient pas conscients que les dispositifs actuels d'autotest du VIH ont une fenêtre sérologique de trois mois et qu'ils ne peuvent pas identifier une infection à VIH en phase aiguë ou précoce.

Si la décision d'avoir des rapports sans préservatif peut se justifier dans le cadre d'une relation de longue durée, où les deux partenaires ne sont exposés qu'à un faible risque, la séro sélection par autotest du VIH n'est pas recommandée dans les groupes de population présentant une forte incidence d'infection à VIH (par exemple, les travailleurs du sexe et les hommes ayant des

rapports sexuels avec d'autres hommes) (47). Des messages clairs doivent être communiqués, en particulier aux populations clés susceptibles d'être exposées à un risque élevé persistant d'infection à VIH, pour leur expliquer qu'il peut être risqué de se fonder sur les résultats d'autotest pour prendre des décisions concernant les comportements à risque et l'utilisation de moyens de prévention.

Préjudice social

Seul un cas de préjudice social, qui n'était pas directement lié à l'utilisation des autotests, a été identifié dans le cadre de la revue systématique (35). Dans l'essai contrôlé randomisé concerné, un cas de violence exercée par le partenaire intime a été signalé aussi bien dans le groupe utilisant les autotests que dans le groupe soumis à un dépistage conventionnel du VIH (1/297 dans le groupe d'autodépistage ; 1/303 dans le groupe témoin) (35). Dans le groupe d'autodépistage, le préjudice n'était pas directement lié à l'utilisation de l'autotest : la participante a expliqué qu'elle avait subi cette violence parce qu'elle avait participé à l'étude sans consulter son mari (35). La participante a indiqué qu'elle avait quitté son domicile pendant environ trois semaines avant de revenir. Lors de la visite à deux mois de suivi, elle a informé les chercheurs qu'elle s'était réconciliée avec son mari. Dans le groupe ayant bénéficié d'un dépistage conventionnel, une participante a également fait état de violences exercées à son encontre par son partenaire intime (35).

Ces résultats semblent indiquer que l'autodépistage du VIH n'a pas d'incidence directe sur le risque de violence par un partenaire intime, ce risque dépendant dans une large mesure de la situation, du contexte et de la dynamique relationnelle des couples et des partenaires. Ces résultats concordent avec ceux de certaines revues systématiques réalisées pour évaluer les préjudices subis avec toutes les approches de dépistage du VIH (48), avec le dépistage de couple du VIH (49) et avec l'autodépistage de l'infection à VIH et d'autres affections et maladies (50), ainsi que d'autres études d'observation. Les résultats d'un essai randomisé en grappes de deux ans, mené en milieu urbain au Malawi, ne révèlent aucun cas de violence exercée par un partenaire intime, d'autoagression ou de suicide résultant de l'utilisation d'un autotest ou d'une autre approche de dépistage du VIH dans cette communauté (10). Dans une étude réalisée aux États-Unis d'Amérique, parmi 124 situations où un homme avait proposé un autotest du VIH à son partenaire sexuel masculin, 7 avaient abouti à une confrontation verbale, mais aucune n'avait donné lieu à des violences physiques (45). Plusieurs études ont par ailleurs démontré que certains rapports initiaux faisant état de « coercition » relevaient plutôt des comportements de « persuasion » ou « d'encouragement » au dépistage (10,20,51). Par exemple, au Malawi, les hommes étaient les principaux utilisateurs d'autotests et leurs partenaires féminines étaient celles qui signalaient avoir fait l'objet d'une coercition ; parmi ces femmes, 94,4 % (252/267) ont également indiqué qu'elles seraient prêtes à recommander l'autotest du VIH à leurs amis et à leurs familles et 92,2 % (130/141) se sont dites très satisfaites des autotests (10).

Toutefois, bien que la plupart des utilisateurs apprécie l'autonomie que leur confèrent les autotests (20,51), une étude au Malawi, réalisée auprès des couples ayant reçu des kits d'autotest du VIH, a indiqué que dans deux des 17 couples étudiés, les participants ressentaient une pression de la part de leur partenaire pour effectuer l'autotest et avaient des difficultés à gérer les situations où les résultats obtenus étaient sérodiscordants (20). De même, au Kenya, parmi 265 femmes séronégatives pour le VIH qui étaient enceintes, en période postpartum, ou travailleuses du sexe et qui avaient distribué des kits d'autotest du VIH à leurs partenaires ou à leurs clients masculins, quatre ont signalé des cas de violence exercée par un partenaire intime ; deux d'entre elles étaient des femmes venant d'accoucher et deux autres étaient des travailleuses du sexe (18). On ne sait pas avec certitude si ces cas étaient directement liés à l'utilisation des autotests du VIH puisqu'avant l'intervention, 41 % des femmes participant à l'étude avaient indiqué qu'elles avaient subi des violences de la part d'un partenaire intime au cours des 12 mois précédents. Les deux femmes en suivi postpartum qui ont signalé des violences verbales de la part de leur mari ont indiqué qu'il s'agissait d'une confrontation résultant de l'obtention d'un résultat de test positif (18). Elles ont toutes deux quitté leur domicile, mais sont ensuite revenues et se sont réconciliées avec leur mari. L'une de ces femmes a indiqué que son mari (dont la séropositivité au VIH a été

diagnostiquée) est désormais entré dans la filière de soins et que le couple utilise des préservatifs lors des rapports sexuels (18). Les cas particulièrement préoccupants sont ceux des deux travailleuses du sexe qui ont distribué des autotests du VIH à leurs clients et ont fait l'objet de violences physiques ; l'une d'entre elles a signalé avoir subi des rapports sans préservatif sous la contrainte (18), signe que les différentes approches de dépistage ne sont pas toutes appropriées dans tous les contextes et que la prudence reste de mise parmi les populations vulnérables.

Les résultats sont globalement encourageants, mais il est essentiel que les programmes reconnaissent l'importance et la complexité des efforts de surveillance, de notification et d'évaluation des préjudices sociaux liés à l'autodépistage du VIH. À l'instar de ce qui est recommandé pour tous les services de dépistage du VIH, les programmes doivent formuler, selon le contexte, des approches éthiques, sûres et acceptables de mise en œuvre de l'autodépistage du VIH. Il importe en outre d'atténuer les risques relatifs aux préjudices sociaux et d'établir des systèmes actifs de surveillance et de notification.

Positivité aux autotests du VIH

L'un des principaux objectifs de toute approche de dépistage du VIH est de parvenir, de manière aussi efficace et efficiente que possible, à atteindre les personnes présentant une infection à VIH non diagnostiquée. L'un des cinq essais contrôlés randomisés a fourni des données sur la positivité aux tests du VIH (33), indiquant que la probabilité d'obtenir un résultat positif au test du VIH était deux fois plus importante parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui appartenaient au groupe d'autodépistage que dans le groupe soumis à un dépistage conventionnel (RR = 1,97 ; IC à 95% : 0,37–10,52).

Aucun des autres essais contrôlés randomisés inclus dans l'analyse GRADE n'a produit de données sur la positivité, c'est-à-dire sur la proportion de sujets ayant obtenu un résultat réactif et confirmé à un autotest du VIH. Cependant, plusieurs autres études sur l'autotest du VIH, qui n'établissent pas de comparaison directe avec les approches conventionnelles de dépistage, font état d'une positivité variant entre 3 % et 14 % dans la population générale d'Afrique subsaharienne, et entre 1 % et 30 % dans les populations clés (voir Tableau 2.1).

Bien que ces études ne dressent pas de comparaison avec les services conventionnels de dépistage, elles donnent des valeurs de positivité comparables à celles qui ont été signalées avec de nombreuses autres approches de dépistage du VIH dans des populations et des contextes analogues (38).

Il importe de noter qu'à mesure que la couverture des services de dépistage du VIH augmente, la proportion de tests positifs et de nouveaux diagnostics va probablement baisser pour toutes les approches de dépistage. Il faudra donc déployer des méthodes plus stratégiques et plus ciblées pour maintenir les taux de positivité obtenus à un niveau comparable, voire supérieur, pour toutes les approches de dépistage, y compris pour les autotests.

2.2.2 Autres considérations

Liaison avec les services de dépistage supplémentaire et de prévention, de traitement et de soins de l'infection à VIH

Un des cinq essais contrôlés randomisés (36) a fourni des données sur la liaison avec des services de dépistage supplémentaire après l'autotest. Dans cette étude, 72 % (n=396) des partenaires masculins de femmes enceintes qui avaient reçu un kit d'autotest du VIH ont indiqué qu'ils s'étaient rendus dans un établissement de santé pour effectuer un test supplémentaire de dépistage du VIH (36). On ne peut pas établir de comparaison avec le dépistage conventionnel du VIH car seul l'autotest du VIH nécessite une liaison avec des services de dépistage supplémentaire.

Tableau 2.1. Résumé des études sur la positivité aux autotests du VIH

| Étude/lieu | Approche d'autotest du VIH | Population | Positivité Signalée ^a | Prévalence estimée de l'infection à VIH ^b |
|--|------------------------------------|----------------------------|---|--|
| Thurumurthy et al., 2016 (18); Kenya | Distribution aux partenaires | Hommes (18 ans et +) | 3 % (4/144) | 4,8 % |
| Choko et al., 2015 (10); Malawi | À base communautaire | Population générale | 11,8 % (1257/10 614), IC à 95 % : 11,2–12,5 % | 9,1 % |
| Choko et al., 2015 (10); Malawi | À base communautaire | Hommes (40–49 ans) | 22,5 %, IC à 95 % : 19,4–25,8 % | 7,1 % |
| Choko et al., 2015 (10); Malawi | À base communautaire | Adolescents (16–19 ans) | 2,5 %, IC à 95 % : 1,9–3,2 % | 1,8–3,2 % |
| Napierala Mavedzenge et al., 2016 (52); Zimbabwe | À base communautaire | Population générale | 8 % (47/590) | 14,7 % |
| Sibande et al., 2016 (16); Zimbabwe | À base communautaire | Population générale | 14,3 % (1153/8095) | 14,7 % |
| Zhong et al., 2016 (53); Chine | Autre/modèle d'entrepreneur social | HSH | 4,5 % (8/178) | 0,037 % ^c |
| Tao et al., 2014 (54); Chine | À base communautaire | HSH | 15 % (33/220) | 0,037 % ^c |
| Green et al., 2016 (55); Viet Nam | À base communautaire | HSH, TG, CDI | 7 % (24/344) | 0,5 % |
| Thurumurthy et al., 2016 (18); Kenya | Distribution aux partenaires | Partenaires/clients des TS | 14 % (41/298) | 4,8 % |
| Cowan et al., 2016 (56); Zimbabwe | En établissement de santé | TS | 30 % (98/325) | 14,7 % |
| Medline et al., 2015 (57); États-Unis d'Amérique | Par internet | HSH | 3,5 % (2/57) | 0,6 % ^d |
| Katz et al., 2015 (58); États-Unis d'Amérique | À base communautaire | HSH | 6,1 % (12/197) | 0,6 % ^d |
| Mayer et al., 2014 (59); États-Unis d'Amérique | Autre avec assistance directe | HSH | 1,2 % (2/161) | 0,6 % ^d |

^a Estimation de la positivité, fondée sur les notifications de résultat positif à l'autotest du VIH et de confirmation du diagnostic de séropositivité au VIH.

^b Estimation de la prévalence nationale de l'infection à VIH, ONUSIDA, 2016, <http://aidsinfo.unaids.org/>, consulté le 10 août 2016.

^c Estimation de la prévalence de l'infection à VIH en Chine en 2015, ONUSIDA, 2016, http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/CHN_narrative_report_2015.pdf, consulté le 23 août 2016.

^d Estimation de la prévalence de l'infection à VIH aux États-Unis d'Amérique en 2012, <http://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/western-central-europe-north-america/usa>, consulté le 23 août 2016.

HSH = Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes

TG = Personnes transgenres

CDI = Consommateurs de drogue par injection

TS = Travailleuses du sexe

Aucune des autres études incluses dans l'analyse GRADE ne donnait d'informations sur la liaison avec les services de dépistage supplémentaire ou de prévention, de traitement et de soins de l'infection à VIH. Les résultats d'autres essais et études d'observation, qui fournissent des données sur les résultats relatifs à la liaison avec les services de soins, ont donc été résumés. Nous présentons ici un aperçu général de ces résultats.

Parmi les populations générales d'Afrique subsaharienne, la liaison avec les services de soins était de 50–56 %. Dans la population générale au Malawi, l'autotest du VIH dans les établissements à base communautaire, doublé d'une évaluation et de la mise en place d'un traitement à domicile, a conduit à une augmentation d'un facteur trois de la liaison avec les services de soins par rapport aux approches conventionnelles de dépistage du VIH et de soins en établissement de santé (181/8194, 2,2 % contre 63/8466, 0,7 % ; RR = 2,94 ; IC à 95 % : 2,10–4,12 ; $p < 0,001$) (60). Un essai randomisé par grappes de deux ans, également réalisé au Malawi selon la même approche d'autotest du VIH dans les établissements à base communautaire avec assistance, mais en utilisant des fiches destinées à orienter les patients vers les dispensaires compétents pour faciliter la liaison avec les services, a estimé que 56,3 % (524/930) des personnes ayant reçu un diagnostic de séropositivité au VIH après un autotest ont été mises en relation avec des services de soins (10). Dans une étude de cohorte menée au Kenya, la liaison avec les services de soins était du même ordre : 50 % (2/4) des femmes en suivi prénatal ou post-partum ont indiqué que leur partenaire masculin avait accédé aux services de soins dans un délai de trois mois suivant l'autotest et l'obtention d'un diagnostic de séropositivité (18).

Parmi les populations clés, la liaison avec les services de soins était d'environ 20–100 %. Dans deux études d'observation aux États-Unis d'Amérique, la liaison avec les services de soins était de 100 % parmi quatre hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, deux dans chaque étude, qui avaient réalisé un autotest et dont la séropositivité avait été confirmée (59,61). Dans la Région administrative spéciale de Hong Kong, parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ayant obtenu un résultat d'autotest incertain ou positif, 20 % (2/10) ont fait appel à un service de dépistage supplémentaire ou ont demandé conseil à un professionnel de la santé, tandis que la plupart (8/10) ont répété le test à l'aide d'un nouveau kit d'autotest du VIH (62). Au Viet Nam, une étude pilote sur l'autotest du VIH dans les établissements à base communautaire parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes transgenres et les consommateurs de drogue par injection a indiqué que 100 % des personnes ayant effectué un autotest du VIH se sont soumises à un test de confirmation et ont été mises en relation avec les services de soins (55). Au Kenya, 88 % (23/26) des travailleuses du sexe ont signalé que leurs partenaires ou clients masculins ayant obtenu un résultat réactif à l'autotest de dépistage du VIH sont entrés dans la filière de soins (18). Au Zimbabwe, 99 % (97/98) des travailleuses du sexe qui avaient obtenu un résultat réactif à l'autotest et dont la séropositivité au VIH avait été confirmée ont accédé aux soins (56).

Bien que ces résultats se fondent sur un petit nombre de cas, ils semblent indiquer qu'à l'instar de ce qui est observé avec toutes les approches de dépistage du VIH, la liaison avec les services de soins est souvent insuffisante, à moins qu'une intervention ne soit menée pour établir des liens sur la base de données probantes. Cependant, ces résultats donnent également à penser que l'approche consistant à assortir l'autotest d'une évaluation ou d'un traitement à domicile peut être particulièrement efficace, tout comme d'autres stratégies d'autodépistage à base communautaire avec assistance, d'autodépistage chez les couples et les partenaires et l'autotest dans les établissements de santé.

La mise en œuvre de ces services de liaison exige un personnel formé qui puisse assurer un suivi adéquat. Des efforts supplémentaires seront nécessaires afin d'évaluer les stratégies et les approches susceptibles de faciliter la liaison avec les services de soins et de prévention suite à l'autodépistage, en particulier parmi les populations clés, qui peuvent être moins enclines à accéder aux services, surtout dans les pays dotés de lois et de politiques restrictives.

(Pour de plus amples informations sur la liaison avec les services de soins, consulter la section 2.3.1 sur la planification pour la prestation de services.)

2.2.3 Valeurs et préférences en matière d'autodépistage du VIH

Durant la phase de sélection des études à inclure dans l'analyse GRADE, 125 études portant sur certains aspects de la faisabilité et des valeurs et préférences en matière d'autodépistage du VIH parmi les utilisateurs actuels ou potentiels d'autotests, les agents de santé, les responsables de l'élaboration des politiques et d'autres intervenants clés ont été identifiées. Il s'agissait d'études réalisées dans les pays suivants : aux Amériques – Brésil (63–66), Canada (67–69), États-Unis d'Amérique (12,45,58,61,73–104), Mexique (70), Pérou (9,71), Porto Rico (72) ; en Afrique – Afrique du Sud (116–121), Éthiopie (22), Kenya (14,18,23,39,40,105–112), Lesotho (41), Malawi (10,19,20,42,51,113,114), Nigéria (115), Zambie (15,122,123), Zimbabwe (16,52,56,124,125) ; en Asie et dans le Pacifique – Australie (8,29,126–130), Chine (24,53,54,62,131–140), Inde (17,141), Singapour (142), Viet Nam (55) ; en Europe – Espagne (150–153), France (143–145), Italie (146), Pays-Bas (147–149), Royaume-Uni (11,154) ; ainsi que d'autres études multipays (21,46,155–158). L'un des essais contrôlés randomisés fournissait également des informations sur les valeurs et préférences en matière d'autodépistage du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes en Australie (34). Les valeurs et préférences en matière d'autodépistage du VIH ont par ailleurs été évaluées dans le cadre de plusieurs revues systématiques (4–7), dont une synthèse qualitative (159).

En outre, une étude qualitative des valeurs et préférences a été menée, en appui aux présentes lignes directrices, parmi les communautés de pêcheurs, les travailleurs du sexe, la population générale et les agents de santé en Ouganda, ainsi que parmi les jeunes appartenant aux populations clés en Indonésie, au Pakistan, aux Philippines et en Thaïlande (160,161).

Le présent document donne un aperçu des résultats de ces études pour les groupes suivants : populations clés, population générale, couples et partenaires, jeunes (15–24 ans), agents de santé et autres intervenants clés.

Populations clés

Parmi les populations clés, l'autotest du VIH est généralement très bien accepté et nombre de personnes sont disposées à l'utiliser (4,18,56,112,131,132), malgré certaines inquiétudes émises concernant le manque potentiel de soutien aux utilisateurs, le risque de préjudice social, l'exactitude des résultats et les coûts associés, qui pourraient entraver l'accès à l'autotest (4,72,80). De manière générale, parmi les avantages de l'autotest du VIH, les populations clés évoquent principalement la commodité et le respect de l'intimité, mais aussi le fait qu'il s'agit d'une option de dépistage aisée et non douloureuse (4,80) et qu'il n'est pas nécessaire de se rendre dans un établissement de santé (112).

Dans le cadre de l'autodépistage de l'infection à VIH, certaines études menées auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et de travailleuses du sexe ont mis en évidence une préférence pour les TDR oraux parce qu'ils sont indolores. Au contraire, d'autres préfèrent les TDR qui utilisent le sang total/ponction digitale jugés plus fiables (11,55). Par exemple, une étude au Viet Nam a montré que les consommateurs de drogue par injection préféraient les TDR qui utilisent le sang total/ponction digitale, tandis que davantage d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et de travailleuses du sexe déclaraient avoir une préférence pour les TDR oraux (55).

Même s'il existe de nombreuses manières et de multiples canaux pour distribuer les autotests du VIH, certaines études suggèrent que les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les femmes transgenres et les travailleuses du sexe préfèrent que ces autotests soient en vente libre dans les pharmacies ou d'autres points de vente, ou sur Internet (4). Plusieurs études en Australie, au Brésil, en Chine, aux États-Unis, au Pérou et au Royaume-Uni montrent qu'une forte proportion d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et de femmes transgenres apprécient l'accès aux autotests du VIH via Internet et les sites de rencontres homosexuelles, lesquels envoient un kit à domicile ou à une autre adresse choisie par l'acheteur (4,9,57,66,100,154). D'autres options, comme les distributeurs automatiques ou la distribution lors d'événements, s'avèrent également acceptables parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les personnes

Exemple de cas : « A hora é agora » (« Le moment, c'est maintenant ») : stratégie d'autodépistage de l'infection à VIH basée sur Internet au Brésil

« A hora é agora » (« Le moment, c'est maintenant ») est un programme complet visant à multiplier les dépistages du VIH et la liaison avec les services de soins parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes dans la ville de Curitiba au Brésil. Ce programme utilise une plateforme sécurisée basée sur le Web (www.ahoraegora.org/) et des applications iOS et Android pour proposer gratuitement à ce groupes d'hommes des autotests oraux (jusqu'à deux kits tous les six mois), ainsi que des préservatifs et des lubrifiants, et une aide pour promouvoir la liaison avec les services de soins.

Les hommes peuvent visualiser des tutoriels vidéo et des instructions sur support multimédia qui expliquent comment utiliser correctement le kit d'autotest et interpréter les résultats ; ils peuvent également recevoir une aide supplémentaire grâce à une permanence téléphonique (24h/24, 7j/7). Les personnes obtenant un résultat d'autotest réactif ou non concluant sont invitées à effectuer un test de confirmation au centre de conseil et de dépistage du VIH de Curitiba ; les personnes dont l'autotest est réactif bénéficient alors d'un test de confirmation et celles dont la séropositivité est confirmée sont accompagnées pour prendre contact avec des services de traitement et de soins. Ce programme est activement promu via des média virtuels et mobiles (réseaux sociaux, sites de rencontres) et des interventions de pairs en face-à-face lors de rassemblements à caractère social/sexuel.

Au 31 janvier 2016, le programme avait distribué plus de 4000 kits d'autotest du VIH, la majorité envoyée par courrier. Dix-sept pour cent (432/2527) des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui avaient demandé un kit d'autotest ont communiqué eux-mêmes leurs résultats via la plateforme Web. Parmi eux, 4 % (19/432) ont déclaré avoir obtenu un résultat d'autotest réactif. Globalement, 81 % (30/37) des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui ont déclaré avoir effectué un autotest et avoir bénéficié d'un test de confirmation au centre de conseil et de dépistage du VIH ont été confirmés séropositifs.

Source: Annexe 21.

transgenres (98,99,101). Au Kenya, les travailleuses du sexe ont exprimé une préférence pour l'accès aux autotests dans les pharmacies ou les cliniques privées plutôt que dans les hôpitaux publics (112), et leur intention de distribuer ces kits à leurs pairs, réseaux sociaux, partenaires principaux et clients (18).

Population générale

Dans les études prises en compte, l'autotest du VIH bénéficiait d'un niveau élevé d'acceptabilité parmi la population générale adulte qui soutenait fortement la promotion et l'utilisation des autotests.

Dans de nombreux pays africains, l'intérêt pour l'autotest du VIH était systématiquement fort. Au Zimbabwe, une étude transversale menée chez 289 adultes a mis en évidence que 80 % d'entre eux se prêteraient à un autodépistage et que près de 90 % le feraient si l'autotest était peu coûteux (124). De même, en Zambie, 76 % (1216/1600) des personnes ont déclaré que si les autotests du VIH étaient disponibles, ils les utiliseraient (122). Au Kenya, une synthèse de plusieurs études a montré que l'intimité et l'autonomie conférées par les autotests constituaient des motivations clés pour effectuer un autotest du VIH et que les utilisateurs souhaitaient avoir accès aux autotests dans les dispensaires ou les pharmacies (111). Des entretiens qualitatifs approfondis conduits en Afrique du Sud ont également indiqué un niveau élevé d'acceptabilité de l'autotest du VIH, perçu comme un moyen pour surmonter les obstacles aux services de dépistage du VIH, comme le manque de confiance dans les agents de santé et le système de santé (117).

En Europe et dans la région des Amériques, des niveaux similaires d'acceptabilité ont été mis en évidence dans la population générale (76,150,153,154). Aux États-Unis, en 2006, avant la disponibilité des ADVIH, 56,2 % (IC à 95 % : 54,7 - 57,7) des adultes ayant participé à une enquête téléphonique ont estimé ces autotests acceptables (76), et les deux tiers de la population à risque ont exprimé leur souhait d'utiliser ces dispositifs (76). En Espagne, 80 % (2699/3373) des personnes présentes dans une structure de services de dépistage du VIH installée dans la rue étaient en faveur de la mise à disposition des autotests (153). En outre, 84 % (174/207) des personnes ayant accès à l'autotest non assisté du VIH avec TDR utilisant du sang total/ponction digitale en Espagne se sont déclarées motivées pour effectuer un autotest à l'avenir (150). Au Royaume-Uni, parmi 555 utilisateurs ayant réalisé un autotest avec TDR utilisant du sang total/ponction digitale, 98 % ont déclaré qu'ils l'utiliseraient à nouveau et ont jugé l'autotest facile à réaliser (154).

Les obstacles potentiels à l'autotest de l'infection à VIH dans la population générale comprenaient des préoccupations relatives au risque de violence, d'acte autodestructeur ou de suicide ; au mauvais usage des ADVIH ; à la fiabilité des dispositifs ; au manque de soutien ; et aux coûts potentiellement élevés des kits d'autotest. Au Kenya, par exemple, 61 % (n = 1133) des personnes ont indiqué que les autotests pourraient être mal utilisés et ont parfois formulé des inquiétudes concernant le suicide et la non divulgation des résultats de l'autotest (110). En Zambie, des préoccupations similaires ont été soulevées, mais dans une moindre mesure : si 35 % (n = 1617) des répondants ont déclaré nourrir des préoccupations par rapport à l'autotest du VIH, 98 % d'entre eux ont indiqué que ces inquiétudes étaient mineures et pouvaient être dissipées (122). De manière générale, les préoccupations concernant la fiabilité des autotests portaient sur la manière de réaliser correctement le test et sur la fiabilité des différents autotests (TDR utilisant du sang total/ponction digitale ou TDR oral) (122). Dans une étude qualitative menée en Afrique du Sud, une partie des répondants de sexe masculin a indiqué préférer le TDR utilisant du sang total/ponction digitale perçu comme plus fiable (117).

Bien que dans plusieurs études des inquiétudes aient également été soulevées concernant le préjudice social, il est important de noter que presque toutes ces études avaient été conduites auprès de personnes qui n'avaient jamais effectué d'autotest pour le VIH auparavant. Dans les études impliquant la réalisation d'un autotest, au contraire, les problèmes liés au préjudice social étaient rarement évoqués (voir la section 2.2.1). En outre, dans ces études, malgré les différentes préoccupations soulevées par les utilisateurs, il existait de manière systématique un intérêt et un souhait manifestes pour la mise à disposition rapide des autotests.

Couples et partenaires

Dans les études prises en compte, les couples et les partenaires issus de la population générale et des groupes de population clé au Kenya (14,18,40,105), au Malawi (20,51) et aux États-Unis (45,58,92,94,95,102,162) indiquaient un niveau élevé d'acceptabilité et d'intérêt pour les autotests.

Les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes aux États-Unis, en particulier ceux qui ont des partenaires occasionnels et qui n'utilisent pas de préservatifs, ont déclaré être intéressés par l'usage des ADVIH dans l'optique de réduire le préjudice en sélectionnant leurs partenaires sexuels potentiels (45,92,95,102,162). Dans deux études liées, les hommes à haut risque ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ont suggéré que les ADVIH pourraient favoriser l'honnêteté en matière de divulgation du statut sérologique (102) et ont déclaré que, quand leur partenaire obtenait un résultat d'autotest réactif, ils lui apportaient un soutien affectif et mettaient leur partenaire en relation avec des services de soins (92). Les prestataires de soins ont également indiqué que les autotests pour les couples pourraient constituer une approche de promotion de la santé pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (102,162).

Parmi les couples hétérosexuels qui habitent ensemble, l'autotest du VIH peut constituer une approche souhaitable à la fois pour déterminer le statut sérologique de chacun et pour renforcer la relation. Au Malawi, l'autotest du VIH était vu comme un moyen innovant qui permet de se tester avec un partenaire, de renforcer le lien et de dissiper les inquiétudes concernant une

infidélité suspectée (20,51). Chez les femmes, au Malawi, la motivation pour effectuer un autotest au sein du couple était associée à des objectifs à long terme de santé et de « vivre ensemble », tandis que les hommes indiquaient avoir besoin de persuasion pour effectuer un autotest (même s'il était perçu comme bénéfique) et considéraient les autotests comme plus flexibles et moins intimidant que les services de dépistage du VIH au sein d'un établissement de santé (20). L'autotest du VIH constituait aussi pour les couples un moyen de divulguer un statut de séropositivité au VIH jusqu'alors dissimulé, soulageant ainsi le conflit interne associé (20). Les études au Malawi et au Kenya ont également montré que la distribution d'un kit d'autotest à un partenaire était perçu comme sûr et acceptable (19,105).

Au Kenya, l'autotest du VIH bénéficiait d'un niveau élevé d'acceptabilité parmi les couples sérodiscordants qui connaissaient le statut sérologique du partenaire et avaient recours à une prophylaxie pré-exposition (40). Selon une étude transversale menée auprès de 120 couples, 92,5 % des couples jugeaient les autotests faciles à utiliser et près de 40 % ont réalisé un autotest avec leur partenaire (40).

Comme pour tous les services de dépistage du VIH, il est important de prendre en compte les risques potentiels et les avantages de l'autotest pour les couples et les partenaires. Si les études conduites à ce jour et les données probantes résumées ci-dessus indiquent qu'il existe de nombreux avantages et que le risque de préjudice est minime, il reste vrai que la contrainte ou la violence exercée par le partenaire intime sont possibles, selon le contexte, la situation et la dynamique de la relation. Être confronté à des résultats sérodiscordants peut être difficile, quelle que soit la manière dont le dépistage du VIH est réalisé ou proposé. Certains partenaires qui effectuent ensemble un autotest et obtiennent des résultats de test non réactifs peuvent renoncer aux préservatifs, ce qui peut les amener à contracter le VIH ou d'autres infections sexuellement transmissibles s'ils ont d'autres partenaires sexuels. Néanmoins, des couples qui effectuent ensemble un autotest et qui obtiennent un résultat réactif ou sérodiscordant pourraient être davantage enclins à utiliser des préservatifs et à se soutenir l'un l'autre pour se mettre en contact avec les services de dépistage du VIH et de prévention et de traitement du VIH ; cette démarche comporte de nombreux avantages, notamment la prévention de la transmission ultérieure du VIH. Comme pour les autres formes de services de dépistage du VIH pour les couples et les partenaires, l'autotest du VIH peut ne pas être approprié pour les personnes ou les couples chez lesquels il existe une violence exercée par le partenaire intime (49). Ainsi, il faut fournir aux couples et aux partenaires des messages et des informations clairs afin d'atténuer les risques potentiels et de maximiser les avantages. (Pour plus d'informations, voir la section 2.2.1 ci-dessus et le chapitre 4, ainsi que la section 5.4 du chapitre 5 des Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH.)

Les jeunes (15-24 ans)

Le peu d'études existantes sur l'intention des jeunes (15-24 ans) d'utiliser des autotests de dépistage du VIH font état d'un intérêt considérable pour l'accès à l'autotest en Afrique du Sud (116), au Canada (68), aux États-Unis (12,80,103,104) et en France (143).

Au Canada, une enquête menée auprès d'étudiants universitaires a mis en évidence que 81 % d'entre eux pensaient que l'autotest non assisté du VIH avec TDR oral était acceptable, malgré certaines inquiétudes concernant la fiabilité des tests et la liaison avec les services de soins (68). Des résultats similaires ont été obtenus auprès d'étudiants universitaires sud-africains (116), qui suggèrent aussi que les autotests favoriseraient l'autonomie, qu'ils pourraient « normaliser » le VIH et que des autotests subventionnés ou gratuits pourraient aider les gens à accéder à l'autodépistage.

Aux États-Unis, trois études ont montré que les jeunes à haut risque souhaitaient fortement pouvoir utiliser des autotests (12,103,104). L'une de ces études indiquait que les principales motivations pour effectuer un autotest de dépistage du VIH étaient la facilité d'accès, le fait qu'une consultation en établissement de santé n'est pas nécessaire, la rapidité d'obtention des résultats et la possibilité de recourir à l'autodépistage dans le cadre de relations polygames (104). Néanmoins, l'étude a relevé que les jeunes n'étaient pas bien informés en ce qui concerne la fenêtre sérologique (104).

Une autre étude menée auprès de jeunes afro-américains a aussi indiqué leur préférence pour les autotests plutôt que les services de dépistage du VIH en établissement de santé parce qu'ils respectent l'intimité et sont plus pratiques, tout en réduisant la stigmatisation et en normalisant les services de dépistage du VIH (12,103). Cependant, les jeunes ont exprimé des inquiétudes concernant l'accès aux tests de confirmation, la confrontation à un résultat d'autotest réactif et la capacité des personnes en situation socio-économique défavorisée à comprendre les instructions d'utilisation de l'autotest (12,103). Des préférences similaires ont été rapportées chez les jeunes en France, en particulier dans l'éventualité où les autotests seraient disponibles gratuitement ou fournis avec la possibilité de bénéficier d'une assistance (143).

Agents de santé et autres parties prenantes clés

L'autotest du VIH jouit d'une très bonne acceptabilité parmi les agents de santé dans les milieux de forte prévalence du VIH pour se tester eux-mêmes, en particulier ceux qui n'ont jamais fait de test auparavant. Le taux d'autodépistage du VIH réalisé de manière officieuse parmi les agents de santé est élevé en Éthiopie, au Kenya, au Malawi, au Mozambique et au Zimbabwe (7), où les agents de santé considèrent l'autotest comme un moyen de réduire la stigmatisation et la discrimination autour du dépistage du VIH et de permettre aux membres de la famille de connaître leur statut sérologique (7). En Éthiopie, 70 % (n = 307) des agents de santé déclarent avoir effectué de manière officieuse un autotest pour le VIH (22). Parmi eux, 82 % indiquent avoir entrepris cette démarche pour plus de confidentialité et 14 % parce qu'ils n'avaient pas le temps de passer par les services de dépistage du VIH conventionnels (22). Au Kenya, dans une étude de faisabilité, 89 % (680/765) des personnes ayant répondu à l'enquête ont déclaré, après avoir reçu un autotest et bénéficié d'une séance d'informations, qu'elles recommanderaient l'autotest du VIH à leurs collègues (14).

Les agents de santé et les parties prenantes clés qui fournissent ou soutiennent l'offre de services de dépistage du VIH considèrent que l'autotest est tout à fait acceptable lorsqu'il est correctement réalisé, au moyen de TDR fiables et faciles à utiliser, et quand une liaison est établie avec les services de soins (69,157,158). Dans deux études menées au Canada, les parties prenantes clés et les agents de santé estimaient que l'autotest du VIH devrait être disponible à l'échelle nationale (67,69). L'une de ces études a montré qu'un tiers des prestataires souhaitaient une meilleure formation sur l'autodépistage du VIH et préféraient une approche à base communautaire pour la distribution des autotests (67). Au Zimbabwe, des groupes de consultation ont révélé que, même si les agents de santé perçoivent l'autodépistage du VIH comme un moyen d'atteindre les personnes présentant une infection à VIH non diagnostiquée, en particulier les hommes et les personnes vivant dans des zones où l'accès aux services de dépistage du VIH est limité, ils nourrissaient des préoccupations concernant l'impact de l'autotest sur leurs emplois et l'emploi d'autres agents de santé (125).

(Voir l'annexe 17 qui présente la revue systématique GRADE complète, notamment les valeurs et les préférences relatives à la possibilité de proposer l'autotest du VIH comme une approche complémentaire aux services de dépistage du VIH.)

2.2.4 Coût et rapport coût/efficacité

Le coût potentiel de la mise en œuvre de l'autotest du VIH ou de l'achat de TDR pour l'autodépistage est une préoccupation tant pour les responsables de l'élaboration des politiques que pour les utilisateurs finaux. Trois études (163–165) et un rapport (28) identifiés dans le processus d'examen contenaient des informations sur le coût et le rapport coût/efficacité.

L'évaluation UNITAID/OMS du marché a estimé que, dans les pays à revenu élevé, les TDR pour l'autodépistage du VIH étaient directement accessibles aux consommateurs pour un coût d'environ US \$7,50–43 et, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (dans le cadre de la recherche) pour un coût de US \$3–16 (28,31). En raison du coût de l'emballage supplémentaire et des modifications des autotests, et d'incertitudes relatives au marché, les prix des TDR pour

l'autodépistage du VIH sont actuellement plus élevés que ceux pratiqués pour un usage professionnel (US \$0,50–11 par autotest) (28).

Pour évaluer le coût de l'autotest, il est important de considérer non seulement le prix de l'autotest mais aussi l'impact financier des différentes approches d'autodépistage du VIH dans différents contextes et populations.

Aux États-Unis, la distribution d'autotests de dépistage non assisté du VIH via une application de rencontres homosexuelles a montré que le coût total du programme de distribution de 455 autotests était élevé (US \$17 600), en raison du coût des autotests eux-mêmes (US \$26). Les coûts de personnel et de publicité ne représentaient que 25 % du coût total du programme. Proposer des kits d'autotest moins chers améliorerait nettement le rapport coût/efficacité de cette approche d'autotest non assisté du VIH (163).

Dans une étude des coûts de l'autotest assisté du VIH à base communautaire au Malawi, dans le cadre duquel des prestataires formés étaient disponibles et aidaient les utilisateurs d'autotests en fonction de leurs besoins, le coût moyen d'un prestataire de soins par participant testé au moyen d'un autotest à base communautaire s'élevait à US \$8,78 et était comparable au coût par participant testé via les services de dépistage du VIH en établissement de santé, lequel s'élevait à US \$7,53–10,57 (165). Quand l'autotest du VIH était envisagé du point de vue du coût par personne séropositive au VIH, l'autotest à base communautaire était associé un coût moyen de prestataire de soins plus élevé (US \$97,50) que dans le cadre de services de dépistage du VIH en établissement de santé (US \$25,18–76,14 (165)). Ces résultats reflètent une moindre prévalence du VIH chez les personnes bénéficiant de l'autotest à base communautaire ainsi qu'une approche de l'autotest du VIH dans laquelle le personnel et les systèmes de suivi étaient plus coûteux et représentaient une plus grande part du coût total comparativement aux services de dépistage du VIH en établissement de santé. Ces coûts seraient susceptibles de baisser considérablement si les approches étaient davantage ciblées et si elles faisaient appel à des méthodes permettant de réduire l'assistance directe, par exemple en organisant des démonstrations en groupes sur les autotests du VIH ou en utilisant les médias sociaux ou des vidéos pour fournir les instructions et l'aide requises. Les coûts seraient également moindres si l'on utilisait des systèmes de suivi et d'évaluation moins coûteux mais efficaces et si le prix unitaire des kits d'autotest du VIH diminuait.

D'après un modèle mathématique basé sur des données provenant du Zimbabwe, l'autotest du VIH peut présenter un bon rapport coût/efficacité si le coût unitaire des autotests s'élève à US \$3 et si l'augmentation du nombre de dépistages du VIH attribuables à l'autodépistage est modérée (20 %) (164). Dans ce cas de figure, le modèle d'autodépistage du VIH à base communautaire réduirait de US \$75 millions les coûts des soins de santé et éviterait 7000 années de vie ajustées sur une période de 20 ans (164). En utilisant les données disponibles, ce modèle mathématique a été mis à jour pour évaluer le rapport coût/efficacité de différentes approches d'autodépistage du VIH au Zimbabwe (autodépistage à base communautaire, autotests distribués par les partenaires et kits disponibles en pharmacie). Il en résulte que, étant donné que la couverture du dépistage est élevée et qu'environ 85 % des personnes infectées par le VIH connaissent leur statut sérologique, la majorité de toutes les autres approches complémentaires aux services de dépistage du VIH présenteraient un rapport coût/efficacité inférieur à celui de l'autotest. Cependant, l'autotest présentait un bon rapport coût/efficacité (en considérant un seuil coût/efficacité de US \$500) quand il était utilisé dans le cadre d'une distribution secondaire d'autotests dans les pharmacies et aux travailleuses du sexe au sein de la communauté pour atteindre les partenaires masculins (166).

Il est probable que le rapport coût/efficacité de l'autotest VIH soit plus élevé dans le cas où la couverture du dépistage est faible à condition que la liaison avec les services de soins après l'autotest augmente ; que les personnes séronégatives au VIH s'impliquent dans la prévention du VIH, par exemple en ayant recours à la prophylaxie pré-exposition ou à la circoncision masculine médicale volontaire ; et que les personnes présentant un risque élevé persistant d'infection par le VIH aient plus souvent recours au dépistage. Au moment où de plus en plus de pays tendent à mettre en œuvre des politiques visant à « traiter tout le monde », il est probable que le rapport coût/efficacité du déploiement de l'autotest du VIH augmente, car toutes les personnes

diagnostiquées séropositives au VIH seront éligibles au traitement antirétroviral, ce qui se traduira par des avantages supplémentaires en termes de santé. Par ailleurs, si les autotests du VIH actuels sont plus coûteux que les TDR à usage professionnel, d'importants efforts sont en cours pour mettre au point de nouveaux produits et diminuer leur prix.

2.2.5 Revue systématique et méta-analyse de la performance des TDR du VIH destinés à l'autodépistage

Cette section récapitule les résultats d'une revue systématique de la performance des TDR du VIH utilisés dans le cadre de l'autotest. (Pour plus d'informations, voir l'annexe 19.)

Pour rassembler les données de performance des TDR du VIH utilisés pour l'autodépistage, les examinateurs ont effectué des recherches dans trois bases de données électroniques et six bases de données de conférences, couvrant une période allant jusqu'au 1er avril 2016. Ils ont également consulté la littérature grise au moyen de Google Scholar. Les études prises en compte étaient celles conduites chez des personnes qui ont effectué un autotest au moyen d'un TDR du VIH et qui rendaient compte de la concordance ou de la sensibilité et de la spécificité des TDR comparativement au dépistage effectué par un agent de santé formé.

À partir d'une première sélection de 2332 titres, 25 études ont été incluses dans la revue, dont deux essais contrôlés randomisés (167,168), les autres étant des études observationnelles. Les 25 études étaient différentes en termes de conception, mais toutes rendaient compte de la concordance entre le résultat d'un TDR du VIH effectué par l'utilisateur lui-même et celui obtenu par un agent de santé formé. Les études étaient essentiellement conduites en milieu urbain ($n = 20$) ; quatre seulement ont été menées en milieu rural (17,167,169,170) et une dans les deux milieux (168). Quinze études utilisaient uniquement des TDR oraux (10,17,42,68,96,108,131,167,168,170–175), six uniquement des TDR utilisant du sang total/ponction digitale (142,150,169,176–178) et quatre utilisaient à la fois les échantillons oraux et sanguins (84,85,179,180). Onze études prévoyaient une assistance directe aux utilisateurs d'autotests (10,17,42, 68,85,131,167,170,175,176,178), treize n'offraient aucune assistance (68,84,96,108,142,168,169,172–174,177,179,180), et une employait les deux approches (150).

Encadré 2.3. Aperçu des résultats de l'étude sur la performance des TDR du VIH destinés à l'autodépistage

De manière générale, les études examinées sont parvenues aux conclusions suivantes :

- Un test de diagnostic rapide (TDR) du VIH utilisé et interprété par l'utilisateur lui-même peut être aussi performant qu'un TDR du VIH utilisé et interprété par un agent de santé formé.
- Les TDR du VIH effectués par les utilisateurs eux-mêmes peuvent atteindre des niveaux acceptables de sensibilité et de spécificité, en particulier quand les produits utilisés sont appropriés et de qualité et quand une démonstration, des instructions d'utilisation, des vidéos ou autres moyens d'information sont proposés à l'utilisateur.

Performance des TDR du VIH destinés à l'autodépistage

Un TDR du VIH utilisé et interprété par l'utilisateur lui-même est aussi performant qu'un TDR du VIH utilisé et interprété par un agent de santé formé. Dans 16 études sur l'autotest du VIH avec assistance directe ou sans assistance, et une étude utilisant les deux approches, la concordance mesurée par le kappa entre les utilisateurs eux-mêmes et les agents de santé formés était presque

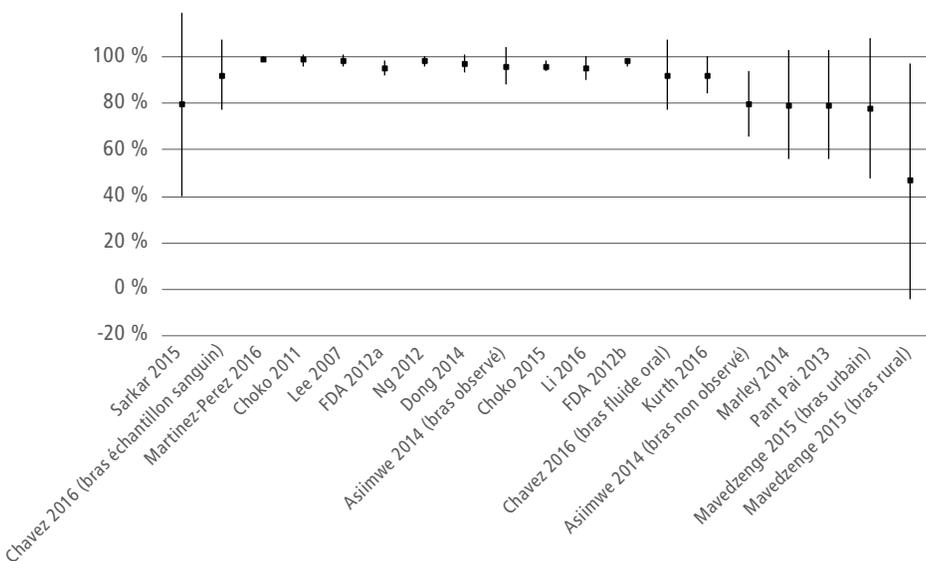
parfaite (voir Figure 2.4). Aucune différence de concordance entre les utilisateurs et les agents de santé formés n'a été constatée par type d'approche, observation, type d'échantillon ou positivité au VIH (avec assistance directe : 0,98, IC à 95 % : 0,96–0,99 vs sans assistance : 0,98, IC à 95 % : 0,96–0,99 ; I² 33 %, IC à 95 % : 19,5–98,1).

Les TDR du VIH employés par les utilisateurs eux-mêmes peuvent atteindre des niveaux élevés de sensibilité et de spécificité. Si la fourchette des valeurs de sensibilité rapportées était large, seules 2 études sur 20 faisaient état d'une sensibilité inférieure à 80 % ; l'une de ces études ne fournissait pas suffisamment d'informations sur la manière d'interpréter les lignes de positivité faibles (175), l'autre suggérait que les instructions trop longues constituaient un obstacle pour les participants du bras rural dans lequel le niveau d'instruction était faible (52). En dehors de ces deux études, les estimations de sensibilité et de spécificité étaient plus élevées pour les TDR sur sang total/ponction digitale (84,142,169,177) que pour les TDR oraux (10,17,42,108,131,167,168,170,171,173–175) (sensibilité : 96,2–100 % vs 80–100 % ; spécificité : 99,5–100 % vs 95,1–100 %). Néanmoins, globalement, il n'y avait aucune différence de sensibilité ou de spécificité entre l'approche offrant une assistance directe et celle sans assistance (181) (voir le Tableau 2.2).

Si la sensibilité et la spécificité étaient généralement élevées, des erreurs fréquentes au niveau de la réalisation de l'autotest ou de l'interprétation du résultat ont été identifiées ; par exemple, des erreurs de prélèvement de l'échantillon (ponction digitale ou écouvillon oral) (42,131,168,178) et une mauvaise utilisation ou un renversement du tampon (42,168,170,171,174). Certaines erreurs se sont traduites par des résultats d'autotest non valides, comme les erreurs de prélèvement de l'échantillon ; d'autres ont engendré une diminution de la sensibilité du test. Les études évaluant les TDR sur sang total/ponction digitale (84,85,150,169,178,180) ont constaté une plus forte proportion de résultats non valides comparativement aux études évaluant les TDR oraux (0,4–9,5 % vs 0,2–4,5 %) (17,42,84,85,131,167,168,170,171,173,174,179,180).

Au Zimbabwe, une étude menée dans une population rurale ayant un faible niveau d'instruction, qui faisait état d'une mauvaise sensibilité des tests (66,7 % ; IC à 95 % : 9,4 ; 99,2), suggérait

Figure 2.4. Concordance des résultats de tests effectués par les utilisateurs eux-mêmes et par des agents de santé formés (mesurée par le kappa de Cohen) (n = 16)



Source: Figueroa et al, 2016 (181).

Tableau 2.2. Sensibilité et spécificité des TDR utilisés dans le cadre de l'autotest par type d'approche (n = 16)

| Études | Estimation de la sensibilité (IC à 95%) | VR/(VR+FN) | Estimation de la spécificité (IC à 95%) | VN/(VN+FR) | Positivité au VIH | Type de population |
|---|---|------------|---|-------------|----------------------|--|
| TYPE D'APPROCHE | | | | | | |
| Assistance directe | | | | | | |
| Pant Pai 2013 | 66,7 % (29,9, 92,5) | 6/6+3 | 100 % (98,5, 100) | 242/242+0 | 3,6 % (9/251) | Agents de santé (100 %) |
| Sarkar 2015 | 100 % (15,8, 100) | 2/2+0 | 100 % (98,1, 100) | 197/197+0 | 0,9 % (2/202) | Femmes enceintes (100 %) |
| Choko 2011 | 97,9 % (88,9, 99,9) | 47/47+1 | 100 % (98,3, 100) | 210/210+0 | 16,9 % (48/283) | PG (100%) |
| Choko 2015 ^a | 93,6 % (88,2, 97,0) | 132/132+9 | 99,9 % (99,6, 100) | 1507/1507+1 | 8,6 % (141/1649) | PG (100 %) |
| Marley 2014 ^b | 100 % (54,1, 100) | 6/6+0 | 98,6 % (95,9, 99,7) | 209/209+3 | 5,8 % (13/222) | PG (100 %) |
| Asiimwe 2014 (bras observé) | 100 % (75,3, 100) | 13/13+0 | 99,1 % (95,0, 100) | 109/109+4 | 10,6 % (13/122) | PG (100 %) |
| Asiimwe 2014 (bras non observé) | 90,0 % (68,3, 98,8) | 18/18+2 | 95,1 % (89,0, 98,4) | 98/98+5 | 17,2 % (20/116) | PG (100 %) |
| Martinez-Perez 2016 | 98,8 % (96,9, 99,7) | 323/323+4 | 100 % (99,8, 100) | 1860/1860+0 | 14,9 % (327/2187) | PG (100 %) |
| Sans assistance | | | | | | |
| Gras 2014 | 96,2 % (80,4, 99,9) | 25/25+1 | n/a | n/a | 100 % (26/26) | PVVIH |
| Lee 2007 | 98,8 % (93,5, 100) | 83/83+1 | 99,6 % (97,9, 100) | 260/260+1 | 24,3 % (84/345) | PG (90 %) et PC (10 %) |
| Dong 2014 | 97,7 % (88,0, 99,9) | 43/43+1 | 99,5 % (97,1, 100) | 186/186+1 | 19,0 % (44/231) | PG (100 %) |
| Chavez 2016 (bras échantillon sanguin) | 100 % (54,1, 100) | 6/6+0 | 100 % (99,2, 100) | 486/486+0 | 1,7 % (9/515) | PC (100 %) |
| Chavez 2016 (bras fluide oral) | 88,9 % (51,8, 99,7) | 8/8+1 | 100 % (99,3, 100) | 501/501+0 | 1,7 % (9/515) | PC (100 %) |
| Li 2016 | 94,4 % (84,6, 98,8) | 51/51+3 | 99,3 % (96,1, 100) | 139/139+1 | 28,9 % (55/190) | PC (100 %) |
| Kurth 2016 | 89,7 % (72,6, 97,8) | 26/26+3 | 99,4 % (96,8, 100) | 173/173+1 | 14,3 % (29/203) | PG (100 %) |
| FDA phase III 2012 | 91,7 % (84,2, 96,3) | 88/88+8 | 100 % (99,9, 100) | 4902/4902+1 | 1,9 % (96/4903) | PG (86,9 %) et PC (13,1 %) |
| Mavedzenge 2015 (bras rural) | 66,7 % (9,4, 99,2) | 2/2+1 | 94,7 % (85,4, 98,9) | 54/54+3 | 8 % (5/62) | PG (100 %) |
| Mavedzenge 2015 (bras urban) ^c | 80,0 % (28,4, 99,5) | 4/4+1 | 97,8 % (88,5, 99,9) | 45/45+1 | 9 % (16/172) | PG (100 %) |
| Ng 2012 | 97,4 % (94,0, 99,1) | 186/186+5 | 99,9 % (99,3, 100) | 791/791+1 | 19,3 % (192/994) | PG (63,7 %), PVVIH (20 %), et PC (16,3 %) |
| FDA phase IIb 2012 | 97,9 % (96,2, 99,0) | 470/470+10 | 99,8 % (98,8, 100) | 472/472+1 | 51,9 % (526/1013) | PG (42,4 %), PVVIH (51,3 %), et PC (6,3 %) |

n.d. non disponible ; VP vrai réactif ; FP faux réactif ; FN faux négatif ; VN vrai négatif ; PG population générale ; PC population clé ;

PVVIH personnes vivant avec le VIH

^a Quatre participants suivaient un traitement antirétroviral ; leur autotest était non réactif et le test de confirmation positif.

^b Cette étude a évalué la fiabilité des tests dans un sous-échantillon de participants (229/800).

^c Un participant suivait un traitement antirétroviral ; son autotest était négatif et le test de confirmation positif. Hétérogénéité : sensibilité I² 55,1 % ; spécificité I² 78,7 %. Coefficient de corrélation de Spearman : -0,259 ; p = 0,285.

 Sang total/ponction digitale  Fluide oral

que les erreurs des utilisateurs dans la réalisation de l'autotest et l'interprétation des résultats étaient probablement dues à des difficultés de lecture et de compréhension des instructions d'utilisation (168). Par ailleurs, plusieurs études auxquelles ont participé des personnes séropositives qui connaissaient leur statut sérologique ont rapporté que ces utilisateurs étaient davantage susceptibles de faire des erreurs dans la réalisation d'un autotest ou dans l'interprétation du résultat (171,177).

TDR du VIH destinés à l'autodépistage parmi les personnes recevant des médicaments antirétroviraux

Trois des 25 études incluses dans la revue – y compris celles incluant des personnes séropositives qui connaissaient leur statut sérologique – indiquaient si les participants recevaient des ARV à des fins de traitement ou de prévention. Ces études utilisaient des TDR oraux; dans deux d'entre elles, les participants prenant des ARV ont obtenu un résultat d'autotest non réactif et ont par la suite été confirmés séropositifs au moyen d'un algorithme de dépistage validé (10,168), tandis que dans la troisième étude, les résultats de l'autotest et du test de confirmation étaient tous deux non réactifs parce qu'ils utilisaient tous deux le même TDR sur sécrétions buccales standard (179). Bien que les données d'impact des ARV sur la performance des TDR pour le VIH soient limitées, plusieurs études suggèrent qu'ils sont davantage susceptibles d'entraîner des faux négatifs avec les tests sérologiques (anticorps) car les anticorps du VIH sont supprimés et ne sont pas détectés (2,182). Ce risque concerne tous les tests sérologiques, en particulier les TDR oraux (Voir le chapitre 7 des Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH.) On ne peut donc pas exclure que les études faisant état d'une faible sensibilité comptent dans leurs populations des personnes prenant des ARV.

Même si l'autotest est très fiable – jusqu'à 100 % de sensibilité et 100 % de spécificité, en particulier avec des tests et des instructions d'utilisation validés (181) –, comme pour tous les tests de dépistage du VIH, un seul résultat réactif par TDR ne suffit pas pour poser un diagnostic de séropositivité au VIH. Tous les résultats d'autotest réactifs doivent être confirmés par une personne formée en suivant un algorithme de dépistage national validé (2). Actuellement, il n'est pas recommandé aux utilisateurs de tenter de réaliser un test de confirmation en utilisant un autotest.

(Pour obtenir des informations plus détaillées sur cette revue systématique de la performance des TDR du VIH destinés à l'autodépistage, voir l'annexe 19.)

2.2.6 Recommandation

Après avoir examiné les données présentées dans deux revues systématiques – une revue des études fournissant des données sur les valeurs et des préférences, sur la faisabilité et sur l'utilisation des ressources, et une revue des politiques nationales – le GDG est parvenu à un consensus et a décidé de formuler une recommandation sur l'autotest.

En utilisant le système GRADE pour attribuer un score à la qualité des données fournies, le GDG a déterminé qu'elles étaient de qualité moyenne. Après avoir pris en compte toutes les données ainsi que les avantages et les risques potentiels pour la santé publique, le GDG a estimé que les avantages de l'autotest l'emportaient largement sur les risques potentiels. Ainsi, le GDG est parvenu à un consensus et a conseillé à l'OMS de formuler une recommandation forte en faveur de l'offre d'autotest comme approche complémentaire aux services de dépistage du VIH.

NOUVEAU

Recommandation

L'autotest du VIH devrait être proposé comme une approche complémentaire aux services de dépistage du VIH (*recommandation forte, données de qualité moyenne*).

2.3 Continuum des approches pour une mise en œuvre réussie de l'autodépistage du VIH

Pour maximiser les avantages de l'autodépistage du VIH, il est important de ne pas considérer uniquement le produit de qualité garantie mais aussi les composantes d'un programme réussi, notamment les approches relatives à la prestation de services, les moyens de faciliter la liaison avec les services de soins, et les systèmes de suivi et de notification.

Les programmes qui comprennent toutes ces composantes auront davantage de succès s'ils sont élaborés en collaboration avec le Ministère de la santé et d'autres organismes pertinents gouvernementaux et non gouvernementaux, comme les organisations à base communautaire, les réseaux de personnes vivant avec le VIH, les groupes de population clé et les communautés touchés par le VIH, ainsi que les chercheurs.

2.3.1 Planification stratégique pour la prestation de services d'autodépistage du VIH

Lors de la planification d'un programme d'autodépistage du VIH, il est important d'analyser et d'évaluer au préalable le programme des services de dépistage du VIH existant et de déterminer où et comment mettre en œuvre l'autotest du VIH afin qu'il soit complémentaire des autres approches et qu'il comble les lacunes de la couverture actuelle. De cette manière, l'autotest du VIH peut contribuer à améliorer l'efficacité du système de santé. Il est également important de suivre et d'évaluer l'impact et les résultats de la mise en œuvre de l'autotest du VIH, et de mener des recherches ultérieures afin d'identifier les approches les plus efficaces et les plus acceptables en fonction des différents contextes et populations (voir Encadré 2.4).

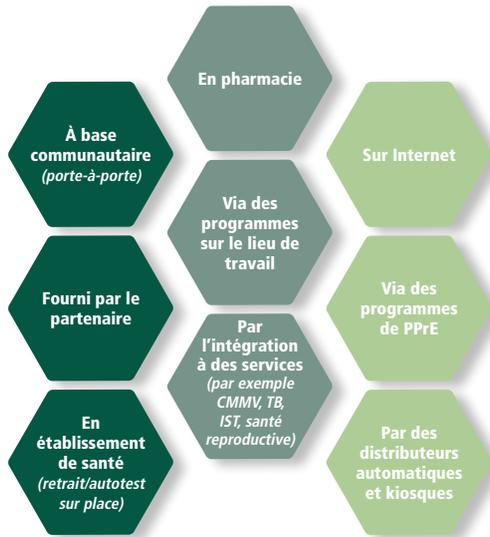
L'autotest du VIH est particulièrement approprié pour atteindre les personnes à haut risque de VIH qui ne sont pas en mesure d'accéder aux services existants ou qui rencontrent des difficultés pour accéder à ces services. Dans les milieux où la prévalence est faible, l'autotest peut être proposé aux partenaires des personnes vivant avec le VIH et aux populations clés. Quand la prévalence est élevée, les groupes cibles peuvent inclure les hommes, les couples et les partenaires sérodiscordants, les adolescents et les jeunes, les populations clés et d'autres groupes vulnérables définis en fonction du contexte national.

Un continuum des différentes approches de la prestation de services d'autodépistage du VIH peut être envisagé en fonction du contexte, de la situation et de la population que le programme cherche à atteindre. Les approches peuvent être essentiellement proposées au niveau des établissements de santé ou des communautés, mises en œuvre par le biais de la distribution secondaire (autotests fournis par les partenaires sexuels par exemple), intégrées dans d'autres programmes et interventions sanitaires connexes, ou proposées en pharmacie, via des distributeurs automatiques, Internet ou d'autres canaux des secteurs public et privé (voir Figure 2.5).

Approches de l'autotest du VIH avec assistance directe ou sans assistance

Selon les populations, les interventions peuvent varier en termes d'intensité et de technologies utilisées pour aider les utilisateurs d'autotest. L'autotest peut être proposé avec une assistance directe ou sans assistance du tout (voir Tableau 2.3). Par exemple, les personnes handicapées, celles dont le niveau d'instruction est faible, et certaines communautés rurales peuvent avoir besoin d'une assistance directe sous la forme de démonstrations et d'explications fournies en personne avant, pendant et après la réalisation du test. Cependant, quel que soit le type d'approche, les utilisateurs qui ont accès à Internet et aux médias sociaux, ainsi que les personnes qui utilisent les autotests de manière fréquente et répétée, peuvent réaliser le test simplement en suivant les instructions ou en s'appuyant sur des permanences téléphoniques, des services de messagerie, des vidéos et d'autres outils d'aide fournis avec le kit d'autotest.

Figure 2.5. Différentes approches de la prestation de services d'autodépistage du VIH



Encadré 2.4. Résumé des approches de la prestation de services d'autodépistage du VIH

Distribution à base communautaire. Au Malawi, la mise en œuvre de l'autotest du VIH à base communautaire dans la population générale s'est traduite par un taux d'autodépistage de 77 %. Parmi ceux qui ont réalisé un autotest, 44 % le faisait pour la première fois. Le taux le plus élevé d'autodépistage a été observé chez les adolescents et les jeunes. Parmi ceux qui ont eu recours à l'autotest, 11,8 % ont été confirmés séropositifs ; 56,3 % de ces personnes ont été mises en relation avec des services de soins (10).

Autodépistage chez les couples et les partenaires. Au Kenya, la fourniture des kits d'autotest aux femmes lors des soins prénatals ou post-partum et aux travailleurs du sexe dans les centres d'accueil pour qu'ils les distribuent à leurs partenaires masculins et dans leurs réseaux sociaux a abouti à un taux d'autodépistage de 98 % chez les partenaires masculins et de 51-83 % chez les couples de partenaires masculins (18).

Distribution en établissement de santé. L'autotest du VIH peut fournir un moyen d'améliorer la couverture et l'efficacité du dépistage du VIH dans les dispensaires, en particulier dans les contextes d'épidémie généralisée, où il est recommandé de tester pour le VIH toutes les personnes qui se rendent au dispensaire. Les personnes qui se présentent à un établissement de santé pourraient se voir offrir la possibilité de réaliser un autotest du VIH pendant leur temps d'attente ou se voir remettre des kits d'autotest à emporter chez eux pour eux-mêmes ou pour leurs partenaires. Cette approche fait actuellement l'objet d'une évaluation au Malawi, en Zambie et au Zimbabwe (183).

Intégration des services et activités à portée communautaire. Au Zimbabwe, la distribution d'autotests du VIH aux hommes au niveau des communautés et des établissements de santé est évaluée dans le cadre d'une stratégie à portée communautaire afin de faciliter le recours à la circoncision masculine médicale volontaire (183). L'intégration avec d'autres modèles utilisés dans des programmes de santé publique existants, comme ceux visant à combattre la tuberculose, les infections bactériennes sexuellement transmissibles, l'hépatite virale, et ceux dédiés à la contraception, devrait également être envisagée.

Encadré 2.4. Résumé des approches de la prestation de services d'autodépistage du VIH (continued)

Activités à portée communautaire basées sur Internet à l'intention des populations clés. Plusieurs études montrent que les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes obtiennent des kits d'autotest via Internet et des applications utilisées sur les réseaux sociaux. En Chine, un programme qui propose gratuitement des autotests du VIH en ligne et expédie des kits aux destinataires a permis d'atteindre des hommes à haut risque, dont 15 % ont obtenu un résultat d'autotest réactif ; ces derniers ont tous été mis en relation avec une structure pour effectuer un test de confirmation (54). Au Brésil, un site Web propose aux hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes des informations et des kits d'autotest gratuits à retirer en pharmacie ou expédiés par la poste (66). Aux États-Unis, la commercialisation d'autotest du VIH via Internet, les réseaux de médias sociaux, les distributeurs automatiques et les systèmes de bons s'est révélée être acceptable et a facilité le recours à l'autotest parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (91,98,100).

Distribution en pharmacie. Aux États-Unis, en France et au Royaume-Uni, l'autotest du VIH est officiellement disponible en vente libre dans les pharmacies et d'autres points de vente. Il est également disponible de manière officieuse dans de nombreux autres pays (2). Au Kenya, un essai randomisé sur la distribution des autotests du VIH en pharmacie est actuellement mené pour évaluer l'acceptabilité, le recours à l'autotest, la positivité au VIH et la liaison avec les services de soins (39).

Programmes de PPrE. Du fait que l'autotest du VIH atteigne les personnes à haut risque d'infection par le VIH, il peut constituer un point d'accès important à la prophylaxie pré-exposition. En s'appuyant sur une technologie appropriée, on peut envisager d'inclure l'autotest du VIH dans les programmes de PPrE. Par exemple, une étude menée au Kenya chez des couples sérodiscordants ayant recours à la PPrE a mis en évidence un taux de recours à l'autotest de 90 % et a montré que 69 % des participants partageaient leurs résultats avec leurs partenaires (tous les utilisateurs ont été confirmés négatifs au VIH) (40). Cette approche peut aider à réduire les coûts associés à la répétition du dépistage entre chaque consultation en établissement de santé (184) et encourager le recours à la PPrE (2). La possibilité d'intégrer l'autotest du VIH dans les services de PPrE constitue un important domaine de recherche sur la mise en œuvre. Cependant, tant qu'une évaluation adéquate de l'utilisation des tests de diagnostic rapide du VIH dans le cadre de l'autodépistage parmi les personnes qui ont recours à la PPrE n'aura pas été réalisée, il convient d'adopter cette approche avec prudence car il est possible que la performance des TDR du VIH dans ce contexte ne soit pas optimale.

Programmes sur le lieu de travail. L'autotest du VIH peut fournir une occasion d'introduire le dépistage du VIH dans des initiatives en faveur du bien-être et de la santé au travail. Cette approche peut être proposée aux hommes, notamment aux populations à haut risque dans certains milieux comme les mineurs, les artisans-pêcheurs et les chauffeurs routiers, ainsi qu'aux agents de santé et à leurs partenaires, dans l'optique de faciliter le recours aux outils de prévention du VIH. Par exemple, l'autotest du VIH pourrait intéresser les agents de santé qui hésitent à recourir aux services de dépistage du VIH existants et à la prophylaxie postexposition, suite à une exposition potentielle au VIH, car ils craignent une stigmatisation et une discrimination de la part des autres agents de santé (14). Les programmes sur le lieu de travail devraient proposer des options qui conviennent au personnel et qui sont suffisamment discrètes pour lui permettre d'accéder aux autotests de dépistage du VIH, notamment en pharmacie, sur Internet, via des applications de téléphonie mobile et des distributeurs au bureau.

Il faut également fournir au personnel des informations sur la prévention, le traitement et les soins de l'infection à VIH, y compris sur le lieu et la manière dont les utilisateurs peuvent discrètement accéder à ces services, et des permanences téléphoniques confidentielles qui prodiguent des conseils.

Tableau 2.3. Outils d'aide à l'autodépistage du VIH avec assistance directe ou sans assistance

| Outils d'aide | Assistance directe | Sans assistance |
|---|--------------------|-----------------|
| Séance d'information en personne, démonstration individuelle ou en groupe illustrant la bonne manière d'utiliser le kit et d'interpréter les résultats | ✓ | |
| Démonstrations virtuelles ou via les médias sociaux sur Internet illustrant la bonne manière d'utiliser le kit et d'interpréter les résultats | ✓ | ✓ |
| Assistance en personne pendant la réalisation du test | ✓ | |
| Instructions d'utilisation : <ul style="list-style-type: none"> • Illustrations/texte • Brochures ou dépliants contenant des informations sur les services locaux de dépistage et de traitement de l'infection à VIH et leurs coordonnées : dispensaire, permanence téléphonique, etc. • Instructions sur support multimédia | ✓ | ✓ |
| Aide à distance par téléphone, médias sociaux, SMS, codes QR, applications de messagerie sur Internet ou sur téléphone mobile | ✓ | ✓ |

Liaison avec les services de dépistage du VIH supplémentaire et de prévention, traitement et soins de l'infection à VIH

Outre l'identification des meilleures approches à proposer pour l'autotest du VIH, les programmes doivent déterminer comment faciliter la liaison avec les services de prévention, de traitement et de soins après un autotest. Des recherches supplémentaires, ainsi qu'un suivi et une évaluation des stratégies facilitant la liaison avec les services de soins après un autotest du VIH sont nécessaires. L'Encadré 2.5 résume les approches de mise en relation avec les services de soins actuellement utilisées qu'il est possible d'envisager.

Systèmes de suivi et de notification

Les systèmes de suivi et de notification sont essentiels pour toutes les approches relatives aux services de dépistage du VIH, y compris l'autotest. En raison du caractère privé et discret de l'autotest, il peut s'avérer difficile de recueillir des informations sur l'efficacité du programme d'autodépistage ou sur le suivi des expériences des utilisateurs, et de rechercher d'éventuels préjudices sociaux. Bien que les cas de préjudice social rapportés à ce jour soient peu nombreux, il est essentiel que les programmes utilisent ou adaptent les systèmes existants pour suivre et faire rapport sur les préjudices sociaux et autres conséquences négatives, ainsi que sur les mesures correctives et le suivi, afin d'éliminer le préjudice quand il est avéré.

Pour pouvoir suivre les résultats des programmes mis en place, il sera éventuellement nécessaire d'adapter le suivi et l'évaluation des indicateurs des services de dépistage du VIH afin d'y inclure l'autotest. De nombreux programmes de services de dépistage du VIH commencent à utiliser une combinaison d'outils, décrits dans l'Encadré 2.6, pour améliorer le suivi de l'autodépistage.

Encadré 2.5. Résumé des stratégies de mise en relation avec les services de soins après un autotest du VIH

Suivi proactif à base communautaire assuré par des pairs et/ou des agents à portée communautaire (en personne ou par téléphone/SMS/plateformes de messagerie à caractère social). Quand des agents communautaires formés sont responsables de la distribution des kits d'autotest du VIH, ces agents peuvent proposer un suivi et des conseils supplémentaires après l'autodépistage, ainsi qu'une assistance et/ou un accompagnement vers les services chargés de réaliser les tests de confirmation.

Évaluation et démarrage d'un traitement à domicile avec une aide et un suivi actif via les réseaux communautaires. Cette approche s'est révélée être efficace pour aider à faire le lien avec les services de soins au Malawi dans la population générale, y compris chez les jeunes (10,60). La même approche a été utilisée avec succès auprès de populations clés au Viet Nam (55).

Distribution de brochures et de dépliants avec les kits d'autotest, contenant des informations sur les services de dépistage du VIH et les services de prévention, de traitement et de soins de l'infection à VIH, ainsi que des informations sur d'autres maladies comme la tuberculose, les infections bactériennes sexuellement transmissibles et l'hépatite virale.

Permanences téléphoniques que les utilisateurs appellent avant ou après l'autotest pour bénéficier d'une aide psychosociale et/ou technique qui peuvent également fournir des contacts et des liens vers les services de dépistage VIH et d'autres services pour le VIH, ainsi que vers des services non médicaux comme des programmes d'aide juridique ou d'aide aux victimes de violences.

Services de messagerie sur téléphone mobile pour fournir des informations, des rappels, des vidéos et des messages afin d'encourager la liaison avec les services pertinents après un autotest du VIH.

Programmes et applications sur Internet ou sur ordinateur pour fournir des informations afin de se mettre en relation avec les services pertinents d'une multitude de façons. Certaines approches utilisées à ce jour comprennent des services et des programmes de conseil en direct, en ligne via des échanges de messages, des conseils sous forme audio ou vidéo et des programmes qui proposent des instructions étape par étape sur ce qu'il faut faire quand on a obtenu un résultat d'autotest réactif.

Bons, coupons ou rabais pour faciliter la liaison avec les services pertinents, en particulier parmi les populations confrontées à des obstacles structurels entravant l'accès aux services, comme des trajets longs et coûteux.

Fiches sur lesquelles sont inscrits les rendez-vous et feuilles d'orientation remises aux patients pour faciliter la liaison avec les services pertinents en indiquant le jour et l'heure d'un rendez-vous ou le nom et le numéro de téléphone d'une personne à contacter et de l'établissement de santé où les services sont disponibles.

Autodépistage du VIH chez les couples et les partenaires pour promouvoir la liaison avec les services pertinents comme le montre une étude au Kenya où les femmes proposaient des kits d'autotest à leurs partenaires masculins, qui ensuite prenaient contact avec les services de soins (18).

Encadré 2.6. Résumé des outils de suivi et de notification

Le suivi et l'analyse des **appels aux permanences téléphoniques pour l'autotest du VIH et des messages envoyés aux services de messagerie**, notamment les photos des résultats d'autotest transmises par les utilisateurs, permettent d'estimer le nombre de résultats de test réactifs et d'identifier les échecs des kits d'autotest, les conséquences négatives ou les préjudices sociaux.

Les systèmes de surveillance à base communautaire et les enquêtes menées auprès des ménages/de la population, les évaluations de l'impact sanitaire et les enquêtes comportementales peuvent être modifiés pour y inclure l'autotest du VIH, en recueillant des données non seulement sur le recours aux tests pour le VIH mais aussi sur le mode de dépistage utilisé afin de pouvoir évaluer la proportion de diagnostics obtenus en utilisant l'autotest et enregistrer les cas de préjudice social et de conséquences négatives.

Les journaux/registres de dépistage au niveau des structures ou des établissements de santé peuvent être modifiés pour y inclure l'autotest du VIH, en notant par exemple si les patients ont effectué un autotest avant de se rendre dans un établissement de santé proposant des services de dépistage du VIH et en enregistrant le résultat de l'autotest. Ces registres peuvent aussi être utilisés pour suivre la liaison établie avec les services de prévention, de traitement et de soins.

Des enquêtes et outils sur Internet et sur téléphone mobile peuvent être utilisés pour encourager les utilisateurs à partager leurs expériences, y compris les échecs rencontrés avec les kits d'autotest et le préjudice social ou les conséquences négatives.

Les systèmes de surveillance postcommercialisation existants peuvent être adaptés pour identifier et notifier les problèmes liés aux tests de diagnostic rapides utilisés dans le cadre de l'autotest.

Les applications mobiles pour liseuses électroniques et téléphones qui aident les utilisateurs à interpréter les résultats de l'autotest peuvent être connectées aux systèmes d'information sanitaire. Par la suite, les résultats des tests et autres informations sur le patient et sur sa santé pourront être envoyés par voie électronique aux établissements de santé qui suivent l'impact du programme d'autotest du VIH et la performance des kits d'autotest employés par les utilisateurs.

Des incitations financières ou en nature peuvent être utilisées pour encourager les utilisateurs à notifier et à partager des informations sur leur expérience d'autotest du VIH.

2.3.2 Messages clés pour les utilisateurs et les personnes chargées de l'exécution des programmes

Tous les TDR destinés à l'autodépistage du VIH, qu'ils fonctionnent sur des échantillons oraux ou sanguins, doivent être approuvés par l'autorité de réglementation compétente ou bien utiliser les résultats d'une évaluation réglementaire par des organismes internationaux.

Des instructions appropriées, validées, claires et concises pour utiliser les kits d'autotest sont essentielles pour réduire au minimum les erreurs et maximiser la performance des TDR du VIH utilisés dans le cadre de l'autodépistage. Des instructions imprimées – texte et/ou illustrations – sont essentielles pour favoriser un usage et une interprétation corrects du test. Des démonstrations en personne sur la manière d'utiliser les kits autotest, accompagnées d'informations supplémentaires propres à des populations particulières, peuvent être très utiles, surtout en milieu rural ou quand le niveau d'instruction et d'éducation est faible

(10,17,42,68,85,131,167, 170,175,176,178). D'autres outils d'aide, comme les services de messagerie sur téléphone ou sur Internet, qui fournissent des informations sur l'autotest du VIH et répondent aux questions sur la manière de réaliser un autotest et d'interpréter le résultat, peuvent aussi être appropriés et améliorer potentiellement la performance des tests pour certaines populations (181).

Des messages d'information avant le dépistage et de conseil après le dépistage doivent être rapidement accessibles et disponibles, par exemple sur les notices ou les brochures, via les permanences téléphoniques, les services de messagerie, les démonstrations en personne, les conseils fournis par les prestataires formés, les volontaires ou les pairs, les programmes sur Internet ou sur ordinateur, ou les vidéos publiées sur Internet.

Des messages clairs sont nécessaires pour s'assurer que les utilisateurs comprennent qu'un résultat de test réactif doit être confirmé par un test de dépistage du VIH supplémentaire réalisé par une personne formée. En outre, **des messages sur ce qu'il faut faire après avoir obtenu un résultat d'autotest réactif**, notamment où se rendre pour accéder à des services de dépistage, de prévention, de traitement et de soins de l'infection à VIH et d'autres services d'aide sans être confronté à une stigmatisation, sont indispensables.

Des messages et des informations sur la tuberculose, les IST et l'hépatite virale sont également bénéfiques, car les personnes infectées par le VIH sont à haut risque de co-infection.

Un résultat d'autotest non réactif ne nécessite généralement pas de test ultérieur. Néanmoins, **des messages clairs sont nécessaires pour s'assurer que les utilisateurs comprennent qu'un résultat de test non réactif ne signifie pas toujours un statut séronégatif au VIH**. La fiabilité des résultats peut dépendre du test utilisé, d'erreurs possiblement commises lors de la réalisation de l'autotest ou de l'interprétation des résultats, et des limites du dépistage dans la fenêtre sérologique avant que l'infection à VIH ne soit détectable. Comme pour tous les tests de dépistage du VIH, **les personnes qui ont été potentiellement ou effectivement exposées au VIH entre 6 et 12 semaines avant le test de dépistage doivent être encouragées à répéter le test ou à se rendre dans un établissement de santé pour un test de dépistage du VIH** dans un délai approprié en fonction du risque d'infection par le VIH et du type de test utilisé.

Les prestataires et les utilisateurs doivent savoir que **l'autotest du VIH n'est pas recommandé aux personnes séropositives au VIH qui prennent des antirétroviraux à des fins de traitement ou de prévention**, car cela peut fausser les résultats de l'autotest (faux négatif), en particulier avec un TDR oral .

Des messages clairs sont également nécessaires pour s'assurer que les utilisateurs comprennent que **les résultats d'un autotest de dépistage du VIH ne doivent pas être utilisés à des fins de séro sélection ou pour justifier un comportement à risque au regard du VIH** comme des rapports sexuels non protégés après un résultat d'autotest non réactif. Étant donné qu'un résultat d'autotest non réactif ne signifie pas toujours qu'une personne est séronégative au VIH, **les utilisateurs doivent être encouragés à utiliser les moyens de prévention existants contre le VIH**, comme les préservatifs et la PPrE, quel que soit leur résultat d'autotest.

Comme pour tout autre test de dépistage du VIH, des informations et des **messages individualisés sont nécessaires concernant la divulgation du statut sérologique afin d'atténuer le risque de préjudice social** et d'aider les couples et les familles à faire face à un résultat d'autotest réactif ou à des résultats d'autotest sérodiscordants.

Il convient de conseiller aux personnes ou aux couples qui font état de violences exercées par le partenaire intime dans leur relation actuelle de divulguer leur statut sérologique ou de réaliser un test de dépistage à deux seulement si la sécurité des deux partenaires peut être assurée. Une liaison avec des services de dépistage supplémentaire, de prévention, de traitement et de soins, et avec des services d'aide contre la violence au sein de la famille et contre la violence sexiste, doit être proposée dans le cadre des services d'autodépistage du VIH, soit lors des conseils donnés avec les approches avec assistance directe soit dans les notices/instructions des autotests avec les approches sans assistance (2,49).

L'éducation de la communauté – y compris les réseaux de personnes vivant avec le VIH, comme les populations clés et les populations touchées, les personnes formées qui effectuent les tests et les agents de santé – à **l'usage des autotests de dépistage du VIH est essentiel** pour accroître le recours à l'autotest et réduire au minimum les risques de mauvais usage. Il est également important de dire aux prestataires que l'autotest peut servir d'outil pour créer une demande pour les services existants et, ainsi, renforcer leur rôle dans les services de dépistage du VIH. Les outils d'information comme les brochures, les aide-mémoire et les modes opératoires normalisés peuvent également être utiles pour améliorer la compréhension et sensibiliser les populations, en particulier quand ils sont associés à des séances de formation et d'information.

L'intégration de l'autotest du VIH dans des programmes complets de services pour la santé sexuelle est essentielle dans les contextes où l'incidence des IST augmente. Même si l'autotest du VIH est un moyen innovant d'encourager le recours au dépistage du VIH parmi les personnes qui, autrement, ne connaîtraient pas leur statut sérologique, le fait de donner la possibilité aux gens d'effectuer un test sans avoir à se rendre dans un service pour la santé sexuelle peut se traduire par une moindre fréquentation des autres services sanitaires, comme le dépistage des IST. Même si les personnes à haut risque obtiennent un résultat d'autotest non réactif, **il convient de leur fournir des informations sur les tests de dépistage du VIH additionnels et les traitements, sur d'autres IST et sur l'hépatite virale**, et de les encourager à accéder à des services complets pour la santé sexuelle.

Des applications mobiles pour liseuses électroniques et/ou téléphones pourront être disponibles à l'avenir pour aider les utilisateurs d'autotests à interpréter les résultats des tests ou pour identifier des erreurs dans la réalisation des tests. Un certain nombre d'outils sont en cours de développement par les fabricants de tests et des organismes extérieurs. Il existe cependant de nombreux défis à relever concernant l'utilisation de ces outils, notamment la sécurité des données, la fiabilité et l'équité en matière d'accès (par exemple l'accès aux téléphones mobiles et aux smartphones varie selon les contextes et les populations, et les applications exigent que les smartphones répondent à des normes techniques spécifiques pour pouvoir fonctionner correctement).

2.3.3 Cadres politiques et réglementaires

Actuellement, l'autotest du VIH se développe dans de nombreux pays qui ne disposent pas de politiques officielles pour réglementer entièrement la qualité, la vente, la distribution ou l'utilisation des kits d'autotest. Pour optimiser la mise en œuvre de l'autotest, un certain nombre de politiques et de règlements devront probablement être adaptés, élaborés et harmonisés. En particulier, les responsables de l'élaboration des politiques, des règlements et de la mise en œuvre devraient travailler ensemble sur les points présentés ci-dessous (185):

Les lois et règlements autorisant la vente, la distribution, la publicité et l'utilisation de dispositifs de diagnostic *in vitro* pour l'autotest du VIH devront, de manière générale, être adaptés ou élaborés. Les pays doivent mettre en place des procédures claires pour la validation et l'enregistrement des kits d'autotest du VIH au niveau national.

Les pays dans lesquels les TDR d'autodépistage du VIH sont disponibles de manière informelle devront éventuellement élaborer des systèmes supplémentaires pour informer les consommateurs sur la manière de reconnaître les kits d'autotest de qualité garantie et pour adopter des mesures juridiques visant à empêcher les produits de qualité incertaine de pénétrer le marché.

Les politiques relatives à l'accès au dépistage du VIH devront éventuellement être adaptées ou élaborées afin de permettre aux populations de recourir à l'autotest du VIH. En particulier, les politiques relatives à **l'âge du consentement** devront peut-être prévoir des dispositions spécifiques à l'autotest du VIH de manière à ce que les adolescents puissent recourir à l'autotest du VIH et être mis en relation avec les services complémentaires. Ces politiques devraient notamment protéger le dépistage des mineurs sans le consentement des responsables légaux, par exemple dans les établissements scolaires.

Les lois, politiques et règlements relatifs au mauvais usage et aux abus (comme le dépistage coercitif, la violence, la discrimination et la persécution) devront être élaborés ou adaptés pour protéger les personnes qui ont recours à l'autotest. En outre, la mise en place de canaux permettant de signaler, de surveiller et de mettre fin au mauvais usage et aux abus pourra se révéler important.

Les politiques et règlements relatifs aux soins de santé et à la gestion du secteur, les stratégies nationales de dépistage et les algorithmes de dépistage validés nécessiteront éventuellement d'être adaptés ou élaborés pour y incorporer l'autotest du VIH. Cela peut impliquer une révision des politiques existantes pour s'assurer que l'autotest du VIH est reconnu comme un test à des fins de triage et qu'il ne remplace pas les épreuves de première ligne. Cela peut en outre, donner lieu à une modification des politiques existantes indiquant qui peut réaliser un test VIH et qui peut interpréter le résultat d'un test VIH. Les agents de santé et autres personnels, ainsi que les programmes nationaux, devront probablement recevoir des conseils, une aide technique et une formation sur l'intégration de l'autotest dans les cadres existants pour les services de dépistage du VIH.

Les systèmes d'assurance de la qualité pour les services de dépistage du VIH devront éventuellement être réinterprétés et adaptés pour y inclure l'autotest du VIH. **Les systèmes de surveillance postcommercialisation**, s'ils n'existent pas encore, devront éventuellement être mis en place et/ou adaptés pour identifier et signaler les problèmes liés aux TDR utilisés pour l'autodépistage. En outre, **les systèmes de surveillance à base communautaire** et d'autres outils peuvent servir à documenter, surveiller et mettre fin aux éventuels préjudices sociaux.

Les questions juridiques relatives à la divulgation des résultats de l'autotest du VIH à des tiers (y compris les partenaires sexuels) doivent être revues dans les pays où la législation actuelle impose la divulgation de la séropositivité avérée au VIH. Il doit être clairement établi que l'autotest de dépistage du VIH ne permet pas de poser un diagnostic définitif de séropositivité au VIH et que, de ce fait, la divulgation d'un résultat réactif n'est pas nécessairement pertinent tant qu'il n'aura pas été confirmé par un prestataire formé. Les messages et autres informations sur les services de dépistage du VIH doivent aborder cette question et clarifier les implications juridiques de l'autotest en matière de divulgation, en gardant à l'esprit que celle-ci doit être encouragée lorsqu'elle est sans danger et bénéfique mais qu'elle ne doit pas être exigée.

Bibliographie supplémentaire

- Technical specifications for WHO prequalification - Human immunodeficiency virus (HIV) rapid diagnostic tests for professional and/or self-testing. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/diagnostics_laboratory/guidance/en/).
- Operational research note on HIV self-testing. Geneva: Global Fund; 2016 (http://www.theglobalfund.org/documents/core/infonotes/Core_OpResearchImplementationHIVSelfTesting_BriefingNote_en/).
- Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>).
- March 2014 supplement to the consolidated HIV guidelines on the use of antiretroviral therapy – a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/arvs2013supplement_march2014/en/).
- A short technical update on HIV self-testing. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2603_self-testing_en_0.pdf).
- WHO/UNITAID HIV self-testing technology landscape – 2nd edition. Geneva: UNITAID; 2016 (http://unitaid.org/images/marketdynamics/publications/UNITAID_HIV_rapid_diagnostic_tests_for_self-testing.pdf).

SERVICES DE NOTIFICATION AUX PARTENAIRES POUR LE VIH

3

| | |
|--|----|
| Points essentiels | 42 |
| 3.1 Généralités et justification | 43 |
| 3.2 Examen des données | 46 |
| 3.2.1 Revue systématique des services de notification aux partenaires pour le VIH selon la méthode GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation). | 46 |
| 3.2.2 Valeurs et préférences des personnes ayant recours aux services de notification aux partenaires | 52 |
| 3.2.3 Coût et rapport coût/efficacité | 56 |
| 3.2.4 Recommandation | 57 |
| 3.3 Considérations pour une mise en oeuvre réussie. | 57 |
| 3.3.1 Lois et politiques d'appui. | 58 |
| 3.3.2 Formation et atténuation des risques dans le cadre des services de notification aux partenaires pour le VIH. | 58 |
| 3.3.3 Méthodes de prise de contact avec les partenaires | 60 |
| 3.3.4 Systèmes de documentation, de suivi et de notification | 63 |

3 SERVICES DE NOTIFICATION AUX PARTENAIRES POUR LE VIH

POINTS ESSENTIELS

- La notification aux partenaires est un **processus volontaire** par lequel les agents de santé formés, y compris les prestataires non professionnels, questionnent les personnes diagnostiquées séropositives au VIH à propos de leurs partenaires sexuels ou de leurs partenaires consommateurs de drogues par injection et, **avec le consentement des patients séropositifs**, proposent à ces partenaires un dépistage volontaire du VIH. La notification aux partenaires peut être effectuée selon une approche passive ou assistée.
- Les services de notification assistée aux partenaires (par le prestataire, par notification contractuelle ou notification double) **augmentent le recours dépistage du VIH parmi les partenaires des patients séropositifs au VIH, et une forte proportion de personnes séropositives est ainsi diagnostiquée** et mise en relation avec les services de soins et de traitement.
- **Les cas de préjudice social ou autres conséquences négatives signalés après la notification volontaire aux partenaires sont rares.** Les prestataires formés doivent proposer des services de notification aux partenaires appropriés et sans danger. Des conseils et des services de soutien associés, comme les permanences téléphoniques et les outils permettant de détecter une violence exercée par le partenaire intime, peuvent aussi être utilisés pour réduire le risque potentiel de préjudice.
- **Les patients séropositifs au VIH doivent se voir proposer plusieurs options pour la notification assistée aux partenaires** (notification contractuelle, notification par le prestataire ou notification double), et l'approche choisie doit correspondre aux préférences des patients. Les patients doivent aussi avoir la possibilité de refuser les services de notification.
- **Le recours aux services de notification aux partenaires doit toujours être volontaire.** Les approches obligatoires ou coercitives en matière de notification aux partenaires ne sont jamais justifiées. Les gens doivent toujours être conseillés sur les avantages et les risques de manière à pouvoir faire des choix éclairés et sans danger.
- **Seuls les partenaires des personnes séropositives au VIH sont concernés par la notification.** La justice pénale, les agents chargés de faire appliquer la loi et autres prestataires de services non liés à la santé ne doivent pas être impliqués dans les services de notification aux partenaires, spécialement dans les situations où le comportement des groupes de populations clés est puni par la loi.
- **Des politiques d'appui sont essentielles pour que les programmes de notification aux partenaires soient efficaces et sans danger.** Les pays doivent revoir leurs lois et leurs politiques afin d'améliorer le soutien apporté aux personnes vivant avec le VIH, par exemple en modifiant les pratiques de notification obligatoires ou coercitives aux partenaires susceptibles de stigmatiser, criminaliser ou discriminer des personnes au sein de groupes de populations clés et des personnes vivant avec le VIH.

NOUVEAU

Recommandation

Des services de notification assistée aux partenaires, fondés sur la participation volontaire, devraient être proposés dans le cadre d'un ensemble complet de services de dépistage et de soins pour les personnes vivant avec le VIH (*recommandation forte, données de qualité moyenne*).

3.1 Généralités et justification

On estime que plus de 36 millions de personnes étaient infectées par le VIH dans le monde fin 2015 et que 40 % d'entre elles n'ont pas été diagnostiquées (1). Pour pallier cette méconnaissance du statut sérologique et pour atteindre les objectifs de dépistage et de traitement des Nations Unies – en particulier le premier des objectifs 90–90–90, à savoir diagnostiquer 90 % de la population infectée par le VIH d'ici à 2020 (1) – de nouvelles approches pour améliorer l'efficacité et la couverture du dépistage sont nécessaires. La notification aux partenaires est une démarche susceptible d'améliorer la couverture et, parallèlement, d'identifier des personnes présentant une infection à VIH non diagnostiquée.

Depuis des décennies, la notification assistée aux partenaires est une approche de santé publique importante dans le cadre de la prise en charge des maladies infectieuses, notamment dans les programmes de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) et la tuberculose (TB). Les approches de notification aux partenaires pour les IST se sont révélées être efficaces pour diagnostiquer et traiter les IST et pour prévenir les infections récurrentes (2). De la même manière, la recherche active des contacts et le dépistage volontaire des personnes au sein d'un ménage où une TB active est présente constitue une approche standard et efficace utilisée avec succès dans les communautés où la prévalence du VIH et de la TB est élevée (3).

Les partenaires sexuels et les partenaires consommateurs de drogue par injection des personnes diagnostiquées séropositives au VIH ont une probabilité accrue d'être également séropositifs (4–10). Néanmoins, les services de dépistage des partenaires, y compris la notification aux partenaires, à l'intention des personnes séropositives au VIH ne sont pas systématiquement proposés ou mis en œuvre ; le recours au dépistage et sa couverture restent donc insuffisants (11). Les avantages des services de dépistage du VIH chez les partenaires et les couples sont bien documentés, notamment le soutien mutuel pour accéder aux services de prévention, de traitement et de soins, et une observance et un maintien accrus des programmes de traitement et de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (12,13). Le dépistage des partenaires permet également aux couples sérodiscordants de faire de la prévention une priorité, par exemple en utilisant des préservatifs, en démarrant immédiatement un traitement antirétroviral et en observant le traitement pour les partenaires séropositifs au VIH, et en ayant recours à une prophylaxie pré-exposition (PPrE) pour les partenaires séronégatifs (12,13).

En 2012, l'OMS a élaboré des orientations recommandant des services de dépistage du VIH pour les couples et les partenaires, y compris un soutien pour la divulgation réciproque du statut sérologique, en mettant l'accent sur le dépistage des partenaires de personnes séropositives au VIH dans tous les contextes épidémiologiques (12) (voir Encadré 3.1). En 2013, l'OMS a également publié des recommandations sur le dépistage du VIH à base communautaire, qui présentent des

orientations en matière de services de dépistage du VIH à la maison pour les ménages et les membres de la famille des personnes séropositives au VIH (voir Encadré 3.1).

Encadré 3.1. Recommandations existantes de l'OMS sur les services de dépistage du VIH

- Des services de dépistage du VIH pour les couples et les partenaires, avec un soutien pour la divulgation mutuelle du statut sérologique, doivent être proposés aux personnes dont l'infection par le VIH est avérée et à leurs partenaires (*recommandation forte, données de faible qualité pour toutes les personnes vivant avec le VIH dans tous les contextes épidémiques*) (*recommandation conditionnelle, données de faible qualité pour les personnes séronégatives au VIH en fonction de la prévalence du VIH propre à chaque pays*).
- L'OMS recommande des services de dépistage du VIH à base communautaire, avec liaison vers les services de prévention, de traitement et de soins, en plus de l'offre systématique de conseils et de dépistage à l'initiative des prestataires (*recommandation forte, données de faible qualité pour toutes les populations en situation d'épidémie généralisée et les populations clés en situation d'épidémie concentrée*).

Source: OMS, 2015 (14).

Plusieurs études (5–7,9,11,14–16), revues systématiques (2,17) et études et modèles du rapport coût/efficacité (18–21) ont mis en évidence les avantages des services de dépistage du VIH proposés aux partenaires de personnes vivant avec le VIH. Prêter assistance aux personnes séropositives pour contacter les services de dépistage du VIH et les proposer à leurs proches est une manière de faciliter le dépistage des partenaires et d'atteindre des personnes jusque-là inatteignables qui pourraient bénéficier de l'ensemble complet des services pour le VIH. Les partenaires diagnostiqués séropositifs au VIH peuvent être mis en relation avec des services de traitement et les partenaires séronégatifs avec des services de prévention appropriés et efficaces. Malgré la recommandation de l'OMS de proposer un dépistage pour les partenaires et les couples, et son inclusion dans les politiques de lutte contre le VIH dans de nombreux pays, celui-ci a rarement été activement promu ou mis en œuvre à grande échelle.

Politiques nationales en matière de notification aux partenaires

Actuellement, 67 pays disposent de politiques de notification aux partenaires pour le VIH.

Dans le monde, les politiques relatives aux services de notification aux partenaires varient. Dans toutes les régions de l'OMS, certains pays disposent de ce type de politiques dans le cadre du dépistage du VIH. Selon une revue de 2016 des politiques nationales accessibles au public en matière de services de

dépistage de VIH, 54 % (67/123) recommandent des services de notification aux partenaires pour le VIH ; néanmoins, parmi ces politiques, seules 20 stipulent que cette approche est actuellement mise en œuvre (22). Ces politiques recommandent la notification aux partenaires pour différentes populations, notamment les couples, les adolescents, les femmes enceintes et les consommateurs de drogue par injection, bien que seuls 43 % (29/67) recommandent la notification à tous les partenaires sexuels (voir Figure 3.1a) (22). Le plus souvent, ces politiques présentent une combinaison de notification passive et de notification par le prestataire ; peu de pays font mention d'une notification par le prestataire ou d'une notification contractuelle seule (voir Figure 3.1b). Aucune de ces politiques ne mentionne de dispositions légales visant à protéger les

Encadré 3.2. Définitions de la notification passive et assistée aux partenaires

La **notification aux partenaires**, ou divulgation du statut sérologique, ou recherche des contacts, est un processus volontaire dans le cadre duquel un prestataire de soins formé questionne des personnes séropositives au VIH à propos de leurs partenaires sexuels et/ou consommateurs de drogue par injection, puis, si les patients séropositifs y consentent, propose un dépistage du VIH à ces partenaires. La notification aux partenaires peut être effectuée selon une approche passive ou assistée.

Les **services de notification passive aux partenaires** correspondent à une approche selon laquelle un prestataire formé encourage les patients séropositifs au VIH à divulguer eux-mêmes leur statut sérologique à leurs partenaires sexuels et/ou consommateurs de drogue par injection, et à suggérer à ces derniers de se faire dépister pour le VIH, compte tenu de leur exposition potentielle à l'infection.

La **notification assistée aux partenaires** fait référence à une situation dans laquelle des patients séropositifs au VIH ont signifié leur consentement pour qu'un prestataire formé les aide à divulguer leur statut sérologique ou à informer anonymement leurs partenaires sexuels et/ou consommateurs de drogue par injection qu'ils pourraient avoir été exposés au VIH. Le prestataire propose alors un dépistage à ces partenaires. La notification assistée aux partenaires s'inscrit dans le cadre d'une notification contractuelle, d'une notification par le prestataire ou d'une notification double.

Notification contractuelle : les patients séropositifs au VIH passent un *contrat* avec un prestataire formé et acceptent d'informer eux-mêmes leurs partenaires de leur statut sérologique et du risque d'exposition au VIH, et d'orienter ces partenaires vers des services de dépistage du VIH dans un délai convenu. Si les partenaires n'ont pas recours aux services de dépistage ou ne prennent pas contact avec le prestataire de soins dans ce délai, le prestataire contacte les partenaires directement pour leur proposer un dépistage volontaire.

Notification par le prestataire : avec le consentement du patient séropositif au VIH, un prestataire formé prend confidentiellement contact avec les partenaires de cette personne et leur propose un dépistage volontaire du VIH.

Notification double : un prestataire formé accompagne et soutient les patients séropositifs au VIH au moment où ces derniers révèlent leur statut sérologique à leurs partenaires et les informe de leur exposition potentielle au VIH. Le prestataire propose également un dépistage volontaire du VIH aux partenaires.

personnes séropositives au VIH contre un préjudice potentiel après la divulgation de leur statut sérologique et la notification à leurs partenaires. Dix-neuf de ces politiques ne donnent aucune indication sur le consentement éclairé dans le cadre des services de dépistage du VIH, et 21 prévoient une sorte de notification obligatoire aux partenaires. L'OMS n'est pas en faveur d'une notification obligatoire aux partenaires. Les présentes lignes directrices proposent d'autres approches pour garantir le caractère volontaire de la notification aux partenaires, avec un consentement éclairé et le droit explicite de refuser.

Figure 3.1a. Groupes pour lesquels la notification aux partenaires est recommandée dans 67 politiques nationales relatives au VIH

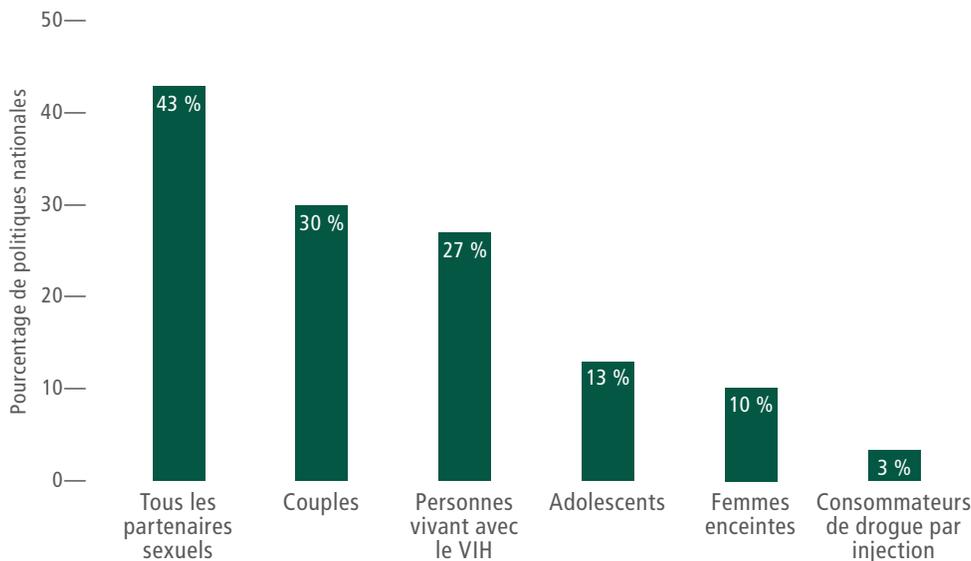
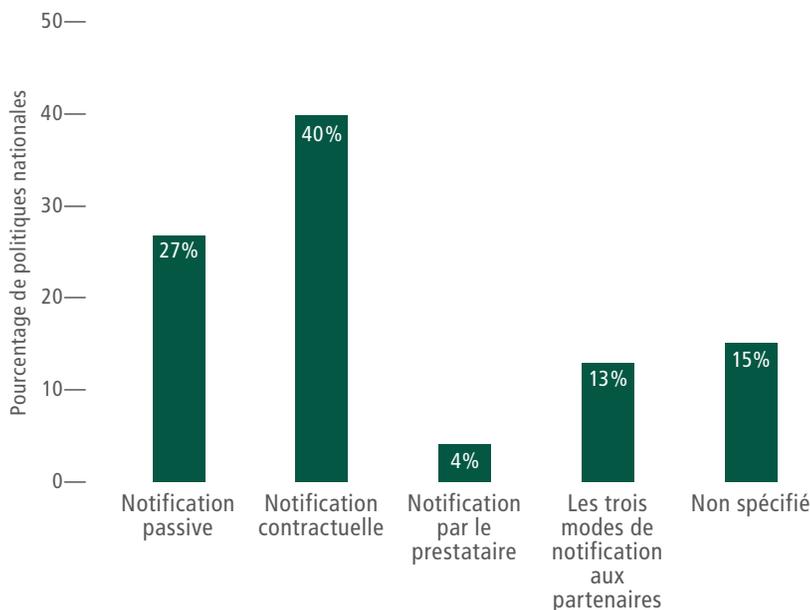


Figure 3.1b. Approches de la notification aux partenaires décrites dans 67 politiques nationales relatives au VIH



Remarque: certains pays décrivent plusieurs approches.

3.2 Examen des données

3.2.1 Revue systématique des services de notification aux partenaires pour le VIH selon la méthode GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation)

Depuis 2012, l'OMS recommande de proposer un dépistage du VIH aux partenaires de toutes les personnes séropositives au VIH (12,13). Dans les présentes lignes directrices de 2016, l'OMS émet une recommandation forte sur l'inclusion de services de notification volontaire assistée aux partenaires dans une approche globale visant à améliorer la couverture des services de dépistage du VIH. Le GDG a déterminé que les données examinées concernant les services de notification aux partenaires étaient de qualité moyenne.

Cette recommandation est présentée plus en détail ci-après, accompagnée d'un résumé des résultats d'une revue systématique sur les valeurs et les préférences des prestataires et des bénéficiaires des services de notification aux partenaires. Conformément à la méthode GRADE, la priorité a été donnée aux essais contrôlés randomisés et aux études établissant une comparaison directe entre les services de notification assistée aux partenaires (notification par le prestataire, notification contractuelle ou notification double) et les approches passives ou sans orientation. (Voir l'annexe 18 pour obtenir davantage d'informations sur les méthodes et les données issues de cette revue systématique.)

Les recherches ont permis de recenser 1742 références. Après avoir supprimé les doublons, les examinateurs se sont penchés sur les 1407 études uniques restantes. Au total, 1057 études ont été exclues lors d'une sélection initiale, et 340 autres lors d'une seconde sélection, ces études ne répondant pas aux critères d'inclusion : 4 étaient des revues ou des commentaires, 46 étaient des études de faisabilité, 4 étaient liées au coût, 56 présentaient les valeurs et les préférences des utilisateurs finaux et 230 ne présentaient aucune information pertinente. Ainsi, 4 essais contrôlés randomisés au total ont été jugés éligibles et inclus dans cette revue. (Pour plus de détails, se reporter à l'annexe 18.)

Les trois essais contrôlés individuellement randomisés et l'essai contrôlé randomisé par grappes inclus dans la revue ont été menés au Kenya (9), au Malawi (5,7), et aux États-Unis (6). Trois essais comparaient les services de notification assistée aux partenaires (notification par le prestataire ou notification contractuelle) aux approches passives, et quatre comparaient la notification immédiate aux partenaires à la notification différée. Une étude proposait également des lettres d'invitation dans le bras de notification passive (7). Les populations des études comprenaient des femmes enceintes se présentant aux services de soins prénatals, des patients provenant de dispensaires prenant en charge les IST, des patients issus d'un centre de dépistage du VIH et des patients issus d'un service de santé de comté, incluant femmes, hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et consommateurs de drogue par injection. Six études observationnelles menées dans la population générale au Cameroun (23), en Espagne (15), aux États-Unis (27), au Mozambique (24), en République-Unie de Tanzanie (25) et à Taïwan (26) ont également été incluses, car elles présentaient les résultats obtenus en proposant aux patients séropositifs au VIH différentes options de notification aux partenaires (notification par le prestataire, notification contractuelle et notification passive).

Recours aux services de dépistage du VIH parmi les partenaires de patients séropositifs

Les services de notification assistée aux partenaires peuvent accroître le recours aux services de dépistage du VIH parmi les partenaires de personnes séropositives. Les trois essais contrôlés randomisés et l'essai contrôlé randomisé par grappes inclus dans l'analyse GRADE montraient que les services de notification assistée aux partenaires se traduisaient par : un recours accru au dépistage du VIH parmi les partenaires de personnes séropositives par rapport aux méthodes de notification passive à la fois dans la population générale et dans les populations clés ;

Encadré 3.3. Principaux résultats des études incluses dans l'analyse GRADE

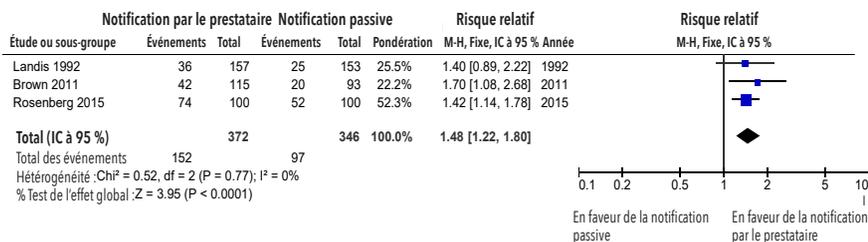
De manière générale, les quatre études examinées sont parvenues aux conclusions suivantes :

- Les services de notification assistée aux partenaires (notification par le prestataire ou notification contractuelle) peuvent accroître le recours aux services de dépistage du VIH parmi les partenaires de personnes séropositives.
- Les services de notification assistée aux partenaires peuvent se traduire par une forte proportion de personnes séropositives diagnostiquées.
- Les services de notification assistée aux partenaires peuvent améliorer la liaison entre les services de soins et les partenaires de personnes séropositives.
- Les cas de préjudice social ou autres conséquences négatives signalés après la notification aux partenaires en utilisant une approche passive ou assistée sont rares.

l'identification d'une forte proportion de personnes infectées par le VIH ; et une meilleure liaison avec les services de soins grâce à l'orientation des partenaires séropositifs nouvellement identifiés vers les services de traitement antirétroviral.

Une méta-analyse des trois essais contrôlés individuellement randomisés a mis en évidence que les services de notification assistée aux partenaires via un prestataire engendraient une augmentation d'un facteur 1,5 du recours au dépistage du VIH parmi les partenaires des personnes séropositives (risque relatif (RR) = 1,48 ; IC à 95 % : 1,22–1,80 ; Chi^2 pour l'hétérogénéité = 0,52 ; $I^2 = 0\%$) comparativement à la notification passive (5–7) (voir Figure 3.2). Les analyses de sensibilité, reposant uniquement sur les partenaires localisables constituant le dénominateur, ont abouti à des résultats similaires (RR = 1,39 ; IC à 95 % : 0,93–2,06). Quand l'essai contrôlé randomisé par grappes était inclus dans la méta-analyse, un effet bénéfique similaire était observé, même si le résultat était moins précis (RR = 1,91 ; IC à 95 % : 0,93–3,93). En utilisant le ratio des taux pour indiquer le taux moyen de dépistage ou de retour des partenaires au dispensaire par patient index, une méta-analyse des quatre essais inclus a mis en évidence un taux dans le groupe de notification assistée par le prestataire deux fois supérieur à celui observé dans le groupe de notification passive (ratio des taux = 2,04 ; IC à 95 % : 1,11–3,77).

Figure 3.2. Méta-analyse du recours au dépistage du VIH parmi les partenaires de patients séropositifs



M-H : Mantel-Haenszel ; IC : intervalle de confiance.

Source: OMS 2016 (9).

Une étude (5) a également mis en évidence un recours accru au dépistage du VIH chez les couples et les partenaires principaux. Dans l'essai contrôlé randomisé par grappes mené au Kenya, la notification immédiate assistée aux partenaires a substantiellement augmenté le recours au dépistage du VIH parmi les partenaires des personnes séropositives qui effectuaient un test pour la première fois, comparativement à une notification différée (14,7 %, 81/550 vs 0,7 %, 4/569 ; ratio des taux d'incidence = 14,80 ; IC à 95 % : 5,35–40,93).

Un seul essai (5) comparait la notification contractuelle à la notification passive. Elle montrait que les services de notification assistée aux partenaires utilisant la notification contractuelle engendraient une augmentation d'un facteur 2 du recours au dépistage du VIH parmi les partenaires de personnes séropositives (RR = 2,08 ; IC 95 % : 1,33–3,25), comparativement à la notification passive. Les résultats des analyses de sensibilité reposant uniquement sur les partenaires localisables constituant le dénominateur, ont abouti à des résultats similaires (RR = 2,1 ; IC à 95 % : 1,36–3,23).

Dans les six études observationnelles, la notification assistée aux partenaires était associée à un recours accru au dépistage du VIH parmi les partenaires informés, comparativement à la notification passive (15,23–27,29). Dans une étude menée en République-Unie de Tanzanie, 93 % des personnes séropositives préféraient les approches passives à la notification contractuelle et à la notification par le prestataire, et parmi les partenaires informés de cette façon, 96 % (232/242) ont accepté le dépistage, tandis que 100 % (7/7) ont accepté le dépistage avec les approches de notification assistée (25).

Deux essais contrôlés randomisés menés au Malawi ont montré que l'écart entre les taux de notification issus de la méthode passive et ceux issus de la méthode assistée par un prestataire se creusait au fil du temps (5,7). Au cours de la première semaine suivant le diagnostic de séropositivité au VIH d'un patient, le même nombre de partenaires dans les bras approche passive et approche assistée retournaient au dispensaire pour un dépistage du VIH. Cependant, après une semaine, les méthodes assistées par un prestataire aboutissaient à un plus grand nombre de partenaires retournant vers les services de dépistage du VIH, par rapport à la notification passive (voir Figure 3.3a et Figure 3.3b) (5,7).

L'essai contrôlé randomisé par grappes mené au Kenya, qui comparait une approche assistée par un prestataire différée versus immédiate, a mis en évidence une augmentation significative du recours aux services de dépistage du VIH dans le bras immédiat (71,3 %, 392/550 vs 14,9 %, 85/569 ; ratio des taux d'incidence = 4,83 ; IC à 95 % : 3,66–6,39) (9).

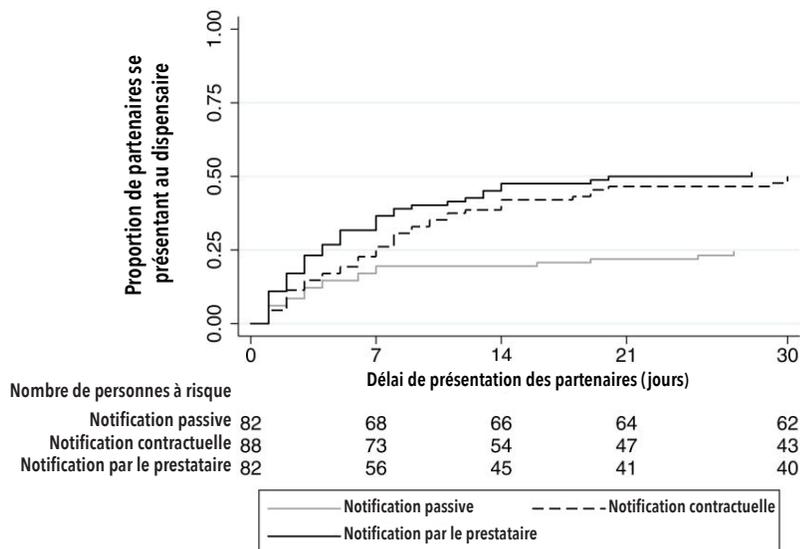
Dans une étude observationnelle menée en République-Unie de Tanzanie, 70 % des partenaires de personnes séropositives au VIH informés dans les sept jours suivant le diagnostic ont été efficacement orientés vers les services de dépistage du VIH (25). Même si ces résultats sont issus d'un petit nombre d'études, ils suggèrent que les personnes séropositives qui n'informent pas leurs partenaires de leur statut sérologique au cours de la première semaine suivant le diagnostic sont moins susceptibles de le faire plus tard. Dans toutes les études, une forte proportion de partenaires retournait vers les services de dépistage du VIH lorsqu'ils étaient contactés par un prestataire, quelle que soit la méthode utilisée.

Recours aux services de dépistage du VIH avec la notification passive

Dans les six études observationnelles examinées, les approches de notification assistée aux partenaires se traduisaient par un recours accru au dépistage du VIH parmi les partenaires informés. Cinq de ces études mettaient en évidence une plus forte proportion de partenaires obtenant un résultat positif au test de dépistage du VIH, et deux études qui évaluaient la liaison avec les services de soins montraient une amélioration des soins par rapport aux approches de notification passive. Néanmoins, tant dans les essais randomisés que dans les études observationnelles, la notification passive aboutissait également à un recours au dépistage du VIH parmi les partenaires (2–65 %) (5–7,15,24,25). Dans certaines études observationnelles, le taux de recours au test de dépistage du VIH avec la notification passive était similaire à celui observé avec

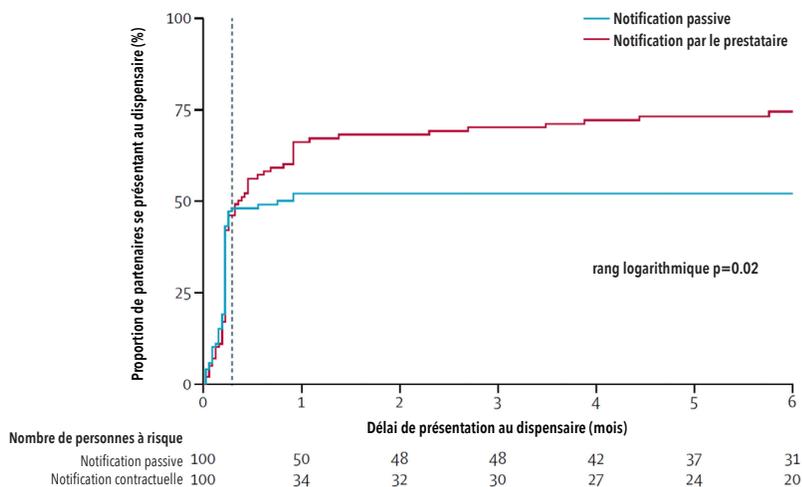
Figure 3.3. Délais de présentation au dispensaire des partenaires de patients séropositifs au VIH associés aux méthodes de notification passive et assistée dans deux essais au Malawi

Figure 3.3a.



Source: Brown et al., 2011 (5).

Figure 3.3b.



Remarque : la ligne verticale en pointillés au huitième jour indique le moment où la notification par le prestataire était supposée avoir lieu.

Source : Rosenberg et al., 2015 (7). Reproduit avec la permission des éditions Elsevier (The Lancet HIV, 2015, 2(11), e483-e491).

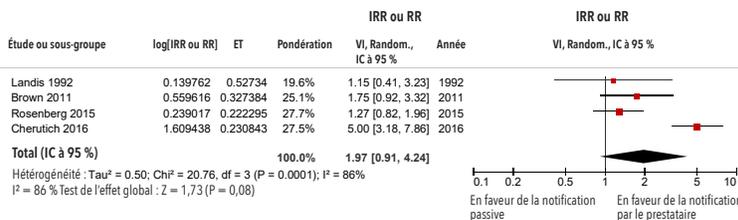
les approches assistées utilisées dans d'autres études. Deux études rapportant un taux de recours aux services de dépistage du VIH très faible avec les groupes de notification passive avaient été conduites aux États-Unis avant l'arrivée de la trithérapie (3 %) (6) et quand la mise en œuvre des rapports de notification aux partenaires semblait faible (2 %) (27). D'autres études ont rapporté un taux de recours aux services de dépistage du VIH avec la notification passive de 20 % à 65 % (5,7,15,24–26,29). Ainsi, il est probable que le simple fait de proposer des services de notification aux partenaires à une personne séropositive au VIH, que ce soit verbalement lors des activités de conseil ou par écrit au moyen de lettres d'invitation ou de feuilles d'orientation, soit bénéfique et pourrait être envisagé en attendant que les approches assistées soient déployées à grande échelle.

Nouveaux diagnostics de VIH parmi les partenaires de patients séropositifs

Le pourcentage de personnes nouvellement diagnostiquées séropositives au VIH après la notification assistée aux partenaires est généralement élevé. Les trois essais contrôlés randomisés et l'essai contrôlé randomisé par grappes ont montré que la proportion de partenaires de personnes vivant avec le VIH qui étaient également séropositifs était élevée (jusqu'à 72 % dans un essai mené chez les partenaires de femmes enceintes séropositives) (5–7,9). Dans une méta-analyse des trois essais contrôlés individuellement randomisés, la proportion de tous les partenaires identifiés qui étaient séropositifs à l'issue du dépistage était 1,5 fois plus élevée avec l'approche de notification assistée aux partenaires qu'avec l'approche passive (RR = 1,47 ; IC à 95 % : 1,12–1,92 ; χ^2 pour l'hétérogénéité = 0,14 ; I^2 = 0 %). Dans les analyses de sensibilité, les résultats étaient similaires quand les partenaires localisables constituaient le dénominateur (RR = 1,49 ; IC à 95 % : 1,14–1,95). Lorsque l'essai contrôlé randomisé par grappes était inclus, les données montraient un effet bénéfique similaire en faveur de la notification aux partenaires assistée par un prestataire (RR = 1,97 ; IC à 95 % : 0,91–4,24 (voir l'annexe 18).

Le pourcentage de partenaires nouvellement diagnostiqués séropositifs au VIH, lorsqu'on considérait les partenaires localisables, était plus élevé dans le groupe de notification aux partenaires assistée par un prestataire (RR = 1,37 ; IC à 95 % : 0,98–1,93). Les données d'une méta-analyse incluant l'essai contrôlé randomisé par grappes montraient un effet bénéfique similaire en faveur de la notification aux partenaires assistée par un prestataire (RR = 1,97 ; IC à 95 % : 0,91–4,24 ; χ^2 pour l'hétérogénéité = 20,76 ; I^2 = 86 %) (voir Figure 3.4).

Figure 3.4. Proportion de partenaires nouvellement identifiés séropositifs à l'issue d'un dépistage de tous les partenaires localisables



RR : risque relatif ; IRR : ratio des taux d'incidence ; ET : erreur-type ; VI : variable indépendante ; IC : intervalle de confiance.

Comme pour le recours aux services de dépistage du VIH, un seul essai contrôlé individuellement randomisé (5) évaluait les proportions de partenaires ayant obtenu un résultat positif au VIH, en comparant la notification contractuelle à la notification passive. Cet essai a montré que les services de notification assistée aux partenaires utilisant la notification contractuelle se traduisaient par une proportion de partenaires séropositifs quasiment deux fois plus élevée (RR = 1,91 ; IC 95 % : 1,07–3,18) que celle obtenue avec la notification passive. Les résultats des analyses de sensibilité reposant uniquement sur les partenaires localisables constituant le dénominateur ont abouti à des résultats similaires (RR = 1,8 ; IC à 95 % : 1,02–3,18).

Dans les études observationnelles, 0-86 % des partenaires de personnes séropositives au VIH ont été nouvellement diagnostiqués séropositifs (15,24,25,27,29). Les études de faisabilité dans la population générale et dans les populations clés, en particulier les études conduites chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les consommateurs de drogue par injection, ont également révélé une forte proportion de partenaires séropositifs au VIH (5-80 %) (16,30-51).

Liaison avec les services de soins et de traitement de l'infection à VIH parmi les partenaires de patients séropositifs

Comparativement à la notification passive, les services de notification assistée aux partenaires peuvent améliorer la liaison avec les services de soins de l'infection à VIH. Dans une méta-analyse de deux essais comparatifs, la liaison avec les services de soins des partenaires séropositifs au VIH était plus de trois fois supérieure dans le bras de notification par le prestataire par rapport au bras de notification passive (ratio des taux = 3,76 ; IC à 95 % : 2,41-5,86) (7,9). Un essai contrôlé randomisé au Malawi a également mis en évidence que les partenaires récemment diagnostiqués séropositifs au VIH ayant bénéficié d'une notification par le prestataire étaient davantage susceptibles de se voir offrir un examen clinique dans le mois suivant le diagnostic que ceux ayant bénéficié d'une notification passive (45,5 %, 15/33 vs 19,2 %, 5/26) (7).

En plus des essais contrôlés randomisés inclus dans l'analyse GRADE, cinq études de faisabilité ont également rapporté qu'une forte proportion de partenaires nouvellement diagnostiqués séropositifs au VIH était mise en relation avec des services proposant un examen clinique ou un TAR (84-100 %) (23-25,29,37,40).

Préjudice social après la notification aux partenaires

Dans les études examinées, aucune violence physique ni aucune violence exercée par le partenaire intime n'étaient imputables aux services de notification aux partenaires.

Les cas de préjudice social ou autres conséquences négatives signalés après la notification aux partenaires en utilisant une approche passive ou assistée étaient rares. L'éventuel préjudice susceptible de découler de la divulgation d'une séropositivité au VIH est une source de préoccupation (52), en particulier pour les populations clés et autres groupes vulnérables. Les craintes liées au préjudice social sont particulièrement vives dans les contextes où certains comportements associés à

l'infection à VIH sont punis par la loi, par exemple parmi les consommateurs de drogue par injection ou lorsqu'un partenaire est économiquement dépendant de l'autre et craint de perdre le soutien social et financier de son partenaire. Néanmoins, bien que ces préoccupations aient été soulevées (53,54), elles restaient très rares dans les études évaluant, au travers de situations hypothétiques, l'impact social de la divulgation du statut sérologique ou de la notification aux partenaires, quand les conséquences négatives étaient effectivement mesurées (5-7,9).

Les trois essais contrôlés randomisés et l'essai contrôlé randomisé par grappes ont rapporté peu de cas de violence ou de préjudice (5,7,9). Les cas de préjudice rapportés dans les essais contrôlés randomisés menés au Kenya et au Malawi n'étaient apparemment pas associés aux services de notification aux partenaires puisqu'ils se sont produits avant l'intervention (7,9). Certaines études ont recherché une éventuelle violence exercée par le partenaire intime, en excluant les cas présentant des antécédents de ce type de violence, susceptibles d'être exposés à un risque de préjudice après la divulgation du statut sérologique. Dans une méta-analyse de deux essais contrôlés individuellement randomisés et de l'essai contrôlé randomisé par grappes, les conséquences négatives associées à la violence exercée par le partenaire intime ou à l'abandon étaient identiques avec l'approche de notification assistée aux partenaires et l'approche de notification passive (RR = 1,86 ; IC à 95 % : 0,37-9,50 ; Chi² pour l'hétérogénéité = 1,17 ; I² = 0 %).

De la même manière, les études observationnelles n'ont mis en évidence aucune violence physique ni aucune violence exercée par le partenaire intime résultant de la notification aux

partenaires (23,29,55). Une seule étude menée au Mozambique a rapporté trois cas de personnes séropositives au VIH abandonnées par leurs partenaires sur 173 partenaires informés ; deux de ces cas étaient liés au VIH, et l'un d'entre eux a entraîné un préjudice financier (29). Cependant, ces données sur le préjudice mesuré ont été obtenues à partir d'un nombre limité d'études conduites aux États-Unis et en Afrique ; des études supplémentaires sont nécessaires dans d'autres régions du monde.

Les responsables de la mise en œuvre des programmes doivent certes être conscients des risques de préjudice pouvant résulter de la divulgation du statut sérologique vis-à-vis du VIH, mais ces risques doivent être examinés au regard des avantages offerts par cette démarche, en termes de diagnostic des infections à VIH et de mise en relation des patients avec les services de traitement. Reconnaissant qu'une violence physique et émotionnelle peut se produire au sein des couples et des partenaires dans le monde entier, les prestataires offrant des services de notification aux partenaires devraient évaluer les risques potentiels pour les patients séropositifs et, si la sécurité des patients n'est pas compromise, offrir des services de notification volontaire aux partenaires afin d'atteindre ces derniers qui pourront, par la suite, bénéficier de services de dépistage du VIH et, si nécessaire, d'un TAR permettant de sauver des vies. Il existe différentes manières d'aborder cette question, parmi lesquelles : rechercher une éventuelle violence exercée par le partenaire intime chez les patients séropositifs au VIH, discuter ouvertement des approches de notification possibles et de leur issue lors des séances de conseil, et proposer des ressources pour l'orientation comme des conseils, des permanences téléphoniques ou des lieux sûrs. La confidentialité et le caractère volontaire de ces démarches sont essentiels. La notification aux partenaires ne doit être entreprise qu'avec le consentement exprès du patient séropositif au VIH et aucune autre personne ne doit être notifiée.

3.2.2 Valeurs et préférences des personnes ayant recours aux services de notification aux partenaires

Cinquante-six études ont été jugées pertinentes pour examiner les valeurs et les préférences relatives aux services de notification aux partenaires dans la population générale et dans les populations clés, parmi les personnes séropositives au VIH et leurs partenaires, les agents de santé et autres parties prenantes clés impliquées dans la prestation de services de notification aux partenaires. Ces études ont été conduites en Afrique – Botswana (56), Cameroun (40, 57), Éthiopie (58), Kenya (9), Malawi (59) ; dans les Amériques – Barbade (60), Canada (61–64), États-Unis (8,69–94), Guatemala (65), Pérou (66–68) ; en Europe – Danemark (95,96), Espagne (101), Estonie (97), Italie (98,99), Pays-Bas (100), Royaume-Uni (102–105) ; et en Asie et dans le Pacifique – Australie (106), Singapour (107). Deux revues systématiques de la littérature qualitative sur la notification aux partenaires ont également été réalisées : l'une centrée sur les États-Unis (17), l'autre élargie au monde entier (108). En outre, des études qualitatives sur les valeurs et les préférences ont été conduites, en appui aux présentes lignes directrices, parmi les communautés de pêcheurs, les travailleurs du sexe, la population générale et les agents de santé en Ouganda, ainsi que parmi les populations clés constituées de jeunes en Indonésie, au Pakistan, aux Philippines et en Thaïlande (109,110).

Notification aux partenaires parmi les populations clés

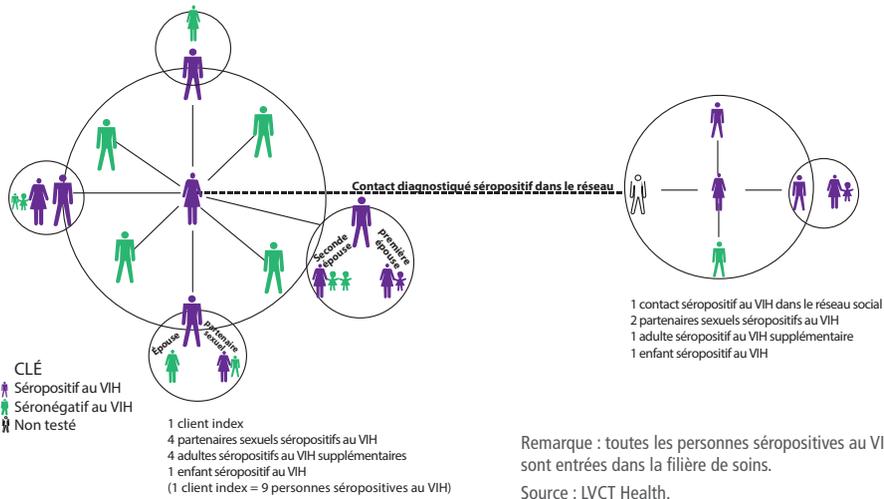
Des études sur la notification aux partenaires ont été conduites parmi des populations clés, notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les travailleurs du sexe, les personnes transgenres et les consommateurs de drogue par injection. À l'instar des études menées dans la population générale, les services de notification assistée aux partenaires se sont traduits par un recours accru aux services de dépistage du VIH, comparativement à la notification passive, et par une forte proportion de partenaires diagnostiqués séropositifs et mis en relation avec les services de traitement et de soins. L'une des difficultés signalées avec les populations clés réside dans le fait que les personnes sont parfois moins à même d'identifier leurs partenaires ou moins enclines à le faire (81). Même si cela se produisait également dans la population générale, en particulier chez les personnes ayant des partenaires occasionnels (111), les femmes hétérosexuelles se

souvenaient mieux de leurs partenaires et de leurs coordonnées que les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ou que les consommateurs de drogue par injection (55). Ainsi, proposer des services de notification aux partenaires dans les populations clés peut nécessiter davantage d'efforts pour localiser les partenaires, et pour assurer la confidentialité et l'anonymat des patients séropositifs au VIH.

Les préférences pour les approches de notification aux partenaires étaient similaires dans les différents groupes de population clé ; les études ont mis en évidence une préférence pour la notification par un prestataire de soins de santé (notification contractuelle ou notification par le prestataire). Dans une étude conduite aux États-Unis, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ont indiqué que la notification par le prestataire protégeait contre la réprobation, la violence et la stigmatisation (108). Une étude menée au Pérou auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et de femmes transgenres a mis en évidence que, même si 93 % des personnes ayant répondu à l'enquête estimaient qu'il était très important de notifier les partenaires réguliers, 74 % pensaient que peu de leurs pairs entreprendraient effectivement la démarche ; de même, alors que 73 % estimaient très important de notifier les partenaires occasionnels, 85 % ne pensaient pas que leurs pairs feraient la démarche (68). À Singapour, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes étaient significativement plus nombreux que les répondants hétérosexuels à préférer le courriel comme moyen de notification aux partenaires (107).

Une étude parmi les travailleuses du sexe conduite au Guatemala indiquait que la notification aux partenaires était généralement acceptable et faisable, spécialement pour les partenaires réguliers (>90 % d'intentions de notifier le dernier client, les clients occasionnels et les clients réguliers) (65). Ces femmes préféraient la notification passive (85 %) à une lettre ou un appel téléphonique émanant d'un dispensaire (51 %) (65).

Figure 3.5. Exemple de notification assistée aux partenaires pour le VIH d'une jeune femme ayant des rapports sexuels monnayés



Notification aux partenaires parmi les adolescents et les jeunes

Trois études ont évalué la notification aux partenaires parmi les jeunes. Une étude conduite à Singapour a montré qu'un nombre significativement plus important de répondants âgés de moins de 32 ans préféraient une notification par SMS, comparativement aux adultes plus âgés (107). Des groupes de discussion au Canada ont indiqué que les adultes plus âgés favorisaient les méthodes de notification en ligne, par exemple par courriel, tandis que les jeunes préféraient l'envoi de SMS

sur téléphone mobile, et chaque groupe percevait la méthode qu'il avait choisie comme plus sérieuse et plus privée (64). De plus, dans une autre étude canadienne, les services en ligne répondaient bien aux besoins des jeunes pour des raisons pratiques (pas de consultation dans un dispensaire) et de confidentialité, et les jeunes estimaient que ce type de notification réduisait l'anxiété comparativement à une notification en face-à-face (62). Il est intéressant de noter que les jeunes ayant répondu à l'enquête semblaient relativement peu tolérants vis-à-vis des technologies qu'ils percevaient comme désuètes et dépassées. Les résultats de ces études mettent en lumière d'importants facteurs qu'il convient de prendre en compte lors de l'élaboration d'un programme de notification aux partenaires, afin de s'assurer que les approches choisies sont appropriées pour les groupes que l'on cherche à atteindre.

Encadré 3.4. Considérations pour la notification assistée aux partenaires chez les adolescents et les jeunes

- Les adolescents ne doivent pas être exclus des services de notification aux partenaires. La possibilité d'accéder précocement aux services de dépistage du VIH et la liaison avec les services proposant un traitement antirétroviral sont bénéfiques pour toutes les personnes dont l'infection à VIH n'a pas été diagnostiquée. Les services de notification assistée aux partenaires sont un moyen d'accroître le recours au dépistage du VIH parmi les personnes à risque, en particulier celles qui ne savent pas qu'elles ont peut-être été exposées au VIH ou celles qui sont susceptibles d'accueillir favorablement un soutien et une invitation à se faire dépister.
- Être informé d'une potentielle exposition au VIH peut être émotionnellement plus difficile pour les adolescents.
- Les prestataires doivent envisager des moyens appropriés pour contacter les adolescents afin de pouvoir leur proposer des services de soutien, le cas échéant.
- La perte potentielle du soutien social et économique, ou la perte d'un partenaire, peut être particulièrement difficile pour les adolescents, surtout si le partenaire est plus âgé et/ou a plus de pouvoir dans la relation.
- Les adolescents peuvent se sentir particulièrement vulnérables à la violence exercée par le partenaire intime ou aux abus, selon leur situation.
- Les partenaires d'adolescents peuvent être plus difficiles à localiser.
- Les prestataires peuvent être confrontés à des situations où l'âge du consentement pour un dépistage du VIH, ou pour avoir des rapports sexuels avec des adultes, entre en conflit avec les politiques nationales. Néanmoins, il est important de proposer aux adolescents des services de santé dans un environnement sûr, dans lequel les agents chargés de faire appliquer la loi n'interviennent pas, afin de permettre à ce groupe vulnérable d'accéder au TAR qui permet de sauver des vies s'ils sont diagnostiqués séropositifs, ou aux services de prévention s'ils sont séronégatifs.
- La notification aux partenaires parmi les adolescents, que ces derniers soient dans la position du patient séropositif au VIH ou dans celle du partenaire informé d'une exposition au VIH, requiert de la part du prestataire du tact et une attitude dénuée de jugement lors de la discussion qu'il engagera concernant les partenaires sexuels, la manière de faciliter la divulgation mutuelle du statut sérologique et la manière de reconnaître et de réduire au minimum les risques de violence exercée par le partenaire intime.

Facteurs favorables et obstacles à la notification assistée aux partenaires pour le VIH

Dans toutes les études et tous les groupes de population, la principale motivation pour notifier son statut sérologique aux partenaires était la responsabilité sociale, à savoir les avantages en termes de santé pour soi et pour les autres résultant de l'identification des personnes vivant avec le VIH afin de les mettre en relation avec des services de soins et de traitement permettant de sauver des vies, et également de prévenir la transmission ultérieure du VIH. Cette motivation était particulièrement forte parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les femmes transgenres, qui estimaient qu'il était impératif de notifier son statut sérologique aux partenaires et de faciliter leur accès aux services de dépistage et de traitement (68,104,108).

Dans des situations hypothétiques, malgré de solides motivations, les préoccupations concernant la gêne, la culpabilité, la honte, la perte d'autonomie et de soutien affectif, et les craintes vis-à-vis de la stigmatisation, du rejet, de l'abandon et de la rupture de la relation, constituaient les principaux obstacles cités par les personnes interrogées susceptibles de les empêcher d'informer leurs partenaires (57,60,66,101,103,105). Néanmoins, comme indiqué précédemment (voir la section consacrée au préjudice social après la notification aux partenaires, p.36), ces craintes ne sont pas imputables aux services de notification aux partenaires qui ont été mis en place et décrits dans la littérature scientifique disponible à ce jour. Un autre obstacle à la notification aux partenaires cités par les répondants était le fait de ne pas connaître le partenaire, de ne pas disposer de ses coordonnées ou de ne pas être en mesure de le localiser. Ces motifs étaient cités comme des obstacles à la notification aux partenaires secondaires et occasionnels (101,110) et sont susceptibles d'affecter particulièrement les populations clés et leur intention et capacité à notifier leur statut sérologique à leurs partenaires (81).

Préférences en matière d'approches de notification aux partenaires et de méthodes de contact

La littérature existante indique qu'aucune des méthodes de notification aux partenaires n'est universellement privilégiée. Les préférences varient en fonction de la population, de l'âge (spécialement chez les jeunes) et du type de partenaire (principal ou secondaire). Certaines études indiquaient que les patients séropositifs et les prestataires préféraient la notification passive (73–96 %) (76,101,103,109). Mais, dans d'autres études, les patients séropositifs favorisaient les approches assistées et jugeaient la notification par le prestataire acceptable (11–71 %) (8,59,83,99,105). Dans une étude conduite à la Barbade, les personnes séropositives au VIH préféraient la notification contractuelle aux approches assistées ou passives parce qu'elle permettait d'éviter une notification potentiellement tardive aux partenaires (60). Des études suggèrent que la notification par le prestataire peut être particulièrement utile pour notifier le statut sérologique aux partenaires secondaires (101,103,105,109). En Ouganda, une étude qualitative visant à évaluer les préférences de notification aux partenaires dans des situations hypothétiques a montré que les travailleuses du sexe et les pêcheurs préféraient la notification contractuelle ou par le prestataire pour informer les partenaires secondaires et occasionnels, mais privilégiaient la notification passive pour les partenaires principaux (109). Parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les travailleuses du sexe, la notification contractuelle ou par le prestataire était également perçue comme une protection contre la réprobation, la violence et la stigmatisation potentielles (108,109). Une étude menée auprès des consommateurs de drogue par injection a rapporté que, face au choix d'une notification passive ou par le prestataire proposé par un agent de proximité, 71 % des personnes séropositives au VIH avaient choisi la notification par le prestataire (8).

Les services de notification aux partenaires sont acceptables et peuvent être proposés par le biais de nombreux canaux.

Il existe de nombreuses méthodes de contact pour proposer des services de notification passive ou assistée aux partenaires. Les approches passives peuvent intervenir dans le contexte des conseils prodigués après le diagnostic, quand le conseiller encourage la personne nouvellement diagnostiquée à divulguer son statut

sérologique à tous ses partenaires sexuels ou consommateurs de drogue par injection, ou quand il fournit une lettre d'orientation vers des services de dépistage du VIH, une fiche de rendez-vous ou

autre invitation écrite ou électronique à un patient séropositif au VIH (qu'il soit nouvellement diagnostiqué ou déjà pris en charge) afin que celui-ci le remette à ses partenaires.

La notification assistée aux partenaires peut prendre différentes formes : conversation en face-à-face avec les partenaires, lettres, appels téléphoniques, SMS, vidéos, courriels et systèmes de messagerie sur Internet. Les méthodes comme les appels téléphoniques et les SMS requièrent une vigilance particulière pour s'assurer que le message parvient à la bonne personne et que l'anonymat du patient séropositif et du partenaire informé est préservé. Quand elle est disponible, la notification aux partenaires via des applications sur Internet ou des SMS peut être davantage acceptable pour les jeunes (64,107) et pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, comparativement aux autres groupes, surtout quand les personnes n'ont pas d'autre moyen pour contacter leurs partenaires sexuels (78,104). Néanmoins, dans la population générale comme dans les populations clés, les préférences variaient en fonction du type de partenaire et de relation. Parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, la notification aux partenaires secondaires et occasionnels via des technologies comme le SMS, le courriel, Internet et les applications mobiles était considérée comme acceptable (101). Au Canada, les patients ayant accès aux services dédiés au IST qui ont déclaré avoir plusieurs partenaires avaient également tendance à préférer la notification par courriel ou par SMS, mais ont exprimé leur souhait de notifier certains partenaires eux-mêmes et de laisser à une infirmière ou un prestataire le soin de notifier d'autres partenaires (61). Des études menées à Singapour et aux États-Unis ont mis en évidence que les personnes préféraient notifier leurs partenaires en face-à-face plutôt que par téléphone ou par SMS (88,107).

3.2.3 Coût et rapport coût/efficacité

Le coût potentiel de la mise en œuvre des services de notification aux partenaires pour le VIH est une préoccupation pour les responsables de l'élaboration des politiques car la localisation et la prise de contact avec les partenaires nécessitent pour les prestataires une formation et du temps supplémentaire, ainsi que la mobilisation de ressources au niveau des systèmes de santé.

De manière générale, les études suggèrent que les services de notification assistée aux partenaires peuvent être rentables. Au Japon, dans un milieu où la prévalence du VIH était très faible, la notification assistée aux partenaires était rentable, avec un rapport coût/efficacité différentiel (RCED) de US \$4930 par année de vie gagnée, inférieur au RCED estimé pour d'autres interventions liées au VIH au Japon (112). Dans une récente étude conduite auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes en Europe, les services de notification assistée aux partenaires se sont révélés être rentables, avec un RCED estimé davantage favorable lorsque l'analyse portait sur le long terme (20 ans) (21). Dans un dispensaire urbain dédié aux IST au Malawi, où la prévalence du VIH était particulièrement élevée, les services de notification assistée aux partenaires présentaient un RCED de US \$3560 par transmission du VIH évitée avec la notification contractuelle, comparativement à la notification passive, et un RCED de US \$4106 par transmission du VIH évitée avec la notification par le prestataire, comparativement à la notification passive (20). Dans cette étude, les coûts par nouveau cas séropositif au VIH identifié en fonction de l'approche de notification choisie étaient les suivants : notification par le prestataire : US \$36 ; notification contractuelle : US \$18 ; et notification passive : US \$8. Les coûts par partenaire testé étaient les suivants : notification par le prestataire : US \$19 ; notification contractuelle : US \$9 ; et notification passive : US \$4 (20). Les résultats de ces études soulignent la rentabilité potentielle des services de notification aux partenaires pour atteindre les personnes à haut risque.

Les coûts de la notification assistée aux partenaires varient considérablement en raison des différences au niveau du coût unitaire des ressources de santé, de l'approche de prestation de services, et en particulier du type de personnel mobilisé pour assurer les services. Les différences relevant de l'épidémiologie, spécialement en matière de prévalence du VIH et de proportion de partenaires nouvellement diagnostiqués séropositifs au VIH, engendrent également des différences de coût selon les pays et les régions. Il est important de noter que dans les contextes où la prévalence est élevée, les coûts des programmes peuvent être supérieurs à ceux générés

dans des situations où la prévalence est faible, car davantage de services de recherche et de notification seront nécessaires. Néanmoins, du fait que ces services soient susceptibles d'identifier un grand nombre de personnes séropositives au VIH ayant besoin d'un TAR, ils sont potentiellement rentables. Il est donc important que les programmes prévoient d'évaluer l'approche qui convient et la quantité de ressources nécessaires propres au contexte afin d'équilibrer le coût total des programmes et le rapport coût/efficacité potentiel de différents services de notification assistée aux partenaires (113–115).

3.2.4 Recommandation

Après avoir examiné les données issues des essais contrôlés randomisés, des études observationnelles et des études sur les valeurs et les préférences, la faisabilité et les rapports coût/efficacité ci-dessus mentionnés, et après avoir passé en revue les politiques nationales, le GDG est parvenu à un consensus et a décidé de formuler une recommandation sur la notification aux partenaires pour le VIH.

En utilisant le système GRADE pour attribuer un score à la qualité des données fournies par les essais contrôlés randomisés, le GDG a déterminé qu'elles étaient de qualité moyenne. Après avoir également pris en compte les avantages et les risques potentiels pour la santé publique, le GDG a estimé que les avantages de la notification aux partenaires pour le VIH l'emportaient largement sur les risques potentiels. Ainsi, le GDG est parvenu à un consensus et a conseillé à l'OMS de formuler une recommandation forte en faveur de l'offre de notification assistée aux partenaires pour toutes les personnes séropositives dans le cadre des services de dépistage du VIH.

NOUVEAU

Recommandation

Des services de notification assistée aux partenaires, fondés sur la participation volontaire, devraient être proposés dans le cadre d'un ensemble complet de services de dépistage et de soins pour les personnes vivant avec le VIH (*recommandation forte, données de qualité moyenne*).

3.3 Considérations pour une mise en œuvre réussie

Lors de la mise en œuvre des services de notification aux partenaires, il est important de prendre en compte toutes les composantes nécessaires au succès du programme, notamment : la formation des prestataires, des modèles de prestation de services adaptés au contexte, des méthodes pour faciliter la liaison avec les services de prévention, de traitement, de soins et de soutien, et le contexte juridique et politique.

Pour maximiser les avantages des services de notification assistée aux partenaires, plusieurs points de prestation de services devraient être disponibles tout au long du parcours du patient dans le système de santé à partir du moment où l'infection à VIH a été détectée. Une personne peut ne pas être prête pour divulguer son statut sérologique ou l'identité de ses partenaires lorsqu'elle découvre sa séropositivité au VIH. Par conséquent, quand une personne commence son parcours de soins, le dispensaire devrait à nouveau se renseigner pour savoir si le patient a divulgué son statut sérologique à tous ses partenaires et, si tel n'est pas le cas, lui proposer des services de notification aux partenaires. Cette démarche doit être répétée lors des visites de suivi semi-annuelles ou annuelles, car l'état de préparation d'une personne à dévoiler son statut sérologique ou à accepter les services de notification aux partenaires peut évoluer au cours du temps à mesure que sa confiance dans les prestataires de soins progresse.

3.3.1 Lois et politiques d'appui

Des politiques d'appui sont essentielles pour que les programmes de notification aux partenaires pour le VIH soient efficaces et se traduisent par un succès. Ainsi, avant de mettre en œuvre un programme de notification aux partenaires, il est important d'évaluer l'environnement politique. Dans certains contextes, des lois sur le secret médical peuvent interdire la notification aux partenaires ; dans d'autres, des lois et politiques restrictives risquent d'exposer les patients et leurs partenaires à la stigmatisation, à la discrimination, à la criminalisation et à des actions punitives.

Les pays devraient examiner leurs lois et leurs politiques pour déterminer comment elles pourraient être modifiées pour mieux aider les personnes vivant avec le VIH et les programmes qui leur sont destinés. Il faut notamment interdire les pratiques de notification obligatoire ou coercitive et réviser les lois et les politiques qui stigmatisent, criminalisent et discriminent les personnes issues de groupes de population clé et les personnes avec le VIH (voir Encadré 3.5).

Encadré 3.5. Obstacles structurels aux services de notification aux partenaires pour le VIH

- Lois et politiques qui prévoient une forme de dépistage obligatoire du VIH.
- Lois et politiques qui prévoient une forme de notification aux partenaires obligatoire.
- Lois et politiques qui criminalisent la transmission du VIH.
- Lois et politiques qui criminalisent les comportements des populations clés, comme les consommateurs de drogue par injection, les travailleurs du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les personnes transgenres.
- Absence de confidentialité des informations médicales.
- Absence d'anonymat dans le cadre de la notification aux partenaires.

3.3.2 Formation et atténuation des risques dans le cadre des services de notification aux partenaires pour le VIH

Toutes les personnes nouvellement diagnostiquées séropositives au VIH doivent se voir offrir des services de notification volontaire aux partenaires par un prestataire formé au moment du diagnostic et périodiquement tout au long de leur prise en charge, car les circonstances et la volonté des personnes de discuter de la notification aux partenaires peut évoluer. Il convient de noter que certaines personnes refuseront cette intervention parce qu'elles sont anxieuses au regard des répercussions potentielles à leur rencontre et/ou à celle de leurs partenaires. Les préoccupations concernant les personnes à contacter (partenaires principaux et/ou autres partenaires) doivent être abordées avec le patient séropositif, et le choix de la notification aux partenaires ne doit être entrepris qu'après en avoir évalué les avantages et les risques.

Les administrateurs des programmes doivent identifier et élaborer des approches en suivant des modes opératoires normalisés, politiques et protocoles pour l'offre de services de notification aux partenaires. Quelle que soit l'approche adoptée, il est essentiel que tous les patients séropositifs au VIH sachent que les services de notification aux partenaires sont toujours proposés à titre volontaire et qu'ils continueront à avoir accès aux autres services s'ils refusent les services de notification proposés (voir Encadré 3.6). La notification aux partenaires obligatoire ou coercitive n'est jamais justifiée (116).

Encadré 3.6. Informations importantes pour les patients séropositifs au VIH consentant à utiliser les services de notification volontaire aux partenaires

Les programmes doivent s'assurer que les patients séropositifs au VIH qui acceptent de recourir aux services de notification volontaire aux partenaires sont informés et comprennent ce qui suit :

- Le but des services de notification aux partenaires.
- Ce que les services de notification aux partenaires entraînent.
- Le fait que les services de notification aux partenaires sont proposés à titre volontaire et que les patients continueront à avoir accès aux autres services de santé s'ils refusent d'y avoir recours.
- Les différentes approches de notification aux partenaires disponibles (notification par le prestataire, notification contractuelle, notification double ou notification passive).
- Les risques et les avantages potentiels, et comment réduire au minimum les risques.
- Comment et dans quelle mesure la vie privée et la confidentialité peuvent être protégées.
- Où se trouvent les services de soutien et comment contacter et accéder à ces services si nécessaires, en particulier en cas de préjudice.

Source: CDC, 2008 (117).

Formation des prestataires aux services de notification assistée aux partenaires pour le VIH

Pour offrir des services de notification assistée aux partenaires, les prestataires de santé doivent être formés et aidés pour rechercher et localiser efficacement les partenaires. Il convient d'indiquer clairement que la notification aux partenaires (quelle que soit l'approche utilisée) doit toujours être volontaire.

Une formation sur la manière d'engager une discussion avec tact et sans jugement concernant les partenaires sexuels, de faciliter la divulgation mutuelle pour les couples et partenaires sérodiscordants, et de reconnaître et minimiser les risques de violence exercée par le partenaire intime est fondamentale. Une formation spécifique visant à sensibiliser les prestataires aux besoins des jeunes (voir Encadré 3.4) et des populations clés peut également s'avérer nécessaire.

En outre, une formation axée sur le conseil et l'entretien, ainsi que sur la documentation et la transmission d'informations au moyen de formulaires standardisés pour lier les dossiers des patients séropositifs ayant trait aux tentatives et aux résultats de la notification aux partenaires, au recours aux tests de dépistage du VIH, aux résultats des tests et à la liaison avec les services de soins est nécessaire. Il est important que les prestataires soient correctement formés pour soutenir les patients afin qu'ils fassent des choix éclairés et sans danger concernant les personnes à contacter ou pas, et pour garantir et protéger la confidentialité des patients séropositifs et de leurs partenaires. Les prestataires doivent bien comprendre qu'ils ne sont pas autorisés à divulguer des informations personnelles ou sanitaires concernant leurs patients ou les partenaires de leurs patients sans leur consentement. La justice pénale, les agents chargés de faire appliquer la loi et autres prestataires de services non liés à la santé ne doivent pas être impliqués dans la notification aux partenaires, spécialement dans les contextes où le comportement de groupes de population clé est puni par la loi.

Il est également important que les prestataires soient formés pour éviter tout préjudice susceptible de les viser directement, surtout quand les services d'orientation sont fournis à domicile ou hors des établissements de santé. Les stratégies adaptées au contexte peuvent prévoir d'éviter les zones dangereuses et d'être accompagné par des agents de santé communautaires lors des visites dans les habitations privées.

Au terme de leur formation, les agents de santé ainsi que les prestataires non professionnels formés devraient en mesure d'offrir des services efficaces de notification assistée aux partenaires.

Atténuation des risques et protection contre un préjudice potentiel

Les prestataires formés doivent être en mesure d'apporter un soutien et des conseils aux patients séropositifs et à leurs partenaires informés de leur statut sérologique. L'accent doit être mis sur l'aide et l'encouragement à divulguer son statut sérologique, lorsque cette démarche est bénéfique et sans danger, et sur l'importance de la mise en relation avec les services de prévention, de traitement et autres services liés au VIH (12). En présence de couples et partenaires sérodiscordants, les prestataires doivent encourager la divulgation mutuelle du statut sérologique selon un processus facilité par les prestataires ayant reçu une formation au conseil des couples/partenaires (12). Il est essentiel de fournir des informations claires aux partenaires séropositifs au VIH sur les avantages de l'observance du traitement et de discuter des options de prévention (comme la PPrE, les préservatifs et la circoncision masculine médicale volontaire) avec les partenaires séronégatifs afin de prévenir la transmission ultérieure du VIH (12). Les prestataires doivent être particulièrement diligents pour protéger la confidentialité du statut sérologique de leurs patients, lorsque les partenaires ne l'ont pas encore mutuellement dévoilé (12).

Les prestataires devront identifier les patients susceptibles d'être exposés à un risque de préjudice social ou de violence physique. Plusieurs outils de recherche d'une violence exercée par le partenaire intime sont disponibles (118). En outre, il est parfois nécessaire d'orienter des patients vers des services de soutien psychosocial et de leur permettre d'accéder à des lignes d'écoute et des lieux sûrs. En concertation avec le patient, le risque de préjudice doit être évalué par le prestataire afin de déterminer l'approche de notification aux partenaires la mieux appropriée, y compris les options supplémentaires de soutien aux patients comme l'orientation double ou les services de dépistage du VIH pour les couples, ou de renoncer à la notification aux partenaires.

3.3.3 Méthodes de prise de contact avec les partenaires

Proposer des options pour la notification aux partenaires

Toutes les personnes diagnostiquées séropositives au VIH doivent se voir offrir sans délai des services de notification volontaire aux partenaires. Il existe de nombreux modèles de notification en fonction du contexte, du milieu et des préférences du patient (voir l'Encadré 3.2 qui présente les définitions de la notification passive et assistée aux partenaires, ainsi que le Tableau 3.2 ci-dessous).

Les patients séropositifs doivent être informés de toutes les options disponibles et de la possibilité d'utiliser différents modèles de notification selon les partenaires. Par exemple, un patient séropositif au VIH peut souhaiter employer une approche passive pour contacter certains partenaires, qu'il se sent prêt à avertir lui-même, et préférer faire appel à un prestataire pour les aider à contacter d'autres partenaires. Si l'autotest du VIH est approuvé au niveau national, il peut être proposé aux partenaires via des méthodes passives ou assistées.

En fonction du contexte, certaines approches de notification aux partenaires peuvent être plus pratiques ou mieux appréciées par certaines populations. Par exemple, un jeune pourra préférer le recours aux nouvelles technologies, aux SMS et autres systèmes de communication via Internet, tandis qu'une personne plus âgée pourra favoriser l'entretien en face-à-face, le téléphone ou le courriel. En fonction de la situation, les populations clés victimes de stigmatisation, de discrimination et de criminalisation pour leur comportement peuvent préférer des méthodes

anonymes comme la notification par le prestataire. Sachant que les préférences varient selon le contexte, il est important de proposer des options aux patients séropositifs pour qu'ils puissent choisir une approche sûre, efficace et acceptable pour eux.

Tableau 3.1. Approches de l'offre de services de notification aux partenaires pour le VIH

| Services de notification assistée aux partenaires (notification par le prestataire, notification contractuelle ou notification double) | Services de notification passive des partenaires |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Le prestataire donne des conseils et propose une assistance aux patients séropositifs pour la divulgation et la notification à leurs partenaires de leur statut sérologique en employant l'une des trois méthodes de notification. • Le prestataire contacte les partenaires par téléphone, Internet, courriel ou visite à domicile pour les informer de leur exposition potentielle à une infection par le VIH et leur propose des services de dépistage du VIH. • Le prestataire offre des services de dépistage du VIH à domicile pour l'ensemble du foyer (partenaires et membres de la famille compris) du patient séropositif. | <ul style="list-style-type: none"> • Le prestataire donne des conseils et encourage les patients séropositifs à divulguer leur statut sérologique à leurs partenaires et à les informer de leur exposition possible au VIH, soit en personne, soit par téléphone, SMS, courriel, etc. • Le prestataire remet aux patients séropositifs une lettre ou une fiche invitant leurs partenaires à se rendre dans un établissement de santé. Quand les partenaires se présentent à l'établissement de santé, des services de dépistage du VIH leur sont proposés. • Les patients séropositifs peuvent recourir à des services de messagerie anonyme, comme le téléphone, le courriel ou Internet, pour informer eux-mêmes leurs partenaires. |

Faciliter la liaison avec les services de prévention, de traitement et de soins

Les partenaires des patients séropositifs qui sont également infectés par le VIH doivent être rapidement mis en relation avec les services de traitement et de soins pour être pris en charge et pour prévenir la transmission ultérieure du VIH. Les partenaires nouvellement diagnostiqués doivent, à leur tour, se voir proposer des services de notification aux partenaires afin d'informer tous leurs partenaires sexuels ou consommateurs de drogue par injection. Les partenaires séronégatifs peuvent être informés et mis en relation avec des services de prévention efficaces (préservatifs, CMMV, PPrE, atténuation des préjudices et traitement de substitution à base d'opioïdes pour les consommateurs de drogue par injection) afin de réduire le risque d'une infection future par le VIH.

Les services de notification offrent également la possibilité de proposer aux partenaires de patients séropositifs au VIH des services supplémentaires de dépistage de la tuberculose, de l'hépatite B et C et d'autres IST, ainsi que des services de contraception. Cette approche s'est révélée être particulièrement efficace lors de la recherche des contacts dans les foyers de patients séropositifs au VIH afin de leur offrir un dépistage combiné du VIH et de la TB (voir Encadré 3.7). En Afrique du Sud, par exemple, parmi 59 457 membres des foyers de patients séropositifs au VIH ayant bénéficié d'un dépistage du VIH et de la TB, 15,5 % se sont révélés être séropositifs au VIH. Presque toutes les personnes séropositives au VIH identifiées (97 %) ont également bénéficié d'une évaluation des symptômes de la TB, et 21,3 % présentaient ces symptômes (119).

Exemple de cas : Un programme de notification aux partenaires à base communautaire au Kenya

LVCT Health est une organisation non-gouvernementale présente au Kenya qui offre des services de dépistage du VIH, des interventions de prévention et des services de traitement et de soins pour la population générale, les populations clés et les adolescents dans la communauté et dans les établissements de soins. Le programme est financé par le Plan d'urgence du président des États-Unis en matière de lutte contre le sida via les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis par le biais d'un accord de coopération. Un programme pilote de notification aux partenaires a été mis en œuvre dans deux établissements de santé informels de Mlolongo et de Kawangware à Nairobi entre décembre 2015 et mai 2016. Des conseillers non professionnels offrant des services de dépistage du VIH dans la communauté (structures de services de dépistage du VIH, activités de proximité et porte-à-porte) ont utilisé la notification contractuelle pour identifier les partenaires sexuels et les membres des familles des patients séropositifs au VIH, ainsi que les contacts sociaux parmi les populations clés susceptibles de bénéficier de services de dépistage du VIH.

Ces conseillers avaient reçu une formation à la notification aux partenaires, au dépistage de la violence exercée par le partenaire intime et à la mise en place d'un environnement confidentiel et sûr pour les patients séropositifs afin d'identifier les partenaires sexuels qu'ils souhaitent informer de leur statut sérologique. Les conseillers utilisaient un registre pour consigner les numéros de téléphone et l'emplacement physique des partenaires identifiés. Ils informaient les partenaires en personne et les encourageaient à effectuer un test de dépistage du VIH. Les conseillers prenaient des rendez-vous au dispensaire ou à domicile pour tester les partenaires, y compris avec des membres de leur famille s'ils le demandaient. Les résultats des partenaires identifiés, notifiés et testés étaient examinés chaque semaine, avec la supervision mensuelle des conseillers.

Sur 341 patients séropositifs au VIH, 205 ont participé au programme. Les 205 participants ont identifié 580 partenaires/contacts, dont 331 (57 %) sont revenus pour un dépistage VIH ; parmi eux, 116 (35 %) se sont révélés être séropositifs au VIH. Parmi les partenaires/contacts séropositifs, 104 (90 %) étaient des adultes, 12 (10 %) étaient des enfants. Au total, 91 % des contacts séropositifs au VIH sont entrés dans la filière de soins. Aucun préjudice social n'a été signalé.

Résultats de la notification aux partenaires

| | Homme | Femme | Enfant | Total |
|--|-----------|-----------|-----------|------------|
| Patients séropositifs au VIH | 74 | 131 | 0 | 205 |
| Partenaires/familles identifiés | 194 | 150 | 236 | 580 |
| Partenaires/familles testés pour le VIH | 113 | 92 | 126 | 331 |
| Partenaires/familles séropositifs au VIH | 48 (42 %) | 56 (61 %) | 12 (10 %) | 116 (35 %) |

Les résultats et les conclusions de ce rapport sont ceux présentés par les auteurs et ne reflètent pas nécessairement la position officielle des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis.

Source: Annexe 21.

Une liste des interventions et approches existantes pour faciliter encore davantage la liaison avec les services de soins pour les personnes séropositives au VIH et leurs partenaires est présentée dans le document de l'OMS intitulé *O Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH (13)*.

Encadré 3.7. Recommandations existantes pour la recherche des contacts atteints de tuberculose

Dans les milieux où la prévalence du VIH est élevée, il est recommandé de conseiller et de tester pour le VIH tous les membres des foyers et les contacts proches [des patients atteints de TB] (*recommandation forte, données de très faible qualité*).

Il est recommandé de conseiller et de tester pour le VIH tous les contacts des membres du foyer d'un cas index [TB] séropositif au VIH (*recommandation forte, données de très faible qualité*).

Il est recommandé de conseiller et de tester pour le VIH tous les membres des foyers et les contacts proches des personnes atteintes de TB qui présentent des symptômes compatibles avec une TB active, dans le cadre de leur examen clinique (*recommandation forte, données de très faible qualité*).

Source: OMS 2012 (120).

3.3.4 Systèmes de documentation, de suivi et de notification

Tous les systèmes de documentation, de suivi et de notification doivent garantir la sécurité et la confidentialité des données des patients des services de dépistage du VIH, ainsi que des données personnelles et médicales des partenaires. Les données collectées pour suivre les services de notification aux partenaires doivent comprendre :

- le nombre et le pourcentage de personnes séropositives au VIH qui se voient proposer des services de notification assistée aux partenaires ;
- le nombre et le pourcentage de personnes séropositives au VIH qui acceptent les services de notification assistée aux partenaires ;
- le nombre de partenaires identifiés par patient séropositif au VIH ;
- le nombre et le pourcentage de partenaires identifiés qui ont été informés du statut sérologique du patient séropositif ;
- le nombre et le pourcentage de partenaires qui ont accepté les services de dépistage du VIH ;
- le nombre et le pourcentage de partenaires qui ont obtenu un résultat positif au dépistage du VIH ;
- le nombre et le pourcentage de partenaires séropositifs au VIH qui sont entrés dans la filière de soins ;
- le nombre et le type de conséquences négatives subies par les patients séropositifs au VIH après la notification aux partenaires.

Les approches de mise en œuvre de la notification aux partenaires doivent être régulièrement suivies et périodiquement évaluées afin de déterminer leur impact. Ces évaluations doivent servir à éclairer les décisions programmatiques concernant la poursuite ou non de la mise en œuvre de certaines approches, les approches spécifiques utilisées pour différents groupes de population et les ressources nécessaires pour équilibrer les coûts programmatiques et le rapport coût/efficacité.

Bibliographie supplémentaire

- Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>).
- Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>).
- Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>).
- Guidance on couples HIV testing and counselling – including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2012 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/9789241501972/en/>).
- Recommendations for investigating contacts of persons with infectious tuberculosis in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77741/1/9789241504492_eng.pdf).
- HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/adolescents/en/>).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Résumé d'orientation et chapitre 1

1. Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>, accessed 12 May 2016).
2. Guidance on couples HIV testing and counselling - including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2012 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/9789241501972/en/>, accessed 22 May 2016).
3. Global health sector response to HIV, 2000-2015: focus on innovations in Africa: progress report. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/198065>, accessed 16 May 2016).
4. Fast-Track - Ending the AIDS epidemic by 2030. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014 (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/JC2686_WAD2014report, accessed 12 May 2016).
5. WHO handbook for guideline development – 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/kms/handbook_2nd_ed.pdf?ua=1, accessed 29 October 2016).
6. Andrews J, Schünemann H, Oxman A, Pottie K, Meerpoh J, Coello P, et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation - determinants of a recommendation's direction and strength. *J Clin Epi.* 2013;66:726-35.
7. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.1.0. Higgins J, Green S, editors: The Cochrane Collaboration; 2011.
8. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>, accessed 10 August 2016).
9. Invest in HIV prevention: quarter for prevention. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2015 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2791_invest-in-HIV-prevention_en.pdf, accessed 16 May 2016).
10. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral therapy: a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/>, accessed 15 June 2016).
11. Towards universal access by 2010: how WHO is working with countries to scale-up HIV prevention, treatment, care and support. Geneva: World Health Organization; 2006 (http://www.who.int/hiv/mediacentre/universal_access_progress_report_en.pdf, accessed 16 May 2016).
12. Prevention gap report. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf, accessed 1 August 2016).
13. Factsheet to the WHO consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/hiv/topics/vct/fact_sheet/en/, accessed 5 August 2016).
14. Global update on the health sector response to HIV. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/hiv/pub/progressreports/update2014/en/>, accessed 16 May 2016).
15. Koo K, Makin J, Forsyth B. Barriers to male-partner participation in programs to prevent mother-to-child HIV transmission in South Africa. *AIDS Educ Prev.* 2013;25:14-24.
16. Bor J, Rosen S, Chimbindi N, Haber N, Herbst K, Mutevedzi T, et al. Mass HIV treatment and sex disparities in life expectancy: demographic surveillance in rural South Africa. *PLoS Med.* 2015;12(11):e1001905.
17. Hensen B, Taoka S, Lewis J, Weiss H, Hargreaves J. Systematic review of strategies to increase men's HIV-testing in sub-Saharan Africa. *AIDS.* 2014;28:2133-45.
18. Sharma M, Ying R, Tarr G, Barnabas R. Systematic review and meta-analysis of community and facility-based HIV testing to address linkage to care gaps in sub-Saharan Africa. *Nature.* 2015;528(7580):S77-S85.
19. The AIDS epidemic continues to take a staggering toll, especially in sub-Saharan Africa. New York: United Nations International Children's Emergency Fund; 2016 (<http://data.unicef.org/hiv-aids/global-trends.html>, accessed 16 May 2016).

20. Kidman R, Anglewicz P. Are adolescent orphans more likely to be HIV-positive? A pooled data analyses across 19 countries in sub-Saharan Africa. *J Epidemiol Community Health*. 2016.
21. Gap Report: no one left behind. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf, accessed 13 March 2016).
22. Philbin MM, Tanner A, DuVal A, Ellen JM, Xu J, Kapogiannis B, et al. Factors affecting linkage to care and engagement in care for newly diagnosed HIV-positive adolescents within fifteen adolescent medicine clinics in the United States. *AIDS Behav*. 2014;18(8):1501-10.
23. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/adolescents/en/>, accessed 5 March 2016).
24. Liu F, Han L, Tang W, Huang S, Yang L, Zheng H, et al. Availability and quality of online HIV self-test kits in China and the United States. *Top Antivir Med*. 2015;23:506-7.
25. Assessment of over-the-counter HIV rapid test kits in Namibia. Arlington, VA, USA: USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One, Task Order 1; 2013 (<http://www.path.org/publications/detail.php?i=2446>, accessed 20 June 2016).
26. Williams O, Dean J, Harting K, Bath K, Gilks C. Implications of the on-line market for regulation and uptake of HIV self-testing in Australia. *AIDS Care*. 2016;1(6).

Chapitre 2

1. Fast-Track - Ending the AIDS epidemic by 2030. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014 (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/JC2686_WAD2014report, accessed 12 May 2016).
2. Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>, accessed 12 May 2016).
3. Annex 17: Should HIV self-testing be offered as an additional approach to delivering HIV testing services? A systematic review and meta-analysis. Geneva: World Health Organization; 2016.
4. Figueroa C, Johnson C, Verster A, Baggaley R. Attitudes and acceptability on HIV self-testing among key populations: a literature review. *AIDS Behav*. 2015;19(11):1949-65.
5. Krause J, Subklew-Sehume F, Kenyon C, Coelebunders R. Acceptability of HIV self-testing: a systematic literature review. *BMC Publ Health*. 2013;13(735).
6. Pant Pai N, Sharma J, Shivkumar S, Pillay S, Vadnais C, Joseph L, et al. Supervised and unsupervised self-testing for HIV in high- and low-risk populations: a systematic review. *PLoS Med*. 2013;10(4):e1001414.
7. Napierala Mavedzenge S, Baggaley R, Corbett EL. A review of self-testing for HIV: research and policy priorities in a new era of HIV prevention. *Clin Infect Dis*. 2013;57(1):126-38.
8. Prestage G, Zablotska I, Bavinton B, Grulich A, Keen P, Murphy D, et al. Previous and future use of HIV self-testing: a survey of Australian gay and bisexual men. *Sex Health*. 2016;13(1):55-62.
9. Bustamante MJ, Konda KA, Joseph Davey D, Leon SR, Calvo GM, Salvatierra J, et al. HIV self-testing in Peru: questionable availability, high acceptability but potential low linkage to care among men who have sex with men and transgender women. *Int J STD AIDS*. 2016.
10. Choko AT, MacPherson P, Webb EL, Willey BA, Feasy H, Sambakunsi R, et al. Uptake, accuracy, safety, and linkage into care over two years of promoting annual self-testing for HIV in Blantyre, Malawi: a community-based prospective study. *PLoS Med*. 2015;12(9):e1001873.
11. Witzel T, Weatherburn P, Burns A, Rodger A, Rhodes T. What role does HIV self-testing (HIV-ST) have for men who have sex with men (MSM) in the UK? Testing needs, social norms & biological citizenship. Presented at: 21st International AIDS Society; 18-22 July; Durban, South Africa; 2016.
12. Catania J, Dolcini M, Harper G, Dowhower D, Dolcini-Catania L, Towner S, et al. Bridging barriers to clinic-based HIV testing with new technology: translating self-implemented testing for African American youth. *Transl Behav Med*. 2015;5(4):372-83.
13. Brown W, Carballo-Diéguez A, John RM, Schnall R. Information, motivation, and behavioral skills of high-risk young adults to use the HIV self-test. *AIDS Behav*. 2016:1-10.

14. Kalibala S, Tun W, Cherutich P, Nganga A, Oweya E, Oluochet P. Factors associated with acceptability of HIV self-testing among health care workers in Kenya. *AIDS Behav.* 2014;18(Suppl. 4):S405–S14.
15. Zanolini A, Chipungu J, Mafwenko M, Holmes C, Thirumurthy H. Acceptability and preferences for HIV self-testing in Zambia: a population-based formative study using a discrete choice experiment. Presented at:21st International AIDS Conference;18-22 July;Durban, South Africa;2016.
16. Sibanda E, Mutseta M, Hatzold K, Gudukeya S, Dhliwayo A, Lopez C, et al. Community-based distribution of HIV self-test kits: results from a pilot of door-to-door distribution of HIV self-test kits in one rural Zimbabwean community. Presented at:21st International AIDS Society;18-22 July;Durban, South Africa;2016.
17. Sarkar A, Mburu G, Behara J, Sharma P, Mishra S, Mehra S. Feasibility of supervised self-testing using an oral fluid-based HIV rapid testing method. Presented at:8th International AIDS Society Conference;19-22 July;Vancouver, Canada;2015.
18. Thirumurthy H, Masters S, Mavedzenge S, Maman S, Omanga E, Agot K. Promoting male partner HIV testing and safer sexual decision making through secondary distribution of self-tests by HIV-negative female sex workers and women receiving antenatal and post-partum care in Kenya: a cohort study. *Lancet HIV.* 2016;3(6):e266-e74.
19. Choko A, Kumwenda M, Fielding K, Corbett E, Chikovore J, Desmond N. Acceptability of woman-delivered HIV self-testing to the male partner: a qualitative study of antenatal clinic-linked participants in Blantyre, Malawi. Presented at:21st International AIDS Conference;18-22 July;Durban, South Africa;2016.
20. Kumwenda M, Munthali A, Phiri M, Mwale D, Gutteberg T, MacPherson E, et al. Factors shaping initial decision-making to self-test amongst cohabiting couples in urban Blantyre, Malawi. *AIDS Behav.* 2014;18(Suppl 4):S396-404.
21. Health worker access to HIV/TB prevention, treatment and care services in Africa: situational analysis and mapping of routine and current best practices. London and Geneva: London School of Hygiene and Tropical Medicine, World Health Organization, Global Health Workforce Alliance; 2007.
22. Kebede B, Abate T, Mekonnen D. HIV self-testing practices among health care workers: feasibility and options for accelerating HIV testing services in Ethiopia. *Pan Afr Med J.* 2013;15:50.
23. Preparedness for HIV/AIDS service delivery: the 2005 Kenya health worker survey. Nairobi: NASCOP; 2006 (<http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/KenyaHealthWorkerSurvey.pdf>, accessed 2 July 2016).
24. Liu F, Han L, Tang W, Huang S, Yang L, Zheng H, et al. Availability and quality of online HIV self-test kits in China and the United States. *Top Antivir Med.* 2015;23:506-7.
25. Assessment of over-the-counter HIV rapid test kits in Namibia. Arlington, VA, USA: USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One, Task Order 1; 2013 (<http://www.path.org/publications/detail.php?i=2446>, accessed 20 June 2016).
26. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral therapy: a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/>, accessed 15 June 2016).
27. Country Intelligence Database. Geneva: World Health Organization; 1 November 2016).
28. HIV self-testing technology landscape - 2nd edition. Geneva: UNITAID; 2016 (<http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv-self-testing-2016-secondedition/en/>, accessed 22 August 2016).
29. Williams O, Dean J, Harting K, Bath K, Gilks C. Implications of the on-line market for regulation and uptake of HIV self-testing in Australia. *AIDS Care.* 2016;1(6).
30. Home HIV testing gets the green light South Africa [updated 2016 15 February cited 2016 2 July]. Available from: <http://www.health24.com/Medical/HIV-AIDS/Testing/home-hiv-testing-gets-the-green-light-20160208>.
31. Home HIV Test Philippines. Philippines [updated 2016 10 June cited 2016 28 June]. Available from: <https://www.facebook.com/hivtestph/>.
32. Tan R. Self-test kit still a prickly issue Malaysia [updated 2016 7 March]. Available from: <http://www.thestar.com.my/news/nation/2016/03/07/selftest-kit-still-a-prickly-issue-pharmacy-hiv-equipment-is-questionable/>.

33. Katz D, Golden M, Hughes J, Farquhar C, Stekler J. HIV self-testing increases HIV testing frequency among high-risk men who have sex with men: a randomized controlled trial. Presented at: 8th International AIDS Society Conference; 19–22 July 2015; Vancouver, Canada; 2015.
34. Jamil M, Prestage G, Fairley C, Grulich A, Smith K, Chen M, et al. Access to HIV self-testing doubles the frequency of HIV testing among gay and bisexual men at higher risk of infection: a randomised controlled trial. Presented at: 21st International AIDS Conference; 18–22 July; Durban, South Africa; 2016.
35. Thirumurthy H, Masters S, Obonyo B, Napierala Mavedzenge S, Maman S, Omanga E, et al. Promoting male partner and couples HIV testing through secondary distribution HIV self-tests: a randomized trial. Presented at: 21st International AIDS Society; 18–22 July; Durban, South Africa; 2016.
36. Gichangi A, Wambua J, Gohole A, Mutwiwa S, Njogu R, Bazant E, et al. Provision of oral HIV self-test kits triples uptake of HIV testing among male partners of antenatal care clients: results of a randomized trial in Kenya. Presented at: 21st International AIDS Conference; 18–22 July; Durban, South Africa; 2016.
37. Wang Z, Lau J, Ip M, Ho S. A randomized controlled trial evaluating the efficacy of promoting HIV self-testing and online real-time counseling on increasing HIV testing among men who have sex with men in Hong Kong. Presented at: International Congress of Behavioral Medicine; 7–10 December; Melbourne, Australia; 2016.
38. Sharma M, Ying R, Tarr G, Barnabas R. Systematic review and meta-analysis of community and facility-based HIV testing to address linkage to care gaps in sub-Saharan Africa. *Nature*. 2015;528(7580):S77–S85.
39. Mugo P. Feasibility and uptake of pharmacy-based HIV self-testing. Presented at: 36th PSK Annual Scientific Conference; 3 June; Mombasa, Kenya; 2016.
40. Ngure K, Heffron R, Mugo N, Irungu E, Njuguna N, Mwaniki L. Uptake of HIV self-testing among people receiving PrEP in Kenya. Presented at: Research for HIV Prevention Conference; 30 October–3 November; Cape Town, South Africa; 2014.
41. Zerbe AV, DiCarlo AL, Mantell JE, Remien RH, Morris DD, Frederix K, et al. Acceptability and uptake of home-based HIV self-testing in Lesotho. *Top Antivir Med*. 2015;23:509–10.
42. Choko AT, Desmond N, Webb EL, Chavula K, Napierala-Mavedzenge S, Gaydos CA, et al. The uptake and accuracy of oral kits for HIV self-testing in high HIV prevalence setting: a cross-sectional feasibility study in Blantyre, Malawi. *PLoS Med*. 2011;8(10).
43. Gray R, Prestage G, Down I, Ghaus M, Hoare A, Bradley J. Increased HIV testing will modestly reduce HIV incidence among gay men in NSW and would be acceptable if HIV testing becomes convenient. *PLoS One*. 2013;8(2):e55449.
44. Guy RJ, Prestage GP, Grulich A, Holt M, Conway DP, Jamil MS, et al. Potential public health benefits of HIV testing occurring at home in Australia. *Med J Aust*. 2015;202(10):529–31.
45. Carballo-Dieguez A, Frasca T, Balan I, Ibitoye M, Dolezal C. Use of a rapid HIV home test to screen potential sexual partners prevents HIV exposure in a high-risk sample of MSM. *AIDS Behav*. 2012;16(7):1753–60.
46. Lippman S, Koester K, Amico K, Lama J, Martinez Fernandes N, Gonzales P, et al. Client and provider perspectives on new HIV prevention tools for MSM in the Americas. *PLoS One*. 2015;10(3):e0121044.
47. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>, accessed 10 August 2016).
48. Annex 22: Review of the social harm reported in standard HIV testing services and those reported in HIV self-testing. Geneva: World Health Organization; 2016.
49. Guidance on couples HIV testing and counselling - including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2012 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/9789241501972/en/>, accessed 22 May 2016).
50. Brown A, Djimeu E, Cameron D. A review of the evidence of harm from self-tests. *AIDS Behav*. 2014;18(Suppl 4):S445–9.
51. Lora W, Chipeta E, Desmond N. Understanding coercion in the context of semi-supervised HIV self-testing in urban Blantyre, Malawi. Presented at: 21st International AIDS Conference; 18–22 July; Durban, South Africa; 2016.

52. Napierala Mavedzenge S, Sibanda E, Mavengere Y, Dirawo J, Hatzold K, Mugurungi O, et al. Acceptability, feasibility, and preference for HIV self-testing in Zimbabwe. Presented at: 21st International AIDS Conference; 18-22 July; Durban, South Africa; 2016.
53. Zhong F, Tang W, Cheng W, Lin P, Wu Q, Cai Y, et al. Acceptability and feasibility of a social-entrepreneurship model to promote HIV self-testing and linkage to care among MSM. *HIV Med.* 2016.
54. Tao J, Li MY, Qian HZ, Wang LJ, Zhang Z, Ding HF, et al. Home-based HIV testing for men who have sex with men in China: a novel community-based partnership to complement government programs. *PLoS One.* 2014;9(7):e102812.
55. Green K, Thu H. In the hands of the community: accelerating key population-led HIV lay and self-testing in Viet Nam. Presented at: 21st International AIDS Conference; 18-22 July; Durban, South Africa; 2016.
56. Cowan F. Designing safe, acceptable and appropriate HIVST interventions for female sex workers. Presented at: 21st International AIDS Conference; 18-22 July; Durban, South Africa; 2016.
57. Medline A, Huang E, Marlin R, Young S, Kwok J, Klausner J. Using Grindr™, a social-media-based application, to increase HIV self testing among high-risk men who have sex with men in Los Angeles, California, 2014. Presented at: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; 23-26 February; Seattle, WA; 2015.
58. Katz D, Golden M, Farquhar C, Stekler J. HIV self-test distribution via STI partner services to reach untested men who have sex with men. Presented at: National HIV Prevention Conference; 6-9 December; Atlanta, GA; 2015.
59. Mayer K, Tomassilli J, Gelman M, Altfeld J, Allen T. HIV self-testing among men who have sex with men (MSM): acceptability of biweekly finger pricks to perform the alere determine™ HIV-1/2 Ag/Ab assay. Presented at: 20th International AIDS Conference; 20-25 July; Melbourne, Australia; 2014.
60. MacPherson P, Laloo DG, Webb EL, Maheswaran H, Choko AT, Makombe SD, et al. Effect of optional home initiation of HIV care following HIV self-testing on antiretroviral therapy initiation among adults in Malawi: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2014;312(4):372-9.
61. Katz D, Golden M, Hughes J, Farquhar C, Stekler J. Acceptability and ease of use of home self-testing for HIV among men who have sex with men. Presented at: National Summit on HCV and HIV Diagnosis, Prevention and Access to Care; 26-28 November; Washington DC; 2012.
62. Wong HT, Tam HY, Chan DP, Lee SS. Usage and acceptability of HIV self-testing in men who have sex with men in Hong Kong. *AIDS Behav.* 2015;19(3):505-15.
63. Lippman S, Périssé A, Veloso V, Sullivan P, Buchbinder S, Sineath R. Acceptability of self-conducted home-based HIV testing among men who have sex with men in Brazil: data from an on-line survey. *Cad Saude Publica.* 2014;30(4).
64. Lippman SA, Jones HE, Luppi CG, Pinho AA, Veras MAMS, Van De Wijgert JHHM. Home-based self-sampling and self-testing for sexually transmitted infections: acceptable and feasible alternatives to provider-based screening in low-income women in São Paulo, Brazil. *Sex Transm Dis.* 2007;34(7):421-8.
65. Lippman SA, Veloso VG, Buchbinder S, Fernandes NM, Terto V, Sullivan PS, et al. Over-the-counter human immunodeficiency virus self-test kits: Time to explore their use for men who have sex with men in Brazil. *Braz J Infect Dis.* 2014;18(3):239-44.
66. Grinsztejn B, de Boni R. A hora é Agora: HIVST to reach men who have sex with men (MSM) in Brazil. Presented at: 21st International AIDS Conference; 18-22 July; Durban, South Africa; 2016.
67. Haig TA, Otis J, Veillette-Bourbeau L, Caruso J, Jolimore J, Ferlatte O, et al. HIV self-testing for MSM: acceptability among community members and service providers in Vancouver, Toronto, and Montreal. *Can J Infect Dis Med Microbiol.* 2015;26:114B.
68. Pant Pai N, Bhargava M, Joseph L, Sharma J, Pillay S, Balram B, et al. Will an unsupervised self-testing strategy be feasible to operationalize in Canada? Results from a pilot study in students of a large Canadian university. *AIDS Res Treat.* 2014;2014:747619.
69. Pant Pai N, Lapczak N, Smallwood M, Gulati D, Musten A, Gaydos C, et al. What do key stakeholders think about HIV self-testing? Analyses of quantitative and qualitative findings from a Canadian national survey. Presented at: 21st International AIDS Conference; 18-22 July; Durban, South Africa; 2016.
70. Oldenburg C, Biello K, Perez-Brumer A, Rosenberger J, Novak D, Mayer K, et al. HIV testing practices and the potential role of HIV self-testing among men who have sex with men in Mexico. *Int J STD & AIDS.* 2016;pii: 0956462416641556.

71. Bustamante MJ, Konda KA, León SR, Calvo G, Salvatierra J, Brown B, et al. Oraquick® in-home HIV test kit in Peru: availability and acceptability among men who have sex with men and transgender women. *Sex Transm Dis.* 2015;91:A223-A4.
72. Giguere R, Frasca T, Dolezal C, Febo I, Cranston RD, Mayer K, et al. Acceptability of three novel HIV prevention methods among young male and transgender female sex workers in Puerto Rico. *AIDS Behav.* 2016;1-11.
73. Oswalt S, Welle-Graf HM, Minter L, Glover S. Need for HIV home testing kit option and education. *J Coll Stud Dev.* 1998;39(6):627-9.
74. Sharma A, Sullivan PS, Khosropour CM. Willingness to take a free home HIV test and associated factors among internet-using men who have sex with men. *J Int Assoc Physicians AIDS Care.* 2011;10(6):357-64.
75. Meyerson BE, Emetu RE, Sanders SA, Bailey MM, Ryder PT, Armstrong J. Preferences of gay and bisexual men for pharmacy-based HIV testing and over-the-counter HIV tests. *LGBT Health.* 2014;1(3):225-8.
76. Myers JE, Bodach S, Cutler BH, Shepard CW, Philippou C, Branson BM. Acceptability of home self-tests for HIV in New York City, 2006. *Am J Public Health.* 2014;104(12):e46-e8.
77. Nunn A, Chan P, Towey C, Poceta J, Feller S, Trooksin S. Acceptability and affordability of self HIV testing in an urban neighborhood with 3% seroprevalence. *Top Antivir Med.* 2014;22:509-10.
78. Sharma A, Stephenson RB, White D, Sullivan PS. Acceptability and intended usage preferences for six HIV testing options among internet-using men who have sex with men. *Springerplus.* 2014;3:109.
79. Evans A, Wilkinson T, Gibson W, Challenor R. Views of the public regarding HIV home testing. *HIV Med.* 2015;16:52-3.
80. Frye V, Wilton L, Hirshfield S, Chiasson MA, Usher D, Lucy D, et al. "Just because it's out there, people aren't going to use it." HIV self-testing among young, black MSM, and transgender women. *AIDS Care.* 2015;29(11):617-24.
81. Kinney S, Lea CS, Kearney G, Kinsey A, Amaya C. Predictors for using a HIV self-test among migrant and seasonal farmworkers in North Carolina. *Int J Environ Res Public Health.* 2015;12(7):8348-58.
82. Meyerson BE, Ryder PT, von Hippel C, Coy K. We can do more than just sell the test: pharmacist perspectives about over-the-counter rapid HIV tests. *AIDS Behav.* 2013;17(6):2109-13.
83. Chakravarty D, Darbes L, Neilands T, Beougher S, Finlayson S, Hoff C. Attitudes about rapid, over-the-counter HIV home-testing kits among couples comprised of men who have sex with men. Presented at:20th International AIDS Conferences;20-25 July;Melbourne, Australia;2014.
84. Chavez P, Wesolowski L, Owen M, Gravens L, Sullivan P, MacGowan R. Perceptions and performance of self-administered rapid HIV tests conducted by untrained users in real world settings. Presented at:HIV Diagnostics Conference;21-24 March;Atlanta, GA;2016.
85. MacGowan R, Chavez P, Freeman A, McNaghten A, Sullivan P, Sharma A, et al. Pilot evaluation of men who have sex with men's ability to self-administer rapid HIV tests and interpret test results. Presented at:American Public Health Association Conference;Atlanta, GA;2014.
86. Lippman SA, Moran ME, Ventura A, Castillo LS, Buchbinder S, Treves-Kagan S, et al. Home HIV testing among transgender women in San Francisco: a pilot feasibility and acceptability study. *J Int AIDS Soc.* 2015;18.
87. Scott H, Sheon N, Lightfoot M, Buchbinder S. Perceptions of oral home HIV self-testing among young Black and Latino men who have sex with men: a qualitative study. Presented at:142nd APHA Annual Meeting and Exposition; 15-19 November;New Orleans, LA;2014.
88. Chavez P, MacGowan R, Wesolowski L, Sullivan P. Evaluation of rapid HIV self-testing among men who have sex with men (MSM) in high prevalence cities: the eSTAMP project. Presented at:HIV Diagnostics Conference;12-14 December;Atlanta, GA;2012.
89. Daniels J, Rosengren L, Young S, Klausner J. Will men who have sex with men use short-messaging services to send photos of completed HIV self-tests to researchers? *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2016.
90. MacGowan R, Chavez P, Borkowf C, Sullivan P. Characteristics of MSM who complete home HIV testing versus those who do not: eSTAMP Online MSM HIV home testing study, United States, 2014. Presented at:National HIV Prevention Conference;6-9 December;Atlanta, GA;2015.

91. Marlin RW, Young SD, Bristow CC, Wilson G, Rodriguez J, Ortiz J, et al. Piloting an HIV self-test kit voucher program to raise serostatus awareness of high-risk African Americans, Los Angeles. *BMC Public Health*. 2014;14:1226.
92. Martinez O, Carballo-Dieguez A, Ibitoye M, Frasca T, Brown W, Balan I. Anticipated and actual reactions to receiving HIV positive results through self-testing among gay and bisexual men. *AIDS Behav*. 2014;18(12):2485-95.
93. Huang E, Marlin RW, Young SD, Medline A, Klausner J. Using Grindr, a smartphone social-networking application, to increase HIV self-testing among black and latino men who have sex with men in Los Angeles, 2014.
94. Mitchell JW, Sullivan PS. Relationship and demographic factors associated with willingness to use an in-home rapid HIV test to screen potential sex partners among a US sample of HIV-negative and HIV-discordant male couples. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015;69(2):252-6.
95. Mitchell JW, Sullivan PS. HIV-negative partnered men's attitudes toward using an in-home rapid HIV test and associated factors among a sample of US HIV-negative and HIV-discordant male couples. *Sex Transm Dis*. 2015;42(3):123-8.
96. Nour S, Hsieh YH, Rothman RE, Jett-Goheen M, Langhorne O, Wu L, et al. patients can accurately perform their own rapid HIV point-of-care test in the emergency department. *Point Care*. 2012;11(4):176-9.
97. Schnall R, John R. Understanding young adults' use the HIV home test kit. *Nurs Res*. 2015;64(2):E64-E.
98. Young SD, Daniels J, Chiu CJ, Bolan RK, Flynn RP, Kwok J, et al. Acceptability of using electronic vending machines to deliver oral rapid HIV self-testing kits: a qualitative study. *PLoS One*. 2014;9(7):e103790.
99. Hood JE, Forsyth EA, Neary J, Buskin S, Golden, MR, Katz DA. HIV self-testing in the Seattle transgender community: a mixed-methods evaluation. Presented at: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; 22-25 February; Boston, MA; 2016.
100. Huang E, Marlin RW, Medline A, Young SD, Daniels J, Klausner JD. Using Grindr™, a smartphone social networking application, to increase HIV self-testing among men who have sex with men in Los Angeles. *Sex Transm Dis*. 2015;91:A226.
101. Woods WJ, Lippman SA, Agnew E, Carroll S, Binson D. Bathroom distribution of HIV self-testing kits reaches diverse, high-risk population. *AIDS Care*. 2016;28 Suppl 1:111-3.
102. Martinez O, Wu E, Levine EC, Muñoz-Laboy M, Fernandez MI, Bass SB, et al. Integration of social, cultural, and biomedical strategies into an existing couple-based behavioral HIV/STI prevention intervention: voices of latino male couples. *PLoS ONE*. 2016;11(3):e0152361.
103. Catania JA, Dolcini MM, Harper GW, Orellana ER, Tyler DH, Timmons A, et al. Self-implemented HIV testing: perspectives on improving dissemination among urban African American youths. *Am J Public Health*. 2015;105:S449-S52.
104. Brown W 3rd, Carballo-Dieguez A, John RM, Schnall R. Information, motivation, and behavioral skills of high-risk young adults to use the HIV self-test. *AIDS Behav*. 2016.
105. Agot K, Masters S, Wango G, Omanga E, Onyango R, Thirumurthy H. Can women safely distribute HIV oral self-test kits to their sexual partners? Results from a pilot study in Kenya. Presented at: 21st International AIDS Conference; 18-22 July; Durban, South Africa; 2016.
106. African Population and Health Research Center. Understanding and preventing potential social harms and abuses of oral HIV self-testing in Kenya. Nairobi, Kenya: APHRC; 2013 (<http://aphrc.org/wp-content/uploads/2014/01/Oral-HIV-Self-testing-Project-Data-Documentation1.pdf>, accessed 1 June 2016).
107. Kenya S, Okoro I, Kiera W, Ricciardi M, Prado G. Feasibility of home-based HIV rapid testing (HRT) among African Americans. *Clin Transl Sci*. 2014;7(3):248.
108. Kurth AE, Cleland CM, Chhun N, Sidle JE, Were E, Naanyu V, et al. Accuracy and acceptability of oral fluid HIV self-testing in a general adult population in Kenya. *AIDS Behav*. 2016.
109. Okal J, Obare F, Matheka J, Tun W. Potential outlets for distribution of HIV oral self-test kits in Kenya: an exploratory study. Presented at: 20th International AIDS Conference; 20-25 July; Melbourne, Australia; 2014.
110. Sidze E. Perceived social harms and abuses associated with the public availability of home-based self-testing kits for HIV in Kenya. Presented at: 20th International AIDS Conference; 20-25 July; Melbourne, Australia; 2014.

111. Heard AC, Brown AN. Public readiness for HIV self-testing in Kenya. *AIDS Care*. 2016;1-5.
112. Insights into potential users and messaging for HIV oral self-test kits in Kenya: 3ie Grantee Final Report. Washington, DC: International Initiative for Impact Evaluation (3ie); 2014 (http://www.3ieimpact.org/media/filer_public/2014/07/21/insights_into_potential_users-final.pdf, accessed 22 August 2016).
113. Namakhoma I, Bongololo G, Bello G, Nyirenda L, Phoya A, Phiri S, et al. Negotiating multiple barriers: health workers' access to counselling, testing and treatment in Malawi. *AIDS Care*. 2010;22 Suppl 1:68-76.
114. Sambakunsi R, Kumwenda M, Choko A, Corbett EL, Desmond NA. 'Whose failure counts?' A critical reflection on definitions of failure for community health volunteers providing HIV self-testing in a community-based HIV/TB intervention study in urban Malawi. *Anthropol Med*. 2015;22(3):234-49.
115. Brown B, Folayan MO, Imosili A, Durueke F, Amuamuziam A. HIV self-testing in Nigeria: public opinions and perspectives. *Glob Public Health*. 2015;10(3):354-65.
116. Nkuna E, Nyazema N. HIV self-testing, self-stigma and HAART treatment at the University of Limpopo: health sciences students' opinion and perspectives. *Open AIDS J*. 2016;10:78-82.
117. Martinez Perez G, Cox V, Ellman T, Moore A, Patten G, Shroufi A, et al. 'I know that I do have HIV but nobody saw me': oral HIV self-testing in an informal settlement in South Africa. *PLoS One*. 2016;11(4):e0152653.
118. Pant Pai N, Behlim T, Deli-Houssein R, Vadnais C, Abrahams L, Binder A, et al. Development and comparative evaluation of an innovative HIV self-testing smartphone application, an internet-based and a paper-based instructional programme in South Africa. *Sex Transm Dis*. 2013;89.
119. van Dyk AC. Self-testing as strategy to increase the uptake of HIV testing in South Africa. *Afr J AIDS Res*. 2013;12(1):41-8.
120. Bekker L. Community-based HTC and self-testing: uptake of mobile clinics (teen truck) and HIV self-testing devices among adolescents in South Africa. Presented at:21st International AIDS Conference;18-22 July;Durban, South Africa;2016.
121. van Dyk AC. Client-initiated, provider-initiated, or self-testing for HIV: What do South Africans prefer? *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2013;24(6):45-56.
122. Investigating the feasibility of HIV self-testing in Zambia. Final Report for the International Initiative for Impact Evaluation with support from the Bill and Melinda Gates Foundation, grant for TW2 HIV self-testing in Zambia, Phase 1; 2016.
123. Neuman M. Getting HIVST right: results from the STAR project clinical performance study in Zambia. Presented at:21st International AIDS Conference;18-22 July;Durban, South Africa;2016.
124. Juru T, Tshimanga M, Bangure D, Gombe N, Maponga B, Mungati M. Acceptability of human immunodeficiency virus self-testing as a screening strategy in Beitbridge district, Zimbabwe, 2015. Presented at:21st International AIDS Conference;18-22 July;Durban, South Africa;2016.
125. Madanhire C, Sibanda E, Ruhode N, Hatzold K, Cowan F, Mavedzenge S. "Not without us..." - views on the introduction of HIV self-testing among health care workers providing integrated HIV and sexual and reproductive health services. Presented at:21st International AIDS Conference;18-22 July;Durban, South Africa;2016.
126. Chen M, Bilardi J, Lee D, Cummings R, Bush M, Fairley C. Australian men who have sex with men prefer rapid oral HIV testing over conventional blood testing for HIV. *Int J STD & AIDS*. 2010;21(6):428-30.
127. Yang M, Prestage G, Maycock B, Brown G, de Wit J, McKechnie M, et al. The acceptability of different HIV testing approaches: cross-sectional study among GMSM in Australia. *Sex Transm Infect*. 2014;90(8):592-5.
128. Bavinton BR, Brown G, Hurley M, Bradley J, Keen P, Conway DP, et al. Which gay men would increase their frequency of HIV testing with home self-testing? *AIDS Behav*. 2013;17(6):2084-92.
129. Bilardi JE, Walker S, Read T, Prestage G, Chen MY, Guy R, et al. Gay and bisexual men's views on rapid self-testing for HIV. *AIDS Behav*. 2013;17(6):2093-9.
130. Bavinton B, Grulich A, Keen P, Zablotska I, Murphy D, Brown G, et al. Motivations for and implications of using home HIV tests among Australian gay men. Presented at:20th International AIDS Conference;20-25 July;Melbourne, Australia;2014.

131. Marley G, Kang D, Wilson EC, Huang T, Qian Y, Li X, et al. Introducing rapid oral-fluid HIV testing among high risk populations in Shandong, China: feasibility and challenges. *BMC Public Health*. 2014;14:422.
132. Xun H, Kang D, Huang T, Qian Y, Li X, Wilson EC, et al. Factors associated with willingness to accept oral fluid HIV rapid testing among most-at-risk populations in China. *PLoS One*. 2013;8(11):e80594.
133. Han L, Bien CH, Wei C, Muessig KE, Yang M, Liu F, et al. HIV self-testing among online MSM in China: implications for expanding HIV testing among key populations. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014;67(2):216-21.
134. Jia M, Shi Y, Ma Y, Huo J, Han Y, Li J, et al. [Analysis of piloting sales of oral fluid HIV antibody self-test kits at community pharmacies, Kunming]. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*. 2015;49(8):741-3.
135. Li J, Huo J, Cui W, Zhang X, Hu Y, Su X, et al. [Analysis on willingness to pay for HIV antibody saliva rapid test and related factors]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2015;36(2):132-5.
136. Liu Y, Sun X, Qian HZ, Yin L, Yan Z, Wang L, et al. Qualitative assessment of barriers and facilitators of access to HIV testing among men who have sex with men in China. *AIDS Care*. 2015;29(9):481-9.
137. Wang B, Li X, Stanton B, McGuire J. Correlates of HIV/STD testing and willingness to test among rural-to-urban migrants in China. *AIDS Behav*. 2010;14(4):891-903.
138. Wang XF, Wu ZY, Tang ZZ, Nong QX, Li YQ. Promoting HIV testing with home self-test kit among men who have sex with men in China: a feasibility study. *Lancet*. 2015;386:68.
139. Wei C, Yan H, Yang C, Raymond HF, Li J, Yang H, et al. Accessing HIV testing and treatment among men who have sex with men in China: a qualitative study. *AIDS Care*. 2014;26(3):372-8.
140. Wong H, Lee S. Patterns of in-home self-testing for HIV among an internet sample of men who have sex with men (MSM) in an Asian population. Presented at:20th International AIDS Conference;20-25 July 2014;Melbourne, Australia;2014.
141. Spielberg F, Quraishy Z, Crean K, Wilson D, Kumar P. Interactive computer tools and self-testing for HIV prevention in southern India. Seattle, Washington;2007.
142. Lee VJ, Tan SC, Earnest A, Seong PS, Tan HH, Leo YS. User acceptability and feasibility of self-testing with HIV rapid tests. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2007;45(4):449-53.
143. Greacen T, Kersaudy-Rahib D, Le Gall JM, Lydie N, Ghosn J, Champenois K. Comparing the information and support needs of different population groups in preparation for 2015 government approval for HIV self-testing in France. *PLoS One*. 2016;11(3):e0152567.
144. Greacen T, Friboulet D, Blachier A, Fugon L, Hefez S, Lorente N, et al. Internet-using men who have sex with men would be interested in accessing authorised HIV self-tests available for purchase online. *AIDS Care*. 2013;25(1):49-54.
145. Greacen T, Friboulet D, Fugon L, Hefez S, Lorente N, Spire B. Access to and use of unauthorised online HIV self-tests by internet-using French-speaking men who have sex with men. *Sex Transm Dis*. 2012;88(5):368-74.
146. Mattioli S, Corbelli GM, Pieralli S, Esposti MD. HIV test: which is your best? A national survey on testing preferences among MSM in Italy. *J Int AIDS Soc*. 2014;17(4 Suppl 3):19598.
147. Zuure F, Davidovich U, Fennema H, Prins M. Usage of self-tests for HIV and STI in the general population versus sexual risk groups. Presented at:18th International AIDS Conference;18-23 July;Vienna, Austria;2010.
148. van der Helm J, Zuure F, van Bergen J, Coutinho R, Geerlings S, Götz H, et al. Home testing for HIV succeeds in reaching first-time and infrequent testers in the Netherlands: results of the HIVTest@ Home trial. Presented at:21st International AIDS Society;18-22 July;Durban, South Africa;2016.
149. Grispen JE, Ronda G, Dinant GJ, de Vries NK, van der Weijden T. To test or not to test: a cross-sectional survey of the psychosocial determinants of self-testing for cholesterol, glucose, and HIV. *BMC Public Health*. 2011;11:112.
150. de la Fuente L, Rosales-Statkus ME, Hoyos J, Pulido J, Santos S, Bravo MJ, et al. Are participants in a street-based HIV testing program able to perform their own rapid test and interpret the results? *PLoS ONE*. 2012;7(10):e46555.
151. Hoyos J, Belza MJ, Fernandez-Balbuena S, Rosales-Statkus ME, Pulido J, de la Fuente L. Preferred HIV testing services and programme characteristics among clients of a rapid HIV testing programme. *BMC Public Health*. 2013;13:791.

152. Rosales-Statkus ME, de la Fuente L, Fernandez-Balbuena S, Figueroa C, Fernandez-Lopez L, Hoyos J, et al. Approval and potential use of over-the-counter HIV self-tests: the opinion of participants in a street based HIV rapid testing program in Spain. *AIDS Behav.* 2015;19(3):472-84.
153. Rosales-Statkus ME, Belza-Egozcue MJ, Fernandez-Balbuena S, Hoyos J, Ruiz-Garcia M, de la Fuente L. Who and how many of the potential users would be willing to pay the current or a lower price of the HIV self-test? The opinion of participants in a feasibility study of HIV self-testing in Spain. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2014;32(5):302-5.
154. Brady M. Self-testing for HIV: initial experience of the UK's first kit. Presented at: British HIV Association; 21 April; Manchester, United Kingdom; 2016.
155. Makusha T, Knight L, Taegtmeier M, Tulloch O, Davids A, Lim J, et al. HIV self-testing could "revolutionize testing in South Africa, but it has got to be done properly": perceptions of key stakeholders. *PLoS One.* 2015;10(3):e0122783.
156. Gebre Y. HIV self -testing (ST) policy in the Caribbean: acceptability, convenience, delivery model and community readiness to address treatment gap. Presented at: 20th International AIDS Conference; 20-25 July; Melbourne, Australia; 2014.
157. van Rooyen H, Tulloch O, Mukoma W, Makusha T, Chepuka L, Knight LC, et al. What are the constraints and opportunities for HIVST scale-up in Africa? Evidence from Kenya, Malawi and South Africa. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(1).
158. Peck RB, Lim JM, van Rooyen H, Mukoma W, Chepuka L, Bansil P, et al. What should the ideal HIV self-test look like? A usability study of test prototypes in unsupervised HIV self-testing in Kenya, Malawi, and South Africa. *AIDS Behav.* 2014;18 Suppl 4:S422-32.
159. Qin Y, Han L, Babbitt A, Walker J, Liu F, Tang W, et al. The social context of HIV self-testing: a global qualitative systematic review. Presented at: 21st International AIDS Society Conference; 18-22 July; Durban, South Africa; 2016.
160. Annex 25: Report on the values and preferences on HIV self-testing in Uganda. Geneva: World Health Organization; 2016.
161. Annex 32: Report on the values and preferences on HIV self-testing and partner notification in Indonesia, Pakistan, Philippines and Thailand. Geneva: World Health Organization; 2016.
162. Carballo-Dieguez A, Frasca T, Dolezal C, Balan I. Will gay and bisexually active men at high risk of infection use over-the-counter rapid HIV tests to screen sexual partners? *J Sex Res.* 2012;49(4):379-87.
163. Huang E, Marlin RW, Medline A, Young SD, Daniels J, Klausner JD. Cost-effectiveness of HIV self-testing promotion through Grindr™, a smartphone social networking application. *Sex Transm Infect.* 2015;91:A226.
164. Cambiano V, Ford D, Mabugu T, Napierala Mavedzenge S, Miners A, Mugurungi O, et al. Assessment of the potential impact and cost-effectiveness of self-testing for HIV in low-income countries. *J Infect Dis.* 2015;212(4):570-7.
165. Maheswaran H, Petrou S, MacPherson P, Choko A, Kumwenda F, Lallo D, et al. Cost and quality of life analysis of HIV self-testing and facility-based HIV testing and counselling in Blantyre, Malawi. *BMC Med.* 2016;14(34).
166. Annex 23: Cost-effectiveness of different delivery approaches for HIV self-testing in Zimbabwe. Geneva: World Health Organization; 2016.
167. Asiimwe S, Oloya J, Song X, Whalen CC. Accuracy of un-supervised versus provider-supervised self-administered HIV testing in Uganda: a randomized implementation trial. *AIDS Behav.* 2014;18(12):2477-84.
168. Mavedzenge SN, Sibanda E, Mavengere Y, Hatzold K, Mugurungi O, Ncube G, et al. Supervised HIV self-testing to inform implementation and scale up of self-testing in Zimbabwe. *J Int AIDS Soc.* 2015;18.
169. Dong M, Regina R, Hilongwane S, Ghebremichael M, Wilson D, Dong K. Can laypersons in high prevalence South Africa perform an HIV self-test accurately? Presented at: 20th International AIDS Conference; 20-25 July; Melbourne, Australia; 2014.
170. Martínez-Perez G, Steele S, Govender I, Arellano G, Mkwamba A, Hadebe M, et al. Supervised oral HIV self-testing is accurate in rural KwaZulu Natal, South Africa. *Trop Med Int Health.* 2016;2(6):759-67.

171. OraQuick® in-home HIV test summary of safety and effectiveness. Washington, DC: United States Food and Drug Administration; 2012 (<http://www.fda.gov/downloads/BiologicsBloodVaccines/BloodBloodProducts/ApprovedProducts/PremarketApprovalsPMAs/UCM312534.pdf>, accessed 28 June 2016).
172. Gaydos CA, Solis M, Hsieh YH, Jett-Goheen M, Nour S, Rothman RE. Use of tablet-based kiosks in the emergency department to guide patient HIV self-testing with a point-of-care oral fluid test. *Int J STD & AIDS*. 2013;24(9):716-21.
173. Li YF, Wang YM, Zhang RR, Wang J, Li ZQ, Wang L, et al. [Analysis on accuracy and influencing factors of oral fluid-based rapid HIV self-testing among men who have sex with men]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2016;37(1):72-5.
174. Ng OT, Chow AL, Lee VJ, Chen MI, Win MK, Tan HH, et al. Accuracy and user-acceptability of HIV self-testing using an oral fluid-based HIV rapid test. *PLoS One*. 2012;7(9):e45168.
175. Pant Pai N, Behlim T, Abrahams L, Vadnais C, Shivkumar S, Pillay S, et al. Will an unsupervised self-testing strategy for HIV work in health care workers of South Africa? A cross sectional pilot feasibility study. *PLoS ONE*. 2013;8(11).
176. Prazuck T, Karon S, Gubavu C, Andre J, Legall JM, Bouvet E, et al. A finger-stick whole-blood HIV self-test as an HIV screening tool adapted to the general public. *PLoS One*. 2016;11(2):e0146755.
177. Gras G, Bret PL, Dailloux JF, Moal GL, Raoult A, Fajole G, et al. Low feasibility rate of self-testing with a finger-stick whole blood test. *Top Antivir Med*. 2014;22(e-1):512.
178. Majam, Mohammed, personal communication, HIV self-testing usability assessment in an adult HIV clinic in Johannesburg, South Africa, Jan 1, 2016.
179. Gaydos CA, Hsieh Y-H, Harvey L, Burah A, Won H, Jett-Goheen M, et al. Will patients "opt in" to perform their own rapid HIV test in the emergency department? *Ann Emerg Med*. 2011;58(1 Suppl 1):S74-8.
180. Spielberg F, Camp S, Ramachandra EH. Home self-testing: Can it work? Presented at: National HIV Prevention Conference; 27-30 July; Atlanta, GA; 2003.
181. Figueroa C, Johnson C, Verster A, Dalal S, Baggaley R. Systematic review on HIV self-testing (HIVST) performance and accuracy of results. Presented at: 21st International AIDS Conference; 18-22 July; Durban, South Africa; 2016.
182. Jaspard M, Le Moal G, Saberan-Roncato M, Plainchamp D, Langlois D, Camps P, et al. Finger-stick whole blood HIV-1/2 home-use tests are more sensitive than oral fluid-based in-home HIV tests. *PLoS ONE*. 2014;9(6):e011148.
183. Hatzold K. HIV self-testing Africa (STAR) project launch. Presented at: 19th International Conference on AIDS and STIs in Africa; 29 November - 5 December; Harare, Zimbabwe; 2015.
184. Curran K, Johnson C, Ngure K, Mugo N, Baeten J, Heffron R, et al. The potential role of HIV self-testing within pre-exposure prophylaxis implementation. Presented at: 20th International AIDS Conference; 20-25 July; Melbourne, Australia; 2014.
185. A short technical update on self-testing for HIV. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2603_self-testing_en_0.pdf, accessed 23 May 2016).

Chapitre 3

1. Prevention gap report. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf, accessed 25 July 2016).
2. Ferreira A, Young T, Mathews C, Zunza M, Low N. Strategies for partner notification for sexually transmitted infections, including HIV. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;10:CD002843.
3. Fox GJ, Barry SE, Britton WJ, Marks GB. Contact investigation for tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J*. 2013;41(1):140-56.
4. Brown L, Miller W, Kamanga G, Kaufman J, Pettifor A, Dominik R, et al. Predicting partner HIV testing and counseling following a partner notification intervention. *AIDS Behav*. 2012;16(5):1148-55 8p.
5. Brown LB, Miller WC, Kamanga G, Nyirenda N, Mmodzi P, Pettifor A, et al. HIV partner notification is effective and feasible in sub-Saharan Africa: opportunities for HIV treatment and prevention. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011;56(5):437-42.

6. Landis SE, Schoenbach VJ, Weber DJ, Mittal M, Krishan B, Lewis K, et al. Results of a randomized trial of partner notification in cases of HIV infection in North Carolina. *N Eng J Med*. 1992;326(2):101-6.
7. Rosenberg NE, Mtande TK, Saidi F, Stanley C, Jere E, Paile L, et al. Recruiting male partners for couple HIV testing and counselling in Malawi's option B+ programme: an unblinded randomised controlled trial. *Lancet HIV*. 2015;2(11):e483-e91.
8. Levy JA, Fox SE. The outreach-assisted model of partner notification with IDUs. *Public Health Rep*. 1998;113:160-9.
9. Cherutich P, Golden M, Wamuti B, Richardson B, Asbjörnsdóttir K, Otieno F, et al. Effectiveness of partner services for HIV in Kenya: a cluster randomized trial. Presented at: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; 13-16 February 2016; Boston, MA; 2016.
10. Conrad C, Bradley H, Broz D, Buddha S, Champman E, Galang R, et al. Community outbreak of HIV Infection linked to injection drug use of oxymorphone — Indiana, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2015;64(16).
11. Hightow-Weidman L, Beagle S, Pike E, Kuruc J, Leone P, Mobley V, et al. 'No one's at home and they won't pick up the phone': using the internet and text messaging to enhance partner services in North Carolina. *Sex Transm Dis*. 2014;41(2):143-8.
12. Guidance on couples HIV testing and counselling - including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2012 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/9789241501972/en/>, accessed 22 May 2015).
13. Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>, accessed 12 May 2016).
14. De Olalla PG, Molas E, Barberà MJ, Martín S, Arellano E, Gosch M, et al. Effectiveness of a pilot partner notification program for new HIV cases in Barcelona, Spain. *PLoS ONE*. 2015;10(4).
15. Valle SM, De Olalla PG, Molas E, Barberà MJ, Knobel H, Díez E, et al. Acceptability and effectiveness of two partners' notification strategies of new HIV cases. *Int J STD AIDS*. 2015;26(11):102-3.
16. Lin H, He N, Ding Y, Qiu D, Zhu W, Liu X, et al. Tracing sexual contacts of HIV-infected individuals in a rural prefecture, Eastern China. *BMC Public Health*. 2012;12(1):533.
17. Passin WF, Kim AS, Hutchinson AB, Crepaz N, Herbst JH, Lyles CM. A systematic review of HIV partner counseling and referral services: client and provider attitudes, preferences, practices, and experiences. *Sex Transm Dis*. 2006;33(5):320-8.
18. Armbruster B, HELLERINGER S, Kohler HP, Mkandawire J, Kalilani-Phiri L. Exploring the relative costs of contact tracing in increasing HIV case-finding in sub-Saharan countries: the case of Likoma Island (Malawi). *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011;58(2):e29-e36.
19. Korenromp E, Stover J, Cobet B, Fazito E, Lara J. Approaches to scaling-up HIV testing to reach 90% of PLWHIV in sub-Saharan Africa. Presented at: International Conference on AIDS and STIs; 1 December 2015; Harare, Zimbabwe; 2015.
20. Rutstein SE, Brown LB, Biddle AK, Wheeler SB, Kamanga G, Mmodzi P, et al. Cost-effectiveness of provider-based HIV partner notification in urban Malawi. *Health Policy Plan*. 2014;29(1):115-26.
21. Nichols B, Götz H, van Gorp C, Verbon A, Rokx C, Boucher C, et al. Partner notification for reduction of HIV-1 transmission and related costs among men who have sex with men: a mathematical modeling study. *PLoS One*. 2015;10(11):e0142576.
22. Annex 24: Country policy review on partner notification services. Geneva: World Health Organization; 2016.
23. Henley C, Forgwei G, Welty T, Golden M, Adimora A, Shields R, et al. Scale-up and case-finding effectiveness of an HIV partner services program in Cameroon: an innovative HIV prevention intervention for developing countries. *Sex Transm Dis*. 2013;40(12):909-14.
24. Feldacker C, Myers S, Cesar F, Parades Z, Ferrao C, Citao S, et al. Who benefits from partner services in Mozambique? Results from a pilot programme in a public, urban clinic. *J Int AIDS Soc*. 2015;18:109-10.
25. Plotkin M, Kahabuka C, Amuri M, Njozi M, Maokola W, Mlangi E, et al. Effective, high-yield HIV testing for partners of newly diagnosed persons in Tanzania. Presented at: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; 22-26 Feb 2016; Boston, MA, USA; 2016.

26. Chiou PY, Lin LC, Chen YM, Wu SC, Lew-Ting CY, Yen HW, et al. The effects of early multiple-time PN counseling on newly HIV-diagnosed men who have sex with men in Taiwan. *AIDS Behav.* 2015;19(10):1773-81.
27. Udeagu CC, Shah D, Shepard CW, Bocour A, Guterres R, Begier EM. Impact of a New York City Health Department initiative to expand HIV partner services outside STD clinics. *Public Health Rep.* 2012;127(1):107-14.
28. Annex 18: Assisted HIV partner notification services: A systematic review and meta-analysis. Geneva: World Health Organization; 2016.
29. Myers R, Feldacker C, Cesar F, Paredes Z, Augusto G, Muluana X, et al. Acceptability and effectiveness of assisted HIV partner services in Mozambique: results from a pilot program in a public, urban clinic. *Sex Transm Dis.* 2016.
30. Ahrens K, Kent CK, Kohn RP, Nieri G, Reynolds A, Philip S, et al. HIV partner notification outcomes for HIV-infected patients by duration of infection, San Francisco, 2004 to 2006. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2007;46(4):479-84.
31. Bernstein KT, Stephens SC, Moss N, Scheer S, Parisi MK, Philip SS. Partner services as targeted HIV screening – changing the paradigm. *Public Health Rep.* 2014;129 (Suppl 1):50-5.
32. Chen MJ, Pipkin S, Marcus JL, Bernstein KT, Scheer S. Using HIV testing history to measure the success of HIV partner services. *Sex Transm Dis.* 2013;40(5):419-21.
33. Elliott SA, Ahmad S, Ross JD. Partner notification in newly diagnosed HIV-positive patients. *AIDS.* 1998;12(12):1559-60.
34. Fenton KA, French R, Giesecke J, Johnson AM, Trotter S, Petruckevitch A, et al. An evaluation of partner notification for HIV infection in genitourinary medicine clinics in England. *AIDS.* 1998;12(1):95-102.
35. Giesecke J, Ramstedt K, Ripa T, Rado G, Scalia-Tomba G, Westrell M. Partner notification for HIV in Sweden. *Lancet.* 1990;336(8713):508.
36. Lee JH, Branan L, Hoff GL, Datwyler ML, Bayer WL. Voluntary human immunodeficiency virus testing, recidivism, partner notification, and sero-prevalence in a sexually transmitted disease clinic: a need for mandatory testing. *Sex Transm Dis.* 1990;17(4):169-74.
37. Lewis F, Eberhart M, Anschuetz G, Salmon M, Terrell C, Brady K. High yield of new HIV diagnoses and patients with high viral loads from HIV partner services, Philadelphia Department of Public Health STD Control Program (STDCP) and AIDS Activities Coordinating Office (AACO), 2012. *Sex Transm Dis.* 2014;41:534.
38. Macke BA, Hennessy M, McFarlane MM, Bliss MJ. Partner notification in the real world: a four site time-allocation study. *Sex Transm Dis.* 1998;25(10):561-8.
39. Mir N, Scoular A, Lee K, Taylor A, Bird SM, Hutchinson S, et al. Partner notification in HIV-1 infection: a population based evaluation of process and outcomes in Scotland. *Sex Transm Infect.* 2001;77(3):187-9.
40. Muffih PT, Mboh E, Fang E, Wainfen W, Fon H, Welty T, et al. Integrating partner notification services into PMTCT (Option B+) services in the northwest and southwest regions of Cameroon. *J Int AIDS Soc.* 2015;18:96-7.
41. Pattman RS, Gould EM. Partner notification for HIV infection in the United Kingdom: A look back on seven years experience in Newcastle upon Tyne. *Genitourin Med.* 1993;69(2):94-7.
42. Peters PJ, Gay C, Beagle S, Shankar A, Switzer WM, Hightow-Weidman LB. HIV infection among partners of HIV-infected black men who have sex with men – North Carolina, 2011-2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2014;63(5):90-4.
43. Ramstedt K, Hallhagen G, Lundin BI, Hakansson C, Johannisson G, Lowhagen GB, et al. Contact tracing for human immunodeficiency virus (HIV) infection. *Sex Transm Dis.* 1990;17(1):37-41.
44. Renaud TC, Wong MR, Bocour A, Udeagu CC, Pickett L, Alt EN, et al. The effect of HIV field-based testing on the proportion of notified partners who test for HIV in New York City. *Am J Public Health.* 2011;101(7):1168-71.
45. Rutherford GW, Woo JM, Neal DP, Rauch KJ, Geoghegan C, McKinney KC, et al. Partner notification and the control of human immunodeficiency virus infection. Two years of experience in San Francisco. *Sex Transm Dis.* 1991;18(2):107-10.
46. Schwarcz S, McFarland W, Delgado V, Dilley J, Rinaldi J, Adler B, et al. Partner notification for persons recently infected with HIV: experience in San Francisco. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2001;28(4):403-4.

47. Shan D, Duan S, Cui Y, Ye RH, Xiang LF, Yang YC, et al. [Survey on contact tracing of newly reported HIV infections in 2009 in Dehong prefecture, Yunnan province]. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*. 2011;45(11):965-70.
48. Udeagu CC, Webster-León T, Bocour A, Michel P, Shepard C. Using surveillance data to identify HIV-positive persons out-of-care (OOC) in New York City (NYC) and offer linkage to care and HIV partner services. *J Int AIDS Soc*. 2012;15:146.
49. Wykoff RF, Jones JL, Longshore ST, Hollis SL, Quiller CB, Dowda H, et al. Notification of the sex and needle-sharing partners of individuals with human immunodeficiency virus in rural South Carolina: 30-month experience. *Sex Transm Dis*. 1991;18(4):217-22.
50. Wykoff RF, Heath CW Jr, Hollis SL, Leonard ST, Quiller CB, Jones JL, et al. Contact tracing to identify human immunodeficiency virus infection in a rural community. *JAMA*. 1988;259(24):3563-6.
51. Zhang Y, Yin F, Zhong P, He N. [Practice and correlates of partner notification of HIV infection status among 307 HIV-infected individuals of Shanghai]. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*. 2015;49(11):956-61.
52. Abraham S, Prasad J, Joseph A, Jacob K. Confidentiality, partner notification and HIV infection. *Indian J Med Ethics*. 2002;10(1):157-160.
53. Low N, Broutet N, Adu-Sarkodie Y, Barton P, Hossain M, Hawkes S. Global control of sexually transmitted infections. *Lancet*. 2006;368(9551):2001-16.
54. Wamuti BM, Macharia G, Asbjörnsdóttir K, Sambai B, Dunbar M, Ng'an'a A, et al. Linkage to care for index clients in the assisted partner services (aps) study, Kenya. Presented at: 21st International AIDS Conference; 18-22 July 2016; Durban, South Africa; 2016.
55. Jordan WC. Reaching lost-to-care populations. *Clin Infect Dis*. 2007;45 (Suppl 4):S275-80.
56. Buwalda P, Kruijthoff DJ, de Bruyn M, Hogewoning A. Evaluation of a home-care/counselling AIDS programme in Kgatleng District, Botswana. *AIDS Care*. 1994;6(2):153-60.
57. Njozing BN, Edin KE, Sebastián MS, Hurtig A-K. 'If the patients decide not to tell what can we do?' – TB/HIV counsellors' dilemma on partner notification for HIV. *BMC Int Health Hum Rights*. 2011;11(1):1-11.
58. Netsanet F, Dessie A. Acceptance of referral for partners by clients testing positive for human immunodeficiency virus. *HIV/AIDS (Auckl)*. 2013;5:19-28.
59. Kamanga G, Brown L, Jawati P, Chiwanda D, Nyirenda N. Maximizing HIV partner notification opportunities for index patients and their sexual partners in Malawi. *Malawi Med J*. 2015;27(4):140-4.
60. Adams OP, Carter AO, Redwood-Campbell L. Understanding attitudes, barriers and challenges in a small island nation to disease and partner notification for HIV and other sexually transmitted infections: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2015;15:455.
61. Gilbert M, Wong S, Hottes TS, Haag D, Brownrigg B, Wong J, et al. Acceptability of online resources for STI partner notification: who would use what in the toolkit? *Sex Transm Infect*. 2015;91:A84-A5.
62. Shoveller J, Knight R, Davis W, Gilbert M, Ogilvie G. Online sexual health services: examining youth's perspectives. *Can J Public Health*. 2012;103(1):14-8.
63. Boyer R, Fortin C, Duval B, Nadeau D, Godin G. The opinions of Quebec physicians regarding AIDS: Part II. *Can J Public Health*. 1994;85(5):344-6.
64. Doull M, Haag D, Bondyra M, Lee C, Dinner K, Wong T, et al. Similarities and differences in perceptions of models for online partner notification for sexually transmitted infections: potential users versus care providers. *Sex Transm Infect*. 2015;91:A95-A6.
65. Sabidó M, Gregg LP, Vallès X, Nikiforov M, Monzón JE, Pedroza MI, et al. Notification for sexually transmitted infections and HIV among sex workers in Guatemala: acceptability, barriers, and preferences. *Sex Transm Dis*. 2012;39(7):504-8.
66. Clark JL, Perez-Brumer A, Salazar X. 'Manejar la Situación': partner notification, partner management, and conceptual frameworks for HIV/STI control among MSM in Peru. *AID Behav*. 2015;19(12):2245-54.
67. Clark JL, Long CM, Giron JM, Cuadros JA, Caceres CF, Coates TJ, et al. Partner notification for sexually transmitted diseases in Peru: knowledge, attitudes, and practices in a high-risk community. *Sex Transm Dis*. 2007;34(5):309-13.

68. Segura E, Perez-Brumer A, Sanchez J, Peinado J, Salvatierra J, Lama J, et al. Perceived importance of STI/HIV partner notification among men who have sex with men (MSM) and transgender women (TW) in Lima and Callao, Peru (2010). *Sex Transm Infect.* 2013;89.
69. Kerani RP, Fleming M, Golden MR. Acceptability and intention to seek medical care after hypothetical receipt of patient-delivered partner therapy or electronic partner notification postcards among men who have sex with men: the partner's perspective. *Sex Transm Dis.* 2013;40(2):179-85.
70. Kerani R, Mark F, Golden M. Acceptability of in spot and patient-delivered partner therapy among men who have sex with men seeking medical care. *Sex Transm Infect.* 2011;87:A89.
71. Bredfeldt RC, Dardeau FM, Wesley RM, Vaughan-Wrobel BC, Markland L. AIDS: Family physicians' attitudes and experiences. *J Fam Pract.* 1991;32(1):71-5.
72. Bresolin LB, Rinaldi RC, Henning JJ, Harvey LK, Hendee WR, Schwarz MR. Attitudes of US primary care physicians about HIV disease and AIDS. *AIDS Care.* 1990;2(2):117-25.
73. DePhilippis D, Metzger DS, Woody GE, Navaline HA. Attitudes toward mandatory human immunodeficiency virus testing and contact tracing: a survey of drug users in treatment. *J Subst Abuse Treat.* 1992;9(1):39-42.
74. Rothenberg KH, Paskey SJ, Reuland MM, Zimmerman SI, North RL. Domestic violence and partner notification: implications for treatment and counseling of women with HIV. *J Am Med Womens Assoc.* 1995;50(3-4):87-93.
75. Tesoriero JM, Battles HB, Heavner K, Leung S-YJ, Nemeth C, Pulver W, et al. The effect of name-based reporting and partner notification on HIV testing in New York state. *Am J Public Health.* 2008;98(4):728-35.
76. Rietmeijer CA, Westergaard B, Mickiewicz TA, Richardson D, Ling S, Sapp T, et al. Evaluation of an online partner notification program. *Sex Transm Dis.* 2011;38(5):359-64.
77. Cates W Jr, Toomey KE, Havlak GR, Bowen GS, Hinman AR. From the CDC. Partner notification and confidentiality of the index patient: its role in preventing HIV. *Sex Transm Dis.* 1990;17(2):113-4.
78. Mimiaga MJ, Tetu AM, Gortmaker S, Koenen KC, Fair AD, Novak DS, et al. HIV and STD status among MSM and attitudes about Internet partner notification for STD exposure. *Sex Transm Dis.* 2008;35(2):111-6.
79. Tobin KE, Muessig KE, Latkin CA. HIV seropositive drug users' attitudes towards partner notification (PCRS): results from the SHIELD study in Baltimore, Maryland. *Patient Educ Couns.* 2007;67(1/2):137-42.
80. Edelman EJ, Cole CA, Richardson W, Boshnack N, Rosenthal MS. Improving partner notification: a qualitative study of medical case managers, disease intervention specialists and men who have sex with men. *J Gen Intern Med.* 2012;27:S225.
81. Carballo-Diéguez A, Remien RH, Benson DA, Dolezal C, Decena CU, Blank S. Intention to notify sexual partners about potential HIV exposure among New York City STD clinics' clients. *Sexually Transmitted Diseases.* 2002;29(8):465-71.
82. Edelman E, Cole C, Richardson W, Boshnack N, Jenkins H, Rosenthal M. Opportunities for improving partner notification for HIV: results from a community-based participatory research study. *AIDS Behav.* 2014;18(10):1888-97.
83. Mimiaga MJ, Reisner SL, Tetu AM, Bonafide KE, Cranston K, Bertrand T, et al. Partner notification after STD and HIV exposures and infections: knowledge, attitudes, and experiences of Massachusetts men who have sex with men. *Public Health Rep.* 2009;124(1):111-9.
84. Rogers SJ, Tross S, Doino-Ingersol J, Weisfuse I. Partner notification with HIV-infected drug users: results of formative research. *AIDS Care.* 1998;10(4):415-29.
85. Maher JE, Peterson J, Hastings K, Dahlberg LL, Seals B, Shelley G, et al. Partner violence, partner notification, and women's decisions to have an HIV test. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2000;25(3):276-82.
86. McBride KR, Goldsworthy RC, Fortenberry JD. Patient and partner perspectives on patient-delivered partner screening: acceptability, benefits, and barriers. *AIDS Patient Care STDS.* 2010;24(10):631-7.
87. Udeagu CC, Bocour A, Gale I, Begier EM. Provider and client acceptance of a health department enhanced approach to improve HIV partner notification in New York City. *Sex Transm Dis.* 2010;37(4):266-71.

88. Scott C, Teague A, Menon-Johanssen A, Jones R, Sullivan A. A study to assess acceptability of partner notification via Short Message Service text messaging (SMS). *HIV Med.* 2010;11:49.
89. Golden MR, Hopkins SG, Morris M, Holmes KK, Handsfield HH. Support among persons infected with HIV for routine health department contact for HIV partner notification. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2003;32(2):196-202.
90. Charter R, Luerssen S. A tale of six cities: partner services through the eyes of gay men and other men who have sex with men. *Sex Transm Dis.* 2014;41:S40.
91. Dye TD, Knox KL, Novick LF. Tracking sexual contacts of HIV patients: a study of physician practices. *J Public Health Manag Pract.* 1999;5(5):19-22.
92. Ricks JM, Swartzendruber A, Boyce L, Sales JM, DiClemente RJ, Rose ES. Uptake of and experiences with expedited partner therapy among African American girls recruited from short-term juvenile detention centers. *Sex Trans Dis.* 2014;41:S33.
93. Carrier JM, Magaña JR. Use of ethnosexual data on men of Mexican origin for HIV/AIDS prevention programs. *J Sex Res.* 1991;28(2):189-202.
94. Kuruc J. Partner counseling and referral services in North Carolina, USA – Lessons from an US experience. University of North Carolina at Chapel Hill, NC, USA. Presented at: AIDSFREE HIV Testing Webinar; Washington, DC; 28 April, 2016. Available online at: <https://aidsfree.usaid.gov/news-events/webinar-getting-first-90-hiv-partner-notification>.
95. Worm AM, Smith E, Sorensen H, Haxholdt H. [Contact tracing as a part of HIV infection prevention. Current practice and attitudes of general practitioners and hospital physicians; preliminary results]. *Ugeskr Laeger.* 1998;160(8):1174-8.
96. Worm AM, Smith E, Sorensen H, Haxholdt H. Partner notification for HIV infection in Denmark: attitudes and preliminary results. *Genitourin Med.* 1996;72(4):283-5.
97. McNutt LA, Gordon E, Uusküla A. Informed recruitment in partner studies of HIV transmission: an ethical issue in couples research. *BMC Med Ethics.* 2009;10:14.
98. Permiani M, Bosco O, Baccaglino E, Di Ruscio P, Galvan U, Malena M, et al. Acceptability of the contact tracing (CT) & partner notification (PN) procedures. *Infection.* 2010;38:31.
99. Dalle Nogare F, Di Lorenzo F, Sanfilippo A, Dalle Nogare ER, Arena N, Prestileo T. [Contact tracing and partner notification among a cohort of HIV-1 infected patients. A prospective study carried out in Palermo in 2012]. *Recenti Prog Med.* 2014;105(9):327-32.
100. Van Rooijen MS, Vriens P, Gotz H, Heijman T, Voeten H, Koekenbier R. Acceptance of an online partner notification tool for STI, called Suggest-A-Test. *Sex Transm Infect.* 2013;89.
101. Carnicer-Pont D, Barbera-Gracia MJ, Fernandez-Davila P, Garcia de Olalla P, Munoz R, Jacques-Avino C, et al. Use of new technologies to notify possible contagion of sexually-transmitted infections among men. *Gac Sanit.* 2015;29(3):190-7.
102. Woodward CL, Roedling S, Edwards SG, Armstrong A, Richens J. Computer-assisted survey of attitudes to HIV and sexually transmissible infection partner notification in HIV-positive men who have sex with men. *Sex Health.* 2010;7(4):460-2.
103. Roberts J, Nixon E, Perry N, Sheriff N, Richardson D. Experiences of men who have sex with men (MSM) when engaging in the partner notification process three months following a HIV diagnosis. *Sex Transm Infect.* 2015;91:A36-A7.
104. Heath D, Wayal S. Introducing a new online partner-notification service for men who have sex with men. *HIV Med.* 2011;12:69-70.
105. Wayal S, Hart G, Copas A, Edwards S, Cassell JA. Sexual behaviour, partnership patterns and STI diagnoses among HIV positive MSM: Implications for HIV/STIs transmission and partner notification. *Sex Transm Infect.* 2012;88.
106. Mulvey G, Manderson L. Contact tracing and sexually transmitted disease among aboriginal men on the Anangu Pitjantjatjara lands. *Aust J Public Health.* 1995;19(6):596-602.
107. Tan WS, Chio TW. Which partner notification method do patients prefer? Results of a patient preference survey at the national STI clinic in Singapore. *Sex Transm Infect.* 2015;91:A96-A7.
108. Wayal S, Cassell J, Scambler G, Hart G, Low N. Partner notification for STI and HIV: patients' views and experiences of notifying partners. *Sex Transm Infect.* 2011;87:A95-A6.
109. Annex 26: Report on the values and preferences on partner notification in Uganda. Geneva: World Health Organization; 2016.

110. Annex 32: Report on the values and preferences on HIV self-testing and partner notification in Indonesia, Pakistan, Philippines and Thailand. Geneva: World Health Organization; 2016.
111. Tsega A, Udeagu CC, Begier EM. A comparison of partner notification effectiveness in African-, Caribbean-, and United States-born HIV-infected blacks in New York City. *AIDS Patient Care STDS*. 2012;26(7):406-10.
112. Rahman M, Fukui T, Asai A. Cost-effectiveness analysis of partner notification program for human immunodeficiency virus infection in Japan. *J Epidemiol*. 1998;8(2):123-8.
113. Armbruster B, Brandeau M. Optimal mix of screening and contact tracing for endemic diseases. *Math Biosci*. 2007;209(2):386-402.
114. Armbruster B, Brandeau M. Contact tracing to control infectious disease: when enough is enough. *Health Care Manag Sci*. 2007;10(4):341-55.
115. Armbruster B, Brandeau M. Cost-effective control of chronic viral diseases: finding the optimal level of screening and contact tracing. *Math Biosci*. 2010;224(1):35-42.
116. Statement on HIV testing and counseling: WHO, UNAIDS re-affirm opposition to mandatory HIV testing. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/hiv/events/2012/world_aids_day/hiv_testing_counselling/en/, accessed 26 July 2016).
117. Quick guide recommendations for partner services programs for HIV infection, syphilis, gonorrhoea, and chlamydial infection. Atlanta, GA: the Centers of Disease Control and Prevention; 2008 (https://www.cdc.gov/nchstp/partners/docs/08_124108_Stuckey_QuickGuideInsides_121508_Update_WithCover-508C.pdf, accessed 22 August 2016).
118. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>, accessed 26 July 2016).
119. Fatti G, Mathibi E, Manjezi N, Grimwood A. Index client trailing: a home-based HIV counselling and testing strategy to identify and link people living with HIV to treatment. Presented at: 21st International AIDS Conference; 18-22 July 2016; Durban, South Africa; 2016.
120. Recommendations for investigating contacts of persons with infectious tuberculosis in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77741/1/9789241504492_eng.pdf, accessed 27 July 2016).

**Pour plus d'informations,
s'adresser à :**

Organisation mondiale de la santé
Département VIH
20, avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

Courriel : hiv-aids@who.int

<http://www.who.int/hiv/pub/vct/en/>

ISBN 978 92 4 254986 7



9 789242 549867