



Organisation
mondiale de la Santé

LIGNES DIRECTRICES



LIGNES DIRECTRICES UNIFIÉES SUR LES SERVICES DE

DÉPISTAGE DU VIH

2019

SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH

LIGNES DIRECTRICES UNIFIÉES SUR LES SERVICES DE

DÉPISTAGE DU VIH

2019

Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH, 2019 [Consolidated guidelines on HIV testing services, 2019]

ISBN 978-92-4-001633-0 (version électronique)

ISBN 978-92-4-001634-7 (version imprimée)

© Organisation mondiale de la Santé 2020

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/deed.fr>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'oeuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'oeuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'oeuvre, 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 oeuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle oeuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette oeuvre, 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 (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Citation suggérée. Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH, 2019 [Consolidated guidelines on HIV testing services, 2019]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogue 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>.

Third-party materials. If you wish to reuse material from this work that is attributed to a third party, such as tables, figures or images, it is your responsibility to determine whether permission is needed for that reuse and to obtain permission from the copyright holder. The risk of claims resulting from infringement of any third-party-owned component in the work rests solely with the user.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente oeuvre 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 oeuvre.

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.

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	iii
REMERCIEMENTS	v
RÉSUMÉ D'ORIENTATION	ix
1 INTRODUCTION	1
2 MÉTHODOLOGIE	17
3 MOBILISATION DE LA DEMANDE ET MISE EN ŒUVRE DE SERVICES, INFORMATIONS ET MESSAGES EFFICACES AVANT LE DÉPISTAGE	33
4 ENSEMBLE DE SERVICES POST-TEST DE BASE : MESSAGES DE CONSEIL ET LIAISON AVEC LES SERVICES DE PRÉVENTION, DE TRAITEMENT ET AUTRES	63
5 APPROCHES POUR LA PRESTATION DE SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH	91
6 CONSIDÉRATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DES SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH PARMI LES POPULATIONS PRIORITAIRES	133
7 PLANIFICATION STRATÉGIQUE POUR DES SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH EFFICACES ET EFFICIENTS	165
8 SÉLECTION DES PRODUITS DE DIAGNOSTIC DU VIH	189
9 ASSURANCE DE LA QUALITÉ DES SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH	229
GLOSSAIRE	251

Annexe Web A. Quelles sont les approches de création de la demande efficaces pour augmenter le recours au dépistage du VIH et la liaison ultérieure avec les services de prévention, de traitement et de soins ? (en anglais seulement)

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331544/WHO-UCN-HHS-19.40-eng.pdf>

Annexe Web B. L'autodépistage du VIH devrait-il être proposé comme une approche de dépistage du VIH supplémentaire ? (en anglais seulement)

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331545/WHO-UCN-HHS-19.41-eng.pdf>

Annexe Web C. Devrait-on proposer des approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux comme stratégie de dépistage du VIH supplémentaire pour les populations clés et leurs contacts ? (en anglais seulement)

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331546/WHO-UCN-HHS-19.42-eng.pdf>

Annexe Web D. L'immunotransfert (Western blot) et les tests immunoenzymatiques sur bandelettes (LIA) devraient-ils être utilisés dans les stratégies et algorithmes de test nationaux ? (en anglais seulement)

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331547/WHO-UCN-HHS-19.43-eng.pdf>

Annexe Web E. Exactitude et performance des stratégies de dépistage du VIH : considérations pour la précision dans des contextes épidémiques hétérogènes (résumé) (en anglais seulement)

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331548/WHO-UCN-HHS-19.44-eng.pdf>

Annexe Web F. Modélisation du rapport coût-efficacité de refaire le test de dépistage du VIH chez la mère dans les contextes à forte et à faible charge de VIH (résumé) (en anglais seulement)

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331549/WHO-UCN-HHS-19.45-eng.pdf>

Annexe Web G. Modélisation du rapport coût-efficacité de l'utilisation de tests de co-dépistage du VIH et de la syphilis dans le cadre des soins prénatals dans les contextes à forte et à faible charge de VIH. (en anglais seulement)

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331550/WHO-UCN-HHS-19.46-eng.pdf>

Annexe Web H. Considérations pour le suivi des programmes relatifs aux services de dépistage du VIH (en anglais seulement)

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335883/9789240011847-eng.pdf>

Annexe Web I. Diagnostics in vitro pour le diagnostic d'infection par le VIH (en anglais seulement)

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335902/9789240011809-eng.pdf>

Annexe Web J. Garantir la qualité des services de dépistage du VIH (en anglais seulement)

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335904/9789240011816-eng.pdf>

Annexe Web K. Exemples mondiaux de services de dépistage du VIH (en anglais seulement)

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335884/9789240011823-eng.pdf>

Annexe Web L. Sélection basée sur les risques et les symptômes dans le but d'optimiser les services de dépistage du VIH : une revue exploratoire (en anglais seulement)

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335903/9789240011830-eng.pdf>

ABRÉVIATIONS

ADN	acide désoxyribonucléique
ADVIH	autodépistage du VIH
Ag HBs	antigène de surface de l'hépatite B
AIM	modèle d'impact du sida du système Spectrum de l'ONUSIDA
AQ	assurance de la qualité
ARN	acide ribonucléique
ARV	médicament antirétroviral
CDC	Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis
CDIP	conseil et dépistage à l'initiative du prestataire
CDV	conseil et dépistage volontaires
CLIA	immunodosage par chimioluminescence
CMMV	circoncision médicale masculine volontaire
CQ	contrôle de la qualité
CSU	couverture sanitaire universelle
DMDIV	dispositif médical de diagnostic in vitro
DPN	diagnostic précoce chez le nourrisson
ECL	immunodosage par électrochimoluminescence
EEQ	évaluation externe de la qualité
EIA	dosage immuno-enzymatique
EIQ	écart interquartile
ERC	essai contrôlé randomisé
eTME	élimination de la transmission mère-enfant
GAM	suivi mondial de la lutte contre le sida
GDG	Groupe d'élaboration sur les lignes directrices
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
IAS	société internationale sur le sida
IC	intervalle de confiance
IST	infection sexuellement transmissible

MON	mode opératoire normalisé
OIT	Organisation internationale du Travail
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PCR	réaction de polymérisation en chaîne
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief des États-Unis
PHIA	enquête d'évaluation de l'impact du VIH sur la population
PICO	Population, Intervention, Comparator and Outcome
PPE	prophylaxie postexposition
PrEP	prophylaxie préexposition
PTME	prévention de la transmission mère-enfant
SDV	services de dépistage du VIH
sida	syndrome d'immunodéficience acquise
SPN	soins prénatals
SRMNI	santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile
TAN	test des acides nucléiques
TAR	traitement antirétroviral
TDR	test de diagnostic rapide
TME	transmission mère-enfant
TSO	traitement de substitution aux opiacés
TSS	tache de sang séché
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VHB	virus de l'hépatite B
VHC	virus de l'hépatite C
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
VPI	violence exercée par le partenaire intime
VPN	valeur prédictive négative
VPP	valeur prédictive positive
WB	Western blot (immunotransfert)

REMERCIEMENTS

Groupe d'élaboration des lignes directrices

Nadia Badran (SIDC, Liban), **Jose Greard Belimac** (Ministère de la Santé, Philippines), **Karen Champenois** (INSERM, France), **Thato Chidarikire** (National Department of Health, Afrique du Sud), **Frances Cowan** (Centre for Sexual Health and HIV/AIDS Research (CeSHHAR), Zimbabwe), **Tom Ellman** (Médecins Sans Frontières, Afrique du Sud), **Maimoona Emmad** (Nai Zindagi Trust, Pakistan), **Pamela Gaspar** (Department of Surveillance, Prevention and Control of STIs, HIV/AIDS and Viral Hepatitis, Ministère de la Santé, Brésil), **Kim Green** (PATH Mekong, Viet Nam), **Kiira Gustafson** (Population Services International, Myanmar), **Asha Hegde** (PATH, Inde), **James Kisambu** (Uganda Prison Service, Ouganda), **Mehdi Karkouri** (Association de Lutte Contre le Sida, Maroc), **Jane Karong'e-Thiomi** (LVCT Health, Kenya), **Inga Latysheva** (Republican Clinical Infectious Diseases Hospital, Ministère de la Santé, Fédération de Russie), **Segundo R. Leon** (Universidad Privada San Juan Batista, Pérou), **Seth McGovern** (Population Services International, États-Unis d'Amérique), **Francesca Merico** (Conseil œcuménique des Églises - Alliance œcuménique, Suisse), **Peninah Mwangi** (Bar Hostess Empowerment and Support Programme, Kenya), **Midnight Poonkasetwattana** (Asia Pacific Coalition on Male Sexual Health, Thaïlande), **Serhii Riabokon** (Department of Control of HIV, Viral Hepatitis, and Opioid Substitution Therapy Programs Public Health Centre, Ministère de la Santé, Ukraine), **Jennifer Stuart-Dixon** (University of the West Indies, Jamaïque), **Katayoun Tayeri** (Ministère de la Santé, Centre de lutte contre les maladies transmissibles, Iran), **Jane Tomnay** (Centre for Excellence in Rural Sexual Health, Australie), **Peris Urasa** (Ministère de la Santé, Tanzanie) et **Vincent Wong** (United States Agency for International Development, États-Unis d'Amérique).

Collaborateurs externes ayant contribué aux examens systématiques selon la méthodologie GRADE

Elvin Geng et **Ingrid Wilson** (Washington University, St. Louis, États-Unis d'Amérique) et **T. Charles Witzel** (London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni) ont dirigé l'examen systématique GRADE sur l'autodépistage du VIH. **Anjuli Wagner** et **Ruchi Tiwari** (University of Washington, États-Unis d'Amérique) ont dirigé l'examen systématique GRADE sur la création de la demande. **Julia Dettinger**, **David Katz** et **Sarah Masyuko** (University of Washington, États-Unis d'Amérique) ont dirigé l'examen systématique GRADE sur les approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux. **Sandy Walker** et **Kim Wilson** (National Serology Reference Laboratory, Australie) ont dirigé l'examen systématique GRADE sur l'immunotransfert (Western blot). **Nandi Siegfried** (épidémiologiste clinique indépendante, Afrique du Sud) était la méthodologue externe.

Collaborateurs externes ayant contribué aux éléments à l'appui des lignes directrices

Shaili Babar et **Elizabeth Joseph** (New York University, États-Unis d'Amérique), **Alison Drake**, **Brandon Guthrie**, **Christine Khosropour**, **Julianne Meisner**, **Tricia Rodriguez** et **Kerry**

Thompson (University of Washington, États-Unis d'Amérique), **Jeffrey Eaton** (Imperial College London, Royaume-Uni), **Virginia Fonner** et **Kaosisochukwu Onochie** (Medical University of South Carolina, États-Unis d'Amérique), **Sarah Bowers** et **Alison Groves** (Drexel University, États-Unis d'Amérique), **Melissa Neuman** et **Emma Wilson** (London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni), **Elizabeth Corbett**, **Peter MacPherson** et **Mariott Nlisawa** (Malawi-Liverpool Wellcome Trust, Malawi), **Petra Stankard** (consultante indépendante) et **Tafadzwa Kadye** (University College London, Royaume-Uni).

Groupe d'examen externe

Jenny Albertini (United States Department of State, États-Unis d'Amérique), **Teeb Al-Samarrai** (Office of the Global AIDS Coordinator, États-Unis d'Amérique), **Suthar Amibath** (Centers for Disease Control and Prevention, États-Unis d'Amérique), **Matthew Avery** (FHI 360, Thaïlande), **Helen Ayles** (ZAMBART, UNITAID STAR Project, Zambie), **Ruanne Barnabas** (University of Washington, États-Unis d'Amérique), **Beth Barr** (United States Centers for Disease Control and Prevention, Kenya), **Rick Bauer** (Eastern Deanery AIDS Relief Program, Kenya), **Stephanie Behel** (Centers for Disease Control and Prevention, États-Unis d'Amérique), **Elkin Bermudez** (Médecins Sans Frontières, Pays-Bas), **Valentina Cambiano** (University College London, Royaume-Uni), **Mohamed Chakroun** (Infectious Diseases Department, Monastir, Tunisie), **Kath Charters** (Sahir House, Royaume-Uni), **Pollyanna Chavez** (Centers for Disease Control and Prevention, États-Unis d'Amérique), **Alison Cheng** (Agency for International Development, États-Unis d'Amérique), **Augustine Choko** (Malawi-Liverpool-Wellcome Trust Clinical Research Programme, Malawi), **Jennifer Cohnnaoko** (Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation, Suisse), **Elizabeth Corbett** (London School of Hygiene and Tropical Medicine, Malawi-Liverpool-Wellcome Trust Clinical Research Programme, Malawi), **Elliot Cowan** (consultante externe, États-Unis d'Amérique), **Raquel de Boni** (Oswaldo Cruz Foundation, Brésil), **Angela Anna de Tomassi** (United Nations Development Programme, Djibouti), **Julie Denison** (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, États-Unis d'Amérique), **Naoko Doi** (Clinton Health Access Initiative, États-Unis d'Amérique), **Chido Dziva Chikwari** (London School of Hygiene and Tropical Medicine, Zimbabwe), **Shafiq Essajee** (United Nations Children's Fund, États-Unis d'Amérique), **Nicole Flowers** (Centers for Disease Control and Prevention, États-Unis d'Amérique), **Steven Forsythe** (Avenir Health, États-Unis d'Amérique), **Katrien Fransen** (Institute of Tropical Medicine, Belgique), **Donna Futterman** (Adolescent AIDS Program, Montefiore Medical Center, États-Unis d'Amérique), **Philippe Girault** (Thai Red Cross AIDS Research Centre, Thaïlande), **Eric Goemaere** (Médecins Sans Frontières, Unité médicale Afrique du Sud, University of Cape Town, Afrique du Sud), **Kristina Grabbe** (Jhpiego, USA), **Tim Greacen** (Laboratoire de Recherche, EPS Maison Blanche, France), **Mike Grillo** (United States Department of Defense, États-Unis d'Amérique), **Anna Grimsrud** (International AIDS Society, Afrique du Sud), **Tadala Hamisi** (Ministère de la Santé, Malawi), **Nina Hasen** (Population Services International, États-Unis d'Amérique), **Bernadette Hensen** (Population Services International, Royaume-Uni), **Heather Ingold** (Unitaid, Suisse), **Andreas Jahn** (I-TECH, Malawi, et University of Washington, États-Unis d'Amérique), **Suman Jain** (The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, Suisse), **Chonticha Kittinunvorakoon** (United States Centers for Disease Control and Prevention, Thaïlande), **Tendesayi Kufa-Chakezha** (National Institute for Communicable Diseases, Afrique du Sud), **Ilana Lapidos-Salaiz** (United States Agency for International Development, États-Unis d'Amérique), **Arielle Lasry** (Centers for Disease Control and Prevention, États-Unis d'Amérique), **Donna Lee** (The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, Suisse), **Sheri Lippman** (University of California—San Francisco, États-Unis d'Amérique), **Yi Lyu** (National HIV/HCV Reference Laboratory, China Centres for Disease Control, Chine), **Robin MacGowan** (Centers for Disease Control and Prevention, États-Unis d'Amérique), **Peter MacPherson** (Malawi-Liverpool-Wellcome Trust Clinical Research Programme, Liverpool School of Tropical Medicine, Malawi), **Mean Chhi Yun** (National Institute of Public Health, Cambodge), **Jessica Markby** (consultante

externe), **Elizabeth Manfredini** (United States Agency for International Development, États-Unis d'Amérique), **Mary Mahy** (UNAIDS, Suisse), **Kim Marsh** (Joint United Nations Programme on HIV and AIDS, Suisse), **Elizabeth Marum** (consultante externe, États-Unis d'Amérique), **Joseph Masina** (Ministère de la Santé, Malawi), **Gitau Mburu** (International HIV/AIDS Alliance, Royaume-Uni), **Amy Medley** (Centers for Disease Control and Prevention, États-Unis d'Amérique), **Dawn Mohulatsi-Pereko** (Abt Associates, Namibie), **Sue Napierala** (RTI International, États-Unis d'Amérique), **Anne Neilan** (Harvard University, États-Unis d'Amérique), **Melissa Neuman** (London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Unis), **Khumbo Ngona** (Ministère de la Santé, Malawi), **Obinna Onyekwena** (The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, Suisse), **Katrina Ortblad** (University of Washington, États-Unis d'Amérique), **Bharat Parekh** (Centers for Disease Control and Prevention, États-Unis d'Amérique), **Roger Peck** (PATH, États-Unis d'Amérique), **Rosanna Peeling** (London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni), **Praphan Phanuphak** (Thai Red Cross AIDS Research Centre, Thaïlande), **Anastasia Pharris** (European Centre for Disease Prevention and Control, Suède), **Andrew Phillips** (University College London, Royaume-Uni), **Adrian Puren** (National Institute for Communicable Disease, Afrique du Sud), **Dorthe Raben** (Centre of Excellence for Health, Immunity and Infections (CHIP), Danemark), **Alasdair Reid** (UNAIDS, Suisse), **Jacqueline Ruragirwa** (Centers for Disease Control and Prevention, États-Unis d'Amérique), **Keith Sabin** (Joint United Nations Programme on HIV and AIDS, Suisse), **Eduard Sanders** (KEMRI-Wellcome Trust, Kenya), **Tanya Shewchuk** (Bill and Melinda Gates Foundation, États-Unis d'Amérique), **Stephen Stafford** (Shout-It-Now, Afrique du Sud), **Joanne Stekler** (University of Washington), **Christian Stillson** (Clinton Health Access Initiative, États-Unis d'Amérique), **Anne Sullivan** (National Health Service, Royaume-Uni), **Weiming Tang** (University of North Carolina Project—China, Chine), **Joseph Tucker** (University of North Carolina Project—China, Chine), **Ouk Vichea** (National Centre for HIV/AIDS, Dermatology et STD (NCHADS), Cambodge), **Anthony Vautier** (Solthis, Sénégal), **Samantha Westrop** (National Health Service and Public Health England, Royaume-Uni), **Ingrid Wilson** (University of Washington, États-Unis d'Amérique), **Leo Wilton** (Department of Human Development, State University of New York, États-Unis d'Amérique), **William Wong** (University of Hong Kong, Chine, Hong Kong SAR), **Liu Yan** (Consultation Center of AIDS Aid and Health Service, Chine), **Lycias Zembe** (UNAIDS, Suisse).

Comité de pilotage de l'Organisation mondiale de la Santé (équipe principale)

Rachel Baggaley, **Cheryl Johnson**, **Magdalena Barr-DiChiara** et **Muhammad Jamil, Arshad Altaf**, et **Allison Wringe** (Département VIH), **Anita Sands** (Département Réglementation et préqualification), **Melanie Taylor** (Santé reproductive et recherche), **Fatim Cham Jallow** (Bureau régional OMS de l'Afrique), **Van Thi Thuy Nguyen** (OMS Viet Nam) et **Elena Vovc** (Bureau régional OMS de l'Europe).

Membres du Comité de pilotage des lignes directrices de l'OMS : **Annabel Baddeley**, **Anne Brink**, **Michel Beusenberg**, **Fabio Caldas de Mesquita**, **Fatim Cham Jallow**, **Lastone Chitembo**, **Shona Dalal**, **Maeve Brito De Mello**, **Philippa Easterbrook**, **Nathan Paul Ford**, **Mary Eluned Gaffield**, **Joumana Hermez**, **Oluwafunke Ilesanmi**, **Naoko Ishikawa**, **Bhavin Jani**, **Mark Lanigan**, **David Lowrance**, **Frank Lule**, **Simbarashe Mabaya**, **Virginia Macdonald**, **Antons Mozalevskis**, **Busisiwe Msimanga-Radebe**, **Oyuntungalag Namjilsuren**, **Morkor Newman Owiredu**, **Van Thi Thuy Nguyen**, **Ena Oghenekaro Oru**, **Anne-Laure Page**, **Martina Penazzato**, **Maria Mercedes Perez Gonzalez**, **Irena Prat**, **Vimlesh Purohit**, **Giovanni Ravasi**, **Bharat Rewari**, **Michelle Rodolph**, **Ahmed Sabry**, **Julia Lynn Samuelson**, **Anita Sands**, **Nicole Seguy**, **Mukta Sharma**, **Satvinder Singh**, **Melanie Taylor**, **Annette Verster**, **Lara Vojnov**, **Elena Vovc** et **Teodora Wi**.

Personnel et consultants de l'Organisation mondiale de la Santé

Nous adressons nos plus vifs remerciements aux membres du personnel de l'OMS et consultants qui ont participé à la rédaction, la coordination et la recherche pour ces lignes directrices : **Rachel Baggaley, Cheryl Johnson, Muhammad Jamil et Anita Sands, Magdalena Barr-DiChiara, Caitlin Quinn, Carmen Figueroa, Niklas Luhmann, et Bradley Mathers.**

Remerciements particuliers au Groupe de travail (virtuel) sur les SDV pour le prochain document Updated 2020 WHO consolidated HIV strategic information guideline pour leur contribution à l'annexe Web H, « Considérations pour le suivi des programmes de dépistage du VIH », en particulier **Valérie Delpech** (Public Health England, Royaume-Uni). De plus, grâce à **Beth Barr** (United States Centers for Disease Control and Prevention, Kenya), **Lenhe Dube** (Ministère de la Santé, Eswatini), **Buhle Ncube** (Consultant OMS, Zimbabwe), **Lynne Wilkinson** (International AIDS Society, Afrique du Sud).

En outre, adressons nos remerciements au personnel et consultants de l'OMS suivants : **Wole Ameyan** (Département VIH et Programme mondial de lutte contre l'hépatite), **Avni Amin** (Département Santé reproductive et recherche), **Alan Kitchen** (Sécurité transfusionnelle de l'OMS), **Nomthandazo Lukehele** (OMS, Eswatini), **Mayada Yousef Fox** (Département VIH et Programme mondial de lutte contre l'hépatite), **Allison Wringe** (Département VIH et Programme mondial de lutte contre l'hépatite).

L'élaboration de ces lignes directrices a en outre été soutenue par : **Juliette Bastin, Clémence Doumenc-Aïdara, Anthony Vaultier**, (Solthis, France), **Anne Bek** (Programme PAC-CI, Côte d'Ivoire), **Francios Chamoun** (Consultant OMS, Cameroun), **Remi Charlebois** (GSS Health, Canada), **Herby Derenoncourt** (The Global Fund to Fight AIDS), **Manon Haemmerli** (London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni), **Karin Hatzold** (PSI, Afrique du Sud), **Jean Njab** (Total Quality Management Project for Africa, Nigeria), **Phillipe Blasco** (Médecins Sans Frontières, France).

Valerie Amiel Fourtas, Belen Dinku et Veronique Millot ont apporté un soutien administratif OMS ; **Robert Benou et Laurent Poulain** ont fourni un soutien technique ; **Oyuntungalag Namjilsuren** a assuré un soutien en matière de communication. La mise en forme du présent document a été effectuée par **Ward Rinehart et Sarah Johnson** (Jura Editorial Services) avec l'assistance de **Bandana Malhotra, Mary Henderson et Vicky Rossi**. La conception et la mise en page des notes d'orientation ont été fournies par L'IV Com Sarl.

Nous adressons nos plus vifs remerciements au Comité d'examen des lignes directrices de l'OMS et son secrétariat : **Marion Blacker, Susan Norris, Olympe Peretz et Rebecca Thomas Bosco.**

Coordination générale

Cheryl Johnson et Rachel Baggaley ont coordonné le processus général d'élaboration des présentes lignes directrices sous la supervision d'**Andrew Ball** (Départements VIH, IST et Programme mondial de lutte contre l'hépatite de l'OMS).

Soutien financier

Unitaid, la Fondation Bill & 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 (PEPFAR) 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.

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

Objectif

Les présentes lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH (SDV) regroupent les orientations existantes et nouvelles concernant les SDV dans différents contextes et populations.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié pour la première fois des lignes directrices unifiées sur les SDV en 2015, en réponse aux demandes des États membres, des administrateurs de programmes nationaux et des agents de santé pour les aider à atteindre les cibles mondiales 90-90-90 des Nations Unies (ONU) relatives au VIH, et en particulier la première visant l'établissement d'un diagnostic chez 90 % des personnes vivant avec le VIH. En 2016, sur la base de nouvelles données probantes, l'OMS a publié un supplément décrivant d'importantes nouvelles approches de dépistage du VIH, à savoir l'autodépistage du VIH (ADVIH) et la notification par le prestataire.

Depuis la publication des lignes directrices sur les SDV en 2015 et 2016, de nouvelles thématiques et données ont été relevées ; l'OMS a donc révisé les orientations dans le but de les inclure. Dans ces lignes directrices, l'OMS revoit la recommandation sur l'ADVIH et fournit de nouvelles recommandations sur les approches de dépistage du VIH qui s'appuient sur les réseaux sociaux et sur l'immunotransfert (test du Western blot) (voir l'encadré de la page suivante). Cette orientation vise à soutenir les États Membres, les administrateurs de programmes, les agents de santé et autres intervenants qui cherchent à atteindre les objectifs nationaux et internationaux pour éliminer l'épidémie de VIH en tant que menace pour la santé publique à l'horizon 2030.

Ces lignes directrices fournissent également des conseils opérationnels sur la création de la demande et les messages à communiquer dans le cadre des SDV ; les considérations de mise en œuvre pour les populations prioritaires ; les stratégies de dépistage du VIH pour le diagnostic ; l'utilisation optimisée des tests diagnostiques rapides pour le co-dépistage du VIH et de la syphilis ; et les considérations pour la planification stratégique et la rationalisation des ressources, comme les meilleurs moments pour refaire le test dans le cadre de la santé maternelle (voir l'encadré page suivante).

Ces nouvelles lignes directrices visent à :

- fournir des recommandations complètes fondées sur des bases factuelles pour les SDV ;
- soutenir la mise en œuvre et l'intensification d'une combinaison stratégique d'approches de dépistage du VIH fondées sur des bases factuelles, dans les établissements de santé et les communautés, afin d'atteindre les personnes non diagnostiquées ;
- soutenir la liaison efficace avec les services appropriés de prévention, de traitement et de soins pour les personnes testées ;
- encourager l'intégration du dépistage du VIH dans d'autres services appropriés ;
- rationaliser le fait de refaire le test de dépistage du VIH en fin de grossesse et en période post-partum ainsi que l'utilisation du test de co-dépistage du VIH et de la syphilis comme test de première intention dans le cadre des soins prénatals ;

- soutenir les programmes dans leurs efforts pour mettre en œuvre des SDV de qualité en utilisant les stratégies de dépistage recommandées et pour cesser d'utiliser l'immunotransfert ;
- donner des conseils sur la façon dont les programmes peuvent planifier stratégiquement les SDV et rationaliser l'utilisation des ressources pour atteindre les objectifs mondiaux et nationaux ; et
- encourager l'engagement national et mondial envers la mise en œuvre de SDV efficaces et efficaces, comme élément clé de la riposte nationale et mondiale au VIH, qui est essentielle pour atteindre et maintenir une faible incidence du VIH.

Définition clé : services de dépistage du VIH

Tout au long des présentes lignes directrices, l'expression services de dépistage du VIH (ou SDV) est utilisée pour englober toute la gamme des services qui doivent être dispensés avec le dépistage. Il s'agit notamment des informations données avant le test et des conseils post-test, de la mise en liaison avec les services appropriés de prévention, de soins et de traitement de l'infection à VIH et d'autres services cliniques et de soutien ; et de la coordination avec les services de laboratoire pour favoriser l'assurance de la qualité.

Les présentes lignes directrices portent sur les questions relatives à la prestation des services de dépistage du VIH auprès des groupes de populations suivants :

- populations clés
- population générale
- femmes enceintes et femmes en période de post-partum
- couples et partenaires
- adolescents (10 à 19 ans) et jeunes (15 à 24 ans)
- migrants, réfugiés, personnes déplacées et autres populations vulnérables

Méthode d'élaboration des lignes directrices

En réponse à l'évolution des besoins des États Membres et à la mise à disposition de nouvelles données, les parties prenantes ont proposé une mise à jour des orientations de l'OMS relatives aux SDV. Ainsi, de novembre 2017 à août 2019, le Département VIH de l'OMS a dirigé l'élaboration de la présente mise à jour en collaboration avec un Groupe d'orientation sur les lignes directrices de l'OMS et un groupe d'élaboration des lignes directrices (GDG) indépendant constitué d'experts externes représentatifs au niveau régional, notamment des universitaires, des chercheurs, des administrateurs de programmes, des spécialistes de la mise en œuvre et des représentants de réseaux et d'organismes communautaires. Un groupe de pairs examinateurs externes a également apporté son soutien.

Le Groupe d'orientation sur les lignes directrices a formulé les questions PICO (de l'anglais « population, intervention, comparator, outcome »), a commandé des examens systématiques pour répondre aux questions PICO et a finalisé le plan des lignes directrices. Le Département VIH de l'OMS et le Groupe d'orientation ont sélectionné le GDG en consultation avec les bureaux régionaux et de pays de l'OMS. Le Groupe d'orientation et le GDG ont examiné et finalisé les questions PICO ainsi que les résultats et stratifications associés.

Ils ont ensuite examiné et fourni des informations sur les résultats préliminaires des examens systématiques, ainsi que de la documentation de base de l'OMS et de l'examen des politiques, de la modélisation mathématique et de l'analyse du rapport coût-efficacité.

Sur la base des données probantes examinées et présentées, le GDG a formulé de nouvelles recommandations sur l'utilisation des tests d'immunotransfert (Western blot) et sur les approches des SDV qui s'appuient sur les réseaux sociaux. Le Groupe a également mis à jour la recommandation sur l'ADVIH et a formulé une déclaration de bonnes pratiques concernant la mise en œuvre d'approches fondées sur des bases factuelles et des considérations sur l'utilisation d'incitations pour créer la demande. De plus, le Groupe a convenu d'orientations opérationnelles s'appuyant sur les recommandations existantes de l'OMS pour les stratégies de dépistage du VIH, l'utilisation des tests de co-dépistage du VIH et de la syphilis dans les soins prénatals et les contextes et moments optimaux pour refaire le test de dépistage maternel en fin de grossesse et pendant la période d'allaitement.

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

À propos des recommandations

Les recommandations existantes, nouvelles et mises à jour présentées dans ce document sont récapitulées dans l'encadré de la page précédente. Toutes les orientations actuelles de l'OMS relatives aux SDV sont présentées dans le Tableau 1.

Les nouvelles recommandations s'inscrivent dans la lignée des recommandations existantes de l'OMS. Elles soulignent l'importance de l'instauration précoce du traitement et de l'intensification des options de prévention, en particulier pour les populations clés – les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les consommateurs de drogues par injection, les personnes privées de liberté ou vivant dans des environnements confinés, les travailleurs du sexe et les personnes transgenres.

En raison du degré élevé d'hétérogénéité des données examinées et de l'existence de données de faible à très faible qualité pour de nombreux résultats, le GDG n'a pas formulé de recommandation globale sur la création de la demande, mais a envisagé une gamme d'options. En revanche, le Groupe a développé une déclaration de bonnes pratiques sur la création de la demande.

Répercussions sur les programmes

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, suivi d'une mise en liaison avec les services de traitement et de soins. L'objectif des présentes lignes directrices est d'aider les pays à proposer une combinaison stratégique d'options différenciées en matière de SDV afin d'atteindre les personnes vivant avec le VIH qui ignorent leur statut ainsi que celles exposées à un risque élevé et ayant besoin d'interventions de prévention du 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.

L'objectif des présentes lignes directrices est d'aider les pays à proposer une combinaison stratégique d'options en matière de dépistage du VIH afin d'atteindre les personnes vivant avec le VIH qui ignorent leur statut ainsi que celles exposées à un risque élevé et ayant besoin d'interventions de prévention du VIH, y compris du dépistage.

À cette fin, les pays devront évaluer leur situation particulière, en tenant compte du contexte épidémiologique qui est le leur et des populations que les SDV n'atteignent pas. Toutes les approches des SDV devront respecter les cinq principes essentiels définis par l'OMS pour les SDV (les « 5C ») : Consentement, Confidentialité, Conseil, résultats Corrects des tests et Connexion. 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 SDV.

Tableau 1.1. Résumé des recommandations, déclarations de bonnes pratiques de l'OMS et orientations révisées pour le dépistage du VIH

Approche et référence	Recommandations et déclarations de bonnes pratiques
Mobilisation et services avant le dépistage	
<p>Susciter une demande pour les services de dépistage du VIH</p> <p>NOUVEAU Déclaration de bonnes pratiques</p> <p>OMS (2019). Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH.</p>	<p>Les approches permettant de susciter une demande pour les SDV et de mobiliser les personnes qui ont le plus besoin de ces services représentent un outil précieux pour lutter contre la stigmatisation, la discrimination et la criminalisation. Il faudra peut-être hiérarchiser ces approches en fonction du contexte, de la population cible et des ressources disponibles, dans le cadre d'une stratégie pour atteindre les personnes vivant avec le VIH qui ne connaissent pas leur statut sérologique et qui présentent un risque élevé d'infection au VIH. Une vaste gamme de stratégies permettant de susciter une demande a été rigoureusement testée pour en étudier l'impact sur le recours au dépistage du VIH et sur la proportion de personnes vivant avec le VIH recevant un diagnostic. Cependant, les résultats à plus long terme, comme une orientation vers les services de soins et de prévention, n'ont été que rarement évalués.</p> <p>Les plateformes basées sur des données probantes permettant de susciter une demande incluent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des interventions menées par les pairs pour susciter une demande, y compris la mobilisation ; • des plateformes numériques, comme de courtes vidéos préenregistrées encourageant le dépistage. <p>Les approches qui ont fait leurs preuves pour augmenter la demande incluent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la publicité de caractéristiques propres aux SDV ; • des messages clés et un conseil de courte durée (moins de 15 minutes), délivrés par des prestataires ; • des messages en faveur du dépistage communiqués au cours de séances de conseil au couple ; • des messages portant sur la réduction des risques et l'émancipation économique, notamment pour les consommateurs de drogue par injection ; • des messages d'encouragement. <p>D'après les données probantes, les approches suivantes seraient moins efficaces pour susciter une demande :</p> <ul style="list-style-type: none"> • lettres d'invitation personnelle ; • messages au contenu personnalisé ; • services de conseil cherchant à nouer une relation entre le client et le conseiller ; • messages texte généraux, y compris SMS ; <p>Selon plusieurs études, la fréquentation des SDV augmente lorsque des mesures d'incitation sont offertes. Cependant, avant de recourir à de telles mesures pour susciter une demande, il est important de bien peser les avantages et les inconvénients d'une telle stratégie, comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'utilisation des ressources et la pérennité de la stratégie, notamment en cas d'incitations financières, qui pourraient aller à l'encontre des principes d'une couverture sanitaire universelle ; • les changements de comportement à long terme associant les SDV et d'autres services à des mesures d'incitation, par rapport à l'augmentation à court terme du recours au dépistage ; • l'effet néfaste sur l'équité, certaines populations et maladies devenant prioritaires ; • la possibilité que les stratégies de mise en œuvre systématique qui améliorent la prestation de services et qui atténuent les obstacles et les facteurs dissuasifs (comme les coûts par patient liés à un accès plus général aux services de santé) ne soient plus d'intérêt prioritaire.

Tableau 1.1. Résumé des recommandations, déclarations de bonnes pratiques de l'OMS et orientations révisées pour le dépistage du VIH, suite


Approche et référence	Recommandations et déclarations de bonnes pratiques
Approches pour la prestation de services	
<p>SDV dans les établissements de santé</p> <p> Orientation actualisée</p> <p>OMS (2017). Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement de la syphilis chez les femmes enceintes (en anglais). https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/syphilis-ANC-screenandtreat-guidelines/en/</p> <p>OMS (2017). Recommandations de l'OMS concernant les soins prénataux pour que la grossesse soit une expérience positive. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/fr/</p> <p>OMS (2015). Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH. https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/fr/</p> <p>OMS (2017). Lignes directrices de l'OMS sur le dépistage de l'hépatite B et C (en anglais). https://www.who.int/hepatitis/publications/guidelines-hepatitis-c-b-testing/en/</p>	<p>Toutes les femmes enceintes doivent subir un dépistage du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B (antigène de surface du virus de l'hépatite B, ou HBsAg)* au moins une fois au cours de leur grossesse et le plus tôt possible (syphilis : recommandation forte, données probantes de qualité moyenne ; HBsAg : recommandation forte, données probantes de faible qualité).</p> <p>*En particulier dans les contextes où la séroprévalence d'HBsAg dans l'ensemble de la population est $\geq 2\%$.</p> <p>Les doubles tests de diagnostic rapide (TDR) VIH/syphilis peuvent servir de premier test dans les stratégies et algorithmes de dépistage du VIH utilisés dans les établissements de soins prénataux.</p> <p>Contextes à forte charge de morbidité due au VIH Il faut offrir des services de dépistage du VIH à toutes les populations et dans tous les services (par exemple, les services liés aux infections sexuellement transmissibles [IST], à l'hépatite et à la tuberculose [TB], ceux destinés aux enfants de moins de cinq ans, les services de vaccination et ceux liés à la malnutrition et aux soins prénataux, et tous les services offerts aux populations clés), car ils permettent d'identifier de façon efficace et pertinente les personnes vivant avec le VIH.</p> <p>Contextes à faible charge de morbidité due au VIH Il faut offrir un dépistage du VIH aux personnes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • adultes, adolescents ou enfants qui présentent des signes ou des symptômes cliniques, ou des troubles (y compris la TB et les IST) pouvant indiquer une infection à VIH ; • enfants exposés au VIH et nourrissons et enfants symptomatiques ; • populations clés et leurs partenaires ; • toutes les femmes enceintes. <p>Lorsque les ressources sont limitées, en particulier dans les régions à faible charge de morbidité due au VIH, les programmes pourraient avoir besoin de hiérarchiser les ressources en offrant en priorité les SDV aux femmes enceintes des régions géographiques où la prévalence du VIH est plus forte, ou aux femmes soumises à un risque élevé persistant, comme celles membres des populations clés.</p>
<p>SDV dans la communauté</p> <p>OMS (2015). Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH. https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/fr/</p>	<p>Contextes à forte charge de morbidité due au VIH L'OMS recommande d'offrir des services communautaires de dépistage du VIH connectés aux services de prévention, de soins et de traitement, en plus d'offrir de manière systématique un dépistage dans les établissements de santé, en particulier aux populations clés (<i>recommandation forte, données probantes de faible qualité</i>).</p> <p>Contextes à faible charge de morbidité due au VIH L'OMS recommande d'offrir aux populations clés des services communautaires de dépistage du VIH connectés aux services de prévention, de soins et de traitement, en plus d'offrir un dépistage dans les établissements de santé (<i>recommandation forte, données probantes de faible qualité</i>).</p>

Tableau 1.1. Résumé des recommandations, déclarations de bonnes pratiques de l'OMS et orientations révisées pour le dépistage du VIH, suite




Approche et référence	Recommandations et déclarations de bonnes pratiques
<p>Autodépistage du VIH</p> <p> Recommandation actualisée</p> <p>OMS (2018). Lignes directrices sur l'autodépistage du VIH et la notification aux partenaires Supplément aux lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH. https://www.who.int/hiv/pub/self-testing/hiv-self-testing-guidelines/fr/</p>	<p>Un autodépistage du VIH doit être proposé dans le cadre des services de dépistage du VIH (<i>recommandation forte, données probantes de qualité moyenne</i>).</p>
<p>Notification par le prestataire (également appelée dépistage indicateur et notification assistée aux partenaires)</p> <p> Recommandation actualisée</p> <p>OMS (2018). Lignes directrices sur l'autodépistage du VIH et la notification aux partenaires : Supplément aux lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH. https://www.who.int/hiv/pub/self-testing/hiv-self-testing-guidelines/fr/</p>	<p>Dans le cadre d'un ensemble complet de services de soins, de dépistage et de prévention offerts sur une base volontaire, il faut offrir un service de notification par le prestataire à toutes les personnes vivant avec le VIH (<i>recommandation forte, données probantes de qualité moyenne</i>).</p>
<p>Approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux</p> <p> Recommandation</p> <p>OMS (2019). Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH.</p>	<p>Des approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux peuvent servir de stratégie de dépistage du VIH dans les populations clés, dans le cadre d'un ensemble complet de services de soins et de prévention (<i>recommandation conditionnelle, données probantes de très faible qualité</i>).</p>
<p>Dépistage du VIH par des prestataires non professionnels</p> <p>OMS (2015). Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH. https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/fr/</p>	<p>Les prestataires non professionnels formés et encadrés peuvent assurer indépendamment un service de dépistage du VIH sûr et efficace au moyen de tests de diagnostic rapide (TDR) (<i>recommandation forte, données probantes de qualité moyenne</i>).</p>

Tableau 1.1. Résumé des recommandations, déclarations de bonnes pratiques de l'OMS et orientations révisées pour le dépistage du VIH, suite


Approche et référence	Recommandations et déclarations de bonnes pratiques
Répétition du dépistage	
<p>Répétition du dépistage  Orientation actualisée</p> <p>OMS (2015). Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH. https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/fr/</p>	<p>Dans tous les contextes Seuls des groupes bien précis dans les contextes où la charge de morbidité due au VIH est élevée ou des personnes présentant un risque d'infection au VIH ont besoin de services de conseil après le dépistage les encourageant à répéter le dépistage à un rythme approprié. L'orientation de l'OMS recommande une répétition annuelle du dépistage pour les personnes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • population sexuellement active des contextes où la charge de morbidité due au VIH est élevée ; • personnes soumises à un risque persistant d'infection au VIH, quel que soit le contexte, notamment : <ul style="list-style-type: none"> - les populations clés, à savoir les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes vivant en milieu carcéral ou dans d'autres structures fermées, les consommateurs de drogue par injection, les travailleurs du sexe et les personnes transgenres ; - les groupes à risque propres au pays ou à l'épidémie, comme les hommes, les adolescentes et les jeunes femmes d'Afrique australe ; - les personnes ayant un partenaire séropositif pour le VIH. <p>Répétition du dépistage pour des groupes particuliers. Dans certaines situations, des personnes qui ont déjà subi un dépistage pour le VIH peuvent avoir à répéter ce dépistage, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les personnes ayant un diagnostic d'IST ou d'hépatite virale, ou recevant un traitement contre ces infections ; - les personnes ayant reçu un diagnostic provisoire ou confirmé de TB ; - les patients traités en ambulatoire avec un tableau clinique qui serait révélateur d'une infection à VIH ; - les personnes qui ont récemment présenté un risque d'exposition au VIH. <p>Une répétition plus fréquente du dépistage, par exemple tous les 3 à 6 mois, pourrait s'avérer nécessaire en fonction des facteurs de risque individuels et dans le cadre d'interventions plus générales pour la prévention du VIH. Elle concernerait par exemple les populations clés qui arrivent dans les services avec une IST, et les personnes suivant une PrEP, qui doivent effectuer un dépistage du VIH trimestriel.</p> <p>Répétition du dépistage pour les femmes enceintes ou en période postpartum Contextes à forte charge de morbidité due au VIH Répéter en fin de grossesse (au cours de la visite du troisième trimestre) le dépistage de toutes les femmes enceintes de statut sérologique inconnu ou séronégatif pour le VIH. Un dépistage de rattrapage est nécessaire si le premier dépistage ou la répétition du dépistage ont été omis ou retardés.</p> <p>On peut également envisager de répéter le dépistage pour les femmes en période postpartum de statut sérologique inconnu ou séronégatif pour le VIH. Les pays peuvent envisager d'offrir un dépistage supplémentaire en période postpartum aux femmes des populations clés, à celles qui ont un partenaire vivant avec le VIH dont la charge virale n'est pas supprimée, et à celles qui vivent dans des districts ou des provinces déterminés où l'incidence ou la charge du VIH sont élevées.</p>

Tableau 1.1. Résumé des recommandations, déclarations de bonnes pratiques de l'OMS et orientations révisées pour le dépistage du VIH, suite

Approche et référence	Recommandations et déclarations de bonnes pratiques
	<p>Contextes à faible charge de morbidité due au VIH Répéter le dépistage en fin de grossesse (au cours de la visite du troisième trimestre) pour toutes les femmes enceintes de statut sérologique inconnu ou séronégatif pour le VIH dans un couple sérodiscordant, lorsque le partenaire ne suit pas de thérapie antirétrovirale ou que sa charge virale n'est pas supprimée, ou pour les femmes enceintes soumises à un autre risque persistant connu d'infection au VIH en fin de grossesse – au cours de la visite du troisième trimestre. Un dépistage de rattrapage est nécessaire si le premier dépistage ou la répétition du dépistage ont été omis ou retardés.</p> <p>Il est possible d'envisager un dépistage supplémentaire en période postpartum pour les femmes de statut sérologique inconnu ou séronégatif pour le VIH qui sont membres des populations clés ou qui ont un partenaire vivant avec le VIH dont la charge virale n'est pas supprimée. Les pays peuvent également envisager d'offrir un dépistage supplémentaire en période postpartum aux femmes qui vivent dans des districts ou des provinces déterminés où l'incidence ou la charge du VIH sont élevées.</p>
<p>Stratégies de dépistage et de diagnostic du VIH</p>	
<p>Stratégies de dépistage et de diagnostic du VIH</p> <p>NEW Recommandation et Orientation actualisée</p> <p>OMS (2019). Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH.</p> <p>OMS (2015). Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH. https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/fr/</p>	<p>Immunotransfert (« Western blot ») Les immunotransferts (« Western blots ») et les immunodosages sur bandelettes (« line immunoassays ») ne doivent pas être utilisés dans les stratégies et les algorithmes nationaux de dépistage du VIH (recommandation forte, données probantes de faible qualité).</p> <p>Femmes enceintes Les doubles tests de diagnostic rapide (TDR) VIH/syphilis peuvent servir de premier test dans les stratégies et algorithmes de dépistage du VIH utilisés dans les établissements de soins prénataux.</p> <p>Stratégie et algorithme de dépistage du VIH L'OMS recommande que la valeur prédictive positive de tous les algorithmes de dépistage du VIH soit d'au moins 99 % et que ces algorithmes utilisent des tests ayant une sensibilité > 99 % et une spécificité > 98 %.</p> <p>Le premier test d'une stratégie et d'un algorithme de dépistage du VIH doit présenter la sensibilité la plus élevée, tandis que les deuxième et troisième tests doivent présenter la spécificité la plus forte.</p> <p>Les pays devraient envisager de passer à une stratégie qui s'appuie sur trois tests lorsque le taux de positivité des SDV à l'échelle nationale est inférieur à 5 % — c'est à dire que toutes les personnes qui ont recours à des SDV doivent obtenir trois tests positifs consécutifs pour recevoir un diagnostic de séropositivité au VIH.</p> <p>L'OMS conseille d'utiliser une stratégie de dépistage du VIH qui permet de poser un diagnostic de VIH durant les périodes de surveillance et d'informer systématiquement les patients du résultat du dépistage.</p>

Tableau 1.1. Résumé des recommandations, déclarations de bonnes pratiques de l'OMS et orientations révisées pour le dépistage du VIH, suite

Approche et référence	Recommandations et déclarations de bonnes pratiques
Services après le dépistage et orientation	
<p>OMS (2019). Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH.</p> <p>OMS (2017). Lignes directrices sur la prise en charge d'une maladie due au VIH et le démarrage rapide d'une thérapie antirétrovirale (en anglais).</p> <p>https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/advanced-HIV-disease/en/</p> <p>OMS (2016). Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention d'une infection à VIH : approche de santé publique (en anglais). https://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/</p> <p>OMS (2015). Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH. https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/fr/</p>	<p>Après la confirmation du diagnostic de VIH et une évaluation clinique, il faut offrir à toutes les personnes vivant avec le VIH la possibilité de démarrer rapidement une thérapie antirétrovirale (<i>recommandation forte, données probantes de grande qualité pour les adultes et les adolescents ; données probantes de faible qualité pour les enfants</i>).</p> <p>Après un diagnostic de séropositivité pour le VIH, il faut offrir un ensemble d'interventions de soutien à toutes les personnes vivant avec le VIH, pour assurer leur orientation opportune vers des services de soins (<i>recommandation forte, données probantes de qualité moyenne</i>).</p> <p>Les interventions suivantes ont prouvé qu'elles permettaient de favoriser l'orientation vers les services de soins après un diagnostic de VIH :</p> <ul style="list-style-type: none"> • interventions simplifiées pour réduire les délais entre le diagnostic et la participation aux soins, notamment (i) une meilleure orientation pour une prise en charge de la maladie, (ii) une aide à la communication du statut sérologique, (iii) un suivi des patients, (iv) une formation du personnel à la prestation de services multiples et (v) des services simplifiés et situés au même endroit (<i>données probantes de qualité moyenne</i>) ; • approches de soutien et de navigation par les pairs pour l'orientation (<i>données probantes de qualité moyenne</i>) ; • mesures pour améliorer la qualité, utilisant les données pour faciliter l'orientation (<i>données probantes de faible qualité</i>) ; <p>Déclarations de bonnes pratiques</p> <p>Le démarrage de la thérapie antirétrovirale doit respecter les principes généraux de la prestation de soins centrés sur la personne. Les soins centrés sur la personne doivent cibler les besoins, les préférences et les attentes des personnes et des communautés en matière de santé, et s'articuler autour de ces éléments, tout en garantissant la dignité et le respect de la personne, notamment pour les populations vulnérables. Ces soins doivent promouvoir la participation et aider les personnes et les familles à jouer un rôle actif dans leurs soins, en les aidant à prendre des décisions éclairées.</p> <p>Avant de démarrer une thérapie antirétrovirale, il faut répéter le dépistage de toutes les personnes nouvellement diagnostiquées séropositives au VIH pour vérifier leur statut sérologique, à l'aide d'une stratégie et d'un algorithme de dépistage identiques à ceux utilisés lors du premier dépistage. Pour minimiser le risque d'erreur de diagnostic, cette approche doit être maintenue dans les contextes mettant en œuvre un démarrage rapide de la thérapie antirétrovirale.</p> <p>L'entrée en vigueur de la recommandation visant à « traiter tout le monde » (thérapie antirétrovirale pour toutes les personnes vivant avec le VIH, indépendamment de la numération des CD4) favorise le démarrage rapide de la thérapie antirétrovirale, y compris une mise en route le jour même en l'absence de contre-indication clinique.</p> <p>Les patients qui ne présentent aucune contre-indication au démarrage rapide de la thérapie antirétrovirale doivent être pleinement informés des bienfaits de cette thérapie et se voir offrir un démarrage rapide du traitement, y compris une mise en route le jour même. Il est particulièrement important de démarrer rapidement la thérapie antirétrovirale pour les personnes ayant une très faible numération des CD4, pour lesquelles le risque de décès est élevé. Les personnes ne doivent pas être forcées à commencer immédiatement un traitement et il faut les aider à décider en connaissance de cause quand démarrer la thérapie antirétrovirale.</p>

Tableau 1.1. Résumé des recommandations, déclarations de bonnes pratiques de l'OMS et orientations révisées pour le dépistage du VIH, suite

Approche et référence	Recommandations et déclarations de bonnes pratiques
Populations prioritaires	
<p>Populations clés</p> <p>NEW Recommandation</p> <p>OMS (2019). Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH.</p> <p>OMS (2015). Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH. https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/fr/</p>	<p>Les services de dépistage du VIH doivent être offerts de façon systématique à toutes les populations clés, aussi bien au sein de la communauté que dans les établissements de santé. Dans tous les contextes, il faut offrir aux populations clés des services communautaires de dépistage du VIH connectés aux services de prévention, de soins et de traitement, en plus d'offrir systématiquement un dépistage dans les établissements de santé (<i>recommandation forte, données probantes de faible qualité</i>).</p> <p>Des approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux peuvent servir de stratégie de dépistage du VIH dans les populations clés, dans le cadre d'un ensemble complet de services de soins et de prévention (<i>recommandation conditionnelle, données probantes de très faible qualité</i>).</p>
<p>Adolescents</p> <p>OMS (2015). Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH. https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/fr/</p>	<p>Il est conseillé d'offrir aux adolescents des populations clés des services de dépistage du VIH connectés aux services de prévention, de soins et de traitement (<i>recommandation forte, données probantes de très faible qualité</i>).</p> <p>Les adolescents doivent être conseillés sur les avantages et les risques potentiels de la communication de leur statut de séropositivité pour le VIH. Ils doivent également recevoir les moyens et le soutien nécessaires pour déterminer s'ils doivent divulguer ce statut, quand et comment le faire, et à qui (<i>recommandation conditionnelle, données probantes de très faible qualité</i>).</p> <p>Contextes à forte charge de morbidité due au VIH Dans les contextes à forte charge de morbidité due au VIH, il est recommandé d'offrir à tous les adolescents des SDV connectés aux services de prévention, de soins et de traitement (<i>recommandation forte, données probantes de très faible qualité</i>).</p> <p>Contextes à faible charge de morbidité due au VIH Des SDV connectés aux services de prévention, de soins et de traitement doivent être accessibles à tous les adolescents en cas d'épidémie peu active ou concentrée (<i>recommandation conditionnelle, données probantes de très faible qualité</i>).</p> <p>Déclaration de bonnes pratiques Les gouvernements doivent revoir les politiques sur l'âge légal de consentement au vu de la nécessité de respecter le droit des adolescents à faire des choix en ce qui concerne leur santé et leur bien-être (<i>en tenant compte des différents niveaux de maturité et de compréhension</i>).</p>

Tableau 1.1. Résumé des recommandations, déclarations de bonnes pratiques de l'OMS et orientations révisées pour le dépistage du VIH, suite


Approche et référence	Recommandations et déclarations de bonnes pratiques
<p>Couples et partenaires</p> <p>NEW </p> <p>Recommandations nouvelles et actualisées</p> <p>OMS (2019). Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH.</p> <p>OMS (2015). Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH. https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/fr/</p> <p>OMS (2013). Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes : recommandations cliniques et politiques. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/88186/WHO_RHR_13.10_fre.pdf?sequence=1</p>	<p>Des approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux peuvent être offertes dans le cadre d'un ensemble complet de services de dépistage et de soins pour les populations clés (<i>recommandation conditionnelle, données probantes de très faible qualité</i>).</p> <p>Dans le cadre d'un ensemble complet de services de soins, de dépistage et de prévention offerts sur une base volontaire, il faut offrir un service de notification par le prestataire à toutes les personnes vivant avec le VIH (<i>recommandation forte, données probantes de qualité moyenne</i>).</p> <p>Il faut proposer des services volontaires de dépistage du VIH aux couples et aux partenaires, et les soutenir pour favoriser la divulgation réciproque (<i>recommandation forte, données probantes de faible qualité</i>).</p> <p>Il faut offrir un soutien immédiat aux femmes qui mentionnent subir des violences de la part d'un partenaire intime (ou d'un autre membre de la famille) ou être victimes d'une agression sexuelle (quelqu'en soit l'auteur). Au minimum, le personnel soignant doit offrir un soutien de première intention aux femmes qui mentionnent avoir subi des violences. Lorsque ce n'est pas possible, le personnel soignant doit s'assurer qu'une autre personne (de leur établissement de santé ou d'un autre établissement facilement accessible) est immédiatement disponible pour offrir un tel soutien (<i>recommandation forte, preuves indirectes</i>).</p> <p>Le personnel soignant doit s'informer d'une violence éventuelle entre partenaires intimes lorsqu'il évalue des conditions qui pourraient s'expliquer ou être compliquées par une telle violence, afin d'améliorer le diagnostic ou l'identification et les soins ultérieurs (<i>recommandation forte, preuves indirectes</i>).</p> <p>Déclarations de bonnes pratiques</p> <p>Un ensemble de mesures de notification volontaire par le prestataire pourrait inclure la notification des enfants biologiques des personnes vivant avec le VIH.</p> <p>Un dépistage imposé ou obligatoire n'est jamais justifié. En consultation avec le client, le prestataire doit évaluer le risque de préjudice, l'approche de dépistage du couple et des partenaires la plus adaptée, y compris le recours à des options supplémentaires de soutien comme l'aide du prestataire, et les situations pour lesquelles un dépistage du couple ou des partenaires est déconseillé.</p>

Tableau 1.1. Résumé des recommandations, déclarations de bonnes pratiques de l'OMS et orientations révisées pour le dépistage du VIH, suite

Approche et référence	Recommandations et déclarations de bonnes pratiques
<p>Nourrissons et enfants</p> <p>OMS (2019). Outil de diagnostic moléculaire du VIH pour faciliter la mesure de la charge virale et le diagnostic chez le nourrisson (en anglais). https://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv-molecular-diagnostic/en/</p> <p>OMS (2016). Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention d'une infection à VIH (en anglais). https://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/</p>	<p>Dans tous les contextes</p> <p>Les nourrissons exposés au VIH devraient subir le plus tôt possible un dépistage du VIH à l'aide d'un test virologique pour qu'ils puissent démarrer immédiatement une thérapie antirétrovirale, ce qui permet de réduire la morbidité et la mortalité associées.</p> <p>Les techniques de dépistage par l'acide nucléique (TAN) qui ont été conçues et validées pour une utilisation sur le lieu de soins peuvent être utilisées pour le dépistage précoce du VIH chez les nourrissons (recommandation conditionnelle, données probantes de faible qualité).</p> <p>On peut envisager d'ajouter un test de dépistage par TAN aux approches de dépistage déjà en place pour le diagnostic précoce des nourrissons, afin de diagnostiquer une infection à VIH chez les nourrissons exposés au VIH (recommandation conditionnelle, données probantes de faible qualité).</p> <p>Contextes à forte charge de morbidité due au VIH</p> <p>Dans les contextes à forte charge de morbidité due au VIH, les nourrissons et les enfants de statut sérologique inconnu qui sont admis à l'hôpital ou qui fréquentent les centres de malnutrition doivent subir un dépistage systématique du VIH (recommandation forte, données probantes de faible qualité).</p> <p>Dans les contextes à forte charge de morbidité due au VIH, il faut offrir un dépistage du VIH aux nourrissons et aux enfants de statut sérologique inconnu qui fréquentent les services ambulatoires ou les centres de vaccination (recommandation conditionnelle, données probantes de faible qualité).</p> <p>Déclarations de bonnes pratiques</p> <p>Dans tous les contextes, il faut offrir systématiquement des SDV aux enfants biologiques d'un parent vivant avec le VIH (ou dont le décès pourrait être dû au VIH). En cas d'infection avérée ou d'un risque élevé d'infection par l'allaitement, ces enfants doivent être orientés vers des services de traitement ou de prévention, et recevoir un ensemble plus général de mesures de notification volontaire par le prestataire.</p> <p>On déconseille aux organismes nationaux de réglementation d'effectuer des évaluations supplémentaires, qui retarderaient l'adoption de services de diagnostic précoce du nourrisson sur le lieu de soins. Au contraire, ces organismes sont encouragés à adopter un protocole d'inscription rapide et rationalisé ainsi qu'un processus d'approbation à l'échelle nationale pour une mise en œuvre immédiate de ces services.</p>

INTRODUCTION

1

1.1 Progrès accomplis et difficultés rencontrées	3
1.1.1 Accroître l'accès pour les populations clés	3
1.1.2 Les hommes souffrent encore d'un dépistage insuffisant	4
1.1.3 Les adolescents et les jeunes sont également mal desservis	5
1.1.4 Les services destinés aux femmes peuvent être étendus et intégrés davantage	6
1.1.5 Les enfants et les nourrissons échappent encore aux services et aux soins	6
1.1.6 La liaison avec les services de prévention, de soins, de traitement et de soutien est souvent tardive ou différée	7
1.1.7 Il est courant de refaire le test chez les personnes qui sont séropositives pour le VIH et sous traitement	7
1.1.8 Un dépistage du VIH de qualité présente des difficultés	8
1.2 Justification	9
1.3 Champ d'application des lignes directrices	9
1.4 Utilisation des lignes directrices	10
1.5 But et objectifs	10
1.6 Public cible	11
1.7 Principes directeurs	12
Références bibliographiques	14

1 INTRODUCTION

1.1 Progrès accomplis et difficultés rencontrées

Pour que la riposte au virus atteigne ses objectifs, il est essentiel que chacun connaisse son statut sérologique au regard du VIH ainsi que celui de ses partenaires. Dans le cadre des services de dépistage du VIH (SDV), les principaux objectifs consistent à fournir un diagnostic et à faciliter l'accès et le recours à la prévention, au traitement et aux soins du VIH. Ces services peuvent inclure le traitement antirétroviral (TAR), la circoncision médicale masculine volontaire (CMMV), la prévention de la transmission mère-enfant (PTME), les préservatifs, la contraception et les services de réduction des risques pour les consommateurs de drogues par injection, ainsi que la prophylaxie préexposition (PrEP) et la prophylaxie postexposition (PPE). Ces interventions à fort impact réduisent la transmission du VIH ainsi que la morbidité et la mortalité liées au virus (1-5).

Une intensification notable des SDV a été constatée à l'échelle mondiale. En 2005, on estimait qu'en Afrique seulement 10 % des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut sérologique et que, dans le monde, seulement 12 % des personnes souhaitant faire un test de dépistage du VIH étaient en mesure de le faire (6). Aujourd'hui, près de 15 ans plus tard, on estime que 81 % des personnes vivant avec le VIH en Afrique (79 % à l'échelle mondiale) connaissent leur statut (7, 8). On estime que de 2010 à 2018, plus d'un milliard de personnes ont bénéficié de SDV dans les pays à revenu faible et intermédiaire ayant notifié des données (8, 9). Ces progrès sont en grande partie imputables à la disponibilité de tests de diagnostic rapide (TDR). La disponibilité et l'utilisation croissantes des TDR ont permis d'optimiser le partage des tâches, permettant ainsi aux prestataires non professionnels adéquatement formés de dispenser des SDV en dehors du laboratoire, qu'il s'agisse de tests de routine effectués dans les établissements de santé ou dans le cadre d'actions de proximité.

Malgré ces réalisations, d'importantes disparités persistent. Bien que le nombre de tests de dépistage du VIH effectués et la couverture du dépistage aient augmenté régulièrement dans de nombreux contextes, les SDV ne sont souvent pas suffisamment axés sur les personnes les plus à risque (8). Les personnes qui échappent au dépistage sont les plus souvent les hommes, les adolescents (âgés de 10 à 19 ans) et les jeunes (âgés de 15 à 24 ans) dans les contextes à forte charge de VIH, principalement en Afrique de l'Est et en Afrique australe, et les populations clés à l'échelle mondiale (8).

Malgré une augmentation rapide de l'accès à ces services, beaucoup des personnes les plus exposées au risque d'infection par le virus n'ont toujours pas été atteintes et dépistées.

1.1.1 Accroître l'accès pour les populations clés

Le VIH affecte de manière disproportionnée les populations clés, à savoir les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les consommateurs de drogues par injection, les travailleurs du sexe, les personnes transgenres, les personnes privées de liberté ou vivant dans des environnements confinés, et leurs partenaires. Ces populations clés représentent plus de la moitié des 1,7 million de nouvelles infections à VIH qui surviennent chaque année (8). Bien que

les pays incluent de plus en plus ces populations dans leurs lignes directrices nationales sur les SDV en tant que populations prioritaires, leurs taux de dépistage restent limités et la couverture continue d'être faible dans la plupart des contextes (8, 9). Même en présence d'une forte charge de VIH, une riposte complète au virus doit cibler les populations clés où la charge demeure très élevée ; tandis que dans la population générale, la proportion de personnes vivant avec le VIH qui l'ignorent diminue (8, 10).

La faible couverture et le faible recours aux SDV parmi les populations clés est en partie due au manque de services accessibles, disponibles et adéquats. Les facteurs juridiques et sociaux liés aux populations clés et à leurs comportements augmentent de plus leur vulnérabilité face au VIH et entravent l'accès aux services connexes, notamment la prévention, le dépistage, le traitement et les soins. Ces facteurs comprennent la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, la criminalisation des comportements et l'application de lois et pratiques punitives (11, 12). Le dépistage du VIH est en effet parfois utilisé à mauvais escient à des fins punitives ou coercitives contre les populations clés, en particulier lorsque leurs comportements sont criminalisés (7, 8). Dans de nombreux pays, une couverture inadéquate et la faible qualité des services liés au VIH pour les populations clés, y compris les services de dépistage, affaiblissent la riposte nationale au VIH (10).

Ces enjeux nécessitent une réorientation et de nouvelles approches dans le but d'atteindre les personnes avec une infection à VIH non diagnostiquée plus tôt dans le cours de l'infection. De nombreux pays et programmes recherchent des approches innovantes pour la fourniture des SDV dans le but d'atteindre les cibles de dépistage nationales et mondiales.

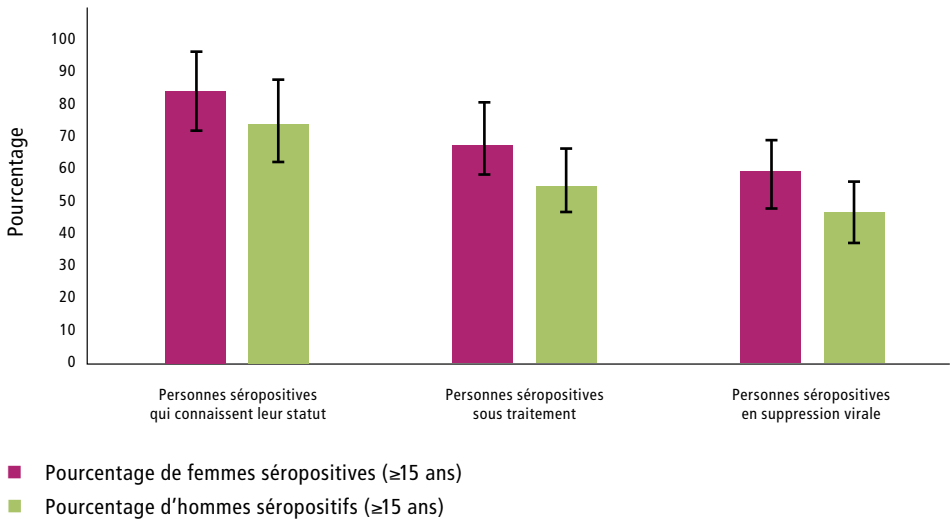
Une couverture inadéquate et une faible qualité de services pour les populations clés peut affaiblir la riposte nationale au VIH.

1.1.2 Les hommes souffrent encore d'un dépistage insuffisant

À l'échelle mondiale, les hommes séropositifs ont moins tendance que les femmes à connaître leur statut, suivre un traitement et parvenir à la suppression virale (8). Selon les données notifiées par 76 pays à revenu faible et intermédiaire en 2014, près de 70 % des tests de dépistage du VIH chez les adultes ont été effectués chez les femmes (9). En 2018, environ 55 % des hommes adultes séropositifs recevaient un TAR, contre 68 % des femmes séropositives (8). Dans la plupart des pays, la couverture du dépistage du VIH chez les hommes reste inférieure à celle des femmes (13). Les hommes sont surreprésentés dans les populations clés, et donc plus susceptibles de faire face aux obstacles à l'accès qui sont associés à l'appartenance à une telle population. Par exemple, environ 80 % des consommateurs de drogues par injection sont des hommes (14). Les estimations suggèrent qu'en dehors de l'Afrique, les hommes, issus principalement de populations clés, comptent pour un plus grand nombre de nouvelles infections que les femmes (15).

Chez les hommes, les obstacles aux SDV sont souvent dus à la perception que les services de santé, en particulier les soins prénatals (SPN), ne sont pas appropriés pour les hommes (16). D'autres convictions et comportements socioculturels y contribuent également. Dans ces populations clés, les obstacles supplémentaires à ces services pour les hommes comprennent des facteurs au niveau des établissements de santé, comme la stigmatisation, la discrimination, les problèmes de confidentialité et les horaires d'ouverture peu pratiques des cliniques (12, 14). Les lois et politiques punitives, le harcèlement par les responsables de l'application des lois et la stigmatisation et la discrimination sociales, qui sont des questions de portée plus large, sont également des obstacles majeurs (12). Beaucoup d'hommes n'ont donc pas été dépistés, et ceux vivant avec le VIH continuent d'être diagnostiqués et orientés tardivement vers les traitements et les soins requis. Ainsi, dans de nombreux contextes, les hommes ont un taux de mortalité par le VIH plus élevé que leurs pairs féminins (voir la Figure 1.1) (17).

Figure 1.1. Cascade des services de dépistage et de traitement du VIH, âge ≥ 15 ans, échelle mondiale, 2018



Source : ONUSIDA, 2019 (8)

Des stratégies sont nécessaires pour accroître le recours des hommes aux SDV ainsi que pour soutenir la liaison avec les services de prévention et de traitement.

1.1.3 Les adolescents et les jeunes sont également mal desservis

Les adolescents et les jeunes, en particulier les jeunes femmes et les filles, sont également exposés à un risque important d'infection par le VIH dans les pays à forte charge du virus en Afrique orientale et australe, où vivaient près de 90 % des adolescents séropositifs (âgés de 10 à 19 ans) (8, 18). À l'échelle mondiale, la charge du VIH est souvent élevée chez les jeunes issus de populations clés, notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les femmes transgenres, les jeunes femmes qui vendent des services sexuels et les jeunes qui utilisent ou s'injectent des drogues (8, 19).

Bien que le dépistage du VIH soit une nécessité chez les adolescents, la couverture et le recours aux services restent médiocres. On estime que dans la région africaine, moins d'une fille sur cinq (âgée de 15 à 19 ans) connaît son statut VIH (20, 21). Des enquêtes en population au Malawi, en République-Unie de Tanzanie, en Ouganda et en Zambie suggèrent qu'environ la moitié des jeunes (âgés de 15 à 24 ans) infectés par le virus étaient au courant de leur statut HIV, et seulement 37 à 46 % étaient sous traitement (22).

L'accès et le recours limités aux services de dépistage sont souvent dus à la mauvaise qualité réelle ou perçue de ces services ainsi qu'à la mise en œuvre de lois et politiques restrictives, comme par exemple les lois sur l'âge de consentement pour les tests, qui empêchent les adolescents d'accéder aux SDV (23). Des efforts accrus sont particulièrement nécessaires afin d'améliorer l'accès pour les adolescents, chez lesquels l'incidence du VIH est élevée, en Afrique subsaharienne et parmi les populations clés jeunes dans tous les contextes.

1.1.4 Les services destinés aux femmes peuvent être étendus et intégrés davantage

À l'échelle mondiale, on compte 1,4 million d'infections maternelles à VIH, 988 000 infections maternelles à la syphilis et 65 millions de femmes en âge de procréer atteintes d'hépatite B chronique (VHB) (8, 24, 25). L'élimination de la transmission mère-enfant (eTME) du VIH, de la syphilis et du VHB constitue une priorité de santé mondiale (26). Les femmes enceintes vivant avec le virus peuvent bénéficier au maximum de la prévention, du traitement et des soins quand le dépistage du VIH et de la syphilis est effectué le plus tôt possible pendant la grossesse. En outre, cela réduit le risque de transmission aux nourrissons et aux partenaires sexuels. Un traitement précoce du VIH, de la syphilis et du VHB chronique permettra d'obtenir les meilleurs résultats en matière de santé pour les mères et leurs enfants. Pour prévenir la transmission du VIH de la mère au nourrisson, le TAR est le plus efficace lorsqu'il est instauré avant ou au début de la grossesse.

Les SDV doivent être systématiquement proposés le plus tôt possible pendant la grossesse (27). Dans les contextes à forte charge, une incidence élevée du VIH est observée tout au long de la période prénatale et après l'accouchement (post-partum), indiquant qu'il peut être justifié de refaire le test pour les femmes enceintes dont le premier test VIH est négatif (28). À l'échelle mondiale, la couverture du dépistage de la syphilis et du VHB chez les femmes enceintes est nettement inférieure à celle du VIH (28). Cela conduit chaque année à des issues indésirables de la grossesse et à de nouvelles infections nécessitant un traitement (8).

L'OMS recommande de dépister la syphilis et le VHB¹ pendant la grossesse. Cependant, cette recommandation n'est souvent pas mise en œuvre, ou n'est pas nécessairement incluse dans la politique nationale (28). En 2017, un tiers des pays ont déclaré un taux de couverture du dépistage prénatal de la syphilis inférieur à 50 % (29), et encore moins de dépistage du VHB. Bien que l'OMS recommande le dépistage sur le lieu des soins à l'aide de TDR, la majorité des pays dépendent encore d'analyses effectuées au laboratoire (28, 30).

1.1.5 Les enfants et les nourrissons échappent encore aux services et aux soins

De plus, la couverture du dépistage du VIH chez les enfants est souvent faible. Malgré les rapports de séropositivité élevée parmi les enfants testés dans un contexte clinique dans les pays à forte charge de VIH (31-34), il est encore rare que le dépistage soit proposé systématiquement aux enfants dans les cliniques de tuberculose et les centres de lutte contre la malnutrition (35, 36). Bien que la couverture du dépistage du VIH dans les programmes de PTME se soit considérablement améliorée au cours de la dernière décennie, les taux de diagnostic précoce chez le nourrisson (DPN) sont encore loin d'être optimaux. En 2018, seulement 56 % de tous les nourrissons exposés au VIH ont été testés au deuxième mois (28). Pour les nourrissons qui sont testés, des retards dans l'obtention des résultats et d'autres lacunes dans la cascade de traitement persistent. Par conséquent, moins d'un tiers des nourrissons infectés pendant la période périnatale sont orientés vers les services appropriés et placés sous TAR en temps opportun (37).

Moins d'un tiers des nourrissons infectés pendant la période périnatale sont orientés vers les services appropriés et mis sous TAR en temps opportun.

Parmi les obstacles au dépistage du VIH chez les nourrissons et les enfants, il faut citer les mères qui retournent chez elles ou dans leurs villages après l'accouchement, la peur de la divulgation du statut sérologique VIH, la crainte de la stigmatisation et de la discrimination, et le manque de connaissances des parents quant à la nécessité des soins pour leurs enfants.

¹ En particulier dans les contextes où la séoprévalence de l'Ag HBs est supérieure ou égale à 2 % dans la population générale.

Parmi d'autres facteurs qui perpétuent le faible taux de dépistage, on citera également le manque de transports, les horaires d'ouverture peu pratiques et la longueur des temps d'attente dans les établissements de santé (35, 36).

1.1.6 La liaison avec les services de prévention, de soins, de traitement et de soutien est souvent tardive ou différée

La mise en liaison avec les services de prévention, de traitement et de soins, après le recours aux SDV, est une responsabilité clé du prestataire des tests de dépistage et constitue un facteur essentiel à l'impact programmatique. Grâce à l'instauration immédiate du TAR et à l'amélioration des options thérapeutiques, l'accès et le recours au traitement ont augmenté. En 2018, environ la moitié des 195 États membres de l'OMS ayant notifié des données avaient achevé ou étaient sur le point d'achever leur transition vers la stratégie « Traiter tout le monde » en utilisant les schémas thérapeutiques antirétroviraux de première intention recommandés (28). Selon un examen systématique récent, ces améliorations en termes de disponibilité des traitements ont permis d'obtenir des taux plus élevés de liaison avec les services et les soins (38). Mais des lacunes persistent malgré ces progrès, en particulier pour les populations clés, les hommes, les jeunes et les personnes vivant avec le VIH précédemment diagnostiquées et qui n'avaient pas instauré de TAR, ou qui avaient commencé le traitement mais l'avaient arrêté ou étaient perdues de vue.

Les obstacles qui entravent ou retardent la mise en liaison des personnes infectées avec les services de traitement et de soins du VIH persistent. Ceux-ci comprennent notamment les frais de transport et l'éloignement de l'établissement de santé, la stigmatisation, la crainte de la divulgation, les pénuries de personnel et la longueur des temps d'attente (39), tout comme les obstacles politiques et juridiques pouvant empêcher l'accès, notamment pour les adolescents et les populations clés. Dans de nombreux contextes, l'utilisation de tests effectués en laboratoire, et en particulier les tests d'immunotransfert (Western blot), entrave la mise en relation avec les services de soins. D'après un examen systématique récent, les stratégies et algorithmes de test utilisant l'immunotransfert allongent le délai d'obtention des résultats, réduisent le taux de liaison avec les services de traitement et augmentent le nombre de perdus de vue par comparaison avec les stratégies et algorithmes qui utilisent des tests simples, comme les tests de diagnostic rapide (TDR) et les dosages immuno-enzymatiques (EIA) (40). Des études récentes ont également mis en évidence les coûts d'opportunité élevés pour les hommes qui se rendent dans les services de santé (41), ce qui contribue également à réduire ou à retarder le recours aux services.

1.1.7 Il est courant de refaire le test chez les personnes qui sont séropositives pour le VIH et sous traitement

Parallèlement, il est possible que l'accès optimisé aux services de dépistage et au TAR encourage les personnes vivant avec le VIH qui connaissent déjà leur statut, y compris celles qui sont sous traitement, à refaire le test (42-45). Un examen systématique a relevé que 13,2 à 68,1 % des personnes infectées qui connaissaient déjà leur statut refaisaient le test (46). Dans toutes les études, il était plus fréquent de refaire le test chez les personnes testées dans le cadre d'une offre systématique de dépistage dans un site clinique (conseil et dépistage à l'initiative du prestataire [CDIP]) et dans le cadre des SDV à domicile (effectués au porte-à-porte) que chez celles testées dans des sites autonomes (souvent appelés sites de conseil et de dépistage volontaire [CDV]) où l'on se rend spécifiquement pour ces services de dépistage (47, 48).

Parmi les personnes qui connaissent leur statut séropositif, y compris celles sous traitement, il peut y avoir différentes motivations pour refaire le test. Il peut s'agir de doutes quant à l'exactitude d'un test précédent, du fait qu'une personne se sente malade ou en bonne santé, ou de la nécessité de vérifier ou confronter un diagnostic de séropositivité (46). Dans ces cas il n'est pas recommandé de refaire le test sous risque d'obtenir des résultats incorrects si la personne

séropositive est sous TAR.

Pour certaines personnes qui connaissent leur statut VIH mais qui n'ont pas commencé ni interrompu de traitement, refaire le test permet non seulement de débiter ou de reprendre les soins mais aussi d'instaurer la confiance et de se familiariser avec les agents de santé et le processus de liaison avec les soins (49).

Une combinaison d'interventions est nécessaire afin d'améliorer la liaison avec les services de prévention, de soins et de traitement pour les groupes à risque spécifiques, en particulier pour les populations clés et les hommes, ainsi que pour réduire le nombre de personnes perdues au suivi tout au long du parcours de dépistage et de traitement. Avec l'augmentation de la couverture du TAR, il est important de communiquer des messages appropriés et ciblés sur le maintien des soins.

1.1.8 Un dépistage du VIH de qualité présente des difficultés

Outre le fait d'étendre stratégiquement les services de dépistage, il est également important de donner le diagnostic correct à toutes les personnes qui se font dépister pour le VIH. De récents rapports révèlent des erreurs de diagnostic du VIH dans les contextes à ressources limitées, dues principalement à l'utilisation d'algorithmes et de stratégies sous-optimaux (42). Une récente analyse des politiques dans plus de 90 pays à revenu faible et intermédiaire souligne ce défi particulier : en 2018, seulement 25 % des pays utilisaient des algorithmes et stratégies de dépistage du VIH en conformité totale avec les recommandations de l'OMS (50). Moins d'un tiers de ces politiques spécifiait des produits dans l'algorithme de dépistage, et moins d'un cinquième indiquait la nécessité de vérifier un diagnostic séropositif en refaisant le test avant de commencer un traitement à vie ; deux éléments vitaux pour assurer un diagnostic précis de l'infection à VIH (50).

Seulement 25 % des politiques nationales utilisent des algorithmes et stratégies de dépistage du VIH qui sont en conformité totale avec les recommandations de l'OMS, qui garantissent les diagnostics les plus précis.

Outre l'emploi de ces stratégies et algorithmes sous-optimaux, un dépistage du VIH de mauvaise qualité peut être le résultat d'un certain nombre de facteurs, notamment : mauvaise performance des produits, stockage ou gestion inadéquats des fournitures, erreurs d'écriture ou de transcription, erreurs de l'utilisateur lors de la réalisation ou de l'interprétation des tests, et mauvaises pratiques de documentation et de tenue des dossiers. Le manque de formation des prestataires, de supervision formative ou de modes opératoires normalisés (MON) peut aggraver ces problèmes. Il est donc essentiel que les systèmes d'assurance qualité (AQ) soient efficaces et se développent conjointement à la prestation des SDV.

Selon une modélisation mathématique récente, un bon rapport coût/efficacité est obtenu en utilisant la bonne stratégie de dépistage du VIH, recommandée par l'OMS, et des mesures d'AQ comme refaire le test pour vérifier un diagnostic positif, car cette approche prévient les erreurs de diagnostic et l'instauration inutile d'un traitement coûteux à vie (51-53).

Afin de combler ces lacunes, des initiatives de dépistage du VIH plus proactives et centrées sur la personne sont nécessaires, avec des efforts accrus pour mettre en œuvre des SDV de qualité à l'aide des stratégies recommandées par l'OMS et de mesures d'assurance qualité. Cela consiste notamment à mettre davantage l'accent sur l'amélioration de la qualité (54), à promouvoir le dépistage de façon plus ciblée dans les zones géographiques à forte charge de VIH et dans les populations clés, et à investir de façon stratégique dans des mesures visant à accroître la demande en services de dépistage.

1.2 Justification

Les présentes lignes directrices visent à combler les lacunes que les pays ont identifiées dans la version 2015 des Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH de l'OMS. Elles fournissent de nouvelles recommandations et des mises à jour sur l'autodépistage du VIH (ADVIH), les approches de dépistage qui s'appuient sur les réseaux sociaux, et l'abandon progressif de l'immunotransfert dans les algorithmes et stratégies de dépistage nationaux.

Ces lignes directrices soulignent également les considérations opérationnelles dans le cadre des programmes et les méthodes permettant d'optimiser la prestation des services de dépistage. Les considérations opérationnelles comprennent les messages, le conseil et les activités qui visent à créer une demande ; les opportunités stratégiques pour intégrer des services, comme l'utilisation de tests de co-dépistage du VIH et de la syphilis dans le cadre des soins prénatals ; la fourniture de diagnostics corrects pour le VIH ; et l'utilisation stratégique des options et ressources de dépistage disponibles pour atteindre les personnes vivant avec le VIH et celles qui sont à risque de contracter le virus.

Les pays et autres utilisateurs finaux des Lignes directrices sur les services de dépistage du VIH ont indiqué que ces nouvelles orientations leur permettront de prendre des décisions sur la manière d'introduire et d'intensifier de nouvelles approches pour les SDV, ainsi que d'accroître l'efficacité et l'efficacité des programmes de dépistage dans le cadre des initiatives nationales et mondiales visant à atteindre et maintenir une faible incidence du VIH (55).

1.3 Champ d'application des lignes directrices

Ces lignes directrices décrivent une approche de santé publique pour renforcer et étendre les SDV. Elles présentent des mises à jour importantes des Lignes directrices sur les services de dépistage du VIH existantes de l'OMS, et se concentrent sur les bases factuelles récentes, les nouvelles recommandations, les bonnes pratiques et les considérations opérationnelles qui répondent aux besoins changeants des programmes nationaux.

Cette orientation unifiée aborde les problèmes, les éléments et les modèles de prestation de services pour la fourniture efficace des SDV qui sont communs dans une variété de lieux et de contextes, et qui satisfont les besoins spécifiques de populations diverses.

- Le Chapitre 2 décrit la méthodologie utilisée pour élaborer ces lignes directrices.
- Le Chapitre 3 décrit en détail les orientations et les bonnes pratiques à suivre pour les services dispensés avant le dépistage, qui incluent la mobilisation, la création de la demande ainsi que les informations et les messages donnés avant le test.
- Le Chapitre 4 présente les orientations et les bonnes pratiques à respecter pour la liaison avec les services de prévention et de traitement, notamment le conseil post-test fourni après le dépistage.
- Le Chapitre 5 donne les orientations et les recommandations sur les approches de dépistage du VIH, notamment dans les établissements de santé et en milieu communautaire, pour l'ADVIH et la notification par le prestataire, et dans le cadre des approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux.
- Le Chapitre 6 examine les considérations opérationnelles pour cibler les SDV en fonction des populations prioritaires qui en ont le plus besoin.
- Le Chapitre 7 propose des moyens stratégiques pour rationaliser les ressources limitées, et présente un cadre pour cibler les approches du dépistage du VIH dans différents contextes d'épidémie et différentes populations.

- Les Chapitres 8 et 9 fournissent les orientations sur l'exécution correcte des tests de dépistage du VIH, les stratégies de dépistage du VIH, la vérification des algorithmes nationaux, les problèmes d'approvisionnement et de chaîne logistique, et la qualité des SDV.

Ces lignes directrices sont une mise à jour des *Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH (2) de 2015* et des *Lignes directrices sur l'autodépistage du VIH et la notification aux partenaires (56) de 2016*. Elles sont également disponibles sous forme de notes d'orientation abrégées : <https://www.who.int/publications/i/item/consolidated-guidelines-on-hiv-testing-services-for-a-changing-epidemic>

Les documents de référence élaborés pour soutenir ces lignes directrices et les tableaux de la méthodologie GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) pour les nouvelles recommandations figurent dans les annexes Web citées dans la table des matières. Ces références sont incluses dans les lignes directrices publiées et peuvent également être consultées en ligne à l'adresse <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/> (en anglais).

Les tableaux GRADE ayant abouti à de nouvelles recommandations et déclarations de bonnes pratiques figurent dans les annexes Web suivantes :

- Annexe Web A. Quelles sont les approches de création de la demande efficaces pour augmenter le recours au dépistage du VIH et la liaison ultérieure avec les services de prévention, de traitement et de soins ? (en anglais seulement)
- Annexe Web B. L'autodépistage du VIH devrait-il être proposé comme une approche de dépistage du VIH supplémentaire ? (en anglais seulement)
- Annexe Web C. Devrait-on proposer des approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux comme stratégie de dépistage du VIH supplémentaire pour les populations clés et leurs contacts ? (en anglais seulement)
- Annexe Web D. L'immunotransfert (Western blot) et les tests immunoenzymatiques sur bandelettes (LIA) devraient-ils être utilisés dans les stratégies et algorithmes de test nationaux ? (en anglais seulement)

Modélisation pour éclairer les considérations opérationnelles :

- Annexe Web E. Exactitude et performance des stratégies de dépistage du VIH : considérations pour la précision dans des contextes épidémiques hétérogènes (résumé) (en anglais seulement)
- Annexe Web F. Modélisation du rapport coût-efficacité de refaire le test de dépistage du VIH chez la mère dans les contextes à forte et à faible charge de VIH (résumé) (en anglais seulement)
- Annexe Web G. Modélisation du rapport coût-efficacité de l'utilisation de tests de co-dépistage du VIH et de la syphilis dans le cadre des soins prénatals dans les contextes à forte et à faible charge de VIH. (en anglais seulement)

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 axée sur la santé publique, et fondée sur les principes relatifs aux droits de la personne énoncés dans la stratégie des 5C de l'OMS : Consentement, Confidentialité, Conseil, résultats Corrects des tests et Connexion (liaison avec les services de prévention, de traitement et de soins) (voir la section 1.7).

1.5 But et objectifs

Le principal objectif de ces lignes directrices est de mettre à jour les *Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH (2)* 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 et qui sont les plus à risque de contracter le VIH.

Le but principal des présentes lignes directrices est d'appuyer l'adoption de nouvelles approches du dépistage du VIH susceptibles d'atteindre les personnes qui seraient sinon susceptibles de ne pas se faire tester, et qui sont les plus à risque.

Ces lignes directrices unifiées visent à soutenir davantage les pays, les gestionnaires de programmes, les agents de santé et d'autres parties prenantes qui veulent satisfaire les objectifs nationaux et mondiaux pour atteindre et maintenir une faible incidence du VIH d'ici à 2030 (55). Elles fournissent d'importantes considérations opérationnelles et de mise en œuvre sur la fourniture des programmes de SDV les plus efficaces et efficaces en utilisant différentes approches de dépistage pour servir les populations spécifiques et les contextes ayant besoin de services.

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

- fournir des recommandations complètes fondées sur des bases factuelles pour les SDV ;
- soutenir la mise en œuvre et l'intensification d'une combinaison stratégique d'approches de dépistage du VIH fondées sur des bases factuelles, dans les établissements de santé et les communautés, pour les personnes qui ont besoin de services de dépistage, de prévention et de traitement du VIH ;
- appuyer l'intégration de services par l'intermédiaire du dépistage du VIH, comme l'utilisation du co-dépistage du VIH et de la syphilis en tant que test de première intention dans le cadre des soins prénatals ;
- soutenir les programmes pour mettre en œuvre des SDV de qualité en utilisant les stratégies et algorithmes de dépistage recommandés par l'OMS et cesser d'utiliser l'immunotransfert ;
- fournir des conseils sur la façon dont les programmes peuvent planifier stratégiquement et rationaliser efficacement l'utilisation des ressources ; et
- renforcer l'engagement national et mondial envers la mise en œuvre de SDV efficaces et efficaces, comme élément clé de la riposte nationale et mondiale au VIH.

1.6 Public cible

Les présentes lignes directrices s'adressent aux administrateurs des programmes nationaux de lutte contre l'infection à VIH, en particulier au sein des ministères de la santé. Ceux-ci 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 pour les populations des États membres. Ces administrateurs jouent un rôle clé pour assurer la disponibilité du continuum des services de prévention, de soins et de traitement dans leur pays. Ces lignes directrices aideront également les administrateurs de programmes nationaux et infranationaux participant à la mise en œuvre des SDV et d'une gamme complète de services intégrés ainsi qu'aux agents au niveau national responsables d'autres maladies transmissibles, en particulier d'autres IST, de la tuberculose et de l'hépatite virale.

Ces lignes directrices seront en outre utiles à d'autres entités participant à la mise en œuvre des SDV, y compris les organisations non gouvernementales (ONG) nationales et internationales, la société civile et les organisations communautaires. Les donateurs pourront aussi se servir de ces orientations normatives pour assurer l'efficacité des activités de financement, de planification et

de mise en œuvre des SDV.

1.7 Principes directeurs

Il est important que les SDV soient dispensés selon une approche axée sur la santé publique et le respect des droits de la personne. Une telle approche met l'accent sur certains domaines prioritaires, notamment la couverture sanitaire universelle (CSU), 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 SDV, les avantages offerts en termes de santé publique doivent toujours l'emporter sur les risques ou les préjudices potentiels. Le dépistage doit toujours avoir un objectif double : profiter individuellement aux personnes testées et améliorer les résultats sanitaires au niveau de la population. Le renforcement des SDV 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. Le dépistage forcé ou obligatoire n'est jamais approprié, que cette coercition provienne d'un prestataire de soins de santé, d'un partenaire ou d'un membre de la famille.

Tous les services de dépistage du VIH doivent respecter les « 5C » définis par l'OMS : Consentement, Confidentialité, Conseil, résultats Corrects et Connexion (liaison avec les services de prévention, de soins et de traitement) (voir l'encadré).

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

Les « 5C » de l'OMS

Les « 5C » sont des principes qui s'appliquent à tous les SDV, en toutes circonstances.

- **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. La notification par le prestataire et les approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux, qui proposent des SDV aux partenaires sexuels, aux partenaires d'injection de drogues et aux contacts sociaux de leurs patients, sont volontaires et mises en œuvre uniquement avec le consentement des patients et des contacts.
- **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 quelles sont les personnes que le patient souhaite informer et comment il préfère 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.
- **Conseil.** Les services d'information avant le dépistage et de conseil post-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 d'un dépistage du VIH, la personne testée doit toujours bénéficier d'un conseil post-test en fonction des 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.
Divers moyens et outils peuvent être utilisés pour communiquer les messages, les informations et le conseil, comme des pairs prestataires et des approches numériques innovantes (vidéos, médias sociaux et autres applications ou services de téléphonie mobile).
- **Résultats corrects des tests.** Les prestataires de SDV 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. Toutes les personnes qui reçoivent un diagnostic de séropositivité au VIH doivent refaire le test pour confirmer leur diagnostic avant de commencer le TAR ou de participer aux soins du VIH.
- **Connexion.** La liaison avec les services de prévention, de soins et de traitement doit inclure la prestation d'un suivi efficace et approprié, selon les indications, notamment la prévention à long terme et le soutien au traitement. 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. Il revient aux prestataires et aux responsables des tests qui fournissent les SDV d'assurer la liaison.

Références bibliographiques

1. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2014.
2. Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2015.
3. Invest in HIV prevention: Quarter for prevention. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2015.
4. 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. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; 22-26 Feb 2016; Boston, USA.
5. Stover J, Bollinger L, Izazola J, Loures L, DeLay P, Ghys P. What is required to end the AIDS epidemic as a public health threat by 2030? The cost and impact of the fast-track approach. *PLoS One*. 2016;11(6):e0158253.
6. 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.
7. Prevention gap report. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2016.
8. Global AIDS update 2019 — Communities at the centre. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2019.
9. Factsheet to the WHO consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2015.
10. Brown T, Peerapatnapokin W. Evolving HIV epidemics: the urgent need to refocus on populations with risk. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2019;14(5):337-53.
11. Are key populations really the 'key' to ending AIDS in Asia? New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2018.
12. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2016.
13. Global health sector response to HIV, 2000-2015: focus on innovations in Africa: progress report. Geneva: World Health Organization; 2015.
14. Addressing a blind spot in the response to HIV — reaching out to men and boys. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2018.
15. Global AIDS Update 2018: Miles to go: Closing gaps, breaking barriers, righting injustices. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2018.
16. 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.
17. 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.
18. The AIDS epidemic continues to take a staggering toll, especially in sub-Saharan Africa. New York: United Nations International Children's Emergency Fund; 2016.
19. Bekker L-G, Hosek S. HIV and adolescents: focus on young key populations. *J Int AIDS Soc*. 2015;18(2Suppl 1):20076.
20. Gap Report: No one left behind. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014.
21. 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.
22. The PHIA project New York City: ICAP Columbia University; 2019 [12 August 2019]. Available from: <https://phia.icap.columbia.edu/>.

23. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counseling and care for adolescents living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2013.
24. Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Wijesooriya NS, Mahiane SG, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—estimates for 2016 and progress since 2012. *PLoS One*. 2019;14(2):e0211720.
25. Global hepatitis report. Geneva: World Health Organization; 2017.
26. Progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization; 2019.
27. Hensen B, Baggaley R, Wong V, Grabbe K, Shaffer N, Lo Y, et al. Universal voluntary HIV testing in antenatal care settings: a review of the contribution of provider-initiated testing and counselling. *Trop Med Int Health*. 2012;17(1):59-70.
28. Country Intelligence Database. Geneva: World Health Organization; 2019.
29. Global Health Observatory Data, Testing of Antenatal Care Attendees for Syphilis. Geneva: World Health Organization; 2017.
30. WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women. Geneva: World Health Organization; 2017.
31. Kankasa C, Carter RJ, Briggs N, Bulterys M, Chama E, Cooper ER, et al. Routine offering of HIV testing to hospitalized pediatric patients at university teaching hospital, Lusaka, Zambia: acceptability and feasibility. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2009;51(2):202-8.
32. Wanyenze RK NC, Ouma J, Namale A, Colebunders R, Kamya MR. Provider-initiated HIV testing for paediatric inpatients and their caretakers is feasible and acceptable. *Trop Med Int Health*. 2010;15(1):113-9.
33. Rollins N, Mzolo S, Moodley T, Esterhuizen T, van Rooyen H. Universal HIV testing of infants at immunization clinics: an acceptable and feasible approach for early infant diagnosis in high HIV prevalence settings. *AIDS*. 2009;23(14):1851-7.
34. Cohn J, Whitehouse K, Tuttle J, Lueck K, Tran T. Paediatric HIV testing beyond the context of prevention of mother-to-child transmission: a systematic review and meta-analysis. *Lancet HIV*. 2016;3(10):e473-e81.
35. Boender TS, Sigaloff KC, Kayiwa J, Musiime V, Calis JC, Hamers RL, et al. Barriers to Initiation of Pediatric HIV Treatment in Uganda: A Mixed-Method Study. *AIDS Res Treat*. 2012;2012:817506.
36. Motswere-Chirwa C, Voetsch A, Letsholathebe V, Lekone P, Machakaire E, Legwaila K, et al. Follow-up of infants diagnosed with HIV — early infant diagnosis program, Francistown, Botswana, 2005-2012. Atlanta: Center of Disease Control and Prevention; 2014.
37. Guidelines on the use of antiretroviral therapy: a public health approach. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2016.
38. Kelly N, Maokola W, Mudasiro O, McCoy SI. Interventions to improve linkage to HIV care in the era of “treat all” in sub-saharan Africa: a systematic review. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2019;16(4):292-303.
39. Kranzer K, Govindasamy D, Ford N, Johnston V, Lawn SD. Quantifying and addressing losses along the continuum of care for people living with HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review. *J Int AIDS Soc*. 2012;15(2):17383.
40. Walker S, Wilson K, McDonald T, McGuinness M, Sands A, Jamil M, et al. Should western blotting or immunoblotting be used within HIV testing algorithms? Geneva: World Health Organization; 2019.
41. Sande L, Maheswaran H, Manganah C, Mwenge L, Indravudh P, Mkandawire P, et al. Costs of accessing HIV testing services among rural Malawi communities. *AIDS Care*. 2018;30(Suppl 3):27-36.
42. Johnson C, Fonner V, Sands A, Tsui S, Ford N, Wong V, et al. To err is human, to correct is public health: systematic review of poor quality testing and HIV misdiagnosis. *J Int AIDS Soc*. 2017 Aug 29;20(Suppl 6):21755.
43. Angotti N, Bula A, Gaydos L, Kimchi EZ, Thornton RL, Yeatman SE. Increasing the acceptability of HIV counseling and testing with three C's: convenience, confidentiality and credibility. *Soc Sci Med*. 2009;68(12):2263-70.

44. Kim AA, Mukui I, Young PW, Mirjahangir J, Mwanyumba S, Wamicwe J, et al. Undisclosed HIV infection and antiretroviral therapy use in the Kenya AIDS indicator survey 2012: relevance to national targets for HIV diagnosis and treatment. *AIDS*. 2016;30(17):2685-95.
45. Moore HA, Metcalf CA, Cassidy T, Hacking D, Shroufi A, Steele SJ, et al. Investigating the addition of oral HIV self-tests among populations with high testing coverage – do they add value? Lessons from a study in Khayelitsha, South Africa. *PLoS ONE*. 2019;14(5):e0215454.
46. Wilson E, Jamil M, Neuman M, Ayles H, Baggaley R, Johnson C. A scoping review on HIV retesting policies, practises and behaviours in low-and-middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2019.
47. Franse CB, Kayigamba FR, Bakker MI, Mugisha V, Bagiruwigize E, Mitchell KR, et al. Linkage to HIV care before and after the introduction of provider-initiated testing and counselling in six Rwandan health facilities. *AIDS Care*. 2017;29(3):326-34.
48. Fuente-Soro L, Lopez-Varela E, Augusto O, Sacoor C, Nhacolo A, Honwana N, et al. Monitoring progress towards the first UNAIDS target: understanding the impact of people living with HIV who re-test during HIV-testing campaigns in rural Mozambique. *J Int AIDS Soc*. 2018;21(4):e25095.
49. Wringe A, Moshabela M, Nyamukapa C, Bukenya D, Ondenge K, Ddaaki W, et al. HIV testing experiences and their implications for patient engagement with HIV care and treatment on the eve of 'test and treat': findings from a multicountry qualitative study. *Sex Transm Infect*. 2017;93(Suppl 3).
50. Fonner V, Sands A, Figueroa C, Quinn C, Jamil M, Baggaley R, et al. Country compliance with WHO recommendations to improve quality of HIV diagnosis: a global policy review. In Press. 2019.
51. Eaton J, Johnson C, Gregson S. The cost of not retesting: human immunodeficiency virus misdiagnosis in the antiretroviral therapy "test-and-offer" era *Clin Infect Dis*. 2017;65.
52. Eaton J, Sands A, Barr-Dichiara M, Jamil M, Baggaley R, Kalua T, et al. Accuracy and performance of HIV testing strategies: considerations for accurate across heterogenous epidemic settings. Geneva: World Health Organization; 2019.
53. Eaton JW, Terris-Prestholt F, Cambiano V, Sands A, Baggaley RC, Hatzold K, et al. Optimizing HIV testing services in sub-Saharan Africa: cost and performance of verification testing with HIV self-tests and tests for triage. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(S1):e25237.
54. Maintaining and improving quality of care within HIV clinical services. Geneva: World Health Organization; 2019.
55. Fast-track - ending the AIDS epidemic by 2030. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014.
56. Guidelines on HIV self-testing and partner notification: a supplement to the consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2016.

2.1 Généralités	19
2.2 Constitution des groupes d'élaboration des lignes directrices	19
2.2.1 Participation des principales parties prenantes	20
2.2.2 Déclarations d'intérêt	20
2.3 Définition du champ d'application des lignes directrices	20
2.4 Examen des données	21
2.5 Élaboration des recommandations	21
2.5.1. Examens systématiques selon la méthodologie GRADE	22
2.6 Évaluation des données	25
2.6.1 Comment interpréter la qualité des données	25
2.6.2 Comment déterminer la force d'une recommandation	25
2.7 Élaboration des lignes directrices	26
2.8 Travaux de fond supplémentaires	27
2.8.1. Examen des politiques	27
2.8.2. Modélisation mathématique	28
2.9 Production des lignes directrices	29
2.10 Plans de diffusion	29
2.11 Mises à jour	29
Références bibliographiques	30

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 Généralités

Ces lignes directrices ont été élaborées en réponse aux demandes d'États membres souhaitant une mise à jour des orientations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur les services de dépistage du VIH (SDV) (1, 2) et des orientations sur la mise en œuvre de services efficaces et efficaces, compte tenu de l'évolution de l'épidémie de VIH et des besoins de diverses populations, lieux et contextes.

Le Département VIH de l'OMS a dirigé l'élaboration des présentes lignes directrices conformément aux procédures et normes en matière de notification énoncées dans le *Manuel de l'OMS pour l'élaboration des lignes directrices* (3). Toutes les recommandations actuelles de l'OMS relatives aux SDV sont incluses.

2.2 Constitution des groupes d'élaboration des lignes directrices

Le Département VIH de l'OMS a constitué trois groupes pour assumer des fonctions spécifiques d'élaboration des lignes directrices. Les membres des groupes ont été sélectionnés afin de garantir toute une gamme d'expertise et d'expérience ainsi qu'un équilibre en termes de représentation géographique et communautaire et de répartition hommes-femmes. (Voir la section Remerciements pour les listes de participants.) Les trois groupes étaient les suivants :

- 1. Groupe d'orientation sur les lignes directrices de l'OMS.** Le Département VIH de l'OMS, Unité Populations clés et prévention innovante, a dirigé ce groupe et a assuré le secrétariat de l'OMS. Les participants comprenaient du personnel de l'OMS d'autres unités du Département VIH, du Département Médicaments essentiels et produits de santé, du Département Santé reproductive et recherche, du Programme mondial de lutte contre l'hépatite et du Programme mondial de lutte contre la tuberculose. Ce groupe comprenait également du personnel technique de l'OMS de tous les bureaux régionaux de l'OMS. Les bureaux de l'OMS dans les pays et d'autres organismes des Nations Unies (ONU) et organisations partenaires ont également contribué.
- 2. Groupe d'élaboration des lignes directrices (GDG).** Ce groupe était composé de 26 membres, avec une représentation équitable entre les sexes et en termes de géographie et d'expérience, comprenant notamment des universitaires, des chercheurs, des experts dans le domaine de la mise en œuvre des programmes et des politiques, et des organisations et réseaux communautaires. Les membres du groupe ont été sélectionnés en coordination avec le Groupe d'orientation et les bureaux régionaux et de pays de l'OMS. Le Groupe d'orientation a examiné les curriculum vitae (CV), les déclarations d'intérêt et les accords de confidentialité, et la liste des membres proposée a été publiée pour examen public et commentaires, puis a été finalisée. Ce groupe était responsable de formuler les nouvelles recommandations de l'OMS et les considérations sur la mise en œuvre et la prestation de services, ainsi que d'examiner et d'approuver le contenu final du document des lignes directrices.

- 3. Groupe d'examen externe.** Ce groupe a été sélectionné en consultation avec le GDG et le Groupe d'orientation sur les lignes directrices de l'OMS pour assurer la diversité géographique et l'équilibre entre les sexes. Il comprenait 95 examinateurs collégiaux, dont des universitaires, des experts dans le domaine de la mise en œuvre des programmes, des politiques, des organisations et des réseaux communautaires, et notamment des réseaux de populations clés.

2.2.1 Participation des principales parties prenantes

Un élément important de ce travail a été la collaboration avec diverses parties prenantes pour actualiser et synthétiser les messages clés dans les orientations existantes de l'OMS sur les SDV. Ces parties prenantes sont notamment les ministères de la santé et services de laboratoires des pays, les chercheurs, les institutions nationales et internationales chargées de la mise en œuvre, les bureaux régionaux et de pays de l'OMS et d'autres organismes, réseaux communautaires et agents responsables des Nations Unies. Elles comprenaient également des populations clés, des personnes vivant avec le VIH et des experts supplémentaires dans le domaine.

2.2.2 Déclarations d'intérêt

Tous les membres du GDG, le personnel n'appartenant pas à l'OMS participant aux réunions ou à l'élaboration des lignes directrices ainsi que les examinateurs pairs externes ont soumis une déclaration d'intérêt et une déclaration de confidentialité au Secrétariat de l'OMS. Le Secrétariat de l'OMS et le GDG ont examiné toutes les déclarations et n'ont trouvé aucun conflit d'intérêt suffisant pour empêcher quiconque de participer à l'élaboration des lignes directrices.

2.3 Définition du champ d'application des lignes directrices

Pour élaborer les présentes lignes directrices, le Groupe d'orientation de l'OMS a répertorié toutes les orientations existantes portant sur les SDV, y compris les mises à jour publiées depuis les *Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH (2)* de 2015 et les *Lignes directrices sur l'autodépistage du VIH et la notification aux partenaires (1)* de 2016. Après cela, entre novembre 2017 et juillet 2018, plusieurs réunions de cadrage ont eu lieu avec des experts externes représentant les différents groupes afin d'examiner le cadre préliminaire et d'identifier les principales lacunes devant être corrigées dans le processus de mise à jour des lignes directrices.

Cet exercice a produit une liste des éléments devant être mis à jour et des nouvelles recommandations à prendre en considération. Le Groupe d'orientation de l'OMS a ensuite examiné et approuvé cet avant-projet, parvenant à un consensus sur les éléments clés à examiner et à inclure, en plus de ceux abordés dans les recommandations existantes.

Quatre lacunes critiques nécessitant une orientation normative ont été identifiées :

1. **la création de la demande** pour améliorer le recours aux SDV et l'instauration ultérieure de la prévention ou du traitement ;
2. **l'autodépistage du VIH (ADVIH)** (la recommandation de 2016 devait être mise à jour en raison du volume considérable de nouvelles données issues d'essais et de projets de mise en œuvre) ;
3. **les approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux** pour les populations clés ; et
4. l'utilisation des **tests de type immunotransfert (Western blot)** dans les algorithmes et stratégies nationaux de dépistage du VIH.

Le Groupe d'orientation a également identifié d'autres problèmes opérationnels concernant la mise en œuvre :

1. **les pratiques relatives aux messages et au conseil** dans le cadre des informations fournies avant le dépistage et du conseil post-test ;
2. **les stratégies optimales de dépistage du VIH** dans le contexte d'une baisse des estimations nationales de la séropositivité au VIH (définie comme le nombre de tests effectués ayant produit un résultat positif au VIH pour une personne) ;
3. **les approches de prestation de services intégrée**, comme l'utilisation de tests diagnostiques rapides (TDR) pour le co-dépistage du VIH et de la syphilis, et le dépistage du VIH dans les cas présumés de tuberculose et dans les services de planification familiale et de contraception ;
4. **les enjeux associés au fait de refaire le test**, notamment chez les femmes enceintes et en post-partum dont le statut est négatif ou inconnu, les personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut et qui sont peut-être sous traitement, et les personnes exposées à un risque persistant élevé, y compris celles qui prennent la PrEP ; et
5. **les stratégies et outils pour mieux cibler les SDV**, notamment la prestation de services dans les communautés.

2.4 Examen des données

Ces lignes directrices présentent les recommandations existantes, ainsi qu'une recommandation mise à jour, deux nouvelles recommandations, deux nouvelles déclarations de bonnes pratiques et diverses considérations sur la mise en œuvre.

Le GDG et le Groupe d'orientation sur les lignes directrices ont recommandé de faire quatre examens systématiques pour éclairer les orientations et recommandations normatives sur 1) la création de la demande pour améliorer le recours aux SDV et la liaison aux services, 2) l'ADVIH, 3) les approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux, et 4) l'utilisation du Western blot dans les stratégies et algorithmes de test nationaux.

Chaque examen systématique a observé la méthodologie GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation)¹ et a rapporté l'efficacité et la certitude des données. De plus, des examens ont été effectués sur les valeurs et les préférences, la faisabilité, l'utilisation des ressources et l'équité. Ceux-ci ont été renforcés par une documentation de base, l'examen des politiques et une modélisation mathématique afin de résoudre les problèmes et les considérations de mise en œuvre.

2.5 Élaboration des recommandations

Comme indiqué, l'exercice de cadrage visant à définir le champ d'action a mis en évidence la nécessité de formuler des recommandations fondées sur des bases factuelles relatives à la création de la demande, à l'autodépistage du VIH, aux approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux et à l'utilisation du Western blot dans les stratégies et algorithmes de dépistage du VIH. Le Groupe d'orientation de l'OMS a formulé une seule question selon le format PICO (Population, Intervention, Comparator, and Outcome) pour chacun de ces quatre domaines. Le GDG a examiné et finalisé ces questions PICO ainsi que les résultats et les stratifications d'intérêt pour chaque examen systématique. Le groupe a ensuite classé par importance chaque résultat pour chaque examen selon la méthodologie GRADE de 1 à 9 (0 à 3 : pas important ; 4 à 6 : important ; 7 à 9 : critique) (4).

¹ Pour obtenir plus d'informations, consulter <http://www.gradeworkinggroup.org/#pub> (en anglais).

Une fois les questions PICO terminées et approuvées, des chercheurs externes, soutenus par l'équipe des services de dépistage du VIH de l'OMS, ont effectué les examens systématiques.

1. Anjuli Wagner et Ruchi Tiwari, de l'Université de Washington, ont dirigé l'examen systématique portant sur la création de la demande en matière de SDV et de liaison à ces services.
2. Muhammad Jamil, consultant de l'OMS, Charles Witzel de la London School of Hygiene and Tropical Medicine, et Ingrid Wilson et Elvin Geng de l'Université de Washington ont dirigé l'examen systématique sur l'autodépistage du VIH (ADVIH).
3. David Katz, Sarah Masyuko et Julia Dettinger de l'Université de Washington ont dirigé l'examen systématique des approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux parmi les populations clés.
4. Sandy Walker et Kim Wilson du Australian National Serology Reference Laboratory et Myra McGuinness de l'Université de Melbourne ont dirigé la revue systématique portant sur l'utilisation du Western blot dans les stratégies et algorithmes nationaux de dépistage du VIH.

Toutes les équipes d'examen ont élaboré des protocoles et effectué des examens systématiques des données scientifiques disponibles, comme décrit ci-dessous. Les protocoles et les examens ont été évalués et examinés par Nandi Siegfried, la méthodologue indépendante désignée, ainsi que le GDG, le Groupe d'orientation sur les lignes directrices et le Secrétariat de l'OMS.

2.5.1. Examens systématiques selon la méthodologie GRADE

Le Groupe d'orientation et le GDG de l'OMS ont formulé les quatre questions PICO pour éclairer l'élaboration des orientations. Les chercheurs ont utilisé les mêmes stratégies de recherche pour identifier les études donnant des informations sur les valeurs et préférences des utilisateurs (par exemple, les personnes souhaitant un dépistage, les prestataires de soins, les communautés, les responsables de l'élaboration des politiques), et sur l'utilisation des ressources, en rapport avec la question PICO. Le Tableau 2.1 fournit des détails, tout comme les annexes Web A à D.

Lorsqu'elles sont disponibles, les informations relatives à l'utilisation des ressources, notamment les coûts et rapports coût efficacité, sont résumées dans toutes les études. Les comparaisons de coûts respectent les directives du Global Health Cost Consortium (GHCC) pour estimer les coûts des services et des interventions (5).

Pour les comparaisons entre études, les coûts ont été convertis en US \$ en utilisant les taux de change de 2018 de la Banque mondiale² et le déflateur du PIB local³ (6).

Les résultats de tous les examens des valeurs et préférences, ainsi que de l'utilisation des ressources, sont présentés dans les annexes Web A à D et dans le Chapitre 3 (création de la demande), le Chapitre 5 (ADVIH et approches s'appuyant sur les réseaux sociaux) et le Chapitre 8 (immunotransfert, ou Western blot).

² <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/PA.NUS.FCRF?page=1>, consulté le 15 juillet 2019

³ <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NY.GDP.DEFL.ZS>, consulté le 15 juillet 2019

Tableau 2.1. Synthèse des examens systématiques GRADE et des questions PICO

	Création de la demande	Autodépistage du VIH	Approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux	Immuno-transfert (Western blot)
Dates de la recherche	Recherche effectuée jusqu'au 8 septembre 2018	Recherche effectuée jusqu'au 4 mai 2019	Recherche effectuée jusqu'au 8 septembre 2018	Recherche effectuée jusqu'au 3 décembre 2018
Question	<i>Quelles sont les approches de création de la demande efficaces pour augmenter le recours au dépistage du VIH ?</i>	<i>L'autodépistage du VIH devrait-il être proposé comme une approche de dépistage du VIH supplémentaire ?</i>	<i>Devrait-on proposer des approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux comme options de dépistage du VIH supplémentaires pour les populations clés et leurs sujets contacts ?</i>	<i>L'immuno-transfert devrait-il être utilisé dans les algorithmes de dépistage du VIH ?</i>
Population	Population nécessitant des services de dépistage du VIH (SDV), à l'exclusion de la circoncision médicale masculine volontaire (CMMV)	Personnes bénéficiant de services de dépistage du VIH	Populations clés et leurs contacts sociaux, partenaires sexuels et de consommation/ partage de drogues	Personnes recevant des SDV ayant besoin de tests supplémentaires pour confirmer leur statut VIH
Intervention	Toutes les stratégies de création de la demande	Les SDV qui incluent l'autodépistage ou (pour les essais randomisés contrôlés [ERC] à bras multiples ou sans norme de soins) qui incluent l'ADVIH et d'autres interventions	Utilisation des services aux partenaires ou des approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux pour le dépistage du VIH	Immuno-transfert utilisé pour confirmer les résultats réactifs des tests de diagnostic rapide (TDR) du VIH et/ou des dosages immuno-enzymatiques (EIA) qui détectent les anticorps anti-VIH uniquement ou les anticorps anti-VIH et antigène, qui sont utilisés ensemble au sein d'un algorithme ou d'une stratégie de dépistage
Comparateur	Stratégies alternatives de création de la demande ou absence de stratégie	Les SDV qui n'incluent pas l'autodépistage ou (pour les ERC à bras multiples ou les ERC sans norme de soins) qui n'utilisent que l'ADVIH	Pas de SDV ; SDV sans approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux ; autres approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux	TDR du VIH et/ou EIA qui détectent les anticorps anti-VIH uniquement ou les anticorps anti-VIH et antigène, qui sont utilisés ensemble au sein d'un algorithme ou d'une stratégie de dépistage sans immuno-transfert (Western blot)

Table 2.1. Synthèse des examens systématiques GRADE et des questions PICO, suite

	Création de la demande ¹	Autodépistage du VIH	Approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux	Immuno-transfert (Western blot)
Résultats critiques	<ul style="list-style-type: none"> Recours aux SDV Nouveaux diagnostics de séropositivité Rendement des SDV (à savoir, le nombre et la proportion de personnes testées séropositives) Liaison avec les services de soins du VIH et initiation du TAR après un dépistage positif Suppression virale (<1000 copies/ml) Liaison avec les services de prévention du VIH 	<ul style="list-style-type: none"> Recours aux SDV Taux de positivité au VIH Liaison avec des services de dépistage du VIH supplémentaires Liaison avec les services d'évaluation clinique ou le TAR après un dépistage positif Abus des autotests (préjudice social) et autres effets indésirables Utilisation du préservatif ou rapports sans préservatif 	<ul style="list-style-type: none"> Recours aux SDV par les partenaires/ contacts Atteindre les personnes qui ne se sont jamais fait dépister Recours aux SDV par les patients index Atteindre les personnes non récemment dépistées (>1 an auparavant) Partenaires ou contacts dépistés pour le VIH et diagnostics positifs (ajusté pour exclure les personnes au courant de leur statut séropositif) Liaison avec les services d'évaluation clinique ou le TAR après un dépistage positif Identification et/ou liaison des personnes séropositives non soignées, ne suivant pas de TAR ou dont la charge virale n'est pas supprimée Orientation vers une visite de prévention si séronégatif 	<ul style="list-style-type: none"> Précision diagnostique de la détermination finale du statut VIH (sensibilité et spécificité) Préjudice social ou événements indésirables (par exemple, diagnostic erroné du VIH) Perte au suivi (par exemple, mesurée comme la proportion de patients qui ne reçoivent pas leur statut VIH final) Délai de rendu du statut VIH (mesuré par exemple comme la durée médiane, en jours, avant réception du diagnostic VIH par le patient) Délai de liaison avec les programmes de soins, de traitement ou de prévention après la détermination du statut VIH

1 Le terme « création de la demande » se rapporte aux activités visant à améliorer les connaissances et les attitudes d'une population ainsi que les motivations, les intentions et, finalement, les décisions et les comportements qui conduisent les personnes à rechercher des services de dépistage du VIH. Les catégories suivantes résument de manière inductive les différentes approches pour créer la demande : incitations ; mobilisation ; interventions individualisées et personnalisées ; types et approches des messages ; plateformes numériques. Voir l'annexe Web A.2 pour plus de détails.

2 Les lignes directrices de l'OMS sur l'amélioration du recours à la CMWV étaient en cours de développement pendant l'élaboration de ces directives. Les populations masculines ciblées par les activités de création de la demande visant à améliorer le recours à la CMWV ont donc été exclues. Les résultats seront rapportés dans les prochaines lignes directrices de l'OMS : Updated recommendations on safe male circumcision for HIV prevention and related service delivery for adolescent boys and men in generalized HIV epidemics (Mise à jour des recommandations sur la circoncision masculine sûre pour la prévention du VIH et la prestation de services connexes pour les adolescents et les hommes, dans les épidémies généralisées de VIH).

2.6 Évaluation des données

Conformément au processus d'élaboration des lignes directrices de l'OMS, le GDG a formulé les recommandations en fonction de la qualité des données disponibles. D'autres facteurs, notamment les valeurs et préférences, coûts et faisabilité, acceptabilité et équité, et respect des droits de la personne, sont également pris en considération pour détermination de la direction et de la force de la recommandation.

2.6.1 Comment interpréter la qualité des données

Plus la qualité des données scientifiques est bonne, plus il y a de chances pour la formulation d'une forte recommandation. La méthodologie GRADE pour l'élaboration des recommandations, qui a été adoptée par l'OMS, définit la qualité des données comme la mesure dans laquelle on peut être convaincu que les estimations de l'effet (désirable ou indésirable) découlant des données se rapprochent des effets d'intérêt réels (4).

GRADE définit quatre niveaux pour la qualité des données, comme indiqué dans le Tableau 2.2.

Tableau 2.2. Interprétation des quatre niveaux GRADE pour la qualité des données

Qualité des données	Justification
Élevée	Nous sommes convaincus que le véritable effet est proche de l'estimation de cet effet.
Moyenne	Nous sommes moyennement convaincus de l'estimation de l'effet : il est probable que l'effet réel soit proche de l'estimation de cet effet, mais il est possible qu'il soit très différent.
Faible	Nous n'avons qu'une confiance limitée dans l'estimation de l'effet : l'effet réel peut s'avérer très différent de l'estimation de cet effet.
Très faible	Nous avons peu confiance dans l'estimation de l'effet : l'estimation de cet effet est très incertaine.

2.6.2 Comment déterminer la force d'une recommandation

La force d'une recommandation reflète le degré de confiance du GDG dans le fait que les effets désirables de la recommandation l'emportent sur les effets indésirables (Tableau 2.3). Les effets désirables (à savoir, les bénéfices potentiels) peuvent inclure des résultats positifs sur la santé (augmentation du recours ou liaison plus rapide avec les SDV, par exemple), une réduction de la charge pour le sujet et/ou les services de santé et des économies potentielles pour la personne, la communauté, le programme et/ou le système de soins de santé. Les résultats cliniques défavorables, les effets indésirables et les préjudices potentiels (comme l'autoagression, la violence entre partenaires intimes ou le dépistage coercitif du VIH) incluent ceux qui affectent les individus, les familles, les communautés ou les services de santé. Parmi d'autres difficultés, on citera l'utilisation des ressources et les conséquences financières de la mise en œuvre des recommandations pour les programmes, les prestataires de soins et les patients.

La force d'une recommandation peut être forte ou conditionnelle.

Dans le cas d'une **recommandation forte** (pour ou contre), le GDG est convaincu que les effets désirables de l'application de la recommandation l'emportent clairement sur les effets indésirables.

Dans le cas d'une **recommandation conditionnelle** (pour ou contre), le GDG conclut que les effets désirables de l'application de la recommandation l'emportent probablement sur les effets indésirables ou que les deux types d'effets semblent équilibrés, mais n'est pas convaincu que le compromis s'applique à toutes les situations. Le GDG peut formuler des recommandations conditionnelles lorsque la certitude des données est faible ou peut s'appliquer uniquement à des groupes ou contextes spécifiques. Si une recommandation conditionnelle est mise en œuvre, elle doit faire l'objet d'un suivi attentif et d'une évaluation rigoureuse. Des recherches supplémentaires devront être menées pour lever les incertitudes, ce qui pourrait fournir de nouvelles données pouvant modifier le calcul de l'équilibre du compromis entre les effets désirables et indésirables.

Les valeurs et les préférences des utilisateurs, la faisabilité et les coûts, l'acceptabilité, le respect des droits de la personne et de l'égalité, ainsi que les bénéfices et préjudices potentiels, sont autant de facteurs qui participent à la détermination de la force d'une recommandation (Tableau 2.3).

Tableau 2.3. Domaines pris en compte lors de l'évaluation de la force des recommandations

Domaine	Justification
Bénéfices et préjudices	Lorsqu'une nouvelle recommandation est élaborée, les effets désirables (bénéfices) doivent être comparés aux effets indésirables (risques ou préjudices), en tenant compte de toute recommandation antérieure ou autre alternative. Plus l'écart est grand en faveur des bénéfices par rapport aux risques, plus il est probable qu'une recommandation forte soit formulée.
Certitude des données	Un niveau élevé de certitude des données conduira probablement à une recommandation forte.
Valeurs et préférences (des utilisateurs)	Si la recommandation a de bonnes chances d'être largement acceptée ou d'être considérée comme étant de grande valeur, il est probable que la recommandation soit forte. Si la ligne de conduite recommandée présente une grande variabilité ou s'il y a de fortes raisons de croire qu'elle ne sera pas acceptée, il est plus probable que la recommandation soit conditionnelle.
Acceptabilité (pour les prestataires et les parties prenantes)	Si la recommandation a de bonnes chances d'être largement acceptée ou d'être considérée comme étant de grande valeur, il est probable que la recommandation soit forte. Si la ligne de conduite recommandée présente une grande variabilité ou s'il y a de fortes raisons de croire qu'elle ne sera pas acceptée, il est plus probable que la recommandation soit conditionnelle.
Coûts/conséquences financières	Des coûts plus bas (coûts monétaires, liés à l'infrastructure, à l'équipement ou aux ressources humaines) ou un meilleur rapport coût-efficacité ont plus de chances de favoriser une recommandation forte.
Faisabilité	Si une intervention est réalisable dans un contexte où le plus grand impact est attendu, une recommandation forte est appropriée.
Respect des droits de la personne et de l'équité	Si la recommandation est susceptible d'augmenter l'accès à une intervention pour les personnes qui en ont le plus besoin, une recommandation forte est probable.

2.7 Élaboration des lignes directrices

De novembre 2018 à août 2019, l'OMS a organisé une réunion en présentiel et quatre réunions virtuelles d'élaboration des lignes directrices (deux réunions en parallèle le matin et le soir à deux occasions distinctes pour permettre la participation à partir de tous les fuseaux horaires) et douze réunions du Groupe d'orientation de l'OMS.

Dans le cadre de ces réunions, les participants ont examiné les données pour formuler une nouvelle recommandation et ont examiné toutes les sections pertinentes des lignes directrices unifiées. Des personnes représentant un large éventail de parties prenantes ont participé aux

réunions d'élaboration des lignes directrices dans le cadre du GDG ou en qualité d'observateurs experts. Les participants à ces réunions ont évalué les données dans le but de répondre aux quatre questions PICO ainsi que les autres facteurs décrits ci-dessus, et ont déterminé des recommandations dans le cadre d'une discussion animée par la méthodologue. Avant la réunion, le GDG et le Groupe d'orientation sur les lignes directrices de l'OMS ont déterminé que l'objectif de la prise de décision serait de parvenir à un consensus, défini comme l'accord du groupe, mais que si cela s'avérait impossible, un vote d'au moins 60 % serait requis pour approuver la recommandation.

Après avoir examiné les données, le GDG a résolu les désaccords en poursuivant la discussion et en révisant la recommandation, et a fourni des éclaircissements ou qualifications supplémentaires qui n'étaient pas inclus dans la question PICO. De plus, lors des discussions du GDG, les considérations de mise en œuvre et les lacunes en termes de recherche soulevées par les membres ont toutes été consignées.

Le groupe est parvenu à un consensus et a convenu à l'unanimité de la direction et de la force de trois recommandations concernant l'autodépistage du VIH (ADVIH), les approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux et l'immunotransfert.

Le GDG a décidé à l'unanimité de ne pas faire de recommandation sur les approches de création de la demande, mais a convenu d'une déclaration de bonnes pratiques qui comprend des renseignements et des remarques sur les informations et les messages de conseil communiqués avant le test.

Le groupe a également examiné les considérations opérationnelles et de mise en œuvre des lignes directrices existantes de l'OMS, en particulier les stratégies de dépistage du VIH recommandées par l'OMS pour un diagnostic précis et le moment optimal pour refaire le test, ainsi que l'utilisation des tests de co-dépistage du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes et en post-partum. Le GDG a convenu à l'unanimité qu'il était important d'aborder ces questions dans les lignes directrices afin de permettre aux pays de mettre en œuvre des programmes de SDV de haute qualité et performants.

Se reporter au Résumé d'orientation ainsi qu'aux chapitres 3, 5 et 8 pour les recommandations finales et les déclarations de bonnes pratiques approuvées par le GDG.

2.8 Travaux de fond supplémentaires

Outre les examens systématiques portant sur la création de la demande, l'ADVIH, les approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux et l'immunotransfert, l'OMS a mené des travaux de fond supplémentaires portant notamment sur l'examen des politiques et des documents contextuels et la modélisation mathématique. L'OMS a également recueilli des exemples de bonnes pratiques, qui sont disponibles dans l'annexe Web K.

2.8.1. Examen des politiques

L'OMS a procédé à l'examen des politiques nationales en matière de services de dépistage du VIH de 146 pays, principalement à revenu faible et intermédiaire, dans le but d'évaluer l'adoption des recommandations et des orientations de l'OMS. Les examinateurs ont adapté un protocole normalisé développé lors de l'élaboration des *Lignes directrices consolidées sur les services de dépistage du VIH de 2015*, utilisant deux examinateurs et traduisant les politiques selon les besoins.

L'adoption des politiques a également été évaluée sur la base des résultats pour 2019 du suivi mondial de la lutte contre le sida (Global AIDS Monitoring, GAM) réalisé par l'OMS, le Programme

commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) (7). Tous les indicateurs faisant état de l'utilisation des politiques en matière de SDV ont été validés entre avril et juillet 2019 sur la base de la notification des pays. Toutes les réponses validées peuvent être consultées à l'adresse : <http://lawsandpolicies.unaids.org/selectdataresult> (en anglais).

À travers ces deux ressources, à savoir, le registre des politiques et le GAM, les sujets suivants ont fait l'objet d'évaluations et de rapports tout au long du processus d'élaboration des lignes directrices :

1. l'adoption et la mise en œuvre des *Lignes directrices unifiées* et des *Lignes directrices sur l'autodépistage du VIH et la notification aux partenaires* de l'OMS (8, 9) ;
2. l'adoption des politiques nationales et des orientations opérationnelles sur l'ADVIH (8, 10) ;
3. les politiques portant sur le fait de refaire le test, y compris dans le cadre de la santé maternelle chez les femmes enceintes et en post-partum et les populations clés (8, 11, 12) ;
4. l'âge de consentement pour le dépistage du VIH (8, 13) ;
5. l'utilisation des stratégies et algorithmes de dépistage du VIH de l'OMS (14) ;
6. l'intégration des SDV dans les centres de planification familiale (15) ; et
7. l'utilisation d'outils d'évaluation des risques pour optimiser les services de dépistage du VIH (voir l'annexe Web L).

2.8.2. Modélisation mathématique

Une modélisation mathématique a été réalisée pour renforcer la spécificité des recommandations existantes de l'OMS et pour répondre aux questions opérationnelles sur la manière de les mettre en œuvre. La modélisation comprenait les éléments suivants :

- **Modélisation mathématique de l'exactitude et des performances des stratégies de dépistage du VIH en réponse à l'évolution de l'épidémie mondiale de VIH.** Cette modélisation fournit des considérations de mise en œuvre pour les orientations existantes de l'OMS qui recommandent d'utiliser trois tests réactifs consécutifs pour établir un diagnostic de séropositivité dans les contextes où la positivité au VIH des personnes testées est inférieure à 5 % (2, 16-18). Voir le Chapitre 8 et l'annexe Web E.
- **Modélisation mathématique des échéances optimales et présentant le meilleur rapport coût-efficacité lorsqu'il s'agit de refaire le test dans le cadre de la santé maternelle, parmi les femmes dont le statut est négatif ou inconnu dans les contextes à forte et à faible charge de VIH.** Cette modélisation fournit des considérations de mise en œuvre pour les orientations existantes de l'OMS qui recommandent de refaire le test en fin de grossesse et en post-partum dans les contextes à forte charge de VIH (2, 19-21). Voir les Chapitres 6 et 7 et l'annexe Web F.
- **Modélisation mathématique de l'utilisation des tests de co-dépistage du VIH et de la syphilis dans le cadre des soins prénatals chez les femmes enceintes et en post-partum dans les contextes à forte et à faible charge de VIH.** Cette modélisation fournit des considérations de mise en œuvre pour les recommandations et orientations existantes de l'OMS qui recommandent le co-dépistage du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes (19-23). Voir les Chapitres 6 et 8 et l'annexe Web G.

2.9 Production des lignes directrices

À la suite des consultations virtuelles du GDG et de la réunion en présentiel, l'OMS a révisé l'avant-projet complet des lignes directrices et l'a distribué par voie électronique au GDG et au Groupe d'orientation sur les lignes directrices de l'OMS ainsi qu'au groupe d'examen externe, afin de recueillir leurs commentaires et retours d'informations. Toutes les réponses ont été examinées et traitées comme il convient dans l'avant-projet final.

2.10 Plans de diffusion

Les lignes directrices seront diffusées via l'appli officielle de l'OMS sur les services de dépistage du VIH : WHO HTS Info (<https://www.who.int/hiv/mediacentre/news/hts-info-app/en/>, en anglais) et en version imprimée. Elles seront également disponibles au format électronique sous forme de modules sur le site Web de l'OMS, dans les six langues officielles des Nations Unies (<https://www.who.int/hiv/topics/vct/fr/>). Tous les liens vers les annexes Web sont inclus dans l'appli et la version Web. À des fins pratiques, les recommandations nouvelles et existantes seront synthétisées dans une série de notes d'orientation et de diapositives. Le site Web de l'OMS offrira une bibliothèque contenant l'intégralité de la documentation et des données à l'appui.

Le siège de l'OMS travaillera en étroite collaboration avec les bureaux régionaux et de pays de l'OMS et les partenaires chargés de la mise en œuvre pour veiller à ce que les lignes directrices soient diffusées dans le cadre des réunions à l'échelle régionale et infrarégionale. L'OMS aidera les États Membres dans le but d'adapter les lignes directrices à leurs contextes nationaux.

2.11 Mises à jour

L'OMS continuera de surveiller l'adoption et la mise en œuvre des lignes directrices de l'OMS en étudiant les données semestrielles du GAM, en examinant les politiques, et en assurant un dialogue avec les pays et les partenaires quant aux éléments qui facilitent ou entravent l'évolution des politiques. En outre, grâce à l'appli WHO HTS Info, l'OMS surveillera régulièrement l'utilisation des lignes directrices et mettra à disposition des contenus complémentaires et interactifs.

Les présentes lignes directrices constitueront un module au sein d'un ensemble plus large de lignes directrices unifiées élaborées par le Département VIH de l'OMS. Les États Membres et les bureaux régionaux de l'OMS développeront des outils et une documentation de mise en œuvre pour renforcer une mise en application plus approfondie en 2020.

Le Département VIH examinera ces orientations et envisagera des mises à jour potentielles en 2024-2025. D'ici là, chaque fois que de nouvelles données sont disponibles, le Département pourra publier des mises à jour techniques et programmatiques.

Références bibliographiques

1. Guidelines on HIV self-testing and partner notification: a supplement to the consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2016.
2. Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2015.
3. Handbook for guideline development -2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2014.
4. Andrews J, Schünemann H, Oxman A, Pottie K, Meerpoh IJ, 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.
5. Consortium GHC. Reference case for estimating the costs of global health services and interventions. Seattle, WA, USA: University of Washington; 2017.
6. 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):S77-85.
7. Global AIDS Monitoring 2019: Indicators for monitoring the 2016 Political Declaration on Ending AIDS. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2018.
8. Country Intelligence Database. Geneva: World Health Organization; 2019.
9. Kadye T. How many countries have implemented WHO recommendations for HIV differentiated testing services in national policies/programmes and strategic planning for introducing differentiated testing strategies, what components have been introduced and in which population and why? London: University College London; 2019.
10. Joseph E, Barr-Dichiara M, Neuman M, Quinn C, Baggaley R, Johnson C. HIV self-testing – where do we stand?: A review of HIV self-testing policies in 45 countries. International Conference on AIDS and Sexually Transmitted Infections; 2-7 December 2019; Kigali, Rwanda.
11. Wilson E, Jamil M, Neuman M, Ayles H, Baggaley R, Johnson C. A scoping review on HIV retesting policies, practises and behaviours in low-and-middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2019.
12. Drake AL, Thomson KA, Quinn C, Newman Owiredo M, Nuwagira IB, Chitembo L, et al. Retest and treat: a review of national HIV retesting guidelines to inform elimination of mother-to-child HIV transmission (EMTCT) efforts. *J Int AIDS Soc.* 2019;22(4):e25271.
13. Barr-Dichiara M, Bendaud V, Sabin K, Baggaley R, Jamil M, Johnson C. Age of consent to HIV testing in sub-Saharan Africa: a review of national HIV testing polices. Geneva: World Health Organization; 2019.
14. Fonner V, Sands A, Figueroa C, Quinn C, Jamil M, Baggaley R, et al. Country compliance with WHO recommendations to improve quality of HIV diagnosis: a global policy review. *African Society for Laboratory Medicine*; 11-13 December 2018; Abuja, Nigeria.
15. Quinn C, Barr-Dichiara M, Gafield M, Jamil M, Neuman M, Wi T, et al. Integration of HIV testing services in family planning clinics: a literature and policy review in 8 sub-saharan African countries. International Conference on AIDS and Sexually Transmitted Infections; 2-7 December; 2019; Kigali, Rwanda.
16. Eaton JW, Terris-Prestholt F, Cambiano V, Sands A, Baggaley RC, Hatzold K, et al. Optimizing HIV testing services in sub-Saharan Africa: cost and performance of verification testing with HIV self-tests and tests for triage. *J Int AIDS Soc.* 2019;22(S1):e25237.
17. Eaton JW, Sands A, Barr-Dichiara M, Jamil M, Baggaley R, Kalua T, et al. Accuracy and performance of HIV testing strategies: considerations for accurate across heterogenous epidemic settings. Geneva: World Health Organization; 2019.
18. Eaton JW, Johnson C, Gregson S. The cost of not retesting: human immunodeficiency virus misdiagnosis in the antiretroviral therapy “test-and-offer” era. *Clin Infect Dis.* 2017;65:(3):522–5.
19. Meisner J, Rodriguez P, Roberts A, Barnabas R, Newman-Owiredo M, Taylor M, et al. Cost-effectiveness of dual maternal HIV and syphilis testing and retesting strategies in high and low HIV prevalence countries. Geneva: World Health Organization; 2019.

20. Meisner J, Rodriguez P, Roberts A, Barnabas R, Newman-Owiredo M, Taylor M, et al. Modeling the cost-effectiveness of retesting for HIV during pregnancy and postpartum in high and low HIV prevalence countries. Geneva: World Health Organization; 2019.
21. Meisner J, Thomson K, Quinn C, Marum E, Barnabas R, Farid S, et al. Modelling the cost-effectiveness of repeat maternal HIV testing in Kenya and South Africa. 22nd International AIDS Conference; 23-27 July, 2018; Amsterdam, Netherlands (<https://programme.aids2018.org/Abstract/Abstract/6386>, accessed 27 August 2019).
22. WHO information note on the use of dual HIV/Syphilis rapid diagnostic tests. Geneva: World Health Organization; 2017.
23. WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women. Geneva: World Health Organization; 2017.



MOBILISATION DE LA DEMANDE ET MISE EN ŒUVRE DE SERVICES, INFORMATIONS ET MESSAGES EFFICACES AVANT LE DÉPISTAGE

3

Messages clés	34
3.1 Introduction	36
3.2 Mobiliser la demande en services de dépistage du VIH	38
3.2.1 Créer un environnement propice	38
3.2.2 Stratégies et approches de création de la demande	42
3.2.3 Considérations pour la mise en œuvre des interventions de création de la demande	49
3.3 Informations et messages avant le dépistage	51
3.3.1 Considérations pour la mise en œuvre des messages d'information et de conseil fournis avant le test	56
Références bibliographiques	58



MESSAGES CLÉS

- **Une communication concise** avant le dépistage du VIH, à la fois informative, encourageante et motivante, est un moyen efficace de créer une demande de dépistage du virus parmi les personnes vivant avec le VIH qui ignorent leur statut et d'engager celles exposées à un risque persistant élevé sans aggraver la stigmatisation et la discrimination.
- **Un environnement propice** qui supprime les obstacles tels que la stigmatisation, la discrimination et la criminalisation ainsi que les problèmes liés à l'âge de consentement est essentiel pour optimiser l'accès aux services de dépistage du VIH (SDV) et leur utilisation, en particulier parmi les personnes à risque persistant élevé et les populations clés.
- La création et la mobilisation de la demande seront plus efficaces lorsqu'elles sont **développées en collaboration avec les communautés** et adaptées aux intérêts, préoccupations et besoins spécifiques de chaque communauté prioritaire dans son contexte local. Les efforts doivent prioriser les personnes dont le risque d'exposition est élevé qui n'ont jamais ou pas récemment été dépistées ainsi que les personnes séropositives qui connaissent leur statut VIH mais qui ne reçoivent pas actuellement de soins.
- **Les approches de création de la demande fondées sur des bases factuelles** incluent des plateformes numériques et dirigées par les pairs ; la promotion de caractéristiques particulières des SDV comme la possibilité d'un dépistage sur le lieu de travail, le week-end ou tard le soir ; des messages encourageant le dépistage dans le cadre du conseil orienté vers le couple ; des messages liés à la réduction du risque ; et des messages motivationnels.
- À mesure que la couverture des SDV et du traitement antirétroviral (TAR) augmente, il devient plus courant de refaire le test chez les personnes dont le risque d'exposition est faible. Les efforts de création de la demande, en particulier ceux qui portent sur la mobilisation, doivent s'attaquer à ce problème pour assurer la fourniture de **SDV efficaces et efficaces** et ne pas augmenter davantage le coût par personne diagnostiquée séropositive.
- L'OMS ne recommande pas de fournir un conseil avant le test. Au lieu de cela, les programmes doivent **assurer des informations concises avant le dépistage** pour les personnes ayant recours aux SDV ainsi que leurs familles et leurs partenaires, par l'intermédiaire d'un processus qui fournit des informations générales, répond aux questions des patients et offre la possibilité de refuser le dépistage.
- Il est essentiel que les activités de création de la demande incluent des messages d'information et de conseil qui **communiquent les avantages du TAR précoce** et expliquent que les personnes vivant avec le VIH qui atteignent et maintiennent une charge virale indétectable ne peuvent pas transmettre le virus à leurs partenaires.
- **Il peut être bénéfique d'intégrer des messages d'information et de conseil concis et spécifiques au VIH** dans le cadre des visites de santé et des programmes de prévention et de soutien à portée plus large, surtout des messages qui répondent aux besoins des personnes dans les contextes à forte charge de VIH et des personnes exposées à un risque persistant élevé.
- Il est important de **protéger et maintenir la confidentialité des patients**, notamment quand le dépistage est proposé dans le cadre de services aux partenaires et lorsque la séance d'information avant le test comprend des questionnaires de criblage pour le risque, les symptômes ou les maladies indicatrices.

3 MOBILISATION DE LA DEMANDE ET MISE EN ŒUVRE DE SERVICES, INFORMATIONS ET MESSAGES EFFICACES AVANT LE DÉPISTAGE

Encadré 3.1. **NEW** Déclaration de bonnes pratiques de l'OMS sur la création de la demande

La création de la demande pour augmenter le recours aux SDV et atteindre les personnes qui en ont le plus besoin est un outil précieux pour atténuer la stigmatisation, la discrimination et la criminalisation. Dans le cadre d'une stratégie visant à atteindre les personnes vivant avec le VIH qui ignorent leur statut et qui présentent un risque élevé de contracter le virus, il peut être nécessaire de prioriser les approches de création de la demande en fonction du contexte, de la population cible et des ressources disponibles. Un large éventail de stratégies de création de la demande a été rigoureusement testé pour évaluer l'impact sur le recours au dépistage du VIH et la proportion de personnes séropositives diagnostiquées, mais souvent les résultats ultérieurs concernant la liaison avec les services de soins ou de prévention n'ont pas été mesurés.

Parmi les plateformes fondées sur des bases factuelles pour la création de la demande, on citera :

- les interventions de création de la demande dirigées par les pairs, notamment les activités de mobilisation ; et
- les plateformes numériques, comme les vidéos préenregistrées encourageant le dépistage.

Parmi les approches ayant produit une augmentation concrète de la demande, on citera :

- la promotion de caractéristiques particulières des SDV ;
- les messages clés et services de conseil concis assurés par les prestataires (moins de 15 minutes) ;
- les messages communiqués dans le cadre du conseil orienté vers le couple qui encouragent le dépistage ;
- les messages liés à la réduction du risque et à l'autonomisation économique, en particulier pour les consommateurs de drogues par injection ; et
- les messages motivationnels.

Les données suggèrent que les approches suivantes peuvent être moins efficaces pour créer la demande :

- les lettres d'invitation personnelles ;
- les messages dont le contenu est personnalisé ;
- le conseil axé sur le développement de la relation entre patient et conseiller ;^a
- les messages texte généraux, y compris les SMS.

Certaines études signalent une augmentation de l'utilisation des SDV lorsque des incitations sont offertes, mais il convient de peser soigneusement les avantages et les inconvénients avant d'utiliser des incitations pour créer la demande, notamment :

- l'utilisation des ressources et la durabilité, en particulier lorsqu'il s'agit d'incitations financières, qui peuvent aller à l'encontre des principes de la couverture sanitaire universelle ;
- les changements comportementaux à plus long terme entraînant l'association des SDV et d'autres services avec des pratiques d'incitation, qui doivent être mis en balance avec l'augmentation à court terme du recours aux services ;
- l'effet négatif sur l'équité, en raison de la priorisation de certaines populations et maladies ;
- le risque d'une dépriorisation de la mise en œuvre systématique de stratégies qui améliorent la prestation de services et réduisent les obstacles et les contre-incitations, comme les coûts imposés aux patients pour un accès plus général aux services de santé.

^a Parfois appelé « alliance thérapeutique », cette approche se concentre sur la relation entre le patient et le prestataire, et sur des objectifs mutuellement convenus, l'attribution de tâches perçues par les deux parties comme efficaces et appropriées, et le développement d'une relation de confiance entre le patient et le conseiller. Voir l'annexe Web A pour plus de détails.

3.1 Introduction

La réalisation des objectifs de prévention et de traitement de l'Organisation des Nations Unies pour 2020 dépend en grande partie des services de dépistage du VIH (SDV) et de leur capacité à atteindre les personnes vivant avec le VIH qui ignorent leur statut ainsi que celles qui sont exposées à un risque persistant élevé, puis à faciliter la liaison avec les services de prévention et de traitement du VIH (1, 2). Malgré l'intensification des services de dépistage, de prévention et de traitement du VIH, des lacunes subsistent. On estime actuellement qu'une personne infectée sur cinq n'a toujours pas connaissance de son statut et que 1,7 million de nouvelles infections à VIH se produisent chaque année (3).

Parmi les personnes que les SDV ne parviennent pas à atteindre, beaucoup font partie de populations clés ou sont des partenaires de personnes vivant avec le VIH, des personnes atteintes d'infections sexuellement transmissibles (IST), de tuberculose (TB) ou d'hépatite virale B ou C (HVB/VHC) et, en Afrique de l'Est et australe, des hommes, des adolescents et des jeunes (2). Outre les efforts qui visent à assurer un environnement propice au dépistage du VIH, des stratégies et des interventions spécifiques pour créer la demande et augmenter le recours aux services sont nécessaires afin de venir en aide aux personnes exposées au risque de contracter le VIH et aux personnes vivant avec le VIH qui ignorent leur statut.

Historiquement, le dépistage du VIH a été l'une des premières interventions dans la riposte mondiale au VIH (4). En l'absence de vaccins ou de traitement, des messages exprimant parfois la peur ont été élaborés au début de nombreux programmes pour tenter de motiver la population à se faire dépister pour le VIH (4). Les activités de mobilisation utilisaient principalement des campagnes médiatiques à large diffusion conçues pour accroître la sensibilisation et promouvoir le changement des comportements (5). Bien que cela ait produit des effets à court terme augmentant le recours aux SDV, on ne savait pas exactement quels seraient les avantages potentiels à long terme en termes d'influence sur les comportements (6). Les services de dépistage fournissaient aussi souvent un conseil fastidieux avant le test, dont le but était d'encourager des comportements moins risqués et de motiver le retour des personnes testées pour chercher leur résultat (4, 7, 8).

Après l'intensification des TAR, d'autres options de prévention du VIH et des tests rapides de routine, la création de la demande et les messages et stratégies de conseil avant le test ont changé. De plus en plus, les activités de création de la demande utilisaient des médias divers, du marketing social, des ateliers et des stratégies plus ciblées ou dirigées par les pairs (5, 9) dont les messages exprimaient une attitude positive face à la vie et la nécessité de connaître son statut, de commencer le TAR (en cas de séropositivité) et d'adopter des options appropriées de prévention du VIH pour améliorer sa santé et prévenir la transmission. En outre, en 2015, sur la base de données suggérant que la fourniture d'un conseil intensif ou prolongé avant le test n'était pas particulièrement bénéfique, (8, 10-14) l'OMS a conseillé aux programmes qu'il était préférable, avant le dépistage, de procurer des informations concises qui fournissent des informations générales, répondent aux questions des patients, et offrent à ces derniers la possibilité de refuser les services (15, 16).

Aujourd'hui, avec l'introduction d'approches supplémentaires pour les SDV, notamment l'autodépistage du VIH (ADVIH) et les services aux partenaires (surtout la notification par le prestataire et les approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux), le développement de messages personnalisés et axés sur le patient est plus souvent priorisé (17). Certains programmes, dans le but de mieux atteindre les populations et d'améliorer l'efficacité, sont en passe d'ajouter des questionnaires et d'autres outils de criblage conçus pour identifier les facteurs de risque, les symptômes et les maladies indicatrices, dans le cadre des séances d'information qui ont lieu avant le dépistage (18). L'exploitation à grande échelle des technologies numériques comme la vidéo, les SMS, les médias sociaux et les sites Web, a engendré de nouvelles approches pour promouvoir les SDV et la liaison avec les soins, et assurer la provision d'informations et de messages avant le dépistage (10, 19, 20). Un agent de santé peut par exemple faire une démonstration de groupe sur

les méthodes d'autodépistage, encourager le dépistage des partenaires, et utiliser des vidéos et des médias sociaux à des fins d'illustration, d'information et de suivi ; le tout dans le cadre d'une courte séance qui a lieu avant le dépistage (21).

L'Encadré 3.2 résume les principales activités de communication devant avoir lieu avant le dépistage, notamment le développement d'un environnement propice, la création de la demande et les stratégies et plateformes d'information avant le test.

Encadré 3.2. Ensemble de prestations de services avant le dépistage : approches et stratégies fondamentales à considérer

Environnement propice

- Protéger la confidentialité
- Prévenir le préjudice social, la stigmatisation, la discrimination et la criminalisation
- Autonomiser les communautés
- Assurer une politique appropriée sur l'âge de consentement

Plateformes de mobilisation pour créer la demande

- Approches dispensées par les pairs, participatives et dirigées par la communauté, telles que l'utilisation d'éducateurs pairs, de groupes communautaires et de programmes confessionnels
- Outils numériques basés sur l'approche, le lieu et le contexte des SDV, notamment : médias sociaux, SMS, applications de santé mobile, médias de cybersanté à large diffusion et autres médias numériques, y compris les vidéos

Stratégies de mobilisation pour créer la demande

- Promotions, publicités et messages ciblés sur des caractéristiques particulières des SDV, comme un lieu ou des options uniques, ou une offre de services le week-end ou tard le soir
- Programmes éducatifs (par exemple, théâtre, axés sur le sport et confessionnels)
- Stratégies de conseil (par exemple, messages motivationnels)
- Conseil orienté vers le couple et services aux partenaires (notamment la notification par le prestataire et les approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux)

Informations et messages avant le dépistage

- Avantages des tests et des services de prévention et de traitement disponibles
- Explication des enjeux et des services pour les personnes sous TAR qui souhaitent des tests supplémentaires, le cas échéant
- Possibilité de poser des questions

Criblage (le cas échéant)

- Criblage pour le risque (par exemple, auto-évaluation du risque pour motiver le dépistage ou, dans les pays à faible charge de VIH, proposition de SDV aux personnes qui, lorsqu'elles sont interrogées, signalent un comportement à risque ou expriment des craintes quant au risque d'exposition)
- Criblage pour les symptômes et la co-infection (par exemple, pour la tuberculose, les IST, l'hépatite virale)
- Criblage pour les maladies indicatrices (voir le Chapitre 5) ;

3.2 Mobiliser la demande en services de dépistage du VIH

Souvent, le recours inadéquat aux SDV est le résultat d'une série d'obstacles personnels, structurels et systémiques qui comprennent entre autres le manque de conscientisation, la crainte d'un résultat de test positif, le manque de confidentialité, la crainte de stigmatisation, les coûts, les lois et les politiques (comme l'âge de consentement pour le dépistage, la criminalisation du VIH et/ou des populations clés), les services peu pratiques, trop éloignés ou difficiles à atteindre, et les attitudes et pratiques négatives des agents de santé (22-26).

Les connaissances générales et la sensibilisation quant aux SDV varient selon les contextes et les populations : dans beaucoup de pays, même si la plupart des personnes savent où se rendre pour se faire dépister, la proportion d'adolescents, d'hommes et de populations clés qui le savent est souvent beaucoup plus faible (27). Peu savent où et comment se faire dépister pour le VIH en dehors du contexte d'un établissement de santé, qu'il s'agisse d'un test d'autodépistage ou de services à base communautaire (28-30).

Pour les personnes exposées au risque de contracter le VIH et les personnes vivant avec le VIH qui ignorent leur statut, les efforts visant à augmenter le dépistage doivent être renforcés. Il est évident que les outils et interventions de création de la demande améliorent l'accessibilité, la convivialité et la qualité des services, mais hormis cela, ils sont peut-être aussi le seul moyen d'atteindre les personnes mal informées au sujet des tests et des dernières avancées en matière de traitement et de prévention, ainsi que celles qui ne peuvent pas accéder facilement au dépistage et celles susceptibles d'hésiter à se faire dépister par crainte d'un diagnostic positif du VIH.

3.2.1 Créer un environnement propice

Une fonction essentielle de santé publique consiste à permettre aux personnes de faire un choix de santé éclairé pour accéder au dépistage du VIH et recourir aux services de traitement ou de prévention. En dehors du secteur de la santé, la mise en œuvre de lois et de politiques qui respectent les droits de la personne, et favorisent l'accès aux services et leur utilisation, est cruciale en termes d'impact sur la santé publique. Parmi les politiques susceptibles d'encourager les recours aux SDV, on citera celles qui protègent le consentement et la confidentialité des patients, les protections contre le dépistage obligatoire ou coercitif, les lois et politiques qui luttent contre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH et les populations clés, et qui décriminalisent la consommation de drogues, le commerce du sexe et les relations homosexuelles. Pour les adolescents, des politiques qui portent sur l'âge de consentement sont nécessaires pour leur permettre de se faire dépister sans le consentement de leurs parents (31). Des politiques et des lois sont aussi requises pour mettre en œuvre des approches efficaces des SDV : il peut s'agir de politiques permettant le partage des tâches (qui permettent le dépistage par des prestataires non professionnels), de politiques portant sur le secret médical (qui favorisent la notification par le prestataire), et de politiques relatives à l'utilisation des dispositifs médicaux (qui assurent l'accès à l'autodépistage).

L'OMS recommande que tous les SDV soient mis en œuvre en respectant les « 5C », en particulier le consentement et la confidentialité des patients, les services d'information et de conseil dispensés avant et après le dépistage, les résultats corrects et la connexion (liaison avec les services de soins) (15). L'OMS recommande que les pays protègent la vie privée au travers de lois et de politiques, et mettent en place des politiques, lois et normes empêchant la discrimination et la stigmatisation à l'égard des personnes vivant avec le VIH et des populations clés (32).

Bien que ces facteurs ne soient pas toujours sous la responsabilité directe du secteur de la santé, les prestataires de soins et les organisations qui fournissent les SDV doivent travailler avec les organisations communautaires, les populations clés et les autres communautés affectées, les institutions gouvernementales, les autorités judiciaires et les organismes de sensibilisation pour s'assurer que l'environnement soit favorable et permette aux populations de connaître leur statut VIH (Figure 3.1).

Figure 3.1. Facteurs déterminants pour les programmes de dépistage du VIH



* y compris la décriminalisation et l'âge de consentement.

Source : OMS 2016 (4).

Les considérations clés comprennent :

- **Assurance du consentement.** Le consentement consiste à donner son autorisation verbale ou son accord pour le dépistage du VIH. Le dépistage obligatoire ou coercitif n'est jamais justifié. Toute personne doit avoir la possibilité de refuser le dépistage, et les politiques doivent protéger les personnes qui choisissent de ne pas se faire dépister. Le dépistage ne doit pas conditionner l'obtention d'autres prestations, et le refus du test ne doit pas conduire à la retenue d'autres prestations (15, 33, 34).
 - L'OMS recommande de proposer des services volontaires aux partenaires pour les partenaires sexuels et d'injection de drogues, et la divulgation volontaire lorsque cela présente un avantage. Les services aux partenaires, y compris la notification par le prestataire, et la divulgation, ne doivent être effectués qu'avec le consentement de la personne dépistée (32, 34-36).
 - Pour les adolescents, il est recommandé de procurer les services liés à la santé sexuelle et reproductive, notamment le dépistage du VIH, les informations sur la planification familiale/ la contraception et autres services, sans exiger l'autorisation ou la notification obligatoire des parents ou du responsable légal (37). Les pays sont également encouragés à examiner leurs lois et politiques relatives à l'âge de consentement et à envisager leur révision, ainsi qu'à les harmoniser pour réduire les obstacles à l'accès aux SDV qui sont liés à l'âge et donner aux prestataires les moyens d'agir dans l'intérêt de l'adolescent (36).
- **Protection de la confidentialité.** Le manque de confidentialité décourage le recours au dépistage du VIH (22-26). Le respect de la confidentialité s'applique non seulement chez les patients dans le cadre du dépistage du VIH et du rendu des résultats, mais aussi à toutes les informations personnelles, comme celles concernant le risque personnel, le comportement sexuel ou la consommation de drogues, et l'identité des partenaires sexuels ou d'injection de drogues. Les agents de santé et autres prestataires de SDV peuvent devoir suivre un programme de formation et de sensibilisation spécial sur la confidentialité des dossiers médicaux et la sécurisation des registres, dossiers et documents qui contiennent des données d'identification personnelles, en particulier lorsque des populations clés sont concernées. Les programmes et les établissements où les SDV sont dispensés doivent avoir des politiques internes et des modes opératoires normalisés internes qui protègent la vie privée et la confidentialité des patients.
 - Les prestataires doivent être sensibles à la manière dont ils proposent les SDV ainsi qu'au lieu où ils procurent ces services, en évitant toute pratique et situation susceptible d'entraîner la

divulgaration involontaire des données personnelles des patients à des tiers ou de dissuader le recours au dépistage. Entre autres, ces pratiques néfastes peuvent inclure les questions personnelles posées en public concernant les comportements à risque ou les symptômes, et l'offre d'informations relatives au dépistage dans les salles d'attente, les services ambulatoires ou d'autres environnements qui ne sont pas privés.

- **Prévention du préjudice social, de la violence, de la stigmatisation, de la discrimination et de la criminalisation.** La crainte de la violence et les actes de violence ainsi que la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et des populations clés dissuadent le recours au dépistage (31). Il en va de même pour la criminalisation des comportements à risque qui peuvent être suggérés par une demande de dépistage. Au sein d'un établissement, tous les membres du personnel participent à l'assurance d'un environnement *sûr, convivial et accueillant*. La formation des agents de santé peut être efficace pour réduire la stigmatisation et la discrimination dans les établissements. Pour prévenir la violence, la formation et l'éducation des responsables de l'application des lois peuvent également être efficaces (38, 39). Avant le dépistage du VIH et dans le cadre des services aux partenaires, il peut être important de rechercher les cas de violence exercée par le partenaire intime et, le cas échéant, d'effectuer la liaison avec les services disponibles, conformément aux directives de l'OMS dans ce domaine (15, 34, 35).
- Les efforts visant à réduire la stigmatisation et la discrimination au niveau national, comme la promotion des politiques de protection et antidiscriminatoires pour toutes les populations, peuvent favoriser un environnement propice au dépistage du VIH, plus particulièrement au sein des systèmes judiciaires et de santé (31). Les politiques sont plus efficaces lorsqu'elles abordent de façon simultanée les facteurs individuels, organisationnels et de politique publique qui permettent la stigmatisation et la discrimination (40). Les programmes, au sein et hors du secteur de la santé, devraient instaurer des politiques de lutte contre la stigmatisation et la discrimination et des codes de conduite pour le personnel.
- La mise en œuvre de lois et de politiques est essentielle pour protéger les droits et la sécurité des groupes vulnérables, notamment les populations clés, les adolescents, les femmes, les migrants et les réfugiés. Plus spécifiquement, ces stratégies peuvent inclure les activités suivantes : (1) assurer ou améliorer la connaissance des mécanismes pour la notification des violations des droits et la prise de mesures disciplinaires ; (2) organiser des ateliers de sensibilisation pour les personnes ayant un rôle central dans la communauté (p. ex., les fonctionnaires, la police, les médias, les agents de santé et les chefs religieux) ; (3) créer des espaces sûrs tels que des centres d'accueil et des programmes d'information ; (4) envisager la possibilité de violence exercée par le partenaire intime ; (5) créer des mécanismes d'alerte précoce et de réponse rapide avec la participation des communautés affectées ; et (6) fournir des services essentiels, documents officiels et procédures de recours aux personnes victimes de préjudice social, de violence, de stigmatisation, de discrimination et d'abus de la part des autorités.
- **Autonomisation des communautés.** L'autonomisation est un facteur déterminant essentiel pour améliorer l'accès aux SDV parmi les communautés vulnérables, y compris les populations clés. Elle peut être renforcée par différentes sortes d'actions, comme la participation significative des populations clés dans la conception et la prestation de services, les activités d'éducation par les pairs, les programmes offrant des connaissances et services juridiques, et la promotion de groupes, programmes et prestations de services dirigés par les populations clés.

Encadré 3.3. Recommandations et déclarations de bonnes pratiques de l'OMS sur la création d'un environnement propice au dépistage du VIH

Consentement et confidentialité

- Des initiatives doivent être mises sur pied pour faire respecter la protection de la vie privée et instaurer des politiques, des lois et des normes qui empêchent la discrimination et favorisent la tolérance et l'acceptation des personnes vivant avec le VIH. Cela peut contribuer à assurer des environnements qui facilitent la divulgation du statut VIH (*recommandation forte, données de faible qualité*).
- Le dépistage du VIH doit être volontaire. Toutes les personnes dépistées doivent être informées de leur droit de refuser le test, et elles doivent donner leur consentement éclairé verbal pour le dépistage. Un dépistage du VIH obligatoire ou coercitif n'est jamais justifié.
- Les pays sont encouragés à examiner leurs politiques relatives à l'âge de consentement et à envisager leur révision pour réduire les obstacles à l'accès aux SDV qui sont liés à l'âge et donner aux prestataires les moyens d'agir dans l'intérêt de l'adolescent.

Services conviviaux et mise en application de politiques de protection et de lutte contre la stigmatisation et la discrimination

- Les services doivent être dispensés dans des espaces sûrs et bien acceptés qui offrent une protection contre les effets de la stigmatisation et de la discrimination, où les personnes et les partenaires peuvent exprimer librement leurs craintes, et où les prestataires font preuve de patience, de compréhension, d'acceptation et de connaissance quant aux choix et services disponibles.
- Des services de santé axés sur les adolescents doivent être mis en œuvre dans le cadre des SDV pour garantir leur participation et améliorer leur résultats (*forte recommandation, données de faible qualité*).

Prévention de la violence

- Un soutien immédiat doit être offert aux femmes lors de la divulgation de toute forme d'acte de violence commis par un partenaire intime (ou un autre membre de famille) ou d'agression sexuelle quel qu'en soit l'auteur. Les prestataires de soins doivent au minimum apporter un soutien en première ligne lors de la divulgation d'un acte de violence par la femme qui en a été victime. S'ils ne sont pas en mesure d'apporter un tel soutien, ils doivent veiller à ce que quelqu'un d'autre (dans l'établissement de soins ou une autre personne facilement accessible) soit immédiatement disponible pour le faire (*recommandation forte, données indirectes*).
- Les prestataires de soins doivent poser des questions sur l'exposition à la violence exercée par le partenaire intime quand ils évaluent les affections qui en résultent ou sont exacerbées, afin d'améliorer le diagnostic/dépistage et les soins ultérieurs (*recommandation forte, données indirectes*).
- Des services de santé et d'autres services de soutien doivent être offerts à toute victime d'actes de violence appartenant à un groupe clé. En particulier, les victimes de sévices sexuels doivent avoir rapidement accès à des soins complets après un viol, conformément aux lignes directrices de l'OMS. Les incidents de violence doivent être surveillés et signalés et traités en partenariat avec les communautés touchées, ainsi que dans les prisons et autres environnements confinés.
- Les responsables de l'application des lois et les prestataires de soins de santé et de services sociaux, notamment les prestataires non professionnels, doivent recevoir une formation leur permettant de reconnaître et respecter les droits des personnes vivant avec le VIH, des populations clés et des autres communautés touchées, et doivent être poursuivis en cas de violation de ces droits.

Encadré 3.3. **continué...**

Autonomisation communautaire

- Les services doivent comprendre un ensemble d'interventions visant à renforcer l'autonomisation communautaire des personnes vivant avec le VIH, des populations clés et des autres communautés affectées.
- Des programmes doivent être mis en place pour fournir aux personnes les connaissances et les services juridiques nécessaires concernant leurs droits, et leur permettre de bénéficier du soutien de l'appareil judiciaire en cas de violation de ces droits.
- Une formation sur la sexualité humaine peut faciliter une meilleure compréhension des communautés sexuellement diverses, en particulier des personnes qui s'identifient comme lesbiennes, gays, bisexuel(le)s, transgenres, en questionnement ou intersexué(e)s (LGBTQI), ainsi que les adolescents et les jeunes à la recherche d'informations précises sur la prévention du VIH et les contraceptifs, y compris comment les utiliser et où les obtenir.

Sources : OMS, 2013 (38) ; OMS 2014 (31) ; OMS, 2015 (15) ; OMS, 2016 (37) ; OMS, 2016 (34) ; OMS, 2019 (41) ; OMS, 2019 (42).

3.2.2 **Stratégies et approches de création de la demande**

Les stratégies de création de la demande et de mobilisation comprennent des activités visant à améliorer directement les connaissances, les attitudes, les motivations et les intentions face au dépistage, et à éclairer la décision de recourir aux SDV. Ces interventions peuvent comprendre : (1) des promotions, publicités et messages ciblés ; (2) des programmes éducatifs ; (3) de brefs messages de motivation et des stratégies de conseil ; et (4) le conseil orienté vers le couple et les services aux partenaires. La mise en œuvre de ces stratégies peut recourir à une approche communautaire ou faisant appel aux pairs, et s'appuyer sur des outils numériques (vidéos ou SMS) et d'autres médias de santé mobile et de cybersanté à large diffusion.

Les efforts de création et de mobilisation de la demande doivent envisager d'adopter les approches les plus efficaces pour atteindre les personnes les plus touchées par le VIH et avec les plus faibles taux de dépistage et de connaissance du statut sérologique, comme les populations clés, les adolescents et les jeunes, les hommes, les femmes enceintes et en post-partum, les cas de tuberculose confirmée ou présumée, les partenaires de personnes vivant avec le VIH, les personnes qui ne se sont jamais fait dépister et d'autres groupes affectés et vulnérables. Les stratégies doivent être adaptées au public ciblé en tenant compte de nombreux facteurs : la personne chargée de délivrer le message de création de la demande (p. ex., agents de santé, pairs formateurs, partenaires, célébrités populaires ou respectées ou autres personnalités publiques) ; le moyen de communication (p. ex., en personne, médias sociaux, théâtre, radio, affiches, SMS) ; le format du message (p. ex., performances, soutien de célébrités, appels à la logique, informations pratiques sur les centres de SDV et les horaires d'ouverture) ; le lieu et l'environnement (p. ex., un cadre convivial dans un établissement de santé, un café local ou un lieu de rencontre) ; le meilleur moment pour joindre les personnes ; la durée et la fréquence des activités (p. ex., une fois par mois pendant une heure, deux fois par jour pendant une minute) ; et enfin, si les messages sont intégrés à des initiatives plus larges de promotion de la santé ou ciblent plus étroitement des services de dépistage spécifiques auprès de populations particulières.

Selon les objectifs du programme et du contexte, les activités générales visant à promouvoir les SDV et sensibiliser la population peuvent ne pas être aussi nécessaires, ou aussi efficaces, que celles qui se concentrent sur des populations ou contextes spécifiques. La promotion du dépistage

du VIH en général par l'usage des médias à large diffusion, notamment la radio, la télévision, les panneaux publicitaires et les affiches, de l'Internet et des médias sociaux numériques, peut augmenter les connaissances et la sensibilisation (5). Aujourd'hui cependant, cette approche de portée plus générale n'a pas nécessairement le même impact sur le recours au dépistage que des activités ciblées. Compte tenu de l'évolution épidémiologique du VIH, en raison de la couverture accrue des services de dépistage et du TAR, des stratégies de mobilisation plus ciblées, conçues pour atteindre les personnes vivant avec le VIH qui ignorent leur statut et celles exposées à un risque persistant élevé, doivent être prioritaires.

Une signalisation claire, des affiches, des vidéos, des sites Web, des brochures et d'autres documents (rédigés dans la ou les langues locales) sont importants pour informer les patients potentiels quant au dépistage et les orienter vers les services. Ces informations sont cruciales dans tous les contextes qui fournissent des services de dépistage, qu'il s'agisse d'établissements de santé, de communautés, de services mobiles ou de centres de distribution de tests d'autodépistage. Dans les contextes où le dépistage du VIH est systématiquement proposé, comme les soins prénatals (SPN), les services de planification familiale/contraception, les cliniques de traitement des IST et les services de lutte contre la tuberculose, la présence de signalisation, d'affiches et de dépliants, et l'offre de séances d'éducation sanitaire de groupe peuvent expliquer aux patients et aux membres de leur famille l'importance du dépistage du VIH et où et quand un dépistage est proposé.

L'OMS a procédé à un examen systématique pour mettre à jour les orientations opérationnelles existantes sur les approches efficaces de création de la demande et les messages de conseil. Dans cette mise à jour des lignes directrices, l'OMS publie une nouvelle déclaration de bonnes pratiques sur la création de la demande et les messages de conseil pour aider les pays et les responsables de l'application à prioriser des stratégies fondées sur des bases factuelles. La section suivante résume les résultats de l'examen systématique et la déclaration de bonnes pratiques de l'OMS (consulter également l'annexe Web A).

Examen des données sur les plateformes et approches de création de la demande

L'examen systématique comprenait 86 essais randomisés contrôlés (ERC) sur les interventions de création de la demande pour les SDV. Ces études ont été menées dans les Amériques (n=39) (principalement aux États-Unis d'Amérique [n=33]), en Afrique (n=33), en Europe (n=7), en Asie du Sud-Est (n=2) et dans le Pacifique occidental (n=3) ; deux étaient des études multi pays et régionales. Ces ERC concernaient principalement la population générale et les populations clés. Parmi ces essais, six concernaient des femmes enceintes et leurs partenaires, six portaient sur des adolescents et des jeunes (âgés de 10 à 19 ans ou de 15 à 24 ans), une portait sur des enfants et cinq concernaient d'autres populations exposées à un risque persistant élevé, comme les adultes à la recherche de services pour le traitement d'IST et ceux qui prennent la PrEP (prophylaxie préexposition).

Le Tableau 3.1 décrit et définit les catégories d'intervention pour la création de la demande utilisées dans ces ERC. Plusieurs ERC ont fait état de résultats liés à plusieurs catégories de création de la demande. Les principaux résultats sont résumés dans l'Encadré 3.4.

La section 3.3 aborde les données et les considérations relatives aux messages de conseil et aux informations fournis avant le dépistage. Le Chapitre 4 présente des informations sur la liaison avec les soins et les messages de conseil post-test fournis après le dépistage.

Tableau 3.1. Définitions et descriptions des catégories d'intervention pour la création de la demande

Catégorie de création de la demande (nombre d'études ayant notifié des données)	Type d'intervention	Définitions
1 Incitations (n=12)	Incitations destinées aux patients et aux prestataires	Les interventions classées comme des incitations comprenaient la fourniture de ressources (financières ou non) basées sur le recours au dépistage du VIH. Cela pouvait inclure des transferts de ressources aux personnes testées, aux prestataires de soins, aux parents ou partenaires et aux couples, avec ou sans conditions, notamment des paiements conditionnés par le dépistage du VIH ou des incitations basées sur les performances. La ressource comprenait des incitations financières (dans une fourchette de US \$ 1 à US \$ 10) et des incitations non financières telles que des fournitures et articles ménagers.
2 Mobilisation (n=7)	Activités visant à augmenter le recours au dépistage du VIH dans des communautés spécifiques	Les interventions classées comme des mobilisations comprenaient une gamme de moyens (théâtre, sports, jeux, matériel éducatif, sermons, matériel imprimé) destinés à mobiliser les membres de la communauté pour qu'ils se fassent dépister. La mobilisation se déroulait dans divers contextes, notamment des lieux de culte ou d'autres centres confessionnels, d'autres structures communautaires et des lieux de recherche de partenaires sexuels.
3 Ciblée et adaptée (n=20)	Promotion d'une caractéristique particulière, contenu personnalisé, dirigé par des pairs et invitation personnelle	Les interventions ciblées et adaptées sont des activités qui visent à surmonter un obstacle spécifique au dépistage du VIH. Cela peut inclure le dépistage dans un autre lieu, des services adaptés aux jeunes, des programmes dirigés par des pairs et la fourniture d'informations éducatives répondant à des craintes ou des obstacles spécifiques.
4 Conseil (information et messages) (n=27)	Formulation du message, motivation, conseil général, conseil orienté vers le couple, et durée ou intensité réduite du conseil	Les interventions de conseil cherchaient à comprendre comment l'optimisation de la fourniture de conseils aux patients par les prestataires responsables des tests peuvent améliorer le recours au dépistage du VIH. Les interventions de conseil peuvent inclure l'apport de révisions à la formulation des messages, la mise en œuvre du conseil motivationnel, le conseil orienté vers le couple et des approches pour réduire la durée du conseil.
5 Plateformes numériques (n=28)	Vidéo, audio, médias sociaux, sites Web et SMS	Les interventions dans cette catégorie utilisaient des plateformes numériques (vidéos, sites Internet ou médias sociaux, SMS, etc.) pour améliorer le recours au dépistage du VIH. Cela pouvait inclure des interventions exploitant les médias sociaux pour le soutien par les pairs ou la publicité ciblée, des répertoires Web personnalisés des SDV et des rappels SMS pour le dépistage.

Plateformes de création de la demande

L'utilisation de plateformes numériques et d'approches dirigées par des pairs, destinées à fournir un éventail d'interventions de création de la demande (informations, messages, conseil, etc.), augmente le recours au dépistage du VIH. Une méta-analyse de deux ERC a produit des données de qualité moyenne montrant que les interventions par les pairs conduisaient à un meilleur recours aux SDV, par rapport aux interventions ne faisant pas appel aux pairs. La qualité de ces données étant cependant très faible, il n'est pas certain que la participation des pairs ait augmenté la proportion de personnes séropositives diagnostiquées.

Une méta-analyse de trois ERC a révélé que l'utilisation de plateformes numériques pour diffuser les informations et les messages (vidéo ou audio) augmentait probablement le recours aux SDV,

Encadré 3.4. Constatations clés de l'examen systématique : plateformes et approches de création de la demande

Plateformes de création de la demande

- Les interventions dirigées par les pairs améliorent le recours aux SDV. L'effet sur la proportion de personnes diagnostiquées séropositives est incertain.
- Les plateformes numériques qui utilisent la vidéo pour fournir les messages d'information et de conseil améliorent le recours aux SDV. Les messages audio enregistrés ont peu ou pas d'effet sur le recours aux SDV.

Approches de création de la demande

- La promotion d'une caractéristique particulière des SDV (comme la disponibilité du dépistage sur le lieu de travail) peut améliorer le recours aux SDV mais peut réduire la proportion de personnes diagnostiquées séropositives. Les effets de la promotion de services adaptés aux jeunes sont incertains.
- Le fait d'assurer la brièveté des messages et des informations (moins de 15 minutes) entraîne un taux de recours aux SDV similaire à celui qui est obtenu lorsqu'on donne des informations plus longues ou plus intensives avant le dépistage, mais cette première approche peut être plus praticable et efficiente.
- Les messages communiqués dans le cadre du conseil orienté vers le couple qui encouragent le dépistage améliorent le recours aux SDV. L'effet sur la proportion de personnes diagnostiquées séropositives est incertain.
- Les messages liés à la réduction du risque et à l'autonomisation économique améliorent le recours aux SDV, en particulier pour les consommateurs de drogues par injection.
- Les messages motivationnels augmentent le recours aux SDV.
- Le recours au dépistage du VIH est aussi amélioré en proposant des incitations financières à valeur fixe ou basées sur un système de loterie (tirage au sort avec des prix de valeur variable), en particulier quand celles-ci sont conditionnelles à la liaison avec les services. L'effet sur la proportion de personnes diagnostiquées séropositives et la liaison avec les services de prévention et de soins est incertain. Les questions de durabilité, d'équité et d'utilisation des ressources doivent être abordées, et les avantages et inconvénients doivent être soigneusement pesés avant de mettre en œuvre des incitations financières visant à créer la demande.

par rapport aux communications en personne ou autres contenus textuels. La qualité des données était moyenne.

Par rapport au conseil donné en personne, les messages de conseil diffusés sous forme de vidéo ont eu le plus grand effet sur le recours aux SDV. Une méta-analyse de trois ERC a montré que l'utilisation de vidéos pour communiquer des messages de conseil préenregistrés décuple le recours aux services. La qualité des données était moyenne. Les effets ont cependant été largement déterminés par une seule étude. Cette étude s'est déroulée dans un contexte à revenu élevé et combinait des messages vidéo avec une offre systématique de dépistage du VIH utilisant des tests rapides dans un établissement de santé (43).

L'utilisation de SMS ou de messages audio ne faisait que peu ou aucune différence en termes de recours aux SDV par rapport aux alternatives, y compris les communications en personne ou autres contenus textuels. La qualité des données était moyenne. Les messages audio peuvent cependant être appropriés pour des populations spécifiques, comme les populations clés ou celles dont les niveaux d'alphabétisation sont moins élevés. Un ERC, par exemple, a constaté un taux plus élevé de recours aux SDV parmi les personnes en liberté conditionnelle (incarcérées précédemment) ayant effectué une courte entrevue de négociation par ordinateur (messages axés sur la motivation) par rapport au conseil en personne ou aux contenus textuels.

Quant à la liaison avec les services de prévention et de soins, les résultats n'ont pas été notifiés pour les approches faisant appel aux pairs ou les plateformes numériques.

Interventions de création de la demande

Une gamme d'interventions de création de la demande fondées sur des bases factuelles, destinées à augmenter le recours aux SDV, a été identifiée. Le résumé qui suit met en évidence les principales données et approches susceptibles d'augmenter le recours à ces services.

Mobilisation en milieu communautaire. Une méta-analyse de cinq ERC a produit des données de faible qualité indiquant que les activités de mobilisation par les pairs et les communautés peuvent augmenter le recours aux SDV, par rapport aux services de dépistage classiques sans mobilisation. Les données de qualité moyenne issues d'une autre méta-analyse portant sur deux ERC montrent que la mobilisation peut augmenter la proportion de personnes séropositives diagnostiquées, par rapport aux services de dépistage classiques sans mobilisation. Un ERC (44) suggérait que la mobilisation pouvait augmenter le nombre de personnes qui refont le test. Cet effet est cependant incertain car la qualité des données était très faible.

Promotion d'une caractéristique exclusive des SDV.¹ Une méta-analyse de deux ERC (45, 46) a produit des données de faible qualité indiquant que la promotion d'un atout exclusif d'un site ou service de dépistage, conçu en réponse à un obstacle spécifique, est susceptible d'augmenter le recours aux SDV. Le fait de promouvoir le dépistage du VIH sur le lieu de travail, par rapport à l'orientation classique qui renvoie au dépistage à l'extérieur du lieu de travail, était particulièrement efficace (45). La promotion de SDV adaptés aux adolescents et aux jeunes n'avait cependant qu'un effet incertain sur le recours aux services, car la qualité des données était très faible. Un ERC a produit des données de faible qualité suggérant que le fait de promouvoir un site de dépistage en fonction d'une caractéristique exclusive (46), comme la possibilité de se faire dépister dans une église ou un bar, augmentait le recours aux SDV mais entraînait une proportion plus faible de personnes diagnostiquées séropositives par rapport au dépistage classique.

Conseil orienté vers le couple. Les données de qualité moyenne issues d'une méta-analyse portant sur trois ERC (47-49) ont indiqué que le conseil orienté vers le couple augmentait le recours aux SDV par rapport aux services classiques. Étant donné la très faible qualité de ces données, l'effet sur la proportion de personnes séropositives diagnostiquées était incertain.

Lettres d'invitation personnelles et fiches d'orientation. Une méta-analyse de deux ERC ayant envoyé des lettres d'invitation aux participants (50, 51) a produit des données de faible qualité suggérant que l'utilisation de ce type de lettre personnalisée, plutôt que d'invitations génériques, dans le cadre d'une intervention plus large augmente le recours aux SDV. Il n'est pas certain que les lettres d'invitation et les fiches d'orientation augmentent à elles seules le recours par rapport aux SDV classiques, car la qualité des données est très faible. Un ERC (52) a constaté que des lettres d'invitation personnalisées, plutôt que génériques, conduisaient à une proportion plus élevée de personnes séropositives diagnostiquées. Étant donné qu'il n'y avait que très peu de diagnostics positifs dans l'ensemble, la qualité des données est très faible et l'effet est incertain.

Incitations de différents types et valeurs. Les données de qualité moyenne issues d'une méta-analyse de cinq ERC montrent que le fait de proposer des incitations financières fixes aux patients augmente le recours aux SDV, par rapport au recours en l'absence d'incitations. La qualité de ces données étant très faible, il n'est pas certain que des incitations à valeur fixe puissent augmenter légèrement la proportion de personnes séropositives diagnostiquées. Les résultats variaient selon les études. Des données de faible qualité suggèrent que l'incitation au dépistage à l'aide d'une loterie ne peut que légèrement augmenter le recours aux SDV, et que les incitations à valeur fixe tout comme les systèmes de loterie, qu'ils comprennent ou non des messages sur les

¹ C'est-à-dire une caractéristique unique des SDV, tel qu'un centre spécialisé, des horaires d'ouverture flexibles ou des services adaptés à une population spécifique. Des définitions abrégées sont indiquées dans le Tableau 3.1 et tous les détails figurent dans l'annexe Web A.

avantages des SDV ou les risques des SDV, n'auront probablement pas plus d'effet sur le recours au dépistage.

Les effets d'autres types d'incitations sur le recours aux SDV ou la proportion de personnes séropositives diagnostiquées, notamment les incitations non financières, les incitations à valeur fixe avec et sans messages, ainsi que les incitations destinées aux prestataires, sont incertains en raison de données de très faible qualité (53-57).

Dans l'ensemble, les données sur les approches de création de la demande susceptibles d'augmenter la liaison avec les soins ultérieurs étaient très limitées, et les effets étaient incertains en raison de la très faible qualité des données. Cela reste un domaine important pour la poursuite des recherches portant sur la création de la demande. Les prochaines lignes directrices de l'OMS sur l'amélioration du recours à la circoncision masculine pourraient fournir des informations supplémentaires.

Valeurs et préférences

Quinze ERC ont fait état de valeurs et de préférences supplémentaires parmi les bénéficiaires potentiels d'interventions de création de la demande et de messages et conseil connexes (51, 54, 57-69). Cinq ERC ont signalé que diverses interventions de création de la demande (notamment incitations, publicités et services ciblés, ainsi que plateformes numériques) atténuent les craintes liées à l'accès aux SDV, et étaient perçues comme divertissantes et accessibles (54, 58, 64, 66, 67). Parmi ces valeurs et préférences, beaucoup concernaient non seulement la création de la demande, mais également d'autres composantes des interventions évaluées, comme par exemple l'acceptabilité de l'autodépistage du VIH.

Certaines inquiétudes, ne concernant pas spécifiquement les interventions de création de la demande, ont été exprimées quant à la possibilité d'une réaction négative de la part d'un partenaire lorsque les interventions étaient axées sur les couples, et aussi dans les contextes où les patients avaient des craintes ayant trait à la confidentialité, la stigmatisation et la discrimination. Deux ERC ont examiné le préjudice social sur une base quantitative ; aucun n'a constaté un risque élevé pour ce type de préjudice (50, 57). Un ERC a indiqué que, malgré certaines préoccupations initiales, les lettres personnalisées pour les partenaires étaient acceptées (51).

Coût et utilisation des ressources

Huit études ont rendu compte des coûts liés aux interventions de création de la demande (20, 43, 59, 64, 66, 68, 70-72). Les coûts variaient considérablement et couvraient un large éventail de périodes. Sur trois ERC d'années différentes, le coût par personne testée (y compris le coût de création de la demande) allait de US \$ 20,73 à US \$ 238,00, soit un coût médian par personne testée de US \$ 40,00. En Afrique du Sud, un ERC a fait état de modestes coûts différentiels par personne jointe par SMS (US \$ 2,41) (64).

Deux ERC ont comparé les coûts de différentes interventions de création de la demande. Dans un ERC au Malawi, le coût était de US \$ 9,95 par personne testée par le biais de SDV classiques. L'ajout d'incitations à valeur fixe et de rappels par téléphone a augmenté le coût par personne testée d'au moins US \$ 14,00 et jusqu'à US \$ 31,29 (71, 72). Dans le cadre d'un autre ERC évaluant des vidéos pour la création de la demande auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes en Chine, le coût par personne testée était élevé (US \$ 238) lorsqu'une entreprise professionnelle produisait la vidéo, mais était beaucoup moins élevé (US \$ 31) avec une vidéo développée par « crowdsourcing » (c'est-à-dire en collaboration avec les membres de la communauté et les responsables de la mise en œuvre) (20). Le coût par personne testée signalé n'était pas très différent de celui rapporté par Kurth et al. (US \$ 40) pour le conseil par vidéo aux États-Unis (43).

Le coût par test positif affichait une variabilité considérable, un ERC indiquant US \$ 799 par nouveau cas de VIH identifié parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes en Chine (20) et une autre étude, axée sur les patients dans les services d'urgence aux États-Unis, rapportant un coût de US \$ 10 000 (43). Bien que diverses interventions de création de la demande puissent être abordables et efficaces dans de nombreux contextes, cette différence de coût témoigne du fait qu'elles doivent cibler adéquatement les populations les plus exposées au risque et à la charge de l'infection à VIH non diagnostiquée.

Faisabilité

Parmi les interventions de création de la demande identifiées, plusieurs sont tout à fait réalisables et font partie des lignes directrices nationales existantes, comme la mobilisation communautaire et les approches faisant appel aux pairs, qui ont été utilisées pour intensifier les programmes de SDV et optimiser la couverture dans de nombreux contextes. Les approches personnalisées et ciblées, déjà mises en œuvre dans certains contextes, peuvent être intensifiées et axées sur les personnes qui ont le plus besoin de services de dépistage, de prévention et de traitement, comme les populations clés et les partenaires des personnes vivant avec le VIH. Ces approches sur mesure comprennent la fourniture du conseil orienté vers le couple, l'envoi de lettres personnalisées dans le cadre des services aux partenaires et la promotion d'une caractéristique particulière des SDV.

Dans certains contextes, les plateformes numériques, et notamment la vidéo, peuvent être une option. L'utilité de ces outils varie selon le contexte, la population d'intérêt, la disponibilité et la couverture des interventions numériques dans divers milieux. Certaines méthodes innovantes comme le « crowdsourcing » (ou production participative), faisant appel à la communauté, peuvent augmenter la faisabilité en réduisant les coûts. Il est important d'envisager des moyens d'adapter ces outils pour les contextes à revenu faible et intermédiaire, comme l'utilisation de médias sociaux ou de plateformes Web.

Une stratégie de mobilisation est réalisable pour obtenir une couverture élevée, mais devra probablement être modifiée en fonction du contexte et des populations spécifiques visées. La participation de la communauté et des pairs peut jouer un rôle important dans la mise en œuvre, et doit être considérée comme une stratégie transversale pour la mise sur pied d'interventions de création de la demande. La mobilisation s'avère plus efficace lorsqu'une intervention n'a qu'un faible taux global d'adoption et qu'il est nécessaire de sensibiliser le public. Pour ce qui est des efforts programmatiques actuels, il peut être moins utile de se concentrer sur les populations à risque élevé. Les informations qui sont ciblées et personnalisées ont des taux de faisabilité et d'acceptabilité potentiellement plus élevés pour les populations clés, mais doivent elles aussi subir des modifications contextuelles majeures.

Les incitations, en particulier pour les patients, sont potentiellement difficiles à mettre en œuvre dans les pays à revenu faible et intermédiaire, et sont de plus coûteuses. Bien qu'elles puissent sembler présenter un intérêt et être appréciées de la part des patients, leur degré de faisabilité peut s'avérer limité à long terme. Les incitations financières en particulier peuvent également miner les objectifs plus généraux de la couverture sanitaire universelle et sont susceptibles d'influencer les comportements de santé à court terme, mais pas nécessairement les résultats à long terme. La volonté politique de mettre en œuvre des incitations au dépistage du VIH en particulier peut être faible, étant donné qu'il est important de soutenir la demande pour une large gamme de services de santé. Actuellement, les pays à revenu faible ou intermédiaire n'ont aucune ligne directrice nationale qui recommande des incitations pour les SDV, bien que cette stratégie soit utilisée dans d'autres contextes programmatiques et domaines de santé.

Respect des droits de la personne et de l'équité

Compte tenu des données examinées, le GDG a noté que les interventions de création de la demande pouvaient augmenter l'équité lorsqu'elles étaient ciblées de manière appropriée, mais pouvaient également amplifier les écarts. Si des incitations sont utilisées et qu'elles deviennent de plus en plus associées aux SDV, il est important de considérer et de peser les compromis potentiels entre les gains à court terme et les effets à plus long terme. De plus, il convient d'évaluer l'effet négatif potentiel sur l'équité quand ces incitations visent certaines populations ou maladies.

Dans le cadre de la planification, la conception et la mise en œuvre d'approches de création de la demande, il faut étudier attentivement et engager les communautés et les populations qui ont le plus besoin de dépistage, de prévention et de traitement du VIH.

Déclaration de bonnes pratiques

Compte tenu des données examinées et des informations sur l'acceptabilité, la faisabilité, l'utilisation des ressources et l'équité, le Groupe d'élaboration des lignes directrices (GDG) est parvenu à un consensus et a décidé de ne pas faire de recommandation sur les interventions de création de la demande. Cela était dû en grande partie au volume limité des données relatives à la liaison avec les services de prévention et de soins, ainsi qu'au fait que les études variaient considérablement. En outre, le nombre de personnes vivant avec le VIH qui ignorent leur statut est en baisse, ce qui rend les approches de création de la demande très contextuelles. Au lieu d'une recommandation, le GDG a élaboré une déclaration de bonnes pratiques pour mettre en évidence des approches de création de la demande fondées sur des bases factuelles qui seraient susceptibles d'aider les pays et les programmes à prioriser les ressources limitées et à se concentrer sur les méthodes les plus performantes (voir l'Encadré 3.1).

3.2.3 Considérations pour la mise en œuvre des interventions de création de la demande

- Les efforts de création de la demande doivent se concentrer sur les personnes ayant le plus besoins de SDV, notamment celles vivant avec le VIH qui ignorent leur statut et les populations clés et leurs partenaires exposés à un risque persistant élevé. Il faut tenir compte du contexte régional et de la culture locale et impliquer les communautés dans la conception et la mise en œuvre d'approches de création de la demande.
- Au sein d'un établissement, tous les membres du personnel participent à l'assurance d'un environnement *sûr, convivial et accueillant*. Sans cela, les patients – surtout ceux des populations clés et ceux exposés à un risque persistant élevé – peuvent rester peu disposés à répondre aux interventions de création de la demande.
- À mesure que la couverture des SDV et du TAR augmente, il devient plus courant de refaire le test chez les personnes dont le risque d'exposition est faible. Les efforts de création de la demande, en particulier ceux qui portent sur la mobilisation, doivent impérativement s'attaquer à ce problème pour assurer la fourniture de SDV efficaces et efficaces et ne pas augmenter considérablement le coût par personne diagnostiquée séropositive.
- Le conseil orienté vers le couple et l'envoi de lettres d'invitation simples dans le cadre d'interventions plus étendues sont utiles, mais doivent être envisagés et mis en œuvre pour soutenir l'intensification des services aux partenaires, notamment la notification par le prestataire et les approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux, qui est recommandée par l'OMS comme approche à fort impact.

Encadré 3.5. **NEW** Déclaration de bonnes pratiques de l'OMS

La création de la demande pour augmenter le recours aux SDV et atteindre les personnes qui en ont le plus besoin est un outil précieux pour atténuer la stigmatisation, la discrimination et la criminalisation. Dans le cadre d'une stratégie visant à atteindre les personnes vivant avec le VIH qui ignorent leur statut et qui présentent un risque élevé de contracter le virus, il peut être nécessaire de prioriser les approches de création de la demande en fonction du contexte, de la population cible et des ressources disponibles. Un large éventail de stratégies de création de la demande a été rigoureusement testé pour évaluer l'impact sur le recours au dépistage du VIH et la proportion de personnes séropositives diagnostiquées, mais souvent les résultats ultérieurs concernant la liaison avec les services de soins ou de prévention n'ont pas été mesurés.

Parmi les plateformes fondées sur des bases factuelles pour la création de la demande, on citera :

- les interventions de création de la demande dirigées par les pairs, notamment les activités de mobilisation ; et
- les plateformes numériques, comme les vidéos préenregistrées encourageant le dépistage.

Parmi les approches ayant produit une augmentation concrète de la demande, on citera :

- la promotion de caractéristiques particulières des SDV ;
- les messages clés et services de conseil concis assurés par les prestataires (moins de 15 minutes) ;
- les messages communiqués dans le cadre du conseil orienté vers le couple qui encouragent le dépistage ;
- les messages liés à la réduction du risque et à l'autonomisation économique, en particulier pour les consommateurs de drogues par injection ; et
- les messages motivationnels.

Les données suggèrent que les approches suivantes peuvent être moins efficaces pour créer la demande :

- les lettres d'invitation personnelles ;
- les messages dont le contenu est personnalisé ;
- le conseil axé sur le développement de la relation entre patient et conseiller ;^a et
- les messages texte généraux, y compris les SMS.

Certaines études signalent une augmentation de l'utilisation des SDV lorsque des incitations sont offertes, mais il convient de peser soigneusement les avantages et les inconvénients avant d'utiliser des incitations pour créer la demande, notamment :

- l'utilisation des ressources et la durabilité, en particulier lorsqu'il s'agit d'incitations financières, qui peuvent aller à l'encontre des principes de la couverture sanitaire universelle ;
- les changements comportementaux à plus long terme entraînant l'association des SDV et d'autres services avec des pratiques d'incitation, qui doivent être mis en balance avec l'augmentation à court terme du recours aux services ;
- l'effet négatif sur l'équité, en raison de la priorisation de certaines populations et maladies ; et
- le risque d'une dépriorisation de la mise en œuvre systématique de stratégies qui améliorent la prestation de services et réduisent les obstacles et les contre-incitations, comme les coûts imposés aux patients pour un accès plus général aux services de santé.

^a Parfois appelé « alliance thérapeutique », cette approche se concentre sur la relation entre le patient et le prestataire, et sur des objectifs mutuellement convenus, l'attribution de tâches perçues par les deux parties comme efficaces et appropriées, et le développement d'une relation de confiance entre le patient et le conseiller. Voir l'annexe Web A pour plus de détails.

- Il est essentiel que les activités de création de la demande incluent des messages d'information et de conseil qui communiquent les avantages du TAR précoce et expliquent que les personnes vivant avec le VIH qui atteignent et maintiennent une charge virale indétectable ne peuvent pas transmettre le virus à leurs partenaires par voie sexuelle.
- Les approches de création de la demande pour le dépistage du VIH sont aussi très pertinentes pour d'autres maladies, en particulier la tuberculose, les IST, le VHB et le VHC, et la santé sexuelle et reproductive en général. Toute occasion permettant d'exploiter des approches fondées sur des bases factuelles pour d'autres domaines pathologiques et de promouvoir une intégration plus poussée doit être considérée.
- Les plateformes et interventions numériques sont prometteuses et doivent être envisagées lorsque cela est faisable et utile ; parmi celles-ci on citera les messages vidéo et le conseil dans les cliniques à grande fréquentation où la couverture des SDV est sous-optimale, et parmi les populations qui sont plus susceptibles de les trouver attrayantes, comme les adolescents, les jeunes et les populations clés. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, les médias sociaux et les approches Web peuvent être importants pour introduire, intensifier et concentrer les efforts de création de la demande ; il s'agit d'un domaine important pour la recherche opérationnelle.
- Une attention particulière et une surveillance étroite sont nécessaires pour garantir que la création de la demande augmente l'efficacité et l'efficacité des programmes en atteignant les personnes séropositives qui ignorent leur statut ainsi que celles qui sont exposées à un risque persistant élevé. Il convient d'apporter régulièrement des ajustements dans le but d'optimiser la mise en œuvre et d'atteindre les objectifs des programmes.

3.3 Informations et messages avant le dépistage

Avant l'introduction des tests rapides et le rendu des résultats le jour même, la fourniture du conseil avant le test était systématique (7). Les messages communiqués avant le test visaient à encourager les patients à revenir chercher leurs résultats, à fournir un conseil sur la réduction du risque et à préparer les patients à la possibilité d'un diagnostic séropositif en l'absence de traitement. Aujourd'hui cependant, avec la grande disponibilité d'options de prévention et de traitement très efficaces, il n'est plus nécessaire de fournir un conseil avant le test, et cela peut en fait créer des obstacles à la prestation de services (7, 8, 15, 73). Il n'est plus recommandé de fournir un conseil personnalisé avant le dépistage (15).

Pour les personnes qui font un dépistage du VIH, l'OMS recommande de dispenser des informations concises avant le test. Cette communication doit procurer aux patients des informations générales, répondre à leurs questions et leur donner la possibilité de refuser le dépistage. Lorsque des informations ou un conseil longs et intensifs sont dispensés avant le test, cela ne change habituellement pas les comportements à risque et n'augmente pas les connaissances sur le VIH. En outre, cela peut décourager le dépistage dans certaines populations, en particulier celles qui ont besoin de refaire le test fréquemment (10, 11). Les Chapitres 5 et 7 donnent plus d'informations sur les approches de la prestation de services.

Selon les conditions et les ressources locales, les programmes peuvent fournir des informations avant le dépistage en organisant des séances d'information individuelles ou de groupe et en utilisant divers supports comme des affiches, des brochures, des sites Web et de courtes vidéos diffusées dans les salles d'attente. Lorsqu'un enfant ou un adolescent reçoit un SDV, les informations doivent être présentées d'une manière adaptée à leur âge afin d'assurer qu'elles seront assimilées. Des précautions doivent être prises pour protéger la confidentialité des patients lors des séances d'information qui ont lieu avant le dépistage, en particulier quand des outils de criblage sont utilisés pour évaluer le risque et lors des discussions sur la violence exercée par un partenaire intime (VPI), la divulgation des résultats de test, les comportements à risque et d'autres informations personnelles.

Dans certaines situations, les personnes qui font un dépistage du VIH peuvent ne pas avoir besoin de recevoir d'informations au préalable car elles les ont déjà reçues, parfois plusieurs fois, au moment d'un test précédent. Cette catégorie comprend les personnes qui ont déjà fait un dépistage ou qui refont le test fréquemment (comme les populations clés et les personnes sous PrEP qui font un dépistage trimestriel). Dans ces situations, la priorité consiste à obtenir le consentement éclairé et à donner aux patients la possibilité de poser des questions ou d'exprimer leurs craintes.

Quand les patients ont besoin d'informations avant le dépistage (individuellement ou en groupe), des messages d'information concis peuvent aborder les points suivants :

- les avantages du dépistage du VIH et les implications d'une infection non diagnostiquée ;
- la signification d'un diagnostic séropositif et d'un diagnostic séronégatif ;
- les avantages du TAR précoce et le fait que les personnes vivant avec le VIH qui atteignent et maintiennent une charge virale indétectable ne peuvent pas transmettre le virus à leurs partenaires par voie sexuelle ;
- l'importance de signaler au prestataire tout antécédent de diagnostic séropositif ;
- la possibilité de résultats incorrects si une personne déjà sous TAR est testée et les services disponibles si les personnes sous TAR veulent des tests supplémentaires ;
- les services disponibles pour les personnes séropositives, y compris les lieux qui administrent le TAR ;
- l'importance de divulguer et d'encourager le dépistage des partenaires ;
- les options de prévention appropriées et disponibles, notamment les informations sur la réduction du risque et du préjudice, spécifiquement orientées vers les personnes exposées à un risque persistant élevé ;
- la confidentialité du résultat du dépistage et de toute information partagée par les patients ;
- le droit des patients de refuser le dépistage, et comme quoi refuser le test n'affecte pas l'accès des patients aux services liés au VIH ou aux soins médicaux généraux ;
- les risques potentiels, pour le patient, du dépistage dans des contextes où il existe des implications juridiques pour les personnes séropositives et/ou dont le comportement sexuel ou autre est stigmatisé ; et
- l'occasion de poser des questions au prestataire.

Examen des données pour les informations et messages donnés avant le dépistage

Sur les 86 ERC inclus dans cet examen, 27 concernaient les messages d'information et de conseil fournis avant les SDV : 12 portaient sur les messages de conseil général (65, 66, 74-82), six portaient sur la formulation des messages et du contenu (62, 64, 83-85), trois portaient sur les messages de conseil motivationnel (86-88) et quatre sur le conseil de durée réduite ou moins intensif (63, 89-91). Sept autres ERC portant sur le contenu et les messages personnalisés ont également été identifiés (59, 61, 63, 70, 92-94). Les essais se sont déroulés principalement dans les Amériques (n=22), surtout aux États-Unis, et beaucoup moins en Afrique (n=3), en Europe (n=5) et en Asie (n=2). La plupart des ERC ont été menés auprès de la population générale (n=12) ou de populations clés (n=10), et moins auprès d'autres populations à haut risque (n=4), de femmes enceintes (n=2) et d'adolescents (n=4).

Les principaux résultats liés aux messages et informations de conseil sont résumés dans l'Encadré 3.6. La section 3.2.2 fait la synthèse des données concernant les plateformes et les approches spécifiques de création de demande (comme le conseil orienté vers le couple). Les détails figurent à l'annexe Web A.

Encadré 3.6. Constatations clés de l'examen systématique : création de la demande, notamment conseil, informations et messages

Dans l'ensemble, 27 ERC inclus dans l'examen systématique ont révélé ce qui suit concernant les messages d'information et de conseil fournis avant le dépistage :

- **Lorsque les informations et le conseil sont concis (moins de 15 minutes), le taux de recours aux SDV est similaire à celui que l'on obtient avec des séances d'information et de conseil plus longues et plus intensives.**
- **Un conseil d'ordre général comprenant des informations spécifiques au VIH peut augmenter le recours aux SDV, tandis qu'un conseil axé principalement sur la relation entre le patient et le prestataire peut diminuer le recours aux SDV, en particulier parmi les populations clés et chez les personnes exposées à un risque persistant élevé.**
- **Les messages et le conseil motivationnels augmentent le recours aux SDV, en particulier chez les personnes avec un risque persistant élevé. Les effets sur la proportion de personnes diagnostiquées séropositives sont cependant incertains.**
- **Les interventions de réduction du risque sexuel qui proposent des SDV peuvent augmenter le recours aux SDV.**
- **Les messages et contenus personnalisés n'ont aucun effet sur le recours aux SDV.**
- Les effets d'autres messages de conseil sont incertains, notamment les contenus portant sur les avantages du TAR, les messages axés sur les avantages, les messages liés au risque, les informations sur le comportement ou les messages initiaux qui orientent ou préparent les patients aux SDV.

L'examen systématique a identifié des approches fondées sur des bases factuelles pour diffuser les messages d'information et de conseil. Le résumé qui suit met en évidence les principales données et approches.

Informations et conseil concis avant le dépistage. Une méta-analyse portant sur trois ERC (63, 89, 90) a produit des données de qualité moyenne indiquant qu'une séance de conseil plus courte a autant d'effet sur le recours aux SDV qu'une séance plus longue. Il n'y avait aucune différence entre les séances de conseil plus courtes (p. ex., 2 à 5 minutes contre 30 secondes (63)) ; entre plusieurs séances et durées (p. ex., quatre séances de 23 minutes chacune contre deux de 15 minutes chacune (89)) ; et entre les séances de conseil plus longues (p. ex., 60 minutes contre 34 minutes (91)).

Dans l'ensemble, les données sur les messages d'information et de conseil fournis avant le test susceptibles d'augmenter la proportion de personnes séropositives diagnostiquées et la liaison avec les soins ultérieurs étaient très limitées, et les effets étaient incertains en raison de la très faible qualité de ces données.

Conseil d'ordre général avec des informations spécifiques au VIH. Les données de faible qualité issues d'une méta-analyse portant sur cinq ERC (65, 74, 77, 79, 81) suggéraient que la fourniture de messages d'information et de conseil spécifiques au VIH avant le test peut augmenter légèrement le recours aux SDV par rapport aux services offerts sans informations ni conseil spécifiques. Ce type de message peut être particulièrement bénéfique pour les populations clés. Les trois ERC favorisant l'utilisation de messages de conseil spécifiques, plutôt que la fourniture de SDV classiques, ont été menés auprès de populations clés. Parmi ces essais, deux concernaient des consommateurs de drogues par injection et un, des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (74, 79, 81) ; deux utilisaient des plateformes numériques, à savoir des SMS ou des vidéos (79, 81). En revanche, un ERC mené auprès d'adolescents (76) a révélé que

les messages spécifiques au VIH n'influençaient pas le recours aux SDV ; les effets étaient cependant incertains en raison de la très faible qualité des données.

Un ERC comparant les messages de conseil individuels et collectifs a constaté que le conseil collectif augmentait le recours aux SDV (78). Là aussi, les effets étaient incertains en raison de la très faible qualité des données.

Un ERC a produit des données de faible qualité suggérant que l'utilisation de SMS communiquant des messages motivationnels ou informatifs n'augmente habituellement pas le recours aux SDV, par rapport aux services sans SMS (64). Cependant, il s'est avéré que l'envoi de dix messages d'information par SMS peut légèrement augmenter le recours aux SDV (64).

Messages motivationnels et de conseil. Les données de qualité moyenne issues d'une méta-analyse portant sur trois ERC (86-88) indiquent que les messages motivationnels et de conseil augmentent le recours aux SDV, par rapport aux services classiques ne fournissant pas ce type de message. La différence a été observée dans trois ERC menés auprès de personnes à risque de contracter le VIH, dont deux concernaient des patients atteints d'IST et un concernait des personnes sous prophylaxie post-exposition (PPE). L'effet sur la proportion de personnes diagnostiquées séropositives n'est cependant pas clair, car la qualité des données est très faible.

Informations et conseil sur la réduction du risque. Un ERC a produit des données de faible qualité (75) suggérant que la fourniture d'informations et de conseil sur la réduction du risque avant le dépistage peut augmenter le recours aux SDV chez les consommateurs de drogues par injection, par rapport aux services classiques n'incluant pas ces messages. Une fois de plus, en raison de la très faible qualité des données, il n'est pas clair si ces activités augmentent la proportion de personnes diagnostiquées séropositives.

Interventions visant à réduire le risque sexuel. Les données de faible qualité issues d'un ERC indiquent que la mise en œuvre d'interventions de réduction du risque sexuel comprenant plusieurs séances et proposant des SDV peut augmenter le recours au dépistage par rapport aux services existants (95). Il semble cependant qu'il n'y ait pas eu d'effet sur la proportion de personnes diagnostiquées séropositives, car aucune des personnes dépistées après ce type d'intervention n'a reçu de résultat positif. Cet effet est incertain car la qualité des preuves est très faible.

Autres types de messages et de conseil

Alliance thérapeutique.² Un ERC a produit des données de faible qualité (74) suggérant que cette approche du conseil peut légèrement réduire le recours aux SDV, par rapport aux services de dépistage classiques. Par comparaison avec la fourniture d'informations spécifiques au VIH, le conseil s'appuyant sur une alliance thérapeutique aurait entraîné une diminution du recours aux SDV.

Avantages du traitement du VIH et réduction de la transmission sous TAR en suppression virale. Un ERC a produit des données insuffisantes (83) suggérant que les messages portant sur les avantages du traitement du VIH et la réduction de la transmission chez les patients en suppression virale augmentaient de 60 % le recours aux SDV, par rapport aux messages classiques qui n'abordent pas les avantages du TAR ou la suppression virale. Cet effet est incertain car la qualité des preuves est très faible.

² La notion d'alliance thérapeutique se concentre sur la relation entre le patient et le prestataire, et préconise le conseil axé sur des objectifs mutuellement convenus, l'attribution de tâches perçues par les deux parties comme efficaces et appropriées, et le développement d'une relation de confiance entre patient et conseiller. Voir l'annexe Web A pour plus de détails.

Formulation de contenus supplémentaires. En raison de la très faible qualité des données, l'effet de la formulation des messages de conseil sur le recours aux SDV est incertain, que le message porte sur les avantages des SDV, la réduction du risque, le comportement ou l'incitation au dépistage.

Valeurs et préférences pour les messages d'information et de conseil fournis avant le test

Quinze ERC ont fait état des valeurs et des préférences des prestataires pour les messages et le conseil donnés aux patients (51, 54, 57-69). Un ERC (66) a observé que le conseil comprenant des informations sur le VIH et l'autonomisation économique augmentait le niveau de confiance et le sentiment d'efficacité personnelle des patients, ainsi que leur degré d'aisance dans les discussions portant sur la prévention du VIH. Un ERC ayant fourni de brèves informations avant l'autodépistage ou l'autoprélèvement a rapporté un niveau élevé de satisfaction avec le test (63). Les plateformes numériques fournissant conseil, informations et messages étaient également acceptées pour se préparer à l'autodépistage et pour réduire les comportements à risque (68). Les vidéos, en particulier, étaient acceptées par les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (68).

Aucun préjudice social n'a été rapporté en relation avec plusieurs types de messages d'information et de conseil identifiés et inclus dans cette révision. Le conseil est considéré comme une modalité acceptable et sûre.

Coût et utilisation des ressources

Un ERC (66) a fait état de faibles coûts de formation par bénéficiaire atteint dans un contexte aux ressources limitées grâce à un essai d'information et d'autonomisation économique portant sur le VIH. Comme indiqué ci-dessus, les plateformes numériques, en particulier les informations et messages vidéo, peuvent être abordables. Selon un ERC, le coût par personne testée lors de l'utilisation d'outils de conseil vidéo aux États-Unis était de US \$ 40 (43). Le coût total du programme était néanmoins élevé. Les stratégies devraient donc être adaptées pour être mises en œuvre dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Faisabilité de la fourniture d'informations avant le test

Bien que les coûts liés à la diffusion de messages d'information et de conseil aient toujours été acceptés, l'adaptation et la mise à jour des contenus pour inclure les informations et pratiques les plus récentes, ainsi que les formations de mise à jour, peuvent s'avérer coûteuses. La formation continue de grands groupes d'agents de santé dans le but de modifier les messages ou de raccourcir le conseil peut présenter des difficultés. Alors que l'OMS a précédemment conseillé aux pays de donner aux patients des informations concises avant le test, dans de nombreux contextes, on continue à fournir un conseil long ou plus intensif.

Le fait de réduire la longueur et l'intensité peut augmenter la faisabilité des SDV dans de nombreux contextes, notamment lorsque les gestionnaires hésitent à introduire ces services en raison de la charge accrue imposée au système et aux agents de santé.

Respect des droits de la personne et de l'équité

Sur la base des données examinées, le GDG a noté que les messages d'information et de conseil dispensés avant le test pouvaient servir à communiquer les informations les plus récentes sur les avantages des services de traitement, de prévention et de soins du VIH. Les SDV offrent l'occasion propice de répondre aux problèmes de santé et personnels importants, ainsi que de dépister d'autres maladies comme la tuberculose, les IST, le VHC et le VHB. Il faut cependant noter que si les messages concis omettent les informations sur le consentement et la confidentialité, cela peut conduire à un préjudice comme le dépistage obligatoire ou coercitif.

Déclaration de bonnes pratiques

Sur la base des données examinées ainsi que des valeurs et des préférences, de la faisabilité, des ressources et de l'équité, le GDG est parvenu à un consensus et a décidé de ne pas faire de recommandation relative à la fourniture du conseil. Cela était dû en grande partie au fait que les données sur la liaison avec les services de prévention et de soins étaient limitées, que les études variaient considérablement et que la qualité des données était faible. Au lieu d'une recommandation, le GDG a élaboré une déclaration de bonnes pratiques pour mettre en évidence des messages d'information et de conseil fondés sur des bases factuelles susceptibles d'aider les pays et les programmes à actualiser leurs messages existants ainsi qu'à les mettre en œuvre en s'appuyant sur les données. Celles-ci sont regroupées avec les efforts de création de la demande de portée plus large dans la déclaration de bonnes pratiques de l'Encadré 3.1.

3.3.1 Considérations pour la mise en œuvre des messages d'information et de conseil fournis avant le test

- Les programmes pourraient avoir besoin de réviser leurs messages d'information et de conseil spécifiques au VIH à l'échelle nationale et locale afin d'y incorporer les données et les bonnes pratiques les plus récentes. La participation des communautés, notamment les populations clés et les personnes exposées à un risque persistant élevé, est essentielle pour la mise à jour et la révision des messages.
- Il est essentiel que les activités de création de la demande incluent des messages d'information et de conseil qui communiquent les avantages du TAR précoce et expliquent que les personnes vivant avec le VIH qui atteignent et maintiennent une charge virale indétectable ne peuvent pas transmettre le virus à leurs partenaires par voie sexuelle. Il est impératif d'adapter ces informations à différents contextes et cultures pour garantir que les messages sont assimilés et peuvent également être communiqués et expliqués correctement à d'autres membres de la communauté.
- La formation continue des agents de santé et des prestataires de dépistage est un facteur important. Cela peut prendre du temps et doit être réalisé progressivement. Les programmes devront planifier et envisager comment actualiser la formation des prestataires ainsi que des formateurs ; parmi les options possibles, on citera l'intégration de la formation avec d'autres mises à jour et activités comme l'introduction de nouveaux algorithmes et stratégies de dépistage, ou de nouvelles approches de prestation de services. Un encadrement bienveillant doit également inclure des questions et un suivi de routine des informations et du conseil fournis avant le test pour s'assurer que les pratiques sont conformes aux dernières données et bonnes pratiques.
- Tous les supports de formation doivent aborder les lois et réglementations applicables concernant l'âge de consentement pour le dépistage du VIH et les situations dans lesquelles les mineurs peuvent donner eux-mêmes leur consentement. Tous les membres du personnel impliqués dans la prestation de SDV doivent connaître les lois et règlements de leur pays et être capables d'en discuter avec les patients jeunes et les parents. Les programmes qui fournissent des services aux adolescents, notamment la fourniture d'informations et de conseil avant le test, doivent tenir compte des normes mondiales en matière de soins aux adolescents ; voir https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/fr/.
- Il est important d'avoir des options. Il peut y avoir différentes approches pour diffuser les messages d'information et de conseil. Bien que les vidéos et les outils numériques puissent être efficaces dans certains contextes, les patients doivent pouvoir obtenir un conseil en personne lorsqu'ils le souhaitent.

- Les informations, l'éducation et les messages spécifiques au VIH sont particulièrement appropriés pour les personnes dont le risque d'exposition est élevé et les populations clés, notamment les personnes se présentant pour le dépistage et le traitement des IST, et dans le cadre d'un ensemble plus large de services de prévention et de soins, comme les services de réduction des risques et les programmes de prévention de l'abus de substances psychoactives.
- Les messages intégrés peuvent être efficaces et augmenter le recours au dépistage et aux soins ultérieurs pour le VIH, le VHB, le VHC, la tuberculose et la syphilis. Ce type de message doit être priorisé pour les populations clés et leurs partenaires ainsi que pour les femmes enceintes.
- Des messages d'information et de conseil concis sont recommandés, mais cette recommandation ne signifie pas que les programmes peuvent cesser d'observer les « 5C » de l'OMS, d'évaluer le risque de violence exercée par le partenaire intime ou de répondre aux besoins et aux questions des patients.



References

1. 90-90-90: An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014.
2. HIV prevention 2020 road map: Accelerating HIV prevention to reduce new infections by 75%. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2018.
3. Global AIDS update 2019 — Communities at the centre. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2019.
4. Alexander TS. Human immunodeficiency virus diagnostic testing: 30 years of evolution. *Clinical and Vaccine Immunology*. 2016;23(4):249.
5. Noar SM, Palmgreen P, Chabot M, Dobransky N, Zimmerman RS. A 10-year systematic review of HIV/AIDS mass communication campaigns: Have we made progress? *J Health Commun*. 2009;14(1):15-42.
6. Vidanapathirana J, Abramson MJ, Forbes A, Fairley C. Mass media interventions for promoting HIV testing. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005(3):CD004775.
7. Knowing your status then and now: 30th World AIDS Day report. In: Organization WH, editor. Geneva 2018.
8. Marum E, Baggaley R. Less and more: condensed HIV counselling and enhanced connection to care. *Lancet Glob Health*. 2013;1(3):e117-8.
9. Wei C, Herrick A, Raymond HF, Anglemyer A, Gerbase A, Noar SM. Social marketing interventions to increase HIV/STI testing uptake among men who have sex with men and male-to-female transgender women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011(9).
10. Quinn C, Jamil M, Wong V, Baggaley R, Johnson C. Pre- and post-test counselling messages for HIV: a scoping review. Geneva: World Health Organization; 2019.
11. Khosropour C, Tiwari R, Wang M, Han H, Kalu N, Sims L, et al. Sexual behavior change following HIV testing services: a systematic review and meta-analysis. Geneva: World Health Organization; 2019.
12. Rosenberg NE, Hauser BM, Ryan J, Miller WC. The effect of HIV counselling and testing on HIV acquisition in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Sexually Transmitted Infections*. 2016;92(8):579-86.
13. Kennedy CE, Fonner VA, Sweat MD, Okero FA, Baggaley R, O'Reilly KR. Provider-initiated HIV testing and counseling in low- and middle-income countries: a systematic review. *AIDS and behavior*. 2013;17(5):1571-90.
14. Bell SA, Delpech V, Raben D, Casabona J, Tsereteli N, de Wit J. HIV pre-test information, discussion or counselling? A review of guidance relevant to the WHO European Region. *Int J STD AIDS*. 2016;27(2):97-104.
15. Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2015.
16. Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. Geneva: World Health Organization; 2007.
17. Differentiated service delivery for HIV: A decision framework for HIV testing services. Geneva: International AIDS Society; 2018.
18. Quinn C, Wong V, Jamil M, Baggaley R, Johnson C. Symptom and risk-based screening tools to optimise provider-initiated testing and counselling for HIV in high and low HIV burden settings: a scoping review. Geneva: World Health Organization; 2019.
19. Muessig KE, Nekkanti M, Bauermeister J, Bull S, Hightow-Weidman LB. A systematic review of recent smartphone, Internet and Web 2.0 interventions to address the HIV continuum of care. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2015;12(1):173-90.
20. Tang W, Han L, Best J, Zhang Y, Mollan K, Kim J, et al. Crowdsourcing HIV test promotion videos: A noninferiority randomized controlled trial in China. *Clin Infect Dis*. 2016;62(11):1436-42.
21. HIV self-testing strategic framework: a guide for planning, introducing and scaling up. Geneva: World Health Organization; 2018.
22. Deblonde J, De Koker P, Hamers FF, Fontaine J, Luchters S, Temmerman M. Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2010;20(4):422-32.

23. Conway DP, Holt M, Couldwell DL, Smith DE, Davies SC, McNulty A, et al. Barriers to HIV testing and characteristics associated with never testing among gay and bisexual men attending sexual health clinics in Sydney. *Journal of the International AIDS Society*. 2015;18(1):20221-.
24. Wurm M, Neumann A, Wasem J, Biermann-Stallwitz J. [Barriers to accessing HIV testing services - a systematic literature review]. *Gesundheitswesen*. 2019;81(3):e43-e57.
25. Qiao S, Zhang Y, Li X, Menon JA. Facilitators and barriers for HIV-testing in Zambia: a systematic review of multi-level factors. *PLoS ONE*. 2018;13(2):e0192327.
26. Musheke M, Merten S, Bond V. Why do marital partners of people living with HIV not test for HIV? A qualitative study in Lusaka, Zambia. *BMC Public Health*. 2016;16:882.
27. Global AIDS Update 2018: Miles to go: Closing gaps, breaking barriers, righting injustices. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2018.
28. Dean J, Lui C, Mutch A, Scott M, Howard C, Lemoire J, et al. Knowledge and awareness of HIV self-testing among Australian gay and bisexual men: a comparison of never, sub-optimal and optimal testers willingness to use. *AIDS Care*. 2018:1-6.
29. Bil JP, Prins M, Stolte IG, Dijkshoorn H, Heijman T, Snijder MB, et al. Usage of purchased self-tests for HIV and sexually transmitted infections in Amsterdam, the Netherlands: results of population-based and serial cross-sectional studies among the general population and sexual risk groups. *BMJ Open*. 2017;7(9):e016609.
30. Paulin HN, Blevins M, Koethe JR, Hinton N, Vaz LME, Vergara AE, et al. HIV testing service awareness and service uptake among female heads of household in rural Mozambique: results from a province-wide survey. *BMC Public Health*. 2015;15:132-.
31. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2016.
32. Guideline on HIV disclosure counselling for children up to 12 years of age. Geneva: World Health Organization; 2011.
33. Statement on HIV testing and counseling: WHO, UNAIDS re-affirm opposition to mandatory HIV testing. Geneva: World Health Organization; 2012.
34. Guidelines on HIV self-testing and partner notification: a supplement to the consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2016.
35. 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.
36. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policymakers and managers. Geneva: World Health Organization; 2013.
37. Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations. Geneva: World Health Organization; 2014.
38. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. Geneva: World Health Organization; 2013.
39. Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions. Geneva: World Health Organization; 2013.
40. Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR, et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *J Int AIDS Soc*. 2013;16(3 Suppl 2):18640.
41. Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2019.
42. Guidelines on family planning and hormonal contraceptives. Geneva: World Health Organization; 2019.
43. Kurth AE, Severyn A, Spielberg F. Addressing unmet need for HIV testing in emergency care settings: a role for computer-facilitated rapid HIV testing? *AIDS Educ Prev*. 2013; 25(4):287-301.
44. Sweat M, Morin S, Celentano D, Mulawa M, Singh B, Mbwambo J, et al. Community-based intervention to increase HIV testing and case detection in people aged 16-32 years in Tanzania, Zimbabwe, and Thailand (NIMH Project Accept, HPTN 043): a randomised study. *Lancet Infect Dis*. 2011;11:525-32.

45. Corbett EL, Dauya E, Matambo R, Yin BC, Makamure B, Bassett MT, et al. Uptake of workplace HIV counselling and testing: a cluster-randomised trial in Zimbabwe. *PLoS Med.* 2006; 3(7):e238.
46. Ditekemena J, Matendo R, Koole O, Colebunders R, Kashamuka M, Tshefu A, et al. Male partner voluntary counselling and testing associated with the antenatal services in Kinshasa, Democratic Republic of Congo: a randomized controlled trial. *Int J STD AIDS.* 2011; 22(3):165-70.
47. Orne-Gliemann J, Balestre E, Tchendjou P, Miric M, Darak S, Butsashvili M, et al. Increasing HIV testing among male partners. *AIDS.* 2013;27(7):1167-77.
48. 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.
49. Matovu KJB, Todd J, Wanyenze RK, Kairania R, Serwadda D, Wabwire-Mangen F. Evaluation of a demand-creation intervention for couples' HIV testing services among married or cohabiting individuals in Rakai, Uganda: A cluster-randomized intervention trial. *BMC Infect Dis.* 2016; 16: 379.
50. Mohlala BKF, Boily MC, Gregson S. The forgotten half of the equation: randomized controlled trial of a male invitation to attend couple voluntary counselling and testing. *AIDS.* 2011; 25(12):1535-41.
51. Turan J, Darbes L, Musoke P, Kwena Z, Rogers A, Hatcher A, et al. Development and piloting of a home-based couples intervention during pregnancy and postpartum in southwestern Kenya. *AIDS Patient Care STDS.* 2018;32(3):92-103.
52. Byamugisha R, Strøm AN, Ndeezi G, Karamagi CAS, Tylleskär T, Tumwine JK. Male partner antenatal attendance and HIV testing in eastern Uganda: a randomized facility-based intervention trial. *J Int AIDS Soc.* 2011; 14: 43.
53. De Walque D, Robyn P, Saidou H, Sorgho G, Steenland M. The impact of performance-based financing on the delivery of HIV testing, prevention of mother to child transmission and antiretroviral delivery in the Cameroon health system. *International AIDS Conference. 22nd International AIDS Conference; 23-27 July 2018; Amsterdam, Netherlands.*
54. Hawk M. The girlfriends project: results of a pilot study assessing feasibility of an HIV testing and risk reduction intervention developed, implemented, and evaluated in community settings. *AIDS Edu Prev.* 2013;25:519-34.
55. Kim HB, Haile B, Lee T. Promotion and persistence of HIV testing and HIV/AIDS knowledge: evidence from a randomized controlled trial in Ethiopia. *Health Econ.* 2017;26:1394-411.
56. Macis M, Cuero D, Grunauer M, Gutierrez E, Izurieta R, Phan P, et al., editors. Improving voluntary HIV testing in low and middle income countries: a report from a field experiment in Ecuador. *22nd International AIDS Conference; 23-27 July 2018; Amsterdam, Netherlands.*
57. Sibanda EL, Tumushime M, Mufuka J, Mavedzenge SN, Gudukeya S, Bautista-Arredondo S, et al. Effect of non-monetary incentives on uptake of couples' counselling and testing among clients attending mobile HIV services in rural Zimbabwe: a cluster-randomised trial. *Lancet Glob Health.* 2017;5:e907-e15.
58. Aninanya GA, Debuur CY, Awine T, Williams JE, Hodgson A, Howard N. Effects of an adolescent sexual and reproductive health intervention on health service usage by young people in northern Ghana: a community-randomised trial. *PLoS ONE.* 2015; 10(4):e0125267.
59. Bauermeister JA, Pingel ES, Jadwin-Cakmak L, Harper GW, Horvath K, Weiss G, et al. Acceptability and preliminary efficacy of a tailored online HIV/STI testing intervention for young men who have sex with men: the get connected! program. *AIDS Behav.* 2015;19:1860-74.
60. Berkley-Patton JY, Thompson CB, Moore E, Hawes S, Berman M, Allsworth J, et al. Feasibility and outcomes of an HIV testing intervention in African American churches. *AIDS Behav.* 2019;23:76-90.
61. Blas MM, Alva IE, Carcamo CP, Cabello R, Goodreau SM, Kimball AM, et al. Effect of an online video-based intervention to increase HIV testing in men who have sex with men in Peru. *PLoS ONE.* 2010; 5(5):e10448.
62. Brown LJ, Tan K, Guerra L, Naidoo C, Nardone A. Using behavioural insights to increase HIV self-sampling kit returns: a randomized controlled text message trial to improve England's HIV self-sampling service. *HIV Med.* 2018; 19(9):585-596.
63. Cohan D, Gomez E, Greenberg M, Washington S, Charlebois ED. Patient perspectives with abbreviated versus standard pre-test HIV counseling in the prenatal setting: a randomized-controlled, non-inferiority trial. *PLoS ONE.* 2009;4(4):e5166.

64. de Tolly K, Skinner D, Nembaware V, Benjamin P. Investigation into the use of short message services to expand uptake of human immunodeficiency virus testing, and whether content and dosage have impact. *Telemed J E Health*. 2011;18:18-23.
65. Simpson WM, Johnstone FD, Boyd FM, Goldberg DJ, Hart GJ, Gormley SM, et al. A randomised controlled trial of different approaches to universal antenatal HIV testing: uptake and acceptability. *Health Technol Assess*. 1999;3(4):1-112.
66. Spielberg F, Crookston BT, Chanani S, Kim J, Kline S, Gray BL. Leveraging microfinance to impact HIV and financial behaviors among adolescents and their mothers in West Bengal: a cluster randomized trial. *Int J Ado Med Heal*. 2013;25:157-66.
67. Van Heerden A, Msweli S, Van Rooyen H. "Men don't want things to be seen or known about them": a mixed-methods study to locate men in a home based counselling and testing programme in KwaZulu-Natal, South Africa. *African J AIDS Res*. 2015;14:353-9.
68. Wang Z, Lau JTF, Ip M, Ho SPY, Mo PKH, Latkin C, et al. A randomized controlled trial evaluating efficacy of promoting a home-based HIV self-testing with online counseling on increasing HIV testing among men who have sex with men. *AIDS Behav*. 2018; 22(1):190-201.
69. Kelvin EA, George G, Kinyanjui S, Mwai E, Romo ML, Oruko F, et al. Announcing the availability of oral HIV self-test kits via text message to increase HIV testing among hard-to-reach truckers in Kenya: a randomized controlled trial. *BMC Pub Heal*. 2019;19(1):7.
70. Salyers-Bull S, Lloyd L, Rietmeijer C, McFarlane M. Recruitment and retention of an online sample for an HIV prevention intervention targeting men who have sex with men: the smart sex quest project. *AIDS Care*. 2004; 16(8):931-43.
71. Choko A. A trial investigating multiple potential interventions for increasing uptake of HIV testing and linkage into care for male partners of pregnant women attending antenatal clinic through HIV self-testing. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2016.
72. Choko AT, Corbett EL, Stallard N, Maheswaran H, Lepine A, Johnson CC, et al. HIV self-testing alone or with additional interventions, including financial incentives, and linkage to care or prevention among male partners of antenatal care clinic attendees in Malawi: An adaptive multi-arm, multi-stage cluster randomised trial. *PLoS Med*. 2019;16(1):e1002719.
73. Wanyenze RK, Kanya MR, Fatch R, Mayanja-Kizza H, Baveewo S, Szekeres G, et al. Abbreviated HIV counselling and testing and enhanced referral to care in Uganda: a factorial randomised controlled trial. *The Lancet Global health*. 2013;1(3):e137-e45.
74. Booth RE, Campbell BK, Mikulich-Gilbertson SK, J. Tillotson C, Choi D, Robinson J, et al. Reducing HIV-related risk behaviors among injection drug users in residential detoxification. *AIDS Behav*. 2011; 15(1):30-44.
75. Metsch LR, Feaster DJ, Gooden L, Matheson T, Mandler RN, Haynes L, et al. Implementing rapid HIV testing with or without risk-reduction counseling in drug treatment centers: results of a randomized trial. *Am J Public Health*. 2012; 102(6):1160-7.
76. McKee MD, Rubin S, Alderman E, Fletcher J, Campos G. A pilot intervention to improve sexually transmitted infection testing for urban adolescents. *J Ado Health*. 2011; 209-212.
77. Dolcini MM, Harper GW, Boyer CB, Pollack LM. Project ÔRÉ: A friendship-based intervention to prevent HIV/STI in urban african american adolescent females. *Heal Edu Behav*. 2010; Feb;37(1):115-32..
78. Jiraphongsa C, Danmoensawat W, Greenland S, Frerichs R, Siraprasasiri T, Glik DC, et al. Acceptance of HIV testing and counseling among unmarried young adults in northern Thailand. *AIDS Educ Prev*. 2002;14:89-101.
79. Ybarra ML, Prescott TL, Phillips GL, Bull SS, Parsons JT, Mustanski B. Pilot rct results of an mhealth HIV prevention program for sexual minority male adolescents. *Pediatrics*. 2017;140(1):e20162999.
80. Firestone R, Moorsmith R, James S, Urey M, Greifinger R, Lloyd D, et al. Intensive group learning and on-site services to improve sexual and reproductive health among young adults in Liberia: a randomized evaluation of healthy actions. *Glob Health Sci Pract*. 2016;4:435-51.
81. Festinger DS, Dugosh KL, Kurth AE, Metzger DS. Examining the efficacy of a computer facilitated HIV prevention tool in drug court. *Drug Alcohol Depend*. 2016;162:44-50.
82. Uhrig JD, Davis KC, Frazee J, Goetz J, Rupert D. Efficacy of an HIV testing campaign's messages for African American women. *Health Mark Q*. 2012;29:117-29.

83. Derksen L, Muula A, Oosterhout J, Lettow M, Matengeni A, Sodhi S. Reducing stigma and increasing HIV testing with a health information intervention, a cluster-randomized trial from Malawi. *J Int AIDS Soc.* 2015.
84. Apanovitch AM, McCarthy D, Salovey P. Using message framing to motivate HIV testing among low-income, ethnic minority women. *Health Psychol.* 2003.
85. Mikolajczak J, Van Breukelen GJ, Kok G. Evaluation of an online HIV-prevention intervention to promote HIV testing among men who have sex with men: a randomised controlled trial. *Neth J Psych.* 2012;67(2):21-35.
86. Simbayi LC, Kalichman SC, Skinner D, Jooste S, Cain D, Cherry C, et al. Theory-based HIV risk reduction counseling for sexually transmitted infection clinic patients in Cape Town, South Africa. *Sex Trans Dis.* 2004;31(12):727-33.
87. Carey MP, Coury-Doniger P, Senn TE, Venable PA, Urban MA. Improving HIV rapid testing rates among STD clinic patients: a randomized controlled trial. *Health Psychol.* 2008;27(6):833-8.
88. Bentz L, Enel P, Dunais B, Durant J, Poizot-Martin I, Tourette-Turgis C, et al. Evaluating counseling outcome on adherence to prophylaxis and follow-up after sexual HIV-risk exposure: a randomized controlled trial. *AIDS Care.* 2010;22:1509-16.
89. Edelman EJ, Moore BA, Caffrey S, Sikkema KJ, Jones ES, Schottenfeld RS, et al. HIV testing and sexual risk reduction counseling in office-based buprenorphine/naloxone treatment. *J Addic Med* 2013;7:410-6.
90. Diallo DD, Moore TW, Ngalame PM, White LD, Herbst JH, Painter TM. Efficacy of a single-session HIV prevention intervention for black women: a group randomized controlled trial. *AIDS Behav.* 2010;14(3):518-29.
91. Merchant RC, DeLong AK, Liu T, Baird JR. Factors influencing uptake of rapid HIV and hepatitis c screening among drug misusing adult emergency department patients: implications for future HIV/HCV screening interventions. *AIDS Behav.* 2015;19:2025-35.
92. Kalichman SC, Kelly JA, Hunter TL, Murphy DA, Tyler R. Culturally tailored HIV-AIDS risk-reduction messages targeted to African-American urban women: impact on risk sensitization and risk reduction. *J Cons Clin Psych.* 1993;61:291-5.
93. Kalichman SC, Coley B. Context framing to enhance HIV-antibody-testing messages targeted to African American women. *Health Psychol.* 1995;14:247-54.
94. Cordova D. The preliminary efficacy of a HIV preventive intervention app in an urban youth-centered community health clinic. *J Ado Health.* 2018;62:S10-S11.
95. Exner TM, Hoffman S, Parikh K, Leu C-S, Ehrhardt AA. HIV counseling and testing: women's experiences and the perceived role of testing as a prevention strategy. *Perspect Sex Reprod Health.* 2002;34(2):76-83.

ENSEMBLE DE SERVICES POST-TEST DE BASE : MESSAGES DE CONSEIL ET LIAISON AVEC LES SERVICES DE PRÉVENTION, DE TRAITEMENT ET AUTRES

Messages clés	64
4.1 Introduction	65
4.2 Présentation et évolution des SDV	65
4.3 Messages et informations post-test essentiels	67
4.3.1 Considérations particulières pour les personnes séropositives	68
4.3.2 Considérations particulières pour les personnes séronégatives	70
4.3.3 Considérations particulières pour les personnes dont le résultat du test à des fins de triage ou de l'autodépistage est réactif	71
4.3.4 Considérations particulières pour les personnes dont le statut VIH est non concluant ..	72
4.3.5 Messages particuliers pour refaire le test	72
4.3.6 Considérations particulières relatives à la divulgation	76
4.4 Liaison avec les services de traitement, de prévention, de soins et de soutien de l'infection à VIH et d'autres services appropriés	77
4.4.1 Définition du terme « liaison »	77
4.4.2 Liaison avec les services de soins et d'instauration rapide du TAR pour les personnes vivant avec le VIH	81
4.4.3 Considérations particulières pour la liaison avec les services de prévention de l'infection à VIH et d'autres services	84
Références bibliographiques	86



MESSAGES CLÉS

- Diagnostiquer les personnes vivant avec le VIH et faciliter leur participation aux soins et l'initiation précoce du TAR **relève des obligations professionnelles et éthiques des responsables du dépistage et représente un objectif principal pour tous les services de dépistage.**
- L'**ensemble de services post-test de base** doit inclure des messages concis ainsi que des interventions de soutien, des approches et des outils efficaces pour faciliter l'instauration rapide du TAR et la liaison supplémentaire avec les services de prévention, de soins et de soutien de l'infection à VIH et d'autres services appropriés.
- Les messages de conseil post-test doivent être **adaptés pour les populations spécifiques** et leurs situations, et doivent tenir compte du fait qu'un résultat est positif, négatif ou non concluant, ou du fait qu'un patient connaît déjà son statut et doit débiter ou reprendre les soins.
- Un conseil post-test concis doit être mis en œuvre **dans le cadre d'une stratégie délibérée pour soutenir la liaison avec les soins.** À lui seul, le conseil post-test n'améliore pas la liaison aux services et n'engendre pas des changements de comportement durables.
- Il faut proposer à toutes les personnes diagnostiquées séropositives **un ensemble d'interventions de soutien** conçu pour assurer la liaison rapide avec les soins. **L'OMS recommande des services de TAR situés au sein d'une même structure (co-localisés) et bien coordonnés, avec un soutien adéquat faisant appel aux pairs pour faciliter la liaison.** Plusieurs autres approches peuvent être envisagées dans les contextes où la co-localisation des services est impossible et, selon le contexte, pour des populations spécifiques pour lesquelles le taux de liaison est faible (p. ex., les hommes, les jeunes, les consommateurs de drogues par injection).
- Pour beaucoup des personnes dont le résultat est **séronégatif, le conseil post-test n'est pas nécessaire.** Pour ces personnes, un conseil post-test long et intensif peut même décourager un dépistage futur parmi celles qui sont exposées à un risque persistant, et constitue vraisemblablement un usage inefficace de temps et de ressources. Pour optimiser l'impact et le rapport coût-efficacité, **les services de dépistage auprès des personnes diagnostiquées séronégatives doivent chercher à atteindre celles qui sont exposées à un risque persistant.**

4. ENSEMBLE DE SERVICES POST-TEST DE BASE : MESSAGES DE CONSEIL ET LIAISON AVEC LES SERVICES DE PRÉVENTION, DE TRAITEMENT ET AUTRES

4.1 Introduction

Les services de dépistage du VIH (SDV) ne sont pas complets sans une liaison efficace avec les services appropriés de prévention, de traitement et de soins. Diagnostiquer les personnes vivant avec le VIH et faciliter leur participation aux soins et l'initiation précoce du TAR relève des obligations professionnelles et éthiques des responsables du dépistage, et représente un objectif principal pour tous les services de dépistage (1, 2). Pour les personnes séronégatives, il existe de plus en plus d'options de liaison vers de nouvelles interventions de prévention efficaces. Parmi celles-ci, on citera les préservatifs et lubrifiants pour hommes et pour femmes, le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), la circoncision médicale masculine volontaire (CMMV) pour les hommes en Afrique subsaharienne, la réduction des risques pour les consommateurs de drogues par injection et la prophylaxie préexposition (PrEP) pour les personnes à risque élevé de contracter le VIH (1).

Ainsi, le conseil post-test et d'autres services qui orientent les patients vers les soins appropriés sont une composante essentielle des SDV et doivent être mis en œuvre en tant qu'éléments essentiels d'une stratégie de liaison explicite. L'ensemble de services post-test de base doit inclure :

- des messages de conseil clairs et concis ;
- l'orientation et l'instauration rapide du TAR ; et
- la liaison subséquente avec les services de prévention, de soins et de soutien de l'infection à VIH et d'autres services appropriés.

Ce chapitre décrit brièvement l'évolution des services de dépistage, de prévention et de traitement du VIH, la nécessité de messages de conseil post-test conformes aux derniers développements en matière de services et le rôle principal des prestataires de SDV pour faciliter la liaison avec les services de prévention, de traitement et de soins de l'infection à VIH. À la fin du chapitre, on trouvera un résumé des dernières orientations de l'OMS sur les messages de conseil post-test et les approches fondées sur des bases factuelles pour soutenir la liaison rapide avec les services de traitement, de prévention, de soins et de soutien de l'infection à VIH et d'autres services appropriés.

4.2 Présentation et évolution des SDV

Après le développement des premiers tests de dépistage des anticorps anti-VIH en 1985, les modalités utilisées pour proposer et fournir les SDV n'ont cessé d'évoluer (3, 4). Au début de l'épidémie de VIH, en raison d'un manque d'options thérapeutiques et de lacunes en matière de connaissances et d'informations relatives au virus, les services post-test étaient axés sur le

soutien psychosocial et l'éducation, soulignant la prévention et encourageant les changements de comportement susceptibles de réduire le risque de transmission du VIH (3).

Après l'introduction et l'intensification du TAR, la mise en œuvre des SDV a changé. Les premiers tests rapides de dépistage de VIH, qui fournissent habituellement un diagnostic le jour même, ont été développés au début des années 1990. Suite à l'introduction du dépistage rapide, les SDV sont devenus largement disponibles et ont été intégrés dans les services de santé en établissement, comme les soins prénatals (SPN) (6, 7). À partir de 2014, l'OMS ne recommandait plus de proposer systématiquement un conseil avant le dépistage, et préconisait plutôt la fourniture d'informations concises avant le test (1, 5).

Les premières lignes directrices mondiales et nationales portant sur le TAR ne conseillaient pas à toutes les personnes vivant avec le VIH de commencer immédiatement le traitement. Elles recommandaient plutôt que ces personnes reçoivent une évaluation clinique, avec notamment un test de comptage des CD4, pour déterminer celles devant commencer le TAR et celles devant être orientées vers les services pré-TAR, à savoir des services de soins, de conseil et de surveillance fournis tous les six mois pour surveiller le moment où les personnes devenaient éligibles pour le TAR (8).

Au cours de l'épidémie, de nouvelles interventions efficaces de prévention du VIH sont devenues disponibles. Il s'agissait notamment de la circoncision masculine (9), la réduction des risques pour les consommateurs de drogues par injection (10, 11), le TAR précoce pour les femmes enceintes et allaitantes afin de prévenir la transmission mère-enfant du VIH (12) et l'instauration précoce du TAR et de la prophylaxie préexposition (PrEP) pour les couples sérodiscordants et d'autres personnes à risque élevé (12-17). Ces nouvelles options de prévention ont favorisé l'intégration des services de traitement et de prévention du VIH et amélioré l'accès grâce à la décentralisation et au TAR offert dans la communauté (18, 19). Les messages de conseil post-test mettent désormais l'accent sur l'orientation et la liaison avec les services de traitement du VIH et les options de soins et de prévention (1, 8, 19).

Fin 2015, l'OMS a recommandé que toutes les personnes vivant avec le VIH se voient proposer un TAR immédiatement après le diagnostic, une stratégie baptisée « Traiter tout le monde » (2, 20). Cette approche présente deux avantages : des avantages cliniques pour les personnes sous TAR et un avantage en matière de prévention pour leurs partenaires en raison de la suppression de la charge virale chez la personne traitée. Au cours de la même période, l'OMS a recommandé l'utilisation d'antirétroviraux pour la prévention (c.-à-d. la prophylaxie préexposition, ou PrEP) comme option supplémentaire pour les personnes à risque élevé d'infection par le VIH (2).

Ces développements ont entraîné des changements considérables dans la fourniture des SDV. Grâce aux nouvelles options de traitement et de prévention du VIH, qui offrent des avantages directs aux personnes qui se font dépister et à leurs partenaires, les prestataires étaient plus motivés à proposer le dépistage du VIH et les patients plus disposés à se faire dépister. L'OMS a recommandé de nouvelles approches pour la prestation de SDV afin de mieux atteindre toutes les personnes vivant avec le virus. Celles-ci comprenaient le dépistage à base communautaire, l'autodépistage du VIH (ADVIH) et la notification par le prestataire (souvent appelée notification assistée aux partenaires), ou le dépistage indicateur, qui peut inclure le dépistage des partenaires et des enfants biologiques des mères vivant avec le VIH (1, 2, 8, 21).

Les messages post-test eux aussi doivent évoluer à la lumière de ces avancées en matière de dépistage, de traitement et de prévention, et doivent être **adaptés aux résultats de test et situations individuelles**. Désormais, les messages post-test destinés aux personnes vivant avec le VIH doivent inclure des informations sur les avantages pour la santé et la prévention du traitement immédiat, de la réduction des effets secondaires du TAR, des plans d'observance thérapeutique et des visites de suivi associés au TAR, ainsi que de la notification par le prestataire, des services de planification familiale/contraception et des services exhaustifs de prévention et de soutien (1, 2, 20-23). Un examen documentaire des messages de conseil

post-test a révélé que l'utilisation du préservatif, le comportement sexuel et la liaison avec les services de soins sont des sujets souvent traités, mais aussi que ces messages sont rarement adaptés aux résultats et aux besoins des patients. Le fait que les personnes vivant avec le VIH qui suivent un TAR et sont en suppression virale ne peuvent pas transmettre le VIH à leurs partenaires n'est pas suffisamment abordé (24) (voir la section 4.3.1).

Certaines personnes infectées par le VIH ayant été diagnostiquées avant l'adoption de la stratégie « Traiter tout le monde » n'étaient pas considérées comme éligibles pour le TAR, selon les directives à l'époque. D'autres qui connaissent leur statut mais n'ont pas actuellement recours aux soins disent qu'elles ne se sentaient pas prêtes à commencer le traitement immédiatement, ou ont arrêté le TAR. Ces populations ont besoin de messages post-test spécifiques et appropriés, et doivent être sensibilisées aux avantages de la prévention et du traitement du VIH pour les encourager à refaire le test afin d'instaurer ou de reprendre le TAR.

Pour de nombreuses personnes séronégatives, la liaison avec des services de prévention supplémentaires spécifiques ne sera pas requise. Seules les personnes exposées à un risque persistant ont besoin d'être éduquées, informées et encouragées à recourir aux services complets de prévention du VIH (voir la section 4.3.2).

Les voies d'accès aux soins ont également évolué, exigeant de nouveaux messages de conseil post-test ainsi que des outils et mécanismes de soutien optimisés. Aujourd'hui, de nombreuses personnes se font dépister et diagnostiquer dans la communauté, que ce soit par les services aux partenaires ou par autodépistage, puis sont orientées vers d'autres tests et le TAR dispensés dans les établissements de santé (21, 25-28). De plus, un nombre croissant de personnes vivant avec le VIH instaurent ou suivent un traitement dans un contexte non clinique, nécessitant des services de soutien fournis par les pairs et la communauté ainsi que d'autres outils pour favoriser l'observance thérapeutique (18, 28, 29).

En particulier, les personnes dont le résultat de l'autodépistage ou du test à des fins de triage est réactif (positif) doivent recevoir des informations et des messages de conseil post-test qui facilitent l'orientation vers des tests supplémentaires pour confirmer ce résultat. Selon le contexte et la population, on peut envisager d'utiliser une documentation d'information et divers outils de support, à savoir : notices d'utilisation, permanences téléphoniques, vidéos, médias sociaux, SMS brefs et services de soutien faisant appel aux pairs (30). Les Chapitres 3 et 5 traitent de la création de la demande et des considérations pour la prestation de services, notamment en ce qui concerne l'autodépistage et le test à des fins de triage.

La liaison avec les services de traitement, de prévention, de soins et de soutien de l'infection à VIH et d'autres services appropriés est désormais du ressort des SDV ainsi que des responsables de test et conseillers qui fournissent ces services.

La liaison avec les services de traitement, de prévention, de soins et de soutien de l'infection à VIH et d'autres services appropriés est désormais du ressort des SDV ainsi que des responsables de test et conseillers qui fournissent ces services. Il faut déployer plus d'efforts pour aider les structures de SDV et leurs prestataires à fournir un ensemble efficace de services post-test qui conduisent à l'instauration rapide du TAR et favorisent la liaison et la participation aux services de prévention, de soins et de soutien et autres services appropriés.

4.3 Messages et informations post-test essentiels

Les messages et informations inclus dans le conseil post-test, et leur intensité, doivent être adaptés au résultat du dépistage. Pour les personnes dont le résultat est négatif, cela dépendra également de leur niveau de risque face au VIH. Les messages doivent toujours être **clairs et**

concis, et axés sur le patient pour tenir compte des besoins et de la situation de chacun. Dans de nombreux contextes cependant, ces directives ne sont pas reflétées dans la pratique.

Les informations et les messages fournis dans le cadre du conseil post-test doivent être **bien acceptés** par le patient et communiqués de manière **sûre, confidentielle et dénuée de jugement**. Le conseil post-test **peut être dispensé de plusieurs façons**, par exemple en personne ou avec des couples et partenaires, ainsi qu'au sein d'établissements de santé et dans des contextes communautaires. **Les nouvelles plateformes numériques**, comme les programmes d'ordinateur ou sur internet, les applications de téléphone portable, les vidéos et les médias sociaux peuvent fournir une assistance virtuelle, en particulier dans le cadre de l'autodépistage. Les agents de santé, conseillers professionnels, travailleurs sociaux et prestataires non professionnels formés sont tous habilités à fournir des services de conseil.

Quel que soit le conseil post-test fourni, les messages relevant des domaines clés ci-dessous doivent être clairement communiqués **à toutes les personnes dépistées pour le VIH** :

- le fait que leur statut VIH ainsi que toute autre information personnelle pouvant être partagée sont **confidentiels** et ne seront pas divulgués sans leur permission ou consentement ;
- la **signification du résultat du test** ;
- le fait que les **résultats sont fiables**, tant que le diagnostic repose sur l'algorithme de dépistage national complet ;
- **les services de prévention, de traitement, de soins et de soutien de l'infection à VIH et autres services appropriés disponibles et leurs avantages**, en fonction du statut VIH et du niveau de risque persistant ;
- la nécessité ou non de **refaire le test**, selon le contexte, la population et le niveau de risque comportemental individuel ;
- les avantages de la **divulgarion, du dépistage des partenaires et**, pour les populations clés, les **approches de dépistage qui s'appuient sur les réseaux sociaux et les risques** potentiels, notamment le préjudice social et les implications juridiques ; et
- **l'occasion de poser des questions** supplémentaires au prestataire.

Les sections 4.3.1 à 4.3.6 mettent en évidence les considérations clés pour les messages de conseil dispensés en fonction du résultat du test et du groupe de population.

Le conseil post-test donne accès à une gamme de services essentiels pour les personnes qui subissent un test de dépistage du VIH, mais on ne peut s'attendre à ce qu'il entraîne à lui seul un changement de comportement durable (31, 32). Le conseil post-test d'ordre général doit être concis. Parallèlement, un conseil post-test plus intensif peut être bénéfique pour certaines populations et personnes, par exemple, dans le cadre du conseil orienté vers le couple (33, 34), de la réduction des risques et des interventions concernant la consommation d'alcool et de substances (24, 31, 35) et pour les personnes ayant besoin d'un soutien plus intensif au moment du diagnostic.

4.3.1 Considérations particulières pour les personnes séropositives

Un diagnostic d'infection à VIH peut être un événement qui change la vie. Lorsqu'ils donnent à un patient un résultat positif, les agents de santé, prestataires non professionnels formés ou conseillers doivent garder à l'esprit les « **5C** » de l'OMS, et en particulier garantir des résultats **Corrects** et la **Connexion** avec d'autres services (1) (voir le Chapitre 1). Pour le prestataire, il est très important d'assurer qu'un diagnostic séropositif est fondé sur l'algorithme de dépistage national et que les personnes séropositives reçoivent des informations correctes et un soutien approprié pour la liaison avec les soins.

Les principaux objectifs du conseil et des messages post-test sont de communiquer efficacement des informations, de mettre en œuvre la notification par le prestataire (dans laquelle les prestataires contactent les partenaires sexuels et partenaires d'injection de drogues du patient pour leur proposer le dépistage) et de faciliter la liaison avec les soins et l'instauration rapide du TAR (1, 20, 21).

Lorsqu'il s'agit d'un diagnostic séropositif, les conseillers doivent donner aux patients le temps de prendre en considération le résultat et les aider à faire face au diagnostic. Les personnes séropositives qui sont formées pour dispenser ce type de conseil peuvent avoir une meilleure compréhension des besoins et des préoccupations des personnes qui viennent de recevoir un diagnostic de VIH (1).

Outre le fait de communiquer des messages de conseil post-test d'ordre général, les domaines suivants doivent être abordés lorsqu'il s'agit de personnes ayant reçu un diagnostic séropositif, selon le cas :

- Communiquer clairement :
 - **ce que signifie le diagnostic séropositif** ; à savoir, le fait que le VIH est une maladie chronique et gérable nécessitant un traitement à vie, mais qu'en suivant ce traitement, la plupart des gens mèneront une vie saine et vivront en général aussi longtemps que les personnes qui ne sont pas atteintes ;
 - **les avantages de l'instauration immédiate du TAR** et le fait que les patients qui **observent** le traitement et atteignent la suppression virale ne transmettront pas le VIH à leurs partenaires ; expliquer également que le TAR est **sûr et les effets secondaires sont minimes** ; et
 - **pour les femmes séropositives**, le cas échéant, des informations sur la conception sans risque, la prise du TAR pendant la grossesse pour prévenir la transmission mère-enfant et l'allaitement.
- Reconnaître que **certaines personnes auront besoin de temps pour s'adapter à leur statut séropositif** et peuvent avoir besoin d'un soutien supplémentaire pour commencer le TAR et choisir quand et comment recourir aux services.
- Lorsque le patient est prêt, **planifier l'instauration du TAR**, notamment en élaborant un **plan d'observance thérapeutique** et en envisageant des options pour de futurs soins différenciés, si cela est souhaitable, y compris **où et comment accéder aux services**, en particulier ceux qui sont gratuits, et en offrant un support supplémentaire adapté à chaque cas.
- Selon les besoins, **évoquer les obstacles à la liaison avec le TAR, répondre aux préoccupations concernant les effets secondaires du TAR et organiser le suivi** des patients qui ne peuvent pas s'inscrire aux services de soins contre le VIH le jour même du diagnostic.
- Procéder à **l'orientation active vers le TAR**. (On parle d'orientation active lorsque le prestataire prend rendez-vous pour le patient ou l'accompagne au rendez-vous, y compris si ce rendez-vous a lieu dans des services situés au sein d'une même structure, et pour l'entrée dans les soins cliniques contre le VIH.)
- Évaluer les conséquences sur la **santé mentale**, discuter des **problèmes immédiats** et aider le patient à décider qui dans son réseau social peut lui apporter un soutien émotionnel.
- **Encourager le patient à recourir de nouveau aux services de conseil**, de santé mentale et d'autres services de soutien au besoin.
- Donner des informations sur les **façons de prévenir la transmission du VIH** et fournir des préservatifs masculins ou féminins, du lubrifiant ainsi que des conseils sur leur utilisation, tout en

soulignant le fait qu'une fois sous TAR et en suppression virale, le VIH ne peut pas être transmis aux partenaires sexuels.

- **Fournir des orientations supplémentaires pour des services de prévention, de conseil, de soutien et autres** selon les besoins (p. ex., dépistage et traitement de la tuberculose, prophylaxie pour les infections opportunistes, dépistage et traitement des IST, contraception, soins prénatals, traitement de substitution aux opiacés et accès à des aiguilles et seringues stériles).
- **Encourager le patient à poser des questions** et lui accorder du temps pour le faire.

Divulgaration des résultats. Le conseil doit discuter des **avantages et risques de la divulgation du statut de séropositivité au(x) partenaire(s)** et apporter un soutien aux personnes et aux couples pour faciliter cette divulgation. Pour les couples, la divulgation réciproque a de nombreux avantages. Il est souvent plus facile pour les personnes vivant avec le VIH qui peuvent partager leurs résultats avec un partenaire de confiance de faire face à leur diagnostic et d'observer le TAR. Dans le cadre du conseil post-test, il est important que les prestataires abordent les options de **services aux partenaires** et encouragent la **notification par le prestataire** pour informer les partenaires sexuels et d'injection de drogues des patients quant à leur exposition potentielle au VIH et leur proposer le dépistage volontaire. Si disponibles, les **approches de dépistage du VIH qui s'appuient sur les réseaux sociaux** parmi les populations clés peuvent être utilisées. (La section 4.3.6 discute des considérations particulières relatives à la divulgation.)

Divulgaration et potentiel de violence. La planification de la divulgation doit comprendre des étapes pour maximiser la sécurité physique des patients. Le conseil pour les femmes qui envisagent une divulgation volontaire ou réciproque de leur séropositivité doit inclure une discussion sur les enjeux de leur situation, le risque potentiel de violence et les moyens d'assurer une divulgation plus sûre. Lorsqu'une femme craint la violence ou est victime de violence, les options comprennent la divulgation médiatisée ou différée ou, en cas de risque de violence grave, le conseil de ne pas divulguer leur statut sérologique (36).

L'OMS recommande que toutes les femmes présentant des signes ou des symptômes de violence fassent l'objet d'un dépistage de violence exercée par le partenaire intime. Ces femmes ainsi que les femmes qui révèlent volontairement avoir subi des violences doivent être orientées vers les services de lutte contre la violence, le cas échéant. À tout le moins, il faut proposer à ces femmes un soutien en première ligne (une adaptation des premiers soins psychologiques), un traitement pour leurs problèmes de santé éventuels et une orientation vers des services supplémentaires, si nécessaire (36).

Étant donné que les messages post-test contiennent une grande quantité d'informations au moment du diagnostic, certains sujets et informations peuvent être abordés et de nouveau soulignés dans le cadre des visites suivantes. Par exemple, la notification par le prestataire et des conseils portant sur la sûreté en matière de conception peuvent être proposés lors d'une visite ultérieure ou de temps à autre après l'instauration du TAR.

La section 4.3.6 traite des messages pour refaire le test chez les personnes vivant avec le VIH. La section 4.4 aborde les moyens efficaces de faciliter la liaison avec les services.

4.3.2 Considérations particulières pour les personnes séronégatives

Dans de nombreux contextes, les personnes diagnostiquées séronégatives, par exemple dans le cadre des soins prénatals dans les contextes à faible charge de VIH, ne reçoivent que le résultat de leur test, sans conseil post-test. Pour les personnes dont le test est négatif mais qui font face à un risque persistant, un conseil post-test long risque de dissuader un dépistage ultérieur. Pour les

personnes séronégatives, les conseillers peuvent optimiser leur temps et leur efficacité en concentrant le message sur la liaison avec les services de prévention. Certaines informations supplémentaires sur les résultats du dépistage sont cependant importantes pour les personnes avec un diagnostic séronégatif ayant reçu un résultat faussement réactif ou discordant à un moment quelconque du processus de test (voir la section 4.3.4).

En plus des messages de conseil post-test d'ordre général, un bref conseil destiné aux personnes diagnostiquées séronégatives peut inclure :

- **expliquer qu'un résultat séronégatif** signifie que le patient n'a pas contracté le VIH ;
- rappeler au patient l'importance d'informer le prestataire d'un diagnostic séropositif antérieur et de la **prise actuelle du TAR**, le cas échéant, car cela peut affecter les résultats de dépistage, les messages dispensés et le suivi nécessaire ;
- expliquer l'importance de connaître le **statut VIH du ou des partenaires sexuels** et parler de la disponibilité du dépistage pour les partenaires et d'autres services pertinents. Si disponibles, les **approches de dépistage du VIH qui s'appuient sur les réseaux sociaux** peuvent être appropriées pour les patients de populations clés ;
- donner des informations, suivies le cas échéant d'une orientation, sur les **options de prévention du VIH** disponibles et efficaces, notamment les préservatifs et les lubrifiants ; le dépistage et le traitement des IST ; la CMMV ; la PrEP ; la réduction des risques pour les consommateurs de drogues par injection ; d'autres services de santé sexuelle et reproductive, y compris la contraception/planification familiale et la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) ; les conseils pour **refaire le test**, si nécessaire, en fonction du niveau d'exposition récente et/ou du risque d'exposition persistant du patient ; et corriger l'idée fausse courante comme quoi il faut refaire le test tous les trois mois en raison de la fenêtre sérologique (voir les Chapitres 6 et 7 pour plus de détails) ;
- l'occasion pour le patient de **poser des questions** et demander conseil, selon les besoins.

Sur la base des informations partagées par les patients, notamment s'ils ont récemment été exposés à un risque élevé, les prestataires de services devront déterminer les messages appropriés pour refaire le test. La section 4.3.5 fournit plus d'informations sur le fait de refaire le test chez les personnes séronégatives.

4.3.3 Considérations particulières pour les personnes dont le résultat du test à des fins de triage ou de l'autodépistage est réactif

Aucun test unique de dépistage du VIH ne permet de poser un diagnostic séropositif. Dans de nombreux contextes, les personnes se font dépister par un prestataire non professionnel en utilisant un seul test rapide (approche dite « test à des fins de triage ») ou font le dépistage elles-mêmes à l'aide d'un kit d'autotest du VIH. Dans le cas d'un résultat négatif pour ces types de tests, la personne se faisant dépister est considérée comme séronégative. Lorsqu'un tel résultat est réactif (positif), la personne doit subir d'autres tests, en commençant par le test de première intention (A1) dans l'algorithme de dépistage national (voir le Chapitre 8 pour plus de détails).

Les prestataires qui distribuent des kits d'autotest du VIH ou qui effectuent un suivi auprès d'utilisateurs de ces kits doivent orienter les patients qui révèlent avoir obtenu un résultat réactif vers un établissement de santé où ils peuvent recevoir des tests supplémentaires ainsi qu'un TAR et des services de prévention, selon les besoins (site de dépistage du VIH, clinique de TAR, laboratoire ou centre desservant une population clé). Ces prestataires doivent encourager les patients dont le test est réactif à se rendre, le plus rapidement possible, dans un tel établissement pour subir des tests et diagnostics supplémentaires. Les actions de proximité utilisant une stratégie de test à des fins de triage ou qui soutiennent l'autodépistage doivent faire tout leur

possible pour réduire le nombre de perdus de vue tout au long de la cascade des services de soin, depuis les tests supplémentaires jusqu'au diagnostic et à l'orientation vers le TAR et les services de prévention du VIH et d'autres services de santé. Elles doivent également assurer que les patients comprennent qu'un résultat réactif pour un seul test doit toujours être confirmé, et que cela ne signifie pas toujours un diagnostic de séropositivité.

4.3.4 Considérations particulières pour les personnes dont le statut VIH est non concluant

Un résultat de test VIH non concluant signifie qu'une personne a des résultats de dépistage discordants (p. ex., test de première intention réactif, test de deuxième intention non réactif, test de troisième intention réactif) et qu'il est donc impossible d'établir un diagnostic de séropositivité ou de séronégativité pour ce patient. Ces cas sont rares, mais peuvent se produire dans les cas suivants : (1) il existe une réactivité croisée entre les kits de test ou les facteurs liés au patient ; (2) une erreur imputable à l'utilisateur ou au kit de test s'est produite ; et/ou (3) la personne testée est en cours de séroconversion et dans la fenêtre sérologique, quand l'infection ne peut être détectée. Par fenêtre sérologique, on entend la période allant du moment où l'infection à VIH a lieu jusqu'au moment où le corps produit suffisamment d'anticorps anti-VIH pour que ceux-ci soient détectés par un test de dépistage des anticorps anti-VIH. Elle peut être plus ou moins longue selon les différents types de tests, certains pouvant détecter les anticorps plus tôt que d'autres, ce qui peut conduire à des résultats divergents. Il faut encourager toutes les personnes dont le statut VIH est non concluant à **revenir après 14 jours pour refaire le test**.

L'annonce d'un résultat VIH non concluant peut être perturbante et stressante pour les patients et difficile à expliquer pour le prestataire. Le conseil post-test doit prendre le temps nécessaire pour expliquer soigneusement ce que signifie un statut VIH non concluant, en déclarant qu'il ne s'agit ni d'un diagnostic séropositif ni d'un diagnostic séronégatif, et que le test doit être refait dans 14 jours afin d'établir le bon diagnostic. Étant donné que le diagnostic définitif ne peut être établi le jour même du test et qu'une orientation immédiate vers les services de soins du VIH ou l'instauration rapide du TAR n'est pas appropriée, les prestataires doivent aider les patients à élaborer des étapes de suivi clairement définies et à prendre rendez-vous pour refaire le test. Les patients doivent également recevoir des renseignements sur les options de prévention et comment conserver son statut séronégatif, ainsi que sur la disponibilité et les avantages du TAR.

Les personnes chez lesquelles on suspecte une infection aiguë à VIH¹ (p. ex., celles qui signalent ou présentent des symptômes associés à l'infection aiguë à VIH) doivent faire l'objet d'un suivi attentif. Il s'agit d'une période où l'inféctiosité est élevée en raison de la charge virale élevée, et les patients doivent savoir comment protéger leurs partenaires. On peut donner aux personnes exposées à un risque persistant élevé d'infection par le VIH des informations sur la prophylaxie préexposition (PrEP) et les encourager à discuter des options en fonction de leur statut VIH définitif lorsqu'elles reviennent pour refaire le test.

4.3.5 Messages particuliers pour refaire le test

Refaire le test chez les personnes séronégatives

Parmi les personnes séronégatives ou dont le statut VIH est inconnu, il existe deux raisons pour refaire le test : (1) **surveiller l'efficacité des interventions de prévention du VIH** et (2) **identifier et traiter les nouvelles infections à VIH le plus tôt possible** lorsque les actions de prévention échouent (1).

¹ L'infection aiguë est également désignée par le terme « primo-infection à VIH » ou « syndrome rétroviral aigu ». Il s'agit du stade initial de l'infection, et dure jusqu'à ce que le corps ait produit une quantité d'anticorps anti-VIH détectable par les tests de dépistage.

La plupart des personnes dont le résultat est séronégatif n'auront pas besoin de refaire le test (1). Un seul test, effectué une fois dans le courant de leur vie, suffit pour la plupart des personnes vivant dans des contextes à faible charge de VIH et qui ne sont pas exposées à un risque persistant (1, 37).

Pour les personnes séronégatives (ou dont le statut est inconnu), refaire le test ne concerne que celles qui sont exposées à un risque persistant de contracter le VIH. Il s'agit d'une étape importante qui ne doit pas être dépriorisée. Les situations décrites ci-dessous sont celles qui justifient de refaire le test car celui-ci s'avère nécessaire ou potentiellement bénéfique. Les personnes dans ces groupes peuvent également bénéficier d'informations et de conseils supplémentaires en matière de santé.

Refaire le test en raison de la fenêtre sérologique. Plus tôt dans le cours de l'épidémie, les messages de conseil post-test communiqués encourageaient toutes les personnes dépistées séronégatives à refaire le test tous les trois mois, car il était possible qu'elles soient dans la fenêtre sérologique. Cette approche est en fait une utilisation inefficace des ressources et n'est plus nécessaire, car de nombreux tests permettent aujourd'hui de détecter l'infection à VIH dans les 6 à 12 semaines suivant la contraction du virus (1). Dans de nombreux contextes, très peu de personnes se présentent pour le dépistage au cours de cette période.

Chez les personnes séronégatives, refaire le test n'est requis que lorsqu'elles signalent un risque récent ou persistant d'exposition au VIH.

Refaire le test sur une base annuelle. Seuls des groupes spécifiques de personnes dans des contextes à forte charge de VIH ou présentant des risques liés au VIH ont besoin d'un conseil post-test qui encourage à refaire le test à intervalles appropriés. Les orientations de l'OMS recommandent de refaire le test annuellement chez les personnes suivantes :

- **toutes les personnes sexuellement actives dans les contextes à forte charge de VIH ; et**
- les personnes qui présentent des **risques persistants liés au VIH dans tous les contextes**. Celles-ci comprennent :
 - **les populations clés**, à savoir les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes privées de liberté ou vivant dans des environnements confinés, les consommateurs de drogues par injection, les travailleurs du sexe et les personnes transgenres ;
 - **les personnes ayant un partenaire diagnostiqué séropositif** qui n'est pas en suppression virale sous TAR.

Refaire le test parmi des groupes spécifiques. Dans certaines conditions et situations, on peut conseiller à certaines personnes qui ont déjà été dépistées pour le VIH de refaire le test. Celles-ci comprennent :

- les personnes qui reçoivent un diagnostic **d'IST ou d'hépatite virale** ou qui sont sous traitement pour ces dernières ;
- les personnes qui ont un **diagnostic de tuberculose** confirmé ou suspecté ;
- les patients en consultation externe qui présentent des **pathologies ou des symptômes cliniques évoquant une infection à VIH** ;
- les personnes avec des **antécédents d'exposition récente au VIH**.

Refaire le test fréquemment parmi des groupes spécifiques. Refaire le test annuellement suffit dans la plupart des cas pour les personnes exposées à un risque persistant, y compris parmi les populations clés. Il peut cependant être conseillé de refaire le test plus fréquemment - c'est-à-dire tous les 3 à 6 mois - selon les facteurs de risque individuels ou dans le cadre d'interventions

de prévention du VIH. Cela comprendrait, par exemple, les personnes qui prennent la PrEP, celles qui ont besoin d'un test de dépistage du VIH trimestriel, ou les membres des populations clés atteints d'une IST.

Toutes les femmes enceintes doivent être dépistées pour le VIH ainsi que la syphilis et le virus de l'hépatite B², au moins une fois et le plus tôt possible pendant la grossesse. Dans les contextes à forte charge de VIH, le conseil post test doit encourager les femmes dont le statut est négatif ou inconnu à refaire le test en fin de grossesse (p. ex., lors d'une consultation au troisième trimestre). Cependant, dans les contextes à faible charge de VIH, les messages pour refaire le test en fin de grossesse ne sont recommandés que pour les femmes dont le statut est négatif ou inconnu, les femmes des populations clés et celles qui ont un partenaire séropositif qui n'est pas en suppression virale.

Dans les districts ou régions spécifiques dont la charge ou l'incidence du VIH est élevée, ainsi que pour les femmes séronégatives (ou qui ignorent leur statut) dans les populations clés et celles qui ont un partenaire séropositif qui n'est pas en suppression virale, un message supplémentaire peut encourager à refaire le test 14 semaines, six mois ou neuf mois après l'accouchement. Il convient de choisir le bon moment pour refaire une fois le test en fonction du contexte local, ainsi que de la couverture des SDV, de la date et la fréquence des visites de soins prénatals et du calendrier de vaccination.

De plus amples informations sur les messages pour refaire le test chez les personnes séronégatives sont disponibles au Chapitre 3 et dans le document de l'OMS intitulé *Rendre les résultats d'un test VIH, communiquer les messages pour refaire le test et fournir un conseil à l'adulte* (38) (https://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv_re_testing/fr/).

Le Chapitre 7 discute des considérations pour optimiser le nombre de personnes qui refont le test, en particulier chez les femmes enceintes et en post-partum.

Refaire le test parmi les personnes vivant avec le VIH qui connaissent déjà leur statut

Même si les messages fournis avant le dépistage avertissent les patients du fait que les résultats ne sont pas toujours exacts pour les personnes sous TAR, les patients qui savent qu'ils sont séropositifs peuvent chercher à refaire le test pour diverses raisons, et certains peuvent ne pas divulguer qu'ils connaissent leur statut positif et/ou qu'ils sont sous traitement (39). Certaines personnes souhaitent refaire le test afin de confirmer ou de confronter un diagnostic de séropositivité ; refaire le test peut aussi être l'occasion de parler avec un prestataire de soins compétent de préoccupations personnelles ou de santé (40). Pour d'autres, c'est une étape pour débiter ou reprendre les soins, et renforcer les liens de confiance avec les agents de santé (41).

Il faut demander à tous les patients s'ils ont déjà reçu un diagnostic de VIH et, dans l'affirmative, s'ils prennent un TAR. Pour ceux qui sont sous TAR, il est important de souligner que le traitement peut avoir affecté leur résultat de dépistage et qu'ils ne doivent pas arrêter le TAR. Il peut s'avérer nécessaire d'entreprendre un conseil plus approfondi et de cultiver une relation plus étroite avec leur prestataire clinique. Néanmoins, quel que soit le cas, les messages suivants peuvent être bénéfiques (42) :

- Lorsqu'un patient est sous TAR, le dépistage du VIH à l'aide de tests rapides, et notamment l'autodépistage, peut produire un résultat inexact. Un résultat de test négatif obtenu chez un patient sous TAR est en général incorrect (faux négatif).
- Le TAR est un traitement à vie et ne guérit pas le VIH. Il ne faut pas arrêter de le prendre, sous risque de tomber malade.

² En particulier dans les contextes où la séroprévalence de l'AghBs dans la population générale est de 2 % ou plus.

- Les patients doivent continuer à prendre le TAR et parler à leur prestataire clinique pour en savoir plus sur leur santé, leur statut VIH ou le succès de leur traitement.
- Un résultat « indétectable » au test de charge virale ne signifie pas la même chose qu'un résultat de test négatif lors d'un test de dépistage rapide du VIH. Un résultat de test de charge virale « indétectable » signifie que le virus est contrôlé par le TAR. Cela ne signifie pas que le virus a disparu et que le patient est guéri. Cela ne signifie pas que le patient peut arrêter de prendre le TAR.
- Il est important que les patients disent aux personnes qui réalisent les tests de dépistage du VIH ou distribuent des autotests qu'ils sont sous TAR.
- Les patients doivent parler à un conseiller ou à un agent de santé s'ils ont des doutes ou des inquiétudes quant à l'exactitude d'un diagnostic séropositif.

Pour les patients diagnostiqués précédemment qui n'ont jamais commencé ou qui ont cessé de prendre le TAR, une demande de dépistage du VIH représente **l'occasion de débiter ou de reprendre les soins**. La communication de messages supplémentaires informatifs ou encourageants de la part des prestataires peut être bénéfique. Il est essentiel que le conseil post-test comprenne tous les messages d'ordre général et ceux destinés aux personnes diagnostiquées séropositives (voir la section 4.2.1). Cependant, il peut être particulièrement utile d'insister sur les points suivants :

- **L'instauration précoce du TAR présente de nombreux avantages pour la santé** et est recommandée pour toutes les personnes vivant avec le VIH, indépendamment du stade de la maladie. Il pourrait être bénéfique d'informer les personnes diagnostiquées avec le VIH avant la stratégie « Traiter tout le monde » (adoptée en 2016 dans de nombreux pays) du fait que le traitement est désormais disponible pour toutes les personnes vivant avec le VIH, et d'informer celles qui ont refusé ou abandonné le TAR des derniers traitements, qui sont sûrs et n'ont que peu d'effets secondaires. Ces personnes ont également besoin d'en savoir plus sur les avantages préventifs du traitement.
- **Expliquer les prochaines étapes et le parcours des soins, notamment où et comment se procurer le TAR**, les soins, le soutien et d'autres services de santé, en particulier ceux qui sont gratuits et offrent un soutien supplémentaire.
- **Aborder les obstacles qui entravent la liaison avec les soins**, et les questions et inquiétudes des patients concernant les effets secondaires du TAR et d'autres aspects du traitement et des soins.
- Expliquer le fait que, **une fois sous TAR, le dépistage du VIH, y compris l'autodépistage, peut produire un résultat inexact**, et que tout résultat négatif obtenu ultérieurement chez une personne sous TAR est en général incorrect (faux négatif).
- **Encourager ces patients à parler à un conseiller ou à d'autres agents de santé compétents en cas de besoin**, et décrire comment accéder aux services de conseil, de santé mentale et à d'autres services de soutien.
- **Encourager les patients à poser des questions et leur accorder du temps pour le faire.**

Refaire le test parmi les personnes vivant avec le VIH pour confirmer le diagnostic avant le traitement

Dans le cadre des SDV il est essentiel de fournir des résultats de test qui sont corrects. Après un diagnostic de séropositivité, il est recommandé à toutes les personnes de se mettre en relation avec les services de soins et de commencer le plus tôt possible le TAR, à vie. Mais il est difficile, en utilisant les tests disponibles, de distinguer les personnes qui ont commencé le TAR et obtenu une suppression virale des personnes séronégatives (1, 21, 42).

Par conséquent, l'OMS recommande de **refaire le test pour tous les nouveaux cas diagnostiqués avant d'instaurer le TAR**. Il s'agit d'une mesure d'assurance qualité importante pour éviter un traitement à vie injustifié dû à des déficiences dans la procédure de dépistage, comme par exemple des services de test sous-optimaux, un protocole de conseil insuffisant, une mauvaise compréhension des résultats du test, une erreur d'étiquetage, une confusion au niveau des échantillons ou d'autres erreurs humaines. Les messages d'information et de conseil post-test doivent expliquer que refaire le test fait partie des mesures d'assurance qualité de routine utilisées dans le cadre d'un programme national de lutte contre le VIH. Après l'instauration du TAR, les personnes séropositives n'ont pas besoin de refaire le test une nouvelle fois pour vérifier leur statut.

Le Chapitre 8 fournit plus d'informations sur refaire le test pour confirmer un diagnostic avant de commencer le TAR.

4.3.6 Considérations particulières relatives à la divulgation

Les personnes dépistées séronégatives ont rarement besoin d'aide ou de soutien pour divulguer les résultats de leur test à d'autres. En revanche, la confidentialité d'un résultat d'autodépistage réactif ou d'un diagnostic séropositif est une préoccupation majeure pour beaucoup. La divulgation du statut VIH à un ou plusieurs partenaires, membres de famille ou autres contacts présente cependant de nombreux avantages, à la fois pour la personne infectée et pour ses contacts.

La divulgation doit toujours être volontaire. L'OMS n'appuie pas la divulgation obligatoire ou coercitive aux partenaires sexuels et/ou aux partenaires d'injection de drogues, mais dans certains contextes, les lois ou règlements l'exigent. Les prestataires doivent connaître les lois et règlements qui peuvent engendrer des répercussions néfastes en cas de divulgation par les patients, comme la discrimination, la violence, l'abandon ou l'incarcération. Lorsque ce type de loi existe, les patients peuvent avoir besoin d'informations et de conseil supplémentaires dans le cadre du processus de consentement éclairé qui se déroule avant le test, ainsi que pour soutenir une divulgation appropriée par la suite. Les autorités responsables de l'application des lois ne doivent jamais être impliquées dans la divulgation ou les services aux partenaires, et notamment la notification par le prestataire.

Certaines personnes, en particulier les femmes qui sont victimes de violence exercée par le partenaire intime ou travailleuses du sexe, risquent d'être exposées au risque de violence de la part de leur(s) partenaire(s) après avoir divulgué leur statut VIH ou les résultats d'un test. L'OMS recommande la notification par le prestataire, qui est un processus volontaire, pour contacter les partenaires sexuels et d'injection de drogues dans le but de proposer des SDV (21). La notification par le prestataire ne doit pas être effectuée sans le consentement du patient séropositif.

L'Encadré 6.6 du Chapitre 6 fournit une liste unifiée des recommandations de l'OMS à l'intention des couples et des partenaires dans le contexte du VIH. Quand la divulgation n'est pas possible ou sûre, le dépistage du partenaire peut être proposé par l'intermédiaire d'approches de dépistage anonymes qui ne révèlent pas le statut séropositif d'un patient. Ces méthodes peuvent inclure des approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux pour les membres de populations clés, qui proposent des SDV aux contacts sociaux, partenaires sexuels et partenaires d'injection de drogues de patients séronégatifs ou séropositifs (voir le Chapitre 5).

Trois formes de divulgation sont pertinentes et appropriées pour les SDV :

1. Divulgation par un agent de santé à un partenaire sexuel de la personne concernée.

L'OMS recommande de proposer à toutes les personnes vivant avec le VIH le processus volontaire de notification par le prestataire, dont l'objectif est d'offrir les SDV à leurs partenaires sexuels et d'injection de drogues (43). Alors que certaines personnes séropositives peuvent vouloir que le prestataire divulgue leur statut VIH à leurs partenaires, d'autres peuvent préférer ne pas

divulguer cette information. Les prestataires doivent discuter des options avec les patients afin de déterminer l'option la plus appropriée pour la situation donnée ou la relation avec le(s) partenaire(s). Les options de prestation de services sont abordées au Chapitre 5.

- 2. Divulgarion par la personne concernée aux partenaires sexuels, aux membres de la famille ou à d'autres contacts.** Les personnes qui refusent la notification par le prestataire et qui préfèrent divulguer leur statut VIH directement à leurs partenaires doivent être soutenues et encouragées à le faire. Certaines personnes peuvent choisir une méthode de divulgation différente pour différents partenaires. Par exemple, ils peuvent vouloir divulguer eux-mêmes leur statut sérologique à leur partenaire principal, mais préférer la notification par le prestataire pour d'autres partenaires. Il revient au prestataire de déterminer, en consultation avec le patient, la méthode de divulgation appropriée pour chaque partenaire.

Il n'est pas toujours nécessaire de divulguer le statut VIH ou le résultat d'autodépistage d'une personne pour distribuer un kit d'autodépistage à l'un de ses partenaires ou encourager le recours aux SDV. Les personnes dont l'autotest est réactif doivent être informées du fait qu'un résultat réactif n'est pas la même chose qu'un diagnostic de séropositivité au VIH. Si deux partenaires font un test d'autodépistage ensemble et que l'un ou l'autre ou les deux ont un résultat réactif, des tests supplémentaires sont nécessaires pour déterminer leur statut VIH.

- 3. Divulgarion par un agent de santé à d'autres agents de santé** impliqués dans les soins de la personne concernée. Les prestataires doivent informer les personnes diagnostiquées séropositives que le diagnostic sera partagé au besoin avec d'autres prestataires impliqués dans leurs soins. Certains patients diagnostiqués séropositifs peuvent avoir besoin de temps pour assimiler leur diagnostic avant d'être prêts à divulguer leur statut et à en informer leurs partenaires, ce qui peut se produire lors de consultations ultérieures. Les autres prestataires doivent donc être informés pour assurer le suivi approprié. Ces divulgations doivent respecter le droit fondamental du patient à la confidentialité de toutes les informations médicales.

Les prestataires formés qui distribuent des kits d'autodépistage du VIH peuvent demander le résultat du test dans le cadre du suivi. Il est cependant important que les personnes qui effectuent ces tests soient informées que le partage de leurs résultats d'autodépistage est volontaire et n'est pas obligatoire.

La divulgation par un agent de santé aux autorités responsables de l'application des lois ou à d'autres autorités légales n'est pas considérée comme acceptable sur le plan éthique dans le contexte des SDV, à moins que le patient n'y ait consenti. Dans ce cas, les prestataires de SDV doivent obtenir un consentement écrit pour la divulgation des résultats du dépistage du VIH aux autorités légales.

4.4 Liaison avec les services de traitement, de prévention, de soins et de soutien de l'infection à VIH et d'autres services appropriés

4.4.1 Définition du terme « liaison »

Indépendamment du statut VIH, la liaison représente la première étape vers des services ultérieurs (Encadré 4.1). Elle est essentielle pour obtenir un impact programmatique et constitue l'une des principales responsabilités des prestataires de SDV. En l'absence de cette liaison avec les soins et le traitement, il est peu utile de se faire dépister et d'apprendre son statut de séropositivité au VIH. De même, les personnes séronégatives qui sont exposées à un risque persistant doivent être mises en liaison avec les services de prévention. Aussi, les personnes dont le résultat du test à des fins de triage ou de l'autodépistage est réactif doivent également être mises en liaison pour subir d'autres tests de dépistage dans le but d'établir leur statut VIH et de se connecter à d'autres services, selon les besoins.

Encadré 4.1. Qu'est-ce que la liaison ?

Liaison avec les services de tests supplémentaires. Dans certains cas, comme après un autodépistage réactif ou un test à des fins de triage, ou dans le cas peu probable où une personne n'a pas pu être diagnostiquée le même jour et reçoit un résultat non concluant, il est nécessaire d'être mis en liaison avec d'autres services pour effectuer des tests supplémentaires (1, 21).

Liaison avec les services proposant le TAR. Pour toutes les personnes diagnostiquées séropositives, l'OMS recommande que le TAR soit proposé et instauré le plus tôt possible.

Relance de la liaison avec les services proposant le TAR. Les personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut et ne sont pas actuellement sous TAR doivent être soutenues pour recourir aux soins et commencer le traitement. Ce groupe peut inclure : (1) les personnes diagnostiquées séropositives avant l'adoption de la stratégie « Traiter tout le monde » qui n'ont jamais commencé le traitement ; (2) les personnes auxquelles le TAR a été proposé, mais qui n'étaient pas encore prêtes à commencer ; et (3) les personnes qui ont commencé le TAR mais qui l'ont arrêté ultérieurement. Il convient parfois de refaire le test chez ces personnes pour relancer la liaison avec les services de soins et instaurer ou reprendre le TAR. Lorsque les personnes se présentent pour le dépistage, il n'est pas toujours évident pour les prestataires d'identifier qui connaît déjà son statut ou qui a déjà eu recours aux soins. Pour ces personnes, la liaison réalisée par les structures de SDV peut être essentielle à l'instauration ou à la reprise du traitement (1, 2, 20).

Liaison avec les services de prévention. Bien que les services de prévention, comme la fourniture d'informations appropriées et l'utilisation de préservatifs, soit bénéfique pour toutes les personnes qui font un dépistage du VIH, la plupart des personnes séropositives n'ont pas besoin d'être mises en liaison avec d'autres services de prévention. Pour les personnes séronégatives, exposées à un risque persistant et qui n'ont pas accès aux services de prévention, la liaison avec une intervention spécifique de prévention du VIH peut être bénéfique.

Évaluation de la liaison avec les services. La plupart des programmes surveillent la liaison avec les services de soins dans les 30 à 90 jours suivant un diagnostic de séropositivité, surveillent le délai avant l'instauration du TAR dans les sept ou 14 jours suivant le diagnostic, et rendent compte du nombre de personnes séropositives qui viennent d'instaurer le traitement au cours des 12 mois précédents. Les programmes ne surveillent pas systématiquement la liaison avec les services de prévention du VIH après le recours aux SDV, mais elle peut être signalée dans le cadre des données des programmes de prévention ainsi que dans les projets et enquêtes spéciaux. L'annexe Web H présente des considérations pour évaluer et surveiller la liaison avec les services de soins et l'instauration du TAR après le dépistage du VIH.

Les structures de SDV, les responsables des tests de dépistage et les conseillers sont chargés d'assurer la liaison. Ils doivent fournir un ensemble de services post-test qui inclut des messages de conseil à jour et des stratégies fondées sur des bases factuelles ainsi que des outils de soutien pour faciliter la liaison en fonction du contexte, du lieu et de la population.

Le Tableau 4.1 résume les services et interventions recommandés par l'OMS avec lesquels les personnes séropositives et les personnes séronégatives peuvent être mis en liaison.

Une combinaison d'interventions est nécessaire afin d'améliorer la liaison avec les services de prévention, de soins et de traitement, en particulier pour réduire le nombre de personnes perdues au suivi entre le moment du dépistage du VIH et celui du recours aux soins et au traitement. Les personnes vivant avec le VIH qui sont atteintes en dehors des établissements de

Tableau 4.1. Services de prévention, de traitement et de soins de l'infection à VIH

	Personnes vivant avec le VIH	Personnes dépistées séronégatives
Traitement	Traitement antirétroviral (TAR)	S.O.
Prévention	Préservatifs masculins et féminins et lubrifiants compatibles	
		PrEP pour les personnes exposées à un risque élevé persistant d'infection par le VIH
		Prophylaxie postexposition (PPE) après une exposition suspectée
		Circoncision masculine médicale volontaire (CMMV) (dans 14 pays prioritaires)
	Réduction des risques pour les consommateurs de drogues par injection (programmes de distribution d'aiguilles et de seringues, traitement de substitution aux opioïdes [TSO], autres traitements de la pharmacodépendance et prévention et prise en charge de l'overdose aux opiacés)	
	Interventions comportementales pour favoriser la réduction des risques, en particulier pour les personnes vivant avec le VIH et les populations clés	
Santé sexuelle et reproductive	Contraception et planification familiale	
	Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)	S.O.
	Dépistage et traitement du cancer du col de l'utérus	
	Dépistage du cancer de l'anus (pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes)	
	Dépistage et traitement des IST	Dépistage et traitement des IST pour les personnes exposées à un risque persistant, y compris les populations clés
Dépistage du VIH pour les partenaires et les enfants biologiques	Pour tous les partenaires et enfants biologiques (inclut les services aux partenaires et le dépistage indicateur)	Pour les partenaires et contacts sociaux des personnes issues des populations clés, le cas échéant
Refaire le test et tests de confirmation	Refaire le test avant d'instaurer le TAR Faire des tests de confirmation après un test à des fins de triage communautaire ou d'autodépistage du VIH dont le résultat est réactif (positif)	Refaire le test au moins tous les 12 mois en cas d'exposition à un risque persistant élevé, en particulier parmi les personnes issues des populations clés
Autres services cliniques	Évaluation et distribution de vaccins, comme le vaccin contre le virus de l'hépatite B (VHB) pour les populations clés, les femmes enceintes et les nourrissons et, le cas échéant, le vaccin antitétanique pour les garçons adolescents et les hommes ayant subi une CMMV	
	Dépistage et vaccination contre le VHB et dépistage et traitement du virus de l'hépatite C (VHC)	Dépistage du VHB et du VHC, en particulier pour les populations clés, selon l'épidémiologie, et traitement ou vaccination
	Prophylaxie par le cotrimoxazole pour prévenir la pneumonie à <i>Pneumocystis carinii</i>	
	Intensification du dépistage de la tuberculose et liaison vers le traitement antituberculeux	
	Fourniture de traitement préventif à l'isoniazide si la personne n'a pas la tuberculose	
	Prévention du paludisme (avec par exemple des moustiquaires de lit et une prophylaxie), selon l'épidémiologie	
Autres services de soutien	Services de santé mentale	
	Conseil psychosocial, soutien et conseil sur l'observance thérapeutique	
	Aide à la divulgation et la notification aux partenaires	
	Services juridiques et sociaux	
Services de lutte contre la violence à l'égard des femmes, y compris un soutien en première ligne et un conseil psychosocial, des soins après un viol et d'autres services de soutien, notamment des refuges, des services juridiques et des services de protection des femmes et des enfants.		

S.O. = sans objet

Encadré 4.2. Recommandations de l'OMS et déclarations de bonnes pratiques sur la liaison avec les services de soins et l'instauration rapide du TAR

Recommandations de l'OMS

L'instauration rapide du TAR doit être proposée à toutes les personnes vivant avec le VIH après un diagnostic séropositif confirmé et une évaluation clinique (*recommandation forte, données de haute qualité pour les adultes et les adolescents, données de faible qualité pour les enfants*).

Après un diagnostic de séropositivité au VIH, un ensemble d'interventions de soutien doit être proposé pour assurer la liaison en temps opportun avec les soins pour toutes les personnes vivant avec le VIH (*recommandation forte, données de qualité moyenne*).

Les interventions suivantes ont montré leur capacité à améliorer la liaison avec les services de soins après un diagnostic séropositif :

- les interventions rationalisées pour réduire le temps entre le diagnostic et la participation aux soins, notamment (i) renforcement de la liaison avec les services de prise en charge des cas ; (ii) soutien à la divulgation du statut VIH ; (iii) suivi des patients (services aux partenaires) ; (iv) formation du personnel pour fournir plusieurs services ; et (v) services rationalisés et co-localisés (*données de qualité moyenne*) ;
- le soutien faisant appel aux pairs (notamment services de conseil par les pairs) et approches de navigation pour la liaison (*données de qualité moyenne*) ; et
- les approches d'amélioration de la qualité qui s'appuient sur des données pour améliorer la liaison avec les services (*données de faible qualité*).

NEW

Les tests de type immunotransfert et les tests immunoenzymatiques sur bandelettes (LIA) non rapides ne doivent pas être utilisés dans les stratégies/algorithmes de dépistage du VIH (*recommandation forte, données de faible qualité*).

Déclarations de bonnes pratiques de l'OMS sur la liaison avec les services de traitement et de soins

L'instauration du TAR doit respecter les principes généraux de la prestation de soins centrés sur la personne. Ces soins doivent être axés et organisés autour des besoins, des préférences et des attentes en matière de santé des personnes et des communautés, en respectant la dignité et le respect de la personne, en particulier pour les populations vulnérables. Ils doivent favoriser la participation et le soutien des personnes et des familles afin d'assurer à celles-ci un rôle actif dans leurs propres soins grâce à une prise de décision éclairée.

Toutes les personnes nouvellement diagnostiquées séropositives doivent refaire le test pour confirmer leur statut VIH avant de commencer le TAR, en utilisant la même stratégie et l'algorithme de test que ceux employés lors du premier dépistage. Pour réduire le plus possible le risque d'un diagnostic erroné, cette approche doit être conservée dans les contextes qui mettent en œuvre l'instauration rapide du TAR.

L'adoption de la stratégie « Traiter tout le monde » (TAR pour toutes les personnes vivant avec le VIH indépendamment du comptage des CD4) appuie l'instauration rapide du TAR, et notamment la possibilité d'instaurer le traitement le jour même en l'absence de contre-indications cliniques.

Les personnes n'ayant aucune contre-indication à l'instauration rapide du TAR doivent recevoir des informations complètes quant aux avantages du TAR et se voir proposer l'instauration rapide du traitement, avec la possibilité d'instaurer immédiatement celui-ci le jour même.

L'instauration rapide du TAR est particulièrement importante pour les personnes ayant un très faible compte de CD4, parmi lesquelles le risque de décès est élevé. Personne ne doit être contraint à débiter immédiatement le traitement et toutes les personnes doivent être soutenues afin qu'elles puissent prendre une décision éclairée quant au moment de commencer le TAR.

Sources : OMS, 2016 (2) ; OMS, 2017 (20).

santé exigent une attention particulière, dans les contextes où le TAR n'est pas disponible sur place et pour les populations qui peuvent rencontrer des obstacles entravant la liaison avec les services. Ces groupes comprennent les populations clés, les hommes, les jeunes, les migrants et les personnes déplacées, ainsi que les personnes très malades ou atteintes d'une maladie à VIH à un stade avancé (1, 2, 20, 25).

Selon les besoins, les approches visant à améliorer la liaison comprennent l'intégration et la co-localisation des services (fourniture de SDV, de TAR et d'autres services connexes au sein d'une même structure) dans la mesure du possible (44) ; la mise sur pied d'approches d'amélioration de la qualité (45) ; la rationalisation de la prestation de services en réduisant l'utilisation de l'immunotransfert (western blot) (46) ; la réalisation de tests de comptage des CD4 sur le lieu des soins afin de prioriser le TAR pour les personnes dont la maladie est à un stade avancé (44) ; la mise en œuvre de modèles d'action et de soutien faisant appel aux pairs et/ou aux navigateurs pairs, et la prise en charge des cas (47) (Encadré 4.2).

Les sections suivantes fournissent des informations supplémentaires sur les approches de liaison efficaces et les considérations de mise en œuvre qui peuvent être adaptées en fonction du contexte, de la population et du lieu.

4.4.2 Liaison avec les services de soins et d'instauration rapide du TAR pour les personnes vivant avec le VIH

Les personnes peuvent reporter la liaison avec les services pour plusieurs raisons, dont des obstacles personnels et concrets, parmi lesquels l'éloignement des services, les coûts liés au transport, la stigmatisation, le manque de confidentialité, les inquiétudes concernant la divulgation et la longueur des temps d'attente dans les établissements de santé. En cas de résultat réactif ou de diagnostic séropositif dans un contexte communautaire où le TAR n'est pas disponible, d'autres enjeux peuvent entraver la liaison si les patients ne sont pas soutenus par des approches stratégiques. Voici quelques stratégies prometteuses qui peuvent être envisagées.

Services dispensés dans les établissements de santé et SDV et TAR co-localisés. Les données suggèrent que des services bien coordonnés, intégrés et co-localisés, où les SDV et le TAR sont facilement disponibles, facilitent la liaison avec les soins (44, 48-50). La co-localisation des services n'est cependant pas toujours possible dans tous les contextes. Dans ces situations, les services de soutien et de navigation faisant appel aux pairs et la prise en charge des cas peuvent être particulièrement utiles pour assurer une liaison adéquate avec les services de prévention, de traitement et de soins de l'infection à VIH après le diagnostic.

Cette liaison est également facilitée lorsqu'on accélère le TAR en proposant un diagnostic le jour même et l'instauration immédiate du traitement, en particulier pour les personnes malades qui présentent un stade avancé et qui doivent commencer le traitement dès que possible (51). Un examen récent effectué depuis l'adoption de la stratégie « Traiter tout le monde » a montré que la fourniture immédiate du TAR avec l'option d'instaurer le traitement le jour même améliorait les taux de liaison des patients (52).

Dans les établissements de santé, les personnes nouvellement identifiées comme séropositives doivent être placées sous TAR au même endroit où elles ont été dépistées. Les patients ne devraient pas avoir à se déplacer dans plusieurs salles, en passant par divers prestataires avant l'instauration du traitement.

Lorsque l'immunotransfert est couramment utilisé et requis pour un diagnostic final, ou quand le dépistage rapide n'est pas disponible, il est plus fréquent de constater des patients perdus de vue (ne recevant jamais de résultats), une liaison retardée avec les services de soins et l'instauration plus tardive du TAR (46). **L'OMS recommande aux pays de cesser d'utiliser**

l'immunotransfert dans les stratégies et algorithmes de dépistage du VIH. Il faut prioriser le passage aux tests diagnostiques rapides et aux dosages immuno-enzymatiques plus simples, qui sont capables de fournir un diagnostic le jour même.

Des stratégies supplémentaires, telles que des modèles pour la prestation différenciée du TAR, ainsi que des services de soutien faisant appel aux pairs et des conseils sur l'observance, sont nécessaires pour rester dans les soins et empêcher l'abandon du traitement, en particulier dans les populations clés et chez les hommes, les jeunes et les femmes enceintes (2, 20, 28, 29).

Bien que les données sur la création de la demande dans le domaine de la liaison avec les services étaient très limitées, le Chapitre 3 décrit en détail des approches appropriées pour améliorer le recours aux SDV.

Autodépistage du VIH et SDV à base communautaire. L'autodépistage du VIH (ADVIH) et les SDV communautaires peuvent obtenir de bons taux de liaison, comparables à ceux des services conventionnels dans les établissements de santé (1, 21) (30, 53-56), pour les personnes vivant avec le VIH aux stades plus précoces de la maladie (53, 56) et pour ceux qui autrement ne se feraient pas dépister ou ne recevraient pas de soins (1, 21, 30, 54-56) (voir le Chapitre 5). Mais quand le taux de liaison à partir de l'ADVIH et des SDV communautaires est sous-optimal, des stratégies sont nécessaires pour l'améliorer (57-61).

Certains modèles de prestation de services qui soutiennent les efforts de liaison produisent de meilleurs taux de liaison que d'autres. Des données de faible qualité, par exemple, indiquent que l'ADVIH avec l'instauration du TAR à domicile et la mise en place d'une escorte de liaison, par rapport à l'instauration du traitement en établissement de santé et à l'orientation spontanée par les patients eux-mêmes, peuvent améliorer la liaison avec les services (30). Pour les SDV à base communautaire, des taux de liaison élevés ont été obtenus en recourant au dépistage du VIH dans le contexte des services aux partenaires (taux de liaison combiné de 79 %) ; en faisant appel à plusieurs modèles – services mobiles, de proximité, à domicile (taux de liaison combinés de 79 % pour la population générale et de 85 % pour les populations clés) ; et en utilisant le conseil et le dépistage volontaires autonomes pour les populations clés (taux de liaison combiné de 83 %). Les taux de liaison étaient plus faibles dans le cas de certains modèles et de certaines populations, par exemple, les tests à domicile (taux de liaison combiné de 51 %), les transgenres (taux de liaison combiné de 41 %) et les consommateurs de drogues par injection (taux de liaison combiné de 44 %). Pour ces modèles et populations, la liaison avec les services peut avoir besoin d'un soutien supplémentaire.

Le Chapitre 5 aborde plus en détails la fourniture de services d'ADVIH et les SDV communautaires.

Notification par le prestataire (également appelé notification assistée aux partenaires ou dépistage indicateur). L'OMS recommande la notification par le prestataire pour toutes les personnes vivant avec le VIH afin de proposer aux partenaires sexuels et/ou partenaires d'injection de drogues de ces personnes un test de dépistage volontaire du VIH. Les services aux partenaires, qui incluent la notification par le prestataire, sont recommandés car ils peuvent permettre d'obtenir un bon taux de liaison avec les services de soins (voir l'Encadré 4.2).

Autres stratégies de mise en œuvre fondées sur des bases factuelles. Le conseil est bien sûr important, mais il doit être mis en œuvre dans le cadre d'une stratégie de liaison fondée sur des bases factuelles, car seuls, les messages de conseil post-test n'ont que peu d'effet sur le taux de liaison avec les services (44, 52). Bien qu'il existe des preuves que les personnes récemment diagnostiquées séropositives sont susceptibles de modifier leur comportement, le conseil à lui seul ne conduit pas au changement comportemental (31).

Dans les contextes, lieux et populations où la liaison avec les services n'est pas optimale, des stratégies de mise en œuvre supplémentaires fondées sur des bases factuelles peuvent être envisagées. Celles-ci peuvent être particulièrement utiles pour soutenir l'intensification de

l'autodépistage et des SDV à base communautaire, en particulier les modèles à domicile et de proximité dont le taux de liaison peut être faible.

- **Soutien et suivi faisant appel aux pairs et à la communauté, notamment avec des intervenants pivots et des escortes de liaison.** L'OMS recommande le recours au soutien et à la navigation par les pairs pour faciliter la liaison avec les services. Les données suggèrent que les intervenants pivots peuvent améliorer le taux de liaison avec les soins (44, 62, 63). Les actions de soutien faisant appel aux pairs et à la communauté, et notamment le soutien des personnes vivant avec le VIH, peut également faciliter cette mise en relation (64). Dans un essai randomisé contrôlé (ERC) en Zambie, effectué auprès de jeunes (âgés de 15 à 24 ans) ayant fait un autodépistage, la mise en place d'une escorte triplait presque le taux de liaison avec les services de TAR par rapport aux fiches d'orientation utilisées par les patients eux-mêmes (65). À Eswatini, la prise en charge des cas par les pairs à l'aide d'intervenants pivots, d'appels téléphoniques hebdomadaires, de rappels et de conseils de suivi pour les personnes diagnostiquées séropositives en milieu communautaire a produit un taux d'instauration du TAR de 96 % pendant la période d'étude (66).
- **Instauration du TAR et soins à domicile.** L'instauration du TAR à domicile, suite au dépistage du VIH à domicile ou à une autre action de proximité, peut produire des taux de liaison élevés. Au Lesotho, un ERC a rapporté un gain de 13 % du taux de liaison et une augmentation de 16 % de la suppression virale avec les SDV à domicile suivis de l'instauration du TAR à domicile le jour même, par rapport aux SDV à domicile suivis de l'orientation vers l'instauration du TAR dans un établissement (67). Dans le cadre d'un ERC au Malawi, la fourniture de kits d'ADVIH suivie de l'instauration du TAR à domicile ont conduit à un taux de liaison trois fois plus élevé que la fourniture de kits d'ADVIH à domicile suivie de l'instauration du TAR classique dans un établissement de santé (68).
- **Incitations, y compris financières.** Les données sur l'effet des incitations sur la liaison avec les services sont mitigées. Un examen récent a révélé que le fait de proposer des incitations économiques dans des contextes ayant adopté une approche « Traiter tout le monde » n'augmentait ni la liaison vers le TAR ni l'instauration du traitement (52). Selon un examen systématique de l'OMS, les données sur la façon dont les incitations peuvent affecter la liaison avec les services de prévention, de traitement et de soins sont limitées et très variées. Dans l'ensemble, bien qu'elles puissent légèrement améliorer le recours aux SDV (données de qualité faible à moyenne), les incitations ne semblent pas affecter les taux d'instauration du TAR ou de suppression virale (données de très faible à faible qualité) (69). (Voir le Chapitre 3 pour plus de détails.)
- **Services conviviaux et flexibles.** Des services qui sont à la fois flexibles, inclusifs, dénués de jugement et gratuits favorisent la liaison avec les services et l'instauration rapide du TAR. Les barrières structurelles, juridiques et politiques, ainsi que la crainte de criminalisation et de persécution, peuvent entraver les efforts de liaison en raison des patients perdus de vue et des retards, en particulier parmi les populations clés, les adolescents et les jeunes. Les programmes doivent continuer à fournir un environnement favorable qui facilite et encourage les personnes vivant avec le VIH à recourir aux soins et au traitement (voir le Chapitre 3).
- **Nouvelles plateformes numériques.** L'utilisation d'outils de santé numériques, dont les médias sociaux, les vidéos, les messages texte (SMS) et d'autres applications, semble prometteuse. L'examen des données sur la création de la demande pour les SDV et la liaison ultérieure avec les services de prévention, de traitement et de soins a montré que les vidéos augmentent l'adoption des SDV, mais n'ont pas nécessairement d'effet sur le taux de liaison (données de faible qualité), et qu'elles coûtent cher (69). Ces coûts sont cependant variables et, dans certains cas, l'utilisation de vidéos peut être moins coûteuse que des entretiens intensifs en personne. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour savoir si et comment les plateformes médiatiques numériques, en particulier les médias sociaux et les outils Web, peuvent être adaptées pour faciliter la liaison et l'instauration rapide du TAR à un prix accessible (voir le Chapitre 3).

- **Relance de la liaison avec les services de traitement et de soins.** Il n'existe que peu de données sur les stratégies qui visent à soutenir les personnes vivant avec le VIH qui connaissent déjà leur statut et à les remettre en liaison avec les soins après leur refus du TAR ou après avoir été perdus de vue. Des recherches supplémentaires sont nécessaires.

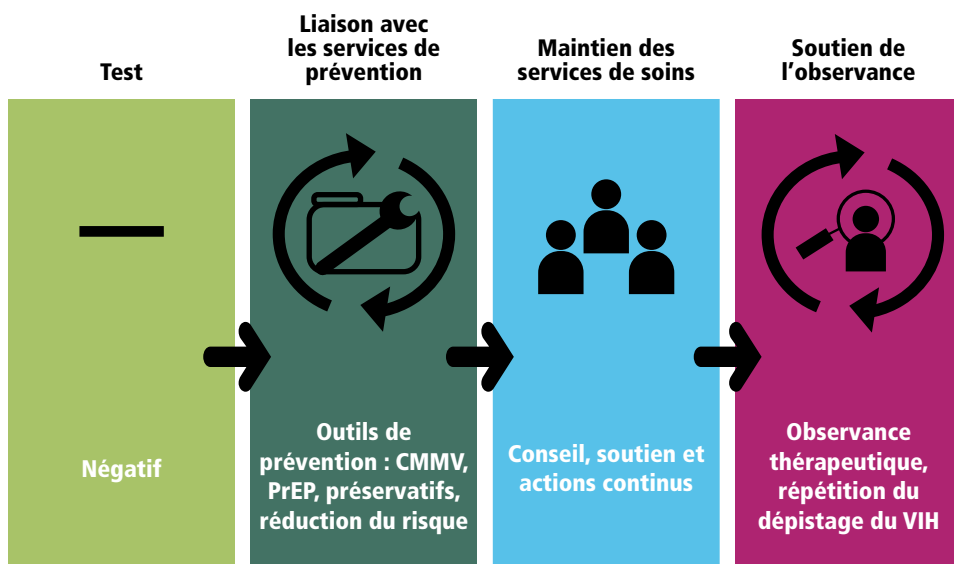
Politique relative à la liaison avec les services. Bien qu'il soit essentiel de soutenir la liaison avec les services de TAR et de prévention après le dépistage, les approches qui cherchent à améliorer cette liaison varient selon le contexte et la population. Les pays doivent donc revoir leurs lignes directrices nationales, et envisager d'inclure une stratégie et une politique clairement définies en ce qui concerne la liaison avec les services, dont des approches, des interventions et la désignation de cadres spécifiques qui appuient la liaison et l'instauration rapide du TAR, et le suivi de l'efficacité. Les politiques doivent soutenir les structures de SDV et les prestataires du dépistage pour renforcer la liaison avec les soins.

4.4.3 Considérations particulières pour la liaison avec les services de prévention de l'infection à VIH et d'autres services

En raison du nombre décroissant de personnes séropositives qui ignorent leur statut dans de nombreux pays, la grande majorité des personnes qui se font dépister pour le VIH sont susceptibles d'être séronégatives. Pour maximiser l'impact programmatique et améliorer le rapport coût-efficacité, il est important d'optimiser la prestation de services pour atteindre les personnes séronégatives qui sont exposées à un risque persistant et les mettre en liaison avec des services de prévention efficaces (voir le Chapitre 7). Les SDV sont l'occasion d'atteindre les personnes exposées à un risque persistant élevé (Figure 4.1), et lorsque ces dernières se rendent dans les structures de dépistage, il est important de prioriser et de faciliter la liaison avec des services de prévention.

Une fois qu'une personne participe à des interventions de prévention, les SDV continuent dans le cadre du « suivi de la prévention » – comme par exemple le dépistage trimestriel chez les personnes sous PrEP – afin d'identifier tout nouveau cas d'infection et instaurer le TAR le plus tôt possible.

Figure 4.1. Le continuum de la prévention du VIH



Encadré 4.3. Orientations supplémentaires de l'OMS sur l'instauration du TAR, les services de prévention du VIH et le suivi et la notification

Orientation sur l'instauration du TAR

- Update of recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens (Mise à jour des recommandations sur les schémas antirétroviraux de première et de seconde intention) ; 2019. <https://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-update-2019-policy/en/> (en anglais)
- Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy (Lignes directrices pour la prise en charge de la maladie à VIH à un stade avancé et l'instauration rapide du traitement antirétroviral) ; 2017. <https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/advanced-HIV-disease/en/> (en anglais)
- Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach (Lignes directrices unifiées sur l'utilisation d'antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH : recommandations pour une approche de santé publique) ; 2016. <https://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/> (en anglais)
- OMS, CDC, PEPFAR, USAID, IAS. Principales considérations concernant la délivrance différenciée de traitements antirétroviraux à des populations particulières : enfants, adolescents, femmes enceintes ou allaitantes et populations clés ; 2017. <https://www.who.int/hiv/pub/arv/hiv-differentiated-care-models-key-populations/fr/>

Orientation sur les services de prévention du VIH

- Updated recommendations on safe male circumcision for HIV prevention and related service delivery for adolescent boys and men in generalized HIV epidemics (Mise à jour des recommandations sur la circoncision masculine sûre pour la prévention du VIH et la prestation de services connexes pour les adolescents et les hommes, dans les épidémies généralisées de VIH) ; 2019.
- What's the 2+1+1? Event-driven oral pre-exposure prophylaxis to prevent HIV for men who have sex with men: (Qu'est-ce que le 2+1+1 ? Prophylaxie préexposition orale événementielle pour prévenir le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes : mise à jour de la recommandation de l'OMS sur la PrEP orale) ; 2019. <https://www.who.int/hiv/pub/prep/211/en/> (en anglais)
- Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés ; 2016. <https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations-2016/fr/>
- WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis of HIV infection (Outil de mise en œuvre de l'OMS pour la prophylaxie préexposition de l'infection à VIH) ; 2017. <https://www.who.int/hiv/pub/prep/prep-implementation-tool/en/> (en anglais)

Orientation sur le suivi et la notification

- Cascade data use manual to identify gaps in HIV and health services for programme improvement (Manuel d'utilisation des données en cascade pour identifier les lacunes dans les services de santé et de lutte contre le VIH à des fins d'amélioration programmatique) ; 2018. <https://www.who.int/hiv/pub/toolkits/hiv-cascade-data-use-manual/en/> (en anglais)
- Cadre stratégique pour l'autodépistage du VIH: un guide pour la planification, la mise en place et l'intensification ; 2018. <https://www.who.int/hiv/pub/self-testing/strategic-framework/fr/>
- Module 5, Monitoring and evaluation: WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis of HIV infection (Module 5, surveillance et évaluation : outil de mise en œuvre de l'OMS pour la prophylaxie préexposition de l'infection à VIH) ; 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279834/WHO-CDS-HIV-18.10-eng.pdf?ua=1> (en anglais)
- Le suivi des patients infectés par le VIH et la surveillance des cas selon une approche centrée sur la personne ; 2017. <https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/person-centred-hiv-monitoring-guidelines/fr/>

Références bibliographiques

1. Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2015.
2. Guidelines on the use of antiretroviral therapy: a public health approach. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2016.
3. Knowing your status then and now: 30th World AIDS Day report. In: Organization WH, editor. Geneva: World Health Organization; 2018.
4. Global health sector response to HIV, 2000-2015: focus on innovations in Africa: progress report. Geneva: World Health Organization; 2015.
5. Baggaley R, Hensen B, Ajose O, Grabbe K, Wong V, Schilsky A, et al. From caution to urgency: the evolution of HIV testing and counselling in Africa. *Bull World Health Organ.* 2012;90(9):652-8B.
6. Hensen B, Baggaley R, Wong V, Grabbe K, Shaffer N, Lo Y, et al. Universal voluntary HIV testing in antenatal care settings: a review of the contribution of provider-initiated testing and counselling. *Trop Med Int Health.* 2012;17(1):59-70.
7. HIV/AIDS programme highlights 2008-2009. Geneva: World Health Organization; 2009.
8. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Geneva: World Health Organization; 2013.
9. Siegfried N, Muller M, Deeks JJ, Volmink J. Male circumcision for prevention of heterosexual acquisition of HIV in men. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009(2):CD003362.
10. Aspinall EJ, Nambiar D, Goldberg DJ, Hickman M, Weir A, Van Velzen E, et al. Are needle and syringe programmes associated with a reduction in HIV transmission among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol.* 2014;43(1):235-48.
11. MacArthur GJ, Minozzi S, Martin N, Vickerman P, Deren S, Bruneau J, et al. Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2012;345:e5945.
12. Newell ML, Coovadia H, Cortina-Borja M, Rollins N, Gaillard P, Dabis F. Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis. *Lancet.* 2004;364(9441):1236-43.
13. Celum C, Baeten JM. Serodiscordancy and HIV prevention in sub-Saharan Africa. *Lancet.* 2013;381(9877):1519-21.
14. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Eng J Med.* 2011;365(6):493-505.
15. Fonner VA, Dalglish SL, Kennedy CE, Baggaley R, O'Reilly KR, Koechlin FM, et al. Effectiveness and safety of oral HIV preexposure prophylaxis for all populations. *AIDS.* 2016;30(12):1973-83.
16. Mugwaneza P, Lyambabaje A, Umubyeyi A, Humuza J, Tsague L, Mwanyumba F, et al. Impact of maternal ART on mother-to-child transmission (MTCT) of HIV at six weeks postpartum in Rwanda. *BMC Pub Heal.* 2018;18(1):1248.
17. Liu H, Su Y, Zhu L, Xing J, Wu J, Wang N. Effectiveness of ART and condom use for prevention of sexual HIV transmission in serodiscordant couples: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2014;9(11):e111175.
18. A decision framework for antiretroviral therapy delivery. Geneva: International AIDS Society; 2016.
19. Service delivery approaches to HIV testing and counselling (HTC): A strategic policy framework. Geneva: World Health Organization; 2012.
20. Morton JF, Celum C, Njoroge J, Nakyanzi A, Wakhungu I, Tindimwebwa E, et al. Counseling framework for HIV-serodiscordant couples on the integrated use of antiretroviral therapy and pre-exposure prophylaxis for HIV prevention. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2017;74(Suppl 1):S15-S22.
21. Guidelines on HIV self-testing and partner notification: a supplement to the consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2016.

22. Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2019.
23. Guidelines on family planning and hormonal contraceptives. Geneva: World Health Organization; 2019.
24. Quinn C, Jamil M, Wong V, Baggaley R, Johnson C. Pre- and post-test counselling messages for HIV: a scoping review. Geneva: World Health Organization; 2019.
25. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2016.
26. Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. Geneva: World Health Organization; 2015.
27. HIV self-testing strategic framework: a guide for planning, introducing and scaling up. Geneva: World Health Organization; 2018.
28. Differentiated service delivery for HIV: a decision framework for HIV testing services. Geneva: International AIDS Society; 2018.
29. A decision framework for differentiated antiretroviral therapy delivery for key populations. Geneva: International AIDS Society; 2018.
30. Jamil M, Wilson I, Witzel C, Figueroa C, Barr-Dichiara M, Rodgers A, et al. Should HIV self-testing be offered as an HIV testing approach? Geneva: World Health Organization; 2019.
31. Khosropour C, Tiwari R, Wang M, Han H, Kalu N, Sims L, et al. Sexual behavior change following HIV testing services: a systematic review and meta-analysis. Geneva: World Health Organization; 2019.
32. Rosenberg NE, Hauser BM, Ryan J, Miller WC. The effect of HIV counselling and testing on HIV acquisition in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Sex Transm Infect.* 2016;92(8):579-86.
33. Eyawo O, de Walque D, Ford N, Gakii G, Lester RT, Mills EJ. HIV status in discordant couples in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2010;10(11):770-7.
34. 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.
35. Hagan H, Pouget ER, Des Jarlais DC. A systematic review and meta-analysis of interventions to prevent hepatitis C virus infection in people who inject drugs. *J Infect Dis.* 2011;204(1):74-83.
36. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. Geneva: World Health Organization, 2013.
37. Chou R, Selph S, Dana T, Bougatsos C, Zakher B, Blazina I, et al. Screening for HIV: systematic review to update the U.S. preventive services task force recommendation. Rockville, MD, USA: Agency for Healthcare Research and Quality; 2012.
38. 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. *International Journal of STD & AIDS.* 2010;21(6):428-30.
39. Johnson C, Fonner V, Sands A, Tsui S, Ford N, Wong V, et al. To err is human, to correct is public health: systematic review of poor quality testing and HIV misdiagnosis. *J Int AIDS Soc.* 2017.
40. Wilson E, Jamil M, Neuman M, Ayles H, Baggaley R, Johnson C. A scoping review on HIV retesting policies, practises and behaviours in low-and-middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2019.
41. Wringe A, Moshabela M, Nyamukapa C, Bukonya D, Ondenge K, Ddaaki W, et al. HIV testing experiences and their implications for patient engagement with HIV care and treatment on the eve of 'test and treat': findings from a multicountry qualitative study. *Sex Transm Infect.* 2017;93(Suppl 3).
42. Public health approach to quality HIV testing in the context of antiretroviral drugs. Geneva: World Health Organization; 2018.
43. Guidelines on HIV self-testing and partner notification: a supplement to the consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization, 2016.
44. Fox MP, Rosen S, Geldsetzer P, Bärnighausen T, Negussie E, Beanland R. Interventions to improve the rate or timing of initiation of antiretroviral therapy for HIV in sub-Saharan Africa: meta-analyses of effectiveness. *J Int AIDS Soc.* 2016;19(1):20888-.

45. Maintaining and improving quality of care within HIV clinical services. Geneva: World Health Organization; 2019.
46. Walker S, Wilson K, McDonald T, McGuinness M, Sands A, Jamil M, et al. Should western blotting or immunoblotting be used within HIV testing algorithms? Geneva: World Health Organization; 2019.
47. Giordano TP. Strategies for linkage to and engagement with care: Focus on intervention. *Top Antivir Med.* 2018;26(2):62-5.
48. Croxford S, Yin Z, Burns F, Copas A, Town K, Desai S, et al. Linkage to HIV care following diagnosis in the WHO European Region: A systematic review and meta-analysis, 2006-2017. *PLOS One.* 2018;13(2):e0192403.
49. Salomon A, Law S, Pai M, Singh V. Systematic review of interventions to improve linkage gaps along the TB-HIV care cascades in low- and middle-income countries Geneva: World Health Organization 2019.
50. Ciapponi A, Lewin S, Herrera CA, Opiyo N, Pantoja T, Paulsen E, et al. Delivery arrangements for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Sys Rev.* 2017;9(9):CD011083-CD.
51. Ford N, Migone C, Calmy A, Kerschberger B, Kanters S, Nsanzimana S, et al. Benefits and risks of rapid initiation of antiretroviral therapy. *AIDS.* 2018;32(1):17-23.
52. Kelly N, Maokola W, Mudasiru O, McCoy S. Interventions to improve linkage to HIV care in the era of "treat all" in sub-saharan Africa: A systematic review. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2019;16(4):292-303.
53. Suthar AB, Ford N, Bachanas PJ, Wong VJ, Rajan JS, Saltzman AK, et al. Towards universal voluntary HIV testing and counselling: a systematic review and meta-analysis of community-based approaches. *PLoS Med.* 2013;10(8):e1001496.
54. Groves A, Stankard P, Jamil M, Barr-Dichiara M, Baggaley R, Johnson C. A systematic review of community-based testing in key populations Geneva: World Health Organization; 2019.
55. Stankard P, Groves A, Jamil M, Baggaley R, Johnson C. A systematic review of community-based testing in general populations Geneva: World Health Organization; 2019.
56. 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;528:577.
57. Neuman M, Taegtmeier M, Hatzold K, Johnson CC, Weiss HA, Fielding K. Challenges in measurement of linkage following HIV self-testing: examples from the STAR Project. *Journal of the International AIDS Society.* 2019;22 Suppl 1(Suppl Suppl 1):e25238-e.
58. Vu L. Community ART starter packs to facilitate timeous initiation in Tanzania. 10th International AIDS Society Conference; 22-25 July 2019; Mexico City, Mexico: International AIDS Society.
59. Gashobotse D. Peer providers to support from HIV self-testing to ART initiation in Burundi. 10th International AIDS Conference; 22-25 July 2019; Mexico City, Mexico 2019.
60. Lung V, Tun W, Apicella L, Casalini C, Makyao N, Tsang S, et al. Community-based antiretroviral therapy (ART) delivery for female sex workers in Tanzania: intervention model and baseline findings. *AIDS Care.* 2019.
61. Tun W, Apicella L, Casalini C, Bikaru D, Mbita G, Jeremiah K, et al. Community-based antiretroviral therapy (ART) delivery for female sex workers in Tanzania: 6-month ART initiation and adherence. *AIDS Behav.* 2019;23(Suppl 2):142-52.
62. McBrien KA, Ivers N, Barnieh L, Bailey JJ, Lorenzetti DL, Nicholas D, et al. Patient navigators for people with chronic disease: A systematic review. *PLoS One.* 2018;13(2):e0191980-e.
63. Govindasamy D, Meghij J, Kebede Negussi E, Clare Baggaley R, Ford N, Kranzer K. Interventions to improve or facilitate linkage to or retention in pre-ART (HIV) care and initiation of ART in low- and middle-income settings—a systematic review. *Journal of the International AIDS Society.* 2014;17(1):19032-.
64. Genberg BL, Shangani S, Sabatino K, Rachlis B, Wachira J, Braitstein P, et al. Improving engagement in the HIV care cascade: A systematic review of interventions involving people living with HIV/AIDS as peers. *AIDS Behav.* 2016;20(10):2452-63.
65. Nichols B, Cele R, Chasela C, Siwale Z, Lungu A, Long L, et al. Cost and impact of community-based, assisted hiv self-testing amongst youth in Zambia. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; 4–7 March 2019; Seattle, Washington.

66. MacKellar D, Williams D, Bhembe B, Dlamini M, Byrd J, Dube L, et al. Peer-delivered linkage case management and same-day ART initiation for men and young persons with HIV infection - Eswatini, 2015-2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2018;67(23):663-7.
67. Labhardt ND, Ringera I, Lejone TI, Klimkait T, Muhairwe J, Amstutz A, et al. Effect of offering same-day ART vs usual health facility referral during home-based hiv testing on linkage to care and viral suppression among adults with HIV in Lesotho: The CASCADE randomized clinical trial. *JAMA.* 2018;319(11):1103-12.
68. MacPherson P, Lalloo 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.
69. Wagner A, Njuguna I, Escudero J, Burke R, Obermeyer C, Neary J, et al. Demand creation strategies to improve uptake of HIV testing. Geneva: World Health Organization; 2019.
70. McNairy ML, El-Sadr WM. A paradigm shift: Focus on the HIV prevention continuum. *Clin Infect Dis.* 2014;59(suppl_1):S12-S5.



APPROCHES POUR LA PRESTATION DE SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH

5

Messages clés	92
5.1 Normes de l’OMS pour les SDV	93
5.2 Stratégies pour améliorer l’accès aux SDV	94
5.2.1 Intégration du dépistage du VIH dans les tests et services d’autres domaines de santé	94
5.2.2 Décentralisation, partage des tâches et test à des fins de triage	95
5.3 Approches pour la prestation de services de dépistage du VIH	96
5.3.1 Services de dépistage du VIH dans les établissements de santé	97
5.3.2 Services de dépistage du VIH à base communautaires	100
5.3.3 Auto-dépistage du VIH : données et recommandations	104
5.3.4 Services aux partenaires pour l’infection à VIH	112
5.3.5 Approches de dépistage du VIH qui s’appuient sur les réseaux sociaux : données et recommandations	115
Références bibliographiques	122



MESSAGES CLÉS

- Les services de dépistage du VIH (SDV) doivent **se concentrer sur les personnes vivant avec le VIH qui ne sont pas diagnostiquées** afin de les diagnostiquer et d'assurer la liaison avec les services de traitement et de soins le plus tôt possible. Les personnes séronégatives et exposées à un risque persistant doivent également faire l'objet d'un dépistage et être mises en liaison avec les services de prévention appropriés.
- Il existe de nombreuses approches pour la prestation des SDV, notamment dans les établissements de santé, au niveau communautaire, par l'autodépistage du VIH (ADVIH) et à l'aide d'un ensemble de services aux partenaires volontaires, dont la notification par le prestataire et les approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux. Il est essentiel d'avoir une **combinaison stratégique d'approches différenciées de dépistage du VIH** pour assurer un programme de SDV national efficace et performant en fonction de l'épidémiologie, des populations cibles et des ressources disponibles.
- **L'intégration des SDV** avec le dépistage d'autres infections et d'autres services appropriés doit être priorisée pour réduire le plus possible les opportunités manquées de dépistage dans les établissements. Les divers services pouvant être intégrés avec les SDV comprennent ceux pour la tuberculose, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles (IST), les services de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente, notamment les soins pré et postnatals et la contraception/planification familiale, les services aux populations clés, les programmes de circoncision médicale masculine volontaire (CMMV) dans les pays prioritaires, ainsi que le dépistage et les soins pour d'autres affections, y compris les maladies non transmissibles.
- **Le partage de tâches** et l'utilisation de **prestataires non professionnels formés** doivent être adoptés à plus grande échelle pour étendre les SDV, en particulier lorsqu'ils sont dispensés au niveau communautaire. **Les SDV communautaires ciblés** atteignent avec succès certaines populations, comme les hommes et les populations clés.
- L'OMS recommande que l'**ADVIH** soit proposé comme approche des SDV (mise à jour de la recommandation de 2016). Il est souhaitable de fournir des options de prestation de services et de soutien appropriées pour l'ADVIH, et les communautés doivent participer au développement et à l'adaptation des modèles d'autodépistage.
- Les services aux partenaires volontaires demeurent un moyen efficace pour identifier les infections à VIH non diagnostiquées. **Si possible, la notification par le prestataire doit être priorisée** dans le cadre d'un ensemble complet de services pour toutes les personnes vivant avec le VIH.
- Selon une nouvelle recommandation de l'OMS, **les approches de dépistage du VIH qui font appel aux réseaux sociaux peuvent être proposées pour les populations clés** dans le cadre d'un ensemble complet de services de soins et de prévention.

5. APPROCHES POUR LA PRESTATION DE SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH

Encadré 5.1. Nouvelles recommandations de l'OMS sur l'ADVIH et les approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux

✓ **MISE À JOUR** L'autodépistage du VIH doit être proposé comme approche des services de dépistage du VIH (*recommandation forte, données de qualité moyenne*).

Remarques

- Il est souhaitable de fournir des options de prestation de services et de soutien pour l'ADVIH.
- Les communautés doivent participer au développement et à l'adaptation des modèles d'autodépistage.
- L'ADVIH ne fournit pas un diagnostic définitif de séropositivité. Les personnes dont le résultat est réactif doivent subir d'autres tests réalisés par un prestataire adéquatement formé et conformément à un algorithme de dépistage national validé.

NEW Les approches faisant appel aux réseaux sociaux peuvent être proposées comme stratégie de dépistage du VIH parmi les populations clés dans le cadre d'un ensemble complet de services de soins et de prévention (*recommandation conditionnelle, données de très faible qualité*).

5.1 Normes de l'OMS pour les SDV

Tous les services de dépistage doivent respecter les « 5C » de l'OMS : Consentement, Confidentialité, Conseil, résultats Corrects et Connexion (liaison avec les services de prévention, de soins et de traitement) (1). Tout SDV doit être volontaire. Toutes les personnes auxquelles le dépistage est proposé doivent être informées de leur droit de refuser le test, et elles doivent donner leur **consentement éclairé verbal**. Un dépistage du VIH obligatoire ou coercitif n'est jamais justifié (2).

Les prestataires qui dispensent les SDV doivent être adéquatement formés et supervisés. Les agents de santé ainsi que les prestataires non professionnels formés, parfois appelés agents de santé communautaires, sont habilités à réaliser le SDV (3). Toutes les structures de SDV doivent disposer de modes opératoires normalisés (MON) et de codes déontologiques pour protéger les informations des patients et garantir la confidentialité, et doivent les respecter. Selon les besoins, les patients qui ont recours aux SDV peuvent recevoir des **informations avant le test**, communiquées de façon claire et concise. Les personnes diagnostiquées séropositives et celles qui sont séronégatives et exposées à un risque persistant doivent recevoir un **conseil post-test**.

Un diagnostic séropositif doit reposer sur un **algorithme de dépistage du VIH national validé, fondé sur la stratégie de dépistage recommandée par l'OMS** (voir le Chapitre 8).

Sans la liaison ultérieure avec les services appropriés, le recours aux SDV perd son utilité. Il est essentiel de soutenir la liaison en temps opportun aux services de prévention, de traitement et de soins après les SDV, selon les besoins (voir le Chapitre 4).

Le secteur de la santé, les prestataires de soins de santé et les autres intervenants qui dispensent les SDV sont responsables de travailler avec les organisations communautaires, les populations clés, les communautés touchées, les institutions gouvernementales, les autorités judiciaires et les organismes de sensibilisation dans le but de fournir aux personnes qui se font dépister un **environnement favorable et sûr** pour apprendre leur statut VIH (voir le Chapitre 3).

5.2 Stratégies pour améliorer l'accès aux SDV

Les pratiques et stratégies de programmation recommandées par l'OMS peuvent être adaptées pour élargir la portée des SDV et les rendre plus accessibles, efficaces et rentables. Celles-ci comprennent :

- l'intégration des SDV avec d'autres tests et services, et
- la décentralisation, le partage des tâches et le test à des fins de triage.

5.2.1 Intégration du dépistage du VIH dans les tests et services d'autres domaines de santé

L'intégration consiste à fournir des services connexes dans une seule structure (co-localisation), mais aussi le partage des services et des ressources de différents domaines de santé. Dans le contexte du VIH, cela peut inclure la fourniture de services de dépistage, de prévention, de traitement et de soins de l'infection à VIH parallèlement à d'autres services de santé appropriés. **L'OMS recommande l'intégration des services pour le VIH, y compris les SDV, à divers autres services cliniques appropriés**, notamment ceux pour la tuberculose, l'hépatite virale et les IST, les services de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente, notamment les soins pré et postnataux et la contraception/planification familiale, les services aux populations clés, les programmes de CMMV dans les pays prioritaires, ainsi que le dépistage et les soins pour d'autres affections, y compris les maladies non transmissibles (1, 4).

Cette approche intégrée consiste à fournir des services connexes dans une seule structure, mais aussi à faire le lien entre les systèmes d'enregistrement et de notification afin d'échanger des informations, avec le consentement du patient, et à fournir des orientations entre les établissements et les prestataires.

Le but principal d'une telle approche est de rendre plus accessible les services de dépistage du VIH pour les personnes qui se rendent dans les établissements de santé pour d'autres raisons, et de réduire le nombre d'occasions manquées de dépistage du virus. En outre, des services intégrés peuvent améliorer la satisfaction des patients et réduire la stigmatisation pour certaines personnes (5-7).

Dans certains contextes, certains services, notamment ceux qui prennent en charge la tuberculose, les IST et la réduction des risques ainsi que les services de contraception/planification familiale attirent une clientèle généralement exposée à un risque d'infection à VIH. L'intégration des services dans de tels contextes offre la possibilité de diagnostiquer plus d'infections à VIH ainsi que des co-infections, et permet de débiter les soins et le traitement en même temps et au même endroit, faisant économiser temps et argent. Pour le système de santé, l'intégration permet de réduire la duplication des services et le nombre de consultations, et de renforcer la coordination et l'efficacité (8, 9).

L'intégration cherche à faciliter l'accès aux SDV et à réduire les occasions manquées de dépistage du virus.

Indiquée dans tous les contextes d'épidémie, l'intégration est particulièrement importante en cas de forte prévalence du VIH. Le Chapitre 7 aborde la planification stratégique et les considérations pour l'intégration des services.

5.2.2 Décentralisation, partage des tâches et test à des fins de triage

La **décentralisation** consiste à fournir les SDV dans des établissements périphériques comme les établissements de soins de santé primaires ainsi que dans la communauté, en dehors de ces établissements. En proposant un dépistage du VIH à proximité du domicile des personnes, on réduit les frais de transport et d'autres coûts ainsi que les temps d'attente, ce qui permet d'accroître l'accès et le recours aux services. Les SDV en milieu communautaire peuvent être plus attrayants pour les hommes, les jeunes et les populations clés, qui sont autrement moins susceptibles de se faire dépister dans un établissement (voir la section 5.3.2).

La **décentralisation des services peut être indiquée dans les contextes à forte et à faible charge de VIH.** Cependant, la décentralisation des SDV n'étant pas toujours viable ou une bonne utilisation des ressources, cette approche doit être envisagée avec prudence. Par exemple, les populations clés ou vulnérables peuvent craindre d'être vues lorsqu'elles se rendent dans les SDV pour cause de stigmatisation et de discrimination, en particulier dans les contextes qui criminalisent les comportements de populations clés. Dans certaines zones à faible charge de VIH, la décentralisation peut être inefficace et coûteuse. Il convient de mettre en balance le contexte, les besoins, les lacunes en matière de services, les coûts, les préférences de la communauté ainsi que les risques et bénéfices globaux pour décider si les SDV doivent être décentralisés. Cette approche doit s'accompagner d'efforts visant à renforcer les systèmes de mise en liaison et d'orientation.

Le **partage des tâches**, c'est la redistribution rationnelle des tâches entre des prestataires de soins de santé ayant reçu une formation longue et d'autres ayant reçu une formation plus courte, comme les prestataires non professionnels formés. Le partage des tâches pour les SDV vise à soutenir et à élargir le champ des activités des prestataires non professionnels formés, permettant ainsi d'améliorer l'accessibilité et l'acceptabilité du dépistage et de combler les lacunes dans la prestation de services. L'OMS recommande de recourir aux **prestataires non professionnels formés, aussi appelés agents de santé communautaires, pour dispenser les SDV en utilisant des tests de diagnostic rapide (TDR) (1, 10).**

Le partage des tâches pour les SDV vise à soutenir et élargir le champ des activités des prestataires non professionnels formés.

Des pairs ayant reçu une formation adéquate peuvent également fonctionner comme des prestataires non professionnels. Lorsqu'ils sont dispensés par les pairs travaillant dans la communauté, les SDV ont tendance à être dépourvus de jugement et respectueux, donc mieux acceptés et moins stigmatisants, ce qui améliore le recours et la liaison avec les services post-test. Le recours à des prestataires non professionnels formés pour les SDV permet également de fournir une gamme de services de santé qui vont au-delà de la prévention, du traitement et des soins de l'infection à VIH, notamment ceux pour le dépistage et le traitement de la tuberculose, de l'hépatite virale et des IST, les services de contraception et de santé sexuelle et reproductive, la vaccination et la distribution de moustiquaires pour prévenir le paludisme. Certains pays peuvent avoir besoin de mettre à jour les politiques et les règlements ou de revoir leur interprétation afin de permettre au personnel infirmier, aux autres professionnels de la santé qui ne sont pas des médecins et aux prestataires non professionnels formés de proposer des SDV (voir l'Encadré 5.2). Se reporter à d'autres orientations de l'OMS portant sur l'exploitation du plein potentiel des agents de santé communautaires, notamment les prestataires non professionnels, et sur leur intégration dans les systèmes de santé et les communautés dans le but d'optimiser la conception et les performances des programmes (11).

Encadré 5.2. Recommandations de l'OMS sur les prestataires non professionnels

Les prestataires non professionnels qui sont formés et supervisés peuvent dispenser de manière autonome des services sûrs et efficaces de dépistage du VIH à l'aide de tests de diagnostic rapide (*recommandation forte, données de qualité moyenne*).

Un prestataire non professionnel est défini comme : 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.

Les prestataires non professionnels peuvent être formés pour dispenser tous les services liés au dépistage, notamment la collecte d'échantillons, la réalisation de tests de diagnostic rapide pour le VIH, l'interprétation des résultats de ces tests, la communication du statut VIH ; fournir des informations et des conseils avant et après le test ; et soutenir la mise en liaison avec les services de prévention, de traitement et de soins. Les pairs ayant reçu une formation adéquate peuvent également fonctionner comme des prestataires non professionnels.

Source : OMS, 2015 (1).

Le test à des fins de triage est une approche dans laquelle un prestataire formé effectue un seul TDR pour le VIH et facilite ensuite la liaison avec d'autres tests et services appropriés en fonction des résultats du test. Si ce test est réactif, la personne est rapidement mise en liaison avec un établissement de santé pour subir d'autres tests afin de confirmer le statut VIH. Cette stratégie permet de soutenir le rôle des prestataires non professionnels formés et d'étendre les SDV à base communautaire.

Elle s'applique également à l'ADVIH, c'est-à-dire lorsqu'une personne effectue un autodépistage ; les personnes qui obtiennent un résultat réactif sont encouragées à rechercher des tests supplémentaires dans un établissement de santé pour confirmer leur statut VIH et effectuer la liaison avec les services appropriés (voir le Chapitre 8).

L'approche de « test à des fins de triage » peut élargir le champ des activités des prestataires non professionnels ainsi que la portée des tests de dépistage communautaires et de l'autodépistage du VIH.

5.3 Approches pour la prestation de services de dépistage du VIH

Les SDV doivent se concentrer sur les personnes vivant avec le VIH qui n'ont jamais été diagnostiquées afin de les diagnostiquer et d'assurer la liaison avec les services de traitement et de soins le plus tôt possible. Les personnes séronégatives et exposées à un risque persistant doivent également faire l'objet d'un dépistage et être mises en liaison avec les services de prévention appropriés.

Pour maximiser l'impact des SDV, les programmes doivent tenir compte de leur contexte épidémique spécifique et des ressources qui leur sont disponibles pour déterminer une combinaison stratégique d'approches différenciées pour développer un plan de prestation efficace et performant (12). L'OMS recommande que les approches suivantes, décrites ci-dessous, soient prises en compte dans le plan national pour les SDV. Pour des conseils sur la planification stratégique des SDV, voir le Chapitre 7.

- SDV dans les établissements de santé
- SDV à base communautaire

- ADVIH
- Ensemble de services volontaires aux partenaires pour le VIH, notamment la notification par le prestataire et les approches de dépistage du VIH qui s'appuient sur les réseaux sociaux.

5.3.1 Services de dépistage du VIH dans les établissements de santé

Les SDV dans les établissements de santé font référence aux services dispensés dans un établissement de soins de santé ou un laboratoire. Ils peuvent être dispensés dans des structures de SDV autonomes (souvent appelées sites de conseil et dépistage volontaire, ou CDV) ou systématiquement proposés dans des établissements cliniques (il s'agit alors du conseil et dépistage à l'initiative du prestataire, ou CDIP).

Sites de dépistage autonomes

Le site de conseil et dépistage volontaire (CDV) était l'une des premières approches utilisées pour dispenser les SDV dans des établissements autonomes ; dans ce contexte, les patients eux-mêmes initiaient la plupart du temps le processus en demandant un test de dépistage du VIH. Les SDV étaient souvent dispensés dans des établissements autonomes dédiés, gérés par des organisations communautaires ou non gouvernementales, et parfois aussi dans les établissements de santé ou les hôpitaux.

Des enquêtes en population menées dans les pays africains à forte charge de VIH ont estimé que dans le contexte de SDV autonomes, seulement 10 % des personnes vivant avec le VIH en Afrique connaissaient leur statut VIH en 2005 (13). À l'échelle mondiale, seulement 12 % des personnes qui voulaient se faire dépister pour le VIH ont pu le faire (13). Compte tenu de ces lacunes, l'intégration des SDV dans les soins médicaux de routine est aujourd'hui passée au premier plan : cette approche permet de proposer les SDV à tous les patients qui se rendent dans les services de santé, ou de cibler les patients d'établissements qui accueillent un grand nombre de personnes exposées au risque d'infection par le VIH. En dépit des limites des SDV autonomes, cette approche peut toujours s'avérer utile comme option complémentaire pour atteindre les personnes dans des contextes spécifiques à charge élevée ainsi que certaines populations clés (14, 15).

SDV proposés systématiquement dans les établissements cliniques

L'OMS recommande que l'offre de dépistage du VIH volontaire soit systématique pour tous les patients dont le statut est inconnu ou séronégatif dans tous les établissements cliniques dans des contextes à forte charge de VIH (voir l'Encadré 5.3). (Voir le Chapitre 7 pour connaître les orientations pour refaire le test chez les personnes ayant déjà obtenu un résultat négatif au dépistage du VIH.) Dans les contextes à faible charge de VIH, les SDV dispensés dans les établissements de santé doivent être ciblés et systématiquement proposés aux populations clés, aux personnes présentant des maladies indicatrices, aux patients atteints de tuberculose présumée ou confirmée, et dans des contextes cliniques spécifiques tels que les centres de prise en charge de la malnutrition, les soins prénatals et les services de traitement des IST, de l'hépatite virale et de la tuberculose (1, 16). Les données épidémiologiques locales et les lacunes en matière de couverture des SDV doivent informer la sélection des établissements et contextes devant systématiquement proposer le dépistage (voir le Chapitre 7).

L'offre systématique de SDV vise à étendre la couverture du dépistage, fournir un diagnostic plus rapidement aux personnes qui se rendent dans les établissements de santé, normaliser le dépistage et éviter aux personnes de faire elles-mêmes la demande de test. Cela épargne aux patients l'éventuelle gêne de demander un test VIH et réduit le nombre d'occasions de dépistage manquées (16). Les SDV proposés systématiquement dans les établissements de santé sont très bien acceptés et conduisent à une augmentation considérable du recours à ces services dans de nombreux contextes à forte charge du virus. Cela ne doit cependant pas conduire au dépistage obligatoire.

Encadré 5.3. Recommandations de l'OMS sur les SDV proposés systématiquement dans les établissements de santé

Dans les contextes à forte charge de VIH, le dépistage systématique doit être proposé à tous les patients (adultes, adolescents et enfants) dans tous les établissements cliniques.

Dans les contextes à faible charge de VIH, le dépistage doit être proposé dans les établissements cliniques aux **patients qui présentent des symptômes ou des maladies** pouvant indiquer une infection à VIH, y compris les cas présumés et confirmés de tuberculose.

Quel que soit le contexte, le dépistage systématique du VIH doit être envisagé pour les **services de prise en charge des IST, de l'hépatite virale et de la tuberculose, les établissements de soins prénatals, les centres de lutte contre la malnutrition et d'autres services de santé pour les populations clés.**

Source : OMS, 2007 (16) ; OMS, 2015 (1).

La proposition systématique des SDV dans les établissements de santé s'applique aux structures publiques et privées, aux centres de soins ambulatoires, aux services spécialisés comme ceux pour la tuberculose, l'hépatite virale et les IST, aux services de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente, notamment aux soins pré et postnatals et à la contraception/ planification familiale, aux services pour les personnes privées de liberté ou vivant dans des environnements confinés, aux hôpitaux de district, provinciaux ou régionaux, aux services d'urgence et aux services d'hospitalisation (1). L'intégration des SDV est efficace et réussit dans certains contextes cliniques, comme par exemple les services de soins prénatals et antituberculeux, mais ne connaît pas toujours le même succès. Les possibilités d'intégration sont nombreuses dans plusieurs domaines cliniques et cette approche doit être priorisée. Il convient de considérer les points suivants :

- **Services pré et postnatals, contraception/planning familial et services pédiatriques.**
L'OMS recommande de proposer systématiquement les SDV à toutes les femmes enceintes, ainsi que des tests de dépistage de la syphilis et de l'hépatite B¹, au moins une fois et le plus tôt possible pendant la grossesse dans tous les contextes. Dans de nombreux pays, la couverture du dépistage et du traitement de la syphilis chez les femmes enceintes est généralement inférieure à celle du dépistage et du traitement prénatals du VIH. Pour combler cette lacune, une nouvelle orientation de l'OMS suggère que les TDR pour le co-dépistage du VIH et de la syphilis peuvent servir de test de première intention pour les femmes enceintes dans le cadre des soins prénatals dans tous les contextes. Ce co-dépistage chez les femmes enceintes est économique et peut immédiatement combler l'écart entre le taux de dépistage du VIH et celui de la syphilis, dans le but d'éliminer les issues indésirables de la grossesse imputables à la syphilis. En grande partie, l'intégration des SDV dans les soins prénatals dans de nombreux contextes à forte charge de VIH est responsable de la couverture du dépistage élevée chez les femmes. Cette approche n'a cependant pas été efficace dans les contextes à faible charge de VIH. Voir le Chapitre 6 pour des considérations particulières sur le dépistage des femmes enceintes.

Contraception/planification familiale. Ces services offrent des possibilités d'intégration des SDV dans le cadre de programmes de santé sexuelle et reproductive et de prévention du VIH pour les adolescentes et les jeunes femmes en âge de procréer ainsi que leurs partenaires (1). Ceci est particulièrement important dans les contextes à forte charge de VIH, où l'incidence du VIH peut être élevée chez les femmes qui souhaitent obtenir des services de contraception (17). L'intégration des SDV et de la prévention du VIH dans les services de santé sexuelle et reproductive peut améliorer la réponse aux divers besoins des adolescents sexuellement actifs (18).

L'OMS recommande de proposer systématiquement les SDV **aux nourrissons et aux enfants**, dont le statut sérologique est inconnu, qui sont hospitalisés ou se rendent dans des centres de

¹ En particulier dans les contextes où la séroprévalence de l'Ag HBs dans la population générale est de 2 % ou plus.

prise en charge de la malnutrition, de soins ambulatoires, ou de vaccination dans les contextes à forte charge de VIH (1, 4). Dans tous les contextes, le dépistage des enfants qui sont exposés à l'infection au VIH, malades ou hospitalisés ainsi que de ceux dont un parent biologique est séropositif reste une stratégie importante recommandée par l'OMS pour identifier d'autres infections à VIH. Voir le Chapitre 6 pour des considérations particulières sur les SDV proposés aux nourrissons et aux enfants.

- **Services de lutte contre la tuberculose.** La surveillance mondiale a estimé que parmi tous les cas de tuberculose signalés en 2018, 8,6 % présentaient également une infection à VIH (19). Un examen systématique de 2018 a révélé une prévalence du VIH très élevée chez les adultes présentant des symptômes de tuberculose recevant des soins primaires (55,7 % ; EIQ : 20,9 à 71,2 %) et chez les patients hospitalisés (80,7 % ; EIQ : 73,8 à 84,6 %) (20). L'OMS recommande que les SDV soient systématiquement proposés à tous les patients atteints de tuberculose présumée ou confirmée, ainsi que l'intensification de la détection des cas d'infection tuberculeuse chez les personnes vivant avec le VIH afin de faciliter la détection et le traitement précoces de la tuberculose (21). En effet, un examen systématique a montré que la couverture du dépistage du VIH était élevée chez les adultes présentant des symptômes de tuberculose (97,2 % ; EIQ : 84,5 à 100 %) (22). La surveillance mondiale suggère cependant que seulement 64 % de tous les patients tuberculeux notifiés en 2018 avaient un statut VIH documenté (19).

La tuberculose est l'une des principales causes de décès chez les personnes vivant avec le VIH. Mais la détection précoce et la liaison rapide avec le traitement antituberculeux et le TAR peuvent prévenir ces décès. Les SDV offrent une excellente occasion de dépister les symptômes de la tuberculose dans les contextes à forte charge de VIH et de tuberculose, contribuant ainsi à la détection d'un maximum de cas (23-25). L'objectif est de proposer rapidement à toutes les personnes diagnostiquées avec la tuberculose dans le cadre des SDV un traitement antituberculeux au sein des mêmes services ou, si un tel traitement n'est pas disponible, de les orienter vers des services de prise en charge appropriés.

- **Services cliniques et de prévention pour les populations clés.** Cela comprend notamment les centres d'accueil, les services de réduction des risques pour les consommateurs de drogues par injection, et les services cliniques dans les prisons et autres environnements confinés. Il est important de se rappeler que les populations clés dans de nombreux contextes ont recours aux structures fournissant des soins de santé et, le cas échéant, il est important de réduire le plus possible les occasions manquées de dépistage du VIH. Voir le Chapitre 6 pour des considérations particulières sur les SDV proposés aux populations clés.
- **Services cliniques qui proposent le dépistage et le traitement des IST.** Les co-infections par le VIH et les IST sont courantes (26). Les cliniques de traitement des IST constituent un point d'accès aux SDV important, qui devrait être priorisé. L'OMS recommande de proposer systématiquement les SDV à toutes les personnes atteintes d'IST (1). Ces services sont tout à fait réalisables dans les cliniques consacrées aux IST et le taux de dépistage est élevé dans ces contextes (27-29).
- **Services de prise en charge de l'hépatite virale.** Il existe également d'importantes possibilités pour l'intégration des SDV dans les services consacrés à l'hépatite virale. L'intégration doit être priorisée pour les populations les plus touchées par le VIH et l'hépatite, comme les consommateurs de drogues par injection et les populations carcérales (30-32).
- **Cliniques de circoncision médicale masculine volontaire (CMMV).** Le dépistage du VIH volontaire fait partie de la prestation de services associée à la CMMV dans les 14 pays à forte charge de VIH en Afrique orientale et australe² (33). Quand ces services sont proposés, le recours aux SDV est élevé chez les hommes dans les services consacrés à la CMMV (34, 35). Dans certains contextes, cependant, des obstacles concrets et politiques, comme les ruptures de stock intermittentes de kits de dépistage du VIH et la nécessité d'un consentement parental distinct

² Afrique du Sud, Botswana, Eswatini, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Rwanda, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

pour tester les jeunes adolescents, contribuent à un faible recours au dépistage (35). Ces obstacles, notamment les lois sur l'âge de consentement, doivent être levés afin de faciliter l'intégration efficace des SDV dans les services de CMMV.

- **Services ambulatoires, d'hospitalisation et d'urgence des hôpitaux.** Dans tous les contextes, les SDV doivent être proposés en milieu hospitalier et ambulatoire aux patients qui présentent des symptômes et des pathologies évoquant une infection à VIH ou apparentés à cette dernière (36). Cette approche s'est avérée efficace en Europe (37-40), mais n'a pas systématiquement été mise en œuvre dans d'autres régions. L'offre systématique de SDV dans les services d'urgence des hôpitaux peut également être envisagée dans les contextes à forte charge du virus (41).

Lorsque la charge de VIH est faible ou quand les SDV ne sont pas facilement disponibles aux populations clés et autres populations vulnérables, l'utilisation d'outils ou de questionnaires de criblage du risque qui identifient les personnes auxquelles le dépistage peut être proposé peuvent augmenter la couverture parmi celles qui seraient sinon susceptibles de ne pas se faire tester (42). Ces outils doivent être soigneusement étudiés et uniquement mis en œuvre après leur validation, c'est-à-dire après un processus d'examen et de consultation auprès des populations visées (voir Chapitre 7).

5.3.2 Services de dépistage du VIH à base communautaires

Le dépistage communautaire se rapporte aux SDV qui sont proposés à l'échelle de la communauté, en dehors des établissements de santé. L'OMS recommandait les SDV à base communautaire en 2013 pour élargir la portée du dépistage, en particulier parmi les populations clés et leurs partenaires, les jeunes, les hommes et d'autres personnes qui pourraient être moins susceptibles de se faire dépister dans un établissement.

Les SDV à base communautaire peuvent être dispensés de différentes manières et dans différents contextes et lieux. Ceux-ci incluent des lieux fixes dans la communauté, notamment les sites de conseil et dépistage volontaire (CDV) communautaires, les actions mobiles de proximité dans les points chauds et les lieux communautaires tels que parcs, bars, boîtes de nuit, lieux de drague, saunas, salles de spectacle, lieux de culte, lieux de travail et établissements d'enseignement, parfois avec l'utilisation de camionnettes. Les SDV à base communautaire peuvent également être dispensés au domicile des personnes, généralement appelés SDV à domicile (1). Ces services peuvent être proposés aux membres éligibles dans tous les ménages d'une certaine zone – c'est-à-dire en porte-à-porte – ou peuvent être plus ciblés, par exemple dans le cadre des services aux partenaires.

Les SDV communautaires peuvent être dispensés par des prestataires non professionnels formés et par des pairs en utilisant des TDR et l'approche de « test à des fins de triage ». Ces services peuvent être fournis seuls ou en combinaison avec le dépistage d'autres infections comme la

Encadré 5.4. Recommandations de l'OMS sur les SDV à base communautaire

Dans les contextes à forte charge, les services de dépistage du VIH à base communautaire sont recommandés et doivent comprendre la liaison avec les services de prévention, de traitement et de soins, en plus du dépistage systématique dans les établissements de santé, pour **toutes les populations**, en particulier les populations clés (*recommandation forte, données de faible qualité*).

Dans les contextes à faible charge, les services de dépistage du VIH à base communautaire sont recommandés pour les **populations clés** et doivent comprendre la liaison avec les services de prévention, de traitement et de soins, en plus du dépistage systématique dans les établissements de santé (*recommandation forte, données de faible qualité*).

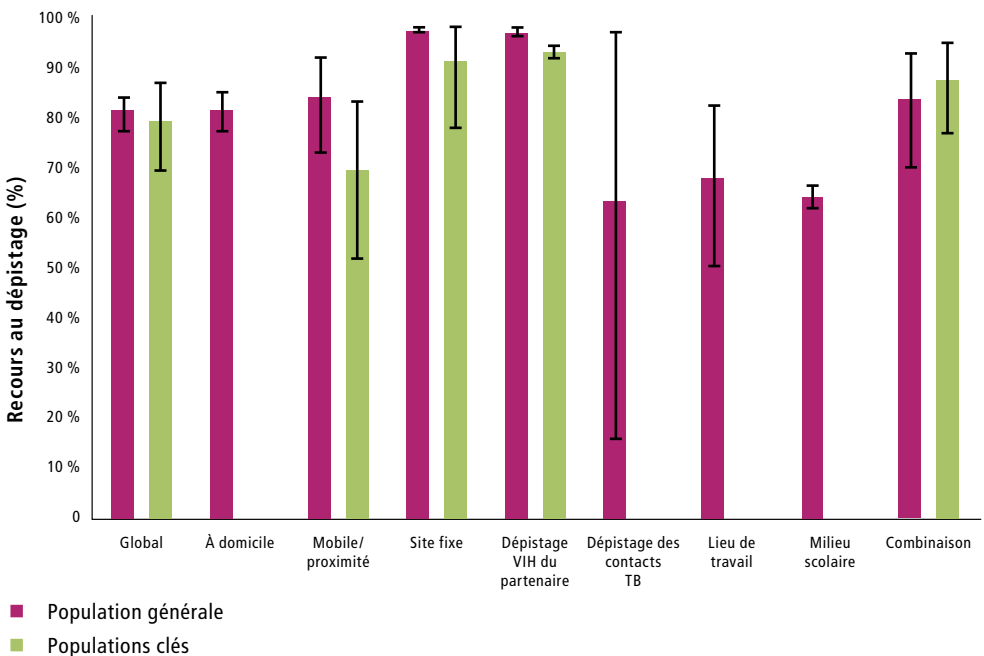
Source : OMS, 2013 (43) ; OMS, 2015 (1).

tuberculose, l'hépatite virale et les IST, ou dans le cadre d'autres services communautaires tels que les soins de santé maternelle et infantile, la contraception et la planification familiale. La formation et la supervision appropriées des prestataires sont nécessaires quand le dépistage du VIH est combiné avec d'autres domaines et services de santé.

À compter de juillet 2019, 82 % (107/130) des pays ayant notifié des données dans le monde utilisaient des approches communautaires pour les SDV (44). Un examen systématique qui a été mené pour appuyer cette mise à jour des lignes directrices a montré que l'utilisation de SDV communautaires s'est considérablement développée et constitue une approche efficace pour atteindre les personnes qui seraient sinon susceptibles de ne pas se faire tester. L'examen portait sur près de 500 études ayant fait état des résultats obtenus avec les SDV à base communautaire, dont les deux tiers (n=336) ont été publiés entre 2015 et 2018 (45). Ces études ont été menées dans toutes les régions de l'OMS ; 390 d'entre elles rapportaient des résultats de SDV pour la population générale et 190 pour les populations clés.

L'examen a montré un taux élevé de **recours** aux SDV communautaires parmi les personnes éligibles ou auxquelles des SDV avaient été proposés dans la population générale et les populations clés, avec des taux de recours aux SDV groupés respectifs de 82 % et 80 %. Le taux de recours variait selon le modèle des SDV à base communautaire et la population ciblée (Fig. 5.1). Dans les études portant sur la population générale, plus de la moitié (56 %) des personnes dépistées étaient des **hommes** et les SDV proposés sur le lieu de travail atteignaient la plus grande proportion d'hommes (91 %). La proportion de personnes testées qui se faisaient dépister pour la **première fois** était de 46% dans la population générale, tandis qu'elle s'élevait à 70% dans les populations clés.

Figure 5.1. Recours au dépistage du VIH dans le cadre de SDV à base communautaire, par type de population et par modèle de prestation de services communautaire, résultats groupés



Remarque : Les barres d'erreur représentent des intervalles de confiance à 95 % ; « combinaison » signifie une combinaison de différents modèles de SDV communautaires.

Les SDV doivent être efficaces de façon à atteindre et diagnostiquer les personnes vivant avec le VIH et à effectuer la liaison avec les services de traitement. Le taux groupé de **séropositivité** issu de l'examen indiquait 8 % pour la population générale et 9 % pour les populations clés. La proportion de personnes diagnostiquées séropositives par l'intermédiaire de SDV à base communautaire variait selon l'approche, le lieu et le type de population. Il n'est cependant pas toujours approprié de comparer directement les taux de séropositivité de différents modèles de prestation de services si ces derniers desservent des populations différentes dont l'épidémiologie et la charge de VIH varient. La majorité des personnes diagnostiquées à l'aide de SDV communautaires étaient **nouvellement diagnostiquées** : ce chiffre était de 76 % pour la population générale et de 89 % pour les populations clés.

La proportion de personnes diagnostiquées séropositives par des SDV communautaires et **mises en liaison** avec les services de traitement ou de soins variait selon l'épidémiologie locale, le lieu, l'approche et la population, mais semblait généralement comparable à la proportion obtenue avec les SDV proposés dans les établissements de santé. Pour ce qui est de la liaison avec les services, les estimations groupées pour la population générale et les populations clés étaient respectivement de 62 % et 81 %. Il est possible que dans le cadre des SDV communautaires, le taux de liaison soit sous-estimé en raison des patients perdus de vue et parce que certaines personnes peuvent déjà connaître leur statut et être sous TAR.

Il est possible de combiner les SDV à base communautaire avec le dépistage d'autres infections et maladies ; cela permet alors d'obtenir un taux élevé de recours au dépistage du VIH.

L'examen indiquait également que la **combinaison** des SDV à base communautaire avec le dépistage d'autres infections et maladies permet d'obtenir un taux élevé de recours au dépistage du VIH. Le recours au dépistage du VIH était généralement élevé quand les SDV étaient dispensés en association avec le dépistage d'autres IST (taux groupé de recours aux SDV de 95 %) ou avec le dépistage d'IST et de la tuberculose (taux groupé de 91 à 93 %), mais relativement plus faible quand les SDV étaient associés uniquement au dépistage de la tuberculose (taux groupé de 71 %) ou d'autres maladies chroniques (taux groupé de 67 à 77 %).

Considérations pour la mise en œuvre des SDV à base communautaire

Dans de nombreux pays à travers le monde, les SDV à base communautaire font désormais partie intégrante des plans nationaux de dépistage du VIH. Plusieurs points doivent être considérés lors de la mise en œuvre de SDV communautaires ou de la sélection de modèles communautaires pour des SDV différenciés :

- **Calendrier et fréquence.** Les SDV à base communautaire peuvent être proposés en permanence, selon un calendrier régulier ou en tant que service ponctuel dans le cadre d'événements et de campagnes spéciaux. Cette permanence peut être appropriée pour les hommes et les jeunes dans des contextes à forte charge de VIH ou les populations clés, qui ont en général un faible taux de recours aux SDV. Il est essentiel que les actions de proximité communautaires soient proposées aux populations prioritaires à des moments opportuns ; par exemple, le dépistage « au clair de lune » ou en soirée pour les membres des populations clés, et le week-end ou après les heures de travail pour les hommes. Bien que les événements dédiés ou les campagnes de SDV puissent atteindre un grand nombre de personnes en peu de temps, il est probable que cette stratégie ne soit pas utile pour identifier les personnes avec une infection à VIH non diagnostiquée ou celles qui sont exposées à un risque persistant de contracter le virus, sauf si ces événements attirent une population prioritaire en particulier.
- **Services ciblés.** Les données montrent que les SDV communautaires sont très bien acceptés et peuvent,

Pour renforcer leur impact, les SDV à base communautaire doivent cibler les populations et les contextes ayant le plus grand besoin non satisfait de dépistage.

lorsqu'ils sont correctement ciblés, atteindre les personnes qui ne se sont jamais fait dépister et celles vivant avec une infection à VIH non diagnostiquée. De plus, ils favorisent la liaison avec les services de traitement ou de soins chez les personnes diagnostiquées. Cependant, les approches de SDV à base communautaire ne sont pas toutes appropriées ou nécessaires pour tous les contextes. Pour renforcer leur impact, les SDV à base communautaire doivent cibler les populations et les contextes ayant le plus grand besoin non satisfait de dépistage. Il est aussi essentiel que les communautés participent à la conception de ces services, qui sont plus à même de réussir lorsqu'ils bénéficient de l'adhésion de la communauté ou sont dirigés par la communauté (46, 47).

- **Utilisation des ressources.** Étant donné que les coûts liés à la prestation de SDV à base communautaire varient considérablement selon les contextes, il convient de considérer avec grand soin les besoins et la durabilité en matière de ressources. Le coût ainsi que le rapport coût-efficacité de ces services dépendent de nombreux facteurs, comme l'épidémiologie locale, les populations atteintes, la séropositivité au VIH et les coûts généraux de la prestation dans le contexte spécifique. Les approches basées sur la communauté qui sont ciblées et identifient plus de personnes vivant avec le VIH sont susceptibles de présenter un bon rapport coût-efficacité.
- **Liaison.** Après le dépistage du VIH dans la communauté, la mise en liaison des patients avec les services appropriés est un facteur essentiel. Les données suggèrent que les SDV communautaires permettent d'obtenir un taux de liaison adéquat parmi les personnes diagnostiquées séropositives. Cependant, dans certains contextes et pour certaines populations (p. ex., les personnes transgenres, les consommateurs de drogues par injection et les personnes diagnostiquées à domicile), un soutien supplémentaire peut être nécessaire pour faciliter cette liaison. Pour les personnes séronégatives mais exposées à un risque persistant de contracter le virus, il faut établir des voies d'orientation efficaces vers les services de prévention (voir le Chapitre 4).
- **SDV sur le lieu de travail.** La prestation des SDV sur le lieu de travail est une stratégie efficace pour atteindre les hommes dans des contextes à forte charge tels que les exploitations minières, le secteur des transports et de la logistique, l'armée et autres services en uniforme, ainsi que les travailleurs du secteur informel, comme les stations de taxis et les marchés. On estime que le nombre de personnes vivant avec le VIH sur le marché du travail, à l'échelle mondiale, atteindra 30 millions d'ici 2020 (48). Le lieu de travail est donc important pour atteindre les personnes séropositives non diagnostiquées, en particulier les hommes qui ne peuvent souvent pas accéder facilement aux services de santé ailleurs. Dans ce contexte, les SDV doivent être mis en œuvre dans le cadre de politiques adoptées sur le lieu de travail qui garantissent la confidentialité et protègent les travailleurs séropositifs contre la perte de leur emploi et d'autres discriminations (49).
- **Actions de proximité mobiles.** Lorsqu'elles sont axées sur les populations clés et les hommes, les actions de proximité mobiles peuvent optimiser les SDV offerts dans les établissements de santé dans les zones où la couverture et l'accessibilité sont inadéquates.
- **SDV à base professionnelle.** Les contextes professionnels offrent également une voie prometteuse pour la prestation des SDV (50). L'utilisation de kits d'autotest du VIH dans ce cadre peut améliorer l'acceptabilité des services de dépistage.
- **SDV à domicile.** L'offre de SDV à domicile peut potentiellement atteindre des personnes non diagnostiquées dans les contextes à forte charge. La capacité à atteindre les hommes dépend cependant de l'offre de services de dépistage en dehors des heures de travail. Des études récentes montrent que la prestation d'interventions de prévention combinées à domicile, notamment les SDV, peut réduire l'incidence du VIH si un taux de couverture élevé est atteint et maintenu (51, 52). Cette stratégie est susceptible d'engager des ressources considérables et il faut donc soigneusement évaluer les avantages potentiels et les besoins en ressources. Les SDV à domicile dans le contexte des services aux partenaires, comme la notification par le prestataire et le dépistage de la tuberculose chez les contacts, doivent toujours être disponibles pour les partenaires et les contacts des personnes vivant avec le VIH (voir la section 5.3.4).

- **Campagnes communautaires.** De telles campagnes peuvent être conçues pour desservir les populations rurales et éloignées ayant un accès limité aux SDV dispensés dans les établissements de santé, ainsi que les hommes dans les contextes à forte charge. À moins qu'elle ne se concentre sur une population prioritaire, cette approche n'est probablement pas efficace dans les contextes à faible charge car la grande majorité des personnes dépistées sont susceptibles d'être séronégatives. Des campagnes régionales ou nationales à grande échelle peuvent promouvoir et normaliser le dépistage du VIH, même si elles ne sont pas toujours efficaces pour identifier les personnes séropositives non diagnostiquées et les mettre en liaison avec les services appropriés de prévention, de traitement et de soins.
- **SDV dans les établissements scolaires.** Bien que cette approche ne soit pas optimale pour atteindre les personnes infectées par le VIH non diagnostiquées, elle offre, dans les contextes à forte charge, des possibilités de dépistage du VIH dans le cadre d'efforts plus larges de prévention du VIH et d'éducation et d'interventions pour la santé sexuelle et reproductive. Les adolescents ne disposent souvent que d'un accès limité aux établissements de santé et l'offre de SDV en milieu scolaire peut donc constituer un point d'accès pour toute une gamme de services de santé ciblant les adolescents sexuellement actifs. Cette approche peut être particulièrement pertinente pour atteindre les adolescentes dans les contextes de forte incidence du VIH.
- **Services combinés.** La combinaison des SDV à base communautaire avec le dépistage d'autres infections et maladies représente une option qui est à la fois faisable et efficace, en particulier quand le dépistage du VIH est combiné au dépistage des IST parmi les populations clés. Selon l'épidémiologie, cette stratégie peut être envisagée dans la mesure du possible pour optimiser l'utilisation des ressources de dépistage à base communautaire et améliorer l'efficacité.

5.3.3 Auto-dépistage du VIH : données et recommandations

Contexte et justification

L'autodépistage du VIH (ADVIH) est un processus par lequel une personne prélève son propre échantillon (salive ou sang) à l'aide d'un simple test rapide du VIH, puis réalise le test et interprète les résultats quand et où elle le souhaite. En 2016, l'OMS a recommandé l'ADVIH comme approche supplémentaire pour le dépistage du VIH (53). Aujourd'hui, l'ADVIH est un outil efficace pour élargir la portée des SDV parmi les personnes à risque de contracter le virus qui seraient sinon susceptibles de ne pas se faire tester, et parmi celles qui sont exposées à un risque persistant qui doivent fréquemment se faire dépister (53, 54). À l'échelle mondiale, de nombreux pays ont élaboré des politiques sur l'ADVIH, et cette approche est de plus en plus courante (44). Des orientations opérationnelles supplémentaires sont cependant nécessaires pour en soutenir la mise en œuvre.

L'autodépistage du VIH (ADVIH) est un processus par lequel une personne prélève son propre échantillon (salive ou sang) à l'aide d'un simple test rapide du VIH, puis réalise le test et interprète les résultats quand et où elle le souhaite.

L'OMS a procédé à un examen systématique pour mettre à jour les lignes directrices existantes sur l'ADVIH et fournir de nouvelles orientations destinées à optimiser la mise en œuvre de cette approche, comme des modèles de prestation et de liaison avec les services de soins, et des outils de soutien efficaces. Les présentes lignes directrices unifiées de l'OMS incluent une mise à jour des lignes directrices de 2016 et recommandent vivement l'ADVIH comme approche des SDV. Les sections suivantes résument les résultats de l'examen systématique et les orientations révisées pour l'ADVIH (voir également l'annexe Web B).

Examen des données : examen systématique portant sur l'ADVIH

L'examen systématique comprenait 32 essais randomisés contrôlés (ERC) : 17 ERC randomisés individuels (55-71) et 15 ERC en grappes (72-86). Vingt-et-un ERC ont été menés dans la

population générale (55-58, 61, 63, 65, 67, 68, 73-81, 83, 84, 86) et 11 dans les populations clés – huit auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (59-61, 64, 66, 69-71, 87) et trois auprès de travailleuses du sexe (62, 72, 82). Aucun ERC n'a été mené exclusivement auprès d'autres populations clés, à savoir les personnes transgenres, les consommateurs de drogues par injection et les personnes dans les prisons et autres environnements confinés. La plupart des ERC utilisaient des kits d'autotest du VIH pour prélèvement salivaire, avec un ERC utilisant des kits pour prélèvement sanguin (88) et un ERC utilisant les deux types de kits (64).

Les ERC utilisaient différents modèles de prestation de services et outils de soutien pour l'ADVIH, dont le classement figure dans l'Encadré 5.5. L'Encadré 5.6 présente le résumé des principales conclusions de l'examen systématique.

Les données examinées ont montré que l'ADVIH s'appuyant sur différents modèles de prestation et distribution de services, avec ou sans soutien, augmentait régulièrement le recours au dépistage du VIH par rapport aux SDV classiques dans les établissements de santé parmi les populations clés et la population générale, y compris les hommes, les femmes et les jeunes âgés de 15 à 24 ans. Une méta-analyse a montré que la stratégie d'autodépistage produisait un taux de recours global aux SDV majoré de 60 % par rapport au dépistage classique dans les établissements de santé.

Encadré 5.5. Modèles de prestation de services et outils de soutien pour l'ADVIH* utilisés dans les ERC

Modèles de prestation de services et de distribution pour l'ADVIH

- Kits demandés en ligne ou par téléphone et livrés par courrier
- Distribution de kits d'autotest du VIH par des établissements de santé ou des sites fixes à des fins d'utilisation ultérieure
- ADVIH dans les établissements où les kits d'autotest ont été distribués
- Distribution de kits d'autotest du VIH à domicile ou dans la communauté
- Distribution secondaire de kits d'autotest du VIH par les clients d'établissements de santé à leurs pairs
- Distribution secondaire de kits d'autotest du VIH par les clientes de soins prénatals à leurs partenaires masculins
- Distribution secondaire de kits d'autotest du VIH par les clients séropositifs d'établissements de santé à leurs partenaires

Outils de soutien pour l'ADVIH**

- Aucun soutien ou soutien de base uniquement avec l'utilisation du mode d'emploi fourni par le fabricant et de la permanence téléphonique offerte par le fabricant ou tout autre outil de soutien standard
- Modes d'emploi personnalisés, traduits ou illustrés, conçus pour les populations desservies avec ou sans soutien supplémentaire, comme une permanence téléphonique locale
- Démonstrations individuelles et en personne pour l'ADVIH
- Démonstrations individuelles et en personne pour l'ADVIH avec observation ou supervision des personnes qui font un autodépistage
- Démonstrations de groupe pour l'ADVIH
- Soutien et supervision virtuels en temps réel par l'intermédiaire de plateformes en ligne

* Liste non exhaustive ; inclut uniquement les modèles de prestation de services et outils de soutien utilisés dans les ERC éligibles. D'autres modèles et outils susceptibles d'être efficaces et pouvant être considérés sont disponibles.

** Certaines études utilisaient des outils de soutien de plusieurs catégories ; le classement a été effectué selon le mécanisme de soutien le plus intensif.

Encadré 5.6. Constatations clés de l'examen systématique

Dans l'ensemble, les 32 ERC inclus dans l'examen systématique ont montré que, par rapport au dépistage du VIH classique dans les établissements de santé :

- L'ADVIH augmente le recours au dépistage du VIH.
- La proportion de personnes diagnostiquées et mises en liaison avec les services de soins dans le cadre de l'ADVIH est comparable à celle qui est obtenue avec le dépistage dans les établissements de santé.
- Avec l'ADVIH, l'usage abusif des autotests de dépistage et le préjudice social sont rares. Aucun suicide n'a été signalé.
- L'ADVIH n'augmente pas les comportements sexuels à risque chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.
- Différents modèles de prestation de services et outils de soutien pour l'ADVIH sont efficaces.
- De nombreuses personnes souhaitent et sont capables de réaliser l'ADVIH avec un soutien minimal.
- L'ADVIH est bien accepté et constitue une option réaliste pour diverses populations et dans différents contextes.

Avec l'ADVIH, les **taux de séropositivité et de liaison avec les services ultérieurs** étaient comparables à ceux obtenus dans le cadre des SDV dans les établissements de santé. Une méta-analyse a montré que, dans le cadre de l'ADVIH, la séropositivité au VIH (le nombre de cas positifs diagnostiqués parmi les personnes dépistées pour le VIH) était similaire à celle des SDV classiques en établissement de santé. Parmi les personnes diagnostiquées séropositives, la méta-analyse a montré que la proportion des cas mis en liaison avec les services de soins du VIH ou d'instauration du TAR était similaire pour l'ADVIH et les SDV classiques en établissement. Les taux de liaison entre les bras étaient les mêmes lorsque les sujets du bras ADVIH diagnostiqués séropositifs se voyaient offrir un soutien pour la liaison, y compris une incitation financière, une visite à domicile ou une orientation en personne, un rappel ou un suivi téléphonique et un soutien virtuel en temps réel.

Lorsque l'ADVIH seul, sans soutien pour la liaison avec les services ultérieurs, était comparé à l'ADVIH avec un tel soutien, la méta-analyse indiquait que le taux de liaison augmentait quand ce soutien était fourni. Cet effet semblait plus prononcé dans les études concernant l'ADVIH avec une instauration du TAR à domicile (79), l'ADVIH avec une orientation en personne (navigation par les pairs) (89) et les incitations financières des prestataires conditionnelles à la liaison avec les services (90).

Les cas d'usage abusif, d'événement indésirable et de préjudice social associés à l'ADVIH (notamment la coercition et la violence entre partenaires) étaient rares, et les chiffres étaient similaires entre le bras consacré à l'ADVIH et celui consacré aux SDV classiques dispensés dans les établissements de santé. Les événements indésirables, en particulier la rupture conjugale, étaient souvent temporaires et résolus en quelques jours, et étaient parfois exacerbés par des conditions préexistantes au sein d'un couple, comme l'abus d'alcool et les antécédents de violence sexuelle (80). Aucun des ERC n'a signalé de suicide.

Les rapports sexuels non protégés n'ont pas augmenté parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ayant recours à l'ADVIH. Une méta-analyse a montré que la proportion de cette population déclarant avoir des relations sexuelles anales non protégées avec des partenaires masculins était similaire entre le bras ADVIH et le bras SDV.

L'examen des **valeurs et préférences** pour l'ADVIH comprenait 74 études dans 23 pays (66, 91-163). Près de la moitié (49 %) des études incluait des populations clés. Onze études supplémentaires examinant les valeurs et les préférences des agents de santé et des prestataires de soins ont également été incluses (92, 103, 112, 118, 123, 125, 130, 137, 139, 154, 156).

La volonté de faire un autotest était élevée dans toutes les études, tant parmi la population générale (72 à 98 %) que parmi les populations clés (61 à 100 %). Une étude au Vietnam qui proposait l'ADVIH dans des centres d'accueil ou des cafés a rapporté une volonté de recourir à l'autodépistage de 50 % (164). D'après les utilisateurs des autotests, de nombreux modèles de prestation de services d'ADVIH étaient réalistes, notamment la distribution dans les pharmacies, les distributeurs automatiques, les magasins locaux, la distribution par les pairs, la distribution à base communautaire, la commande sur Internet avec livraison par courrier et la distribution dans les établissements de santé. Les obstacles à l'ADVIH étaient rares et signalés principalement par une petite proportion d'utilisateurs avec des inquiétudes portant sur l'exactitude du test, le risque d'erreur de l'utilisateur, le manque de conseil ou de soutien, et le coût des kits d'autotest du VIH.

Peu d'informations ont été données sur les préférences quant aux outils de soutien et sur le type de conseil dispensé, avant ou après le dépistage. Les utilisateurs des autotests se sont généralement déclarés désireux d'un certain degré de soutien dans le cadre de l'autodépistage, en particulier pour faire face à un résultat réactif. Dans deux études (91, 159), les utilisateurs souhaitaient être soutenus dans la liaison avec les services de soins sans avoir besoin de visiter les installations, par exemple par téléphone ou par messagerie texte, afin d'éviter le risque de stigmatisation et de discrimination. L'avis général des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et des femmes transgenres était qu'ils ne voulaient pas un conseil pour l'ADVIH, mais préféraient le soutien de systèmes ne les obligeant pas à consulter un prestataire, comme les permanences téléphoniques ou les systèmes automatisés (99, 139, 156, 157).

De nombreux participants ont déclaré préférer des kits d'autotest du VIH à faible coût, certains confirmant qu'ils n'auraient recours à l'ADVIH que si les kits étaient disponibles gratuitement. Les agents de santé étaient également d'avis que l'ADVIH devait être proposé au moindre coût possible et que les gouvernements devaient procurer les kits et régler les prix (112, 123, 137-139, 154).

D'une manière générale, les participants préféraient les kits dont la conception et l'emballage étaient discrets et dont les instructions étaient rédigées en langage clair et simple (94, 122, 139, 145, 154, 157). Il n'y avait pas de préférence nette en termes de type d'échantillon, à savoir salivaire ou sanguin. Certains participants préféraient la salive car le prélèvement est indolore et perçu comme simple (93, 116, 134, 140, 144, 150). D'autres considéraient qu'un test sanguin était plus précis (98, 121, 124, 145, 163, 165).

Les prestataires de soins et les agents de santé étaient généralement favorables à l'adoption de l'ADVIH, malgré certaines inquiétudes. Ils estimaient que l'ADVIH pouvait améliorer l'accès au dépistage du VIH, en particulier pour les populations à risque élevé ou vulnérables (92, 114, 125, 137, 139, 156). Certains se sont dits préoccupés par le risque d'usage abusif et de préjudice pour les utilisateurs, et par le fait que la disponibilité de l'ADVIH affecterait leur emploi (123, 125, 137-139, 154, 156).

Faisabilité

Le réseau d'approvisionnement des produits consacrés à l'ADVIH est solide et diversifié, et continue de croître. En 2019, 77 pays avaient des politiques nationales soutenant l'ADVIH et parmi eux, 38 mettaient en œuvre des programmes d'autodépistage. Des politiques sont en cours d'élaboration dans 47 autres pays et 33 pays expérimentent des projets pilotes pour l'ADVIH (44).

En décembre 2019, l'OMS avait préqualifié trois produits pour l'ADVIH³ et depuis, des autorités de réglementation strictes en ont approuvé six autres (166). Cela offre aux programmes nationaux et aux donateurs qui prévoient d'acheter des kits d'autotest du VIH un choix parmi les fournisseurs et les types d'échantillons.

Plusieurs études et évaluations portant sur l'ADVIH ont été menées dans diverses régions géographiques, représentant presque toutes les régions et un éventail de populations, y compris des populations clés et vulnérables. Les utilisateurs non professionnels peuvent réaliser un test d'autodépistage du VIH de manière fiable et précise et obtenir des résultats comparables à ceux d'agents de santé formés (167). Compte tenu des taux élevés de recours, d'acceptabilité, d'exactitude et de sécurité de l'autodépistage, des progrès mondiaux en matière de politique et de mise en œuvre, et de la solidité du réseau d'approvisionnement, il semblerait que l'autodépistage du VIH est faisable dans de nombreux contextes et qu'il existe de bonnes bases pour appuyer la mise en œuvre et l'intensification de cette approche.

Les utilisateurs non professionnels peuvent réaliser un test d'autodépistage du VIH de manière fiable et précise et obtenir des résultats comparables à ceux d'agents de santé formés.

Coût et utilisation des ressources

Selon le rapport de 2018 sur la situation du marché des tests d'autodépistage du VIH (166), le prix d'un kit d'autotest dont la qualité est garantie varie de US \$ 2 à 40. Par rapport aux prix de vente au détail constatés dans le secteur privé, les prix sont souvent plus bas pour l'approvisionnement dans le secteur public. Les prix ont également tendance à être plus bas dans les pays à revenu faible et intermédiaire (US \$ 2 à 12) que dans les pays à revenu élevé (US \$ 7,50 à 15).

12 études ont recueilli des données sur les coûts de l'ADVIH dans cinq pays à revenu faible et intermédiaire (Kenya, Malawi, Afrique du Sud, Zambie et Zimbabwe) (57, 61, 62, 73-75, 79-81, 168-170). Les estimations rapportées variaient considérablement en termes de coût par kit d'autotest du VIH distribué (US \$ 8,90 à 36,40), de coût par personne testée (US \$ 4,70 à 86,30), de coût par personne séropositive (US \$ 18,90 à 2651,70) et de coût par personne commençant le TAR (US \$ 84,90 à 1698). Une seule étude a rapporté les coûts dans un contexte à revenu élevé (États-Unis d'Amérique), faisant état d'un coût par personne testée de US \$ 41 et d'un coût par personne séropositive de US \$ 4620 (171).

Dans l'ensemble, le coût de l'ADVIH semblait plus élevé que celui du dépistage dans les établissements de santé, et le coût de la distribution des kits d'autotest dans la communauté ou à domicile avait tendance à être plus élevé que celui de la distribution de ces kits dans les établissements. Ces comparaisons ont cependant des limites importantes, étant donné que les données sur les coûts proviennent de sources et de paramètres différents et, par conséquent, ne peuvent pas être comparées directement. De plus, ces coûts correspondent aux coûts généraux du programme et ne tiennent pas compte des coûts d'opportunité pour les personnes testées ou des problèmes d'accès et d'équité.

Quatre études rendant compte du rapport coût-efficacité de l'ADVIH ont été identifiées, toutes en Afrique subsaharienne (172-175). Bien que ces études indiquent toutes que l'ADVIH peut présenter un bon rapport coût-efficacité, la plus récente suggérait que cette approche est rentable dans les pays à forte prévalence lorsqu'elle est axée sur les populations prioritaires, comme les hommes et les travailleurs du sexe, et mise en œuvre de manière limitée dans le temps (p. ex., pendant une période de cinq ans ou jusqu'à ce que la prévalence du VIH non diagnostiqué soit inférieure à 3 %) (176).

³ Les dernières informations peuvent être consultées dans les rapports publics de l'OMS pour tous les kits d'autotest préqualifiés, disponibles à l'adresse https://www.who.int/diagnostics_laboratory/evaluations/pq-list/self-testing_public-report/en/ (en anglais)


Respect des droits de la personne et de l'équité

Compte tenu des données examinées, le Groupe d'élaboration des lignes directrices (GDG) a noté que l'ADVIH semble atteindre les personnes ayant besoin d'un test de dépistage du VIH qui ne sont pas atteintes par d'autres approches de SDV. Il s'agit notamment des personnes issues des populations clés et d'autres populations vulnérables, y compris les hommes et les jeunes. Le GDG était d'avis que l'ADVIH peut améliorer l'équité et atteindre les personnes qui seraient sinon susceptibles de ne pas se faire tester.

Recommandation

Compte tenu des données sur l'efficacité et l'acceptabilité de l'ADVIH, sur la faisabilité de mettre en œuvre une telle approche et sur son rapport coût-efficacité et sa capacité à améliorer l'équité, le GDG a jugé que les avantages globaux de l'autodépistage l'emportent sur les risques et préjudices potentiels. Le GDG a décidé par consensus de mettre à jour la recommandation de 2016 relative à l'ADVIH avec des remarques supplémentaires (voir l'Encadré 5.7). La force de la recommandation et la qualité des données ont été déterminées par la méthodologie GRADE.⁴

Encadré 5.7. Recommandations de l'OMS sur l'autodépistage du VIH (ADVIH)

 **MISE À JOUR** L'autodépistage du VIH doit être proposé comme approche des services de dépistage du VIH (*recommandation forte, données de qualité moyenne*).

Remarques

- Il est souhaitable de fournir des options de prestation de services et de soutien pour l'ADVIH.
- Les communautés doivent participer au développement et à l'adaptation des modèles d'autodépistage.
- L'ADVIH ne fournit pas un diagnostic définitif de séropositivité. Les personnes dont le résultat est réactif doivent subir d'autres tests réalisés par un prestataire adéquatement formé et conformément à l'algorithme de dépistage national.

Considérations pour une mise en œuvre réussie de l'ADVIH

Les programmes nationaux doivent définir un ensemble minimum de communications sur l'ADVIH, comprenant des informations et des messages clés pour les prestataires, les utilisateurs d'autotest et la communauté (voir l'Encadré 5.8).

⁴ Système d'évaluation de la valeur des recommandations (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, GRADE), utilisé dans le cadre des examens systématiques. Consulter le manuel de l'OMS pour l'élaboration des lignes directrices, 2e édition. <http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js22083en/> (en anglais).

Encadré 5.8. Messages clés à l'intention des prestataires, des utilisateurs d'autotest et des communautés

L'ADVIH n'est pas un test à des fins de triage et ne fournit pas un diagnostic définitif de séropositivité. **Un résultat d'autotest réactif (positif) ne constitue pas un diagnostic de séropositivité au VIH.** Tous les résultats d'autotest réactifs doivent être suivis de tests supplémentaires effectués par un prestataire qualifié pour confirmer le statut VIH, en commençant par le test de première intention de l'algorithme de dépistage national.

Un résultat d'autotest non réactif doit être considéré comme négatif et ne nécessite dans l'immédiat aucun autre test, sauf pour les personnes qui commencent une prophylaxie préexposition (PrEP). **Pour les personnes qui commencent ou prennent déjà la PrEP, l'ADVIH ne peut pas remplacer les consultations et tests trimestriels initiaux ou ultérieurs qui se déroulent dans les établissements de santé.**

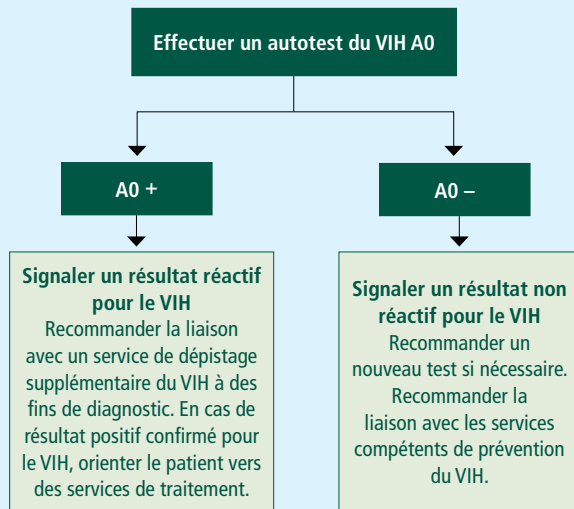
Dans le cas d'un **résultat d'autotest non valide**, il faut répéter le test en utilisant un autre kit ou recourir au dépistage par un prestataire formé. En cas d'**incertitude quant au résultat de l'autotest** on encouragera les personnes à recourir au dépistage par un prestataire formé.

L'ADVIH n'est pas recommandé pour les personnes séropositives qui sont sous TAR car l'autotest risque de produire un résultat faussement négatif. Les personnes séropositives mais qui ne sont pas sous TAR doivent être encouragées à commencer le TAR et soutenues.

Refaire le test après un résultat d'autotest négatif n'est nécessaire que pour les personnes exposées à un risque persistant, comme les populations clés et les personnes ayant déclaré une exposition potentielle au VIH au cours des 12 semaines précédentes.

L'ADVIH, c'est un test de dépistage que l'on effectue soi-même (autotest). Cette approche est destinée aux personnes qui souhaitent se tester et apprendre elles-mêmes leur statut VIH. Pour aider un partenaire sexuel, un ami ou un membre de famille adulte qui souhaite connaître son statut sérologique, il peut être utile de lui donner un kit d'autotest du VIH et de l'encourager à utiliser le test, mais personne ne doit jamais être contraint ni forcé à faire un autotest. **L'utilisation coercitive ou obligatoire d'un kit d'autotest du VIH, qui dans ce cas n'est pas considéré comme un autodépistage, ne doit jamais être soutenue ou encouragée.**

L'OMS ne recommande pas aux parents ou responsables légaux d'utiliser des kits d'autotest du VIH pour dépister leurs bébés ou leurs enfants. Chez les enfants de moins de 18 mois, l'ADVIH ne donne pas un résultat correct car les anticorps de la mère peuvent toujours être présents.



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

Parmi d'autres considérations pour une programmation réussie, on citera :

- **Des politiques, réglementations et modes opératoires normalisés clairs et favorables** doivent être élaborés et diffusés auprès des sites de distribution et des prestataires dans le but de soutenir une mise en œuvre appropriée. Ceux-ci doivent garantir l'accès aux **produits de qualité garantie pour l'ADVIH⁵** et une **surveillance post-commercialisation** adéquate, notamment des systèmes de notification et de traitement des réclamations, des événements indésirables et du préjudice social (voir le Chapitre 9). Il existe plusieurs produits d'autodépistage dont la qualité est garantie, dont trois sont préqualifiés par l'OMS : un test salivaire et deux tests sanguins.
- **L'ADVIH doit être mis en œuvre de manière ciblée, dans le cadre d'un plan national différencié pour les SDV** qui priorise les zones et les populations souffrant des plus grandes lacunes en termes de couverture du dépistage. Les ressources disponibles doivent être prises en compte lors de la sélection des modèles de prestation de services et des outils de soutien.
- **Divers modèles de prestation et de distribution de services d'ADVIH sont efficaces ;** ceux-ci augmentent le recours au dépistage du VIH et atteignent les personnes non diagnostiquées ou qui sont exposées à un risque persistant. La fourniture des kits d'autotest du VIH peut s'appuyer sur des programmes financés par des fonds publics ou soutenus par des donateurs (distribution dans les établissements de santé ou à base communautaire, p. ex.), sur le secteur privé (distribution par les pharmacies ou points de vente au détail), ainsi que sur des partenariats public-privé (programmes organisés sur le lieu de travail). Le fait **d'offrir un choix d'options pour la prestation de services d'ADVIH et le type de kits de test** (kits salivaires ou sanguins, p. ex.) peut permettre d'atteindre plus de personnes.
- **Évaluer les besoins des populations en matière de soutien.** Dans la plupart des cas, le test d'autodépistage du VIH peut être effectué sans aucune aide ou avec un soutien minimal, bien que certaines personnes plus âgées ou ayant un faible niveau d'alphabétisation puissent souhaiter un soutien et même en avoir besoin. Lors de l'évaluation d'options de soutien qui exigent des ressources considérables, comme la distribution à domicile, la formation sur l'ADVIH et la démonstration ou la supervision en personne, l'avantage supplémentaire doit être pondéré par rapport à l'utilisation des ressources. Ces types de soutien qui exigent beaucoup de ressources peuvent limiter la transposition à plus grande échelle et ne doivent être envisagés que pour une durée limitée. Dans le domaine de l'ADVIH, les besoins en matière de soutien devraient diminuer à mesure que les programmes évoluent, que la sensibilisation du public augmente et que les utilisateurs d'autotests gagnent en expérience. **L'utilisation de nouvelles plateformes numériques, de vidéos, de médias sociaux ou de messagerie** peut également être envisagée pour soutenir ces utilisateurs. Celles-ci sont souvent bien acceptées, en particulier par les jeunes, et moins coûteuses que les interventions de soutien en personne.
- Il faut favoriser **l'autonomisation et la participation des communautés** dans le cadre du développement et de l'adaptation des modèles de prestation et de soutien pour l'ADVIH. La contribution des membres de la communauté et des personnes issues des populations clés à la conception et la prestation des services est essentielle. Les organisations communautaires, les organisations non gouvernementales locales, les réseaux de personnes vivant avec le VIH et les personnes issues des populations clés doivent tous être impliqués dans la programmation, et peuvent également être impliqués dans la prestation des services d'autodépistage. Les programmes et les modèles qui bénéficient de l'adhésion de la communauté et qui sont dirigés par la communauté sont susceptibles de réussir et d'atteindre leurs objectifs (177, 178). Cet engagement communautaire doit inclure l'éducation de la communauté et des prestataires afin

⁵ Préqualification de l'OMS : https://www.who.int/diagnostics_laboratory/evaluations/pq-list/self-testing_public-report/en/ (en anglais).

Politique d'assurance qualité du Fonds mondial pour les produits diagnostiques : <https://www.theglobalfund.org/en/sourcing-management/quality-assurance/diagnostic-products/> (en anglais).

Des informations supplémentaires sur ces produits et d'autres en cours de développement sont disponibles dans le rapport UNITAID/OMS de 2018 sur la situation du marché des tests d'autodépistage du VIH, disponible à l'adresse <https://unitaid.org/assets/HIVST-landscape-report.pdf> (en anglais).

de sensibiliser et de réduire le plus possible les abus et préjudices liés à l'autodépistage du VIH (voir chapitre 3).

- Comme tous les SDV, **la mise en liaison avec les services appropriés après l'autodépistage est un facteur essentiel** pour tirer tous les avantages de cette approche. Les personnes diagnostiquées séronégatives mais qui sont exposées à un risque persistant doivent être mises en liaison avec les services de prévention. Pour celles dont le résultat à l'autotest est réactif, il faut soutenir la liaison afin qu'un prestataire formé fasse des tests supplémentaires conformément à l'algorithme de dépistage national et, si elles sont diagnostiquées séropositives, instaure immédiatement le TAR (voir le Chapitre 4). En présence des ressources nécessaires, les programmes peuvent envisager des stratégies comme l'instauration du TAR à domicile, l'orientation en personne/la navigation par les pairs et les incitations des prestataires pour promouvoir la liaison avec les services ultérieurs.
- Lorsque les coûts liés à l'ADVIH sont comparés à d'autres approches des SDV, il est important de **tenir compte du coût total de la prestation de services**, et pas seulement du coût des kits d'autotest du VIH (54). Certains modèles de prestation dans le secteur privé, comme la vente en pharmacie, entraînent des coûts pour les utilisateurs, et cela doit être comptabilisé si l'on cherche à garantir des SDV accessibles et abordables. Les modèles d'ADVIH à faible coût et à fort impact, axés sur les populations prioritaires dans les zones géographiques stratégiques, sont plus susceptibles d'être coût-efficaces.
- **Un suivi et une évaluation permanents sont nécessaires** pour optimiser la mise en œuvre de l'ADVIH. Cela nécessite l'élaboration d'un plan de suivi et d'évaluation, la sélection d'indicateurs programmatiques clés, la collecte de données pertinentes, l'examen régulier des progrès et l'ajustement de la prestation de services en conséquence. Des approches pragmatiques et la triangulation des données disponibles (p. ex., l'utilisation des données de programme, des données sur la couverture du TAR et des résultats d'enquêtes spéciales) sont nécessaires pour surveiller efficacement les résultats et l'impact de l'ADVIH (voir l'annexe Web H).
- Les programmes doivent explorer la possibilité d'intégration de l'ADVIH avec d'autres technologies d'auto-prélèvement actuellement disponibles pour les IST (chlamydia, gonorrhée, papillomavirus humain) ainsi qu'avec les soins auto-administrés de portée plus large, notamment la contraception pour soutenir la prestation de services complets de santé sexuelle et reproductive (179).

5.3.4 Services aux partenaires pour l'infection à VIH

Les services aux partenaires, qui consistent à proposer un dépistage du VIH volontaire aux partenaires sexuels et/ou d'injection de drogues des personnes vivant avec le VIH, sont un moyen efficace d'identifier d'autres personnes vivant avec le VIH. Les partenaires qui sont diagnostiqués séropositifs peuvent être mis en liaison avec des services de traitement, et ceux qui sont séronégatifs mais exposés à un risque persistant de contracter le virus peuvent être mis en liaison avec des services de prévention efficaces. Lors de la prestation des services aux partenaires, il est également important d'offrir des services de dépistage du VIH aux enfants biologiques des patients séropositifs quand leur statut VIH est inconnu.

Les services aux partenaires sont très efficaces pour identifier d'autres personnes vivant avec le VIH.

Les services aux partenaires incluent la notification aux partenaires, la recherche des contacts, le dépistage indicateur et le dépistage indicateur des membres de la famille pour atteindre les partenaires des personnes vivant avec le VIH. Dans les présentes lignes directrices, le terme « services aux partenaires » est inclusif et se rapporte à divers services et approches de services à l'intention des partenaires, dont les approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux.

Encadré 5.9. Recommandations de l'OMS et déclaration de bonnes pratiques sur les services aux partenaires

Le processus volontaire de notification par le prestataire (souvent appelé « notification assistée aux partenaires ») doit être proposé aux personnes vivant avec le VIH dans le cadre d'un ensemble complet de tests et de soins (*recommandation forte, données de qualité moyenne*).

Les services de dépistage du VIH pour les couples et les partenaires, avec un soutien pour la divulgation réciproque du statut sérologique, doivent être offerts aux personnes dont le statut séropositif est connu et à leurs partenaires (*recommandation forte pour toutes les personnes vivant avec le VIH dans tous les contextes épidémiques ; recommandation conditionnelle pour les personnes séronégatives en fonction de la charge de VIH du pays ; données de faible qualité*).

Déclaration de bonnes pratiques

Dans tous les contextes, l'OMS recommande de proposer systématiquement des SDV à tous les **enfants biologiques** d'un parent séropositif. Les enfants diagnostiqués séropositifs ou à haut risque d'infection par l'allaitement maternel doivent être mis en liaison avec les services de traitement ou de prévention dans le cadre d'un ensemble plus large d'interventions de notification par le prestataire.

Sources : OMS, 2012 (180) ; OMS, 2016 (53) ; OMS, 2016 (4).

Les services aux partenaires pour l'infection à VIH peuvent être assurés de plusieurs façons, notamment la notification par le patient lui-même (notification passive) et la notification par le prestataire (notification assistée), comme résumé dans l'Encadré 5.10. La notification par le prestataire est sûre et bien acceptée et les données indiquent, par rapport à la notification passive, qu'elle augmente le recours aux SDV, qu'elle permet d'identifier d'autres infections à VIH non diagnostiquées et qu'elle améliore la liaison avec les soins entre les partenaires (53). En 2016 l'OMS a recommandé que la notification par le prestataire (souvent appelée « notification assistée aux partenaires ») soit proposée aux personnes vivant avec le VIH dans le cadre d'un ensemble complet de tests et de soins (53). Dans la mesure où cette approche est faisable et bien acceptée par les patients, elle doit être priorisée car elle est plus efficace et permet de proposer des interventions de prévention complètes aux partenaires qui sont séronégatifs mais restent vulnérables à l'infection par le VIH.

Dans de nombreux contextes à l'échelle mondiale les services aux partenaires n'ont pas encore été largement mis en œuvre, en particulier parmi les populations clés. Cela est souvent dû à la présence d'obstacles politiques et structurels ainsi qu'à des soucis de confidentialité. Le **dépistage du VIH qui fait appel aux réseaux sociaux** constitue une approche complémentaire pour atteindre les partenaires sexuels ou d'injection de drogues et les contacts sociaux de patients dans les populations clés. Ces approches peuvent également étendre la portée du dépistage aux partenaires et aux contacts sociaux séronégatifs de personnes issues des populations clés, ce qui augmente l'acceptabilité des services et normalise leur utilisation. Dans le cadre de ces lignes directrices, l'OMS a examiné les données sur les approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux parmi les populations clés et a publié une nouvelle recommandation (voir la section 5.3.5).

Encadré 5.10. Méthodes de prestation des services aux partenaires pour l'infection à VIH

Les services aux partenaires sont un processus volontaire dans le cadre duquel un prestataire de soins formé propose des SDV aux partenaires sexuels et/ou d'injection de drogues de patients séropositifs consentants.

Ces services peuvent être dispensés de plusieurs façons, comme la notification par le patient lui-même (notification passive) et la notification par le prestataire (notification assistée).

Dans le cadre de la **notification passive**, un prestataire de soins formé encourage les patients séropositifs 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. Cette notification s'accompagne de conseils dispensés par le prestataire portant sur la nécessité du dépistage du ou des partenaires, les stratégies pouvant être utilisées pour divulguer sans danger le statut de séropositivité, et les structures et modèles qui permettent aux partenaires d'accéder aux SDV. Les patients séropositifs peuvent informer leurs partenaires en personne ou par d'autres moyens, tels qu'un appel téléphonique, un SMS ou un e-mail.

Dans le cadre de la **notification passive améliorée**, le prestataire formé utilise divers outils de soutien afin qu'il soit plus facile pour les patients de divulguer leur statut VIH et de proposer le dépistage à leurs partenaires. Ces outils peuvent inclure des informations écrites, des dépliants et une fiche ou carte de notification à l'intention du ou des partenaires, l'utilisation de plateformes de messagerie Web pour informer les partenaires de manière anonyme, ainsi que la fourniture de kits d'autotest du VIH aux patients séropositifs pour que leurs partenaires puissent faire le dépistage eux-mêmes.

Dans le cadre de la **notification assistée par le prestataire** (également appelée « notification assistée aux partenaires »), un prestataire formé interroge les personnes séropositives sur leurs partenaires sexuels et/ou d'injection de drogues puis, avec leur consentement, informe les partenaires de leur exposition potentielle au VIH. Le prestataire leur propose ensuite un dépistage volontaire du VIH. Le prestataire peut contacter le ou les partenaires par téléphone, par e-mail ou en personne et leur proposer des SDV à domicile, ou les inviter à se rendre dans un établissement de santé pour recourir à ces services.

Lorsque la notification assistée aux partenaires est faisable et bien acceptée par les patients, celle-ci doit être priorisée car elle est plus efficace et permet de proposer des interventions de prévention complètes aux partenaires qui sont séronégatifs mais restent vulnérables à l'infection par le VIH.

La notification assistée peut être proposée au moment du diagnostic du patient séropositif et périodiquement tout au long du continuum de soins du patient. La méthode et le moment propices à cette approche peuvent être adaptés pour répondre aux besoins et préférences de chaque patient, comme suit :

- Dans le cadre de la **notification contractuelle**, les patients séropositifs pour le VIH passent un contrat avec un prestataire de soins formé et acceptent d'informer eux-mêmes leurs partenaires sexuels et/ou d'injection de drogues de leur statut, ainsi que d'orienter ces partenaires vers les SDV *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, ce dernier contacte les partenaires directement pour leur proposer un dépistage volontaire. Cela peut être utile lorsque la notification assistée n'est pas possible au moment du diagnostic du patient séropositif, par exemple, quand le patient n'est pas prêt et a besoin de temps pour assimiler son diagnostic.

Box 5.10. Methods for delivering HIV partner services, continued

- Dans le cadre de la **notification double** un prestataire de soins formé accompagne et soutient le patient séropositif au moment où ce dernier révèle son statut sérologique à ses partenaires et les informe de leur exposition potentielle au VIH. Le prestataire propose également un dépistage volontaire du VIH aux partenaires. Cela peut être utile quand le patient préfère divulguer lui-même son statut à un partenaire, mais a besoin du soutien d'un prestataire pour proposer le dépistage volontaire.

Le dépistage du VIH qui fait appel aux réseaux sociaux s'inscrit dans le cadre des services aux partenaires : un prestataire de soins formé demande aux personnes vivant avec le VIH ou à celles qui sont séronégatives et à risque persistant de contracter le virus d'encourager et d'inviter des personnes issues de leurs réseaux sociaux et leurs partenaires sexuels ou d'injection de drogues à se soumettre au dépistage volontaire du VIH. Le terme « réseau social » signifie un groupe de personnes reliées entre elles par un ensemble commun de relations ou de comportements ; ce réseau comprend souvent des contacts sociaux ainsi que des partenaires sexuels et partenaires d'injection de drogues. Le recrutement pour le dépistage peut avoir lieu pendant des périodes déterminées (souvent appelées « vagues ») ou en permanence selon la disponibilité des ressources. Les approches de dépistage du VIH qui s'appuient sur les réseaux sociaux sont particulièrement utiles pour atteindre les personnes issues de populations clés, et peuvent recourir à la distribution de kits d'autotest du VIH (voir la section 5.3.5).

Remarque : Lors de la prestation des services aux partenaires, il est également important d'offrir des services de dépistage du VIH aux enfants biologiques des patients séropositifs quand leur statut sérologique est inconnu. Tous les nourrissons exposés au VIH pendant la grossesse (c'est-à-dire nés de mères séropositives) ou qui allaitent doivent subir un test de dépistage du VIH afin de déterminer leur statut VIH et d'instaurer immédiatement le TAR s'ils sont séropositifs. En raison de la persistance des anticorps maternels, les tests d'anticorps ne peuvent pas être utilisés et des tests virologiques (comme le test des acides nucléiques [TAN]) sont requis pour les nourrissons de moins de deux ans (voir le Chapitre 6).

5.3.5 Approches de dépistage du VIH qui s'appuient sur les réseaux sociaux : données et recommandations

Contexte et justification

À l'échelle mondiale, l'adoption et la mise en œuvre de politiques sur les services aux partenaires pour l'infection à VIH sont à la hausse. En juillet 2019, près de trois ans après que l'OMS ait publié sa recommandation de 2016, 57 % (73/128) des pays ayant notifié des données avaient instauré une politique sur les services aux partenaires et adopté l'approche de notification par le prestataire, soit une augmentation de 12 % par rapport à 2017 (44).

Malgré ces progrès, les personnes issues de populations clés et leurs partenaires ne semblent pas bénéficier pleinement des services aux partenaires pour l'infection à VIH et de la notification par le prestataire (53, 181). Bien que les services aux partenaires soient sans danger, réalisables et efficaces parmi les personnes issues de populations clés et leurs partenaires (53, 182), leur mise en œuvre reste limitée. Cela est souvent attribué à la présence d'obstacles politiques et structurels, aux préoccupations relatives à la confidentialité et à la réticence de ces personnes à identifier leurs partenaires auprès des prestataires de soins par crainte de stigmatisation, de discrimination et du manque de confidentialité (181, 183).

Bien que les services aux partenaires soient sans danger et efficaces, leur mise en œuvre demeure limitée parmi les populations clés.

Les approches de dépistage du VIH qui s'appuient sur les réseaux sociaux ont été proposées comme stratégies complémentaires pour relever certains des défis liés à l'intensification des services aux partenaires parmi les populations clés, en particulier pour s'attaquer au problème de la confidentialité. En abordant les préoccupations relatives à la confidentialité et en élargissant la portée des services aux partenaires pour inclure les personnes séropositives et séronégatives issues de populations clés, leurs partenaires, leurs contacts et leurs réseaux sociaux, les approches de dépistage du VIH qui font appel aux réseaux sociaux peuvent améliorer l'acceptabilité de ces services et atteindre plus de personnes qui seraient sinon susceptibles de ne pas se faire tester.

L'OMS a procédé à un examen systématique pour développer de nouvelles orientations sur les approches de dépistage du VIH qui s'appuient sur les réseaux sociaux. Dans ces orientations, l'OMS recommande conditionnellement les approches de dépistage du VIH qui font appel aux réseaux sociaux pour les populations clés dans le cadre d'un ensemble complet de services de soins et de prévention. La section suivante résume les résultats de l'examen systématique et la nouvelle recommandation de l'OMS (consulter également l'annexe Web C).

Examen des données : examen systématique des approches de dépistage du VIH qui s'appuient sur les réseaux sociaux parmi les populations clés.

L'examen systématique comprenait 17 études : 14 études comparatives d'observation (184-197) et trois études non comparatives (198-200). Aucun ERC éligible n'a été identifié. Onze études ont été menées auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, dont trois comprenaient des femmes transgenres ; deux études portaient sur les consommateurs de drogues par injection ; une portait sur les travailleuses du sexe ; et une portait à la fois sur les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les travailleuses du sexe. L'Encadré 5.11 présente le résumé des principales conclusions de l'examen systématique.

Les données examinées ont montré que le dépistage du VIH s'appuyant sur les réseaux sociaux était susceptible de produire un taux de **séropositivité** plus élevé que d'autres approches de SDV, suggérant la capacité de cette approche à identifier plus d'infections. Les méta-analyses ont montré que ce type de stratégie tend à produire un taux plus élevé de séropositivité par rapport aux SDV classiques ou effectués dans des lieux particuliers. La qualité des données était très faible.

Les approches de dépistage qui utilisent les réseaux sociaux ont également tendance à atteindre un plus grand nombre de *personnes qui ne se sont jamais fait dépister* que les SDV classiques ou dans des lieux particuliers, mais les données sont incertaines en raison de leur très faible qualité et de la grande variété des estimations. De plus, les données sur l'effet de ces approches sur le **recours** au dépistage ne sont pas concluantes. Une méta-analyse a montré que le recours au

Encadré 5.11. Constatations clés de l'examen systématique

Dans l'ensemble, les études incluses dans l'examen indiquaient que, parmi les partenaires et les contacts, les approches de dépistage du VIH faisant appel aux réseaux sociaux :

- étaient susceptibles d'augmenter les diagnostics de VIH et d'identifier d'autres personnes séropositives ;
- étaient susceptibles d'augmenter l'acceptabilité des services aux partenaires pour l'infection à VIH ;
- étaient réalisables ;
- entraînaient rarement des préjudices sociaux ou des événements indésirables ; et
- pouvaient constituer une utilisation efficace des ressources lorsqu'elles se concentraient sur les personnes exposées à un risque persistant élevé d'infection par le VIH.

dépistage du VIH tendait à être plus faible parmi les contacts des personnes issues de populations clés bénéficiant d'approches de dépistage du VIH faisant appel aux réseaux sociaux que parmi celles bénéficiant de SDV classiques, avec une grande variété d'estimations et des données de très faible qualité. Les études suggèrent qu'il est réalisable pour les populations clés de recruter ou d'inviter leurs contacts à recourir aux SDV.

Les données sur **la liaison** avec les services post-test dans le cadre du dépistage du VIH qui s'appuie sur les réseaux sociaux sont peu nombreuses. Les résultats d'une étude suggèrent que la liaison avec les soins est similaire pour les personnes diagnostiquées séropositives à l'aide d'approches faisant appel aux réseaux sociaux, que ce soit en ligne ou en personne (185).

Le préjudice social parmi les contacts des personnes issues des populations clés est peu fréquent. Dans deux études, 5,5 % des participants (7 sur 128) ont signalé un événement indésirable, qui comprenait cinq querelles verbales chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et deux incidents de violence liée au client chez les travailleurs du sexe (198, 200). Ces incidents de violence parmi les travailleurs du sexe se sont déroulés dans un contexte présentant des taux élevés de violence (en début d'étude, 41 % des participants ont signalé des antécédents de violence entre partenaires) (200).

L'examen **des valeurs et des préférences** pour les approches s'appuyant sur les réseaux sociaux a identifié 14 études parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (n=10 ; une étude comprenait également des personnes transgenres) et les travailleuses du sexe (n=4) (188, 198, 201-212). Les études ont démontré l'acceptabilité des approches utilisant les réseaux sociaux parmi les utilisateurs visés, en particulier pour les approches impliquant la distribution de kits d'autotest du VIH.

Dans deux études, un nombre important d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ont indiqué qu'ils recruteraient leurs partenaires ou contacts pour les SDV et que, dans certains cas, cela dépendrait de la méthode de recrutement (205, 210). Dans une étude, des hommes séronégatifs à risque élevé ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ont reçu des kits d'autotest du VIH pour leurs partenaires (198). Dans le cadre de cette étude, 27 participants index ont offert des kits d'autotest du VIH à 124 partenaires, dont 101 ont accepté les kits. Parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, certains ont exprimé des inquiétudes quant à l'utilisation d'un kit d'autotest du VIH avec un partenaire par crainte de susciter la colère ou d'autres réactions négatives de la part du partenaire, et ne voulant pas leur divulguer leur propre résultat. Les participants ont estimé que l'utilisation d'un kit d'autotest du VIH immédiatement avant le rapport sexuel n'était pas idéale, et ils ont déclaré ressentir une certaine angoisse en attendant le résultat (198).

L'importance d'encourager les partenaires sexuels et contacts sociaux à se faire tester pour le VIH a été reconnue par les travailleuses du sexe formées en tant qu'éducatrices de paires (188, 204). Dans une autre étude, les travailleurs du sexe ont indiqué qu'ils seraient réceptifs à des pairs formés qui fourniraient des informations avant le test sans effectuer le dépistage du VIH (206). Dans une étude dans laquelle des travailleurs du sexe au Kenya distribuaient des kits d'autotest du VIH à leurs contacts sociaux et sexuels, les participants ont signalé que l'autodépistage du VIH était facile à réaliser et que leurs contacts appréciaient le fait de connaître leur statut VIH (207). Dans cette étude, deux parmi 16 travailleuses du sexe qui avaient suggéré le dépistage à leurs clients ont fait état d'agressions verbales et/ou sexuelles (207).

À ce jour, il n'existe que peu de données sur les valeurs et les préférences relatives au dépistage s'appuyant sur les réseaux sociaux parmi les travailleurs du sexe et d'autres populations clés, y compris les personnes transgenres, les consommateurs de drogues par injection et les personnes privées de liberté ou vivant dans des environnements confinés. D'autres études et expériences de mise en œuvre seront d'une aide précieuse pour comprendre les avantages et les inconvénients potentiels de cette approche pour ces populations.

Faisabilité et utilisation des ressources

L'examen a identifié des études sur les approches de dépistage du VIH utilisant les réseaux sociaux qui ont été menées dans divers contextes géographiques et groupes de populations clés. Cette diversité indique qu'il est réalisable de mettre en œuvre des approches de dépistage qui font appel aux réseaux sociaux parmi les populations clés, en particulier quand des kits d'autotest du VIH sont utilisés et dans le cadre des services aux partenaires.

Trois études ont rendu compte des coûts de ce type de dépistage du VIH ; deux aux États-Unis d'Amérique et une en Inde. Le coût pour chaque contact testé était de US \$ 191 aux États-Unis d'Amérique (213). Le coût d'un nouveau diagnostic de séropositivité variait considérablement selon la population, à savoir de US \$ 189 à 61 165 pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, contre US \$ 51 à 2072 pour les consommateurs de drogues par injection en Inde (214). Les coûts semblaient plus élevés en fonction du taux de séropositivité parmi les contacts.

Une étude aux États-Unis d'Amérique a indiqué que le dépistage du VIH par le biais des réseaux sociaux chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes coûtait moins cher que les SDV classiques (215). L'identification de nouvelles infections à VIH contribuait en grande partie à la réduction des coûts (215).

Recommandation

Compte tenu des données examinées et des informations sur l'acceptabilité, la faisabilité et les besoins en ressources, le GDG a jugé que les avantages globaux du dépistage faisant appel aux réseaux sociaux l'emporteraient probablement sur les inconvénients et les risques potentiels. Par consensus, le GDG a décidé de faire une recommandation conditionnelle sur le dépistage du VIH qui s'appuie sur les réseaux sociaux (Encadré 5.12). La force de la recommandation et la qualité des données ont été déterminées par la méthodologie GRADE.⁶

Encadré 5.12. Recommandation de l'OMS sur les approches de dépistage du VIH qui s'appuient sur les réseaux sociaux

NEW Les approches faisant appel aux réseaux sociaux peuvent être proposées comme stratégie de dépistage du VIH parmi les populations clés dans le cadre d'un ensemble complet de services de soins et de prévention (*recommandation conditionnelle, données de très faible qualité*).

Considérations pour la mise en œuvre des services aux partenaires et des approches de dépistage du VIH qui s'appuient sur les réseaux sociaux

Il est essentiel d'optimiser les services aux partenaires et les approches de dépistage du VIH qui utilisent les réseaux sociaux pour maximiser leur impact. Les services aux partenaires peuvent être dispensés de différentes manières, notamment la notification par le patient lui-même (notification passive) et la notification par le prestataire (notification assistée), comme cela est résumé dans l'Encadré 5.10. En plus des services conventionnels aux partenaires, des approches de dépistage s'appuyant sur les réseaux sociaux peuvent être proposées aux populations clés, lorsque cette stratégie est soutenue par la politique nationale. À ce jour, la plupart des données sur l'efficacité de ces types d'approches proviennent d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, avec quelques données provenant d'autres populations clés, notamment des

⁶ Système d'évaluation de la valeur des recommandations (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, GRADE), utilisé dans le cadre des examens systématiques. Consulter le manuel de l'OMS pour l'élaboration des lignes directrices, 2e édition. <http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js22083en/> (en anglais).

personnes transgenres, des consommateurs de drogues par injection et des travailleuses du sexe. La participation des réseaux et des groupes communautaires à la conception, au développement et à la mise en œuvre doit être favorisée si des approches basées sur les réseaux sociaux sont envisagées pour les populations clés.

Parmi les considérations pour les services aux partenaires et les approches de dépistage du VIH qui s'appuient sur les réseaux sociaux, on citera :

- Il est essentiel de **respecter et protéger la vie privée et la confidentialité** des patients et de leurs partenaires dans le cadre de la prestation des services aux partenaires, dont le dépistage faisant appel aux réseaux sociaux, parmi les populations clés. Ceci est particulièrement important lorsque les partenaires n'ont pas encore réciproquement divulgué leur statut VIH.
- Il est important d'**assurer que la participation aux services aux partenaires est volontaire**. Lorsque des services aux partenaires et des approches utilisant les réseaux sociaux sont proposés, le patient doit être informé des avantages et des mises en garde, et s'assurer que la décision de contacter des partenaires ou d'autres personnes à partir de réseaux sociaux est entièrement volontaire et prise sans pression.
- Les services aux partenaires et les approches faisant appel aux réseaux sociaux peuvent être **différenciés et adaptés** selon le contexte local, le lieu et les préférences des patients. Bien que les patients doivent être informés et encouragés à recourir à la notification par le prestataire, ils doivent avoir la **possibilité de choisir parmi toutes les options disponibles** pour les services aux partenaires ou de les refuser complètement. Ils peuvent également choisir différentes méthodes pour différents partenaires. Par exemple, ils peuvent préférer informer eux-mêmes leurs principaux partenaires (notification passive), mais ils peuvent ne pas être suffisamment à l'aise pour informer d'autres partenaires et opter dans ce cas pour la notification assistée par le prestataire.
- Lorsque cela est réalisable et soutenu par la politique nationale, des approches de dépistage du VIH qui s'appuient sur les réseaux sociaux peuvent être proposés aux **personnes séropositives et séronégatives des populations clés**. Ces approches peuvent être particulièrement utiles lorsque les patients des populations clés hésitent à accepter la notification assistée car cela exige qu'ils identifient leurs partenaires auprès du prestataire, ou car ils craignent la stigmatisation, la discrimination ou des poursuites.
- Toutes les personnes issues de populations clés récemment diagnostiquées séropositives peuvent se voir proposer des services aux partenaires volontaires, y compris des approches utilisant les réseaux sociaux, le cas échéant, **au moment du diagnostic et périodiquement par la suite**, selon les besoins ; avec le temps cependant, le degré d'acceptabilité de ces services parmi les patients peut varier ou les partenaires peuvent changer.
- Lors de la mise en œuvre d'une approche qui s'appuie sur les réseaux sociaux, il convient d'évaluer s'il est préférable de proposer ces services pendant **une période limitée (par vagues) ou en permanence**. Ces types d'approches sont **plus efficaces lorsqu'ils se concentrent** sur les réseaux sociaux des personnes issues de populations clés qui sont exposées à un risque élevé. D'une manière générale, des vagues plus nombreuses ou de plus longue durée permettent de pénétrer plus profondément ces réseaux et peuvent ainsi identifier plus de personnes séropositives non diagnostiquées, mais qui auront besoin de plus de ressources.

Les services aux partenaires et les approches de dépistage du VIH qui s'appuient sur les réseaux sociaux doivent toujours constituer des processus volontaires. L'OMS ne soutient pas les services aux partenaires ou les SDV obligatoires ou coercitifs.

- **Les prestataires de soins doivent être conscients du potentiel de violence conjugale et d'abus sexuels et doivent aider les patients à prendre des décisions qui garantissent leur sécurité.** Les personnes qui craignent qu'un partenaire ou contact social réagisse mal à la proposition de SDV doivent avoir la possibilité de refuser les services aux partenaires et doivent être accompagnées dans cette décision. Les personnes issues des populations clés, en particulier les travailleurs du sexe, sont souvent victimes de violences sexuelles et d'autres abus. Il est essentiel d'assurer qu'ils participent en connaissance de cause et volontairement aux services pour éviter toute conséquence négative. La participation des réseaux locaux de travailleurs du sexe et des membres de la communauté ainsi que la surveillance attentive des résultats indésirables imprévus sont essentielles afin que les programmes puissent être ajustés pour y remédier. Les femmes qui divulguent des antécédents de violence conjugale doivent bénéficier d'un soutien immédiat en première ligne de la part du prestataire de soins ou d'un autre prestataire au sein du même service de santé ou d'un autre service facilement accessible
- **La participation, la sensibilisation et le soutien de la communauté** sont essentiels pour développer et mettre en œuvre efficacement les services aux partenaires, et notamment le dépistage du VIH qui s'appuie sur les réseaux sociaux. Il est particulièrement important de responsabiliser les personnes issues des populations clés et de veiller à ce qu'elles soient informées des avantages et des inconvénients potentiels des services aux partenaires.
- **Le suivi et l'évaluation continus** des approches de mise en œuvre pour les services aux partenaires sont requis pour en améliorer la prestation et en optimiser l'impact. Pour cela, il faut définir et relever des indicateurs pertinents et développer un plan de suivi et d'évaluation (voir l'annexe Web H). Il est également important de surveiller le préjudice social et, en présence de résultats indésirables imprévus, d'examiner et d'ajuster rapidement les programmes.
- Dans la mesure du possible, on peut envisager **l'intégration des services aux partenaires pour le VIH** dans les services aux partenaires ou la recherche des contacts pour d'autres maladies, en fonction du contexte et de l'épidémie, comme le dépistage d'autres IST, de la tuberculose et de l'hépatite virale, dans le but d'améliorer l'efficacité et d'optimiser l'utilisation des ressources.

Modèles et outils prometteurs

À partir des données examinées, plusieurs modèles et outils prometteurs pour le dépistage du VIH faisant appel aux réseaux sociaux sont apparus et peuvent être envisagés. D'autres modèles adaptés au contexte local peuvent également être utilisés et adaptés à mesure que les données et l'expérience se multiplient.

- **Les éducateurs ou pairs recruteurs** peuvent mettre en œuvre efficacement le dépistage du VIH qui s'appuie sur les réseaux sociaux. Dans trois pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale par exemple, la distribution de bons de SDV gratuits effectués par des agents pairs de proximité a permis d'identifier d'autres personnes séropositives parmi les travailleurs du sexe. Les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les travailleuses du sexe ont appuyé le dépistage du VIH faisant appel aux réseaux sociaux pour encourager les pairs à se faire dépister.
- **La distribution de kits d'autotest du VIH aux partenaires et aux contacts sociaux** est un moyen prometteur pour concrétiser cette approche de dépistage du VIH. La distribution de ces kits par les patients séropositifs et séronégatifs à leurs partenaires et réseaux sociaux est une approche acceptable et réalisable, et peut améliorer le recours au dépistage. L'utilisation des kits peut améliorer l'acceptabilité, la couverture et l'efficacité des services aux partenaires. Cette approche doit s'accompagner d'informations et d'outils de soutien pour faciliter la liaison avec les services de prévention, de traitement et de soins (voir la section 5.3.3).

- **De nouveaux outils et technologies**, comme les médias numériques et sociaux, la messagerie texte et d'autres plateformes Web, utilisés pour atteindre les réseaux sociaux, sont envisageables et peuvent améliorer l'acceptabilité des services aux partenaires, en particulier parmi les jeunes issus de populations clés. Certaines personnes peuvent préférer la prise de contact en personne, les appels téléphoniques ou le courrier électronique.
- L'utilisation de **méthodes anonymes** pour les services aux partenaires et les approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux peut être approprié pour protéger la confidentialité, en particulier lorsqu'il s'agit d'atteindre les adolescents et les jeunes issus de populations clés et dans les contextes où ces populations sont victimes de stigmatisation, de discrimination et de criminalisation.

Formation des prestataires de soins

Les prestataires chargés de dispenser les services aux partenaires, y compris les approches faisant appel aux réseaux sociaux, doivent suivre une formation adéquate et un programme de renforcement des capacités conçus pour développer les connaissances, les compétences et les capacités dans les domaines suivants :

- **proposer des services aux partenaires sans porter de jugement**, et notamment identifier les patients qui peuvent bénéficier de ces services, engager un dialogue avec les patients sur les partenaires et les contacts sociaux, trouver les partenaires et les contacts sociaux et leur proposer des SDV volontaires ou soutenir les patients lorsqu'ils veulent proposer eux-mêmes ces services, et faciliter la divulgation réciproque pour les couples ;
- **documenter et notifier** les tentatives et les résultats des services aux partenaires (recours au dépistage, résultat du test et liaison avec les services ultérieurs), en utilisant des formulaires normalisés et des liens vers les dossiers des patients index dans le cadre du suivi de routine du programme (voir l'annexe Web H) ;
- **surveiller et réduire le plus possible le risque de préjudice et de violence** pour les patients et les prestataires lors de la prestation de services aux partenaires, notamment en garantissant la confidentialité des patients et de leurs partenaires ; si des conséquences indésirables imprévues sont identifiées, celles-ci doivent être notifiées afin que les programmes puissent être modifiés rapidement ; et
- **être sensibilisé aux facteurs juridiques et politiques** qui affectent la façon dont les prestataires de soins discutent des services aux partenaires pour le VIH et proposent ces services, y compris le dépistage du VIH faisant appel aux réseaux sociaux.

References

1. Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2015.
2. Service delivery approaches for HIV testing and counselling: a strategic framework. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/hiv/pub/vct/htc_framework/en/, accessed 26 August 2019).
3. Improving the quality of HIV-related point-of-care testing: ensuring the reliability and accuracy of test results. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://www.who.int/hiv/pub/toolkits/handbook-point-of-care-testing/en/>, accessed 26 August 2019).
4. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach - second edition. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/>, accessed 26 August 2019).
5. Church K, Wringe A, Fakudze P, Kikuvi J, Simelane D, Mayhew SH. The relationship between service integration and client satisfaction: a mixed methods case study within HIV services in a high prevalence setting in Africa. *AIDS patient care and STDs*. 2012;26(11):662-73.
6. Church K, Wringe A, Fakudze P, Kikuvi J, Simelane D, Mayhew SH. Are integrated HIV services less stigmatizing than stand-alone models of care? A comparative case study from Swaziland. *Journal of the International AIDS Society*. 2013;16:17981.
7. Kennedy CE, Haberlen SA, Narasimhan M. Integration of sexually transmitted infection (STI) services into HIV care and treatment services for women living with HIV: a systematic review. *BMJ open*. 2017;7(6):e015310.
8. Sweeney S, Obure CD, Maier CB, Greener R, Dehne K, Vassall A. Costs and efficiency of integrating HIV/AIDS services with other health services: a systematic review of evidence and experience. *Sexually Transmitted Infections*. 2012;88(2):85-99.
9. Uyei J, Coetzee D, Macinko J, Guttmacher S. Integrated delivery of HIV and tuberculosis services in sub-Saharan Africa: a systematic review. *The Lancet Infectious Diseases*. 2011;11(11):855-67.
10. Kennedy CE, Yeh PT, Johnson C, Baggaley R. Should trained lay providers perform HIV testing? A systematic review to inform World Health Organization guidelines. *AIDS Care*. 2017;29(12):1473-9.
11. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275474/9789241550369-eng.pdf?ua=1&ua=1>, accessed 12 Nov 2019).
12. Differentiated service delivery for HIV: A decision framework for HIV testing services. Geneva: International AIDS Society; 2018.
13. 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 (<https://www.who.int/hiv/pub/advocacy/universalaccess/en/>, accessed 3 Sept 2019).
14. Ferrer L, Loureiro E, Meulbroek M, Folch C, Perez F, Esteve A, et al. High HIV incidence among men who have sex with men attending a community-based voluntary counselling and testing service in Barcelona, Spain: results from the ITACA cohort. *Sexually Transmitted Infections*. 2016;92(1):70-5.
15. Kilembe W, Wall KM, Mokgoro M, Mwaanga A, Dissen E, Kamusoko M, et al. Implementation of couples' voluntary HIV counseling and testing services in Durban, South Africa. *BMC public health*. 2015;15(1):601.
16. Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. Geneva: World Health Organization; 2007.
17. Evidence for Contraceptive Options and HIV Outcomes (ECHO) trial consortium. HIV incidence among women using intramuscular depot medroxyprogesterone acetate, a copper intrauterine device, or a levonorgestrel implant for contraception: a randomised, multicentre, open-label trial. *Lancet*. 2019;394(10195):303-13.
18. Narasimhan M, Yeh PT, Haberlen S, Warren CE, Kennedy CE. Integration of HIV testing services into family planning services: a systematic review. *Reproductive Health*. 2019;16(1):61.
19. Global Tuberculosis report. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/tb/global-report-2019>, accessed 12 Nov 2019).
20. Nliwasa M, MacPherson P, Gupta Wright A, Mwapasa M, Horton K, Odland JØ, et al. High HIV and active tuberculosis prevalence and increased mortality risk in adults with symptoms of TB: a systematic review and meta analyses. *Journal of the International AIDS Society*. 2018;21(7).

21. Guidelines for intensified tuberculosis case-finding and isoniazid preventive therapy for people living with HIV in resource-constrained settings. Geneva: World Health Organization; 2011 (https://www.who.int/tb/challenges/hiv/ICF_IPTguidelines/en/, accessed 26 August 2019).
22. Nliwasa M, MacPherson P, Singh V, Baddeley A, Baggaley R, Jamil M, et al. The relationship between population-level HIV prevalence and HIV prevalence in patients confirmed TB disease and patients presenting with TB symptoms in low and middle income countries: a systematic literature review and meta-analysis. Geneva: World Health Organization; 2019.
23. Owiti P, Onyango D, Momanyi R, Harries AD. Screening and testing for tuberculosis among the HIV-infected: outcomes from a large HIV programme in western Kenya. *BMC public health*. 2019;19(1):29-.
24. Ramachandran R, Chandrasekaran V, Muniyandi M, Jaggarajamma K, Bagchi A, Sahu S. Cross-referral between HIV counselling and testing centres and smear microscopy centres in Tamil Nadu. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2009;13(2):221-5.
25. Shetty PV, Granich RM, Patil AB, Sawant SK, Sahu S, Wares DF, et al. Cross-referral between voluntary HIV counselling and testing centres and TB services, Maharashtra, India, 2003-2004. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2008;12(3 Suppl 1):26-31.
26. Kalichman SC, Pellowski J, Turner C. Prevalence of sexually transmitted co-infections in people living with HIV/AIDS: systematic review with implications for using HIV treatments for prevention. *Sex Transm Infect*. 2011;87(3):183-90.
27. Dukers-Muijers NH, Niekamp AM, Vergoossen MM, Hoebe CJ. Effectiveness of an opting-out strategy for HIV testing: evaluation of 4 years of standard HIV testing in a STI clinic. *Sex Transm Infect*. 2009;85(3):226-30.
28. Heijman RLJ, Stolte IG, Thiesbrummel HFJ, van Leent E, Coutinho RA, Fennema JSA, et al. Opting out increases HIV testing in a large sexually transmitted infections outpatient clinic. *Sexually Transmitted Infections*. 2009;85(4):249-55.
29. Leon N, Naidoo P, Mathews C, Lewin S, Lombard C. The impact of provider-initiated (opt-out) HIV testing and counseling of patients with sexually transmitted infection in Cape Town, South Africa: a controlled trial. *Implementation Science*. 2010;5(1):8.
30. Effectiveness of interventions to address HIV in prisons. Geneva: World Health Organization; 2007 (https://www.who.int/hiv/pub/prisons/e4a_prisons/en/, accessed 26 August 2019).
31. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>, accessed 4 Sept 2019).
32. World drug report 2019. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2019 (<https://wdr.unodc.org/wdr2019/>, accessed 4 Sept 2019).
33. A framework for voluntary medical male circumcision: effective HIV prevention and a gateway to improved adolescent boys' & men's health in Eastern and Southern Africa by 2021. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/246234>, accessed 26 August 2019).
34. Control CfD, Prevention. Progress in voluntary medical male circumcision service provision-Kenya, 2008-2011. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 2012;61(47):957.
35. Davis SM, Hines JZ, Habel M, Grund JM, Ridzon R, Baack B, et al. Progress in voluntary medical male circumcision for HIV prevention supported by the US President's Emergency Plan for AIDS Relief through 2017: longitudinal and recent cross-sectional programme data. *BMJ open*. 2018;8(8):e021835-e.
36. HIV indicator conditions: guidance for implementing HIV testing in adults in health care settings. Copenhagen: HIV in Europe; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv/aids/news/news/2012/11/new-guidance-on-hiv-testing-in-indicator-conditions>, accessed 26 August 2019).
37. Espinel M, Belza MJ, Cabeza-de-Vaca C, Arranz B, Guerras JM, Garcia-Soltero J, et al. Indicator condition based HIV testing: missed opportunities for earlier diagnosis in men who have sex with men. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2018;36(8):465-71.
38. Joore IK, Twisk DE, Vanrolleghem AM, de Ridder M, Geerlings SE, van Bergen JE, et al. The need to scale up HIV indicator condition-guided testing for early case-finding: a case-control study in primary care. *BMC family practice*. 2016;17(1):161.
39. Ruutel K, Lemsalu L, Latt S. Monitoring HIV-indicator condition guided HIV testing in Estonia. *HIV Med*. 2018;19 Suppl 1:47-51.
40. Sullivan AK, Raben D, Reekie J, Rayment M, Mocroft A, Esser S, et al. Feasibility and effectiveness of indicator condition-guided testing for HIV: results from HIDES I (HIV indicator diseases across Europe study). *PLoS One*. 2013;8(1):e52845.

41. Hansoti B, Kelen GD, Quinn TC, Whalen MM, DesRosiers TT, Reynolds SJ, et al. A systematic review of emergency department based HIV testing and linkage to care initiatives in low resource settings. *PLoS One*. 2017;12(11):e0187443-e.
42. Quinn C, Wong V, Jamil M, Baggaley R, Johnson C. Symptom and risk-based screening tools to optimise provider-initiated testing and counselling for HIV in high and low HIV burden settings: a scoping review. Geneva: World Health Organization; 2019.
43. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2013 (<https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/en/>, accessed 26 August 2019).
44. Global AIDS update 2019 — Communities at the centre. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2019.
45. Stankard P, Groves A, Jamil MS, Baggaley R, Johnson C. A systematic review of community-based HIV testing in the general population and key populations. Geneva: World Health Organization; 2019.
46. Kabami J, Chamie G, Kwarisiima D, Biira E, Ssebutinde P, Petersen M, et al. Evaluating the feasibility and uptake of a community-led HIV testing and multi-disease health campaign in rural Uganda. *Journal of the International AIDS Society*. 2017;20(1):21514.
47. Nguyen VTT, Phan HT, Kato M, Nguyen Q-T, Le Ai KA, Vo SH, et al. Community-led HIV testing services including HIV self-testing and assisted partner notification services in Vietnam: lessons from a pilot study in a concentrated epidemic setting. *Journal of the International AIDS Society*. 2019;22(S3):e25301.
48. The impact of HIV and AIDS on the world of work: Global estimates. Geneva: International Labour Organization; 2018.
49. HIV self-testing at the workplace. Geneva: World Health Organization; International Labour Organization; 2018 (<https://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv-self-testing-workplace/en/>, accessed 26 August 2019).
50. Jobson G, Khoza S, Mbeng R, Befula N, Struthers HE, Kerongo G, et al. Bridging the gap: reaching men for HIV testing through religious congregations in South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2019;81(5):e160-e2.
51. Hayes RJ, Donnell D, Floyd S, Mandla N, Bwalya J, Sabapathy K, et al. Effect of Universal Testing and Treatment on HIV Incidence — HPTN 071 (PopART). *New England Journal of Medicine*. 2019;381(3):207-18.
52. Makhema J, Wirth KE, Pretorius Holme M, Gaolathe T, Mmalane M, Kadima E, et al. Universal Testing, Expanded Treatment, and Incidence of HIV Infection in Botswana. *New England Journal of Medicine*. 2019;381(3):230-42.
53. Guidelines on HIV self-testing and partner notification: a supplement to the consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2016.
54. HIV self-testing strategic framework: a guide for planning, introducing and scaling up. Geneva: World Health Organization; 2018.
55. Asiiimwe 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 and Behavior*. 2014;18:2477-84.
56. Chang W, Matambanadzo P, Takaruzza A, al. E. Effect of prices, distribution strategies, and marketing factors on demand for HIV self-tests: A randomized trial (under review). Personal communication. 2019.
57. Dovel K, Balakasi K, Shaba F, Phiri K, Offorjebe O, Gupta S, et al. A randomized trial on index HIV self-testing for partners of art clients in Malawi. CROI; March 4-7; Seattle 2019.
58. Gichangi A, Wambua J, Mutwiwa S, Njogu R, Bazant E, Wamicwe J, et al. Impact of HIV self-test distribution to male partners of ANC clients: Results of a randomized controlled trial in Kenya. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2018;79(4):467-73.
59. Jamil MS, Prestage G, Fairley CK, Grulich AE, Smith KS, Chen M, et al. Effect of availability of HIV self-testing on HIV testing frequency in gay and bisexual men at high risk of infection (FORTH): a waiting-list randomised controlled trial. *Lancet HIV*. 2017;4(6):e241-50.
60. Katz DA, Golden MR, Hughes JP, Farquhar C, Stekler JD. HIV self-testing increases HIV testing frequency in high-risk men who have sex with men: A randomized controlled trial. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2018;78(5):505-12.
61. Kelvin EA, George G, Kinyanjui S, Mwai E, Romo ML, Oruko F, et al. Announcing the availability of oral HIV self-test kits via text message to increase HIV testing among hard-to-reach truckers in Kenya: a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2019a;19(1):7.

62. Kelvin EA, George G, Mwai E, Kinyanjui S, Romo ML, Odhiambo JO, et al. A randomized controlled trial to increase HIV testing demand among female sex workers in Kenya through announcing the availability of HIV self-testing via text message. [References]. *AIDS and Behavior*. 2019b;23(1):116-25.
63. Kelvin EA, George G, Mwai E, Nyaga E, Mantell JE, Romo ML, et al. Offering self-administered oral HIV testing to truck drivers in Kenya to increase testing: a randomized controlled trial. *AIDS Care*. 2018;30(1):47-55.
64. MacGowan RJ, Chavez PR, Borkowf CB, Sullivan PS, J.H. M, editors. The impact of HIV self-testing among internet-recruited MSM, eSTAMP 2015-2016. 9th IAS Conference on HIV Science (IAS 2017); 2017 23-26 July; Paris.
65. Masters SH, Agot K, Obonyo B, Napierala Mavedzenge S, Maman S, Thirumurthy Hai Masters SH, et al. Promoting partner testing and couples testing through secondary distribution of HIV self-tests: A randomized clinical trial. *PLoS Medicine*. 2016;13(11):e1002166.
66. Merchant RC, Clark MA, Liu T, Romanoff J, Rosenberger JG, Bauermeister J, et al. Comparison of home-based oral fluid rapid HIV self-testing versus mail-in blood sample collection or medical/community HIV testing by young adult black, hispanic, and white MSM: results from a randomized trial. *AIDS and Behavior*. 2017(United States).
67. Patel AV, Abrams SM, Gaydos CA, Jett-Goheen M, Latkin CA, Rothman RE, et al. Increasing HIV testing engagement through provision of home HIV self-testing kits for patients who decline testing in the emergency department: a pilot randomisation study. *Sexually Transmitted Infections*. 2018;95(5):358-60.
68. Pettifor A, Kahn K, Kimaru L, Mayakayaka Z, Selin A, Haber NA, et al. HIV self-testing increases testing in young South African women: Results of an RCT. *Topics in Antiviral Medicine*. 2018;Conference: 25th Conference on Retroviruses and Opportun(Supplement 1):452s.
69. Wang Z, Lau JTF, Ip M, Ho SPY, Mo PKH, Latkin C, et al. A randomized controlled trial evaluating efficacy of promoting a home-based HIV self-testing with online counseling on increasing HIV testing among men who have sex with men. *AIDS and Behavior*. 2018;22(1):190-201.
70. Wray TB, Chan PA, Simpanen E, Operario D. A pilot, randomized controlled trial of HIV self-testing and real-time post-test counseling/referral on screening and preventative care among men who have sex with men. *AIDS patient care and STDs*. 2018;32(9):360-7.
71. Zhu X, Zhang W, Operario D, Zhao Y, Shi A, Zhang Z, et al. Effects of a mobile health intervention to promote HIV self-testing with MSM in China: A randomized controlled trial. *AIDS and Behavior*. 2019;doi: 10.1007/s10461-019-02452-5.
72. Chanda MM, Ortblad KF, Mwale M, Chongo S, Kanchele C, Kamungoma N, et al. HIV self-testing among female sex workers in Zambia: A cluster randomized controlled trial. *PLoS Medicine*. 2017;14(11):e1002442.
73. Choko AT, Corbett EL, Stallard N, Maheswaran H, Lepine A, Johnson CC, et al. HIV self-testing alone or with additional interventions, including financial incentives, and linkage to care or prevention among male partners of antenatal care clinic attendees in Malawi: An adaptive multi-arm, multi-stage cluster randomised trial. *PLoS Medicine*. 2019a;16(1):e1002719.
74. Choko AT, Neuman M, Fielding K, al. E. Reaching partners of antenatal and index HIV-positive patients in Malawi: a pragmatic cluster randomized trial evaluating uptake, yield, and accuracy of secondary distribution of HIV self-test kits (accepted). *AIDS Impact 14th International Conference*; 29-31 July; London2019b.
75. Dovel K, Nyirenda M, Shaba F, Oforjebe OA, Balakaksi K, Nichols BE, et al., editors. Facility-based HIV self-testing for outpatients dramatically increases HIV testing in Malawi: A cluster randomized trial. 22nd International AIDS Conference; 2018 23-27 July; Amsterdam, the Netherlands.
76. Hatzold K, Cowan F, Mavhu W, Neuman M. Cluster randomized trial of innovative demand creation strategies to increase VMMC uptake in Zimbabwe. Personal communication. 2019.
77. Indravudh P, Fielding K, Neuman M, Chilongosi R, Mkandawire P, Nyondo E, et al., editors. Increasing knowledge of HIV status and demand for antiretroviral therapy using community-based HIV self-testing in rural communities: A cluster randomised trial in Malawi. 22nd International AIDS Conference; 2018 23-27 July; Amsterdam, the Netherlands.
78. Indravudh PP, Fielding K, Kumwenda MK, Nzawa R, Chilongosi R, Desmond N, et al. Community-led delivery of HIV self-testing targeting adolescents and men in rural Malawi: a cluster-randomised trial IAS; 21-24 July; Mexico2019.
79. 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.

80. Mulubwa C, Hensen B, Phiri MM, Shanaube K, Schaap AJ, Floyd S, et al. Community based distribution of oral HIV self-testing kits in Zambia: a cluster-randomised trial nested in four HPTN 071 (PopART) intervention communities. *The Lancet*. 2019;6(2):e81-e92.
81. Nichols BE, Cele R, Chasela C, Siwale Z, Lungu AS, Long L, et al. Cost and impact of community-based, assisted HIV self-testing amongst youth in Zambia. CROI; March 4-7; Seattle2019.
82. Ortblad K, Kibuuka Musoke D, Ngabirano T, Nakitende A, Magoola J, Kayiira P, et al. Direct provision versus facility collection of HIV self-tests among female sex workers in Uganda: A cluster-randomized controlled health systems trial. *PLoS Medicine*. 2017;14(11):e1002458.
83. Shahmanesh M, Mthiyane TN, Herbst C, al. E. A cluster-randomised controlled trial to determine the effect of peer delivery HIV Self-Screening to support linkage to HIV prevention in rural KwaZulu-Natal, South Africa: interim analysis (accepted). *AIDS Impact 14th International Conference*; 29-31 July; London2019.
84. Sibanda E, Neuman M, Tumushime M, Hatzold K, Watadzaushe C, Mutseta MN, et al. Linkage to care after HIV self-testing in Zimbabwe: A cluster-randomised trial. *Topics in Antiviral Medicine*. 2018;Conference: 25th Conference on Retroviruses and Opportun(Supplement 1):64s.
85. Tang W, Wei C, Cao B, Wu D, Li KT, Lu H, et al. Crowdsourcing to expand HIV testing among men who have sex with men in China: A closed cohort stepped wedge cluster randomized controlled trial. *PLoS Medicine*. 2018;15(8):e1002645.
86. Tsamwa D, Handima N, Sigande L, Nalubamba M, Simwinga M, Mwinga A, et al. Does community distribution of HIV self-test kits increase uptake of HIV testing at population level? results of a cluster-randomised trial in Zambia. *AIDS Research and Human Retroviruses*. 2018;Conference: HIV Research for Prevention Conference, HIVR(Supplement 1):279.
87. Chang W, Matambanadzo P, Takaruzza A, Hatzold K, Cowan FM, Sibanda E, et al. Effect of prices, distribution strategies, and marketing on demand for HIV self-testing in Zimbabwe: a randomized clinical trial. *JAMA Netw Open*. 2019;2(8):e199818-e.
88. Tang W, Wei C, Cao B, Wu D, Li KT, Lu H, et al. Crowdsourcing to expand HIV testing among men who have sex with men in China: A closed cohort stepped wedge cluster randomized controlled trial. *PLoS medicine*. 2018;15(8):e1002645.
89. Nichols BE, O.A. Offorjebe, R. Cele, F. Shaba, L.C. Long, S. Rosen, K. Dovel, on behalf of EQUIP, editor Economic evaluation of HIV self-testing in outpatient departments in Malawi: Results from EQUIP. 22nd International AIDS Conference; 2018; Amsterdam, the Netherlands.
90. Sibanda E, Neuman M, Tumushime M, Hatzold K, Watadzaushe C, Mutseta M, et al. Linkage to care after HIV self-testing in Zimbabwe: a cluster-randomised trial. *Conference on Opportunistic Infections and Retroviruses*; 3-6 Mar; Boston, USA2018.
91. Adeagbo O, Herbst C, Dlamini N, Mhlongo T, Sonnenberg P, Estcourt C, et al. Building mobile phone-connected diagnostics and online pathways for HIV care: early findings from the m-Africa formative study in KwaZulu-Natal, South Africa. *International AIDS conference 2018; Paris, France2018*. p. 85.
92. Agot K, Muthumbi G, Kimani J, Gichangi P, Musyoki H, Onyango J, et al. Potential benefits and risks of HIV self-testing access by female sex workers: Views of service providers, outreach workers and sex workers in Kenya. *Aids Research and Human Retroviruses*. 2016;32:164-.
93. Anand T, Nitpolprasert C, Kerr S, Apornpong T, Ananworanich J, Phanuphak P, et al. Factors influencing and associated with the decision to join in Thailand's first online supervised HIV self-testing and counselling initiative. *International Congress of Drug Therapy in HIV; 2016: Journal of the International AIDS Society*; 2016. p. 228.
94. Balan I, Frasca T, Dolezal C, Brown W, Rael CT, Cruz C, et al. Acceptability of a new smartphone-based HIV and syphilis test to screen sexual partners among high risk MSM and transgender women. *AIDS Research and Human Retroviruses*; 2016; Netherlands: Mary Ann Liebert Inc.; 2016. p. 64.
95. Balan I, Lopez-Rios J, Lentz C, Dolezal C. Among high risk MSM and TGW, low knowledge and concern about syphilis and disinterest in using a rapid test to screen sexual partners: How might dual HIV/Syphilis tests help? *STD Prevention Conference 2018; Netherlands: Sexually Transmitted Diseases*; 2018. p. S105.
96. Baraitser P, Howroyd C, Courtenay M, Amos-Gibbs S, Ardines E, Holdsworth G, et al. Comparing uptake and acceptability of online self-sampling and self-testing for HIV. *Joint Conference of the British HIV Association, BHIVA with the British Association for Sexual Health and HIV*; 2018; Netherlands: HIV Medicine; 2018. p. S19.
97. Brady M, Howells W, James C, Edwardes D, Bard B, Carpenter G. HIV self-testing: feasibility and acceptability of a large scale national service. *Conference of the British HIV Association*; 2017: HIV Medicine; 2017.
98. 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 and Behavior*. 2016;20(9):2000-9.

99. Carballo-Diequez 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? *Journal of Sex Research*. 2012;49:379-87.
100. Choko AT, Nanfuka M, Birungi J, Taasi G, Kisembo P, Helleringer S. A pilot trial of the peer-based distribution of HIV self-test kits among fishermen in Bulisa, Uganda. *Plos One*. 2018;13(11):e0208191.
101. Choko Augustine T, MacPherson P, Webb Emily L, Willey Barbara A, 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 Medicine*. 2015;12(9):e1001873-e 1p.
102. Conserve DF, Muessig KE, Maboko LL, Shirima S, Kilonzo MN, Maman S, et al. Mate Yako Afya Yako: Formative research to develop the Tanzania HIV self-testing education and promotion (Tanzania STEP) project for men. *Plos One*. 2018;13(8):e0202521.
103. Dacombe RJ, Watson V, Nyirenda L, Madanhire C, Simwinda M, Chepuka L, et al. Regulation of HIV self-testing in Malawi, Zambia and Zimbabwe: a qualitative study with key stakeholders. *Journal of the International AIDS Society*. 2019(not found):e25229.
104. De Boni RB, Lentini N, Santelli AC, Barbosa A, Jr., Cruz M, Bingham T, et al. Self-testing, communication and information technology to promote HIV diagnosis among young gay and other men who have sex with men (MSM) in Brazil. *Journal of the International AIDS Society*. 2018(not found):e25116.
105. 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.
106. Dovel K, Nyirenda, Shaba F, Offorjebe OA, Balakaksi K, Nichols B, et al. Facility-based HIV self-testing for outpatients dramatically increases HIV testing in Malawi: A cluster randomized trial. *International AIDS Conference; Amsterdam, the Netherlands*2018.
107. Gaydos CA, Hsieh Y, 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? (Special Issue: HIV screening in the emergency department.). *Annals of Emergency Medicine*. 2011;58:574-58.
108. Gaydos Charlotte A, Solis M, Hsieh Y-H, Jett-Goheen M, Nour S, Rothman Richard E. Use of tablet-based kiosks in the emergency department to guide patient HIV self-testing with a point-of-care oral fluid test. *International Journal of STD & AIDS*. 2013;24(9):716-21 6p.
109. Gibson W, Challenor R, Warwick Z. HIV home/self-testing: A pilot project and service evaluation. *Sexually Transmitted Infections*2016. p. A32.
110. Rael CT, Giguere R, Lentz C, Lopez-Rios J, Brown IW, Dolezal C, et al. Transgender women's experiences using a home HIV testing kit for self- and partner-testing. *AIDS Impact*; 20192019.
111. Gras G, Le Bret P, Dailloux JF, Le Moal G, Raoult A, Fajole G, et al. Low feasibility rate of self testing with a finger-stick whole blood test. *Topics in Antiviral Medicine*; 2014: *International Antiviral Society*; 2014. p. 512.
112. Greacen T, Simon A, Troisoeufs A, Champenois K. Dispensing HIV self-tests in pharmacies in France: The pharmacists' point of view. *International AIDS Conference; 2018; Netherlands: Journal of the International AIDS Society*; 2018.
113. Green K, Vu Ngoc B, Phan Thi Thu H, Tran Hung M, Vo Hai S, Ngo Van, et al. How acceptable and feasible is HIV self-testing among key populations in Vietnam? Preliminary results from an intervention evaluation study. *IAS Conference on HIV Science*; Paris2017.
114. Gumede SD, Sibiyi MN. Health care users' knowledge, attitudes and perceptions of HIV self-testing at selected gateway clinics at Ethekeini district, Kwazulu-Natal province, South Africa. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV / AIDS*. 2018;15(1):103-9.
115. Harichund C, Karim QA, Kunene P, Simelane S, Moshabela M. HIV self-testing as part of a differentiated HIV testing approach: exploring urban and rural adult experiences from KwaZulu-Natal, South Africa using a cross-over study design. *BMC Public Health*. 2019;19(1):53.
116. Hector J, Davies MA, Dekker-Boersema J, Aly MM, Abdalad CCA, Langa EBR, et al. Acceptability and performance of a directly assisted oral HIV self-testing intervention in adolescents in rural Mozambique. *Plos One*. 2018;13(4):e0195391.
117. Huang Y, Lo Y, Chu J-S, Lee C, Huang S. Distributing HIV self-test kit by vending machines to raise serostatus awareness among high-risk populations in Taiwan: a pilot study in 2016. *IAS Conference on HIV Science*; Paris2017.
118. 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 African Medical Journal*. 2013;15.

119. 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 and behavior*. 2016;20(4).
120. Lee VJ, Tan S, Earnest A, Seong P, Tan H, Leo Y. User acceptability and feasibility of self-testing with HIV rapid tests. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2007;45:449-53.
121. Lippman SA, Lane T, Rabede O, Gilmore H, Chen YH, Mlotshwa N, et al. High acceptability and increased HIV testing frequency following introduction of HIV self-testing and network distribution among South African MSM. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: JAIDS*. 2018(not found):not found.
122. Lippman Sheri A, Moran L, Sevelius J, Castillo Leslie S, Ventura A, Treves-Kagan S, et al. Acceptability and feasibility of HIV self-testing among transgender women in San Francisco: A mixed methods pilot study. *AIDS and Behavior*. 2016;20:928-38.
123. Madanhire C, Sibanda E, Ruhode N, Hatzold K, Cowan FM, Mavedzenge SN. "Not without us": Views on the introduction of HIV self-testing among health care workers providing integrated HIV and sexual and reproductive health services. *International AIDS Society; 2016; South Africa: Journal of the International AIDS Society; 2016*. p. 61.
124. 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(not found):422.
125. 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;11:15.
126. Matovu JKB, Kisa R, Buregyeya E, Chemusto H, Mugerwa S, Musoke W, et al. 'If I had not taken it [HIVST kit] home, my husband would not have come to the facility to test for HIV': HIV self-testing perceptions, delivery strategies, and post-test experiences among pregnant women and their male partners in Central Uganda. *Glob Health Action*. 2018;11(1):1503784.
127. Mavedzenge S, Sibanda E, Dirawo J, Hatzold K, Mugurungi O, Cowan F. Feasibility of HIV self-test programming among female sex workers in Zimbabwe. 9th IAS Conference on HIV Science (IAS 2017); Parid2017.
128. McCusker M, Vera J, M. P, Welsh JA, Nicholson S, Nambiar K, et al. Evaluation of an online service offering HIV self-test kits for UK-based sex workers identifying as female. *British Association for Sexual Health and HIV; 2019; Birmingham , United Kingdom2019*.
129. Medline A, Daniels J, Marlin R, Young S, Wilson G, Huang E, et al. HIV testing preferences among MSM members of an LGBT community organization in Los Angeles. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2017;28(United States):363-71.
130. Meyerson B, Ryder P, Hippel C, Coy K. We can do more than just sell the test: Pharmacist perspectives about over-the-counter rapid HIV tests. *AIDS and Behavior*. 2013;17(6):2109-13 5p.
131. Mugo PM, Micheni M, Shangala J, Hussein MH, Graham SM, Rinke de Wit TF, et al. Uptake and acceptability of oral HIV self-testing among community pharmacy clients in Kenya: a feasibility study. *Plos One*. 2017;12(United States):e0170868.
132. Myers Julie E, El-Sadr D, Olivia Y, Weinstein Elliott R, Remch M, Edelstein A, et al. Availability, accessibility, and price of rapid HIV self-tests, New York city pharmacies, summer 2013. *AIDS and Behavior*. 2017;21(2):515-24.
133. Ng OT, Chow AL, Lee VJ, Chen MIC, 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.
134. Ngure K, Heffron R, Mugo N, Thomson KA, Irungu E, Njuguna N, et al. Feasibility and acceptability of HIV self-testing among pre-exposure prophylaxis users in Kenya. *Journal of the International AIDS Society*. 2017;20(1).
135. Nour S, Hsieh YH, Rothman RE, Jett-Goheen M, Langhorne O, Wu L, et al. Patients can accurately perform their own rapid HIV pointofcare test in the emergency department. *Point of Care: The Journal of Near-Patient Testing & Technology*. 2012;11(4):176-9.
136. Offorjebe OA, Hoffman R, Shaba F, Balakasi K, Nyrienda M, Dovel K. Acceptability of HIV self-testing for index partner testing among HIV-positive clients in Malawi: a mixed methods analysis. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. Under review.
137. Okoboi S, Twimukye A, Lazarus O, Castelnuovo B, Agaba C, Immaculate M, et al. Acceptability, perceived reliability and challenges associated with distributing HIV self-test kits to young MSM in Uganda: a qualitative study. *Journal of the International AIDS Society*. 2019;22(3):e25269.
138. 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.

139. Pant Pai N, Smallwood M, Gulati D, Lapczak N, Musten A, Gaydos C, et al. What do key stakeholders think about HIV self-testing in Canada? Results from a cross-sectional survey. *AIDS and Behavior*. 2017(United States).
140. Pilarski N, Peralta C, Rodriguez L, Dean G, Soni S, Llewellyn C, et al. User participation in the development of HIV self-testing services: Results of co-design workshops. *Sexually Transmitted Infections*; 2017; Netherlands: BMJ Publishing Group; 2017. p. A42-A3.
141. 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;11:10.
142. Qin Y, Tang W, Nowacki A, Mollan K, Reifeis SA, Hudgens MG, et al. Benefits and potential harms of human immunodeficiency virus self-testing among men who have sex with men in China: an implementation perspective. *Sexually Transmitted Diseases*. 2017;44(4):233-8.
143. Rosengren AL, Huang E, Daniels J, Young SD, Marlin RW, Klausner JD. Feasibility of using Grindr to distribute HIV self-test kits to men who have sex with men in Los Angeles, California. *Sexual Health*. 2016;13(4):389-92.
144. Sarkar A, Mburu G, Shivkumar PV, Sharma P, Campbell F, Behera J, et al. Feasibility of supervised self-testing using an oral fluid-based HIV rapid testing method: a cross-sectional, mixed method study among pregnant women in rural India. *Journal of the International AIDS Society*. 2016;19(1):20993.
145. Schnell R, John RM, Carballo-Dieguez A. Do high-risk young adults use the HIV self-test appropriately? Observations from a think-aloud study. *AIDS and Behavior*. 2016;20:939-48.
146. Sharma A, Chavez PR, MacGowan RJ, McNaghten AD, Mustanski B, Gravens L, et al. Willingness to distribute free rapid home HIV test kits and to test with social or sexual network associates among men who have sex with men in the United States. *AIDS Care*. 2017:1-5.
147. Sibanda E, Maringwa G, Ruhode N, Madanhire C, Tumushime M, Watadzaushe C, et al. Preferences for models of HIV self-test kit distribution: results from a qualitative study and choice experiment in a rural Zimbabwean community. 9th IAS Conference on HIV Science (IAS 2017); Paris 2017.
148. Smith P, Marcus R, Atujuna M, Madubela N, Bekker LG. "I can do this myself": investigating the acceptability of a web-based, HIV self-testing service in South Africa. IAS Conference on HIV Science; Paris 2017.
149. Stephenson R, Sullivan S, Riley E. Project moxie: A pilot-study of video counseling and home-based HIV testing for transgender youth. *HIV Research for Prevention*; 2018; Netherlands: AIDS Research and Human Retroviruses; 2018. p. 105.
150. Strauss M, George G, Mantell JE, Romo ML, Mwai E, Nyaga EN, et al. Stated and revealed preferences for HIV testing: can oral self-testing help to increase uptake amongst truck drivers in Kenya? *BMC Public Health*. 2018;18(1):1231.
151. Thirumurthy H, Masters SH, Agot K. Willingness to pay for HIV self-tests among women in Kenya: implications for subsidy and pricing policies. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: JAIDS*. 2018;78(2):e8-e11.
152. Tobin K, Edwards C, Flath N, Lee A, Tormohlen K, Gaydos CA. Acceptability and feasibility of a peer mentor program to train young black men who have sex with men to promote HIV and STI home-testing to their social network members. *AIDS Care*. 2018;30(UK).
153. Tun W, Vu L, Dirisu O, Sekoni A, Shoyemi E, Njab J, et al. Uptake of HIV self-testing and linkage to treatment among men who have sex with men (MSM) in Nigeria: A pilot programme using key opinion leaders to reach MSM. *Journal of the International AIDS Society*. 2018(not found):e25124.
154. 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. *Journal of the International AIDS Society*. 2015(not found):19445.
155. Volk Jonathan E, Lippman Sheri A, Grinsztejn B, Lama Javier R, Fernandes Nilo M, Gonzales P, et al. Acceptability and feasibility of HIV self-testing among men who have sex with men in Peru and Brazil. *International Journal of STD & AIDS*. 2016;27(7):531-6 6p.
156. Witzel T, Burns FM, Weatherburn P, Rodger AJ. What are the perspectives of key informants on the implementation of HIV self-testing (HIVST) in England? a qualitative study of barriers, facilitators and anticipated impacts. *Sexually Transmitted Infections*; 2017; Netherlands: BMJ Publishing Group; 2017. p. A42.
157. Witzel TC, Gabriel MM, Weatherburn P, Gafos M, Speakman A, Pebody R, et al. Pilot phase of an internet-based RCT of HIVST targeting MSM and transgender people in England and Wales: advertising strategies and acceptability of the intervention. *BMC Infectious Diseases*. 2019;19(1):699.
158. Wong Horas Tze H, Tam Hoi Y, Chan Denise Pui C, Lee Shui S. Usage and acceptability of HIV self-testing in men who have sex with men in Hong Kong. *AIDS and Behavior*. 2015;19:505-15.

159. Wray T, Chan PA, Simpanen E, Operario D. eTEST: developing a smart home HIV testing kit that enables active, real-time follow-up and referral after testing. *JMIR MHealth and UHealth*. 2017;5(5):e62.
160. Yan H, Yang H, Raymond HF, Li J, Shi LE, Huan X, et al. Experiences and correlates of HIV self-testing among men who have sex with men in Jiangsu province, China. *AIDS and Behavior*. 2015;19(3):485-91.
161. Zanolini A, Chipungu J, Vinikoor MJ, Bosomprah S, Mafwenko M, Holmes CB, et al. HIV self-testing in Lusaka Province, Zambia: acceptability, comprehension of testing instructions, and individual preferences for self-test kit distribution in a population-based sample of adolescents and adults. *AIDS Research & Human Retroviruses*. 2018;34(3):254-60.
162. 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. *Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; 2015; Seattle, WA United States: International Antiviral Society; 2015*. p. 509-10.
163. Zhong F, Tang W, Cheng W, Lin P, Wu Q, Cai Y, et al. Acceptability and feasibility of a social entrepreneurship testing model to promote HIV self-testing and linkage to care among men who have sex with men. *HIV Medicine*. 2017;18(5).
164. Nguyen T, Duong C, Ko H, Le Ai K, Nguyen D, Truong T, et al. Community led HIV self testing, with and without assistance, successfully reaches key populations and their partners in Viet Nam. 10th IAS Conference on HIV Science; 21-24 July; Mexico City, Mexico 2019.
165. Matovu JK, Buregyeya E, Arinaitwe J, Wanyenze RK. If you bring the kit home, you [can] get time and test together with your partner': Pregnant women and male partners' perceptions regarding female partner-delivered HIV self-testing in Uganda - A qualitative study. *International Journal of STD & AIDS*. 2017.
166. Market and technology landscape on HIV rapid diagnostic tests for self-testing, 4th edition. Geneva: Unitaid; 2018.
167. Figueroa C, Johnson C, Ford N, Sands A, Dalal S, Meurant R, et al. Reliability of HIV rapid diagnostic tests for self-testing compared with testing by health-care workers: a systematic review and meta-analysis. *Lancet HIV*. 2018;5(6):e277-e90.
168. Manganah C, Mwenge L, Sande L, Ahmed N, d'Elbee M, Chiwawa P, et al. Economic cost analysis of door-to-door community-based distribution of HIV self-test kits in Malawi, Zambia and Zimbabwe. *Journal of the International AIDS Society*. 2019;22 Suppl 1:e25255.
169. Ahmed N, Mwenge L, Sande L, Manganah C, Kanema S, Nalubamba M, et al. Cost analysis of differentiated HIV self-testing kits distribution in Zambia. *Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; 4-7 Mar; Boston, USA: Top Antivir Med; 2018*. p. 454s.
170. Medley A, Lasry A, Khanyile N, Maphanga T, Tlotleng M, Toledo C, et al. Outcome and cost of 3 methods for increasing male partner testing in South Africa. *Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; 4-7 Mar; Seattle, USA 2019*.
171. Huang E, Marlin R, Medline A, Young S, Daniels J, Klausner J. Cost-effectiveness of HIV self-testing promotion through Grindr™, a smartphone social networking application. *Sex Transm Infect*. 2015;91(Suppl 2):A226-A.
172. 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. *Journal of Infectious Diseases*. 2015;212(4):570-7.
173. Cambiano V, Johnson C, Figueroa C, Revill P, Baggaley R, Corbett EL, et al. Cost-effectiveness of different delivery approaches for HIV self-testing. *Topics in Antiviral Medicine*. 2017;Conference: 24th Conference on Retroviruses and Opportun(1 Supplement 1):435s-6s.
174. Cambiano V, Johnson C, Hatzold K, Terris-Prestholt F, Maheswaran H, Thirumurthy H, et al. The impact and cost-effectiveness of community-based HIV self-testing in sub-Saharan Africa. A health economic and modelling analysis. *J Int AIDS Soc*. 2019;forthcoming.
175. Maheswaran H, Clarke A, MacPherson P, Kumwenda F, Lalloo DG, Corbett EL, et al. Cost-Effectiveness of Community-based Human Immunodeficiency Virus Self-Testing in Blantyre, Malawi. - *Clinical Infectious Diseases*. 2018;66(8):1211-21.
176. Cambiano V, Johnson CC, Hatzold K, Terris-Prestholt F, Maheswaran H, Thirumurthy H, et al. The impact and cost-effectiveness of community-based HIV self-testing in sub-Saharan Africa: a health economic and modelling analysis. *Journal of the International AIDS Society*. 2019(not found):e25243.
177. Indravudh PP, Fielding K, Kumwenda MK, Nzawa R, Chilongosi R, Desmond N, et al. Community-led delivery of HIV self-testing to improve HIV testing, ART initiation and broader social outcomes in rural Malawi: study protocol for a cluster-randomised trial. *BMC Infect Dis*. 2019;19(1):814.
178. Yang D, Janamnuaysook R, Boyd M, Phanuphak N, Tucker J. Key populations and power: People-centered social innovation in Asian HIV services. *Lancet HIV*. In press.

179. WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/self-care-interventions/en/>, accessed 3 September, 2019).
180. 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.
181. Semple SJ, Pines HA, Strathdee SA, Vera AH, Rangel G, Magis-Rodriguez C, et al. Uptake of a partner notification model for HIV among men who have sex with men and transgender women in Tijuana, Mexico. *AIDS and behavior*. 2018;22(7):2042-55.
182. Little KM, Kan M, Samoylova O, Rsaldinova A, Saliev D, Ishokov F, et al. Implementation experiences and insights from the scale-up of an HIV assisted partner notification intervention in Central Asia. *Journal of the International AIDS Society*. 2019;22 Suppl 3:e25313.
183. 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 7p.
184. Baytop C, Royal S, Hubbard McCree D, Simmons R, Tregerman R, Robinson C, et al. Comparison of strategies to increase HIV testing among African-American gay, bisexual, and other men who have sex with men in Washington, DC. *AIDS Care*. 2014;26(5):608-12.
185. Cabrera Oliva A, Lungo S, Castellan C, Palma C. Can online interventions enhance HIV case finding and linkages to care? Comparing offline and online monitoring data from a combination prevention program with MSM and transgender women in Central America. 22nd International AIDS Conference; 23-27 July; Amsterdam, The Netherlands2018.
186. Clark JL, Konda KA, Silva-Santisteban A, Peinado J, Lama JR, Kusunoki L, et al. Sampling methodologies for epidemiologic surveillance of men who have sex with men and transgender women in Latin America: an empiric comparison of convenience sampling, time space sampling, and respondent driven sampling. *AIDS and behavior*. 2014;18(12):2338-48.
187. Ellen JM, McCree DH, Muvva R, Chung SE, Miazad RM, Arrington-Sanders R, et al. Recruitment approaches to identifying newly diagnosed HIV infection among African American men who have sex with men. *International journal of STD & AIDS*. 2013;24(5):335-9.
188. Flavien T, Ghislaine F, Denise N, Honorat G, Billong S, Elat MJ, et al. Sex, test and treat: implementing an incentivized community-driven intervention to promote the uptake of HIV testing services among clients of sex workers. *International AIDS Society Conference; Paris2017*.
189. Guo Y, Li X, Fang X, Lin X, Song Y, Jiang S, et al. A comparison of four sampling methods among men having sex with men in China: implications for HIV/STD surveillance and prevention. *AIDS Care*. 2011;23(11):1400-9.
190. Halkitis PN, Kupprat SA, McCree DH, Simons SM, Jabouin R, Hampton MC, et al. Evaluation of the relative effectiveness of three HIV testing strategies targeting African American men who have sex with men (MSM) in New York City. *Ann Behav Med*. 2011;42(3):361-9.
191. Ifekandu C, Offie D, Shoyemi E, Njab J, Tun W. Using social networking in reaching subpopulations of hard-to-reach men who have sex with men in Lagos, Nigeria. 22nd International AIDS Conference; 23-27 July; Amsterdam, The Netherlands2018.
192. Kan M, Garfinkel DB, Samoylova O, Gray RP, Little KM. Social network methods for HIV case-finding among people who inject drugs in Tajikistan. *Journal of the International AIDS Society*. 2018;21 Suppl 5:e25139.
193. Katz D, Bell T, Dombrowski JC, Kerani R, Aubin M, Bryan Z, et al. Sexually transmitted disease partner services increases HIV testing among partners of men who have sex with men. *Sex Transm Dis*. 2016;43:S207-S.
194. Lightfoot MA, Campbell CK, Moss N, Treves-Kagan S, Agnew E, Kang Dufour MS, et al. Using a social network strategy to distribute HIV self-test kits to African American and Latino MSM. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2018;79(1):38-45.
195. Lillie T, Kamali D, Prakash R, Dje J, Persaud N. Casting a broader net: Increasing HIV case-finding among key populations using performance-based incentives and social networks in Cote d'Ivoire. 22nd International AIDS Conference; 23-27 July; Amsterdam, The Netherlands2018.
196. Potasin P, Nakpor T, Krajan K, Avery M, Mills S, Charoenying S, et al. Enhancing HIV testing coverage through peer-driven recruitment models among transgender women in Pattaya. 22nd International AIDS Conference; 23 -27 July; Amsterdam, The Netherlands2018.
197. Smyrnov P, Williams LD, Korobchuk A, Sazonova Y, Nikolopoulos GK, Skaathun B, et al. Risk network approaches to locating undiagnosed HIV cases in Odessa, Ukraine. *Journal of the International AIDS Society*. 2018;21(1).

198. Carballo-Diequez A, Frasca T, Balan I, Ibitoye M, Dolezal C. Use of a rapid HIV home test prevents HIV exposure in a high risk sample of men who have sex with men. *AIDS and behavior*. 2012;16(7):1753-60.
199. Linjongrat D, Srimanus P, Panpet P, Mahachokchai N, Yokchawee P, Kalayanamit D, et al. Towards increasing domestic financing for civil society organizations in the HIV response: accreditation of HIV clinical services provided by key populations. 22nd International AIDS Conference; 23-27 July; Amsterdam, The Netherlands 2018.
200. Thirumurthy H, Masters SH, Mavedzenge SN, 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):e266-74.
201. Balan I, Frasca T, Dolezal C, Brown III W, Rael CT, Cruz C, et al., editors. Acceptability of a New Smartphone-based HIV and Syphilis Test to Screen Sexual Partners among High Risk MSM and Transgender Women. AIDS RESEARCH AND HUMAN RETROVIRUSES; 2016: MARY ANN LIEBERT, INC 140 HUGUENOT STREET, 3RD FL, NEW ROCHELLE, NY 10801 USA.
202. Beougher SC, Bircher AE, Chakravarty D, Darbes LA, Mandic CG, Neilands TB, et al. Motivations to test for HIV among partners in concordant HIV-negative and HIV-discordant gay male couples. *Arch Sex Behav*. 2015;44(2):499-508.
203. Carballo-Diequez 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.
204. Chanda MM, Perez-Brumer AG, Ortblad KF, Mwale M, Chongo S, Kamungoma N, et al. Barriers and facilitators to HIV testing among Zambian female sex workers in three transit hubs. *AIDS patient care and STDs*. 2017;31(7):290-6.
205. Fields EL, Long A, Dangerfield DT, 2nd, Morgan A, Uzzi M, Arrington-Sanders R, et al. There's an app for that: using geosocial networking apps to access young Black gay, bisexual, and other MSM at risk for HIV. *Am J Health Promot*. 2019:890117119865112.
206. Godbole S, Kadam A, Deshpande S, Lokhande A, Karkal S, Gangakhedkar R. Improving access to HIV testing among hard to reach and hidden sex workers in India: will uptake of HIV test increase if testing services are provided at the door-step? 9th IAS Conference on HIV Science; 23 -26 July; Paris, France 2017.
207. Maman S, Murray KR, Napierala Mavedzenge S, Oluoch L, Sijenje F, Agot K, et al. A qualitative study of secondary distribution of HIV self-test kits by female sex workers in Kenya. *PLoS one*. 2017;12(3):e0174629.
208. Mitchell JW, Sullivan PS. Brief Report: 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.
209. Sharma A, Chavez PR, MacGowan RJ, McNaghten AD, Mustanski B, Gravens L, et al. Willingness to distribute free rapid home HIV test kits and to test with social or sexual network associates among men who have sex with men in the United States. *AIDS Care*. 2017;29(12):1499-503.
210. Tobin K, Edwards C, Flath N, Lee A, Tormohlen K, Gaydos CA. Acceptability and feasibility of a peer mentor program to train young Black men who have sex with men to promote HIV and STI home-testing to their social network members. *AIDS Care*. 2018;30(7):896-902.
211. 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 3p.
212. Xu H, Cheng W, Jin W, Gu Y, Zhong F. Acceptability and feasibility of promoting HIV testing to sexual partners using self-testing among HIV-positive men who have sex with men in Guangzhou, China. 22nd International AIDS Conference; 23 - 27 July; Amsterdam, The Netherlands 2018.
213. Golden MR, Gift TL, Brewer DD, Fleming M, Hogben M, St Lawrence JS, et al. Peer referral for HIV case-finding among men who have sex with men. *AIDS*. 2006;20(15):1961-8.
214. Solomon SS, McFall AM, Lucas GM, Srikrishnan AK, Kumar MS, Anand S, et al. Respondent-driven sampling for identification of HIV- and HCV-infected people who inject drugs and men who have sex with men in India: a cross-sectional, community-based analysis. *PLoS medicine*. 2017;14(11):e1002460.
215. Zulliger R, Maulsby C, Solomon L, Baytop C, Orr A, Nasrullah M, et al. Cost-utility of HIV testing programs among men who have sex with men in the United States. *AIDS and behavior*. 2017;21(3):619-25.

CONSIDÉRATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DES SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH PARMI LES POPULATIONS PRIORITAIRES

6

Messages clés	134
6.1 Quelles sont les populations prioritaires ?	135
6.2 Prestation de SDV parmi les populations prioritaires	135
6.2.1 Populations clés	135
6.2.2 Hommes	139
6.2.3 Adolescents et jeunes	143
6.2.4 Femmes enceintes et en post-partum	147
6.2.5 Nourrissons et enfants	151
6.2.6 Couples et partenaires	154
6.2.7 Groupes vulnérables et autres populations, notamment les migrants, les réfugiés et les personnes déplacées	158
Références bibliographiques	160



MESSAGES CLÉS

- Les efforts pour fournir et étendre les services de dépistage du VIH (SDV) doivent **prioriser les populations les plus touchées par le VIH et qui sont exposées à un risque persistant élevé**, y compris celle qui présentent des vulnérabilités individuelles ou structurelles spécifiques. Dans le domaine des SDV, les efforts seront optimaux lorsqu'ils sont **conçus spécifiquement pour répondre aux besoins et aux préférences individuelles des populations prioritaires**.
- **Les populations à prioriser** dans un contexte particulier dépendent de l'épidémiologie locale. Cela comprend souvent les populations clés et leurs partenaires, les hommes, les adolescents et les jeunes, les femmes enceintes, les nourrissons et les enfants, les couples sérodiscordants, les partenaires sexuels et d'injection de drogues des personnes vivant avec le VIH ainsi que les migrants, les réfugiés, les personnes déplacées et d'autres groupes vulnérables.
- **Populations clés.** Les populations clés sont souvent exposées à un risque persistant élevé d'infection par le VIH, indépendamment du contexte. Les populations clés comprennent les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes privées de liberté ou vivant dans des environnements confinés, les consommateurs de drogues par injection, les travailleurs du sexe et les personnes transgenres. Partout dans le monde, l'accès aux SDV et aux services de prévention, de traitement et de soins de l'infection à VIH est inadéquat pour les populations clés. Les populations clés doivent se voir proposer des SDV volontaires dans le cadre de services de prévention complets. Les pays doivent hiérarchiser, financer et soutenir des services bien acceptés pour les populations clés, et éliminer les obstacles qui entravent leur accès aux SDV.
- **Hommes.** À l'échelle mondiale, les hommes séropositifs sont moins susceptibles d'avoir accès au dépistage, à la prévention, au traitement et aux soins que les femmes. Dans de nombreux contextes, la majorité des personnes issues de populations clés sont des hommes. Dans la plupart des contextes à forte charge de VIH, principalement en Afrique australe, les SDV atteignent moins d'hommes que de femmes, ce qui entraîne un diagnostic et un début de traitement tardifs, une maladie avancée et une mortalité liée au VIH. Les programmes doivent envisager des approches de dépistage conçues pour atteindre les hommes.
- **Adolescents et jeunes.** Les adolescents (10 à 19 ans) et les jeunes (20 à 24 ans), en particulier les adolescentes et les jeunes femmes, restent particulièrement vulnérables au VIH dans les contextes à forte charge de VIH en Afrique orientale et australe. Les adolescents et les jeunes issus de populations clés sont souvent plus vulnérables au VIH et présentent un risque d'exposition élevé. Ils sont néanmoins moins susceptibles de se faire dépister que les adultes. Les programmes doivent prioriser les approches ciblées et adaptées aux adolescents pour atteindre les adolescents et les jeunes, en particulier dans les population clés, qui ont besoin de dépistage, comme cela est déterminé par l'épidémiologie et le contexte local. Les programmes sont également encouragés à examiner et réviser les lois qui portent sur l'âge de consentement pour le test de dépistage du VIH.
- **Femmes enceintes.** L'OMS recommande de dépister les femmes enceintes pour le VIH, la syphilis et l'hépatite B au moins une fois pendant la grossesse, de préférence au premier trimestre. Dans certains contextes où les ressources sont limitées, les programmes peuvent avoir besoin d'utiliser les ressources de manière stratégique pour faire le test de dépistage initial et refaire le test au cours de la grossesse, en se concentrant sur les femmes dans les zones géographiques à forte charge de VIH, les femmes des populations clés, les femmes dont les partenaires sont séropositifs ou issus d'une population clé, et les femmes exposées à un risque élevé d'infection par le VIH pour toute autre raison. Le test rapide pour le co-dépistage du VIH et de la syphilis peut servir de premier test dans le cadre des soins prénatals, sauf pour les femmes séropositives sous traitement antirétroviral (TAR) et les femmes déjà diagnostiquées et traitées pour la syphilis pendant la grossesse en question.
- **Nourrissons et enfants.** Les nourrissons exposés au VIH doivent subir des tests virologiques pour le VIH le plus tôt possible afin de pouvoir instaurer immédiatement le TAR et prévenir la morbidité et la mortalité. Des approches sont nécessaires pour accroître la couverture des SDV chez les enfants, en particulier ceux qui sont exposés au virus ; celles-ci doivent inclure la notification par le prestataire (notification assistée) et des efforts de dépistage ciblés dans les services d'hospitalisation et de nutrition dans les contextes à forte charge de VIH.
- **Couples et partenaires.** Le recours au dépistage chez les couples et les partenaires reste faible dans de nombreux contextes malgré les avantages et l'impact élevé de cette stratégie sur la prévention et le traitement du VIH. La mise en œuvre des services aux partenaires, y compris la notification par le prestataire et l'autodépistage du VIH (ADVIH), doit être priorisée. Parmi les populations clés, les approches peuvent inclure le dépistage du VIH qui s'appuie sur les réseaux sociaux.
- **Migrants, réfugiés, personnes déplacées et autres groupes vulnérables.** Les migrants provenant de contextes à forte charge de VIH ou issus de populations clés peuvent être plus à risque de contracter le VIH et faire face à une vulnérabilité sociale accrue en raison du processus de migration. Il est important que les SDV et la prévention et le traitement ultérieurs soient mis à la disposition des migrants, des réfugiés et des demandeurs d'asile dans le cadre d'un ensemble complet de services de santé. Comme pour tous les SDV, les tests obligatoires ou coercitifs ne sont jamais justifiés.

6. CONSIDÉRATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DES SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH PARMIS LES POPULATIONS PRIORITAIRES

6.1 Quelles sont les populations prioritaires ?

Aux débuts de l'épidémie de VIH, il était souvent conseillé aux pays dont l'épidémie était généralisée de se concentrer sur les interventions de lutte contre le VIH destinées à la population générale, et aux pays dont l'épidémie était concentrée de viser les populations clés¹ et d'autres populations prioritaires spécifiques présentant un risque accru ou une plus grande vulnérabilité au virus. Cependant, en raison des changements de l'épidémiologie (1, 2), tous les contextes doivent concentrer de plus en plus leurs efforts sur les populations prioritaires qui restent mal desservies par les approches existantes. Les populations prioritaires sont celles qui : (1) sont les plus touchées par le VIH et à sont exposées à un risque persistant élevé d'infection par le VIH ; (2) sont essentielles pour atteindre et maintenir une faible incidence du VIH ; et/ou (3) présentent des vulnérabilités individuelles ou structurelles qui se rapportent spécifiquement au VIH (3). Alors que les populations clés sont une priorité dans tous les contextes, d'autres populations peuvent être une priorité en fonction du contexte du pays, du lieu ou de l'épidémiologie locale.

Dans le domaine des SDV, les efforts seront optimaux lorsqu'ils sont conçus spécifiquement pour répondre aux besoins diversifiés et aux préférences individuelles des populations prioritaires (4, 5). Des efforts ciblés peuvent inclure différentes approches pour atteindre les personnes vivant avec le VIH qui ignorent leur statut, récupérer les personnes vivant avec le VIH qui ont peut-être été perdues de vue, ainsi que pour créer et superviser des services de prévention du VIH comme la prévention de la transmission mère-enfant (PTME), la réduction des risques, la prophylaxie pré exposition (PrEP) et la circoncision médicale masculine volontaire (CMMV) dans les 14 pays prioritaires d'Afrique orientale et australe (4-9).

6.2 Prestation de SDV parmi les populations prioritaires

Ce chapitre met en évidence les considérations clés pour la mise en œuvre de SDV dans les populations prioritaires. Le Chapitre 5, qui décrit les approches de prestation de services, présente plus d'informations sur chaque approche de SDV.

6.2.1 Populations clés

À mesure que les pays progressent vers la réalisation des objectifs nationaux, tous les contextes épidémiques doivent se concentrer davantage sur les populations clés et les partenaires de ces personnes pour identifier les infections à VIH restantes (1, 2). À l'échelle mondiale, plus de la moitié des nouvelles infections à VIH surviennent désormais dans les populations clés :

Tous les contextes épidémiques doivent se concentrer davantage sur les personnes issues de populations clés.

¹ Les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les consommateurs de drogues par injection, les personnes privées de liberté ou vivant dans des environnements confinés, les travailleurs du sexe et les personnes transgenres.

hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, personnes privées de liberté ou vivant dans des environnements confinés, consommateurs de drogues par injection, travailleurs du sexe et personnes transgenres, et leurs partenaires sexuels (10). Quel que soit le contexte, une action de riposte complète au VIH doit inclure les populations clés (2, 10).

En raison des comportements à risque et des vulnérabilités associées à la stigmatisation, aux politiques restrictives et aux lois punitives, les personnes issues de populations clés et leurs partenaires disposent souvent d'un accès limité aux services de santé et sont exposées à un risque persistant élevé dans tous les contextes (11, 12).

Les SDV pour les populations clés, comme pour tous, doivent respecter les « 5C » : Consentement, Confidentialité, Conseil, résultats Corrects et Connexion avec les services de prévention, de traitement et de soins (3). Le dépistage et tous les autres services liés au VIH doivent reposer sur les principes d'éthique médicale, de prévention de la stigmatisation, de non-discrimination et du droit à la santé. Pour les populations clés, ces services doivent également adopter des pratiques qui priorisent l'amélioration de l'accessibilité, de l'acceptabilité et de la capacité des prestataires à répondre aux besoins spécifiques de ces populations dans leurs communautés (3). Les services de dépistage qui emploient des pairs et des prestataires non professionnels (aussi appelés agents de santé communautaires) issus de populations clés sont souvent essentiels pour fournir des services conviviaux et accessibles au sein des communautés et dans les établissements de santé. Ces prestataires communautaires formés peuvent dispenser des SDV et soutenir le recours aux services de prévention et de traitement de l'infection à VIH (3, 13).

Pour faire face à la charge élevée d'infections non diagnostiquées parmi les populations clés, un mélange stratégique d'approches différenciées, inclusives et non stigmatisantes pour les SDV est requis en fonction du contexte local. Le dépistage du VIH au moins une fois par an est conseillé à toutes les personnes issues des populations clés pour atteindre le plus tôt possible les personnes séropositives non diagnostiquées et assurer leur recours aux services de prévention, de traitement et de soins. Selon les facteurs de risque individuels, il peut être justifié de refaire le test plus fréquemment, à savoir tous les trois à six mois. Parmi certaines populations clés, des dépistages plus fréquents peuvent être nécessaires pour le suivi de routine dans le cadre des services de prévention du VIH, comme les services de réduction des risques, la PTME ou les personnes sous PrEP qui refont le test tous les trois mois (3).

Les SDV dans les établissements de santé qui sont conçus pour desservir les populations clés comprennent des programmes autonomes de distribution d'aiguilles et de seringues ou de traitement de la toxicomanie, des centres d'accueil, des modèles de services à guichet unique et des cliniques qui répondent aux besoins particuliers de ces populations. Dans de nombreux contextes, les personnes issues de populations clés ont régulièrement recours à des services de santé, comme ceux pour la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (SRMNI), les services associés aux infections sexuellement transmissibles (IST), à la tuberculose, à l'hépatite B (VHB) et à l'hépatite C (VHC), l'hormonothérapie, le traitement de substitution aux opioïdes (TSO), les services d'avortement médicalisé quand ceux-ci sont légaux, et d'autres services. L'intégration des SDV dans ces domaines de soins peut créer des opportunités supplémentaires pour proposer le dépistage du VIH. Les SDV au sein des établissements doivent être inclusifs et accessibles aux populations clés, et doivent proposer le dépistage du VIH sans aucune discrimination ou stigmatisation. La formation et la sensibilisation du personnel de santé peuvent aider à fournir aux populations clés des services conviviaux dépourvus de jugement, encourageant ainsi les personnes issues de ces communautés à se faire dépister.

Les personnes privées de liberté ou vivant dans des environnements confinés doivent également avoir accès à un ensemble complet de services pour le dépistage, le traitement, les soins et la prévention. Il est essentiel que ces services fournissent des informations exactes, assurent l'obtention du consentement éclairé, maintiennent la confidentialité et garantissent que la participation est volontaire. Les pratiques discriminatoires, comme la ségrégation obligatoire des

personnes détenues diagnostiquées séropositives (à moins que ce ne soit dans le cadre de la prise en charge clinique et des efforts de lutte contre la tuberculose), doivent être évitées. Celles-ci ne protègent pas efficacement la santé et sont en violation des droits de la personne. De plus, après le dépistage, la liaison avec les services de prévention, de traitement et de soins appropriés de l'infection à VIH est un facteur essentiel. Les personnes diagnostiquées séropositives doivent être mises en liaison avec les services de TAR et recevoir le traitement avant leur sortie de prison, et la continuité des soins doit être assurée entre le milieu carcéral et la communauté afin de maintenir la suppression virale et empêcher la transmission, ainsi que pour prévenir l'émergence de la résistance aux médicaments contre le VIH (12).

Les femmes issues de populations clés, y compris les femmes enceintes, doivent recevoir des SDV dans le cadre d'un protocole complet de prévention et de soins qui comprend la liaison avec un ensemble de services de SRMNI, selon les besoins (3, 14). Voir la section 6.2.4 pour des informations plus détaillées sur les femmes enceintes.

Les SDV à base communautaire sont recommandés pour atteindre les personnes issues de populations clés et leurs partenaires qui sont susceptibles d'hésiter à se faire dépister ou qui n'ont pas accès à des services dispensés dans un établissement de santé (3, 15, 16).

Les approches dispensées dans des lieux particuliers, qui identifient les « points chauds » et offrent aux populations clés des services de dépistage mobiles ou de proximité, peuvent être très efficaces pour atteindre les personnes non diagnostiquées et leurs partenaires. Au Malawi et en Angola, par exemple, plus de 70 % des personnes atteintes (dont des travailleurs du sexe, des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et des femmes transgenres) par des actions de proximité effectuées dans des lieux particuliers dans un point chaud n'étaient pas au courant de leur statut VIH (17). Il est important que les SDV à base communautaire parmi les populations clés et leurs partenaires soient stratégiquement conçus et bien ciblés, car les coûts peuvent être élevés (18, 19). Le Chapitre 5 récapitule la gamme complète des approches de SDV à base communautaire.

L'autodépistage du VIH (ADVIH) peut être particulièrement efficace pour atteindre les personnes issues de populations clés qui seraient sinon susceptibles de ne pas se faire tester ou qui sont exposées à un risque persistant mais qui se font dépister moins fréquemment que recommandé. Il existe de nombreuses façons de mettre en œuvre et de distribuer des kits d'autotest du VIH parmi les populations clés, notamment à l'aide de structures communautaires ou d'établissements, de plateformes en ligne, de pharmacies et d'entreprises privées (kiosques ou points de vente au détail, p. ex.), ainsi que par la distribution secondaire des kits par l'intermédiaire de partenaires ou d'autres contacts, et la distribution par les pairs s'appuyant sur les réseaux sociaux, les partenaires sexuels ou les partenaires d'injection de drogues (5, 20-24). Dans le domaine de l'ADVIH, le fait d'offrir un choix parmi les modèles de prestation de services peut améliorer l'accès pour diverses populations clés.

Lors de l'élaboration ou de l'adaptation des modèles de prestation de services pour l'autodépistage, il est essentiel de consulter les populations clés et d'assurer leur engagement. Fournir des informations et des messages clairement articulés aux communautés, et notamment aux populations clés, peut optimiser les connaissances et la sensibilisation et prévenir ou atténuer le risque d'usage abusif des autotests. Il est important de surveiller et de réagir immédiatement face aux préjudices sociaux potentiels (5). Voir le Chapitre 5 pour obtenir plus de détails sur l'ADVIH.

Le dépistage volontaire des partenaires, ensemble ou séparément, est également recommandé pour les populations clés, en association avec un soutien pour faciliter la divulgation réciproque selon les besoins, et lorsque cela est bénéfique. **La notification par le prestataire**, parfois appelée « notification assistée aux partenaires » ou « dépistage indicateur », dans lequel les partenaires sexuels et d'injection de drogues des personnes vivant avec le VIH, dont les personnes issues de populations clés, se voient proposer un dépistage volontaire du VIH par un

prestataire formé, est recommandée dans le cadre d'un ensemble complet de soins pour toutes les personnes vivant avec le VIH (24). Dans le cadre de cette notification par le prestataire, il faut aussi envisager le dépistage des enfants biologiques des personnes séropositives issues de populations clés (7, 24).

Il est impératif que la notification assistée soit toujours volontaire, jamais obligatoire ou coercitive, et qu'elle aide les partenaires et les contacts à bénéficier des services de dépistage, de traitement et de prévention du VIH. En outre, cette approche doit être mise en œuvre de façon à assurer la sécurité des patients et à protéger de toute violence ou persécution les populations clés et les personnes séropositives susceptibles d'être marginalisées ou criminalisées en raison de leurs comportements (25). La prestation des services de santé dans un environnement sûr, sans aucune participation des forces de l'ordre, est essentielle pour permettre aux populations clés et à d'autres groupes vulnérables d'accéder aux services nécessaires (24). Il est important de modifier les programmes dans le but de sensibiliser la communauté ainsi que de surveiller et remédier aux préjudices potentiels.

Les approches de dépistage du VIH qui s'appuient sur les réseaux sociaux peuvent être utilisées pour augmenter le taux de dépistage par l'intermédiaire des contacts sociaux et des partenaires sexuels ou d'injection de drogues des personnes séropositives et séronégatives issues de populations clés (26). L'OMS recommande désormais de proposer ce type d'approche au sein d'un ensemble de services aux partenaires pour les populations clés, en particulier lorsque le recours à la notification par le prestataire parmi ces populations est faible. Voir l'Encadré 6.1 ; le Chapitre 5 décrit également les données et les considérations pour la mise en œuvre associées à cette orientation.

L'intégration des SDV dans d'autres services de dépistage et de prévention pour les populations clés peut augmenter les avantages. Les possibilités d'intégration doivent être maximisées, en particulier pour les tests et le dépistage des IST, de la tuberculose et de l'hépatite virale. Des taux élevés de ces maladies ont été signalés parmi les populations clés, y compris celles prenant la PrEP (27), et spécifiquement les taux d'hépatite C chez les consommateurs de drogues par injection (28), de tuberculose chez les détenus (28, 29) et de syphilis et d'autres IST chez les travailleurs du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les personnes transgenres (10). Selon un examen systématique récent, les SDV à base communautaire qui proposent le dépistage de plusieurs maladies, dont les IST et le VIH, permettent d'obtenir un taux de recours élevé et d'augmenter la détection des cas de VIH parmi les populations clés (19). Les SDV offrent aussi un excellent contexte pour fournir des services de prévention efficaces, comme par exemple la distribution de préservatifs et de lubrifiants, la prestation de services de santé reproductive, les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues et la fourniture de traitements de substitution aux opiacés (TSO).

Encadré 6.1. Résumé des recommandations de l'OMS pour la prestation des SDV parmi les populations clés

- **NEW** Les approches faisant appel aux réseaux sociaux peuvent être proposées comme stratégie de dépistage du VIH parmi les populations clés dans le cadre d'un ensemble complet de services de soins et de prévention (*recommandation conditionnelle, données de très faible qualité*).
- **Mise à jour** L'autodépistage du VIH est recommandé comme approche des services de dépistage du VIH (*recommandation forte, données de qualité moyenne*).
- Les prestataires non professionnels qui sont formés et supervisés peuvent dispenser de manière autonome des services sûrs et efficaces de dépistage du VIH à l'aide de tests de diagnostic rapide (*recommandation forte, données de qualité moyenne*). Dans les populations clés, les pairs peuvent recevoir une formation adéquate afin de fonctionner comme des prestataires non professionnels.

Encadré 6.1. Résumé des recommandations de l'OMS pour la prestation des SDV parmi les populations clés, continué

- Le dépistage volontaire du VIH doit être systématiquement proposé à tous les patients des populations clés dans tous les contextes cliniques, y compris dans le domaine des IST, de l'hépatite virale et de la tuberculose ainsi que dans le cadre des services liés à la vaccination, la malnutrition et les soins prénatals.
- En plus de l'offre systématique de SDV au sein des établissements, le dépistage du VIH à base communautaire, comprenant la liaison avec les services de prévention, de traitement et de soins, doit également être proposé aux populations clés dans tous les contextes (*recommandation forte, données de faible qualité*).
- Les couples et les partenaires doivent se voir offrir des SDV avec un conseil de soutien pour favoriser la divulgation réciproque. Cela s'applique également aux couples et partenaires dans les populations clés (*recommandation forte, données de faible qualité*).
- La notification par le prestataire (notification assistée) doit être proposée à toutes les personnes vivant avec le VIH (y compris les populations clés) dans le cadre d'un ensemble complet de tests et de soins à participation volontaire (*recommandation forte, données de qualité moyenne*).

Recommandations sur le dépistage pendant la grossesse

- Toutes les femmes enceintes doivent se faire dépister pour le VIH, la syphilis et l'antigène de surface du virus de l'hépatite B (Ag HBs)^a au moins une fois et le plus tôt possible (*syphilis : recommandation forte, données de qualité moyenne ; Ag HBs : recommandation forte, données de faible qualité*).
- NEW** Les tests diagnostiques rapides pour le co-dépistage du VIH et de la syphilis peut servir de premier test dans le cadre des stratégies et algorithmes de dépistage de l'infection à VIH utilisés pour l'ensemble des soins prénatals.
- Au cours du troisième trimestre, refaire le test de toutes les femmes enceintes ou en post-partum des populations clés dont le statut est négatif ou inconnu, ou qui ont un partenaire séropositif également issu de ces populations dont la charge virale n'est pas supprimée. Si une femme enceinte ne fait pas le premier test et/ou ne refait pas le test en fin de grossesse, un dépistage de rattrapage doit être fait.
- On peut envisager de refaire le test une fois de plus dans la période du post-partum chez les femmes des populations clés qui sont exposées à un risque persistant élevé. Les pays peuvent également envisager un dépistage supplémentaire en post-partum dans des districts ou des provinces spécifiques où la charge ou l'incidence de VIH est élevée.

Sources : OMS, 2015 (3) ; OMS, 2016 (24) ; OMS, 2016 (12) ; OMS, 2017 (14) ; OMS, 2017 (30).

^a En particulier dans les contextes où la séroprévalence de l'Ag HBs dans la population générale est de 2 % ou plus.

6.2.2 Hommes

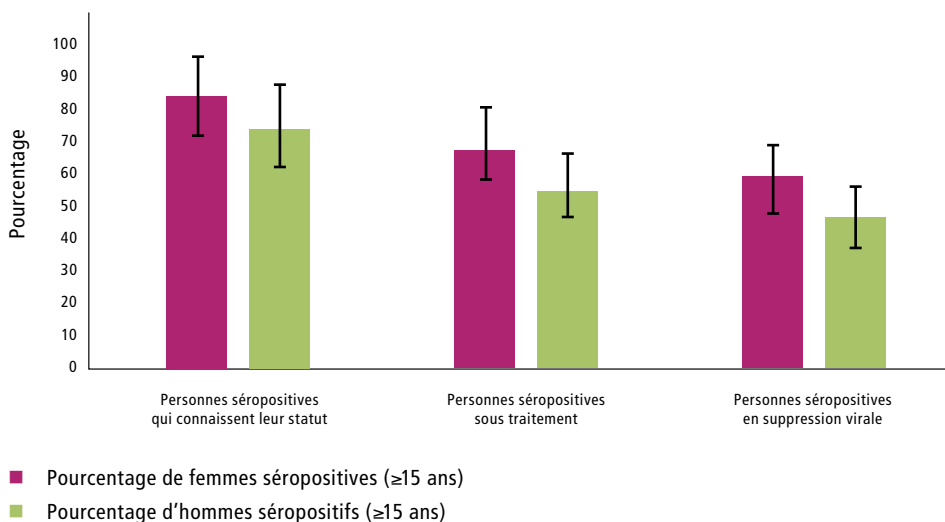
À l'échelle mondiale, les hommes séropositifs ont moins tendance que les femmes à connaître leur statut, suivre un traitement et parvenir à la suppression virale (10). En 2018, environ 55 % de tous les hommes adultes séropositifs recevaient un TAR, contre 68 % des femmes séropositives (10) (Figure 6.1). Ces écarts sont plus importants en Afrique subsaharienne, où les enquêtes en population constatent systématiquement que moins d'hommes que de femmes séropositives connaissent leur statut et suivent un traitement (10, 31-34). Par conséquent, dans de nombreux contextes, les taux de morbidité et de mortalité liés au VIH sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes (10, 35, 36). Parmi les populations clés, les hommes supportent une charge importante du VIH, et beaucoup ne sont pas diagnostiqués. En dehors de l'Afrique, ils

représentent un plus grand nombre de nouvelles infections à VIH que les femmes (37). Ces écarts entravent les efforts pour atteindre les cibles mondiales en matière de dépistage, de traitement et de prévention du VIH (38, 39).

Pour diverses raisons, les hommes ont moins recours aux services de santé que les femmes, et donc de moins bons résultats sur le plan de la santé. Dans de nombreux contextes, les services de santé sont organisés de manière à desservir les femmes et les enfants. Plusieurs programmes de lutte contre le VIH ont donc efficacement intégré le dépistage et les services connexes dans les soins prénatals (10, 40), mais pas systématiquement dans d'autres domaines cliniques pertinents (41, 42). Cela réduit les possibilités pour atteindre les hommes et contribue à renforcer la perception selon laquelle les services de santé ne sont pas adaptés aux hommes et sont essentiellement destinés aux femmes et aux enfants (43-46). Les hommes sont aussi confrontés à d'autres obstacles, dont des facteurs comportementaux et structurels comme la peur, la stigmatisation ainsi que les coûts directs et d'opportunité engagés par l'accès aux services (43-47).

Pour atteindre les hommes, il est important d'utiliser des approches différenciées des SDV, utilisant une combinaison de stratégies dans les établissements de santé et à base communautaire. La sélection d'une combinaison stratégique d'approches de prestation de services pour les hommes exige une analyse approfondie de la situation et la prise en compte des préférences parmi cette population, du contexte local, de l'épidémiologie et des ressources disponibles. Dans les contextes à forte charge de VIH, comme en Afrique australe par exemple, des initiatives sont nécessaires pour impliquer les hommes issus de la population générale et de populations clés. Dans les contextes à faible charge de VIH, les approches doivent se concentrer spécifiquement sur les hommes des populations clés, y compris les clients des travailleurs du sexe et les hommes atteints d'IST ou de tuberculose confirmée ou suspectée, ainsi que ceux ayant des partenaires séropositifs qui ne sont pas sous TAR et en suppression virale. Dans toutes les approches des SDV, les hommes, comme les femmes diagnostiquées avec le VIH, peuvent avoir besoin de soutien pour effectuer la liaison avec les services de TAR le plus tôt possible.

Figure 6.1. Cascade des services de dépistage et de traitement du VIH, âge ≥ 15 ans, échelle mondiale, 2018



Source : ONUSIDA, 2019 (10).

Les hommes peuvent se voir proposer des SDV dans le cadre d'**interventions de prévention du VIH**. Par exemple, les SDV font partie des services de CMMV, un domaine prioritaire dans 14 pays africains à forte charge de VIH (9). Dans tous les contextes, les hommes issus de populations clés et les hommes séronégatifs dans des relations sérodiscordantes devraient recourir au moins une fois par an à des services efficaces de prévention et de dépistage du VIH (3). De plus, les SDV sont nécessaires pour les hommes qui prennent une prophylaxie préexposition (PrEP) dans le cadre du dépistage des IST et de l'hépatite virale (8).

Les SDV dans les établissements de santé demeurent un contexte important où les hommes ont accès aux services, souvent lorsqu'ils sont malades et à un stade avancé (48, 49). Parallèlement, dans les contextes à forte charge de VIH, il est important que les services de santé proposent systématiquement les SDV aux hommes. (3). Indépendamment du contexte, il faut proposer le dépistage du VIH aux hommes qui présentent des symptômes associés à la maladie ou qui sont atteints de tuberculose, d'hépatite virale, d'une IST ou d'autres maladies indicatrices (3). Les SDV en établissement doivent être inclusif, conviviaux et accessibles aux hommes, notamment dans les populations clés.

Les hommes peuvent également accéder à ce type de SDV par l'intermédiaire du dépistage de leurs partenaires, en particulier dans les contextes à forte charge de VIH et pendant la grossesse d'une partenaire (10, 50). L'OMS recommande de dépister les couples et les partenaires (ensemble ou séparément), en particulier dans les contextes à forte charge de VIH, tout en offrant un soutien favorisant la divulgation réciproque lorsque cela est souhaité et présente un avantage pour les patients (3). Tandis que certains programmes ont introduit avec succès le dépistage en couple et du partenaire, la mise en œuvre et le recours à cette approche restent faibles à l'échelle mondiale (3, 51, 52). L'OMS recommande la *notification par le prestataire* dans le cadre d'un ensemble complet de soins pour les hommes vivant avec le VIH ou ceux dont les partenaires sont séropositifs (24). La notification assistée doit également être proposée aux hommes diagnostiqués avec d'autres IST ou une hépatite virale (14, 24, 53). On peut envisager des approches de dépistage du VIH qui s'appuient sur les réseaux sociaux pour les hommes dans les populations clés lorsque cela est réalisable et soutenu par la politique nationale. **La distribution secondaire de kits d'autotest du VIH** par les femmes en consultation prénatale à leurs partenaires masculins, et par les pairs des populations clés à leurs partenaires et contacts sociaux, permet également d'augmenter le recours aux SDV chez les hommes (5, 24).

Les SDV à base communautaire représentent une approche importante pour atteindre les hommes car, dans de nombreux contextes, ces derniers sont moins susceptibles que les femmes de se rendre dans un établissement de santé. Les approches communautaires peuvent être particulièrement utiles pour atteindre les hommes qui n'ont jamais fait de dépistage ainsi que ceux issus des populations clés ou avec des partenaires issus de ces mêmes populations (19, 54, 55). Une mobilisation ciblée faisant appel à la communauté et aux pairs et des interventions mobiles de proximité qui distribuent des kits d'autotest du VIH peuvent faciliter le dépistage pour les hommes (56) (voir les Chapitres 3 et 5).

En Afrique australe, les essais de prévention combinés ont mis en évidence les avantages d'une mise en œuvre généralisée des SDV à base communautaire (principalement à domicile) suivie d'une instauration rapide du TAR. Cette mise en œuvre soutenue du dépistage à domicile a augmenté la couverture du traitement (57-59), réduit la mortalité (60) et, comme le montre une étude en Zambie, réduit l'incidence (57, 58). Dans les contextes à forte charge de VIH, comme en Afrique australe, les interventions mobiles de proximité effectuées en soirée (après le travail) ou le week-end, l'autotest du VIH à base communautaire (par un partenaire ou prestataire) et la notification par le prestataire se sont révélés utiles pour atteindre les hommes (15, 20, 54, 61, 62) (voir le Chapitre 5).


Les SDV à base communautaire ont augmenté la couverture du traitement et réduit la mortalité et la prévalence de l'infection à VIH.

Quelle que soit l'approche des SDV à base communautaire, les programmes doivent soigneusement étudier et mettre en œuvre des méthodes pour faciliter la liaison ultérieure avec les services, sans quoi les hommes séropositifs pourraient ne pas bénéficier de l'instauration précoce du TAR (voir le Chapitre 4).

Les lieux de travail peuvent également être d'une grande importance pour atteindre les hommes. On prévoit que le nombre de personnes séropositives sur le marché du travail, dont beaucoup sont des hommes, atteindra 29,9 millions dans le monde d'ici à 2020 (63). Les initiatives de dépistage du VIH sur les lieux de travail ont identifié de nombreuses infections jusque-là non diagnostiquées. Par exemple, VCT@WORK (conseil et dépistage volontaires pour les travailleurs), une initiative de l'Organisation internationale du Travail (OIT), a testé plus de 4,3 millions de travailleurs, dont 69 % sont des hommes, dans divers lieux de travail et secteurs dans 18 pays sur une période de trois ans et demi. Parmi les personnes testées, 2,4 % étaient séropositives (64).

Dans les pays à forte charge du virus, les SDV sur les lieux de travail qui offrent **l'autodépistage du VIH (ADVIH)** peuvent être particulièrement efficaces pour atteindre les hommes exposés à un risque persistant élevé qui seraient sinon susceptibles de ne pas se faire tester, comme ceux qui sont employés dans les exploitations minières, les transports et la logistique, l'armée et d'autres services en uniforme. En Afrique du Sud, par exemple, dans une exploitation minière proposant

Encadré 6.2. Résumé des recommandations de l'OMS pour la prestation des SDV parmi les hommes

-  **Mise à jour** L'autodépistage du VIH est recommandé comme approche des services de dépistage du VIH (*recommandation forte, données de qualité moyenne*).
- Dans les contextes à forte charge de VIH, le dépistage doit être proposé à toutes les populations, y compris les hommes, dans tous les domaines, notamment les services consacrés aux IST, à l'hépatite virale et à la tuberculose, les soins prénatals (par l'intermédiaire des services aux partenaires) et tous les services à l'intention des populations clés.
- Dans les contextes à faible charge de VIH, le dépistage du VIH doit être proposé à tous les patients issus de populations clés, y compris les hommes, ou qui présentent des maladies ou des symptômes pouvant indiquer une infection à VIH, notamment l'hépatite virale, les IST, la tuberculose (diagnostiquée ou présumée) ou d'autres maladies indicatrices.
- Les couples et les partenaires doivent se voir offrir des SDV avec un conseil de soutien pour favoriser la divulgation réciproque. Cette recommandation s'applique également aux couples et partenaires dans les populations clés (*recommandation forte, données de faible qualité*).
- La notification assistée par le prestataire doit être proposée dans le cadre d'un ensemble complet de tests et de soins offerts aux personnes vivant avec le VIH, y compris les hommes (*recommandation forte, données de qualité moyenne*).
- Dans les contextes à forte charge de VIH, le dépistage à base communautaire comprenant la liaison avec les services de prévention, de traitement et de soins doit être proposé **en plus de l'offre systématique des SDV en établissement**, surtout aux populations clés (*recommandation forte, données de faible qualité*).
- Dans les contextes à faible charge de VIH, le dépistage à base communautaire comprenant la liaison avec les services de prévention, de traitement et de soins doit être systématiquement proposé aux populations clés en plus du dépistage dans les établissements de santé (*forte recommandation, preuves de faible qualité*).

Sources : OMS, 2007 (69) ; OMS 2007 (70) ; OMS, 2015 (3) ; OMS, 2016 (24) ; OMS, 2016 (12).

l'ADVIH auprès de ses employés, 2257 personnes ont collecté 3202 kits d'autotest (on présume que 945 de ces tests étaient destinés à des partenaires). Parmi les employés collectant des kits, 42 % n'avaient jamais fait de test de dépistage ou n'avait pas fait de test depuis 12 mois, et 16 % de ceux qui ont signalé leurs résultats étaient séropositifs (64). Lorsque des SDV sont offerts sur le lieu de travail, qu'ils impliquent ou non l'autodépistage, il est essentiel qu'ils s'inscrivent dans des politiques adaptées qui empêchent les travailleurs séropositifs de perdre leur emploi et les protègent d'autres discriminations (64).

Pour cibler les hommes il convient d'envisager des SDV assurés par des prestataires non professionnels, car ceux-ci peuvent faciliter les recours aux services et à la notification assistée, et augmenter leur accessibilité économique (3, 24, 65, 66). Consulter les Chapitres 3 et 5 pour obtenir plus de détails sur la création de la demande et la prestation de services.

Bien que l'intensification des approches de SDV pour les hommes présente de nombreux avantages, elle peut être coûteuse, et cela exige des efforts concertés pour optimiser l'utilisation et l'efficacité des ressources. Une modélisation mathématique récente suggère qu'en Afrique de l'Est et en Afrique australe, où la charge de VIH est élevée et la couverture du dépistage et du traitement est faible chez les hommes, des investissements supplémentaires dans le domaine du dépistage parmi cette population seraient coût-efficaces s'ils étaient ciblés, comme par exemple en limitant la période de mise en œuvre des interventions (67, 68). Une modélisation similaire parmi les populations clés, notamment les hommes dans les contextes à faible charge, a également révélé que les SDV peuvent présenter un bon rapport coût-efficacité (2).

6.2.3 Adolescents et jeunes

Dans certains contextes, les adolescents (10 à 19 ans) et les jeunes (15 à 24 ans) sont des groupes qui restent particulièrement vulnérables à l'infection par le VIH. Cette vulnérabilité découle de facteurs sociaux et contextuels comme l'âge et le sexe, l'identité de genre, les normes sociales et culturelles et les systèmes de valeurs concernant l'activité sexuelle, l'emplacement (lieu où l'adolescent ou le jeune vit, étudie et gagne sa vie), le statut économique et éducatif et l'orientation sexuelle. Les adolescents et les jeunes sont néanmoins moins susceptibles de se faire dépister que les adultes ; beaucoup restent non diagnostiqués et, par conséquent, ne reçoivent aucun traitement (10, 31). Bien que des progrès importants aient été accomplis pour les adolescents et que leurs besoins particuliers soient aujourd'hui davantage reconnus, on estime qu'environ 6000 nouvelles infections se produisent chaque semaine chez les adolescentes et les jeunes femmes (10).

Malgré leur plus grande vulnérabilité, les adolescents sont moins susceptibles de faire un dépistage que les adultes.

Le manque de connaissances quant au statut VIH est encore plus prononcé chez les adolescents issus de populations clés (12, 71). En partie, ces lacunes sont imputables à la mauvaise mise en œuvre de programmes combinés pour la prévention du VIH chez les jeunes, dont le dépistage dans les contextes de forte incidence comme en Afrique australe et parmi les populations clés à l'échelle mondiale (10, 72).

Les adolescents et les jeunes peuvent bénéficier des SDV dans le cadre d'interventions de prévention du VIH et de santé sexuelle et reproductive de plus grande portée ainsi que d'interventions de proximité ciblées pour atteindre les personnes infectées par le virus qui ne sont pas diagnostiquées (73). Parmi les adolescents et les jeunes, le dépistage du VIH doit être priorisé pour :

- ceux qui ont été infectés par le VIH par voie périnatale qui n'ont pas été diagnostiqués dans la petite enfance et qui ont survécu jusqu'à l'adolescence ;
- ceux qui sont issus de populations clés ;

- ceux qui sont vulnérables et nécessitent une attention particulière, y compris ceux qui vivent dans la rue, les orphelins, ceux qui vivent dans des familles dont la responsabilité incombe à un enfant, les filles qui ont des relations sexuelles avec des hommes plus âgés ou avec plusieurs partenaires en même temps et les adolescents et les jeunes qui sont exploités sexuellement ; et
- toutes les adolescentes et les jeunes femmes dans des contextes à forte charge de VIH, comme l'Afrique australe (3).

Il est important que les SDV soient axés sur les adolescents et les jeunes dans les contextes à forte charge de VIH. Le fait d'offrir systématiquement des SDV à ces groupes dans les contextes à faible charge de VIH n'identifierait que très peu d'infections à VIH et pourrait ne pas être coût-efficace dans de nombreuses situations de ressources limitées. Le dépistage des adolescents et des jeunes dans les contextes à faible charge de VIH doit plutôt se concentrer sur ceux qui présentent des vulnérabilités particulières, tels que les jeunes issus des populations clés.

Pour inciter les adolescents et les jeunes à recourir aux SDV ainsi qu'aux services de prévention, de traitement et de soins, il faut disposer de stratégies conçues spécifiquement pour les atteindre. Tous les SDV qui ciblent ces groupes, qu'ils soient dispensés dans un établissement de santé ou dans la communauté, doivent être adaptés aux adolescents et répondre à leurs besoins de santé psychologique et physique. Pour les adolescents, ces services doivent être conçus de sorte à améliorer l'accessibilité et à offrir le dépistage du VIH sans porter de jugement, et sans discrimination ou stigmatisation. Il faut veiller par exemple à fournir des services en toute confidentialité, c'est-à-dire que les kits d'autotest du VIH doivent être distribués sans la présence des parents ou du responsable légal et la notification assistée doit être effectuée sans la participation des forces de l'ordre (5). Les voies d'orientation et de liaison avec les services de prévention, de traitement et de soins du VIH sont cruciales, tout comme la liaison avec d'autres services spécifiques aux adolescents, notamment les services de santé sexuelle et reproductive. Dans certains contextes, des campagnes spécifiques d'éducation à la santé s'appuyant sur les médias sociaux ou le Web, développées en consultation avec des groupes d'adolescents et de jeunes, y compris ceux des populations clés, peuvent réduire les obstacles qui empêchent l'accès aux SDV et à d'autres services. Tous les services destinés aux adolescents doivent respecter les normes de l'OMS pour les services de santé destinés aux adolescents, qui définissent le niveau de qualité requis pour la prestation de ces services (74).

On peut proposer aux adolescents des SDV à base communautaire et dans les établissements de santé dans le cadre de programmes de santé sexuelle et reproductive et de prévention du VIH spécifiques qui ciblent ces populations (3). Dans les contextes à forte charge de VIH, comme l'Afrique australe, les SDV peuvent également être intégrés dans les efforts de prévention du VIH, y compris la CMMV pour les garçons et les jeunes hommes (9) et les services de santé sexuelle et reproductive, de contraception et de planification familiale (75). Quel que soit le contexte, les adolescents séronégatifs issus de populations clés doivent se faire dépister au moins une fois par an (3). Ceux qui prennent la PrEP doivent se faire dépister tous les trois mois, en même temps que le dépistage des IST, dans le cadre de consultations trimestrielles dans un établissement de santé (8). L'intégration du dépistage et de la prévention du VIH dans les services de santé sexuelle et reproductive peut améliorer la réponse aux besoins divers des adolescents et des jeunes sexuellement actifs (18).

Pour améliorer l'accès de ces groupes aux SDV, des **interventions communautaires de proximité et d'autotest du VIH (ADVIH)** peuvent être mises en œuvre (3, 24). Parmi les adolescents et les jeunes, y compris dans les populations clés, l'ADVIH est une approche qui s'est révélée efficace et bien acceptée. Selon un examen systématique récent, la mise en œuvre de l'ADVIH fait plus que doubler le recours aux SDV dans la tranche d'âge de 15 à 24 ans par rapport aux services de dépistage classiques dans les établissements de santé

La mise en œuvre d'une approche d'autodépistage fait plus que doubler le recours aux SDV chez les adolescents et les jeunes.

(20). Certains peuvent souhaiter un soutien supplémentaire lors de la réalisation du test d'autodépistage du VIH et dans le cadre de la liaison avec les services après le test. Des services de soutien dispensés par des pairs et des navigateurs formés peuvent être envisagés pour soutenir cette liaison (20).

Les adolescents peuvent avoir besoin d'un soutien supplémentaire dans le cadre de la divulgation de leur statut s'ils sont diagnostiqués séropositifs (3), et peuvent avoir particulièrement besoin d'un soutien émotionnel lorsqu'ils apprennent qu'ils ont été potentiellement exposés au virus (24, 76). Selon les besoins, et uniquement avec le consentement de l'adolescent concerné, les prestataires peuvent engager des adultes de confiance (parents, autres membres de famille, enseignants ou membres de la communauté) pour offrir un soutien et apprendre à prendre en charge leur maladie.

La notification par le prestataire doit assurer la participation active des adolescents vivant avec le VIH et proposer des méthodes et des options qui s'appuient sur les préférences des adolescents et des jeunes pour déterminer comment et à quel moment contacter les partenaires (24). Autant que possible, compte tenu de l'effectivité de cette approche, les programmes doivent d'abord proposer et encourager la notification assistée pour prendre contact avec les partenaires des personnes vivant avec le VIH (24). Les questions qui portent sur la confidentialité, la divulgation et la participation volontaire sont particulièrement importantes pour les adolescents lorsqu'ils proposent des tests de dépistage à des partenaires sexuels ou d'injection de drogues. Certains préfèrent que les partenaires et autres contacts soient contactés par messagerie texte à partir d'un téléphone mobile ou par d'autres services en ligne plutôt qu'en utilisant des options de notification en personne (24, 77-79). Des **approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux** peuvent aussi être envisagées pour les adolescents issus de populations clés, notamment la distribution de kits d'autotest du VIH aux partenaires et aux contacts (26).

Pour les adolescents, les jeunes et leurs partenaires, la notification par le prestataire exige que ce dernier entame, avec délicatesse et sans porter de jugement, une discussion sur le ou les partenaires sexuels, encourage la divulgation réciproque et reconnaisse et réduise le plus possible le risque de préjudice et de violence entre partenaires (24). Il est essentiel que la prestation de services de santé aux adolescents se déroule dans un environnement sûr, sans la participation des forces de l'ordre, afin de permettre à ce groupe vulnérable d'accéder au TAR si vital en cas de diagnostic séropositif ou aux services de prévention en cas de diagnostic séronégatif. (24).

Dans certains contextes, des **outils de criblage** qui évaluent le risque, conçus pour identifier les adolescents ayant besoin de SDV qui seraient sinon susceptibles de ne pas se faire tester, peuvent être envisagés pour optimiser ces services (81). Ces outils posent des questions sur le risque d'exposition au VIH d'une personne. Dans les contextes à forte charge de VIH, cependant, les outils conçus pour exclure certaines personnes du dépistage du VIH peuvent ne pas être appropriés et risquent d'être utilisés à mauvais escient ou de décourager le recours au test, et peuvent omettre des adolescents ayant besoin de se faire dépister (81).

Encadré 6.3. Examen des politiques de l'OMS sur l'âge de consentement pour les SDV

Selon un examen et une analyse des politiques nationales sur l'âge de consentement pour les SDV en Afrique subsaharienne en 2019, seulement 66 % des politiques des pays (23/35) autorisaient les SDV pour les adolescents de moins de 16 ans sans le consentement d'un parent. Dans la région, il y avait nettement moins de politiques nationales autorisant les SDV pour les adolescents de moins de 16 ans en Afrique de l'Ouest et centrale (7/16 ou 44 %) qu'en Afrique de l'Est et australe (16/19 ou 84 %).

Source : OMS, 2019 (80).

Le Chapitre 7 donne des détails sur les considérations relatives aux outils de criblage.

Les politiques relatives à **l'âge de consentement** peuvent être un obstacle aux SDV et aux autres services de santé pour les adolescents, surtout dans les populations clés (3, 82). L'âge de consentement pour ces services varie d'un pays à l'autre (80) (Encadré 6.3).

L'OMS recommande que les adolescents eux-mêmes soient impliqués autant que possible dans la décision de dépistage (3). Les gouvernements doivent revoir les politiques sur l'âge de consentement et les réviser si nécessaire, en respectant le droit des adolescents à faire des choix en ce qui concerne leur santé et leur bien-être (en tenant compte des différents niveaux de maturité et de compréhension) (3). De plus, les autorités doivent considérer le rôle des décideurs de substitution dans les SDV pour les adolescents qui n'ont pas de parents ou ne souhaitent pas les impliquer (3).

Encadré 6.4. Résumé des recommandations et déclaration de bonnes pratiques de l'OMS pour la prestation des SDV parmi les adolescents et les jeunes

- **NEW** Les approches faisant appel aux réseaux sociaux peuvent être proposées comme stratégie de dépistage du VIH parmi les populations clés dans le cadre d'un ensemble complet de services de soins et de prévention (*recommandation conditionnelle, données de très faible qualité*).
- **Mise à jour** L'autodépistage du VIH doit être proposé comme approche de dépistage du VIH (*recommandation forte, données de qualité moyenne*).
- Dans tous les contextes, des SDV comprenant la liaison avec les services de prévention, de traitement et de soins sont recommandés pour les adolescents issus de populations clés (*recommandation forte, données de très faible qualité*).
- Dans les contextes à forte charge de VIH, les SDV comprenant la liaison avec les services de prévention, de traitement et de soins doivent être proposés à tous les adolescents (*recommandation forte, données de très faible qualité*).
- Dans les contextes à faible charge de VIH, l'OMS suggère que les SDV comprenant la liaison avec les services de prévention, de traitement et de soins soient accessibles à tous les adolescents (*recommandation conditionnelle, données de très faible qualité*).
- Dans tous les contextes, l'OMS suggère de conseiller les adolescents quant aux avantages et aux risques potentiels de la divulgation d'un statut séropositif, et de les habiliter à déterminer si une telle divulgation est judicieuse, quand et comment elle devrait intervenir et qui devrait être informé, et recevoir un soutien à cette fin (*recommandation conditionnelle, données de très faible qualité*).
- La notification par le prestataire (notification assistée) doit être proposée aux personnes vivant avec le VIH dans le cadre d'un ensemble complet de tests et de soins à participation volontaire (*recommandation forte, données de qualité moyenne*).

Déclaration de bonnes pratiques

- Les gouvernements doivent revoir les politiques sur l'âge de consentement en respectant le droit des adolescents à faire des choix en ce qui concerne leur santé et leur bien-être (en tenant compte des différents niveaux de maturité et de compréhension).

Sources : OMS, 2013 (83) ; OMS, 2015 (3) ; OMS, 2016 (24) ; OMS, 2016 (12).

Dans tous les cas, les prestataires de SDV doivent connaître les lois et politiques relatives à l'âge de consentement et élaborer des procédures appropriées fondées sur ce cadre juridique pour veiller à ce que les enfants et les adolescents aient accès à ces services.

6.2.4 Femmes enceintes et en post-partum

À l'échelle mondiale, on compte 1,4 million de nouvelles infections maternelles à VIH, 988 000 nouvelles infections maternelles à la syphilis et 65 millions de femmes en âge de procréer atteintes d'hépatite B chronique (VHB) (10, 84, 85). L'élimination de la transmission mère-enfant (eTME) du VIH, de la syphilis et du VHB constitue une priorité de santé mondiale (86). Un dépistage du VIH et de la syphilis effectué dès que possible au cours de la grossesse permet aux femmes enceintes vivant avec le virus de bénéficier de services de prévention, de traitement et de soins, ainsi que d'interventions susceptibles de réduire le risque de transmission à l'enfant et aux partenaires. Le traitement précoce du VIH et de la syphilis, les interventions pour la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) (antiviraux et dose de vaccin anti-VHB pour nourrissons dès la naissance) et l'identification des femmes qui ont besoin d'un traitement à long terme pour le VHB chronique conduiront aux meilleurs résultats de santé pour les mères et les enfants. Pour prévenir la transmission du VIH de la mère au nourrisson, le TAR est le plus efficace lorsqu'il est instauré avant ou au début de la grossesse. Ces services peuvent être dispensés dans les consultations prénatales ou par le biais de services d'avortement médicalisé quand ceux-ci sont légaux. Il est essentiel d'assurer la liaison avec l'ensemble complet des services de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (SRMNI) pour toutes les femmes et les nourrissons exposés au VIH, indépendamment de leur statut VIH.

Tous les services de SRMNI et prénatals doivent proposer au moins une fois le dépistage du VIH, de la syphilis et de l'Ag HBs (en particulier dans les contextes où la séroprévalence de l'Ag HBs dans la population générale est de 2 % ou plus), de préférence au premier trimestre ou le plus tôt possible pendant la grossesse (3, 14, 87, 88). Les femmes dont les résultats sont positifs doivent être rapidement mises en liaison avec les services de soins, de traitement et de prévention. Le co-dépistage du VIH et de la syphilis peut servir de premier test dans le cadre des soins prénatals dans tous les contextes. L'utilisation de TDR pour le co-dépistage du VIH et de la syphilis peut être une solution économique dans tous les contextes (89). Voir l'annexe Web G pour plus de détails.

D'autres orientations de l'OMS sur la prévention de la transmission mère-enfant du VHB seront fournies en 2020.

Il est recommandé de **refaire le test** de dépistage du VIH pendant la grossesse et l'allaitement pour toutes les femmes uniquement dans les contextes à forte charge de VIH (3, 90). Quand les femmes font leur premier test de dépistage du VIH en début de grossesse dans ces contextes, il est essentiel qu'elles soient informées quant au risque de contracter le VIH et aux avantages (pour leur santé et celle du bébé) de refaire le test, qu'elles soient avisées des échéances pour refaire le test, et qu'on leur explique l'importance de recourir aux services de santé pour leur bébé dans la première année de vie (3). Un dépistage de rattrapage est nécessaire, le plus rapidement possible, si le dépistage en début de grossesse, au troisième trimestre ou pendant la période post-partum a été omis ou retardé.

Dans les contextes à faible charge de VIH, il est recommandé de refaire le test au troisième trimestre uniquement chez les femmes exposées à un risque persistant élevé d'infection par le virus, à savoir celles qui sont issues de populations clés ou celles dont un partenaire est issu de ces populations ou est séropositif et n'est pas sous TAR et dont la charge virale n'est pas supprimée. Refaire le test pour toutes les femmes enceintes dans ces contextes à faible charge du virus n'est pas d'un bon rapport coût-efficacité et peut constituer une utilisation inadéquate des ressources à moins que l'approche ne s'inscrive dans le cadre des efforts d'eTME (3, 90). Dans certains contextes à ressources limitées, en particulier ceux à faible charge de VIH, les

programmes peuvent avoir besoin d'optimiser l'utilisation des ressources en concentrant les SDV proposés pendant la grossesse sur les zones géographiques à prévalence plus élevée ou sur les femmes exposées à un risque persistant élevé.

Les modélisations mathématiques récentes suggèrent que le **moment optimal pour refaire le test** est en fin de grossesse, à savoir un second dépistage effectué dans le cadre d'une **consultation au cours du troisième trimestre**. Les pays peuvent envisager de refaire le test une fois de plus au cours de la période post-partum, par exemple 14 semaines, six mois ou neuf mois après l'accouchement, dans les districts ou les provinces à forte charge de VIH et parmi les populations clés ou les femmes qui ont un partenaire vivant avec le VIH dont la charge virale n'est pas supprimée (Tableau 6.1) (90). Ce dépistage supplémentaire en post-partum peut être effectué en même temps que les services de vaccination infantile. Plus de détails sont disponibles à l'annexe Web F.

Tableau 6.1. Échéances recommandées pour refaire le test de dépistage du VIH chez les femmes enceintes et en post-partum

Contexte	Échéances		
	Début de grossesse (première consultation de soins prénatals)	Fin de grossesse (consultation de soins prénatals au troisième trimestre)	1 dépistage supplémentaire en post-partum (14 semaines, 6 mois ou 9 mois après l'accouchement)
Contextes à forte charge de VIH	Toutes les femmes	Toutes les femmes	Peut être envisagé pour les femmes exposées à un risque persistant élevé
Contextes à faible charge de VIH	Toutes les femmes enceintes dans le cadre de l'eTME, sinon se concentrer sur celles exposées à un risque persistant élevé	Peut être envisagé pour les femmes exposées à un risque persistant élevé	Peut être envisagé pour les femmes exposées à un risque persistant élevé
Parmi les groupes de population clés et leurs partenaires	Tous les contextes	Tous les contextes	Tous les contextes

Les TDR de co-dépistage du VIH et de la syphilis peuvent servir de premier test dans le cadre des soins prénatals. Pour optimiser la mise en œuvre et l'accès, il faut tenir compte de la gestion de la chaîne d'approvisionnement, assurer la formation et vérifier les algorithmes de dépistage. Les femmes enceintes qui ont déjà reçu un diagnostic séropositif, et qui sont sous TAR, et les femmes déjà diagnostiquées et traitées pour la syphilis pendant leur grossesse actuelle ne doivent pas recevoir un TDR de co-dépistage pour les deux maladies. Il convient plutôt de faire ces dépistages en utilisant deux tests différents conformément à l'algorithme national.


Comme pour toutes les autres populations, les femmes vivant avec le VIH qui sont enceintes et qui allaitent doivent commencer le TAR immédiatement ou aussitôt que possible après le diagnostic de séropositivité, indépendamment du stade clinique (de l'OMS) ou du comptage des CD4, et poursuivre ce traitement à vie (91, 92).

Les femmes enceintes qui sont séronégatives mais qui sont exposées à un risque persistant doivent être mises en liaison avec des services complets de prévention de l'infection à VIH. Pour les femmes enceintes et qui allaitent, le fait de commencer ou de continuer à prendre la PrEP ne présente aucun danger (30). Celles qui prennent la PrEP doivent recevoir un test de dépistage du VIH, en même temps qu'un dépistage des IST, dans le cadre de consultations trimestrielles dans un établissement de santé (93).

Tests apparentés. Le SDV peuvent constituer un point d'accès pour toute une gamme de services de soins et de prévention en cours de grossesse, dont certains aident à prévenir l'infection à VIH chez les femmes et leurs bébés. Ces services peuvent inclure le dépistage et le traitement d'autres infections (IST, hépatite et tuberculose), la prévention du VIH et la santé sexuelle et reproductive, notamment la contraception et la planification familiale. La présence d'IST augmente le risque de contracter l'infection à VIH. La présence de tuberculose non détectée chez les femmes enceintes séropositives augmente le taux de transmission du VIH aux nourrissons et augmente la mortalité chez les mères et les nourrissons (94). Les femmes consommatrices de drogues par injection peuvent également bénéficier du dépistage de l'hépatite C (3, 95).

Les consultations prénatales offrent également une occasion importante d'offrir et d'encourager **le dépistage des partenaires**. Qu'il soit effectué ensemble ou séparément, le dépistage des partenaires est aussi recommandé pour toutes les femmes enceintes dans les contextes à forte charge de VIH et pour les femmes issues de populations clés ou couples sérodiscordants quel que soit le contexte, en association avec un soutien pour faciliter la divulgation réciproque selon les besoins, et lorsque cela est bénéfique (3). Tandis que certains programmes ont introduit avec succès le dépistage en couple et du partenaire, la mise en œuvre et le recours à cette approche restent faibles à l'échelle mondiale (3, 51, 52). L'OMS recommande la notification par le prestataire dans le cadre d'un ensemble complet de soins pour toutes les personnes vivant avec le VIH, y compris les femmes enceintes séropositives (24). Dans le cadre de cette approche de notification assistée, il faut aussi proposer le dépistage des enfants biologiques des femmes

Encadré 6.5. Recommandations et déclarations de bonnes pratiques de l'OMS pour la prestation des SDV parmi les femmes enceintes et en post-partum

-  **Mise à jour** L'autodépistage du VIH doit être proposé comme approche de dépistage du VIH (*recommandation forte, données de qualité moyenne*).
- Toutes les femmes enceintes doivent se faire dépister pour le VIH, la syphilis et l'antigène de surface du virus de l'hépatite B (Ag HBs)¹ au moins une fois et le plus tôt possible (*syphilis : recommandation forte, données de qualité moyenne ; Ag HBs : recommandation forte, données de faible qualité*).
- Lorsque les ressources sont limitées, les programmes peuvent avoir besoin de rationaliser les ressources en ciblant les SDV pour atteindre les femmes les plus à risque. Par conséquent :
 - o Dans les contextes à forte charge de VIH, après un dépistage initial du VIH pendant la grossesse effectué dans le cadre de la première consultation prénatale, il est conseillé de refaire le test au cours du troisième trimestre. (Un test de rattrapage est nécessaire si le premier dépistage ou le dépistage supplémentaire a été omis ou retardé.) Les pays peuvent envisager d'offrir un dépistage supplémentaire en période post-partum, par exemple après 14 semaines, six mois ou neuf mois, aux femmes des populations clés, à celles qui ont un partenaire vivant avec le VIH dont la charge virale n'est pas supprimée, et à celles qui vivent dans des districts ou des provinces où l'incidence ou la charge du VIH sont élevées.
 - o Dans les contextes à faible charge de VIH, il n'est pas nécessaire de refaire le test pour toutes les femmes enceintes, à moins que l'intervention ne cible les femmes dans les populations clés ou exposées à un risque persistant élevé, comme celles qui ont un partenaire vivant avec le VIH dont la charge virale n'est pas supprimée. Les pays peuvent envisager d'offrir un dépistage supplémentaire en période post-partum, par exemple après 14 semaines, six mois ou neuf mois, aux femmes des populations clés, à celles qui ont un partenaire vivant avec le VIH dont la charge virale n'est pas supprimée, et à celles qui vivent dans des districts ou des provinces où l'incidence ou la charge du VIH sont élevées.

¹ En particulier dans les contextes où la séroprévalence de l'Ag HBs dans la population générale est de 2 % ou plus.

diagnostiquées séropositives lorsque leur statut est inconnu (91, 96). La distribution de **kits d'autotest du VIH** par les patientes en consultation prénatale à leurs partenaires masculins améliore le recours de ces derniers aux SDV et peut être envisagée.

Les programmes doivent s'assurer que les SDV ainsi que les services connexes de dépistage, de traitement et de prévention, atteignent les femmes enceintes et en post-partum dans les populations clés, y compris celles privées de liberté ou vivant dans des environnements confinés. Il convient toutefois de prendre des mesures pour empêcher le dépistage obligatoire ou coercitif, intentionnel ou pas. Cela consiste notamment à encadrer et superviser le personnel, à former de nouveau lorsque c'est nécessaire et à surveiller les procédures de SDV afin de vérifier leur acceptabilité pour les femmes enceintes (3).

Encadré 6.5. Recommandations et déclarations de bonnes pratiques de l'OMS pour la prestation des SDV parmi les femmes enceintes et en post-partum, continué

- o Les TDR pour le co-dépistage du VIH et de la syphilis peuvent servir de premier test dans le cadre des stratégies et algorithmes de dépistage de l'infection à VIH utilisés dans les soins prénatals.
- La notification par le prestataire (notification assistée) doit être proposée à toutes les personnes vivant avec le VIH dans le cadre d'un ensemble complet de tests et de soins à participation volontaire (*recommandation forte, données de qualité moyenne*).
- Les services de dépistage proposés aux couples et aux partenaires sont recommandés dans le cadre des soins prénatals, en particulier dans les contextes à forte charge de VIH, afin de faciliter certaines interventions comme la prévention chez les couples sérodiscordants dans tous les contextes (*recommandation forte, données de très faible qualité*).

Déclarations de bonnes pratiques

- Les femmes exposées à un risque élevé de contracter le VIH peuvent commencer ou continuer la PrEP pendant la grossesse et l'allaitement. Celles qui prennent la PrEP doivent recevoir un test de dépistage du VIH, en même temps qu'un dépistage des IST, dans le cadre de consultations trimestrielles dans un établissement de santé.
- Les femmes vivant avec le VIH, y compris celles qui sont enceintes ou qui peuvent le devenir, ont besoin d'informations sur les avantages et les risques du TAR, de conseils médicaux adaptés à leur situation et, le cas échéant, d'un soutien pour faire des choix volontaires concernant l'instauration du traitement, la poursuite et l'observance/le maintien des soins. Les agents de santé doivent aider les femmes à répondre à leurs besoins de santé et à ceux de leurs enfants.
- Les femmes enceintes sans marqueurs sérologiques du VHB peuvent se voir proposer la vaccination contre l'hépatite B. Le suivi doit se poursuivre tout au long de la période d'allaitement pour s'assurer que les nourrissons nés de mères atteintes d'une infection chronique par le VHB reçoivent les trois doses de vaccin recommandées, surtout s'ils n'ont pas reçu la dose de vaccin anti-VHB à la naissance.
- Chez les femmes enceintes qui présentent une mono-infection par le VHB, les indications de traitement sont les mêmes que pour les autres adultes. Le ténofovir est recommandé. Aucune recommandation n'a été faite sur l'utilisation systématique du traitement antiviral pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant. De nouvelles orientations sont attendues en 2020.

Sources : OMS, 2007 (97) ; OMS, 2007 (70) ; OMS, 2015(3) ; OMS, 2016 (12) ; OMS, 2016 (91) ; OMS, 2016 (14) ; OMS, 2017 (87, 98) ; OMS, 2017 (93) ; OMS, 2017 (99) ; OMS, 2017 (30) ; OMS, 2019 (100).

6.2.5 Nourrissons et enfants

Au cours de la première année de vie, la mortalité parmi les nourrissons infectés par le VIH qui ne sont pas traités est très élevée, d'environ 30 % (101). Le dépistage rapide du VIH chez les nourrissons exposés au virus (nés de mères séropositives), le retour rapide des résultats du test et l'instauration immédiate du traitement en cas d'infection sont des facteurs essentiels. Chez les nourrissons, le traitement précoce a produit une amélioration globale de la survie et des résultats cliniques, avec un impact considérable sur les réservoirs du VIH et l'évolution de la maladie.

Tous les nourrissons exposés au VIH doivent subir un test de dépistage du VIH afin de déterminer leur statut sérologique et d'instaurer immédiatement le TAR s'ils sont séropositifs. En raison de la persistance des anticorps maternels, des technologies de test virologique comme le test des acides nucléiques (TAN) sont requises pour les nourrissons âgés de moins de 18 mois (102). Après cette période, des tests sérologiques, et notamment les TDR, peuvent être utilisés (103). Voir le Chapitre 8 pour obtenir plus de détails sur le diagnostic du VIH chez les nourrissons.

Aujourd'hui, l'accès au diagnostic précoce chez le nourrisson (DPN), c'est-à-dire l'utilisation des technologies de TAN chez les nourrissons exposés au VIH dans les deux mois qui suivent la naissance, s'est amélioré. Malgré ces progrès, en 2018 seulement 56 % de tous les nourrissons exposés au VIH ont bénéficié d'un diagnostic précoce dès l'âge de deux mois (28). Pour les nourrissons qui sont testés, des retards dans l'obtention des résultats et d'autres lacunes dans la cascade de traitement persistent.

Par conséquent, moins d'un tiers des nourrissons infectés pendant la période périnatale sont orientés vers les services appropriés et commencent le TAR en temps opportun (91).

Moins d'un tiers des nourrissons infectés pendant la période périnatale sont orientés vers les services appropriés et mis sous TAR en temps opportun.

Habituellement, le DPN n'est possible que pour les nourrissons dont les mères ont reçu des services de PTME, mais de nombreuses mères séropositives ne reçoivent jamais ces services et certains enfants dont les mères les ont reçus sont perdus de vue (102). À mesure que le DPN est intensifié, des efforts sont nécessaires pour améliorer le recours au TAN chez les nourrissons âgés de quatre à six semaines, renforcer la rétention le long du parcours des services de dépistage et de traitement, confirmer les résultats de TAN positifs à l'aide d'un second échantillon, et s'assurer que les nourrissons dont le test est négatif au TAN sont retenus jusqu'à ce qu'un diagnostic définitif soit posé à la fin de la période de risque de transmission par l'allaitement maternel.

Le TAN effectué à la naissance peut être envisagé pour améliorer la couverture du DPN chez les nourrissons qui sont exposés au VIH. Une telle approche, recommandée conditionnellement par l'OMS, consiste à faire un TAN dès la naissance ou dans les deux jours suivant la naissance en plus des approches existantes de DPN (12, 102). L'OMS suggère d'effectuer le TAN à la naissance en conjonction avec des efforts plus larges pour optimiser et intensifier les approches existantes pour le DPN ainsi qu'avec des interventions visant à retenir les nourrissons dans le parcours des services de dépistage et de traitement jusqu'à la fin de la période de risque de transmission. Les modélisations mathématiques suggèrent que dans les situations où les ressources sont limitées et le recours (ou la rétention) dans le parcours des services de dépistage est sous-optimal, il faut prioriser le DPN pour les nourrissons dès l'âge de six semaines plutôt que le TAN à la naissance. La décision programmatique d'ajouter ou non le TAN à la naissance doit tenir compte de la couverture nationale actuelle des services de PTME, du risque de transmission du VIH aux nourrissons, du recours et de la rétention dans la cascade de dépistage des nourrissons ainsi que des ressources disponibles et des priorités de financement (12, 102).

Dans tous les contextes, les SDV doivent être proposés à tous les nourrissons biologiques et jeunes enfants dont un parent est séropositif et dont le statut sérologique est inconnu (souvent appelé « dépistage indicateur des membres de famille ») dans le cadre d'un ensemble de services de

notification par le prestataire (12, 24, 96, 102). Un soutien supplémentaire peut être nécessaire pour les orphelins et les enfants vulnérables dans les contextes à forte charge de VIH, quand l'un ou les deux parents sont décédés (3). Les prestataires non professionnels qui effectuent le dépistage dans le cadre d'actions de proximité à base communautaire peuvent jouer un rôle particulièrement important pour augmenter la couverture des enfants de deux ans et plus qui sont exposés au VIH. Dans le but d'améliorer l'acceptabilité et la faisabilité, certains programmes évaluent actuellement l'usage des TDR salivaires pour le dépistage des enfants par des prestataires non professionnels formés. Il est cependant important que les enfants testés ne soient pas sous traitement et ne suivent aucun schéma prophylactique postnatal amélioré (105).

L'offre systématique des SDV reste une stratégie importante pour les nourrissons et les enfants dans les contextes à forte charge de VIH, en particulier pour les enfants qui sont exposés au VIH, malades ou hospitalisés. Dans les contextes à forte charge de VIH, l'OMS recommande que les SDV en établissement soient systématiquement proposés aux nourrissons et aux enfants dont le statut VIH est inconnu qui sont hospitalisés ou se rendent dans un centre de soins de la malnutrition (12, 102). L'OMS recommande aussi dans ces contextes de proposer les SDV aux nourrissons et aux enfants dans les centres de soins ambulatoires ou de vaccination et dont le statut est inconnu (1, 4).

La proposition systématique des SDV dans les établissements de santé est recommandée par l'OMS dans les centres de soins hospitaliers et de prise en charge de la malnutrition pour les nourrissons et les enfants dont le statut VIH est inconnu dans les contextes à forte charge du virus.

L'utilisation **d'outils ou de questionnaires de criblage qui évaluent le risque** pour les enfants plus âgés peut augmenter le nombre d'enfants qui se font dépister. Ces outils peuvent rappeler aux prestataires de proposer le test pour les enfants qui présentent certains facteurs de risque ou maladies indicatrices du VIH et à qui, autrement, le dépistage ne serait probablement pas proposé (81). Au Nigeria, par exemple, où les SDV ne sont pas systématiquement proposés aux enfants plus âgés, l'introduction d'un outil de criblage validé a augmenté de 27 % la couverture du dépistage parmi les enfants malades et hospitalisés, et de 36 % le nombre d'enfants nouvellement

Encadré 6.6. Résumé des recommandations et déclarations de bonnes pratiques de l'OMS pour la prestation des SDV parmi les nourrissons et les enfants

- Dans les contextes à forte charge de VIH, le dépistage du VIH doit être systématiquement proposé aux nourrissons et aux enfants de statut sérologique inconnu qui sont hospitalisés ou se rendent dans un centre de soins de la malnutrition (*recommandation forte, données de faible qualité*).
- Dans les contextes à forte charge de VIH, le dépistage du VIH doit être proposé aux nourrissons et aux enfants de statut sérologique inconnu dans les centres de soins ambulatoires ou de vaccination (*recommandation conditionnelle, données de faible qualité*).
- On peut envisager d'ajouter un test des acides nucléiques (TAN) à la naissance aux approches déjà en place pour le diagnostic précoce chez le nourrisson (DPN), pour identifier l'infection à VIH chez ceux qui sont exposés au VIH (*recommandation conditionnelle, données de faible qualité*).
- Les technologies de TAN conçues et validées pour être utilisées sur le lieu des soins (ou à proximité) peuvent être utilisées pour le dépistage précoce du VIH chez le nourrisson (*recommandation conditionnelle, données de faible qualité*).
- Les tests virologiques du VIH doivent être utilisés pour diagnostiquer l'infection à VIH chez les nourrissons et les enfants de moins de 18 mois (*recommandation forte, données de haute qualité*).

Encadré 6.6. Résumé des recommandations et déclarations de bonnes pratiques de l'OMS pour la prestation des SDV parmi les nourrissons et les enfants, contined

- Tous les nourrissons exposés au VIH doivent subir des tests virologiques de dépistage du VIH à l'âge de quatre à six semaines ou à la première occasion par la suite (*recommandation forte, données de haute qualité*).
- Chez les nourrissons dont le résultat initial du test virologique est positif, il est recommandé de commencer sans délai le TAR et, simultanément, de prélever un second échantillon pour confirmer le résultat initial positif. Il ne faut pas retarder le TAR. L'instauration immédiate du TAR sauve des vies et ne doit pas être reportée en attendant les résultats du test de confirmation (*recommandation forte, données de haute qualité*).
- Il est recommandé que les résultats des tests virologiques des nourrissons soient transmis dès que possible à la clinique et à l'enfant/la mère/l'aidant, au plus tard dans les quatre semaines suivant le prélèvement des échantillons. Les résultats positifs doivent être transmis immédiatement aux mères et à leurs bébés pour permettre l'instauration rapide du TAR (*recommandation forte, données de haute qualité*).
- Il est recommandé de déterminer le statut d'exposition au VIH de tous les nourrissons dont le risque est inconnu ou incertain qui se rendent dans des établissements de santé à la naissance ou peu après ou lors de la première consultation postnatale (d'habitude quatre à six semaines) ou d'une autre consultation de santé infantile (*recommandation forte, données de haute qualité*).
- Il est recommandé que les nourrissons exposés au VIH qui se portent bien subissent un dépistage sérologique à environ neuf mois (ou au moment de la dernière visite de vaccination). Les nourrissons dont le test sérologique est réactif à neuf mois doivent subir un dépistage virologique pour identifier l'infection à VIH et la nécessité d'un TAR (*recommandation forte, données de faible qualité*).
- Il est recommandé que les nourrissons présentant des signes ou symptômes évocateurs d'une infection à VIH subissent un test sérologique et, en cas de résultat positif (réactif), un test virologique (*recommandation forte, données de faible qualité*).
- Il est recommandé que les enfants (18 mois ou plus) présentant une infection ou une exposition suspectée au VIH subissent des tests sérologiques de dépistage du VIH conformément à l'algorithme de dépistage sérologique standard utilisé chez l'adulte (*recommandation forte, données de haute qualité*).

Déclarations de bonnes pratiques

- Dans tous les contextes, il faut proposer systématiquement des SDV aux enfants biologiques d'un parent vivant avec le VIH (ou dont le décès pourrait être dû au VIH). En cas d'infection avérée ou d'un risque élevé d'infection par l'allaitement, ces enfants doivent être mis en liaison avec des services de traitement ou de prévention, et recevoir un ensemble plus général de mesures de notification volontaire par le prestataire.
- On déconseille aux organismes nationaux de réglementation d'effectuer des évaluations supplémentaires, qui retarderaient l'adoption de services de diagnostic précoce du nourrisson sur le lieu de soins. Au contraire, ces organismes sont encouragés à adopter un protocole d'inscription rapide et rationalisé ainsi qu'un processus d'approbation à l'échelle nationale pour une mise en œuvre immédiate de ces services.

Sources : OMS, 2015 (3) ; OMS, 2016 (12, 102) ; OMS, 2017 (30).

diagnostiqués avec le virus (81). Dans certains contextes cependant, comme ceux à forte charge de VIH, les outils conçus pour exclure les personnes qui ont besoin de se faire dépister peuvent ne pas être appropriés car ils risquent d'être utilisés à mauvais escient, de décourager le recours au test et d'omettre des enfants qui ont besoin de dépistage (81). Le Chapitre 7 donne plus de détails et de considérations sur les outils de criblage.

6.2.6 Couples et partenaires

Le dépistage des partenaires des personnes vivant avec le VIH est un moyen efficace d'atteindre les personnes qui sont exposées à un risque élevé d'infection par le VIH. Cette approche est efficace pour identifier d'autres personnes séropositives qui n'ont pas encore été diagnostiquées ou qui ne sont pas encore sous TAR ; en particulier les partenaires masculins dans les contextes à forte charge de VIH, qui sont nettement moins susceptibles que les femmes de se faire dépister. Elle permet également de proposer des SDV aux partenaires sexuels et/ou d'injection de drogues des personnes vivant avec le VIH issues de populations clés qui seraient sinon susceptibles de ne pas se faire tester (3, 24, 26). Les SDV sont l'occasion de mettre les couples en liaison avec les interventions de prévention, notamment la PrEP, et de conception sans risque ou de contraception (30, 93). Ils peuvent également faciliter le recours au TAR et l'observance thérapeutique chez les partenaires séropositifs et la PTME chez les femmes enceintes séropositives (3). Comme toutes les approches de SDV, ces services pour les couples et les partenaires doivent être offerts sur une base entièrement volontaire, et les prestataires doivent reconnaître que certains patients ne voudront pas impliquer leurs partenaires.

Dépistage des partenaires. L'offre de SDV aux partenaires des femmes qui se rendent aux consultations de soins prénatals est une stratégie essentielle dans les 21 pays d'Afrique prioritaires en matière d'eTME.² Les couples et les partenaires issus de populations clés ou dans un couple sérodiscordant doivent cependant être priorisés dans tous les contextes (3).

La sérodiscordance est courante parmi les couples et partenaires : On estime que dans 50 à 75 % des couples où l'un des partenaires est séropositif pour le VIH, l'autre ne l'est pas (106). Cependant, de nombreuses personnes ignorent le statut VIH de leur partenaire. Dans la plupart des pays, moins de 20 % des couples et partenaires se font dépister ensemble (52). Même dans les pays où le dépistage des partenaires fait partie de la politique nationale, cette approche a rarement été priorisée ou largement mise en œuvre.

En 2016, l'OMS a élaboré des recommandations sur **la notification par le prestataire en tant que moyen préféré pour soutenir le dépistage des partenaires**, dans le cadre d'un ensemble complet de soins offerts sur une base volontaire pour atteindre ce groupe de population (24).

Aussi appelée notification assistée, il s'agit d'une approche dans laquelle un prestataire formé, avec le consentement du patient index, offre des SDV aux partenaires sexuels et d'injection de drogues de ce dernier. Il a été démontré que cette stratégie améliore le recours au dépistage et permet d'identifier plus d'infections à VIH par rapport à la notification dite passive (effectuée par le patient lui-même) (62).

L'autodépistage du VIH (ADVIH) constitue désormais un moyen sûr, accepté et efficace d'atteindre les partenaires des patientes séronégatives dans le cadre des soins prénatals ainsi que les partenaires des personnes séropositives diagnostiquées dans les établissements (5, 20) (voir le Chapitre 5).

Parmi les populations clés, le dépistage des partenaires est également une priorité. **Les approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux** peuvent aussi servir à promouvoir les SDV

² Les 21 pays prioritaires pour l'initiative eTME sont l'Afrique du Sud, l'Angola, le Botswana, le Burundi, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, l'Eswatini, l'Éthiopie, le Ghana, le Kenya, le Lesotho, le Malawi, le Mozambique, la Namibie, le Nigéria, l'Ouganda, la République démocratique du Congo, la République-Unie de Tanzanie, le Rwanda, la Zambie et le Zimbabwe.

parmi les partenaires sexuels ou d'injection de drogues et les contacts sociaux des personnes issues de ces populations (20, 107).

Les populations vulnérables et touchées doivent participer à la conception et la mise en œuvre des services aux partenaires, qui peuvent inclure la notification par le prestataire, des approches qui font appel aux réseaux sociaux et l'utilisation de kits d'autotest du VIH. Les programmes sont encouragés à offrir des options en fonction des préférences des patients, par exemple si une personne souhaite contacter ses partenaires et comment ces derniers peuvent être atteints (par téléphone, par les médias sociaux ou en effectuant une visite à domicile, par exemple). Autant que possible cependant, compte tenu de l'efficacité de cette approche, les programmes doivent proposer la notification assistée pour prendre contact avec les partenaires des personnes vivant avec le VIH (24).

Les programmes qui proposent cette forme de notification aux couples et aux partenaires doivent envisager, si possible, de l'offrir également pour d'autres IST ainsi que pour l'hépatite virale (53), en particulier pour les couples issus des populations clés ou les femmes enceintes ou qui allaitent. Le dépistage des enfants biologiques des personnes vivant avec le VIH dont le statut sérologique est inconnu doit également être envisagé dans le cadre d'un ensemble de services de notification assistée offerts sur une base volontaire (3, 24, 91, 96).

Pour que les couples et partenaires puissent comprendre leurs résultats, les prestataires doivent leur fournir des informations, en particulier lorsqu'il s'agit d'un couple sérodiscordant (3, 108, 109). Il est nécessaire de fournir les informations les plus récentes sur la prévention et le traitement du VIH ainsi que les options de santé sexuelle et reproductive, et de communiquer des messages éducatifs pour expliquer comment la PrEP empêche de contracter le VIH et comment le TAR réduit le risque de transmission du virus aux enfants et aux partenaires sexuels. Se reporter aux Chapitres 3 et 4, qui portent sur les messages d'information et de conseil à dispenser avant et après le dépistage du VIH.

Violence exercée par le partenaire. Le dépistage volontaire des partenaires est recommandé, ensemble ou séparément, avec le soutien requis pour faciliter la divulgation réciproque lorsque cela est bénéfique (3). Lors du dépistage des couples et des partenaires, il faut prendre des précautions pour réduire le plus possible le risque de violence exercée par le partenaire (110).

L'OMS recommande aux prestataires de services qui apportent un soutien aux femmes séropositives qui envisagent une divulgation volontaire ou réciproque de discuter avec elles des avantages et des risques potentiels, notamment du potentiel de violence et des options pouvant assurer une divulgation sans danger (24, 111, 112). L'évaluation et la planification sont cruciales pour garantir la sécurité des femmes qui craignent la violence ou qui en sont victimes. Les options comprennent la divulgation assistée par un médiateur, la divulgation différée ou, en cas de risque de violence grave, la décision de ne pas divulguer le statut sérologique (113). Lorsqu'une femme signale des événements de violence exercée par un partenaire intime (VPI), la divulgation réciproque n'est pas recommandée. La formation des personnes qui dispensent les SDV doit inclure, le cas échéant, les manières de discuter du potentiel de violence et d'y répondre ainsi que les protocoles permettant de garantir que les personnes victimes de violence reçoivent des soins et un soutien.

Pour toutes les femmes, il faut d'abord connaître le risque de VPI avant de planifier la divulgation et la meilleure façon de révéler un statut séropositif. Des outils sont disponibles pour aider une femme à évaluer ce potentiel de violence sur la base du comportement de son partenaire dans le passé (111). Si une femme a déjà été victime de violence de la part de son partenaire actuel, il y a plus de chances que ce dernier recoure à la violence lorsqu'elle révèle son statut séropositif. Les femmes et les filles en général ainsi que certaines personnes des populations clés, indépendamment de leur sexe, peuvent être particulièrement exposées à la violence lorsqu'elles révèlent leur statut séropositif, et cette possibilité doit faire l'objet d'une discussion dans le cadre

Encadré 6.7. Recommandations et déclarations de bonnes pratiques de l'OMS pour la prestation des SDV parmi les couples et les partenaires

- **NEW** Les approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux peuvent être proposées dans le cadre d'un ensemble complet de services de dépistage et de soins pour les populations clés (*recommandation conditionnelle, données de très faible qualité*).
- **Mise à jour** L'autodépistage du VIH doit être proposé comme approche de dépistage du VIH (*recommandation forte, données de qualité moyenne*).
- Les couples et les partenaires doivent se voir proposer des SDV sur une base volontaire avec un conseil de soutien pour favoriser la divulgation réciproque. Cela s'applique également aux couples et partenaires dans les populations clés (*recommandation forte, données de faible qualité*).
- Dans le cadre des consultations prénatales, des SDV volontaires doivent être proposés aux couples et aux partenaires avec le soutien requis pour faciliter la divulgation réciproque (*recommandation forte, données de faible qualité*).
- La notification par le prestataire (notification assistée, à participation volontaire) doit être proposée aux personnes vivant avec le VIH dans le cadre d'un ensemble complet de services de dépistage et de soins (*recommandation forte, données de qualité moyenne*).
- L'OMS recommande que les responsables et les prestataires de services s'occupant de femmes vivant avec le VIH qui envisagent une divulgation volontaire de leur statut sérologique reconnaissent que beaucoup d'entre elles craignent la violence exercée par le partenaire intime, en sont victimes ou risquent de l'être (*recommandation forte, données de faible qualité*).
- L'OMS recommande que les interventions et services de soutien destinés aux femmes vivant avec le VIH qui envisagent une divulgation volontaire de leur infection couvrent notamment les difficultés de leur situation actuelle, les risques d'être victimes d'actes de violence du fait d'une telle divulgation et les mesures propres à favoriser une divulgation à moindre risque et qu'ils facilitent la liaison avec les services disponibles de prévention de la violence et de soins aux victimes (*recommandation forte, données de faible qualité*).
- L'OMS recommande que pour les femmes qui révèlent un abus sexuel dans les cinq premiers jours suivant l'événement, les soins cliniques incluent un soutien en première ligne, une prophylaxie postexposition au VIH (PPE) (dans les 72 premières heures), une prophylaxie ou un traitement présomptif contre les IST, une contraception d'urgence (dans les 120 premières heures) ainsi que l'accès aux services d'avortement médicalisé (quand ceux-ci sont légaux) et à la vaccination contre l'hépatite B.
- Un soutien immédiat doit être offert aux femmes lors de la divulgation de toute forme d'acte de violence exercée par le partenaire intime (ou un autre membre de famille) ou d'agression sexuelle quel qu'en soit l'auteur. Les prestataires de soins doivent au minimum apporter un soutien en première ligne lors de la divulgation d'un acte de violence par la femme qui en a été victime. S'ils ne sont pas en mesure d'apporter un tel soutien, ils doivent veiller à ce que quelqu'un d'autre (dans l'établissement de soins ou une autre personne facilement accessible) soit immédiatement disponible pour le faire (*recommandation forte, données indirectes*).
- Les prestataires de soins doivent poser des questions sur l'exposition à la violence exercée par le partenaire intime quand ils évaluent les affections qui en résultent ou sont exacerbées, afin d'améliorer le diagnostic/dépistage et les soins ultérieurs (*recommandation forte, données indirectes*).

Encadré 6.7. Recommandations et déclarations de bonnes pratiques de l'OMS pour la prestation des SDV parmi les couples et les partenaires, continued

- Pour les enfants et les adolescents qui ont été victimes d'abus sexuels, l'OMS recommande qu'en plus de la PPE contre le VIH et de la contraception d'urgence (qui peuvent être proposées aux filles prépubères), un traitement présomptif ou une prise en charge syndromique des IST soit suggéré quand des tests de laboratoire ne sont pas réalisables (*recommandation conditionnelle, données de très faible qualité*). De plus, il faut proposer aux adolescentes (9 à 14 ans) la vaccination contre le PVH conformément aux directives nationales (*recommandation forte, données de qualité moyenne*).

Déclarations de bonnes pratiques

- Un ensemble de mesures de notification volontaire par le prestataire pourrait inclure la notification des enfants biologiques des personnes vivant avec le VIH.
- Le dépistage obligatoire ou coercitif n'est jamais justifié. En consultation avec le patient, le prestataire doit évaluer le risque de préjudice, l'approche de dépistage du couple et des partenaires la plus adaptée, y compris le recours à des options supplémentaires de soutien comme l'aide du prestataire, et les situations pour lesquelles un dépistage du couple ou des partenaires est déconseillé.
- Il est nécessaire de fournir les informations les plus récentes sur la prévention et le traitement du VIH ainsi que les options de santé sexuelle et reproductive, et de communiquer des messages éducatifs pour expliquer comment la PrEP empêche de contracter le VIH et comment le TAR réduit le risque de transmission du virus aux enfants et aux partenaires sexuels. Il peut être important de communiquer ces messages pour prévenir le préjudice social potentiel parmi les couples, en particulier lorsqu'ils sont sérodiscordants.

Sources : OMS, 2015 (3) ; OMS, 2016 (24) ; OMS, 2016 (91) ; OMS, 2017 (8).

de la planification avant la divulgation. Pour ce qui est de la réponse à la violence et aux abus sexuels, les mêmes orientations s'appliquent aux populations clés, aux femmes (112), aux adolescents et aux enfants (111, 114).

L'OMS ne recommande pas de demander à toutes les femmes si elles sont victimes ou ont été victimes de violence exercée par le partenaire. L'OMS recommande plutôt de poser des questions sur la violence dans le cadre d'une enquête clinique, c'est-à-dire lorsque des signes et symptômes peuvent être indicatifs de violence. Les exigences minimales doivent en outre être respectées, notamment la disponibilité d'un espace privé et confidentiel et d'un prestataire formé ainsi que la mise en œuvre d'un mode opératoire normalisé et d'un mécanisme d'orientation vers les services de soutien aux victimes de violence (111).

Les personnes qui révèlent des antécédents de VPI doivent être orientées vers les services disponibles de lutte contre la violence. À tout le moins, il faut proposer à ces personnes un soutien en première ligne (une adaptation des premiers soins psychologiques), un traitement pour leurs problèmes de santé éventuels et une orientation vers des services supplémentaires, selon les besoins (112).

6.2.7 Groupes vulnérables et autres populations, notamment les migrants, les réfugiés et les personnes déplacées

La migration et le déplacement peuvent exposer certains groupes à un risque plus élevé de contracter le VIH en raison de comportements sexuels ou de la consommation de drogues. Dans de nombreux pays, les réfugiés et les migrants font face à des obstacles complexes comme le manque d'accessibilité des services de santé et des protections sociales. En effet, la migration et les procédures de demande d'asile peuvent augmenter le risque de contracter le VIH et d'autres infections en raison de perturbations sociales, de conditions de vie dangereuses, de barrières linguistiques, de la crainte d'être expulsé, d'une compréhension et d'une connaissance limitées des systèmes de santé et juridiques des pays de transit et d'accueil, d'obstacles juridiques et de l'absence de documents nécessaires, du manque de capital social et de la discrimination en matière d'accès aux services. Ces conditions peuvent également retarder le diagnostic et conduire à éviter le recours au traitement, à des interruptions du traitement et à l'arrêt du traitement.

Il est important que le dépistage du VIH et la liaison avec les services de prévention et de traitement, dans le cadre d'un ensemble complet de services de santé, soient mis à la disposition des migrants, des travailleurs mobiles, des réfugiés, des demandeurs d'asile, des victimes de la traite des personnes et des autres personnes déplacées ayant besoin de ces services, en particulier dans les contextes à forte charge de VIH et pour les migrants de pays à forte charge (115). Les SDV à base communautaire et dans les établissements, et notamment l'autodépistage du VIH (ADVIH) et la notification par le prestataire selon les besoins, doivent être disponibles sans obligation pour tous ces migrants.

En fonction de la situation géographique et de la situation spécifique, le risque d'infection par le VIH varie parmi les migrants, les réfugiés, les victimes de la traite des personnes et les autres populations déplacées. Certains migrants issus de populations clés, de groupes vulnérables ou dans des situations à risque élevé liées à leur migration (lors des passages frontaliers, dans des situations d'exploitation ou de détresse économique, par exemple) peuvent être exposés à un risque plus élevé de contracter le VIH et avoir besoin d'un ensemble complet de services (116). Des services complets de prévention et de traitement du VIH doivent tenir compte des besoins spécifiques de ces groupes vulnérables. Une analyse de la situation est utile pour savoir comment adapter les services afin d'atteindre les groupes vulnérables les plus à risque et de garantir que ces services soient accessibles, acceptés et appropriés.

Pour ces groupes, il faut veiller à ce que la prestation des SDV soit ancrée sur les principes des droits de la personne. Certains systèmes imposent le dépistage du VIH des immigrants ; cette obligation n'est pas justifiée et peut accentuer les problèmes pour dispenser des services de santé volontaires, y compris le dépistage volontaire du VIH.

Le dépistage du VIH ne doit jamais être obligatoire. Il est nécessaire de mettre en œuvre des politiques et des pratiques conçues pour protéger les populations vulnérables contre le dépistage obligatoire ou imposé, ainsi que des programmes de surveillance et de redevabilité pour les politiques déjà en place.

Autres populations vulnérables

Les autres populations vulnérables sont des groupes de personnes particulièrement vulnérables à l'infection par le VIH dans certaines situations ou contextes, mais qui ne sont pas touchés de manière uniforme dans tous les pays et par toutes les épidémies. Selon le contexte, il peut s'agir d'orphelins, d'enfants qui vivent dans la rue, de personnes handicapées et de travailleurs mobiles ou saisonniers. De plus, les travailleurs de certains secteurs, comme les pêcheurs et les routiers longue distance, peuvent être confrontés à une vulnérabilité accrue. Ces groupes sont souvent difficiles à atteindre et, de façon générale, ont rarement recours aux services de dépistage du VIH.

Pour répondre aux besoins des populations vulnérables, les pays doivent procéder à des analyses de la situation pour comprendre l'épidémie et le contexte local et pour identifier ces groupes. Ce type d'analyse peut aider à déterminer quels groupes sont le plus à risque de contracter le VIH et ont le plus besoin de services, au-delà des populations clés. En s'appuyant sur ces évaluations, les programmes peuvent adapter les SDV (dans le cadre de services existants ou en supplément) afin de répondre à des besoins spécifiques.

Encadré 6.8. Résumé des déclarations de bonnes pratiques pour les migrants, les réfugiés, les personnes déplacées et autres groupes vulnérables

- Les SDV ne doivent en aucun cas être obligatoires et il est nécessaire de mettre en œuvre des politiques et des pratiques conçues pour protéger les populations vulnérables contre le dépistage obligatoire ou imposé.
- Pour répondre aux besoins des populations vulnérables, y compris les migrants, les pays doivent procéder à des analyses approfondies de la situation pour comprendre l'épidémie et le contexte local et pour identifier ces groupes ainsi que les populations clés exposées au plus grand risque d'infection et ayant besoin de services. En s'appuyant sur ces évaluations, les programmes peuvent adapter les approches de SDV (dans le cadre de services existants ou en supplément) afin de répondre aux besoins.

Sources : OMS, 2014 (116) ; OMS, 2015 (3).

Références bibliographiques

1. Dwyer-Lindgren L, Cork MA, Sligar A, Steuben KM, Wilson KF, Provost NR, et al. Mapping HIV prevalence in sub-Saharan Africa between 2000 and 2017. *Nature*. 2019;570(7760):189-93.
2. Brown T, Peerapatanapokin W. Evolving HIV epidemics: the urgent need to refocus on populations with risk. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2019;14(5):337-53.
3. Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2015.
4. A decision framework for differentiated antiretroviral therapy delivery for key populations. Geneva: International AIDS Society; 2018.
5. HIV self-testing strategic framework: a guide for planning, introducing and scaling up. Geneva: World Health Organization; 2018.
6. Differentiated service delivery for HIV: a decision framework for HIV testing services. Geneva: International AIDS Society; 2018.
7. Guidelines on the use of antiretroviral therapy: a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2016.
8. WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis of HIV infection. Geneva: World Health Organization; 2017.
9. A framework for voluntary medical male circumcision: effective HIV prevention and a gateway to improved adolescent boys' and men's health in eastern and southern Africa by 2021. Geneva: World Health Organization; 2018.
10. Global AIDS update 2019 — Communities at the centre. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2019.
11. Are key populations really the 'key' to ending AIDS in Asia? New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2018.
12. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2016.
13. Kennedy CE, Yeh PT, Johnson C, Baggaley R. Should trained lay providers perform HIV testing? A systematic review to inform World Health Organization guidelines. *AIDS Care*. 2017;29(12):1473-9.
14. Syphilis screening and treatment for pregnant women Geneva: World Health Organization; 2017.
15. Suthar AB, Ford N, Bachanas PJ, Wong VJ, Rajan JS, Saltzman AK, et al. Towards universal voluntary HIV testing and counselling: a systematic review and meta-analysis of community-based approaches. *PLoS medicine*. 2013;10(8):e1001496.
16. Sulat Jaelan S. The impacts of community-based HIV testing and counselling on testing uptake. *J Health Res*. 2018;32(2):152-63.
17. Herce ME, Miller WM, Bula A, Edwards JK, Sapalalo P, Lancaster KE, et al. Achieving the first 90 for key populations in sub-Saharan Africa through venue-based outreach: challenges and opportunities for HIV prevention based on PLACE study findings from Malawi and Angola. *J Int AIDS Soc*. 2018;21 Suppl 5:e25132.
18. Johnson C, Dalal S, Baggaley R, Hogan D, Parrott G, Mathews R, et al. Annex 5. Systematic review of HIV testing costs in high and low income settings. Geneva: World Health Organization; 2015.
19. Groves A, Stankard P, Jamil M, Barr-Dichiara M, Baggaley R, Johnson C. A systematic review of community-based testing in key populations Geneva: World Health Organization; 2019.
20. Jamil M, Wilson I, Witzel C, Figueroa C, Barr-Dichiara M, Rodgers A, et al. Should HIV self-testing be offered as an HIV testing approach? Geneva: World Health Organization; 2019.
21. Gashobotse D, Lillie T, Kamariza G, Nkunzimana A, Cooper E, Boyee D. Peer-mobilized HIV self-testing increases case detection and linkage to ART among key populations in Burundi. 10th IAS Conference on HIV Science; 21-24 July 2019; Mexico City, Mexico.
22. Wu D, Smith M, Ong J, Ritchwood T, Fu H, Pan S, et al. Social-media based secondary distribution of HIV self-testing among Chinese men who have sex with men: A pilot implementation programme assessment. 10th IAS Conference on HIV Science; 21-24 July 2019; Mexico City, Mexico.
23. Nguyen VTT, Phan HT, Kato M, Nguyen Q-T, Le Ai KA, Vo SH, et al. Community-led HIV testing services

- including HIV self-testing and assisted partner notification services in Vietnam: lessons from a pilot study in a concentrated epidemic setting. *Journal of the International AIDS Society*. 2019;22(53):e25301.
24. Guidelines on HIV self-testing and partner notification: a supplement to the consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2016.
 25. Ayala G, Bahati M, Balan E, Chang J, Do TD, Fokeerbox NA, et al. Partner notification: a community viewpoint. *Journal of the International AIDS Society*. 2019;22(53):e25291.
 26. Katz D, Masyuko S, Dettinger J, Tiwani R, K; M, Mair L, et al. HIV partner services and social network approaches to hiv testing services for key populations. Geneva: World Health Organization; 2019.
 27. Prevention and control of sexually transmitted infections (STIs) in the era of oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for HIV. Geneva: World Health Organization; 2019.
 28. World drug report 2019, UNODC, Vienna. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2019.
 29. Global TB report. Geneva: World Health Organization; 2018.
 30. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2017.
 31. The PHIA project New York City: ICAP Columbia University; 2019 [12 August 2019]. Available from: <https://phia.icap.columbia.edu/>.
 32. Knowledge is power: know your status, know your viral load. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2018.
 33. Maheu-Giroux M, Marsh K, Doyle C, Godin A, Lanièce Delaunay C, Johnson L, et al. National HIV testing and diagnosis coverage in sub-Saharan Africa: a new modeling tool for estimating the “first 90” from program and survey data. *AIDS*. 2019;33(Suppl 3):S255.
 34. Marsh K, Eaton JW, Mahy M, Sabin K, Autenrieth C, Wanyeki I, et al. Global, regional and country-level 90-90-90 estimates for 2018: assessing progress towards the 2020 target. *AIDS*. 2019;33(Suppl 3):S213.
 35. Addressing a blind spot in the response to HIV — reaching out to men and boys. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2018.
 36. Druyts E, Dybul M, Kanters S, Nachega J, Birungi J, Ford N, et al. Male sex and the risk of mortality among individuals enrolled in antiretroviral therapy programs in Africa: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2013;27(3):417-25.
 37. Global AIDS Update 2018: Miles to go: Closing gaps, breaking barriers, righting injustices. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2018.
 38. HIV prevention 2020 road map accelerating HIV prevention to reduce new infections by 75%. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2017.
 39. 90-90-90 - an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva: Joint United Nations Programme for HIV/AIDS; 2015.
 40. Hensen B, Baggaley R, Wong V, Grabbe K, Shaffer N, Lo Y, et al. Universal voluntary HIV testing in antenatal care settings: a review of the contribution of provider-initiated testing and counselling. *Trop Med Int Health*. 2012;17(1):59-70.
 41. Cornell M, Cox V, Wilkinson L. Public health blindness towards men in HIV programmes in Africa. *Trop Med Int Health*. 2015;20(12):1634-5.
 42. Cornell M, McIntyre J, Myer L. Men and antiretroviral therapy in Africa: our blind spot. *Trop Med Int Health*. 2011;16(7):828-9.
 43. Musheke M, Merten S, Bond V. Why do marital partners of people living with HIV not test for HIV? A qualitative study in Lusaka, Zambia. *BMC public health*. 2016;16:882.
 44. Creighton G, Oliffe JL. Theorising masculinities and men’s health: a brief history with a view to practice. *Health Soc Rev*. 2010;19(4):409-18.
 45. Siu GE, Seeley J, Wight D. Dividuality, masculine respectability and reputation: how masculinity affects men’s uptake of HIV treatment in rural eastern Uganda. *Soc Sci Med*. 2013;89:45-52.
 46. Dovel K, Yeatman S, Watkins S, Poulin M. Men’s heightened risk of AIDS-related death: the legacy of gendered HIV testing and treatment strategies. *AIDS*. 2015;29(10):1123-5.
 47. Sande L, Maheswaran H, Manganah C, Mwenge L, Indravudh P, Mkandawire P, et al. Costs of accessing HIV testing services among rural Malawi communities. *AIDS Care*. 2018;30(Suppl 3):27-36.

48. Ford N, Meintjies G, Calmy A, Bygrave H, Migone C, Vitoria M, et al. Managing Advanced HIV Disease in a Public Health Approach. *Clinical Infectious Diseases*. 2018;66(suppl_2):S106-S510.
49. Carmona S, Bor J, Nattey C, Maughan-Brown B, Maskew M, Fox MP, et al. Persistent high burden of advanced HIV disease among patients seeking care in South Africa's national HIV program: Data from a nationwide laboratory cohort. *Clin Infect Dis*. 2018;66(suppl_2):S111-S7.
50. Thomson KA, Hughes J, Baeten JM, John-Stewart G, Celum C, Cohen CR, et al. Increased risk of HIV acquisition among women throughout pregnancy and during the postpartum period: a prospective per-coital-act analysis among women with HIV-infected partners. *J Infect Dis*. 2018;218(1):16-25.
51. Global health sector response to HIV, 2000-2015: focus on innovations in Africa: progress report. Geneva: World Health Organization; 2015.
52. Global update on the health sector response to HIV. Geneva: World Health Organization; 2014.
53. Nglazi M, Zunza M, Mtathews C, Low N, Young T. What works in partner notification for sexually transmitted infections, including HIV? Systematic review and meta-analysis. Joint meeting of the 23rd ISSTD & 20th IUSTI; 14-17 July; Vancouver, Canada 2019.
54. Hensen B, Taoka S, Lewis JJ, Weiss HA, Hargreaves J. Systematic review of strategies to increase men's HIV-testing in sub-Saharan Africa. *AIDS*. 2014;28(14):2133-45.
55. Stankard P, Groves A, Jamil MS, Baggaley R, Johnson C. A systematic review of community-based HIV testing in the general population and key populations. Geneva: World Health Organization; 2019.
56. Wagner A, Njuguna I, Escudero J, Burke R, Obermeyer C, Neary J, et al. Demand creation strategies to improve uptake of HIV testing. Geneva: World Health Organization; 2019.
57. Hayes RJ, Donnell D, Floyd S, Mandla N, Bwalya J, Sabapathy K, et al. Effect of universal testing and treatment on HIV incidence — HPTN 071 (PopART). *N Engl J Med*. 2019;381(3):207-18.
58. Hauck K. Cost and societal value of the household-based combination HIV prevention intervention implemented in HPTN 071 (PopART) 10th International AIDS Conference on Science; 21-24 July 2019; Mexico City, Mexico.
59. Gaolathe T, Wirth KE, Holme MP, Makhema J, Moyo S, Chakalisa U, et al. Botswana's progress toward achieving the 2020 UNAIDS 90-90-90 antiretroviral therapy and virological suppression goals: a population-based survey. *Lancet HIV*. 2016;3(5):e221-e30.
60. Havlir DV, Balzer LB, Charlebois ED, Clark TD, Kwarisiima D, Ayieko J, et al. HIV testing and treatment with the use of a community health approach in rural Africa. *N Engl J Med*. 2019;381(3):219-29.
61. Sabapathy K, Van den Bergh R, Fidler S, Hayes R, Ford N. Uptake of home-based voluntary HIV testing in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*. 2012;9(12):e1001351.
62. Dalal S, Johnson C, Fonner V, Kennedy CE, Siegfried N, Figueroa C, et al. Improving HIV test uptake and case finding with assisted partner notification services. *AIDS*. 2017;31(13):1867-76.
63. The impact of HIV and AIDS on the world of work: Global estimates. Geneva: International Labour Organization; 2018.
64. HIV self-testing at the workplace. Geneva: World Health Organization; International Labour Organization; 2018.
65. Johnson CC, Kennedy C, Fonner V, Siegfried N, Figueroa C, Dalal S, et al. Examining the effects of HIV self-testing compared to standard HIV testing services: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the International AIDS Society*. 2017;20(1):21594.
66. Sharma M, Smith JA, Farquhar C, Ying R, Cherutich P, Golden M, et al. Assisted partner notification services are cost-effective for decreasing HIV burden in western Kenya. *AIDS*. 2018;32(2):233-41.
67. Phillips AN, Cambiano V, Nakagawa F, Bansi-Matharu L, Wilson D, Jani I, et al. Cost-per-diagnosis as a metric for monitoring cost-effectiveness of HIV testing programmes in low-income settings in southern Africa: health economic and modelling analysis. *Journal of the International AIDS Society*. 2019;22(7):e25325-e.
68. Cambiano V, Johnson CC, Hatzold K, Terris-Prestholt F, Maheswaran H, Thirumurthy H, et al. The impact and cost-effectiveness of community-based HIV self-testing in sub-Saharan Africa: a health economic and modelling analysis. *Journal of the International AIDS Society*. 2019;22(S1):e25243.
69. WHO and UNAIDS announce recommendations from expert consultation on male circumcision for HIV prevention. Geneva: World Health Organization; 2007.
70. Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. Geneva: World Health

Organization; 2007.

71. HIV prevention for and with adolescent and young key populations. New York: United Nations Children's Fund 2018.
72. Hosek S, Pettifor A. HIV prevention interventions for adolescents. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2019;16(1):120-8.
73. WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights. Geneva World Health Organization 2018.
74. Global standards for quality health-care services for adolescents: A guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; World Health Organization; 2015.
75. Ahmed K, Baeten JM, Beksinska M, Bekker L-G, Bukusi EA, Donnell D, et al. HIV incidence among women using intramuscular depot medroxyprogesterone acetate, a copper intrauterine device, or a levonorgestrel implant for contraception: a randomised, multicentre, open-label trial. *Lancet.* 2019;394(10195):303-13.
76. Guideline on HIV disclosure counselling for children up to 12 years of age. Geneva: World Health Organization; 2011.
77. 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.
78. Clark JL, Perez-Brumer A, Salazar X. 'Manejar la Situacion': Partner notification, partner management, and conceptual frameworks for HIV/STI control among MSM in Peru. *AIDS and Behavior.* 2015;19(12):2245-54.
79. 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.
80. Age of consent to HIV testing in sub-Saharan Africa: a review of national HIV testing policies Geneva: World Health Organization; 2019.
81. Quinn C, Wong V, Jamil M, Baggaley R, Johnson C. Symptom and risk-based screening tools to optimise provider-initiated testing and counselling for HIV in high and low HIV burden settings: a scoping review. Geneva: World Health Organization; 2019.
82. Fox K, Ferguson J, Ajose W. Annex 15. Adolescent consent to testing: a review of current policies and issues in sub-Saharan Africa. Geneva: World Health Organization; 2013.
83. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policymakers and managers. Geneva: World Health Organization; 2013.
84. Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Wijesooriya NS, Mahiane SG, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes-estimates for 2016 and progress since 2012. *PLoS One.* 2019;14(2):e0211720.
85. Global hepatitis report. Geneva: World Health Organization; 2017.
86. Progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization; 2019.
87. WHO information note on the use of dual HIV/Syphilis rapid diagnostic tests. Geneva: World Health Organization; 2017.
88. Ishikawa N, Dalal S, Johnson C, Hogan DR, Shimbo T, Shaffer N, et al. Should HIV testing for all pregnant women continue? Cost-effectiveness of universal antenatal testing compared to focused approaches across high to very low HIV prevalence settings. *Journal of the International AIDS Society.* 2016;19(1):21212.
89. Meisner J, Rodriguez P, Roberts A, Barnabas R, Newman-Owiredo M, Taylor M, et al. Cost-effectiveness of dual maternal HIV and syphilis testing and retesting strategies in high and low HIV prevalence countries. Geneva: World Health Organization; 2019.
90. Meisner J, Rodriguez P, Roberts A, Barnabas R, Newman-Owiredo M, Taylor M, et al. Modeling the cost-effectiveness of retesting for HIV during pregnancy and postpartum in high and low HIV prevalence countries. Geneva: World Health Organization; 2019.
91. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach - second edition. Geneva: World Health Organization; 2016.
92. Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy. Geneva: World Health Organization; 2017.

93. Preventing HIV during pregnancy and breastfeeding in the context of PrEP. Geneva: World Health Organization; 2017.
94. Kumar AM, Gupta D, Kumar A, Gupta RS, Kanchar A, Rao R, et al. HIV testing among patients with presumptive tuberculosis: how do we implement in a routine programmatic setting? Results of a large operational research from India. *PLoS One*. 2016;11(5):e0156487.
95. Integrating collaborative TB and HIV services within a comprehensive package of care for people who inject drugs: consolidated guidelines. Geneva: World Health Organization 2016.
96. Family-based index case testing to identify children with HIV. Geneva: World Health Organization; 2018.
97. Evidence for action series: effectiveness of interventions to address HIV in prisons. Geneva: World Health Organization; 2007.
98. Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2019.
99. Guidelines on hepatitis B and C testing. Geneva: World Health Organization; 2017.
100. Update of recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens. Geneva: World Health Organization; 2019.
101. Newell M, Coovadia H, Cortina-Borja M, Rollins N, Gaillard P, Dabis F, et al. Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis. *Lancet*. 2004;364(9441):1236-43.
102. HIV molecular diagnostics toolkit to improve access to viral load testing and infant diagnosis. Geneva: World Health Organization; 2019.
103. Public health approach to quality HIV testing in the context of antiretroviral drugs. Geneva: World Health Organization; 2017.
104. Country Intelligence Database. Geneva: World Health Organization; 2019.
105. Olaru ID, McHugh G, Dakshina S, Majonga E, Dauya E, Bandason T, et al. False-negative HIV tests using oral fluid tests in children taking antiretroviral therapy from Harare, Zimbabwe. *J Intl AIDS Soc*. 2017;20(Suppl 6):21751-.
106. Were WA, Mermin JH, Wamai N, Awor AC, Bechange S, Moss S, et al. Undiagnosed HIV infection and couple HIV discordance among household members of HIV-infected people receiving antiretroviral therapy in Uganda. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2006;43(1):91-5.
107. HIV self-testing strategic framework: a guide for planning, introducing and scaling up. Geneva: World Health Organization; 2018.
108. Morton JF, Celum C, Njoroge J, Nakyanzi A, Wakhungu I, Tindimwebwa E, et al. Counseling framework for HIV-serodiscordant couples on the integrated use of antiretroviral therapy and pre-exposure prophylaxis for HIV prevention. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2017;74(Suppl 1):S15-S22.
109. 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.
110. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. Geneva: World Health Organization; 2013.
111. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013.
112. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook. Geneva: World Health Organization, The United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women, and The United Nations Population Fund; 2014.
113. Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV. Geneva: World Health Organization 2017.
114. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Geneva: World Health Organization; 2017.
115. Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control 2018.
116. Guidelines for the delivery of antiretroviral therapy to migrants and crisis-affected persons in sub-Saharan Africa. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 2014.

PLANIFICATION STRATÉGIQUE POUR DES SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH EFFICACES ET EFFICIENTS

7

Messages clés	166
7.1 Introduction	167
7.2 Principes fondamentaux pour la planification et la mise en œuvre de services de dépistage du VIH efficaces et efficients	168
7.2.1 Mieux cerner l'épidémie	169
7.2.2 Considérations pour la proposition systématique des services de dépistage du VIH	171
7.2.3 Considérations pour la mise en œuvre de services de dépistage du VIH ciblés	172
7.2.4 Quand et pour qui faut-il refaire le test ?	176
7.2.5 Dépistage des femmes enceintes et qui allaitent	177
7.2 Analyses approfondies de la situation pour optimiser la prestation des SDV	179
7.3.1 Prise en compte des besoins en matière de coûts et de ressources pour les SDV	182
7.3.2 Analyses du rapport coût-efficacité et de l'incidence budgétaire	184
Références bibliographiques	186



MESSAGES CLÉS

- Une priorité essentielle pour les services de dépistage du VIH (SDV) est **d'atteindre le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH qui n'ont pas encore été diagnostiquées** ainsi que **les groupes de population qui sont les plus exposés au risque d'infection et parmi lesquels le manque de connaissances quant au statut VIH est encore plus prononcé**. Parmi ceux-ci, on compte les personnes issues des populations clés et leurs partenaires dans toutes les régions, et les hommes et les jeunes femmes en Afrique de l'Est et en Afrique australe.
- Une **analyse approfondie de la situation** constitue la première étape pour comprendre comment optimiser les SDV, une stratégie qui peut inclure la modification de services existants, l'introduction de nouvelles approches et la sélection d'une combinaison optimale d'approches de SDV pour répondre aux besoins de différentes populations. Ce type d'analyse varie selon le pays et le contexte, mais comprend habituellement l'examen des données épidémiologiques nationales sur le VIH, des données du programme, des ressources financières, des coûts et des lois et politiques pertinentes.
- Les programmes de SDV doivent prioriser les approches et optimiser les ressources en fonction du contexte spécifique ainsi que de l'épidémiologie et la charge locales du VIH. Dans le cadre de la programmation et la planification des SDV, l'expression **forte charge de VIH** utilisée dans cet ouvrage fait référence aux contextes avec une prévalence nationale du VIH de 5 % ou plus, et aux sous-populations et contextes géographiques où la prévalence et/ou l'incidence du VIH est plus élevée qu'à l'échelle nationale. **Faible charge de VIH** se rapporte aux contextes avec une prévalence du VIH inférieure à 5 %, mais dans lesquels certaines populations (principalement les populations clés et leurs partenaires) et certains contextes géographiques peuvent avoir une prévalence et/ou une incidence du VIH plus élevée qu'à l'échelle nationale. La riposte au VIH doit prioriser ces populations et ces zones. Les pays peuvent également revoir leur **prévalence du VIH ajustée sur le traitement** comme une indication de la proportion de personnes qui ne sont pas encore diagnostiquées, ou qui sont diagnostiquées mais pas actuellement sous traitement.
- **Des approches ciblées sont nécessaires pour les SDV**, en particulier en situation de ressources limitées. Les SDV peuvent être optimisés en priorisant les approches comme les services aux partenaires et la notification par le prestataire (notamment le dépistage indicateur) et en ciblant le dépistage pour viser des services de santé spécifiques, des populations prioritaires et des contextes géographiques.
- Pour assurer l'utilisation efficace des ressources, les programmes doivent optimiser la fréquence pour refaire les tests de dépistage du VIH. Dans l'ensemble, **la plupart des personnes dont le résultat est séronégatif n'auront pas besoin de refaire le test**. Refaire le dépistage annuellement n'est nécessaire que pour les populations clés et les personnes sexuellement actives dans des contextes à forte charge de VIH. Il peut être nécessaire de refaire plus fréquemment le test pour les personnes exposées à un risque persistant de contracter le virus, ou pour surveiller l'effectivité des interventions de prévention du VIH telles que la prophylaxie préexposition (PrEP).
- Dans les contextes à faible charge de VIH, les programmes peuvent envisager l'utilisation **d'outils de criblage ou de questionnaires** pour identifier les personnes susceptibles de bénéficier des SDV et qui, sinon, ne se verraient pas proposer le dépistage. **Les programmes doivent cependant utiliser judicieusement les outils ou questionnaires validés qui excluent certaines personnes des SDV**, sous risque d'omettre des cas d'infection. De plus, le criblage peut ne pas être réalisable dans certains contextes et risque de décourager le dépistage pour certaines personnes ; lorsque ces questionnaires comportent des questions personnelles ou délicates, il est important de garantir la confidentialité.

7. PLANIFICATION STRATÉGIQUE POUR DES SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH EFFICACES ET EFFICIENTS

7.1 Introduction

Les services de dépistage du VIH (SDV) et le traitement de la maladie ont été intensifiés à l'échelle mondiale. Aujourd'hui, dans de nombreux contextes, la grande majorité des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique et ont accès au traitement antirétroviral (TAR).

À mesure que la couverture du dépistage du VIH et du TAR augmente, moins de personnes auront besoin de dépistage, de diagnostic, de traitement et de soins. Il en découle que les efforts pour atteindre les personnes séropositives restantes qui ignorent leur statut sont de plus en plus exigeants et coûteux dans de nombreux contextes. Pour maximiser l'impact et optimiser l'utilisation des ressources, les pays, en particulier ceux à revenu faible et intermédiaire, doivent choisir des approches de SDV à fort impact, innovantes et efficientes pour concentrer leurs efforts sur les populations et les contextes avec le plus grand nombre d'infections à VIH non diagnostiquées (1-4).

Parmi les personnes qui ignorent leur statut sérologique, on compte les personnes issues des populations clés et leurs partenaires dans toutes les régions, et les hommes et les jeunes femmes en Afrique de l'Est et en Afrique australe. D'autres personnes qui ne parviennent pas à être atteintes sont les partenaires de personnes vivant avec le VIH et de personnes atteintes d'infections sexuellement transmissibles (IST) (7, 8). Les personnes diagnostiquées avec le virus pendant l'ère pré-TAR (c'est-à-dire avant que le traitement ne soit proposé à toutes les personnes séropositives, indépendamment de l'évaluation clinique) et celles qui connaissent leur statut sérologique mais ne sont pas sous TAR peuvent bénéficier de SDV pour les inciter à débiter ou à reprendre les soins. Pour encourager ces personnes à débiter un TAR ou à le reprendre, il peut être utile de leur communiquer les dernières informations sur les avantages du traitement et des schémas thérapeutiques simplifiés en termes de santé et de prévention (9).

Pour atteindre les personnes qui ont besoin d'un dépistage et améliorer l'efficacité et l'effectivité des programmes, il faut modifier la planification et la prestation des SDV. Ce chapitre traite des principes fondamentaux pour sélectionner les approches de SDV à utiliser pour atteindre diverses populations qui sont prioritaires pour le dépistage, le traitement et la prévention du VIH. Il donne également des conseils pour rationaliser l'utilisation de ressources limitées et mettre en œuvre des SDV ciblés dans le but d'atteindre les populations dont les besoins en dépistage restent à combler. Le contenu supplémentaire décrit comment effectuer une analyse approfondie de la situation pour sélectionner les approches de SDV, et aborde les considérations en matière de coûts et de ressources.

Pour atteindre les personnes dans le besoin et améliorer l'efficacité et l'effectivité des programmes, il faut modifier la planification et la prestation des SDV.

7.2 Principes fondamentaux pour la planification et la mise en œuvre de services de dépistage du VIH efficaces et efficaces

L'encadré 7.1 présente les principes directeurs pour la planification des SDV.

Encadré 7.1. Principes directeurs pour la planification des SDV

Les modèles et approches de prestation de services pour tous les SDV doivent se concentrer sur les éléments suivants :

1. atteindre le **plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH qui n'ont pas encore été diagnostiquées** ainsi que **les groupes de population qui sont plus exposés au risque d'infection et parmi lesquels le manque de connaissances quant au statut VIH est encore plus prononcé** ;
2. **augmenter l'acceptabilité, l'équité et la demande** pour que les SDV atteignent les personnes laissées pour compte, y compris les populations clés ;
3. **prioriser les approches** qui présentent le meilleur rapport coût-efficacité et qui sont les plus efficaces ;
4. atteindre **les cibles du programme national** (par exemple, les objectifs 90–90–90 et les objectifs de prévention de l'initiative Fast-Track) ; et
5. **faciliter la liaison** avec les services de traitement pour les personnes diagnostiquées séropositives et fournir les services de prévention adaptés aux personnes séronégatives.

Source : OMS, 2018 (10).

La sélection des **types d'approches de SDV**

nécessaires pour atteindre le plus grand nombre de personnes séropositives non diagnostiquées exige une connaissance et une compréhension approfondies de l'épidémie d'un pays, notamment la prévalence et l'incidence nationales du VIH, la prévalence ajustée sur le traitement (estimation de la proportion de personnes séropositives dans la population testée en excluant les personnes sous TAR) et les variations infranationales de ces indicateurs par région et par population, y compris les populations clés. L'examen et l'analyse approfondis des données du programme et des données des enquêtes en population sont essentiels pour mieux cerner l'épidémie et identifier les lacunes et les opportunités. Ils fournissent une bonne compréhension de la couverture des SDV, à la fois au niveau national et infranational, et permettent d'identifier où se trouve le plus grand nombre d'infections à VIH non diagnostiquées. Cet exercice peut également servir à identifier des zones et des populations où le dépistage est injustifié, et à souligner des opportunités pour réduire ou même cesser certaines approches de dépistage. Pour optimiser l'efficacité de la prestation des SDV, il faut revoir les approches et les programmes existants utilisés pour : (1) mobiliser et créer la demande pour les SDV, (2) mettre en œuvre les SDV et (3) faciliter la liaison rapide avec les services de traitement, de soins et de prévention après le dépistage (Tableau 7.1).

Pour optimiser l'efficacité de la prestation des SDV, il faut revoir les approches et les programmes existants utilisés pour : (1) mobiliser et créer la demande pour les SDV, (2) mettre en œuvre les SDV et (3) faciliter la liaison rapide avec les services de traitement, de soins et de prévention après le dépistage.

Grâce à ces analyses, les programmes seront en mesure de repenser et d'adapter les SDV afin d'atteindre efficacement les personnes qui ont besoin de dépistage, de traitement, de soins et de prévention du VIH.

Des orientations pertinentes pour chaque composante sont disponibles dans les chapitres suivants :

- Les services avant le dépistage, notamment les messages, la mobilisation et la création de la demande, sont décrits en détail dans le Chapitre 3.
- Les services post-test, notamment les messages, les protocoles de conseil et la liaison, sont décrits en détail dans le Chapitre 4.
- Les modèles et approches de prestation de services pour les SDV sont décrits en détail dans le Chapitre 5.
- Les considérations pour la mise en œuvre parmi les groupes de population sont décrites en détail dans le Chapitre 6.
- La surveillance et l'évaluation des SDV sont décrites en détail dans l'annexe Web H.

Des informations sur l'élaboration d'approches pour une prestation différenciée de services sont également disponibles dans *Prestation différenciée de services pour le VIH : cadre décisionnel pour les services de dépistage du VIH* (11).

Tableau 7.1. Éléments constitutifs d'un modèle de prestation de services de dépistage du VIH

	Mobilisation et création de la demande	Mise en œuvre des SDV	Liaison avec les services de soins
Quand	En continu, en intermittence ou de façon ciblée	Heure de la journée et fréquence	Délai de mise en liaison et fréquence de la surveillance
Où	Lieu des activités de mobilisation	Établissement de santé, autre établissement, communauté	Lieu des activités de mise en liaison
Qui	Qui s'occupe de la mobilisation ? Qui est ciblé par les messages et la mobilisation ?	Qui réalise le dépistage du VIH ? Qui est ciblé par le dépistage ?	Qui s'occupe de la liaison avec les services de prévention ou d'instauration du TAR ?
Quoi	Quel ensemble de services et d'interventions de création de la demande ?	Quelle approche des SDV ?	Quelle intervention de mise en liaison ?

Source : Adapté de l'IAS, 2018 (11)

7.2.1 Mieux cerner l'épidémie

Les recommandations et les orientations de l'OMS sur les approches de SDV à prioriser et à mettre en œuvre dans divers contextes sont souvent basées sur la charge de VIH, élevée ou faible, du contexte en question (9, 12-15). Dans le cadre de la programmation et de la planification des SDV, l'expression **forte charge de VIH** utilisée dans cet ouvrage fait référence aux contextes avec une prévalence nationale du VIH de 5 % ou plus, et aux sous-populations et contextes géographiques où la prévalence et/ou l'incidence du VIH est plus élevée qu'à l'échelle nationale. **Faible charge de VIH** se rapporte aux contextes avec une prévalence nationale du VIH inférieure à 5 %, mais dans lesquels certaines populations (principalement les populations clés et leurs partenaires) et certains contextes géographiques peuvent avoir une prévalence et/ou une incidence du VIH plus élevée qu'à l'échelle nationale, justifiant ainsi leur priorisation dans le cadre de la lutte contre le virus.

À mesure que les épidémies évoluent dans les pays et que la couverture des SDV et du TAR augmentent, il reste moins de personnes à diagnostiquer et le taux de positivité des SDV à l'échelle nationale – à savoir le « rendement » du dépistage, ou la proportion de **nouveaux cas**

identifiés – baisse également, même lorsque la prévalence nationale du VIH augmente, car plus de personnes vivent plus longtemps sous TAR. Les pays peuvent également revoir leur **prévalence du VIH ajustée sur le traitement** comme une indication de la proportion de personnes qui ne sont pas encore diagnostiquées, ou qui sont diagnostiquées mais pas sous traitement (se reporter au Chapitre 8 pour plus de détails). Ces catégories sont indicatives et peuvent être utiles pour déterminer comment optimiser les approches des SDV, notamment pour décider qui doit fournir les services et quels services doivent être proposés, où et quand (voir le Tableau 7.1) (13).

Pour chaque pays, la charge de VIH varie selon la région, la province et les zones géographiques et administratives de plus petite taille, comme les zones métropolitaines, et même parmi les sites de dépistage. Un examen nuancé et approfondi de la prévalence et de la charge du virus dans différentes populations et zones géographiques facilite une planification efficace pour mettre en évidence les plus grandes lacunes en termes de dépistage, de traitement et de prévention (voir l'Encadré 7.2).

Les outils qui permettent d'identifier ces variations et d'utiliser les données disponibles pour la programmation s'améliorent. Les programmes disposent désormais souvent de données issues de plusieurs sources comme la surveillance, les programmes et les enquêtes. Celles-ci permettent souvent de ventiler la prévalence du VIH et le taux de positivité du dépistage par sexe, âge, type de population et géographie. On trouve généralement parmi ces sources la surveillance des données du dépistage du VIH chez les femmes enceintes, les enquêtes nationales

Bien que toutes les sources de données aient chacune leurs limites, utilisées conjointement elles peuvent donner un tableau représentatif de la situation du VIH dans le pays et révéler les tendances épidémiologiques.

auprès des ménages, les études à plus petite échelle auprès de groupes d'intérêt comme les populations clés et les exercices de modélisation comme ceux menés par le modèle d'impact du SIDA (AIM) du système Spectrum de l'ONUSIDA (16). Bien que toutes les sources de données aient chacune leurs limites, utilisées conjointement elles peuvent donner un tableau représentatif de la situation du VIH dans le pays et révéler les tendances épidémiologiques lorsqu'elles sont correctement analysées.

Les données issues des enquêtes nationales en population sont celles qui donnent les informations les plus précises si les taux de réponse sont élevés et s'il n'y a pas de biais important ou d'exclusion de certains groupes de population. Les enquêtes nationales auprès des ménages ou en population sont rarement conçues pour identifier les populations clés ou d'autres populations prioritaires spécifiques du pays. D'autres approches ou enquêtes/études spécifiques peuvent être nécessaires pour combler cette lacune et obtenir des informations fiables pour ces groupes, dans lesquels la prévalence du VIH et la connaissance du statut sérologique peuvent être considérablement différentes de celles de la population générale.

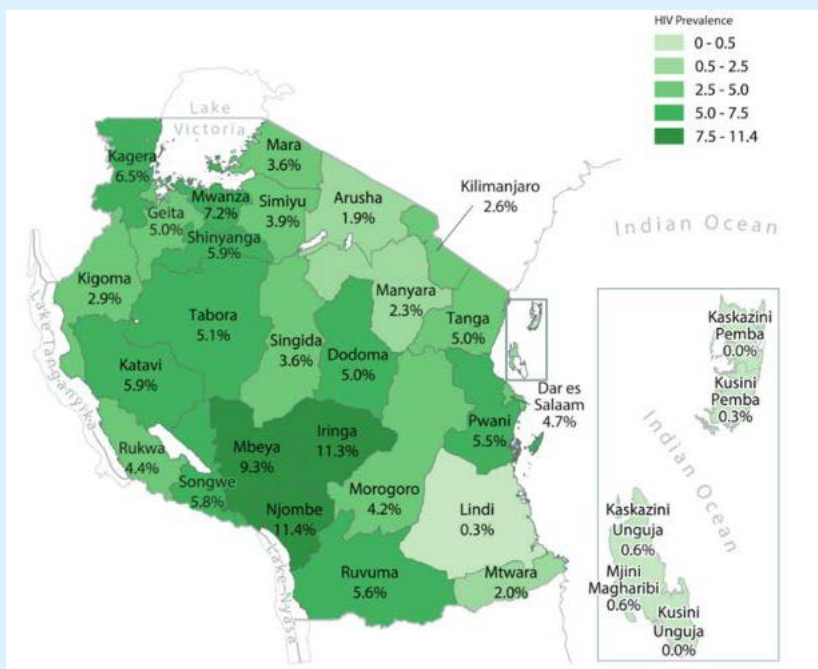
C'est pourquoi il faut étudier les données programmatiques au niveau des provinces et des districts, voire des établissements, pour obtenir de plus amples détails sur la couverture du dépistage du VIH et la proportion de cas positifs identifiés (taux de positivité).

Encadré 7.2. Variabilité de la prévalence du VIH selon la géographie et de l'incidence du VIH selon l'âge et le sexe en République-Unie de Tanzanie

Selon l'enquête en population d'évaluation de l'impact du VIH (PHIA)¹ réalisée en 2016-2017, la prévalence du VIH chez les adultes âgés de 15 ans et plus en République-Unie de Tanzanie est de 4,9 % (17, 18). Cette enquête met en évidence des variations marquées dans la prévalence du VIH selon le sexe, la tranche d'âge et la région.

La prévalence du VIH chez les adultes dans différentes régions du pays varie de moins de 1 % à Lindi, Unguja, Mjini Magharibi et Pemba à plus de 11 % à Njombe et Iringa (Figure 7.1). Il existe également des différences dans la prévalence du VIH selon le sexe et la tranche d'âge. La plus forte prévalence du VIH est constatée parmi les femmes de 45 à 49 ans (12 %) et parmi les hommes de 40 à 44 ans (8,4 %). Dans les tranches d'âge entre 15 et 39 ans, la prévalence du VIH chez les femmes est plus de deux fois celle des hommes dans les mêmes tranches d'âge. L'incidence du VIH chez les femmes adultes, âgées de 15 à 64 ans, est aussi deux fois celle des hommes dans cette même tranche d'âge (0,34 % contre 0,17 %).

Figure 7.1. Prévalence du VIH chez les adultes âgés de 15 ans et plus en République-Unie de Tanzanie, par région



Source : Enquête d'évaluation de l'impact du VIH en Tanzanie, 2018 (17)

7.2.2 Considérations pour la proposition systématique des services de dépistage du VIH

Lorsque les SDV sont systématiquement proposés, toutes les personnes dont le statut est inconnu ou séronégatif dans un lieu ou un contexte géographique spécifié se voient proposer un test de dépistage du VIH. L'OMS recommande que l'offre de dépistage du VIH volontaire soit

¹ Projet PHIA, <https://phia.icap.columbia.edu/about/> (en anglais).

systématique pour tous les patients dont le statut est inconnu ou séronégatif dans les contextes à forte charge de VIH. Les SDV peuvent être dispensés systématiquement dans les établissements de santé ou dans la communauté. Dans certains contextes à forte charge de VIH, des approches à base communautaire, comme les services à domicile (effectués au porte-à-porte), sont mises en œuvre pour atteindre toutes les personnes dans une zone géographique.

Dans un contexte à forte charge où la couverture du dépistage et du TAR est élevée, le rendement des SDV peut être faible, en particulier si le dépistage est systématiquement proposé à toutes les personnes chaque fois qu'elles se rendent dans une clinique. Il est suggéré de refaire le test dans les contextes à forte charge chez les personnes sexuellement actives, celles qui sont exposées à un risque persistant ou dans le cadre de la surveillance de l'efficacité des interventions de prévention du VIH (consulter la section 7.2.4 pour connaître la fréquence idéale pour refaire le test, et le Chapitre 4 pour les messages post-test). Pour optimiser le nombre de personnes qui refont le test de dépistage du VIH, il peut être nécessaire d'examiner le taux de positivité des SDV (proportion de nouveaux cas identifiés) au niveau des sites de dépistage et d'ajuster la fréquence à laquelle le test est proposé.

7.2.3 Considérations pour la mise en œuvre de services de dépistage du VIH ciblés

Les SDV ciblés cherchent à atteindre des populations ou des sous-groupes spécifiques où la prévalence du VIH (ou la prévalence ajustée sur le traitement) reste élevée, ou à prioriser la mise en œuvre dans certaines zones géographiques ou contextes cliniques en fonction de l'épidémiologie locale et de la couverture du dépistage du VIH.

Ces types de SDV ciblés peuvent être dispensés en utilisant diverses approches recommandées par l'OMS, dont les SDV dans les établissements de santé ou à base communautaire, les services aux partenaires et l'autodépistage du VIH (ADVIH). L'Encadré 7.3 résume l'utilisation d'approches ciblées des SDV pour atteindre des populations et des contextes spécifiques.

Des approches ciblées des SDV sont nécessaires pour atteindre efficacement les groupes de population les plus à risque de contracter le VIH et chez lesquels les lacunes sont les plus importantes en termes de couverture du dépistage.

Les approches ciblées sont conçues pour atteindre certaines populations qui ne sont pas adéquatement desservies par les SDV existants, ou les contextes qui présentent les lacunes les plus importantes en termes de couverture. Bien que ces efforts puissent sembler coûteux, le coût doit être considéré dans un cadre plus large qui vise à améliorer l'accès et l'équité pour les populations desservies et à identifier des infections à VIH non diagnostiquées supplémentaires. Si une approche ciblée conduit à un taux de positivité élevé des SDV, que ce soit au niveau national ou infranational, le coût par personne diagnostiquée séropositive peut s'avérer inférieur ou comparable à celui d'autres approches moins ciblées, même si le coût unitaire par test est plus élevé. Lors de la mise en œuvre d'une telle approche, la prudence s'impose pour assurer qu'elle n'aggrave pas la stigmatisation et la discrimination. Des activités ciblées de création de la demande peuvent également améliorer le recours au dépistage parmi les populations prioritaires (voir le Chapitre 3). Le Tableau 7.2 résume la priorisation des SDV par population.

La mise en œuvre d'une approche ciblée, quel que soit le service de dépistage concerné, nécessite un suivi et un examen des données réguliers pour déterminer si les populations et les zones prévues ont effectivement été atteintes. Si ce n'est pas le cas, l'approche doit être modifiée. Pour évaluer les progrès, il peut être nécessaire d'avoir des données de programmes infranationaux ou au niveau du site et des données provenant d'autres sources.

Encadré 7.3. Approches pour la mise en œuvre de services de dépistage du VIH ciblés

Le terme « cibler » ici signifie qu'il faut sélectionner les approches de SDV les plus appropriées spécifiques à des populations et à des contextes prioritaires particuliers. Parmi les options, on citera :

- **La notification par le prestataire** (souvent appelée « notification assistée aux partenaires » ou « dépistage indicateur ») permet d'atteindre les partenaires sexuels et d'injection de drogues des personnes vivant avec le VIH. **Les approches de dépistage du VIH qui s'appuient sur les réseaux sociaux** peuvent également atteindre les partenaires sexuels et d'injection de drogues ainsi que les contacts sociaux de personnes séropositives et séronégatives issues des populations clés qui sont exposées à un risque persistant (8, 19). Des considérations supplémentaires sont présentés dans le Chapitre 5.
- **Les SDV dans certains établissements de santé** peuvent desservir des populations ou des zones spécifiques avec une charge de VIH élevée ou des besoins de dépistage non satisfaits. Se reporter aux considérations du Chapitre 5.
- **Les SDV qui ciblent certaines populations** peuvent atteindre les personnes exposées à un risque élevé ou celles qui sont séropositives mais non diagnostiquées, telles qu'une population clé spécifique, les réseaux sexuels et sociaux avec un risque persistant de transmission du VIH, les partenaires, les membres de famille, les pairs ou les contacts sociaux de personnes vivant avec le VIH. Selon le contexte local et le lieu, d'autres groupes peuvent inclure les hommes et les adolescents issus de contextes à forte charge de VIH et d'autres groupes vulnérables mal desservis (les travailleurs migrants, par exemple). Se reporter au Chapitre 6 pour les considérations spécifiques aux populations clés.
- **Les SDV qui ciblent des zones géographiques ou des contextes spécifiques**, comme les districts ou zones à forte charge de VIH où la transmission perdure (centres de transport, postes frontaliers ou zones urbaines spécifiques où des personnes issues de populations clés travaillent ou résident) (20). D'autres exemples incluent le dépistage à base communautaire et la distribution de kits d'autotest du VIH sur les lieux de travail ainsi que dans les écoles et les établissements d'enseignement, les lieux de rencontre sexuelle, et dans le cadre d'interventions mobiles de proximité et à domicile dans des contextes spécifiques qui présentent une faible couverture du dépistage et une forte prévalence ou incidence du VIH (21). La priorisation géographique peut également être utile pour intensifier et intégrer progressivement de nouvelles approches des SDV, en augmentant la couverture à mesure que les ressources deviennent disponibles.

Les SDV peuvent également cibler les personnes qui présentent des pathologies évoquant une infection à VIH, les groupes à haut risque avec des co-infections et les personnes à qui, autrement, le dépistage ne serait pas proposé. Les considérations relatives à ces approches sont résumées ci-dessous.

Dépistage du VIH en fonction des maladies indicatrices. Cette stratégie de SDV consiste à proposer le test aux personnes qui présentent des pathologies spécifiques évoquant une infection à VIH, comme un cancer ou une dysplasie cervicale ou anale, un herpès zoster ou une fièvre inexpliquée (22). Sa mise en œuvre à bon escient s'est avérée efficace dans les établissements de soins de santé ordinaires en Europe, où elle est soutenue par les orientations spécifiques aux régions de l'OMS (22, 23). Une analyse des données de 20 pays européens à faible charge de VIH a révélé un taux de séropositivité de 3 % lorsque le dépistage était proposé aux personnes présentant des maladies indicatrices (24).

Tableau 7.2. Approches des SDV à considérer pour les populations prioritaires sélectionnées

Population prioritaire	Dépistage dans les établissements de santé	Dépistage à base communautaire	Autodépistage du VIH	Dépistage qui s'appuie sur les réseaux sociaux pour les populations clés
Populations clés	À proposer systématiquement dans tous les établissements et sites de dépistage desservant des populations clés	Dépistage mobile ou de proximité pour les populations clés dans tous les contextes	À proposer dans tous les contextes	À proposer aux partenaires et aux contacts sociaux des personnes séropositives et, en cas de risque persistant, séronégatives, issues des populations clés
Hommes	À proposer systématiquement dans les contextes à forte charge de VIH À proposer de façon ciblée dans d'autres contextes, par exemple, en fonction des maladies indicatrices ou du risque	Dépistage sur le lieu de travail dans les contextes à forte charge	Distribution par les pairs ou distribution aux partenaires masculins par les patientes sollicitant des soins prénatals dans les contextes à forte charge	À proposer aux contacts sociaux des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
Adolescents et jeunes adultes (âgés de 15 à 24 ans)	À proposer systématiquement dans les contextes à forte charge de VIH À proposer de façon ciblée dans d'autres contextes, par exemple, en fonction des maladies indicatrices ou du risque	À proposer dans les contextes à forte charge de VIH dans des lieux comme les écoles, autres établissements d'enseignement ou fêtes sportives	Distribution en ligne par l'intermédiaire des réseaux sociaux dans les environnements à forte charge	À proposer aux jeunes des populations clés diagnostiqués séropositifs ou séronégatifs
Femmes enceintes et en post-partum	Un dépistage systématique dans tous les contextes Refaire le test : à offrir systématiquement en fin de grossesse dans les contextes à forte charge de VIH ; à proposer de façon ciblée dans d'autres contextes, par exemple, parmi les femmes enceintes des populations clés ou qui ont des partenaires vivant avec le VIH ou issus d'une population clé	Dans les contextes à forte charge de VIH où les femmes reçoivent des soins post-partum à base communautaire	Peut être envisagé pour refaire le test pendant la période post-partum ou chez les femmes sollicitant des services de contraception/ planification familiale dans des contextes à forte charge	À proposer aux femmes enceintes issues de groupes de population clés
Nourrissons et enfants	À proposer systématiquement dans les contextes à forte charge de VIH À proposer de façon ciblée dans d'autres contextes, par exemple, chez les enfants dont un parent est séropositif ou en fonction des maladies indicatrices	Enfants exposés au VIH et enfants dont un parent est séropositif	L'utilisation de kits d'autotest du VIH pour le dépistage des nourrissons et des enfants n'est pas actuellement recommandée.	

Remarque : les services aux partenaires, y compris la notification par le prestataire, doivent être proposés à toutes les personnes vivant avec le VIH afin d'atteindre leurs partenaires sexuels et/ou d'injection de drogues et les enfants biologiques dont le statut sérologique est inconnu.

Les programmes qui envisagent cette approche doivent fournir une formation au personnel et souhaiteront peut-être leur fournir une liste abrégée de maladies indicatrices spécifiques dans leur contexte. Pour plus de détails, se reporter au document *Maladies indicatrices du VIH : Recommandations pour la mise en œuvre d'un dépistage du VIH chez les adultes dans les services de santé* (22).

Le dépistage du VIH en fonction des maladies indicatrices peut être envisagé dans les contextes à forte et à faible charge. Il convient toutefois de noter que cette approche n'a pas été évaluée dans les contextes à forte charge en Afrique. Dans ces contextes, le dépistage en fonction des maladies indicatrices peut être un outil supplémentaire pour réduire le plus possible le risque de disparition de personnes séropositives, mais il ne doit pas remplacer la proposition systématique du dépistage lorsque cela est approprié.

Symptômes et co-infection. Pour identifier les infections à VIH, il peut être très efficace de proposer le dépistage aux patients présumés tuberculeux (à savoir, les personnes présentant des symptômes de tuberculose), aux patients tuberculeux diagnostiqués, aux personnes atteintes d'une IST ou d'une hépatite virale. Cette stratégie est appropriée dans les contextes à forte comme à faible charge de VIH et pour des populations et zones spécifiques selon l'épidémiologie, telles que les populations à forte charge de VIH et d'hépatite C comme les consommateurs de drogues par injection et les personnes privées de liberté ou vivant dans des environnements confinés. Dans de nombreux contextes à forte charge du virus, le dépistage du VIH a été intégré dans les services de prise en charge de la tuberculose mais pas tant dans d'autres domaines, comme les services consacrés aux IST ou à l'hépatite virale.

Outils de criblage ou questionnaires d'évaluation du risque. Ces instruments ont été développés et utilisés dans certains cas pour inclure (identifier) les personnes susceptibles de bénéficier des SDV dans des contextes où le dépistage n'est pas systématiquement proposé ou, dans le but de maintenir ou améliorer l'efficacité, pour exclure (filtrer) certaines personnes de ces services dans les contextes où ceux-ci ont été systématiquement proposés mais où le taux de positivité du dépistage est faible.

Certaines données suggèrent qu'il peut être utile d'avoir des outils ou questionnaires qui incitent les prestataires à proposer le dépistage aux personnes qui présentent des facteurs de risque pour le VIH et à qui, autrement, le dépistage ne serait pas proposé (25). Au Nigeria, par exemple, où les SDV ne sont pas systématiquement proposés aux enfants plus âgés, l'introduction d'un outil de criblage validé a augmenté de 27 % la couverture du dépistage parmi les enfants malades et hospitalisés, et de 36 % le nombre d'enfants nouvellement diagnostiqués avec le virus (26). L'évaluation individuelle du risque et les caractéristiques démographiques spécifiques ont également été utilisées avec succès afin de déterminer pour qui l'autodépistage doit être proposé ou encouragé. Au Brésil, par exemple, des outils d'auto-évaluation en ligne ont été utilisés pour prioriser la distribution de kits d'autotest aux hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui présentaient des facteurs de risque supplémentaires pour le VIH (27).

Lorsque les SDV ne sont pas systématiquement proposés dans un contexte ou une population, notamment dans les zones à faible charge de VIH, des outils de criblage peuvent faciliter une exploitation plus ciblée des ressources et une intensification stratégique du dépistage. Des exemples de ce type de situation seraient un pays essayant d'augmenter la couverture des SDV au niveau de points d'accès clés, comme les cliniques de soins ambulatoires qui n'ont pas les ressources requises pour tester tout le monde ; un contexte à faible charge de VIH où des enfants malades ayant des facteurs de risque pour le VIH se font soigner mais ne se voient pas

Lorsque les SDV ne sont pas systématiquement proposés, notamment dans les contextes à faible charge de VIH, des outils de criblage validés peuvent faciliter une exploitation plus ciblée des ressources.

L'utilisation d'outils qui excluent certaines personnes des SDV doit être envisagée avec grand soin.

systématiquement proposer le dépistage ; ou un contexte cherchant à rationaliser la distribution d'un nombre limité de kits d'autotest du VIH disponibles en fonction des facteurs de risque démographiques.

Il existe cependant moins de preuves appuyant l'efficacité d'outils qui filtrent ou excluent certaines personnes de l'offre de SDV (25). Les programmes qui envisagent d'utiliser ce type d'outil doivent le faire avec grand soin, car ces questionnaires peuvent inclure des questions personnelles ou délicates qui sont susceptibles de dissuader certaines personnes du dépistage en raison de préoccupations relatives à la confidentialité. Il peut aussi y avoir un risque d'utilisation abusive, et ces outils peuvent omettre certaines personnes exposées à un risque persistant élevé ayant besoin de se faire dépister.

Chez les personnes dont le dernier test remonte à plus de 12 mois, refaire le test peut améliorer le rendement des SDV. Par exemple, une évaluation effectuée dans sept sites de dépistage au Kenya utilisant cette approche a montré que le nombre de tests effectués pour le VIH serait considérablement réduit et multiplierait par 2,4 la proportion de personnes diagnostiquées séropositives parmi les personnes testées (1,9 % contre 0,8 % ; $P < 0,001$). Cependant, le fait de limiter le dépistage aux personnes s'étant faites tester plus de 12 mois auparavant aurait manqué à identifier plus de la moitié (54,8 %) de tous les nouveaux diagnostics séropositifs dans ce contexte (28).

Des outils fondés sur des bases factuelles qui ont été validés pour garantir une spécificité élevée (c'est-à-dire que les personnes exclues sont en fait séronégatives) peuvent être envisagés et adaptés. Des précautions particulières s'imposent lors de l'introduction de ces outils, notamment pour assurer la confidentialité des patients et pour évaluer l'effet des outils sur la prestation de services et la circulation des patients. Lorsqu'ils sont utilisés, il est essentiel de veiller à ce qu'ils n'aggravent pas la stigmatisation et la discrimination, n'entraient pas l'accès aux SDV pour ceux qui en ont le plus besoin, et assurent la participation des populations touchées et des prestataires concernés.

7.2.4 Quand et pour qui faut-il refaire le test ?

Parmi les personnes séronégatives ou dont le statut VIH est inconnu, il existe deux raisons pour refaire le test : (1) surveiller l'efficacité des interventions de prévention du VIH et (2) identifier et traiter les nouvelles infections à VIH le plus tôt possible lorsque les actions de prévention échouent (13).

Dans l'ensemble, la plupart des personnes dont le résultat est séronégatif n'auront pas besoin de refaire le test (13). Dans les contextes à faible charge de VIH, un seul test, effectué une fois dans le courant de leur vie, suffit pour la plupart des personnes qui ne sont pas exposées à un risque persistant (13, 29).

Chez les personnes séronégatives il n'est nécessaire de refaire le test que lorsqu'elles sont exposées à un risque persistant ou ont signalé un risque récent ou persistant d'exposition au VIH. Refaire le test pour les personnes séronégatives que l'on suppose être dans la fenêtre sérologique se justifie uniquement pour celles qui mentionnent un risque particulier récent, et ne constitue pas un usage optimal des ressources.

Refaire le test sur une base annuelle. Seuls des groupes spécifiques de personnes dans des contextes à forte charge de VIH ou présentant d'autres risques liés au VIH ont besoin d'un conseil post-test qui encourage à refaire le test à intervalles appropriés. Les orientations de l'OMS recommandent de refaire le test annuellement chez les personnes suivantes :

- les personnes sexuellement actives dans les contextes à forte charge de VIH ; et
- les personnes qui présentent un risque persistant lié au VIH dans tous les contextes.

Celles-ci comprennent :

- **les populations clés**, à savoir les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes privées de liberté ou vivant dans des environnements confinés, les consommateurs de drogues par injection, les travailleurs du sexe et les personnes transgenres ; et
- **les personnes ayant un partenaire diagnostiqué séropositif qui n'est pas en suppression virale sous TAR.**

Refaire le test parmi des groupes spécifiques. Dans certaines situations, il convient d'envisager de refaire le test des personnes diagnostiquées séronégatives dans le passé. Celles-ci comprennent :

- **les personnes qui reçoivent un diagnostic d'IST ou d'hépatite virale ou qui sont sous traitement pour ces dernières ;**
- **les personnes qui ont un diagnostic de tuberculose confirmé ou suspecté ;**
- **les patients en consultation externe qui présentent des pathologies ou des symptômes évoquant une infection à VIH ; et**
- **les personnes avec des antécédents d'exposition récente au VIH.**

Il peut être justifié de **refaire le test plus fréquemment** – tous les trois à six mois – en fonction des facteurs de risque individuels, en particulier pour les personnes issues des populations clés et dans le cadre d'interventions plus larges de prévention du VIH, par exemple, chez les personnes qui prennent la PrEP (qui doivent faire un dépistage du VIH trimestriel) ou parmi les personnes des populations clés atteintes d'une IST qui se rendent dans un établissement de soins.

7.2.5 Dépistage des femmes enceintes et qui allaitent

La grossesse et l'allaitement sont des périodes au cours desquelles de nombreuses femmes ont un risque accru de contracter le VIH, en particulier celles dans les contextes à forte charge de VIH, celles qui ont des partenaires séropositifs et celles qui sont issues d'une population clé.

Toutes les femmes enceintes dans tous les contextes doivent se voir proposer le dépistage du VIH, de la syphilis et de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B (Ag HBs)² au moins une fois et le plus tôt possible pendant la grossesse, dans l'idéal lors de la première consultation de soins prénatals. Les tests diagnostiques rapides (TDR) pour le co-dépistage du VIH et de la syphilis peuvent servir de premier test dans le cadre des stratégies et algorithmes de dépistage de l'infection à VIH utilisés pour les soins prénatals dans tous les contextes.

Dans les **contextes à forte charge de VIH**, il est conseillé de refaire le test en fin de grossesse, dans le cadre d'une **consultation au troisième trimestre**, pour toutes les femmes enceintes dont le statut sérologique est inconnu ou négatif. Si une femme omet ou reporte le premier test ou ne refait pas le test, un « dépistage de rattrapage » est nécessaire.

On peut envisager de refaire le test une fois de plus en période post-partum pour les femmes séronégatives ou dont le statut est inconnu. Les pays peuvent envisager d'offrir un dépistage supplémentaire en période post-partum dans des districts ou provinces spécifiques où l'incidence ou la charge du VIH sont élevées, pour les femmes des populations clés ou celles qui ont un partenaire vivant avec le VIH dont la charge virale n'est pas supprimée.

Dans les **contextes à faible charge de VIH**, il est conseillé de refaire le test de façon ciblée lors d'une visite au troisième trimestre pour les femmes enceintes séronégatives ou de statut inconnu qui sont dans un couple sérodiscordant et dont le partenaire n'est pas en suppression virale sous

² En particulier dans les contextes où la séoprévalence de l'Ag HBs dans la population générale est de 2 % ou plus.

TAR, qui sont issues d'une population clé ou qui présentent d'autres risques persistants liés au VIH. Si une femme omet ou reporte le premier test ou ne refait pas le test, un « dépistage de rattrapage » est nécessaire.

On peut envisager de refaire le test une fois de plus au cours de la période post-partum pour les femmes de statut inconnu ou séronégatif qui sont issues des populations clés ou qui ont un partenaire vivant avec le VIH sous TAR, mais dont la charge virale n'est pas supprimée. Les pays peuvent également envisager un dépistage supplémentaire en post-partum dans des districts ou provinces spécifiques où la charge ou l'incidence de VIH est élevée, ou pour soutenir les efforts visant à éliminer la transmission mère-enfant (eTME).

Essentiellement, dans les contextes à faible charge de VIH, il n'est pas conseillé de refaire le test chez toutes les femmes enceintes et en post-partum.

Le Tableau 7.3 présente le résumé des moments optimaux pour faire et refaire le test de dépistage maternel du VIH.

L'Encadré 7.4 présente un exemple et la justification pour faire et refaire le test de dépistage maternel chez les femmes séronégatives. Voir le Chapitre 6 pour d'autres considérations relatives au dépistage des femmes enceintes et en post-partum.

Refaire le test chez les personnes séropositives qui ne sont pas sous TAR ou ne reçoivent pas d'autres soins pour le VIH. Les personnes vivant avec le VIH qui ne prennent pas actuellement de TAR ou qui ne reçoivent pas d'autres soins liés au VIH peuvent souhaiter refaire un dépistage pour reprendre les soins. Il est possible que ces personnes aient été diagnostiquées avant que le TAR ne soit plus largement disponible, et qu'elles n'étaient pas éligibles pour commencer le traitement au moment de leur diagnostic. Les personnes qui refont le test peuvent aussi inclure celles qui ont commencé un TAR mais qui l'ont arrêté par la suite. Pour les personnes vivant avec le VIH qui décident de refaire le test, les efforts doivent prioriser la liaison avec les services de TAR.

Le fait de refaire le dépistage pour fournir un diagnostic précis du VIH, comme chez les personnes dont le résultat du test n'est pas concluant, ainsi que de vérifier tous les diagnostics positifs pour le VIH avant d'instaurer le TAR, sont décrits en détail au Chapitre 8.

Tableau 7.3. Moments optimaux suggérés pour faire et refaire le test de dépistage maternel du VIH

Contexte	Échéances		
	Début de grossesse (première consultation de soins prénatals)	Fin de grossesse (consultation de soins prénatals au troisième trimestre)	Un dépistage supplémentaire en post-partum (14 semaines, 6 mois ou 9 mois après l'accouchement)
Contextes à forte charge de VIH	Toutes les femmes	Toutes les femmes	Peut être envisagé pour les femmes exposées à un risque persistant élevé
Contextes à faible charge de VIH	Toutes les femmes enceintes dans le cadre de l'eTME, sinon se concentrer sur celles exposées à un risque persistant élevé	Peut être envisagé pour les femmes exposées à un risque persistant élevé	Peut être envisagé pour les femmes exposées à un risque persistant élevé
Populations clés et leurs partenaires, ou partenaire vivant avec le VIH dont la charge virale n'est pas supprimée, dans tous les contextes	Tous les contextes	Tous les contextes	Tous les contextes

Encadré 7.4. Considérations pour faire (et refaire) le test de dépistage du VIH et de la syphilis pendant la grossesse et en période post-partum dans les contextes à forte et à faible charge de VIH

Une modélisation mathématique et une analyse du rapport coût-efficacité ont été réalisées pour déterminer :

1. si le fait de refaire le dépistage des femmes dont le statut sérologique est inconnu ou séronégatif en fin de grossesse et en période post-partum constitue une approche coût-efficace dans différents contextes épidémiques et, dans l'affirmative, le ou les moments les plus optimaux pour répéter le test ;
2. si l'utilisation d'un TDR de co-dépistage du VIH et de la syphilis comme premier test dans le cadre des soins prénatals constitue une approche coût-efficace dans différents contextes épidémiques, et l'adéquation de ces doubles TDR pour refaire le test en fin de grossesse.

Pour répondre à ces questions, quatre scénarios de pays représentatifs ont été élaborés sur la base de données provenant de contextes à forte charge de VIH (Kenya et Afrique du Sud) et de contextes à faible charge de VIH (Colombie et Ukraine), qui ont une prévalence nationale du VIH respective de 6,2 %, 30,0 %, 0,4 % et 0,7 % et une prévalence de la syphilis respective de 1,2 %, 2,0 %, 0,4 % et 2,5 % chez les adultes âgés de 15 à 49 ans. La couverture modélisée du dépistage du VIH et de la syphilis était basée sur les estimations nationales. Les coûts considérés comprenaient le dépistage du VIH et de la syphilis, les consommables, la main-d'œuvre et la prestation de services.

Les conclusions principales sont résumées ci-dessous. Le rapport complet, comprenant les méthodes, les résultats et les détails sur chaque scénario de pays, figure aux annexes Web F et G.

Conclusions principales

- Il est coût-efficace de refaire le dépistage maternel du VIH pendant la grossesse (<US \$ 500/année de vie ajustée sur l'incapacité évitée) dans les pays à forte charge de VIH (dans ce modèle, le Kenya et l'Afrique du Sud).
- Refaire le dépistage en fin de grossesse (au cours du troisième trimestre et dépistage de rattrapage en cas d'omission) est le meilleur moment et permet d'éviter plus de 20 % des infections à VIH chez le nourrisson qui sont attribuées à des infections incidentes maternelles à VIH.
- Refaire le dépistage pendant la grossesse dans les pays à faible charge de VIH (dans ce modèle, en Colombie ou en Ukraine) n'est pas coût-efficace.
- Le co-dépistage du VIH et de la syphilis lors de la première consultation de soins prénatals est coût-efficace dans les contextes à forte et à faible charge de VIH.

Source : Meisner, 2019; Rodriguez, 2019 (30, 31).

Des détails sur les messages destinés aux patients pour refaire le test, qui sont fournis dans le cadre des services dispensés avant et après le dépistage, sont disponibles dans les Chapitres 3 et 4.

7.3 Analyses approfondies de la situation pour optimiser la prestation des SDV

La réalisation d'une analyse approfondie de la situation des SDV constitue la première étape pour planifier l'optimisation des approches de dépistage. Ce type d'analyse varie selon le pays et le contexte, mais comprend habituellement l'examen des données épidémiologiques,

Tableau 7.4. Données et sources pertinentes sur le dépistage du VIH pour l'analyse de la situation des SDV

Indicateur	Sources de données	Ventilation	Utilisation
Données sur les services de dépistage du VIH			
Prévalence (et/ou incidence) du VIH	Plusieurs sources peuvent être utilisées ; envisager la triangulation. Sources possibles : enquêtes en population nationales ; données de surveillance des soins prénatals ; données des programmes ; études ou projets spéciaux auprès de populations clés ; exercices de modélisation (p. ex., le modèle d'impact du SIDA [AIM] du système Spectrum de l'ONUSIDA)	Échelle nationale et infranationale ; sexe et tranches d'âge (tranches de 5 ans, ou au moins <15 ans et >15 ans) ; femmes enceintes fréquentant les services de soins prénatals ; populations clés ; autres populations vulnérables et prioritaires (p. ex., IST et tuberculose)	Pour quantifier la charge de VIH dans différentes géographies, démographies et populations.
Nombre/proportion de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut	Enquêtes en population nationales ; données des programmes	Échelle nationale et infranationale ; sexe et tranches d'âge ; populations clés ; autres populations vulnérables et prioritaires	Pour comprendre les lacunes dans la couverture du dépistage du VIH dans différentes géographies, démographies et populations.
Prévalence ajustée sur le traitement (proportion de personnes séropositives dans la population testée, à l'exclusion de celles sous TAR)	Enquêtes en population nationales ; données des programmes	Échelle nationale et infranationale	Pour comprendre la charge de VIH non diagnostiqué et non traité dans différentes régions géographiques. Fournit une indication du « rendement » du dépistage (taux de positivité) optimal.
Couverture du dépistage du VIH – personnes déjà testées ou testées au cours des 12 derniers mois	Données des programmes ; enquêtes ou rapports spéciaux ; enquêtes en population	Population générale avec sexe et tranches d'âge (tranches de 5 ans, ou au moins <15 ans et >15 ans) ; populations clés ; autres populations vulnérables et prioritaires ; type d'établissement (ambulatoire/hôpital, soins prénatals, tuberculose, IST, réduction des risques, etc.)	Pour comprendre les lacunes dans la couverture du dépistage du VIH pour différentes populations et types d'établissements ; taux de personnes qui refont le test au niveau des établissements.
Approches de mobilisation et de création de la demande	Données des programmes	Population générale avec sexe et tranches d'âge (tranches de 5 ans, ou au moins <15 ans et >15 ans) ; populations clés ; autres populations vulnérables et prioritaires	Pour comprendre la gamme des services et approches de création de la demande utilisés, leur efficacité et leur acceptabilité
Recours au dépistage du VIH – nombre/proportion de personnes qui se voient proposer des SDV et qui acceptent	Données des programmes (pas toujours disponibles) ; études spéciales	Population générale avec sexe et tranches d'âge (tranches de 5 ans, ou au moins <15 ans et >15 ans) ; populations clés ; type d'établissement ; approches des SDV	Pour comprendre l'efficacité et l'acceptabilité des différentes approches des SDV et les différences selon le type d'établissement et les populations.
Taux de positivité des SDV – nombre/proportion de personnes séropositives parmi les personnes testées (aussi appelé « rendement »)	Données des programmes	Populations clés ; autres populations vulnérables et prioritaires ; type d'établissement (ambulatoire/hôpital, soins prénatals, tuberculose, IST, réduction des risques, etc.) ; approches des SDV	Pour évaluer dans quelle mesure le dépistage cible ceux qui en ont besoin ; quelles approches des SDV identifient plus de personnes séropositives ou produisent des taux de séropositivité élevés.

Indicateur	Sources de données	Ventilation	Utilisation
Nombre/ proportion de personnes diagnostiquées séropositives mises en liaison avec les services de traitement et de soins du VIH	Enquêtes en population nationales ; données des programmes, registres nationaux	Échelle nationale et infranationale	Pour évaluer le succès des interventions de liaison
Nombre/ proportion de ruptures de stock de kits de test	Données des SDV au niveau du site (établissement et communauté) ; dépôts médicaux centraux	Échelle nationale et infranationale	Pour identifier les problèmes de qualité qui peuvent affecter la mise en œuvre optimale des SDV, par exemple, les personnes ayant besoin de dépistage qui n'ont pas pu se faire tester
Autres données des programme de lutte contre le VIH			
Couverture du TAR (nombre/ proportion de personnes sous TAR)	Données des programmes	Échelle nationale et infranationale ; populations clés ; autres populations vulnérables et prioritaires	Pour déterminer les lacunes de couverture du TAR chez les personnes diagnostiquées.
Statut politique et réglementaire			
Politique nationale des SDV et lois et règlements connexes	Lignes directrices, plans stratégiques et modes opératoire normalisés nationaux		Soutien politique pour des SDV différenciés, par exemple, partage des tâches, dépistage par des prestataires non professionnels, décentralisation, ADVIH, âge de consentement ; identification des obstacles juridiques
Statut d'enregistrement national du produit	Documentation réglementaire nationale ; sites Web des organismes de réglementation ; Ministère de la Santé		Pour identifier la disponibilité des produits pour des approches spécifiques des SDV, comme l'ADVIH
Assurance qualité et surveillance post-commercialisation	Données des programmes, préqualification de l'OMS, Ministère de la Santé et autorités réglementaires	Échelle nationale et infranationale	Pour garantir l'assurance qualité, par exemple, algorithme de dépistage du VIH national validé et la surveillance post-commercialisation de l'ADVIH
Coût et utilisation des ressources			
Disponibilité des ressources	Ministère de la Santé et autres ministères	Échelle humaine et financière ; nationale et infranationale	Pour comprendre les ressources disponibles pour assurer des SDV différenciés et leur intensification
Coût, impact budgétaire et rapport coût-efficacité	Données des programmes ; études spéciales ; exercices de modélisation. Envisager la triangulation.	Échelle nationale et infranationale ; type d'établissement (ambulatoire/ hôpital, soins prénatals, tuberculose, IST, réduction des risques, etc.) ; approches des SDV	Pour comprendre les coûts par test et par cas positif identifié ou mis en liaison avec les soins/le TAR ; pour identifier les modèles de prestation de services susceptibles d'être coût-efficaces s'ils sont intensifiés

programmatisées et d'enquêtes sur le VIH à l'échelle nationale (comme cela est décrit dans la section 7.2.1, Mieux cerner l'épidémie), des ressources financières, des coûts et des lois et politiques pertinentes. Les informations examinées doivent être ventilées par sexe, âge, type de population, géographie et, si possible, selon l'approche utilisée pour les SDV (en établissement ou à base communautaire, notification par le prestataire et autodépistage du VIH).

La réalisation d'une analyse approfondie de la situation des SDV constitue la première étape pour planifier l'optimisation des approches de dépistage.

Une analyse de la situation doit également inclure l'examen des ensembles de services complémentaires qui facilitent la liaison avec les soins et créent une demande pour les SDV, ainsi que de leur efficacité.

Dans la mesure du possible, plusieurs sources de données doivent être utilisées pour trianguler et valider les informations. La prise en compte de ces informations par rapport à la couverture des SDV et à d'autres facteurs contextuels peut fournir des informations précieuses pour repérer les plus grandes lacunes en termes de prestation de services et déterminer les populations pour lesquelles il faut cibler et différencier ces services.

Le Tableau 7.4 résume les principaux points de données et sources à considérer. L'annexe Web H présente plus d'informations sur les indicateurs pour le suivi de routine.

Un suivi et une évaluation continus sont requis pour assurer que les programmes de dépistage du VIH atteignent leurs populations cibles et identifient les infections à VIH jusque-là non diagnostiquées. Pour obtenir un succès durable, l'impact des différentes approches de SDV sur le recours aux services, le taux de positivité du dépistage, le coût et les changements de la prévalence du VIH dans différentes populations doit être évalué et mesuré régulièrement, et les programmes doivent être ajustés en conséquence. La section 7.2.3 aborde les stratégies à utiliser pour cibler les SDV.

7.3.1 Prise en compte des besoins en matière de coûts et de ressources pour les SDV

Les coûts de prestation des SDV, notamment le coût par personne testée et le coût par personne diagnostiquée séropositive, varient selon l'approche et le contexte d'un pays à l'autre et au sein d'un même pays. Le coût d'un programme de SDV dans un cadre donné dépendra de facteurs tels que l'approche utilisée (en établissement ou communautaire ; systématique ou ciblée), le type de personnel impliqué (clinicien ou non professionnel), l'épidémiologie du VIH (charge élevée ou faible), la population cible (population générale ou populations prioritaires) ainsi que le type d'informations données avant le test et de conseils post-test fournis (concis ou longs ; en personne ou à l'aide de plateformes numériques). Par exemple, une analyse des coûts des SDV au Botswana a montré que le coût par personne testée variait de US \$ 5 à 75 selon l'approche des SDV et le lieu où ils étaient dispensés (dans la communauté ou dans un établissement), le nombre de personnes testées (par exemple, 1000 ou 100 000 personnes) et le type de prestataires fournissant les services (32). Certaines approches, comme la notification par le prestataire, peuvent être coûteuses à mettre en œuvre mais plus efficaces pour identifier les personnes séropositives non diagnostiquées. Le coût par personne diagnostiquée séropositive peut donc être inférieur ou comparable à celui des autres approches des SDV.

Certaines approches, comme la notification par le prestataire, peuvent être coûteuses à mettre en œuvre mais plus efficaces pour identifier les personnes séropositives non diagnostiquées. Le coût par personne diagnostiquée séropositive peut donc être inférieur ou comparable à celui des autres approches des SDV.

comparable à celui des autres approches des SDV. Pour optimiser les coûts des SDV, il est utile de rationaliser et d'intégrer les services ainsi que d'utiliser des prestataires non professionnels, des modèles de prestation de services efficaces et efficaces, une création ciblée de la demande, des informations pré-test et des conseils post-test justifiés et, dans certaines populations, la promotion de l'ADVIH (13, 33).

Lors de l'introduction d'une nouvelle approche des SDV, il est important de considérer le coût total du programme existant ainsi que le coût associé à l'ajout de la nouvelle approche (à savoir les surcoûts). Les programmes doivent tenir compte des coûts de démarrage liés à l'introduction de nouvelles approches des SDV lors de la comparaison directe de nouvelles approches avec des approches existantes. En raison de ces surcoûts, les nouvelles approches des SDV peuvent sembler plus coûteuses que les approches existantes à court terme, mais peuvent s'avérer moins coûteuses à long terme si elles sont adéquatement conçues et mises en œuvre, en mettant l'accent sur les zones et les populations appropriées. Les programmes peuvent utiliser le coût par personne diagnostiquée séropositive pour comparer l'efficacité des approches des SDV.

Les grandes catégories suivantes peuvent être utilisées pour calculer le coût total attendu d'une approche des SDV (avec ou sans mise en liaison).

Frais médicaux directs

- personnel, y compris les prestataires et le personnel d'encadrement – par exemple, salaires et indemnités du personnel ;
- coûts fixes ou dépenses en capital, souvent amortis sur leur durée de vie utile et actualisés annuellement à 3 % – par exemple, bureaux, véhicules, ordinateurs, matériel ;
- coûts récurrents – par exemple, kits et consommables de dépistage du VIH, documents imprimés et fournitures de bureau. Les dons de biens et l'utilisation d'équipements existants peuvent également être inclus, selon les objectifs de l'analyse.

Frais médicaux indirects

- Ceux-ci comprennent les coûts encourus par le programme ou le responsable de l'application mais non liés aux frais médicaux directs – par exemple, frais de transport, de nourriture et de boissons pour les patients en attente, remboursements, incitations financières ou non financières et assurance qualité interne et externe.

Frais encourus par les personnes testées

- frais médicaux directs payés par la personne recevant les SDV ;
- coûts indirects ou d'opportunité économique encourus par les personnes à la recherche de SDV et/ou le membre de famille ou soignant qui les accompagne – par exemple, congés, frais de déplacement et temps d'attente et de déplacement.

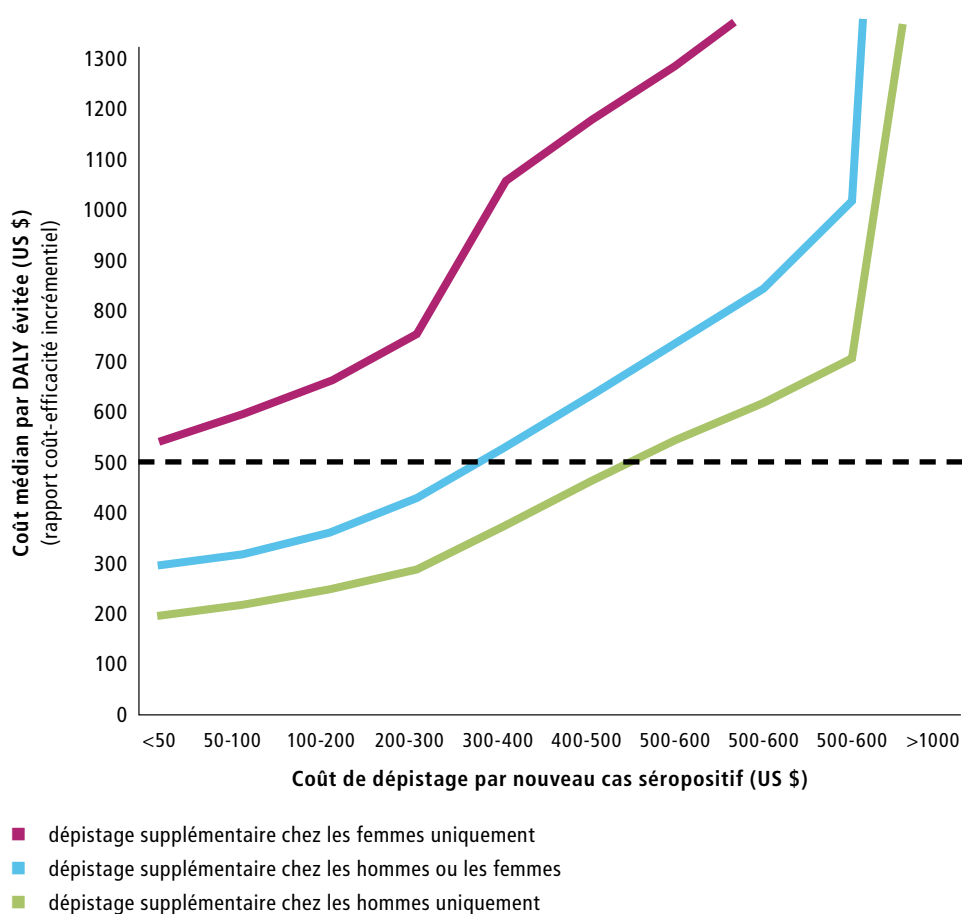
L'ampleur des coûts directs et indirects encourus par la personne recevant les SDV peut influencer la décision de se faire dépister et l'accessibilité des SDV.

Les catégories de coûts peuvent être sélectionnées en fonction de l'objectif de l'analyse, qu'il s'agisse uniquement des coûts financiers (dépenses réelles en biens et services) ou aussi des coûts économiques (la valeur de toutes les ressources utilisées) – par exemple, dons, temps consacré au bénévolat. Les coûts varient également selon que l'analyse se limite au point de vue des prestataires (à savoir, uniquement les coûts encourus par le système de santé) ou inclue également le point de vue des patients (coûts du système de santé plus les coûts pour le patient et les autres, souvent appelés coûts d'opportunité et sociétaux).

7.3.2 Analyses du rapport coût-efficacité et de l'incidence budgétaire

Il est important de considérer l'étendue des coûts évités par une intervention donnée. L'analyse économique (rapport coût efficacité) répond à certaines questions programmatiques : faut-il mettre en œuvre une intervention particulière plutôt que d'autres ? Les options sont habituellement comparées en termes du rapport coût-efficacité différentiel (coût par année de vie ajustée sur l'incapacité [indice DALY] ou par année de vie ajustée sur la qualité de vie [indice QALY] évitée). Par exemple, il a été démontré qu'un seul test de dépistage du VIH pendant la grossesse est coût-efficace dans tous les contextes épidémiques car il profite à la mère, prévient l'infection pédiatrique et évite les coûts de traitement ultérieurs qui auraient été nécessaires pendant toute la vie d'un nourrisson infecté (34). Cependant, le fait de refaire le test en fin de grossesse ne semble coût-efficace que dans les contextes à forte charge de VIH (35). En Afrique australe, les analyses du rapport coût-efficacité suggèrent que le dépistage supplémentaire et les nouvelles approches telles que l'ADVIH sont plus susceptibles d'être coût-efficaces s'ils sont ciblés – sur les hommes, par exemple (36, 37) (Fig. 7.2).

Figure 7.2. Rapport coût-efficacité prévu (coût par DALY évitée) des activités de dépistage en fonction du coût par nouveau diagnostic séropositif en Afrique australe



Source : Phillips, 2019 (36).

Il est important de savoir ce qui peut être mis en œuvre et intensifié dans le cadre d'un budget donné, et cela constitue un défi commun. L'analyse de l'incidence budgétaire (optimisation des ressources) évalue si l'intervention (même si elle est coût-efficace) est abordable au sein du budget disponible. Cette analyse guide les décisions sur l'allocation des ressources pour les approches des SDV nouvelles et/ou existantes (38). Par exemple, en Afrique du Sud, une analyse de l'incidence budgétaire de la combinaison optimale d'interventions sur le VIH sur une période de deux ans a montré que le budget actuel était suffisant pour intensifier les SDV dans le cadre d'un ensemble plus large d'efforts visant à changer le comportement social et pour les nourrissons nés de mères séropositives, mais les SDV supplémentaires pour la population générale n'étaient pas abordables (39).

Les analyses d'incidence budgétaire portent en général sur la durée d'un cycle budgétaire ou sur une courte période (un à cinq ans) et sont présentées en fonction des intervalles de temps utilisés pour la budgétisation (annuels ou trimestriels, par exemple) (38).

Voici quelques considérations liées aux coûts, au rapport coût-efficacité et aux analyses d'incidence budgétaire.

- **Le coût par personne diagnostiquée séropositive** est un bon indicateur indirect du rapport coût-efficacité (36). Le coût par personne diagnostiquée séropositive et mise en liaison avec le traitement peut également être pris en compte, en particulier dans les contextes où le taux de personnes qui refont le test est élevé parmi les personnes séropositives qui connaissent déjà leur statut.
- **L'ampleur des approches des SDV est importante pour obtenir un impact sur la santé publique.** Certaines approches qui ont un faible coût par personne diagnostiquée séropositive peuvent être très ciblées et atteindre un groupe limité de personnes. Ainsi, les programmes doivent également tenir compte du nombre absolu de personnes diagnostiquées séropositives avec différentes approches afin d'évaluer leur valeur dans la réalisation des objectifs nationaux.
- **Les approches des SDV dont le coût par personne testée est plus élevé peuvent aussi être utiles** s'ils atteignent un coût par personne diagnostiquée séropositive (et mise en liaison avec le traitement) qui est comparable ou inférieur aux coûts d'autres approches. Par exemple, la mise en œuvre d'interventions communautaires de proximité pour les populations clés, de l'ADVIH, des services aux partenaires et de la notification assistée par le prestataire peut exiger beaucoup de ressources, mais ces stratégies sont essentielles pour identifier les infections parmi les personnes qui seraient sinon susceptibles de ne pas se faire tester (40-45). Cette logique s'applique également aux approches des SDV qui améliorent l'équité parmi les populations mal desservies.
- **Un manque de ressources peut exiger que les approches des SDV coût-efficaces soient mieux ciblées.** Il peut être nécessaire, pour optimiser les ressources, de mieux cibler les approches sur des populations spécifiques, comme les populations clés ou les personnes qui présentent des maladies ou symptômes indicateurs évoquant une infection à VIH, ou sur des contextes géographiques ou certains types d'établissements de santé.
- **Les analyses des coûts, du rapport coût-efficacité et de l'incidence budgétaire** font partie intégrante d'une analyse approfondie de la situation et de processus décisionnels plus larges visant à déterminer les approches des SDV qui doivent être intensifiées, et celles à arrêter.
- **Les changements des coûts et de l'incidence globale** de différentes approches des SDV doivent être régulièrement évalués et mesurés, et les programmes doivent être ajustés en conséquence.

Références bibliographiques

1. Stover J, Bollinger L, Izazola JA, Loures L, DeLay P, Ghys PD. What is required to end the AIDS epidemic as a public health threat by 2030? The cost and impact of the fast-track approach. *PLoS One*. 2016;11(5):e0154893.
2. Gutwein LG, Alvarez JF, Gutwein JL, Kays DW, Islam S. Allocation of healthcare dollars: analysis of nonneonatal circumcisions in Florida. *Am Surg*. 2013;79(9):865-9.
3. 90-90-90 Ambitious treatment targets: writing the final chapter of the AIDS epidemic. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014.
4. Levi J, Raymond A, Pozniak A, Vernazza P, Kohler P, Hill A. Can the UNAIDS 90-90-90 target be achieved? A systematic analysis of national HIV treatment cascades. *BMJ Global Health*. 2016;1(2):e000010.
5. Prevention gap report. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2016.
6. Global AIDS update 2019 — Communities at the centre. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2019.
7. Kalichman SC, Pellowski J, Turner C. Prevalence of sexually transmitted co-infections in people living with HIV/AIDS: systematic review with implications for using HIV treatments for prevention. *Sex Transm Infect*. 2011;87(3):183-90.
8. Dalal S, Johnson C, Fonner V, Kennedy CE, Siegfried N, Figueroa C, et al. Improving HIV test uptake and case finding with assisted partner notification services. *AIDS*. 2017;31(13):1867-76.
9. Update of recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens. Geneva: World Health Organization; 2019.
10. HIV self-testing strategic framework: a guide for planning, introducing and scaling up. Geneva: World Health Organization; 2018.
11. Differentiated service delivery for HIV: A decision framework for HIV testing services. Geneva: International AIDS Society; 2018.
12. Guidelines on HIV self-testing and partner notification: a supplement to the consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2016.
13. Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2015.
14. Guidelines on the use of antiretroviral therapy: a public health approach. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2016.
15. HIV molecular diagnostics toolkit to improve access to viral load testing and infant diagnosis. Geneva: World Health Organization; 2019.
16. Stover J, Andreev K, Slaymaker E, Gopalappa C, Sabin K, Velasquez C, et al. Updates to the spectrum model to estimate key HIV indicators for adults and children. *AIDS*. 2014;28 Suppl 4:S427-34.
17. Hart Prieto MC, Jones PA. Are general paediatric surgery outcomes comparable between district general hospital and regional referral centres? *Ann R Coll Surg Engl*. 2011;93(7):548-50.
18. Tanzania HIV Impact Survey (a population-based HIV impact assessment): THIS 2016-2017: final report December 2018. Dar es Salam: Tanzania Commission for AIDS (TACAIDS), Zanzibar AIDS Commission (ZAC); 2018.
19. Katz D, Masyuko S, Dettinger J, Tiwani R, K; M, Mair L, et al. HIV partner services and social network approaches to hiv testing services for key populations. Geneva: World Health Organization; 2019.
20. Bassett IV, Regan S, Mbonambi H, Blossom J, Bogan S, Bearnot B, et al. Finding HIV in hard to reach populations: mobile HIV testing and geospatial mapping in Umlazi township, Durban, South Africa. *AIDS and behavior*. 2015;19(10):1888-95.
21. Dwyer-Lindgren L, Cork MA, Sligar A, Steuben KM, Wilson KF, Provost NR, et al. Mapping HIV prevalence in sub-Saharan Africa between 2000 and 2017. *Nature*. 2019;570(7760):189-93.
22. HIV indicator conditions: guidance for implementing HIV testing in adults in health care settings. Copenhagen, Denmark: HIV in Europe; 2012.
23. Sullivan AK, Raben D, Reekie J, Rayment M, Mocroft A, Esser S, et al. Feasibility and effectiveness of indicator condition-guided testing for HIV: results from HIDES I (HIV indicator diseases across Europe study). *PLoS One*. 2013;8(1):e52845-e.

24. Raben D, Sullivan AK, Mocroft A, Kutsyna G, Hadžiosmanovi V, Vassilenko A, et al. Improving the evidence for indicator condition guided HIV testing in Europe: results from the HIDES II Study – 2012 – 2015. *PLoS One*. 2019;14(8):e0220108.
25. Quinn C, Wong V, Jamil M, Baggaley R, Johnson C. Symptom and risk-based screening tools to optimise provider-initiated testing and counselling for HIV in high and low HIV burden settings: a scoping review. Geneva: World Health Organization; 2019.
26. Kunle K, Khamofu H, Obiora-Okafo C, Obanubi C, Adedokun O, Oladele E, et al. How well does the Bandason HIV risk screening tool perform in the Nigeria setting? Findings from a large-scale field implementation. *AIDS Res Hum Ret*. 2018;34:151.
27. De Boni RB, Veloso VG, Fernandes NM, Lessa F, Corrêa RG, Lima RDS, et al. An internet-based HIV self-testing program to increase HIV testing uptake among men who have sex with men in Brazil: descriptive cross-sectional analysis. *J Med Internet Res*. 2019;21(8):e14145.
28. Joseph R, Musingila P, Miruka F, Ng'ang'a L, Muttai H, De Cock K, et al. Expanded HIV testing eligibility increases detection of hiv infections, western Kenya. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; 3-7 March; Boston, USA2018.
29. Chou R, Selph S, Dana T, Bougatsos C, Zakher B, Blazina I, et al. Screening for HIV: systematic review to update the U.S. preventive services task force recommendation. Rockville, MD, USA: Agency for Healthcare Research and Quality; 2012.
30. Meisner J, Rodriguez P, Roberts A, Barnabas R, Newman-Owiredu M, Taylor M, et al. Cost-effectiveness of dual maternal HIV and syphilis testing and retesting strategies in high and low HIV prevalence countries. Geneva: World Health Organization; 2019.
31. Meisner J, Rodriguez P, Roberts A, Barnabas R, Newman-Owiredu M, Taylor M, et al. Modeling the cost-effectiveness of retesting for HIV during pregnancy and postpartum in high and low HIV prevalence countries. Geneva: World Health Organization; 2019.
32. DiCarlo AL, Mantell JE, Remien RH, Zerbe A, Morris D, Pitt B, et al. 'Men usually say that HIV testing is for women': Gender dynamics & perceptions of HIV testing in Lesotho. *Culture, health & sexuality*. 2014;16(8):867-82.
33. Johnson CC, Kennedy C, Fonner V, Siegfried N, Figueroa C, Dalal S, et al. Examining the effects of HIV self-testing compared to standard HIV testing services: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the International AIDS Society*. 2017;20(1):21594.
34. Ishikawa N, Dalal S, Johnson C, Hogan DR, Shimbo T, Shaffer N, et al. Should HIV testing for all pregnant women continue? Cost-effectiveness of universal antenatal testing compared to focused approaches across high to very low HIV prevalence settings. *Journal of the International AIDS Society*. 2016;19(1):21212-.
35. Meisner J, Thomson K, Quinn C, Marum E, Barnabas R, Farid S, et al. Modelling the cost-effectiveness of repeat maternal HIV testing in Kenya and South Africa. 22nd International AIDS Conference; 23-27 July; Amsterdam, the Netherlands2018.
36. Phillips AN, Cambiano V, Nakagawa F, Bansi-Matharu L, Wilson D, Jani I, et al. Cost-per-diagnosis as a metric for monitoring cost-effectiveness of HIV testing programmes in low-income settings in southern Africa: health economic and modelling analysis. *Journal of the International AIDS Society*. 2019;22(7):e25325-e.
37. Cambiano V, Johnson CC, Hatzold K, Terris-Prestholt F, Maheswaran H, Thirumurthy H, et al. The impact and cost-effectiveness of community-based HIV self-testing in sub-Saharan Africa: a health economic and modelling analysis. *Journal of the International AIDS Society*. 2019;22(S1):e25243.
38. Sullivan SD, Mauskopf JA, Augustovski F, Jaime Caro J, Lee KM, Minchin M, et al. Budget impact analysis-principles of good practice: report of the ISPOR 2012 Budget Impact Analysis Good Practice II Task Force. *Value Health*. 2014;17(1):5-14.
39. Meyer-Rath G, van Rensburg C, Larson B, Jamieson L, Rosen S. Revealed willingness-to-pay versus standard cost-effectiveness thresholds: evidence from the South African HIV investment case. *PLoS One*. 2017;12(10):e0186496.
40. Sharma M, Smith JA, Farquhar C, Ying R, Cherutich P, Golden M, et al. Assisted partner notification services are cost-effective for decreasing HIV burden in western Kenya. *AIDS*. 2018;32(2):233-41.
41. 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;528:577.

42. Jamil M, Wilson I, Witzel C, Figueroa C, Barr-Dichiara M, Rodgers A, et al. Should HIV self-testing be offered as an HIV testing approach? Geneva: World Health Organization; 2019.
43. Cherutich P, Farquhar C, Wamuti B, Otieno FA, Ng'ang'a A, Mutiti PM, et al. HIV partner services in Kenya: a cost and budget impact analysis study. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):721-.
44. Groves A, Stankard P, Jamil M, Barr-Dichiara M, Baggeley R, Johnson C. A systematic review of community-based testing in key populations Geneva: World Health Organization; 2019.
45. Johnson C, Dalal S, Baggeley R, Hogan D, Parrott G, Mathews R, et al. Systematic review of HIV testing costs in high and low income settings. 2015.

SÉLECTION DES PRODUITS DE DIAGNOSTIC DU VIH

8

Messages clés	190
8.1 Introduction	191
8.2 Structures de dépistage du VIH	195
8.3 Stratégie de dépistage sérologique pour le diagnostic du VIH-1	196
8.3.1 Stratégie de dépistage sérologique pour le diagnostic du VIH-1 chez l'enfant avant l'âge de 18 mois	200
8.3.2 Refaire le test chez les personnes séropositives	203
8.3.3 Refaire le test chez les personnes dont le statut VIH est non concluant	204
8.3.4 Refaire le test chez les personnes séronégatives	204
8.3.5 Établir le statut VIH chez les personnes sous PrEP	204
8.4 Élargir le dépistage à base communautaire avec le test à des fins de triage et l'autodépistage du VIH	206
8.4.1 Dépistage d'autres maladies	207
8.4.2 Tests multiplex pour le VIH-1 et d'autres infections	208
8.5 Comment choisir les tests de dépistage du VIH	209
8.5.1 Choix des tests de première, deuxième et troisième intention pour la stratégie de dépistage de l'OMS pour le diagnostic du VIH-1	210
8.5.2 Choix du test zéro pour le test à des fins de triage et l'autodépistage	210
8.5.3 Caractéristiques de qualité des DMDIV	211
8.5.4 Caractéristiques de performance des DMDIV	211
8.5.5 Caractéristiques opérationnelles des DMDIV	212
8.5.6 Impact des co-infections et de leur traitement sur le dépistage du VIH	214
8.5.7 Utilisation des tests de type western blot (immunotransfert) et des tests immunoenzymatiques sur bandelettes (NOUVEAU)	214
8.6 Vérification des algorithmes de dépistage du VIH	219
8.6.1 Justification pour la vérification des algorithmes de dépistage du VIH	219
8.6.2 Méthodologie suggérée pour la vérification des algorithmes de dépistage du VIH	219
Références bibliographiques	225



MESSAGES CLÉS

- **Les programmes doivent fournir des services de dépistage du VIH (SDV)** abordables et précis en adhérant aux stratégies et algorithmes de dépistage du VIH recommandés qui utilisent des produits sélectionnés de manière appropriée et permettant d'obtenir une valeur prédictive positive globale de 99 % ou plus.
- **✓ Mise à jour** En réponse à l'évolution de l'épidémiologie du VIH et à la baisse de séropositivité parmi les personnes testées, **l'OMS encourage les pays à forte charge de VIH, et rappelle aux pays à faible charge de VIH, d'utiliser trois résultats de test réactifs consécutifs pour établir un diagnostic positif de VIH.** En adoptant ce protocole, les pays à forte charge seront en mesure d'assurer un diagnostic précis du VIH, même si la séropositivité parmi les personnes testées (à savoir, le taux de positivité des SDV à l'échelle nationale) continue de diminuer.
- **La prévalence du VIH ajustée sur le traitement** donne une indication de la proportion de personnes séropositives dans la population testée en excluant celles sous TAR. Les pays à forte charge doivent envisager d'utiliser le taux de positivité des SDV à l'échelle nationale et de tenir compte de la prévalence du VIH ajustée sur le traitement afin de déterminer le moment propice pour modifier leurs stratégie et algorithme de dépistage.
- **NEW** **Les tests de type immunotransfert (western blot) et les tests immunoenzymatiques sur bandelettes (LIA) ne doivent pas être utilisés dans les algorithmes de dépistage du VIH.** Les pays doivent abandonner ces tests et choisir plutôt des tests de diagnostic rapide (TDR) et des dosages immuno-enzymatiques (EIA), qui facilitent l'accessibilité et l'intensification des services de dépistage, de traitement et de prévention du VIH.
- **Les programmes doivent proposer l'autodépistage du VIH et le test à des fins de triage** en recourant à des prestataires non professionnels formés dans des établissements de santé ou en milieu communautaire pour atteindre les personnes vivant avec le VIH qui ignorent leur statut sérologique.
- **NEW** **Les TDR de co-dépistage du VIH et de la syphilis peuvent servir de test de première intention** chez les femmes enceintes dans le cadre des soins prénatals. Le co-dépistage n'est pas approprié pour les femmes sous TAR ou celles qui ont été diagnostiquées et traitées pour la syphilis pendant la grossesse.
- **Les programmes doivent savoir comment développer et valider un algorithme de dépistage du VIH national,** et être préparés en cas de pénurie de produits due à des ruptures de stock, des rappels ou l'obsolescence d'un produit.

8. SÉLECTION DES PRODUITS DE DIAGNOSTIC DU VIH

Encadré 8.1. / Mise à jour Recommandations et orientations de l'OMS

En réponse à l'épidémie de VIH changeante, l'OMS encourage les pays à utiliser désormais trois résultats de test réactifs consécutifs pour établir un diagnostic positif pour le VIH.

L'immunotransfert et les tests immunoenzymatiques sur bandelettes (LIA) ne doivent pas être utilisés dans les stratégies/algorithmes de dépistage du VIH (*recommandation forte, données de faible qualité*).

Les tests diagnostiques rapides (TDR) pour le co-dépistage du VIH et de la syphilis peuvent servir de test de première intention dans le cadre des stratégies et algorithmes de dépistage du VIH utilisés pour les soins prénatals.

8.1 Introduction

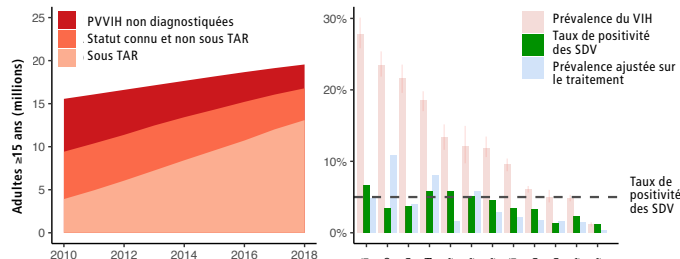
D'énormes progrès ont été accomplis dans l'intensification de la riposte au VIH. Près de 80 % de toutes les personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, et la majorité d'entre elles reçoivent actuellement un traitement et parviennent à la suppression virale (1). De nombreux pays signalent donc une baisse de la mortalité liée au VIH et moins de nouvelles infections (1).

À mesure que les SDV et le TAR compensent les lacunes en termes de dépistage et de traitement, moins de personnes vivant avec le VIH ont besoin d'un dépistage/diagnostic du VIH et d'une mise en liaison avec les services de traitement et de soins. Par conséquent, le taux de positivité des SDV à l'échelle nationale, à savoir la proportion de résultats séropositifs parmi les personnes testées, a également diminué. Ces tendances sont plus apparentes dans les contextes à forte charge de VIH comme l'Afrique orientale et australe (Figure 8.1).

Malgré ces réalisations, d'importantes disparités persistent. Beaucoup des personnes les plus exposées au risque d'infection par le virus n'ont toujours pas été atteintes. Dans les contextes à forte charge de VIH en Afrique orientale et australe, cela comprend les adolescents et les jeunes (15 à 24 ans) et les hommes. À l'échelle mondiale, les populations clés, à savoir les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les consommateurs de drogues par injection, les personnes privées de liberté ou vivant dans des environnements confinés, les travailleurs du sexe et les personnes transgenres, sont mal desservies bien qu'elles soient les plus touchées par le VIH et à exposées à un risque persistant élevé. Plus de la moitié de toutes les nouvelles infections à VIH dans le monde surviennent parmi les populations clés et leurs partenaires (1).

Figure 8.1. Comblant les lacunes dans le nombre de personnes non diagnostiquées vivant avec le VIH (2010-2018)

Afrique orientale et australe



Entre 2010 et 2018...

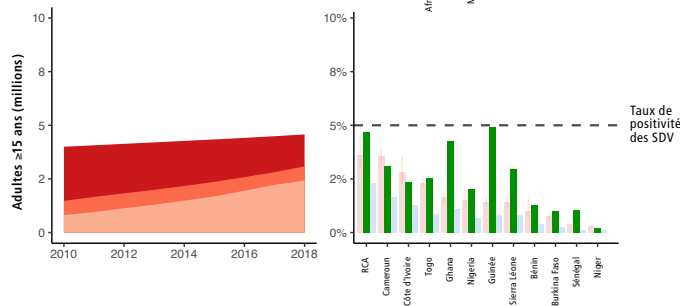
...en Afrique orientale et australe

- Le nombre de PVIH adultes ignorant leur statut sérologique a diminué de 6,1 millions à 2,8 millions.
- La prévalence du VIH chez l'adulte a diminué de 7,1 % à 7,0 %.
- La proportion d'adultes séropositifs non diagnostiqués a diminué de 2,8 % à 1,0 %.
- Dans les pays où la prévalence du VIH est de 20 % et plus, en 2018, le taux de positivité des SDV à l'échelle nationale était d'environ 5 % ou moins.
- Le taux de positivité des SDV à l'échelle nationale était beaucoup plus proche de la prévalence ajustée sur le traitement (qui exclut les adultes séropositifs sous TAR) que de la prévalence nationale du VIH.
- Les SDV peuvent avoir besoin d'être davantage optimisés dans les pays où le taux de positivité des SDV à l'échelle nationale est inférieur à la prévalence ajustée sur le traitement.

...en Afrique de l'Ouest et centrale

- Le nombre de PVIH adultes ignorant leur statut sérologique a diminué de 2,5 millions à 1,5 million.
- La prévalence du VIH chez l'adulte a diminué de 1,6 % à 1,5 %.
- La proportion d'adultes séropositifs non diagnostiqués a diminué de 1,0 % à 0,5 %.
- Le taux de positivité des SDV à l'échelle nationale était inférieur à 5 % dans tous les pays.
- Les pays dont le taux de positivité des SDV à l'échelle nationale dépassait la prévalence globale du VIH reflétaient probablement des SDV ciblés visant les populations clés, les régions prioritaires et les patients présentant des symptômes évoquant une infection à VIH.

Afrique de l'Ouest et centrale



PVIH : personnes vivant avec le VIH ; TAR : traitement antirétroviral ; SDV : services de dépistage du VIH ; RCA : République centrafricaine. Le taux de positivité des SDV présenté dans cette figure est basé sur les données de programmes nationaux, communiquées dans le cadre du suivi mondial de la lutte contre le sida (Global AIDS Monitoring, GAM) de l'ONUSIDA en 2018. Le taux de positivité des SDV à l'échelle nationale correspond au nombre de tests effectués ayant produit un résultat positif au VIH pour une personne dans l'année en cours.

La prévalence ajustée sur le traitement se rapporte à la prévalence nationale estimée du VIH, ajustée pour exclure du numérateur et du dénominateur les personnes séropositives sous TAR. La prévalence ajustée sur le traitement comprend : les personnes séropositives non diagnostiquées, les personnes séropositives qui connaissent leur statut sérologique mais n'ont pas commencé de traitement, et les personnes séropositives qui ont commencé un traitement auparavant mais l'ont arrêté par la suite.

Source : Estimates shared in personal communication from K Giugere, M Maheu-Giroux, JW Eaton, October 2019; UNAIDS/WHO, 2019; Marsh K, et al. 2019 (2).

Les SDV doivent être planifiés et mis en œuvre de façon à cibler ces groupes ainsi que d'autres populations mal desservies de crainte qu'ils ne soient laissés pour compte. Les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro (DMDIV), tels que les tests de diagnostic rapide (TDR), sont disponibles depuis longtemps, et leur précision et leur fiabilité sont éprouvées dans divers contextes, y compris les établissements et les communautés disposant de peu de ressources.

Un diagnostic efficient et efficace permet aux personnes vivant avec le VIH nouvellement identifiées de commencer le traitement antirétroviral (TAR) plus tôt, ce qui présente des avantages immédiats pour leur santé et, surtout, pour la santé de leurs partenaires et de la communauté grâce à la notification par le prestataire (également appelée notification assistée aux partenaires ou dépistage indicateur). De plus, les données montrent que les personnes sous TAR et qui sont en suppression virale ne transmettront pas le VIH à leurs partenaires sexuels (3-5). Un diagnostic efficace permet également aux personnes séronégatives d'accéder à des interventions de prévention comme la prophylaxie préexposition (PrEP) et la circoncision médicale masculine volontaire (CMMV) ainsi qu'à d'autres services en fonction de leurs besoins, comme les services de planification familiale/contraception et le dépistage/traitement des IST.

À l'aide d'un TDR, un prestataire non professionnel adéquatement formé peut établir un diagnostic de VIH au cours d'une seule visite dans un établissement de santé ou une structure communautaire. Les TDR étant relativement faciles à utiliser et à stocker, l'accès à ces tests et leur utilisation sont très répandus. Dans certains contextes cependant, un diagnostic séropositif définitif n'est pas posé sans recourir à une analyse supplémentaire, comme l'immunotransfert. L'envoi d'un échantillon à un laboratoire peut retarder le rendu des résultats au patient, entraver l'instauration du TAR et entraîner une perte au suivi (6). Pour mieux atteindre les populations clés et mal desservies, des approches de test innovantes, telles que le test à des fins de triage et l'autodépistage, doivent être proposées conjointement aux approches classiques dans les établissements de santé. L'utilisation de tests rapides permet souvent de fournir des résultats le jour même.

Assurer un diagnostic précis. La recommandation de l'OMS, qui consiste à proposer un traitement à toutes les personnes immédiatement après le diagnostic de VIH et à encourager l'instauration rapide du TAR indépendamment du statut immunologique (comptage des CD4) ou du stade clinique, est de plus en plus adoptée (7-9). Cela signifie qu'il faut intensifier les efforts pour garantir un diagnostic correct du VIH.

Les personnes faussement diagnostiquées séronégatives n'ont pas l'occasion d'apprendre leur statut sérologique et de commencer le TAR. Les résultats faux négatifs peuvent contribuer à la transmission du VIH et à de moins bons résultats cliniques, le diagnostic et le traitement étant dans ce cas retardés.

Les personnes faisant l'objet d'un diagnostic de séropositivité incorrect risquent d'avoir à suivre un traitement à vie inutile et de subir d'importantes conséquences psychosociales, éthiques et juridiques. Les diagnostics faussement positifs sont difficiles à identifier, en particulier après l'instauration du TAR. Dans l'ensemble, un diagnostic erroné peut miner la confiance envers le système de santé ou le programme, et conduit à l'utilisation inappropriée de ressources limitées (fonds, personnel, kits de test, médicaments, temps).

La stratégie et l'algorithme de dépistage utilisés affectent la précision du statut VIH rapporté. Il faut veiller à suivre une stratégie normalisée et à vérifier les algorithmes de dépistage afin de réduire le plus possible les résultats divergents et les erreurs de diagnostic.

Un examen systématique et un examen des politiques effectués par l'OMS ont cependant indiqué que certains programmes ne suivent pas les directives de l'OMS sur les stratégies et algorithmes de dépistage (10, 11). Les déviations par rapport aux recommandations comprenaient : l'utilisation d'un seul test réactif pour poser un diagnostic séropositif ; l'utilisation de stratégies de dépistage conçues pour les contextes à forte prévalence dans des contextes à faible prévalence ; l'utilisation de stratégies de dépistage parallèles plutôt que sérielles ; et l'utilisation de la méthode « tie-breaker » (bris d'égalité) pour confirmer l'infection par le VIH (dans laquelle, après le résultat divergent, un troisième test réactif (A1+, A2-, A3+), est utilisé pour établir à tort un diagnostic séropositif au lieu d'un diagnostic VIH non concluant) (10). L'examen a révélé que la proportion médiane de diagnostics faux positifs pour le VIH était de 3,1 % (écart interquartile [EIQ] : 0,4–5,2 %) et celle des faux négatifs était de 0,4 % (EIQ : 0–3,9 %) (10).

Tableau 8.1. Termes clés dans ce chapitre

Terminologie	Définition
Test	Synonyme de « kit de test » ; dans le cas du VIH, tous les composants d'un kit de test permettant d'identifier l'antigène p24 du VIH et les anticorps anti-VIH-1/2.
Stratégie de dépistage	Séquence de tests effectués pour atteindre un objectif spécifique, comme le dépistage ou le diagnostic d'une infection.
Algorithme de dépistage	Lorsque des produits spécifiques sont intégrés dans une stratégie de dépistage, il s'agit d'un algorithme de dépistage. Ces produits sont définis par un nom de produit, un ou plusieurs codes produit, un site de fabrication et une version réglementaire. L'algorithme de dépistage est susceptible de changer en fonction des produits spécifiques achetés et dont l'utilisation conjointe est validée.
Test à des fins de triage	Lorsqu'un prestataire de test formé et bien soutenu (prestataire non professionnel ou agent de santé communautaire, par exemple) procède à un seul TDR du VIH, plutôt que de suivre l'intégralité de l'algorithme de dépistage, et que les personnes dont le résultat est réactif pour le VIH sont renvoyées vers les établissements de santé pour des tests supplémentaires afin de confirmer leur statut VIH.
Taux de positivité des SDV	Proportion de résultats séropositifs parmi les personnes dépistées pour le VIH dans le cadre d'un programme à l'échelle nationale.
Prévalence ajustée sur le traitement	La prévalence du VIH ajustée sur le traitement donne une indication de la proportion de personnes séropositives dans la population testée en excluant celles sous TAR. Cette valeur peut être calculée en soustrayant le nombre de personnes (âgées de 15 ans et plus) atteintes du VIH et sous TAR du numérateur (population totale âgée de 15 ans et plus vivant avec le VIH) et du dénominateur (population totale âgée de 15 ans et plus) des estimations nationales de prévalence du VIH.
Résultats de test divergents (parfois appelés discordants)	Lorsque les résultats de deux tests de dépistage, ou plus, ne correspondent pas. Par exemple : le test de première intention est réactif, mais le test de deuxième intention est non réactif.
Répéter le test	Lorsque le même échantillon est à nouveau soumis au même test après un résultat initial réactif ou des résultats divergents. Le test est répété afin d'exclure une fausse réactivité biologique. Pour les tests sur sang total capillaire, une autre piqûre peut être nécessaire pour recueillir un volume d'échantillon adéquat, mais elle doit être réalisée dans le cadre du même événement de dépistage.
Refaire le test	Lorsqu'un deuxième échantillon provenant de la même personne est à nouveau testé en suivant le même algorithme de dépistage. Cela n'est pas réalisé dans le cadre du même événement de dépistage – il s'agit par exemple de refaire le test 14 jours après l'obtention d'un statut VIH non concluant, ou tous les trimestres pour les personnes prenant la PrEP, ou pour confirmer un diagnostic séropositif avant l'instauration du TAR.
Statut VIH non concluant	Lorsque la stratégie de dépistage ne peut pas fournir un résultat séropositif ou séronégatif pour l'infection à VIH. Ceci est différent des résultats de test divergents.
Tests supplémentaires	Analyses supplémentaires effectuées avec un autre test ou ensemble de tests dans le but d'obtenir plus d'informations pour déterminer le statut VIH, souvent pour résoudre des résultats non concluants.
Tests de confirmation	Utilisation d'un test qui confirme définitivement un résultat de dépistage réactif initial, fournissant ainsi un statut VIH séropositif ou séronégatif. Les tests supplémentaires sont parfois appelés à tort tests de confirmation ; il existe très peu de tests de dépistage du VIH pouvant définitivement exclure l'infection (résultat séronégatif).

8.2 Structures de dépistage du VIH

Le dépistage du VIH aux fins de diagnostic, notamment le dépistage effectué dans le contexte de la surveillance et des enquêtes, peut avoir lieu à tous les niveaux du système de santé. La Figure 8.2 illustre l'organisation des services de dépistage, et indique les différentes méthodes de test du VIH qui devraient être disponibles à chaque niveau du système de santé pour faciliter les SDV.

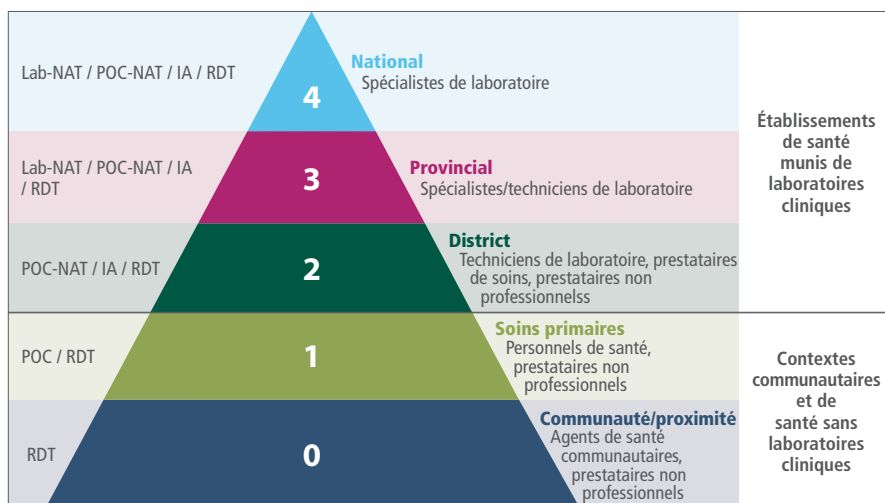
Dans l'idéal, les SDV doivent être facilement accessibles au point de contact initial des personnes avec le système de santé, qui se situe en général au niveau des soins primaires (niveau 1) (12). Les SDV à base communautaire (niveau 0), notamment le test à des fins de triage et l'autodépistage, offrent d'importantes opportunités pour le dépistage du VIH, en particulier pour atteindre les personnes issues des populations clés ainsi que les populations mal desservies d'adolescentes et de jeunes femmes et hommes qui sont peu susceptibles de se rendre dans des établissements de santé.

L'infrastructure physique requise pour chaque méthode de test détermine le niveau du système de santé où ces tests peuvent être effectués en utilisant ce type de produit. Cette infrastructure doit disposer d'une source d'électricité fiable et de salles à température contrôlée pour effectuer les tests, et doit stocker certains kits de test ainsi que de l'eau de qualité « réactif ».

L'utilisation des différentes méthodes de test dépend également de la disponibilité du personnel ayant les compétences et l'expérience requises. Les tests moins thermostables (contrairement aux TDR par exemple, qui peuvent être conservés entre 4 et 30 °C) et qui utilisent des échantillons dont la collecte est plus invasive (par exemple, ponction veineuse plutôt que sang total capillaire/obtenu par prélèvement au doigt) ne conviennent pas pour les niveaux 1 et 0. L'utilisation programmatique du test est aussi importante que sa sensibilité et sa spécificité.

Consulter l'annexe Web I pour obtenir une description des méthodes de test pour le diagnostic du VIH.

Figure 8.2. Service de dépistage du VIH à plusieurs niveaux, selon la méthode de test et les qualifications du personnel¹



EIA : dosage immuno-enzymatique ; Lab-NAT : test d'amplification de l'acide nucléique en laboratoire ; POC-NAT : test d'amplification de l'acide nucléique sur le lieu de soins ; RDT (TDR) : test de diagnostic rapide, y compris l'autodépistage du VIH.

Source : OMS, 2019 (13).

¹ La Figure 8.2 reflète la liste modèle de l'OMS des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro essentiels, qui décrit les tests à proposer pour le dépistage des maladies et infections courantes dans les communautés et les établissements de santé sans laboratoires cliniques, et dans les établissements de santé avec des laboratoires cliniques. OMS. Selection, access and use of in vitro diagnostics: https://www.who.int/medical_devices/diagnostics/Selection_in-vitro_diagnostics/en (en anglais)

8.3 Stratégie de dépistage sérologique pour le diagnostic du VIH-1

Une stratégie de dépistage décrit une séquence de tests effectués pour atteindre un objectif spécifique, comme le dépistage ou le diagnostic d'une infection¹ (14). La sensibilité et la spécificité décrivent les performances d'un test, mais ne donnent pas suffisamment d'informations sur la valeur clinique du résultat (15).²

Encadré 8.2. Mise à jour Orientations et considérations de l'OMS sur les stratégies/algorithmes de dépistage du VIH

En réponse à l'épidémie de VIH changeante, l'OMS encourage les pays à forte charge de VIH, et rappelle aux pays à faible charge de VIH, d'utiliser trois résultats de test réactifs consécutifs pour établir un diagnostic positif de VIH.

Certains pays à forte charge de VIH en Afrique australe continueront d'avoir un taux de positivité des SDV à l'échelle nationale supérieur à 5 %. Ces pays peuvent continuer à utiliser deux tests réactifs consécutifs pour poser un diagnostic de séropositivité.

Il est important que ces pays surveillent le taux national de positivité des SDV et, lorsqu'il devient inférieur à 5 %, commencent à utiliser trois résultats réactifs consécutifs pour fournir un diagnostic positif pour le VIH.

La valeur clinique est définie par la valeur prédictive positive (VPP), qui est la proportion de personnes ayant un résultat positif qui sont correctement diagnostiquées séropositives pour le VIH, et la valeur prédictive négative (VPN), qui est la proportion de personnes ayant un résultat négatif qui sont correctement diagnostiquées séronégatives. Contrairement à la sensibilité et à la spécificité du test, la VPP et la VPN dépendent du niveau de prévalence de la maladie (taux de positivité des SDV) dans la population testée.

Au niveau de la population, le pourcentage de personnes testées pour le VIH qui reçoivent un diagnostic de séropositivité affecte la capacité à fournir le diagnostic correct. À mesure que la couverture des SDV et du TAR augmente et que moins de personnes dépistées sont séropositives, les chances qu'un résultat de test réactif soit faux augmentent (voir l'Encadré 8.3 à titre d'exemple). Si le taux de positivité des SDV est faible, la VPP n'approche pas de 100 %, même si la sensibilité et la spécificité du test sont élevées.

Pour obtenir des résultats précis, l'OMS recommande que les pays mettent en œuvre une stratégie/un algorithme de dépistage du VIH utilisant une combinaison de TDR et/ou d'EIA qui permet d'atteindre au minimum une VPP de 99 % (c'est à dire moins d'un faux positif pour 100 personnes diagnostiquées séropositives). Les recommandations précédentes de l'OMS étaient fondées sur cette même exigence : les contextes ayant une prévalence nationale du VIH de 5 % ou plus devaient utiliser deux tests réactifs consécutifs pour poser un diagnostic séropositif, afin de maintenir une VPP d'au moins 99 %. Cependant, pour les contextes avec une prévalence nationale du VIH inférieure à 5 %, l'OMS recommandait trois tests réactifs consécutifs pour établir un diagnostic séropositif afin de maintenir une VPP d'au moins 99 %.³

¹ Lorsque des produits spécifiques sont intégrés dans la stratégie de dépistage, il s'agit alors d'un algorithme de dépistage. Se reporter au Tableau 8.1 pour les définitions.

² Voir l'annexe Web 1 pour les définitions utilisées par l'OMS pour calculer la sensibilité et la spécificité.

³ Basé sur l'hypothèse que chaque test de dépistage utilisé dans la stratégie et l'algorithme a une spécificité d'au moins 98 %.

Encadré 8.3. Estimations et projections pour l'utilisation du kit de test rapide du VIH (2000-2025) au Malawi, et implications pour les résultats de dépistage du VIH

Au Malawi, le nombre total d'adultes vivant avec le VIH a augmenté et devrait continuer à augmenter jusqu'en 2025, car les personnes séropositives vivent plus longtemps sous TAR. Parallèlement, en raison de l'intensification des SDV et du TAR, la proportion de personnes séropositives non diagnostiquées a diminué rapidement, passant d'environ 78 % en 2005 à 14 % en 2017, et devrait continuer de baisser jusqu'à 6 % environ en 2025.

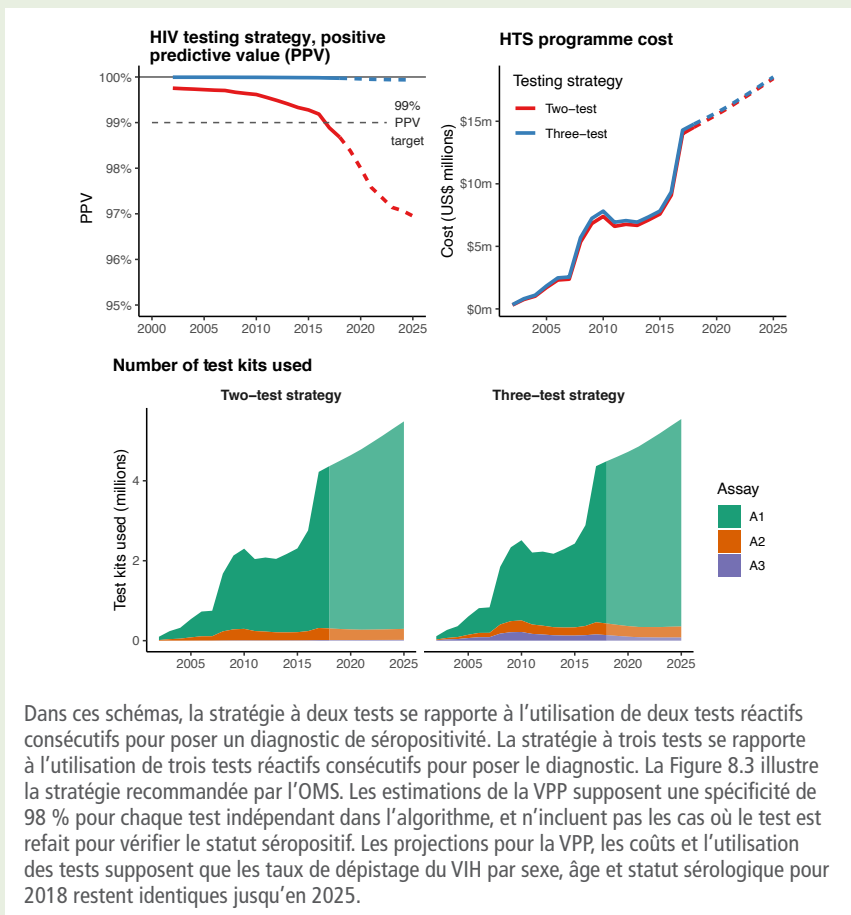
Cette évolution de l'épidémie de VIH favorise la chute rapide du taux de positivité des SDV (proportion de résultats séropositifs) et du pourcentage de nouveaux diagnostics séropositifs parmi les personnes qui se font dépister. Bien que le nombre annuel de personnes testées ait doublé entre 2015 et 2017, le taux de positivité des SDV a diminué de 50 % et le nombre de personnes séropositives nouvellement diagnostiquées a continué de baisser depuis 2016. D'ici à 2025, on prévoit que le taux de positivité du dépistage à l'échelle nationale atteindra 1,5 % et que la prévalence globale du VIH chez l'adulte sera de 8,4 %.

Une triangulation modélisée utilisant des estimations épidémiologiques et des données de programmes de SDV suggère que près de la moitié des nouveaux résultats séropositifs enregistrés par les programmes sont des personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut mais refont le test. Lorsqu'on ne tient pas compte de ces personnes qui se refont dépister et connaissent déjà leur statut positif, cela réduit davantage la proportion de nouveaux diagnostics séropositifs à 1,7 % en 2017 et à 0,5 % en 2025.

Cette baisse significative du taux de positivité des SDV à l'échelle nationale pour la population testée au Malawi réduit la VPP de la stratégie de test actuelle. Ainsi, d'ici à 2025, si la stratégie de dépistage au Malawi utilise deux tests réactifs consécutifs ayant chacun une spécificité de 98 % pour fournir un diagnostic séropositif, la VPP de l'algorithme de test sera inférieure à 97 % (même si les tests utilisés étaient effectués sur le terrain selon les exigences de préqualification minimales de l'OMS). En revanche, si trois tests réactifs consécutifs sont utilisés pour établir un diagnostic de séropositivité, la VPP sera supérieure à 99,9 %.

Si les taux actuels de dépistage du VIH restent les mêmes, il faudrait environ 120 000 tests A3 pour mettre en œuvre la nouvelle stratégie en 2019, et ce nombre baisserait à 79 000 en 2025. Par rapport aux 4 millions de tests A1 et 270 000 tests A2 nécessaires chaque année, ces quantités sont nettement inférieures. Le coût différentiel projeté associé au diagnostic de séropositivité fondé sur l'utilisation de trois tests réactifs consécutifs (stratégie à trois tests), par rapport à l'utilisation de deux tests réactifs consécutifs (stratégie à deux tests), est supérieur de moins de 2 % en 2019 et supérieur d'environ 0,6 % en 2025.

Encadré 8.3. Estimations et projections pour l'utilisation du kit de test rapide du VIH (2000-2025) au Malawi, et implications pour les résultats de dépistage du VIH, continued



La différence de coût est faible car le principal moteur du coût total du programme de dépistage du VIH est le volume de patients qui reçoivent le test de première intention (A1). En revanche, les coûts associés au diagnostic erroné du VIH sont élevés, car ils comprennent les coûts de traitement inutiles ainsi que les coûts individuels et sociaux.

Source : OMS/ONUSIDA/Malawi Department of HIV/AIDS, 2019, dérivé de Maheu-Giroux M et al., 2019 (16).

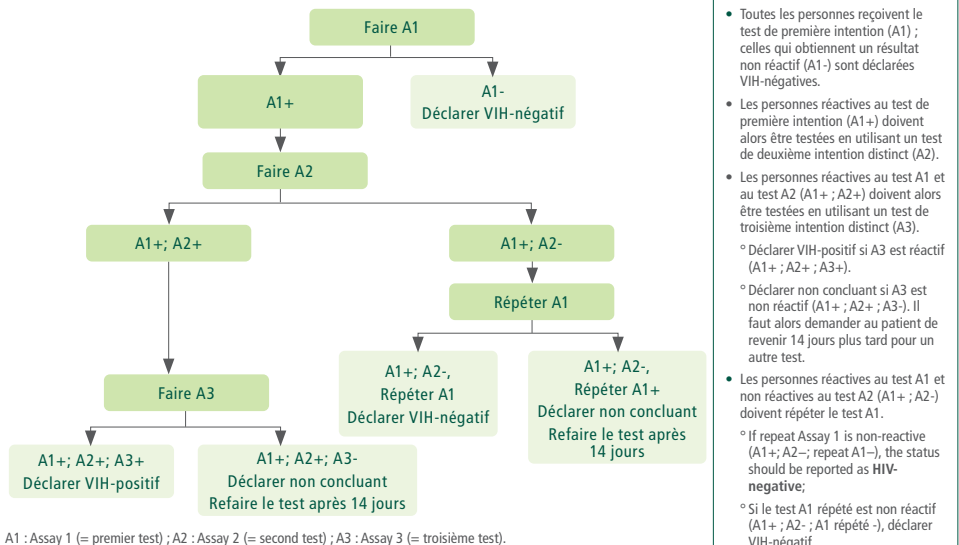
En réponse à l'épidémie de VIH globale changeante, et en particulier à la baisse du taux de positivité des SDV à l'échelle nationale et de la prévalence du VIH parmi les personnes non traitées (également appelée « prévalence ajustée sur le traitement ») (voir la Figure 8.1), l'OMS encourage désormais les pays à forte charge de VIH, et rappelle aux pays à faible charge de VIH, d'utiliser trois tests réactifs consécutifs pour établir un diagnostic positif de VIH. Cette stratégie doit maintenant être considérée comme la stratégie standard de dépistage de l'OMS. En adoptant ce protocole les pays pourront assurer un diagnostic précis du VIH, même à mesure que le taux de positivité des SDV à l'échelle nationale continue de diminuer (17, 18).

La Figure 8.3 illustre la stratégie standard de l'OMS pour le dépistage du VIH qui s'appuie sur trois tests réactifs consécutifs pour établir un diagnostic de séropositivité. Cette stratégie de dépistage s'applique à toutes les combinaisons de méthodes sérologiques, comme les TDR ou les dosages immuno-enzymatiques (EIA).

Les tests de récence, qui déterminent si une personne séropositive a été infectée au cours de l'année écoulée pour estimer l'incidence du VIH, peuvent être utilisés dans les enquêtes. Bien que les résultats de dépistage du VIH (séropositif, séronégatif ou non concluant) soient transmis aux participants de l'enquête, les résultats des tests de récence ne sont pas actuellement systématiquement transmis aux personnes séropositives. Actuellement, les stratégies et algorithmes de dépistage du VIH de l'OMS n'ont pas encore pris en compte les tests de récence dans ce contexte.

Plusieurs études évaluent l'utilisation des tests de récence dans les stratégies et algorithmes nationaux de dépistage du VIH. Les résultats de ces études sur les avantages et les inconvénients potentiels seront importants pour déterminer comment ces tests pourraient être utilisés en milieu clinique.

Figure 8.3. Stratégie de dépistage standard de l'OMS pour le diagnostic du VIH-1 (après l'âge de 18 mois)



- Toutes les personnes reçoivent le test de première intention (A1) ; celles qui obtiennent un résultat non réactif (A1-) sont déclarées VIH-négatives.
- Les personnes réactives au test de première intention (A1+) doivent alors être testées en utilisant un test de deuxième intention distinct (A2).
- Les personnes réactives au test A1 et au test A2 (A1+ ; A2+) doivent alors être testées en utilisant un test de troisième intention distinct (A3).
 - Déclarer VIH-positif si A3 est réactif (A1+ ; A2+ ; A3+).
 - Déclarer non concluant si A3 est non réactif (A1+ ; A2+ ; A3-). Il faut alors demander au patient de revenir 14 jours plus tard pour un autre test.
- Les personnes réactives au test A1 et non réactives au test A2 (A1+ ; A2-) doivent répéter le test A1.
 - If repeat Assay 1 is non-reactive (A1+ ; A2- ; repeat A1-), the status should be reported as HIV-negative;
 - Si le test A1 répété est non réactif (A1+ ; A2- ; A1 répété -), déclarer VIH-négatif.
 - Si le test A1 répété est réactif (A1+ ; A2- ; A1 répété +), déclarer non concluant et demander au patient de revenir 14 jours plus tard pour un autre test.

A1 : Assay 1 (= premier test) ; A2 : Assay 2 (= second test) ; A3 : Assay 3 (= troisième test).

Cette stratégie de dépistage, notamment pour ce qui concerne la répétition du test, cherche à garantir qu'une VPP minimum de 99 % soit maintenue et à éviter un diagnostic erroné faussement positif. Pour atteindre une VPP minimum de 99 %, les conditions suivantes doivent être remplies :

- Le test de première intention offre la meilleure chance de confirmer le statut VIH chez toutes les personnes séropositives et présente le plus haut niveau de sensibilité. Une sensibilité très élevée signifie notamment que le test a une spécificité plus faible. Pour cette raison, il est attendu qu'un certain nombre de résultats faussement réactifs pour le VIH soient obtenus au test de première intention en plus des résultats réellement réactifs.
- Les tests de deuxième et troisième intention doivent pouvoir exclure les résultats faussement réactifs pour le VIH. Pour cette raison, les deux kits de test utilisés pour les deuxième et troisième tests doivent avoir une spécificité très élevée – supérieure à celle du test de première intention. Le coût relatif d'une stratégie de dépistage est déterminé par le nombre de premiers tests effectués.
- Les tests de première intention (A1), de deuxième intention (A2) et de troisième intention (A3) doivent être trois produits de dépistage du VIH différents ne partageant qu'une fausse réactivité commune minimale.
- En cas de résultats divergents (A1+ et A2-), il est important de répéter le test de première intention. Cela détermine si la personne est réactive à plusieurs reprises avec le test ayant la sensibilité la plus élevée (et donc une spécificité réduite). Les résultats de test divergents sont déterminés par la spécificité du produit choisi pour le test de première intention : si celui-ci a une spécificité de 98 %, il est attendu qu'au moins deux résultats faussement réactifs pour VIH soient obtenus pour 100 tests. Les personnes réactives à plusieurs reprises avec le test de première intention, mais dont la séropositivité ne peut pas être confirmée reçoivent un statut non concluant vis-à-vis du VIH (19, 20).
- Contrairement au premier test, il n'est pas nécessaire de répéter le deuxième test après un résultat réactif car le produit utilisé pour celui-ci est choisi pour sa spécificité : les résultats réactifs et non réactifs à plusieurs reprises au deuxième test produiraient donc un statut VIH non concluant. De même, soumettre les personnes avec des résultats divergents (A1+ et A2-) au test de troisième intention ne présenterait aucun avantage, car le résultat serait non concluant pour le VIH.
- Lorsque les ressources le permettent, d'autres tests, comme ceux qui détectent uniquement l'antigène p24 du VIH ou qui peuvent détecter des types spécifiques d'anticorps anti-VIH-1 et VIH-2, peuvent être utilisés pour trancher en cas de diagnostic atypique (21).

La section 8.5 donne plus de détails sur la sélection des tests pour la stratégie standard de l'OMS pour le dépistage du VIH.

Pour fournir un diagnostic correct, les pays doivent étudier et envisager les produits préqualifiés par l'OMS ; consulter https://www.who.int/diagnostics_laboratory/evaluations/PQ_list/en/ (en anglais).

L'OMS continue de recommander aux programmes de refaire le test des personnes diagnostiquées séropositives avant d'instaurer le TAR. Cela permet de vérifier un diagnostic séropositif et de détecter une erreur humaine, comme un problème d'étiquetage des résultats de dépistage.

Considérations pour la mise en œuvre de la stratégie standard de l'OMS pour le dépistage du VIH

- Les programmes avec un faible taux de positivité des SDV à l'échelle nationale et une faible prévalence du VIH ajustée sur le traitement doivent prioriser le passage à la stratégie de dépistage standard de l'OMS (voir Figure 8.3) afin d'éviter les erreurs de diagnostic et l'instauration inutile d'un traitement à vie. Certains pays à forte charge de VIH en Afrique australe continueront néanmoins d'afficher un taux national de positivité des SDV supérieur à 5 % (voir Figure 8.1). Ces pays peuvent continuer à utiliser deux résultats de test réactifs consécutifs pour établir un diagnostic de séropositivité au VIH. Il est important que ces pays surveillent le taux de positivité des services de dépistage à l'échelle nationale et, lorsque celui-ci devient inférieur à 5 %, de commencer à fonder le diagnostic de séropositivité sur trois résultats réactifs consécutifs.

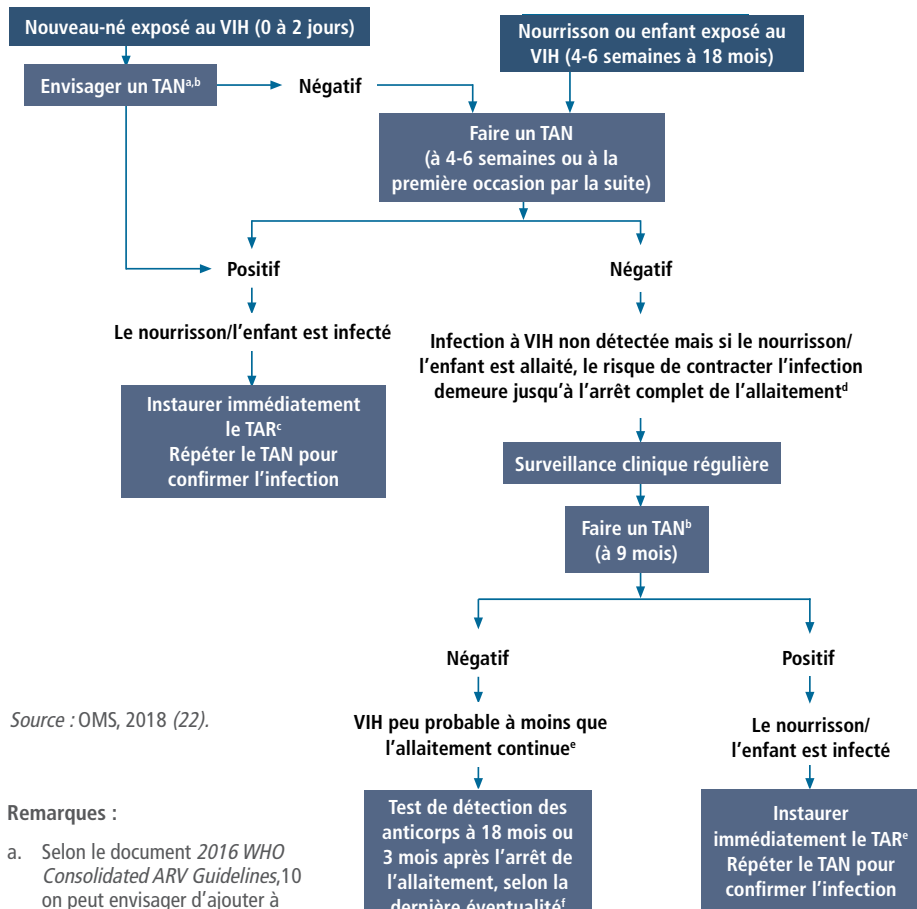
Il n'est pas conseillé d'utiliser simultanément deux résultats réactifs consécutifs dans certains contextes ou pour certaines populations ou patients, et trois résultats réactifs consécutifs pour d'autres.

- Des efforts doivent être faits pour réduire les coûts et optimiser la prestation des SDV en utilisant la stratégie de dépistage du VIH de l'OMS ; ceux-ci doivent se concentrer sur la prestation efficace du test de première intention dans la stratégie, car il représente de loin le coût total le plus élevé parmi les trois. L'intensification du partage des tâches et l'utilisation d'approches comme l'autodépistage du VIH et le test à des fins de triage peuvent, dans certains contextes, faciliter le passage à la stratégie de dépistage du VIH de l'OMS. Ces approches prônent souvent un premier test à domicile ou dans la communauté ; les personnes qui obtiennent un résultat réactif sont orientées pour effectuer des tests supplémentaires dans un établissement conformément à l'algorithme de dépistage national complet.
- Les pays qui modifient leur stratégie et algorithme nationaux de dépistage du VIH doivent élaborer un plan et identifier le moment de transition optimal. Pour s'assurer que toutes les ressources nécessaires sont disponibles, il est important d'aligner et de coordonner le changement des processus d'appel d'offres, de sélection et d'achat de nouveaux tests (notamment d'un test A3), la vérification de l'algorithme de dépistage, les mises à jour du journal de bord et du registre, la formation et la supervision, ainsi que les politiques et directives à l'échelle nationale et locale.

8.3.1 Stratégie de dépistage sérologique pour le diagnostic du VIH-1 chez l'enfant avant l'âge de 18 mois

Pour les enfants âgés de 18 mois ou moins (ou de moins de 24 mois s'ils sont encore allaités), l'utilisation des tests sérologiques seulement ne suffit pas pour confirmer l'infection par le VIH. En effet, les tests sérologiques comme les TDR du VIH peuvent détecter les anticorps maternels transférés au nourrisson pendant la grossesse, la naissance ou l'allaitement. Les tests virologiques, fondés en général sur la détection des acides nucléiques (TAN), sont recommandés pour confirmer

Figure 8.4. WHO HIV testing strategy and algorithm for early infant diagnosis



Source : OMS, 2018 (22).

Remarques :

- Selon le document 2016 WHO Consolidated ARV Guidelines, 10 on peut envisager d'ajouter à l'algorithme de dépistage existant le TAN à la naissance.
- Le TAN sur le lieu des soins peut servir à diagnostiquer l'infection à VIH ainsi qu'à confirmer les résultats positifs.
- Instaurer sans tarder le TAR, tout en répétant le test pour confirmer l'infection. À mesure que le traitement maternel s'intensifie et que le taux de TME diminue, le nombre de faux positifs devrait augmenter : il est donc important de répéter le test après un premier TAN positif afin d'éviter un traitement injustifié, surtout dans les contextes à transmission plus faible. Si le deuxième test est négatif, un troisième TAN doit être fait avant d'instaurer le TAR.
- Pour les enfants qui n'ont jamais été allaités, cet algorithme comprend un dépistage supplémentaire après un résultat négatif au TAN effectué à 4-6 semaines afin de tenir compte d'éventuels résultats faux-négatifs.
- Le risque de transmission du VIH demeure tant que l'allaitement continue. Si le test à 9 mois est effectué avant 3 mois après l'arrêt de l'allaitement, une infection acquise pendant les derniers jours d'allaitement risque de ne pas être détectée. Pour établir le statut VIH définitif, il faut refaire le dépistage à 18 mois ou 3 mois après l'arrêt de l'allaitement (selon la dernière éventualité).
- Si l'allaitement dure plus de 18 mois, le diagnostic VIH définitif peut uniquement être établi à son arrêt ; s'il s'arrête avant 18 mois, le diagnostic définitif utilisant le test de détection des anticorps peut uniquement être établi à 18 mois. La détection des anticorps doit être faite au moins 3 mois après l'arrêt de l'allaitement (pour permettre aux anticorps de se développer). Pour les nourrissons âgés de moins de 18 mois, l'infection doit être confirmée par un TAN ; pour ceux qui ont plus de 18 mois, un test de détection des anticorps négatif confirme que le nourrisson n'est pas infecté tandis qu'un test positif confirme l'infection.

Encadré 8.4. Limites des options de test pour les personnes sous TAR

Il n'est pas recommandé aux personnes qui prennent un TAR de refaire le test. Les études et les programmes indiquent cependant de plus en plus que les personnes séropositives sous TAR, que leur statut soit divulgué ou non, se présentent pour le dépistage (10, 25). Lors du dépistage d'une personne sous TAR, les options de test sont limitées en raison de l'effet du TAR sur la répllication du virus et la réponse immunitaire. Toutes les personnes qui cherchent à se faire dépister doivent être informées des limites et du risque d'un résultat de test incorrect lorsqu'un TAR est en cours. Se reporter aux Chapitres 3 et 4.

Tests sérologiques. Un examen systématique commandité par l'OMS a révélé que la plupart des tests sérologiques sont relativement peu affectés par l'exposition au TAR (26). Cependant, plus le TAR est instauré tôt, plus le risque de résultats sérologiques faussement négatifs est élevé. Des résultats faussement négatifs sont plus probables chez les personnes qui ont commencé le TAR au cours d'une infection aiguë par le VIH, notamment les adultes diagnostiqués aux stades précoces⁴ (Fiebig I et II) et les enfants infectés en période périnatale qui sont placés sous TAR avant l'âge de six mois. Pour ces personnes, tout résultat sérologique ultérieur doit être interprété avec prudence. Les tests salivaires sont plus affectés que les tests sériques/plasmatisques ou sur sang total, et les tests de seconde génération (comme de nombreux tests d'autodépistage du VIH) sont plus affectés que les tests de troisième et quatrième génération. Les tests de type immunotransfert sont considérablement affectés par le TAR, ce qui témoigne de l'utilité clinique réduite de cette méthode à l'ère de l'accès élargi au TAR. L'immunotransfert ne devrait plus être utilisé dans les algorithmes de dépistage du VIH (6). Voir la section 8.5.7 pour des détails sur cette nouvelle recommandation.

Tests virologiques. Lorsqu'il est correctement suivi, le TAR entraîne une suppression de la répllication virale au dessous de la limite de détection des TAN. Les personnes séropositives sous TAR qui sont en suppression virale peuvent chercher à refaire le test et sont susceptibles d'être indétectables au TAN. Un résultat indétectable par cette méthode n'exclut pas l'infection par le VIH. Les tests virologiques ne doivent pas être utilisés pour dépister les personnes sous TAR. Étant donné que la prise du TAR n'est pas toujours divulguée avant le dépistage, il convient d'être prudent quand des technologies de TAN sont utilisées pour exclure l'infection.

l'infection chez les enfants âgés de 18 mois ou moins (21). La Figure 8.4 illustre la stratégie et l'algorithme de dépistage du VIH de l'OMS pour le diagnostic précoce chez le nourrisson.

Les détails sur le diagnostic des nourrissons et des enfants avant l'âge de 18 mois sont disponibles dans le document de l'OMS intitulé *Updated recommendations on first-line and second-line antiretroviral regimens and post-exposure prophylaxis and recommendations on early infant diagnosis of HIV*: <https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/ARV2018update/en/> (en anglais) (22).

L'OMS met en garde contre l'utilisation des technologies de TAN pour exclure l'infection à VIH chez l'adulte et l'enfant de plus de 18 mois en présence d'une couverture élargie du TAR ; un résultat de TAN indétectable ne peut pas être interprété de manière fiable comme séronégatif, car il est attendu que les personnes séropositives qui observent correctement le TAR deviennent indétectables au TAN (23, 24).

Cette orientation ne traite pas des tests effectués dans le contexte des essais cliniques pour le traitement définitif et la vaccinologie du VIH, mais de plus amples détails sont présentés dans l'annexe Web I.

⁴ Fiebig et al. décrivent un système de stadification fondé sur la cinétique d'apparition de la réactivité au test basée sur l'infection primaire (27).

8.3.2 Refaire le test chez les personnes séropositives

Comme indiqué, un diagnostic erroné est difficile à détecter après le début du TAR. Pour ne pas instaurer de façon injustifiée ce traitement à vie, l'OMS recommande de refaire le test de toutes les personnes nouvellement diagnostiquées séropositives afin de vérifier leur statut sérologique avant d'instaurer le TAR (18). Refaire le test à cette fin est une étape d'évaluation de la qualité qui vise à exclure les erreurs aléatoires imputables au dispositif ou lot de test, au site effectuant le dépistage ou à l'utilisateur. Cela peut également servir à détecter les erreurs d'écriture, comme les erreurs de transcription lors de l'interprétation et de la communication des résultats, et d'étiquetage (voir la section 9.3.9). Refaire le test n'est pas destiné à optimiser la VPP de la stratégie de dépistage.

Si le test est refait dans le but de confirmer un statut positif vis-à-vis du virus, cela implique la collecte et l'analyse d'un nouvel échantillon d'une personne nouvellement diagnostiquée séropositive. Ce test est refait avec la même stratégie et, dans l'idéal, le même algorithme de dépistage, mais par un fournisseur de test différent utilisant différents lots pour les tests de première, deuxième et troisième intention (A1/A2/A3) dans un autre site de dépistage. S'il est impossible de refaire le test autrepars, il faut au minimum recourir à un autre fournisseur et un nouveau lot pour refaire le test sur le nouvel échantillon prélevé. De même, s'il faut refaire le test le jour même pour faciliter l'instauration immédiate du TAR, il faut au minimum recourir à un autre fournisseur et un nouveau lot pour refaire le test sur le nouvel échantillon prélevé. Dans l'idéal, la structure responsable du TAR doit refaire le test.

Refaire le test pour confirmer le statut séropositif avant d'instaurer le TAR suit la même séquence de dépistage que celle illustrée à la Figure 8.3. Après un diagnostic de séropositivité, la personne doit refaire le dépistage en commençant par le test de première intention (A1) avant de commencer le TAR. Lorsqu'il s'agit de refaire le test :

- **Les personnes non réactives au test de première intention (A1-)** peuvent être séronégatives. Ces personnes doivent être orientées pour des tests supplémentaires dans un établissement de niveau supérieur utilisant un algorithme de dépistage différent (à savoir, d'autres produits).
- **Les personnes réactives au test de première intention (A1+)** doivent ensuite être testées à l'aide d'un test de deuxième intention distinct (A2). Les personnes réactives aux tests de première et deuxième intention (A1+ ; A2+) doivent ensuite être testées à l'aide d'un test de troisième intention distinct (A3).
 - o **Si le troisième test est réactif (A1+ ; A2+ ; A3+)**, le statut séropositif est confirmé et la personne peut commencer le TAR conformément aux lignes directrices nationales.
 - o **Si le troisième test n'est pas réactif (A1+ ; A2+ ; A3-)**, il est impossible de confirmer le statut séropositif et un résultat non concluant doit être rendu. Il faut demander à ces personnes de revenir dans 14 jours pour des tests supplémentaires dans un établissement de niveau supérieur utilisant un algorithme de dépistage différent avec d'autres produits.
- **Les personnes réactives au test de première intention mais non réactives au deuxième (A1+ ; A2-)** n'ont pas besoin de répéter le premier. Dans ces cas, il est impossible de confirmer le statut séropositif et un résultat non concluant doit être rendu. Il faut demander à ces personnes de revenir dans 14 jours pour des tests supplémentaires dans un établissement de niveau supérieur utilisant un algorithme de dépistage différent avec d'autres produits.

Le fait de refaire le test, comme cela est décrit ci-dessus, ne peut écarter la possibilité d'un diagnostic erroné en raison d'un algorithme de dépistage mal choisi. Il est donc essentiel de procéder à une vérification adéquate de l'algorithme de dépistage avant un déploiement généralisé (consulter la section 8.4). Les estimations modélisées montrent qu'il est coût-efficace

de refaire le test pour identifier les personnes incorrectement diagnostiquées séropositives, et que cette approche est probablement moins coûteuse qu'un TAR et une surveillance virologique à vie injustifiés (28, 29).

Le Chapitre 4 aborde les messages clés pour refaire le test qui sont communiqués dans le cadre du conseil post-test.

8.3.3 Refaire le test chez les personnes dont le statut VIH est non concluant

Dans un petit nombre de cas, il est impossible de fournir un diagnostic définitif le jour même. Dans ces cas, la personne est invitée à revenir dans les 14 jours pour refaire le test. Il ne s'agit pas là d'un échec au niveau des produits ou de la stratégie de dépistage utilisés, mais plutôt d'une limitation inhérente, étant donné qu'aucun test n'a une sensibilité et une spécificité de 100 %.

Il est nécessaire de refaire le test chez les personnes dont le statut VIH est non concluant afin de confirmer ou d'exclure la séroconversion, et d'écartier la possibilité d'une erreur de confusion des échantillons ou de transcription ainsi que toute erreur aléatoire associée au fournisseur ou au dispositif de test. Si le résultat d'une personne passe de non réactif à réactif pour le VIH, elle recevra un diagnostic séropositif ; si la réactivité reste inchangée, elle recevra un diagnostic séronégatif.

L'OMS recommande de refaire le test 14 jours après l'obtention d'un statut VIH non concluant en utilisant les mêmes stratégie et algorithme de dépistage :

- Si la réactivité confirme la séropositivité (A1+ ; A2+ ; A3+) ou la séronégativité (A1-), rendre le résultat correspondant.
- Si la réactivité reste inchangée (A1+ ; A2+ ; A3- ou A1+ ; A2-/A1+) après 14 jours en utilisant les mêmes produits, la personne doit recevoir un diagnostic séronégatif.⁵

Dans la mesure du possible, il faut refaire le test des personnes dont le statut est non concluant en respectant les mêmes stratégie et algorithme de dépistage, et de préférence dans la même structure.

Le Chapitre 4 présente les messages clés sur les résultats non concluants et les résultats séronégatifs qui doivent être communiqués dans le cadre du conseil post-test.

8.3.4 Refaire le test chez les personnes séronégatives

Bien que la plupart des personnes testées séronégatives ne refont pas le test, certaines personnes peuvent avoir besoin de refaire le test annuellement ou plus fréquemment. Les Chapitres 4 et 7 abordent les messages et traitent des populations qui ont besoin de refaire le test.

8.3.5 Établir le statut VIH chez les personnes sous PrEP

Pour réduire le plus possible le développement de la résistance au VIH, un test de dépistage est nécessaire avant de commencer la PrEP pour confirmer le statut séronégatif. De plus, il est recommandé de refaire le test de temps à autre pour les personnes sous PrEP, dans le but de détecter le plus tôt possible une infection perthérapeutique (infection par le VIH malgré la PrEP).

⁵ Un statut non concluant pour le VIH peut cependant être observé chez les personnes présentant des signes cliniques qui répondent aux critères de l'OMS pour une infection à VIH de stade III ou IV en raison de la réponse en anticorps anti-VIH diminuée du système immunitaire affaibli.

L'infection perthérapeutique est très rare mais peut survenir.⁶ La majorité des personnes qui contractent le VIH pendant qu'elles participent à un programme de PrEP sont celles qui cessent de prendre le traitement.

Pour instaurer la PrEP. L'OMS recommande de procéder au dépistage en utilisant les mêmes stratégie et algorithme que d'habitude. Certains essais cliniques sur la PrEP ont utilisé des tests optimisés afin de détecter une infection aiguë dans le cadre de la visite initiale pour instaurer la PrEP. Il est peu probable que des stratégies de dépistage plus coûteuses et complexes offrent un plus grand avantage dans les contextes où les TAN ou les tests sérologiques de quatrième génération ne sont pas systématiquement utilisés pour le diagnostic du VIH. Pour ce qui est du dépistage avant d'instaurer la PrEP, les programmes doivent peser les avantages potentiels d'un algorithme de dépistage différent par rapport à l'avantage d'une intensification de l'accès à la PrEP pour la santé publique.

Pour refaire le test périodiquement sous PrEP. L'OMS recommande d'utiliser les mêmes stratégie et algorithme de dépistage pour les personnes sous PrEP que pour les autres (voir la Figure 8.3). Les personnes qui prennent correctement la PrEP ont un risque réduit de contracter le VIH (30). Quel que soit le cas, plus le taux de positivité des SDV est bas, plus la probabilité d'obtenir un résultat réactif faussement positif pour le VIH est grande. Comme pour le dépistage effectué avant d'instaurer la PrEP, l'utilisation d'une autre stratégie ou algorithme de dépistage ne fournira pas nécessairement un avantage supplémentaire en termes de coût et de complexité.

Lorsque le test est refait périodiquement, il est possible qu'une infection perthérapeutique par le VIH soit détectée (bien que cela soit très rare), et il est essentiel d'assurer que le diagnostic est correct avant de passer de la PrEP au TAR. Des résultats de test divergents (A1+ ; A2+ ; A3- ou A1+ ; A2-) peuvent également être constatés. Dans de tels cas, la démarche à suivre pour confirmer ou exclure l'infection par le VIH est la suivante :

- Effectuer le dépistage sérologique chaque semaine pendant quatre semaines en utilisant les mêmes stratégie et algorithme, car le TAN ne permet normalement pas la détection en présence de la PrEP.
 - o Si le profil sérologique ne change pas, mais demeure A1+ ; A2+ ; A3- ou A1+ ; A2-, la personne sous PrEP est séronégative et la PrEP peut être poursuivie, en refaisant le test tous les trois mois.
 - o Si le profil sérologique change (A1+ ; A2+ ; A3+), la personne sous PrEP est séropositive. Dans ce cas, il est essentiel d'assurer que le diagnostic est correct avant de passer de la PrEP au TAR. Cela est effectué par un autre fournisseur de tests, de préférence dans un autre site de dépistage, en collectant et en analysant un nouvel échantillon et en utilisant différents lots de A1/A2/A3.

En présence d'une infection perthérapeutique par le VIH suspectée, les décisions seront prises au cas par cas. Si la démarche décrite ci-dessus ne convient pas, la PrEP peut être interrompue pendant quatre semaines au maximum et, entre temps, les tests sérologiques et virologiques doivent être effectués chaque semaine. Quatre semaines devraient suffire pour relancer la répllication du virus, s'il est présent, et pour induire la réponse en anticorps. Dans ce cas, il est essentiel de recommander vivement d'autres moyens de prévention du VIH, comme les préservatifs.

⁶ WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis of HIV infection. WHO/HIV/2017.17 <https://www.who.int/hiv/pub/prep/prep-implementation-tool/en/> (en anglais).

Encadré 8.5. Limites des options pour le refaire le test des personnes sous PrEP tous les trois mois

Lorsqu'ils sont pris correctement, les antirétroviraux (notamment le TAR et la PrEP) suppriment la répllication virale au-dessous de la limite de détection des TAN, ce qui rend ces analyses inadaptées au dépistage périodique des personnes sous PrEP.

La stratégie et l'algorithme de dépistage d'utilisation courante sont les mieux adaptés pour le dépistage trimestriel du VIH chez les personnes sous PrEP.

Source : Fonner, 2019 (30).

8.4 Élargir le dépistage à base communautaire avec le test à des fins de triage et l'autodépistage du VIH

Comme indiqué, plus de la moitié de toutes les nouvelles infections à VIH dans le monde surviennent parmi les populations clés et leurs partenaires sexuels ainsi que parmi d'autres populations qui restent mal desservies (1). Il est essentiel d'adapter les SDV afin de répondre aux besoins de ces communautés. Le test à des fins de triage est une autre stratégie qui peut être particulièrement utile dans les contextes communautaires, comme les interventions mobiles. Dans cette approche, un prestataire de test formé et supervisé (prestataire non professionnel ou agent de santé communautaire, par exemple) effectue un seul TDR pour le VIH (désigné test zéro ou A0), plutôt que de suivre la stratégie et l'algorithme de dépistage en intégralité. L'OMS recommande que le dépistage du VIH soit effectué par des prestataires non professionnels formés (18). Le test à des fins de triage peut réduire le potentiel de stigmatisation car tout le monde reçoit le même nombre de tests, tandis qu'avec la stratégie standard, des tests supplémentaires identifient les personnes qui ont un résultat réactif au test de première intention (A1).

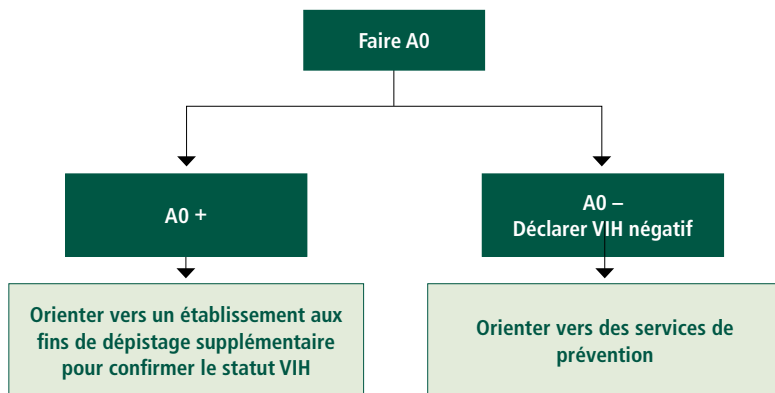
À noter que A0 ne remplace pas A1 dans la stratégie de dépistage de l'OMS pour le diagnostic. Plutôt, les personnes ayant un résultat réactif pour le VIH sont rapidement mises en liaison avec un établissement qui procède alors à l'algorithme de dépistage standard pour établir le diagnostic. Comme le montre la Figure 8.5, l'algorithme de dépistage incorpore A0 au début de la stratégie de dépistage de l'OMS pour le diagnostic du VIH-1 illustrée à la Figure 8.3.

Le principal avantage de cette approche est que les fournisseurs de tests doivent être formés sur la façon d'exécuter un test seulement (plutôt que trois). Davantage de prestataires peuvent donc être formés et le dépistage peut ainsi être plus largement disponible. Cette stratégie de « test à des fins de triage » peut aussi être utile dans les sites de SDV qui n'ont pas la capacité d'effectuer les trois tests pour poser un diagnostic de séropositivité, comme conseillé par l'OMS. Elle présente également des avantages au niveau de la chaîne d'approvisionnement, pour appuyer la décentralisation.

Tout comme le test à des fins de triage, l'emploi d'un TDR pour l'autodépistage du VIH (ADVIH) sert de A0. Un résultat d'autodépistage réactif ne constitue pas un diagnostic de VIH et nécessite toujours des tests supplémentaires pour confirmer le statut sérologique, en appliquant la stratégie de dépistage de l'OMS pour le diagnostic à partir du test de première intention (voir la Figure 8.3). Se reporter au Chapitre 5 pour plus d'informations sur la prestation de services dans le cadre du dépistage à base communautaire et de l'autodépistage du VIH.

L'autodépistage du VIH et le test à des fins de triage ne sont pas recommandés pour les personnes vivant avec le VIH qui prennent un TAR.

Figure 8.5. Stratégies alternatives de dépistage : test à des fins de triage et autodépistage du VIH



A0 : test zéro

8.4.1 Dépistage d'autres maladies

Le fait de fournir des services de dépistage pour d'autres maladies ou affections en même temps que le VIH présente certains avantages. Par exemple, tous les pays doivent envisager d'offrir aux populations clés des tests de dépistage du VIH et des IST et, pour les femmes enceintes ayant besoin de se faire dépister, du VIH, de la syphilis et de l'Ag HBs⁷ (hépatite B) au moins une fois, de préférence au cours du premier trimestre de la grossesse. Le co-dépistage du VIH et de la syphilis peut servir de test de première intention dans les contextes de soins prénatals. Consulter les Chapitres 5 et 6 pour obtenir des détails sur la prestation de services intégrée et les considérations pour des groupes de population spécifiques.

Encadré 8.6. Ressources supplémentaires sur le dépistage d'autres maladies

WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259003/9789241550093-eng.pdf?sequence=1> (en anglais)

Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive
https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/fr/

WHO guidelines on hepatitis B and C testing
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254621/9789241549981-eng.pdf?sequence=1> (en anglais)

Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus https://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/fr/

⁷ En particulier dans les contextes où la séroprévalence de l'Ag HBs dans la population générale est de 2 % ou plus.

8.4.2 Tests multiplex pour le VIH-1 et d'autres infections

Le test multiplex fait référence à un test qui est capable de détecter plus d'un analyte. Ceci est le plus souvent observé dans les tests de dépistage du VIH qui combinent la détection des anticorps anti-VIH-1 et anti-VIH-2. Les tests qui combinent la détection des anticorps anti-VIH-1/2 et de l'antigène du VIH sont un autre exemple.

Codétection du VIH et de la syphilis

L'utilité clinique des TDR qui détectent les anticorps dirigés contre *Treponema pallidum* (l'agent responsable de la syphilis) a augmenté ces dernières années, en particulier dans le cadre des soins prénatals, car ils sont faciles à réaliser et, contrairement aux tests de dépistage conventionnels non tréponémiques, ils n'ont pas besoin d'être réfrigérés. Les anticorps tréponémiques peuvent être détectés lorsque la syphilis est active et lorsqu'elle a été traitée/résolue, car ils persistent pendant un certain temps après un traitement réussi (selon le stade de la syphilis au moment de l'administration du traitement).

Dans tous les contextes, des TDR de co-dépistage du VIH et de la syphilis peuvent être proposés comme test de première intention dans les soins prénatals pour augmenter la couverture du dépistage et du traitement. Il est cependant important de ne pas utiliser ce type de co-dépistage rapide pour :

- les femmes séropositives sous traitement antirétroviral (TAR) ;
- les femmes déjà diagnostiquées positives et traitées pour la syphilis pendant leur grossesse actuelle ; et
- refaire le test de dépistage du VIH (voir les Chapitres 6 et 7).

Les pays qui introduisent le TDR de co-dépistage VIH/syphilis comme test de première intention dans les soins prénatals doivent revoir leur stratégie de dépistage du VIH pour les femmes enceintes. La Figure 8.6 présente la stratégie de dépistage pour la codétection du VIH et des anticorps tréponémiques. Elle diffère de la stratégie recommandée par l'OMS pour le diagnostic du VIH-1 (Figure 8.3) par le type de produit utilisé comme test de première intention.

Les pays qui introduisent ce TDR de co-dépistage du VIH et de la syphilis comme test de première intention dans les soins prénatals doivent vérifier que le nouveau test fonctionne bien en combinaison avec les deux autres tests VIH de l'algorithme. Les pays doivent examiner et envisager les produits préqualifiés par l'OMS, qui comprennent les TDR de co-dépistage et les TDR de détection discriminatoire pour le VIH et la syphilis. La liste de ces produits peut être consultée en ligne à l'adresse https://www.who.int/diagnostics_laboratory/evaluations/PQ_list/en/ (en anglais).

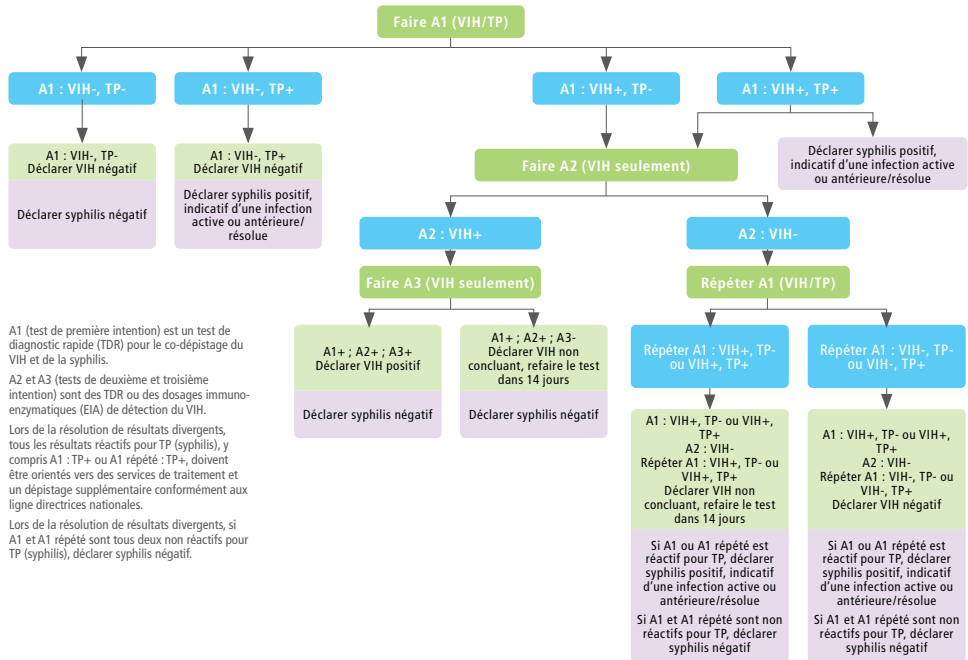
Codétection du VIH et de l'hépatite virale

D'autres co-infections courantes qui peuvent être diagnostiquées à l'aide de tests sérologiques sont également envisagées pour les TDR multiplex – par exemple, le VIH et l'hépatite C (VHC) ainsi qu'un TDR triplex qui détecte les anticorps anti-VIH, les anticorps anti-VHC et l'antigène de surface de l'hépatite B (VHB) comme marqueur de l'infection chronique par le virus de l'hépatite B.

Détection discriminatoire du VIH-1 et du VIH-2

Certains tests sérologiques prétendent faire la distinction entre les anticorps anti-VIH-1 et anti-VIH-2 pour faciliter le diagnostic de l'infection par le VIH-2. Toutefois, l'utilisation de tests sérologiques pour différencier définitivement entre la co-infection et la mono-infection par le VIH reste difficile.

Figure 8.6. Stratégie de dépistage recommandée de l'OMS pour la co-détection du VIH et de la syphilis dans les contextes de soins prénatals



A1 (test de première intention) est un test de diagnostic rapide (TDR) pour le co-dépistage du VIH et de la syphilis.
 A2 et A3 (tests de deuxième et troisième intention) sont des TDR ou des dosages immunoenzymatiques (EIA) de détection du VIH.
 Lors de la résolution de résultats divergents, tous les résultats réactifs pour TP (syphilis), y compris A1 : TP+ ou A1 répété : TP+, doivent être orientés vers des services de traitement et un dépistage supplémentaire conformément aux lignes directrices nationales.
 Lors de la résolution de résultats divergents, si A1 et A1 répété sont tous deux non réactifs pour TP (syphilis), déclarer syphilis négatif.

La co-infection par le VIH-1 et le VIH-2 est extrêmement rare, et il est donc plus probable que la double réactivité observée dans un test discriminatoire pour le VIH-1/VIH-2 soit le résultat d'une réactivité sérologique croisée plutôt qu'une véritable co-infection. Les données suggèrent que la réactivité croisée entre le VIH-1 et le VIH-2 dans les tests disponibles dans le commerce peut être significative. Les données des évaluations des performances de préqualification de l'OMS indiquent des taux de spécificité anti-VIH-2 compris entre 3 % et 57 % parmi les personnes séropositives pour le VIH-1 (17). Le potentiel d'un diagnostic erroné du VIH-2 pour cause de réactivité croisée est donc significatif (31, 32).

Dans les contextes où le VIH-2 est documenté, pour déterminer le type de virus ou pour diagnostiquer la co-infection, des tests supplémentaires appropriés doivent être effectués, notamment des tests sérologiques distincts spécifiques pour le VIH 1 et le VIH-2 et fondés sur des technologies virologiques.

8.5 Comment choisir les tests de dépistage du VIH

Les stratégies de dépistage doivent comporter des produits pour créer un algorithme de dépistage basé sur les principes suivants :

1. Le produit qui sert de test de première intention (A1) doit offrir la meilleure chance de confirmer le statut VIH chez toutes les personnes séropositives. Ce produit doit donc avoir la sensibilité la plus élevée. Mais d'une manière générale, plus un produit est sensible, moins il est spécifique. Cela signifie qu'un certain nombre de résultats faussement réactifs seront obtenus en plus des résultats réellement réactifs pour le VIH. Les tests de quatrième génération peuvent servir de test de première intention, mais il est nécessaire d'avoir accès à des tests supplémentaires pour

maximiser leur utilité clinique – par exemple, quand la réactivité à l'antigène est observée en l'absence de réactivité aux anticorps, il est recommandé de confirmer l'antigène par neutralisation.

2. Les produits qui servent de tests de deuxième et troisième intention (A2 et A3) doivent pouvoir exclure les résultats faussement réactifs pour le VIH. Ainsi, ces produits doivent avoir une spécificité plus élevée que le produit utilisé pour le premier test.

Bien que la sensibilité et la spécificité soient des éléments essentiels dans la sélection des produits, d'autres facteurs comme la stabilité, le délai de rendu du résultat, le nombre d'étapes de précision nécessaires et la capacité d'exécuter des lots de tests, peuvent également influencer le choix du produit. De plus, les produits sélectionnés ne doivent présenter aucune réactivité croisée (à savoir, les mêmes résultats faussement réactifs), car cela peut conduire à un diagnostic erroné. L'OMS recommande de vérifier les algorithmes de dépistage avant de procéder au déploiement généralisé (voir la section 8.6).

8.5.1 Choix des tests de première, deuxième et troisième intention pour la stratégie de dépistage de l'OMS pour le diagnostic du VIH-1

1. Sélectionner deux produits qui peuvent tous deux servir de test de première intention.
 - Ils doivent présenter une grande sensibilité, d'au moins 99 % (se renseigner en consultant le mode d'emploi du fabricant) ;
 - Supposer que ces produits puissent être échangés entre eux, mais pas avec les tests de deuxième et troisième intention.
2. Sélectionner trois produits pouvant être utilisés pour les deuxième et troisième tests.
 - Ceux-ci doivent présenter une grande spécificité clinique, d'au moins 99 % (se renseigner en consultant le mode d'emploi du fabricant) ;
 - Supposer que ces produits puissent être échangés entre eux, mais pas avec le test de première intention.

Un examen régulier de l'algorithme de dépistage, tous les trois à cinq ans, garantira que les produits choisis continuent de bien fonctionner ensemble. Les produits seront changés de temps à autre (et devront être validés dans le cadre d'un algorithme de dépistage) ; des produits améliorés et moins coûteux seront introduits. La publication d'études qui valident les algorithmes de dépistage bénéficiera aux programmes qui n'ont pas la capacité de mener eux-mêmes de telles recherches.

8.5.2 Choix du test zéro pour le test à des fins de triage et l'autodépistage

Le test zéro (A0) ayant un objectif différent, le produit choisi pour ce test dans le cadre du test à des fins de triage peut être identique ou différent de ceux choisis comme test de première, deuxième ou troisième intention. Le produit sélectionné pour l'autodépistage sera différent car il est conçu pour qu'une personne fasse elle-même le test.

Le test à des fins de triage et l'autodépistage alimentent la demande pour les SDV, tandis que les tests de la stratégie de dépistage de l'OMS pour le diagnostic du VIH sont utilisés pour dépister le virus ou contribuer au diagnostic. Pour cela, A0 doit être facile à utiliser et précis mais, comme la stratégie de dépistage pour le diagnostic commence avec A1, il y a bien moins d'inquiétudes concernant la réactivité croisée entre les produits. Les dernières données suggèrent qu'offrir les deux types de kits d'autodépistage du VIH, à base de salive et de sang, peut être bénéfique et bien accepté. Le fait de proposer des options peut augmenter l'accessibilité et le recours à l'autodépistage (voir le Chapitre 5).

8.5.3 Caractéristiques de qualité des DMDIV

Il est plus pratique de s'appuyer sur les évaluations de la qualité, de la sécurité et des performances qui ont été effectuées par l'OMS dans le cadre de son processus de préqualification. Celles-ci ont été conçues pour répondre aux besoins en situation de ressources limitées. Elles comprennent un examen attentif des aspects critiques comme la gestion des risques, la conception des études de validation, la stabilité et l'étiquetage des produits. La liste des produits préqualifiés de l'OMS se trouve à l'adresse suivante : https://www.who.int/diagnostics_laboratory/evaluations/PQ_list/en/ (en anglais).

Une autre approche consiste à appliquer des normes internationalement reconnues, telles que celles énoncées par l'Organisation internationale de Normalisation, lors de l'évaluation d'un produit quant à sa conformité aux exigences de qualité, de sécurité et de performance. Une telle approche nécessite des capacités de réglementation nationales pour évaluer la conformité de chaque produit.

Une fois qu'il a été décidé de préqualifier un produit, l'OMS publie un rapport public de préqualification⁸ et le produit peut alors être acheté par l'OMS et d'autres agences des Nations Unies. Après la préqualification, le fabricant est tenu de procéder à une surveillance post-commercialisation et de notifier à l'OMS tout changement du produit ou du système de gestion de la qualité, afin que ceux-ci puissent être évalués pour déterminer si le produit répond toujours aux exigences.

8.5.4 Caractéristiques de performance des DMDIV

Dans le but de faciliter la sélection des produits pour les algorithmes de dépistage du VIH, le Tableau 8.2 présente les caractéristiques de performances minimales suggérées. Celles-ci doivent faire partie des spécifications techniques pour l'approvisionnement. Les fabricants doivent être invités à soumettre des données montrant que leur produit répond à ces exigences.

Les rapports publics de préqualification de l'OMS, notamment le mode d'emploi joint et le résumé d'évaluation des performances, sont une source fiable de données sur les performances des produits. Une évaluation indépendante des performances pour la préqualification de l'OMS, qui complète l'ensemble de données de validation du produit du fabricant, fait partie intégrante de chaque évaluation de préqualification et fournit des données indépendantes sur les performances et les caractéristiques opérationnelles du produit.

Lorsqu'un produit est adéquatement réglementé⁹ et que les revendications de performance du fabricant ont été soigneusement évaluées, il est peu probable que d'autres problèmes soient détectés lors d'une étude d'évaluation des performances sur le terrain. Lorsque la conformité des performances est appuyée par l'approbation réglementaire ou la préqualification de l'OMS, il n'est pas nécessaire de répéter dans le pays les évaluations des performances de produits individuels.

La sensibilité analytique pour la détection des sous-types peut être pertinente dans certaines zones géographiques où des sous-types spécifiques ont été documentés. Les spécifications techniques pour l'approvisionnement doivent inclure une déclaration sur la détection de sous-types requise, le cas échéant, et le fabricant doit être invité à soumettre des données appuyant la revendication.

⁸ Les rapports publics de préqualification de l'OMS peuvent être consultés à : https://www.who.int/diagnostics_laboratory/evaluations/PQ_list/en/ (en anglais).

⁹ C'est-à-dire, préqualifié par l'OMS ou rigoureusement évalué par un membre fondateur du groupe de travail mondial sur l'harmonisation.

Tableau 8.2. Caractéristiques de performance pour la sélection des produits

Caractéristique de performance	Exigence minimale suggérée
Sensibilité clinique	
Test de première intention	≥99 % pour les TDR, 100 % pour les EIA
Tests de deuxième et troisième intention	≥99 % pour les TDR, 100 % pour les EIA
Spécificité clinique	
Test de première intention	≥98 % pour les TDR, ≥98 % pour les EIA
Tests de deuxième et troisième intention	≥99 % pour les TDR, ≥99 % pour les EIA
Variabilité inter-lecteurs pour les tests à lecture visuelle	
Taux de variabilité entre le même résultat de test lu par deux lecteurs ou plus	≤5 % (des lignes de résultat peu marquées peuvent augmenter le taux de variabilité inter-lecteurs)
Taux non valide	
Taux de dispositifs de test non valides, si TDR	≤5 %
Taux de dispositifs de test non valides, si EIA	≤5 %

TDR : test de diagnostic rapide ; EIA : dosage immuno-enzymatique

8.5.5 Caractéristiques opérationnelles des DMDiV

La sélection des produits doit soigneusement examiner les caractéristiques opérationnelles. Un produit peut avoir une sensibilité et une spécificité excellentes, mais ses propriétés opérationnelles détermineront sa facilité d'utilisation et le potentiel de sa mise en œuvre généralisée. Un produit difficile à utiliser peut être mal utilisé. Le choix des produits doit tenir compte des compétences techniques des prestataires effectuant les tests dans les différents sites. Parmi les caractéristiques opérationnelles à considérer, on citera : le nombre d'étapes exigeant la précision (p. ex., phlébotomie, comptage de gouttes multiples, utilisation de pipettes de précision, minutage des étapes), la facilité de lecture des résultats (p. ex., peu de lignes/pastilles peu marquées) et la facilité d'interprétation des résultats (c.-à-d. une seule ligne/pastille).

L'infrastructure disponible au niveau des sites de dépistage doit également être prise en compte. Existe-t-il par exemple des exigences en matière d'infrastructure qui empêcheraient l'utilisation de certains produits, comme la réfrigération pour le stockage des kits de test, la réfrigération des réactifs et des contrôles reconstitués, des espaces de travail et de stockage à température contrôlée et un approvisionnement électrique disposant d'un onduleur de secours. Pour faciliter la sélection des produits, le Tableau 8.3 indique les caractéristiques opérationnelles supplémentaires. Celles-ci doivent faire partie des spécifications techniques pour l'approvisionnement. Les évaluations effectuées pour la présélection de l'OMS sont une source indépendante de ces données.

Tableau 8.3. Caractéristiques opérationnelles pour la sélection des produits

Caractéristique opérationnelle	
Certains types d'échantillons sont-ils exclus ?	Par exemple, sérum, plasma (notamment des anticoagulants spécifiques), sang total veineux, sang total capillaire (prélevé par piqûre au doigt), salive
Type de détection	
Détection d'analyte pour les tests de deuxième/troisième génération	Détection combinée des anticorps anti-VIH-1/2
	Détection discriminatoire (séparée) des anticorps anti-VIH-1 et VIH-2
Détection d'analyte pour les tests de quatrième génération	Détection combinée de l'antigène p24 du VIH-1 et des anticorps anti-VIH-1/2
	Détection discriminatoire (séparée) de l'antigène p24 du VIH-1 et des anticorps anti-VIH-1/2
Délai de rendu des résultats	
Tests de diagnostic rapide (TDR)	Temps de lecture minimum – peut aller de « lecture immédiate » à 30 minutes après l'ajout de l'échantillon/du tampon
	Temps de lecture maximum – peut aller de 10 minutes à 60 minutes après l'ajout de l'échantillon/du tampon
Dosages immuno-enzymatiques (EIA)	2,5 heures minimum
Stockage/stabilité	
Exigences en matière de transport pour les kits de test (température, humidité)	Le transport permet-il des déviations par rapport aux exigences ? Y a-t-il des exigences particulières en matière d'expédition ?
Stabilité pendant l'utilisation pour des réactifs spécifiques (température, humidité)	Y a-t-il des exigences particulières une fois que les réactifs/sachets ont été ouverts ? Y a-t-il des exigences particulières une fois que l'échantillon est ajouté au dispositif de test ? Conditions opérationnelles pour la procédure de test.
Matériel/consommables requis mais non fournis dans le kit de test	
Le kit de test contient-il tous les articles nécessaires pour effectuer le test ? Sinon, peut-on les obtenir auprès du fabricant ou ailleurs ?	Pour le sang total capillaire : lancettes de sécurité ou sans sécurité, tampons alcoolisés, coton hydrophile
	Pour le sang total veineux : matériel de prélèvement sanguin
	Autres consommables de laboratoire à usage général : gants, pipettes de précision, etc.
Contrôle de la qualité	
Inclusion d'un contrôle de qualité procédural	Une ligne de contrôle apparaît quand l'échantillon humain est ajouté (c.-à-d. un contrôle qualitatif des IgG, n'indiquant probablement pas le volume adéquat d'échantillon) ET/OU Une ligne de contrôle apparaît quand seuls des réactifs sont ajoutés (c.-à-d. n'indique pas l'ajout d'un échantillon humain)
	Avec certains EIA, contrôle de couleur lors de l'ajout d'échantillons et/ou de certains réactifs
Disponibilité de contrôles internes pour les kits de test	Des contrôles (VIH positif, VIH négatif) sont inclus dans le kit de test ou sont disponibles séparément auprès du fabricant
Matériels de contrôle de la qualité externes	Compatibilité avec les matériaux de contrôle de la qualité externe disponibles auprès de fournisseurs autres que le fabricant

8.5.6 Impact des co-infections et de leur traitement sur le dépistage du VIH

D'autres facteurs externes peuvent affecter l'interprétation des résultats des tests sérologiques pour le VIH. Il est important de comprendre les limites des produits ; celles-ci sont généralement décrites par le fabricant dans le mode d'emploi. Un exemple de l'impact d'un tel facteur exogène est le taux plus élevé de fausse réactivité pour le VIH qui a été observé chez les personnes co-infectées par la trypanosomiase humaine africaine, la dengue ou la leishmaniose viscérale (33-35). La séro réactivité induite par les vaccins est un autre facteur à prendre en compte dans les contextes où des vaccins et autres traitements sont administrés à la population, par exemple dans le cadre d'essais, et sont susceptibles de provoquer des réponses immunitaires contre le VIH. En effet, les anticorps produits en réponse à la vaccination peuvent présenter une réaction croisée si des épitopes similaires (antigènes) sont contenus dans le vaccin et dans le produit utilisé pour le dépistage du VIH. Par conséquent, toute personne ayant participé à un essai de vaccins ou à une autre intervention immunologique peut présenter une fausse réactivité pour le VIH aux tests actuellement disponibles dans le commerce (36).

8.5.7 Utilisation des tests de type western blot (immunotransfert) et des tests immunoenzymatiques sur bandelettes **NEW**

À l'échelle mondiale, le diagnostic du VIH est habituellement établi en utilisant des stratégies de dépistage comportant uniquement des TDR. Dans certains pays cependant, l'immunotransfert et le test immunoenzymatique sur bandelette (LIA), deux technologies de laboratoire de longue date, servent encore de tests de deuxième ou troisième intention dans les algorithmes de dépistage nationaux pour confirmer l'infection par le VIH. Cela est courant dans plusieurs pays de la région européenne et d'autres pays à revenu élevé ainsi que dans certaines parties de l'Asie du Sud-Est, du Pacifique occidental et de la Méditerranée orientale. La connaissance du statut sérologique est en général faible dans ces régions, ce qui entrave le recours au TAR chez les personnes vivant avec le VIH et aux services de prévention chez les personnes exposées à un risque persistant élevé.

Encadré 8.7. Définition de l'immunotransfert et du test immunoenzymatique sur bandelette

L'immunotransfert (western blot) est un test sérologique de première génération dans lequel les antigènes/protéines d'un lysat viral sont séparés par électrophorèse puis transférés vers une membrane de nitrocellulose comme analyte pour détecter les anticorps anti-VIH-1.

Le test immunoenzymatique sur bandelette (LIA) est similaire, mais utilise des protéines recombinantes plutôt qu'un lysat viral ; la méthode est donc considérée comme une analyse sérologique de deuxième génération.

Pour l'immunotransfert comme pour le LIA, les échantillons sont prélevés dans un établissement de santé par ponction veineuse, traités puis envoyés à un laboratoire où des techniciens de laboratoire très compétents effectuent le test. Le laboratoire renvoie ensuite le résultat à l'établissement, qui contacte le patient pour le lui communiquer. Par rapport aux TDR qui fournissent un diagnostic le jour même, l'immunotransfert et le LIA nécessitent plus de temps pour rendre le statut VIH final au patient. De plus, l'interprétation du résultat du test et du statut VIH final avec ces deux méthodes peut être complexe. Les résultats indéterminés sont fréquents, laissant les patients sans diagnostic définitif et dans l'obligation de revenir pour refaire le test.

L'immunotransfert et le LIA sont également moins sensibles aux infections aiguës que les tests sérologiques plus récents de troisième et quatrième génération (37, 38). La fenêtre sérologique médiane est donc plus longue avec ces méthodes de test qu'avec d'autres (39).

Les SDV qui s'appuient sur l'immunotransfert ou le LIA ne pourront pas augmenter l'accessibilité et le recours aux services de traitement et de prévention du VIH pour les personnes qui en ont le plus besoin. Tant du point de vue des coûts que des ressources humaines, le temps requis pour effectuer ces tests, interpréter leurs résultats et renvoyer ceux-ci aux patients exige beaucoup de ressources. Ces mêmes facteurs conduisent également à retarder, voire annuler, l'instauration du TAR, en raison des patients perdus de vue le long du parcours de dépistage et de traitement. De plus, le diagnostic du VIH est retardé pour les personnes qui contractent le VIH pendant qu'elles sont sous PrEP (26, 40).

L'OMS a procédé à un examen systématique afin d'élaborer de nouvelles orientations sur l'utilisation de l'immunotransfert dans les stratégies et algorithmes de dépistage nationaux. Dans cette mise à jour des lignes directrices, l'OMS publie de nouvelles orientations qui recommandent que l'immunotransfert ne soit pas utilisé dans les stratégies ou algorithmes de dépistage du VIH dans tous les contextes. La section suivante résume les résultats de l'examen systématique et la nouvelle recommandation de l'OMS (consulter également l'annexe Web C).

Examen des données : examen systématique portant sur l'utilisation de l'immunotransfert et du test immunoenzymatique sur bandelette

L'examen systématique comprenait au total 24 études : neuf études ont rendu compte de l'exactitude (sensibilité, spécificité et résultats liés aux erreurs de classification) (41-48) et sept ont rendu compte des résultats programmatiques (49-55). Treize études (38, 44, 45, 49, 51, 52, 56-58) ont également rendu compte des valeurs et des préférences (n=9) et des coûts (n=4), parmi lesquelles cinq ont aussi inclus l'exactitude ou les résultats programmatiques. Ces études se sont déroulées principalement dans les Amériques (n=9, dont 8 aux États-Unis) et le reste en Asie, en Afrique et en Europe. L'Encadré 8.8 présente les constatations clés.

Sensibilité et spécificité similaires, avec plus de résultats indéterminés. Les données examinées ont montré que les algorithmes ou stratégies de dépistage du VIH utilisant l'immunotransfert atteignaient une sensibilité et une spécificité similaires à celles des algorithmes ou stratégies de dépistage ne l'utilisant pas. Une méta-analyse de neuf études (41-48, 59) a révélé une sensibilité et une spécificité légèrement améliorées pour les algorithmes ou stratégies de dépistage du VIH n'utilisant pas l'immunotransfert. Une analyse de la sensibilité excluant trois

Encadré 8.8. Constatations clés de l'examen systématique

Dans l'ensemble, les études incluses dans l'examen ont montré que les algorithmes utilisant les tests d'immunotransfert ou immunoenzymatiques sur bandelettes, comparés à ceux qui ne les utilisaient pas (c.-à-d. utilisant uniquement des TDR et/ou des EIA) :

- obtenaient une précision similaire (sensibilité et spécificité) ;
- produisaient plus de résultats indéterminés, obligeant davantage de patients à revenir pour refaire le test 14 jours plus tard ;
- avaient un délai plus long entre le test et la délivrance d'un diagnostic final vis-à-vis du VIH ;
- augmentaient le nombre de patients perdus de vue et retardaient la mise en liaison avec le traitement ; et
- étaient plus coûteux et moins préférés par les clients et les prestataires.

études (42-44) caractérisées par un biais significatif a donné des résultats similaires, favorisant légèrement les algorithmes ou stratégies de dépistage du VIH n'utilisant pas l'immunotransfert. Il a donc été déterminé qu'il n'y avait probablement aucune différence en termes de sensibilité ou de spécificité. La qualité des données était faible.

Les algorithmes ou stratégies de dépistage du VIH qui n'utilisaient pas l'immunotransfert ont notifié moins de résultats indéterminés/divergents (six faux positifs, 11 faux négatifs, zéro résultat indéterminé/non concluant) que les algorithmes utilisant l'immunotransfert (un faux positif, sept faux négatifs, 81 indéterminés/non concluants). Près de la moitié (46 %, 37/81) des résultats indéterminés/non concluants étaient séropositifs et les 54 % restants étaient séronégatifs. Dans l'ensemble, dans les six études transversales ayant signalé une erreur de classification du VIH, 2159 échantillons vrais positifs et 99 508 échantillons vrais négatifs ont été testés (43, 44, 46-48, 59). La qualité des données était très faible.

Délai de rendu des résultats plus long. Pour les stratégies de dépistage utilisant l'immunotransfert ou le test immunoenzymatique sur bandelette, les résultats programmés comme le délai écoulé entre la détermination du statut VIH et la communication de ce statut ainsi que le délai de mise en liaison avec les services de traitement ou de prévention étaient plus longs, et le nombre de patients perdus de vue était plus élevé, par rapport aux stratégies n'utilisant pas ces méthodes. Malgré des variations entre les cinq études ayant notifié des données (51-55), le délai de rendu des résultats était en général plus court lorsque l'immunotransfert n'était pas utilisé. Sans l'immunotransfert, le délai médian était de 0,4 à 8 jours, contre 1,1 à 60 jours avec l'immunotransfert. En d'autres termes, les patients recevaient leur diagnostic de VIH entre 0,5 et 59,5 jours plus tôt lorsqu'ils étaient testés avec un algorithme n'utilisant pas l'immunotransfert. La qualité des données était très faible.

Plus de patients perdus de vue et délai de mise en liaison prolongé. Les personnes testées avec une stratégie de dépistage utilisant l'immunotransfert avaient un taux de perte au suivi plus élevé (36 %, 1486/4103) que celles testées sans cette méthode (1,8 %, 56/3178). Une méta-analyse de trois études a montré que la perte au suivi était plus probable chez les personnes dépistées avec une stratégie utilisant l'immunotransfert que chez celles testées avec une stratégie n'utilisant pas ce type de test. La qualité des données était très faible.

Une méta-analyse de deux études (49, 50), avec cinq comparaisons, a également montré qu'une plus grande proportion de personnes vivant avec le VIH était mise en liaison avec les services de soins lorsqu'une stratégie de dépistage sans immunotransfert était utilisée, par rapport à l'utilisation d'une stratégie utilisant l'immunotransfert. La qualité des données était très faible.

Moins préférés et plus coûteux. Neuf études (44-46, 49, 51, 52, 60-62) ont rendu compte des préférences des patients et des prestataires en Australie, en Belgique, en Chine, au Malawi et aux États-Unis d'Amérique. Dans l'ensemble, les prestataires et les patients privilégiaient systématiquement les algorithmes et les stratégies de dépistage du VIH sans l'immunotransfert. Ces stratégies et algorithmes de dépistage du VIH ne comprenant pas l'immunotransfert étaient en général préférés car ils étaient rapides, faciles à exécuter et plus faciles à utiliser dans des contextes non cliniques. Une étude a notifié un taux de recours légèrement plus élevé pour le dépistage utilisant l'immunotransfert ou le dosage immuno-enzymatique que pour le dépistage par TDR (55 % contre 45 %) (49). Une analyse plus approfondie a cependant montré que les personnes choisissant un TDR étaient celles qui avaient le plus grand risque de contracter le VIH, notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes ayant signalé des rapports sexuels anaux réceptifs, des rapports sexuels sous l'influence de drogues ou d'alcool, celles avec un partenaire séropositif dans le passé ou des antécédents de toxicomanie ou qui étaient plus susceptibles de s'être déjà fait dépister.

Quatre études (38, 56-58) réalisées aux États-Unis ont comparé les coûts et les ressources utilisées pour les algorithmes de dépistage du VIH comprenant l'immunotransfert à ceux

n'utilisant pas ce type de test. Une étude des coûts (58) a recueilli des données auprès de 17 laboratoires pour déterminer le coût de dépistage médian par échantillon testé. Celle-ci a révélé que plusieurs algorithmes de dépistage sans l'immunotransfert étaient plus abordables, tant dans les laboratoires à rendement moyen (sans immunotransfert : EIA/TDR de quatrième génération US \$ 49,89 ; EIA/TDR de troisième génération US \$ 38,21 versus avec immunotransfert : EIA/immunotransfert de quatrième génération US \$ 184,30 ; EIA/WB de troisième génération US \$ 172,61) que dans ceux à rendement élevé (sans immunotransfert : EIA/TDR de quatrième génération US \$ 34,53 ; EIA/TDR de troisième génération US \$ 32,62 versus avec immunotransfert : EIA/immunotransfert de quatrième génération US \$ 55,58 ; EIA/immunotransfert de troisième génération US \$ 53,68).

L'étude a révélé que les coûts plus élevés des algorithmes utilisant l'immunotransfert étaient dus à la main d'œuvre et aux réactifs. Les réactifs pour l'immunotransfert coûtent près de deux fois plus que les TDR, et les coûts de main-d'œuvre étaient plus de dix fois ceux des TDR. Cependant, la plus grande influence sur le coût par test était le nombre d'échantillons testés par un laboratoire. Dans l'ensemble, le dépistage avec immunotransfert coûte plus de trois fois le prix des algorithmes sans immunotransfert.

Deux études effectuées aux États-Unis (38, 56) ont évalué le rapport coût-efficacité du dépistage du VIH comprenant l'immunotransfert : les deux ont rapporté une économie de coûts quand l'algorithme éliminait la méthode d'immunotransfert. Dans une étude, l'utilisation de TDR a permis de réduire les coûts car moins de résultats divergents étaient alors obtenus et devaient être résolus. Dans l'autre étude, une réduction des coûts d'environ 15 % a été obtenue en supprimant l'immunotransfert de l'algorithme (57).

Le dépistage sans immunotransfert est parfaitement faisable. Dans de nombreux contextes, les patients et les prestataires considéraient que les stratégies et algorithmes de dépistage du VIH sans immunotransfert étaient très faisables, car ces tests nécessitent moins d'infrastructure et peuvent être effectués par divers types d'agents de santé ainsi que par des prestataires non professionnels et des agents communautaires ayant reçu une formation. En raison du délai de rendu des résultats plus long pour les tests de type immunotransfert, il peut être impossible d'instaurer immédiatement le TAR et de rationaliser la mise en œuvre de la PrEP, en particulier pour les populations clés.

Alors que certains pays ont déjà cessé d'utiliser l'immunotransfert, les pays et les contextes où cette méthode est la norme auront besoin de soutien pour faire la transition vers des stratégies et algorithmes de dépistage actualisés. L'examen et la sélection d'autres tests pour remplacer l'immunotransfert nécessiteront du temps et des ressources à court terme, mais auront un impact plus important et réduiront les coûts à l'avenir.

En fonction des lacunes actuelles en matière de dépistage, de traitement et de soins du VIH, l'abandon progressif de l'immunotransfert est susceptible d'optimiser l'équité et d'augmenter le recours aux services parmi les personnes vivant avec le virus qui ignorent leur statut, et parmi celles qui sont exposées à un risque persistant élevé et que les services existants n'arrivent pas à atteindre.

L'abandon progressif de la méthode d'immunotransfert est susceptible d'optimiser l'équité et d'augmenter le recours aux services de dépistage du VIH parmi les personnes vivant avec le virus qui ignorent leur statut, et parmi celles qui sont exposées à un risque persistant élevé et que les services existants n'arrivent pas à atteindre.

Recommandation

Compte tenu des données examinées et des informations sur l'acceptabilité, la faisabilité, l'utilisation des ressources et l'équité, le Groupe d'élaboration des lignes directrices (GDG) a

recommandé de ne pas utiliser les tests par immunotransfert dans les stratégies et algorithmes de dépistage du VIH. Cette recommandation était fondée sur le résumé global des données qui a révélé que les stratégies de dépistage comprenant l'immunotransfert, comparées à celles n'utilisant que des TDR et/ou des EIA, peuvent prolonger le délai de rendu d'un statut séropositif confirmé, contribuer à un plus grand nombre de patients perdus de vue et entraîner plus de résultats indéterminés que les algorithmes et stratégies de dépistage n'utilisant pas l'immunotransfert. De plus, le dépistage qui s'appuie sur l'immunotransfert ou le test immunoenzymatique sur bandelette coûte plus cher et représente une méthode moins acceptable et moins préférée par les prestataires et les patients.

Par consensus, le GDG a déterminé que ces données étaient de faible qualité. Après avoir examiné toutes les données ainsi que les avantages et risques potentiels pour la santé publique, le GDG a estimé que les inconvénients associés à l'utilisation des techniques d'immunotransfert dans les algorithmes de dépistage l'emportaient largement sur les avantages. Le GDG a donc conseillé à l'OMS de formuler une recommandation forte pour arrêter l'utilisation des tests d'immunotransfert et des tests immunoenzymatiques sur bandelettes dans les stratégies et algorithmes de dépistage du VIH.

Encadré 8.9. **NEW** Recommandation de l'OMS

L'immunotransfert (western blot) et le test immunoenzymatique sur bandelette (LIA) ne doivent pas être utilisés dans les stratégies/algorithmes de dépistage du VIH (*recommandation forte, données de faible qualité*).

Considérations liées à la mise en œuvre

- L'immunotransfert et le test immunoenzymatique sur bandelette peuvent être remplacés par différents tests de diagnostic rapide (TDR) et dosages immuno-enzymatiques (EIA) pour le VIH. L'étape critique consiste à vérifier que le nouveau test sélectionné fonctionne bien en combinaison avec les deux autres tests de l'algorithme. Le plus important est de maximiser la spécificité des produits qui servent de tests de deuxième et troisième intention dans une stratégie/un algorithme de dépistage. Les pays doivent examiner et envisager les produits préqualifiés par l'OMS, dont la liste peut être consultée à l'adresse https://www.who.int/diagnostics_laboratory/evaluations/pq-list/hiv-rdts/public_report/en/ (en anglais).
- L'abandon des tests d'immunotransfert et immunoenzymatiques sur bandelettes facilitera le partage des tâches entre les prestataires de soins et les agents communautaires, permettant de tester plus de personnes ayant besoin de dépistage du VIH avec moins de ressources. Des efforts seront nécessaires pour soutenir et rediriger la participation des laboratoires, afin qu'ils puissent assumer un rôle plus large dans le domaine de l'encadrement et d'autres aspects de l'assurance qualité.
- Pour abandonner progressivement les tests d'immunotransfert et immunoenzymatiques sur bandelettes, il faut changer la politique à l'échelle nationale et assurer la formation du personnel. Ces changements doivent être liés à des efforts plus larges pour intensifier l'instauration rapide du TAR et augmenter l'accessibilité des services de prévention du VIH. La consultation des communautés et des autres parties prenantes sera essentielle.
- La promotion et la communication de messages aux communautés sur la transition vers des résultats de test plus rapides et plus précis peuvent augmenter la demande en services de dépistage du VIH, en particulier parmi les populations clés et les populations avec le plus de cas non diagnostiqués.

8.6 Vérification des algorithmes de dépistage du VIH

L'OMS recommande que les algorithmes de dépistage du VIH soient vérifiés avant de prendre des décisions d'achat pour des produits spécifiques, et avant le déploiement généralisé. Lorsqu'elles sont correctement sélectionnées, les combinaisons de TDR, ou d'EIA et de TDR, peuvent fournir des résultats fiables à faible coût (63).

8.6.1 Justification pour la vérification des algorithmes de dépistage du VIH

Comme indiqué plus haut, une stratégie de dépistage normalisée et des produits de qualité garantie sont essentiels pour procurer des diagnostics précis, tandis que des algorithmes de dépistage mal choisis peuvent conduire à des diagnostics erronés. La vérification des algorithmes de dépistage fournit une preuve objective, avant de passer au déploiement généralisé, qu'une combinaison spécifique de produits¹⁰ diagnostiquera avec précision l'infection par le VIH. Pour ce faire, la vérification garantit que les produits sélectionnés ne produisent pas les mêmes résultats faussement réactifs, ce qui entraînerait des diagnostics erronés. Quand la spécificité des produits est inférieure à 100 %, des résultats faussement réactifs pour le VIH sont attendus, mais lorsque deux produits ou plus sont faussement réactifs chez la même personne (fausse réactivité commune partagée), cela risque de produire un diagnostic erroné ou retardé.

Il n'est pas rare d'obtenir des résultats faussement réactifs partagés entre différents TDR (64, 65). En général, cela se produit lorsque la même préparation d'antigènes est utilisée pour produire des produits différents. Aujourd'hui, cela arrive de plus en plus fréquemment en raison d'accords de repositionnement de marque ou de ré-étiquetage entre les fabricants de produits, et car il existe plus de fournisseurs de TDR finis que de préparations d'antigènes du VIH.

La précision des algorithmes de dépistage du VIH vérifiés doit être surveillée en permanence en effectuant une surveillance post-commercialisation et en refaisant le test des personnes nouvellement diagnostiquées vivant avec le VIH avant qu'elles ne commencent un TAR.

8.6.2 Méthodologie suggérée pour la vérification des algorithmes de dépistage du VIH

La vérification des algorithmes de dépistage nécessite une expertise technique et une analyse des données. L'OMS recommande donc qu'un laboratoire de niveau 4 ou un autre établissement désigné par les autorités nationales coordonne l'étude de vérification (voir la Figure 8.7). L'étude peut être réalisée en laboratoire et/ou sur le lieu de soins (site de dépistage). Un groupe spécial national (ou un groupe de travail technique existant) composé d'experts en diagnostic et en programmation doit adapter le protocole d'étude, élaborer une liste de produits candidats, mener l'étude de vérification, et analyser et communiquer les résultats. Pour maintenir l'harmonisation et la normalisation, les programmes doivent informer les partenaires de mise en œuvre de l'étude de vérification et rechercher un accord pour agir sur les résultats obtenus.

L'objectif de la vérification est de déterminer si les produits partagent un degré élevé de fausse réactivité et, le cas échéant, ne peuvent pas être utilisés dans le même algorithme de dépistage. La vérification se déroule en trois phases avant le déploiement généralisé. Les ruptures de stock et rappels de produits étant inévitables, et le retrait total de produits du marché étant possible, il est essentiel de choisir deux produits pour le test de première intention et trois produits pour les tests de deuxième et troisième intention. Si un nouveau produit qui n'était pas inclus dans l'étude de vérification doit être utilisé pour cause de rupture de stock, même temporairement, l'algorithme de dépistage doit être revérifié.

¹⁰ Le terme « test » est générique et désigne les divers formats d'analyse, comme par exemple le TDR immunochromatographique du VIH, tandis que le terme « produit » est défini par le nom du produit, le code du produit, le nom du fabricant, la version réglementaire et le site de fabrication.

Phase 1 : Préparation de l'étude de vérification

Étape 1 : faire une présélection des produits à considérer pour les algorithmes de dépistage candidats.

Il est suggéré de ne pas considérer plus de six à dix produits pour l'étude de vérification.

Critères de qualité (voir la section 8.5.3., Caractéristiques de qualité des DMDIV)

Les produits peuvent être sélectionnés parmi les listes suivantes de DMDIV de qualité garantie et conformes aux exigences nationales :

- Liste des DMDIV enregistrés au niveau national
- Liste des DMDIV préqualifiés de l'OMS
- Liste des produits éligibles à l'achat par les donateurs/partenaires chargés de la mise en œuvre.

Critères de performance (voir la section 8.5.4., Caractéristiques de performance des DMDIV)

Tout produit préqualifié par l'OMS doit répondre à certains critères de performance minimum (voir le Tableau 8.2). En outre, le fabricant fait une déclaration sur les performances dans le mode d'emploi. Pour les produits préqualifiés par l'OMS, les revendications de données dans le mode d'emploi ont été vérifiées et sont reflétées dans le mode d'emploi qui accompagne le rapport public de préqualification.

Critères opérationnels (voir la section 8.5.5., Caractéristiques opérationnelles des DMDIV)

Selon le contexte, certains aspects opérationnels peuvent être plus importants que d'autres.¹¹

Étape 2 : faire une demande de kits de test.

Se procurer auprès du fabricant (ou d'un distributeur dans le pays) un nombre suffisant de tests à partir de deux lots de chaque produit. Les kits de test doivent être stockés dans les conditions indiquées dans le mode d'emploi du fabricant. L'ensemble des consommables requis pour effectuer chacun des tests doivent également être disponibles.

Étape 3 : créer le panel de vérification.¹²

Les types d'échantillons validés par le fabricant sont indiqués dans le mode d'emploi du produit. Si le sérum ou le plasma figurent dans cette liste, ceux-ci sont recommandés pour les études de vérification de ce type ; ces échantillons peuvent être prélevés et stockés en quantités plus importantes et sont plus faciles à manipuler que d'autres. Le cas échéant, le panel séronégatif peut inclure des échantillons de sang total capillaire. Il peut cependant être difficile d'en prélever un volume suffisant pour effectuer tous les tests candidats avec le nombre requis de répliquats en utilisant deux lots différents.

Les échantillons du panel doivent avoir été suffisamment caractérisés pour la présence ou l'absence de VIH ; c'est-à-dire que les critères d'exactitude du diagnostic¹³ pour chaque

¹¹ Consulter les Lignes directrices pour l'achat de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro et articles et équipements de laboratoire connexes, 2e édition. 2017 <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259873/1/9789242512557-fre.pdf?ua=1>

¹² Sources : ISO 15189 Laboratoires de biologie médicale – Exigences concernant la qualité et la compétence. Geneva: Organisation internationale de Normalisation ; 2012 ; et CLSI EP12-A2 : Protocole de l'utilisateur pour l'évaluation de la performance d'un test, seconde édition. Wayne, Pennsylvanie, États-Unis : Clinical and Laboratory Standards Institute ; 2008.

¹³ Les critères d'exactitude du diagnostic sont définis par le Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI) comme les « meilleurs critères actuellement disponibles pour établir la présence ou l'absence de la condition, de l'événement ou de la caractéristique d'intérêt en utilisant une seule méthode ou une combinaison de méthodes, notamment des tests de laboratoire, tests d'imagerie, rapports de pathologie et informations cliniques, y compris le suivi » (CLSI EP12-A2) ; Wayne, Pennsylvanie, États-Unis : Clinical and Laboratory Standards Institute ; 2008.

échantillon doivent avoir été établis. La Figure 8.7 présente un exemple de caractérisation des échantillons de vérification.

Les échantillons peuvent être prélevés dans des établissements cliniques, des services de transfusion sanguine ou acquis dans le commerce. Le panel de vérification doit être conservé à -20 °C avant utilisation.

Si l'algorithme de dépistage candidat contient des DMDIV de quatrième génération, un test de quatrième génération doit être utilisé pour caractériser les échantillons du panel de vérification.

Le Tableau 8.4 indique le nombre d'échantillons à prélever pour le panel de vérification et le nombre de répliqués à tester pour chacun des lots.

Figure 8.7. Caractérisation des échantillons du panel de vérification pour le VIH

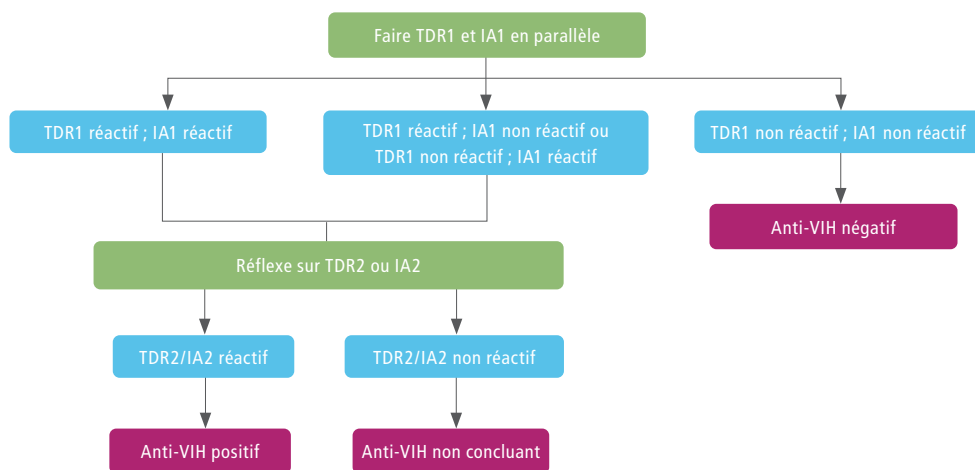


Tableau 8.4. Panel d'échantillons pour la vérification

Type d'échantillon	Nombre d'échantillons	Nombre de répliqués
Négatif pour les anticorps/antigènes du VIH-1/2	100 échantillons cliniques	Tester chaque échantillon en double pour chacun des 2 lots différents.

Étape 4: sélectionner le ou les sites d'étude.

L'étude de vérification peut être réalisée dans n'importe quel contexte (laboratoire ou lieu des soins), tel que désigné par les autorités nationales.

Étape 5: former le personnel d'étude.

Toutes les personnes responsables d'exécuter le test (utilisateurs du test) doivent recevoir une formation aux modes opératoires normalisés (MON) de l'étude, notamment pour manipuler les échantillons, effectuer chaque test, et interpréter et enregistrer les résultats. La formation doit être documentée dans des dossiers à cet effet. Avant de participer à l'étude, tous les utilisateurs du test doivent être en mesure de démontrer leur compétence.

Étape 6: mettre en œuvre des pratiques assurant la qualité des données.

Les erreurs de transcription sont courantes ; la tenue précise des registres est un facteur crucial. Des feuilles de travail doivent être préparées pour chaque série de tests individuelle, et une feuille de travail consolidée doit être préparée pour l'analyse globale des données. La saisie des données doit être vérifiée en double.

Phase 2: Réalisation de l'étude de vérification

Étape 1: tester chaque produit à l'aide du panel de vérification.

Chaque échantillon du panel de vérification doit être étiqueté avec un numéro d'identification d'échantillon qui ne révèle pas le résultat attendu (critères d'exactitude du diagnostic). Les résultats attendus de chaque échantillon doivent être obtenus à l'insu des utilisateurs du test. Pour protéger leur intégrité, les aliquotes ne doivent être retirées du stockage qu'au moment du test.

Les tests doivent être effectués en utilisant uniquement les informations fournies avec le kit de test (comme le mode d'emploi, les étiquettes et autres supports pédagogiques). Les utilisateurs du test doivent être représentatifs du groupe d'utilisateurs ciblé et travailler sans assistance. Si des contrôles sont disponibles pour le kit de test, que ce soit dans le kit ou séparément, ceux-ci doivent être utilisés conformément au mode d'emploi du fabricant.

Les deux lots de chaque produit doivent être testés sur le même panel de vérification.

Enregistrement des résultats pour les tests à lecture visuelle (c.-à-d. les TDR)

L'intensité de la ligne du test doit être notée en utilisant l'échelle suivante, car il est essentiel de faire la distinction entre les lignes peu marquées et très marquées :

- 0 non réactif
- 1+ faiblement réactif
- 2+ modérément réactif
- 3+ fortement réactif

Étape 2: consigner les résultats.

Résultats pour les tests à lecture visuelle (comme les TDR)

Une fois que le premier lecteur (le fournisseur de tests) a interprété et consigné le résultat d'un test à lecture visuelle, un second lecteur doit effectuer une relecture en aveugle. De plus, l'intensité de la ligne/bande du test doit être consignée afin que la variabilité des lignes de test peu marquées puisse être quantifiée.

- Si les deux lecteurs interprètent les résultats de test de la même manière, le statut de l'échantillon est consigné comme quel.
- Si les deux lecteurs ne sont pas d'accord, un troisième doit intervenir. Le résultat majoritaire, à savoir sur lequel s'accordent deux des trois lecteurs, doit être choisi.

S'il est impossible d'atteindre un résultat de manière concluante, le résultat doit être consigné comme non concluant et l'échantillon doit être retesté en utilisant un nouveau dispositif de test provenant du même lot. Ces résultats doivent être inclus dans l'analyse des données en tant qu'échantillon ayant fait l'objet d'un diagnostic erroné.

Résultats des tests effectués sur un appareil (comme les immunodosages)

Certains immunodosages affichent un rapport densité optique/valeur-seuil qui se situe dans la zone grise selon le mode d'emploi du fabricant (habituellement de 0,90 à 1,10). Ces échantillons doivent être répétés en double pour le même lot, et doivent être inclus dans l'analyse des données comme ayant fait l'objet d'un diagnostic erroné.

Résultats non valides

Pour les tests à lecture visuelle comme les TDR, un résultat non valide survient généralement quand la ligne de contrôle n'apparaît pas, que la ligne du test soit visible ou non, ou quand la couleur du fond est si intense qu'elle cache complètement la fenêtre de résultat. D'autres anomalies comme la présence de stries traversant la membrane, l'absence de migration de l'échantillon et la présence de débris sur la membrane, doivent également être consignées.

Pour les tests effectués sur un appareil, comme l'immunodosage, l'immunodosage par chimioluminescence et l'immunodosage par électrochimiluminescence, un résultat non valide ou une série non valide survient quand les contrôles internes et/ou externes du kit de test (séronégatif, séropositif) ne sont pas dans la plage d'acceptation indiquée dans le mode d'emploi du fabricant.

Le taux de résultats/séries non valides doit être consigné dans l'analyse des données comme la proportion de résultats/séries non valides dans le nombre total de tests/séries effectués.

Étape 3: effectuer l'analyse des données.

En utilisant les résultats des échantillons séronégatifs, calculer le taux de fausse réactivité commune entre les produits candidats. Il n'est pas toujours possible de choisir une combinaison de produits ne présentant aucun résultat faussement réactif partagé. Si tel est le cas, choisir la combinaison qui présente le moins de résultats faussement réactifs communs.

En utilisant les résultats des échantillons positifs pour les anticorps anti-VIH, calculer la sensibilité de chaque produit candidat.

Date d'expiration des résultats de l'étude

Les résultats de l'étude de vérification devraient rester valables pendant une période de trois à cinq ans. L'algorithme de dépistage vérifié doit être revu tous les trois à cinq ans pour déterminer si une étude de vérification doit être répétée.

Phase 3 : Suivi de la mise en œuvre des algorithmes de dépistage et de la surveillance post-commercialisation

Les algorithmes de dépistage doivent être continuellement surveillés pour leur efficacité, et pour relever tout événement indésirable de diagnostic erroné du VIH.

Il est suggéré d'utiliser les nouveaux algorithmes de dépistage parallèlement à l'algorithme existant pendant deux semaines pour les sites de dépistage à rendement élevé, ou pendant quatre semaines pour les sites de dépistage à faible rendement. Un taux de divergence de plus de 1 % entre les algorithmes nouveaux et existants est remarquable et nécessite une investigation quant à l'origine. Après cette période initiale de familiarisation, les nouveaux algorithmes de test peuvent être plus largement mis en œuvre.

Des données doivent être collectées sur les taux de statuts VIH non concluants et de résultats de tests non valides, qui ne doivent pas dépasser 5 %. Toutes les observations liées à la procédure de test ou à d'autres caractéristiques opérationnelles qui ne semblent pas correspondre aux revendications du fabricant doivent être documentées et notifiées conformément aux orientations de l'OMS sur la surveillance post-commercialisation des dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* (66).

L'exactitude continue des algorithmes de dépistage doit être suivie par l'intermédiaire d'une surveillance post-commercialisation. Un statut VIH faussement séronégatif est en général imputable à l'échec de détection du virus par un produit (le test de première intention), mais est très difficile à détecter à moins qu'une personne dont le statut séropositif est connu refasse le test. (L'OMS ne recommande pas de refaire le test pour les personnes séropositives, en particulier pour celles qui sont sous TAR.) Un statut faussement séropositif peut être dû à un ou plusieurs des produits utilisés dans l'algorithme de dépistage, généralement le test de deuxième ou troisième intention. L'OMS recommande de refaire le test avant d'instaurer le TAR pour détecter les personnes qui ont été diagnostiquées incorrectement comme étant séropositives. Il peut être difficile de déterminer si un seul produit est en cause ou s'il s'agit plutôt de l'algorithme de dépistage au complet.

L'exactitude des algorithmes doit être assurée par l'intermédiaire de la surveillance post-commercialisation.

Encadré 8.10. Surveillance post-commercialisation et plaintes

Toute plainte concernant les produits eux-mêmes doit être signalée au fabricant des tests et à l'autorité réglementaire nationale dans le cadre de la surveillance post-commercialisation.

L'orientation de l'OMS sur la surveillance post-commercialisation des dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* (DMDIV) est disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258534/1/9789242509212-fre.pdf?ua=1>.

Tous les formulaires d'informations et de plainte de l'OMS sont disponibles en ligne à l'adresse : https://www.who.int/diagnostics_laboratory/procurement/complaints/en/

Références bibliographiques

1. Global AIDS update - communities at the centre. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2019.
2. Marsh K, Eaton JW, Mahy M, Sabin K, Autenrieth C, Wanyeki I, et al. Global, regional and country-level 90-90-90 estimates for 2018: assessing progress towards the 2020 target. *AIDS*. 2019;33(Suppl 3):S213.
3. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Degen O, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *Lancet*. 2019;393(10189):2428-38.
4. Viral suppression for HIV treatment success and prevention of sexual transmission of HIV. Geneva: World Health Organization; 2019.
5. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*. 2011;365(6):493-505.
6. Walker S, Wilson K, McDonald T, McGuinness M, Sands A, Jamil M, et al. Should western blotting and immunoassays be used in national testing strategies and algorithms? Geneva: World Health Organization; 2019.
7. Laws and policies analytics. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2019.
8. Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy. Geneva: World Health Organization; 2017.
9. Survey of adolescents and young people on HIV self-testing. Geneva: World Health Organization; 2016.
10. Johnson CC, Fonner V, Sands A, Ford N, Obermeyer CM, Tsui S, et al. To err is human, to correct is public health: a systematic review examining poor quality testing and misdiagnosis of HIV status. *J Int AIDS Soc*. 2017;20(Suppl 6):21755.
11. Fonner V, Sands A, Figueroa C, Quinn C, Jamil M, Baggaley R, et al. Country compliance with WHO recommendations to improve quality of HIV diagnosis: a global policy review. *In Press*. 2019.
12. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; United Nations International Children's Education Fund, 2018.
13. Second WHO model list of essential in vitro diagnostics. Geneva: World Health Organization, 2019.
14. Constantine N, Saville R, E D. Retroviral testing and quality assurance: essentials for laboratory diagnosis. Halifax, Canada: MedMira Laboratories educational grant; 2005.
15. Altman DG, Bland JM. Diagnostic tests 2: Predictive values. *BMJ*. 1994;309(6947):102.
16. Maheu-Giroux M, Marsh K, Doyle C, Godin A, Lanièce Delaunay C, Johnson L, et al. National HIV testing and diagnosis coverage in sub-Saharan Africa: a new modeling tool for estimating the "first 90" from program and survey data. *AIDS*. 2019;33(Suppl 3):S255.
17. HIV assays: laboratory performance and other operational characteristics: rapid diagnostic tests (combined detection of HIV-1/2 antibodies and discriminatory detection of HIV-1 and HIV-2 antibodies): report 18. Geneva: World Health Organization, 2015.
18. Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization, 2015.
19. Seed CR, Margaritis AR, Bolton WV, Kiely P, Parker S, Piscitelli L. Improved efficiency of national HIV, HCV, and HTLV antibody testing algorithms based on sequential screening immunoassays. *Transfusion*. 2003;43(2):226-34.
20. Kiely P, Stewart Y, Castro L. Analysis of voluntary blood donors with biologic false reactivity on chemiluminescent immunoassays and implications for donor management. *Transfusion*. 2003;43(5):584-90.
21. HIV molecular diagnostics toolkit to improve access to viral load testing and infant diagnosis. Geneva: World Health Organization, 2019 Contract No.: ISBN 978-92-4-151621-1

22. Updated recommendations on first-line and second-line antiretroviral regimens and post-exposure prophylaxis and recommendations on early infant diagnosis of HIV. Geneva: World Health Organization; 2018.
23. Frequently asked questions – testing for HIV, including HIV self-testing, in the context of antiretroviral therapy (ART). Geneva: World Health Organization, 2018.
24. Frequently asked questions – testing for HIV, including HIV self-testing, in the context of pre-exposure prophylaxis (PrEP). Geneva: World Health Organization, 2018.
25. Wilson E, Jamil M, Neuman M, Ayles H, Baggaley R, Johnson C. A scoping review on HIV retesting policies, practises and behaviours in low-and-middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2019.
26. Fonner V, Sands A, Onochie K, Jamil M, Barr-Dichiara M, Baggaley R, et al. Impact of antiretroviral drugs on HIV testing among people living with HIV: A systematic review, 2010-2018. Geneva: World Health Organization; 2019.
27. Fiebig EW, Wright DJ, Rawal BD, Garrett PE, Schumacher RT, Peddada L, et al. Dynamics of HIV viremia and antibody seroconversion in plasma donors: implications for diagnosis and staging of primary HIV infection. *AIDS*. 2003;17(13):1871-9.
28. Lasry A, Kalou MB, Young PR, Rurangirwa J, Parekh B, Behel S. Cost implications of HIV retesting for verification in Africa. *PLoS ONE*. 2019;14(7):e0218936.
29. Eaton J, Sands A, Johnson C. Modelling HIV testing strategies for HIV-1 diagnosis. Geneva: World Health Organization; 2019.
30. Smith DK, Switzer WM, Peters P, Delaney KP, Granade TC, Masciotra S, et al. A strategy for PrEP clinicians to manage ambiguous HIV test results during follow-up visits. *Open Forum Infect Dis*. 2018;5(8):ofy180.
31. Tchounga BK, Inwoley A, Coffie PA, Minta D, Messou E, Bado G, et al. Re-testing and misclassification of HIV-2 and HIV-1&2 dually reactive patients among the HIV-2 cohort of the West African Database to evaluate AIDS collaboration. *J Int AIDS Soc*. 2014;17:19064.
32. Singh L, Parboosing R, Manasa J, Moodley P, de Oliveira T. High level of HIV-2 false positivity in KwaZulu-Natal province: a region of South Africa with a very high HIV-1 subtype C prevalence. *J Med Virol*. 2013;85(12):2065-71.
33. Shanks L, Ritmeijer K, Piriou E, Siddiqui MR, Kliescikova J, Pearce N, et al. Accounting for false positive HIV tests: is visceral leishmaniasis responsible? *PLoS ONE*. 2015;10(7):e0132422.
34. Mao A, Obi-Gwacham C, Hill T, Ryan C, Hendricks A, McKellar M. Acute Dengue fever causes false-positive reactivity in OraQuick rapid HIV-1/2 antibody test. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010;55(5):641.
35. Lejon V, Ngoyi DM, Ilunga M, Beelaert G, Maes I, Buscher P, et al. Low specificities of HIV diagnostic tests caused by *Trypanosoma brucei gambiense* sleeping sickness. *J Clin Microbiol*. 2010;48(8):2836-9.
36. Voronin Y, Zinszner H, Karg C, Brooks K, Coombs R, Hural J, et al. HIV vaccine-induced sero-reactivity: a challenge for trial participants, researchers, and physicians. *Vaccine*. 2015;33(10):1243-9.
37. Sands A, Page AL, Prat I, Johnson C. Re-examining the role of western blotting. Geneva: World Health Organization; 2019.
38. Masciotra S, McDougal JS, Feldman J, Sprinkle P, Wesolowski L, Owen SM. Evaluation of an alternative HIV diagnostic algorithm using specimens from seroconversion panels and persons with established HIV infections. *J Clin Virol*. 2011;52 Suppl 1:S17-22.
39. Delaney KP, Hanson DL, Masciotra S, Ethridge SF, Wesolowski L, Owen SM. Time until emergence of HIV test reactivity following infection with HIV-1: implications for interpreting test results and retesting after exposure. *Clin Infect Dis*. 2017;64(1):53-9.
40. Donnell D, Ramos E, Celum C, Baeten J, Dragavon J, Tappero J, et al. The effect of oral preexposure prophylaxis on the progression of HIV-1 seroconversion. *AIDS*. 2017;31(14):2007-16.
41. Herssens N, Beelaert G, Franssen K. Discriminatory capacity between HIV-1 and HIV-2 of the new rapid confirmation assay Geenius. *J Virol Methods*. 2014;208:11-5.
42. Shanks L, Siddiqui M, Pearce N, Ariti C, Muluneh L, Piriou E, et al. Evaluation of HIV testing algorithms in Ethiopia: the role of the tie-breaker algorithm and weakly reacting test lines in contributing to a high rate of false positive HIV diagnoses. *BMC Infect Dis*. 2015;15:39.

43. Conway D, Holt M, McNulty A, Couldwell D, Smith D, Davies S, et al. Multi-centre evaluation of the Determine HIV Combo assay when used for point of care testing in a high risk clinic-based population. *PLoS One*. 2014;9(7):e103399.
44. Martin E, Salaru G, Paul S, Cadoff E. Use of a rapid HIV testing algorithm to improve linkage to care. *J Clin Virol*. 2011;52(Suppl):S11–5.
45. Moon H, Huh H, Oh G, Lee S, Lee A, Yun Y, et al. Evaluation of the bio-rad geenius HIV 1/2 confirmation assay as an alternative to western blot in the Korean population: a multi-center study. *PLoS One*. 2015;10:e0139169.
46. Pando M, Coloccini R, Schvachsa N, Pippo M, Alfie L, Marone R, et al. Improved strategies for HIV diagnosis among men who have sex with men (MSM) in Buenos Aires, Argentina, a population with a high prevalence and incidence of HIV infection. *HIV Med*. 2012;13(9):564-7.
47. Shima-Sano T, Yamada R, Sekita K, Hankins R, Hori H, Seto H, et al. A human immunodeficiency virus screening algorithm to address the high rate of false-positive results in pregnant women in Japan. *PLoS One*. 2010;5(2):e9382.
48. Walensky R, Arbelaez C, Reichmann W, Walls R, Katz J, Block B, et al. Revising expectations from rapid HIV tests in the emergency department. *Ann Intern Med*. 2008;149(3):153-60.
49. Keller S, Jones J, Erbeling E. Choice of Rapid HIV testing and entrance into care in Baltimore City sexually transmitted infections clinics. *AIDS Patient Care STDS*. 2011;25(4):237-43.
50. Peruski A, Dong X, Selik R. Trends in testing algorithms used to diagnose HIV infection, 2011-2015, United States and 6 dependent areas *J Clin Virol*. 2018;103:19-24.
51. Stevinson K, Martin E, Marcell S, Paul S. Cost effectiveness analysis of the New Jersey rapid testing algorithm for HIV testing in publicly funded testing sites. *J Clin Virol*. 2011;52(Suppl 1):S29-S33.
52. Obare F, Fleming P, Anglewicz P, Thornton R, Martinson F, Kapatuka A, et al. Acceptance of repeat population-based voluntary counselling and testing for HIV in rural Malawi. *Sex Transm Infect*. 2009;85(2):139-44.
53. Nasrullah M, Wesolowski L, Ethridge S, Cranston K, Pentella M, Myers R, et al. Acute infections, cost and time to reporting of HIV test results in three U.S. State public health laboratories. *J Infect* 2016;73(2):164–72.
54. Delaney K, Rurangirwa J, Facente S, Dowling T, Janson M, Knoble T, et al. Using a multitest algorithm to improve the positive predictive value of rapid hiv testing and linkage to HIV care in nonclinical HIV test sites. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2016;71(1):78–86.
55. Chen D, Yao J. Comparison of turnaround time and total cost of HIV testing before and after implementation of the 2014 CDC/APHL Laboratory Testing Algorithm for diagnosis of HIV infection. *J Clin Virol*. 2017(93):45.
56. Cardenas A, Baughan E, Hodinka R. Evaluation of the Bio-Rad Multispot HIV-1/HIV-2 Rapid Test as an alternative to western blot confirmation of HIV infection. *J Clin Virol*. 2013;58(Suppl 1):e97-103.
57. Goodhue T, Kazianis A, Werner B, Stiles T, Callis B, Dawn A, et al. 4th generation HIV screening in Massachusetts: a partnership between laboratory and program. *J Clin Virol*. 2013;58 (Suppl 1):e13-8.
58. Hutchinson A, Ethridge S, Wesolowski L, Shrestha R, Pentella M, Bennett B, et al. Costs and outcomes of laboratory diagnostic algorithms for the detection of HIV. *J Clin Virol*. 2013;58 (Suppl 1):e2-7.
59. Styer L, Sullivan T, M P. Evaluation of an alternative supplemental testing strategy for HIV diagnosis by retrospective analysis of clinical HIV testing data. *J Clin Virol*. 2011(52S):S35-S40.
60. Clark H, Bowles K, Song B, Heffelfinger J. Implementation of rapid hiv testing programs in community and outreach settings: perspectives from staff at eight community-based organizations in seven U.S. Cities. *Public Health Rep*. 2008;2008(Suppl 3):86–93.
61. Meulbroek M, Pujol F, Pérez F, Dalmau-Bueno A, Taboada H, Marazzi G, et al. BCN Checkpoint: same-day confirmation of reactive HIV rapid test with point of care HIV-RNA accelerates linkage to care and reduces anxiety. *HIV Med*. 2018;19(Suppl 1):63-5.
62. Ryan K, Pedrana A, Leitinger D, Wilkinson A, Locke P, Hellard M, et al. Trial and error: evaluating and refining a community model of HIV testing in Australia. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):692.

63. Revised recommendations for the selection and use of HIV antibody tests. Geneva: World Health Organization, 1997.
64. Sands A, Urassa W, Prat I, K F. Serological false reactivity – implications for HIV testing algorithms. Conference of the African Society for Laboratory Medicine; 10-13 Dec; Abuja, Nigeria 2018.
65. Kosack CS, Shanks L, Beelaert G, Benson T, Savane A, Ng'ang'a A, et al. Designing HIV testing algorithms based on 2015 WHO guidelines using data from six sites in sub-Saharan Africa. *J Clin Microbiol.* 2017;55(10):3006-15.
66. 90-90-90 - an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva: Joint United Nations Programme for HIV/AIDS, 2015.



ASSURANCE DE LA QUALITÉ DES SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH

9

Messages clés	230
9.1 Considérations pour assurer la qualité du dépistage du VIH	231
9.2 Assurer la qualité – mesures à prendre au niveau national	233
9.2.1 Politiques nationales, plans stratégiques et processus de surveillance	233
9.2.2 Développement des effectifs	233
9.2.3 Évaluation pré-commercialisation	235
9.2.4 Surveillance post-commercialisation	235
9.2.5 Gestion des achats et de la chaîne d’approvisionnement	237
9.2.6 Accréditation des sites de dépistage	238
9.3 Assurer la qualité – mesures à prendre au niveau des sites de dépistage	238
9.3.1 Organisation	239
9.3.2 Personnel	240
9.3.3 Équipement	241
9.3.4 Approvisionnement et gestion des stocks	241
9.3.5 Contrôle de la qualité	242
9.3.6 Gestion de l’information	243
9.3.7 Documents et registres	244
9.3.8 Gestion des problèmes	245
9.3.9 Évaluation	246
9.3.10 Amélioration des processus	247
9.3.11 Services aux patients/clients	247
9.3.12 Bâtiments et sécurité	248
9.4 Amélioration de la qualité pour le dépistage du VIH	248
Références bibliographiques	250



MESSAGES CLÉS

- **Les systèmes de gestion de la qualité sont essentiels** pour tous les aspects des services de dépistage du VIH (SDV), que ceux-ci soient réalisés par un laboratoire, un établissement de santé ou une structure communautaire, y compris les tests de diagnostic rapide (TDR) effectués par les prestataires non professionnels. Des éléments de qualité spécifiques sont applicables à l'autodépistage du VIH (ADVIH).
- **Les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro (DMDIV) doivent répondre aux normes réglementaires** conformément aux directives nationales (y compris les produits utilisés pour l'ADVIH). L'OMS procède à des évaluations indépendantes de préqualification des DMDIV, surtout pour les TDR du VIH et autres DMDIV destinés à être utilisés sur le lieu de soins ou à proximité de celui-ci en situation de ressources limitées.
- Dans certains cas, les prestataires de SDV peuvent orienter des personnes vers un autre site pour effectuer des tests supplémentaires dans le but de vérifier leur statut VIH. **La tenue de registres cohérents, clairs, confidentiels, précis et opportuns est essentielle** et doit être assurée au niveau du site de dépistage initial ainsi que du site secondaire.

9. ASSURANCE DE LA QUALITÉ DES SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH

9.1 Considérations pour assurer la qualité du dépistage du VIH

La garantie d'un diagnostic du VIH rapide, abordable et correct est la pierre angulaire de tout programme de lutte contre le VIH. Il est essentiel d'organiser et de gérer les SDV de sorte que toutes les personnes vivant avec le VIH puissent être diagnostiquées et mises en liaison avec les services de traitement et de soins, quelle que soit leur situation économique ou sociale ou leur emplacement géographique. Ceci est particulièrement important dans le contexte des stratégies « Traiter tout le monde » pour l'instauration du traitement antirétroviral (TAR). Il convient de veiller à ce que les personnes qui ne sont pas infectées par le VIH ne soient pas diagnostiquées à tort comme séropositives et placées ainsi sous TAR à vie. De même, les personnes vivant avec le VIH ne doivent pas être diagnostiquées à tort comme séronégatives et être ainsi privées de traitement et risquer une transmission ultérieure.

Des rapports mondiaux récents indiquent que la qualité du dépistage du VIH peut être insuffisante dans de nombreux milieux. Des diagnostics erronés du statut du VIH – faux positifs et faux négatifs – sont signalés (1-6). Un examen systématique récent mené par l'OMS a révélé un taux médian de diagnostics faussement séropositifs de 3,1 % (intervalle interquartile [EIQ] : 0,4–5,2) et un taux médian de diagnostics faussement séronégatifs de 0,4 % (EIQ : 0–3,9) dans 68 études en Afrique, en Amérique, en Asie et en Europe (7). De nombreuses études ont signalé l'utilisation de stratégies de dépistage sous-optimales s'écartant des recommandations de l'OMS, comme celles utilisant un seul résultat de TDR pour établir un diagnostic définitif de séropositivité, celles utilisant des stratégies de dépistage parallèles plutôt que sérielles, et celles utilisant la méthode du bris d'égalité ou « tie-breaker » (où le résultat du troisième test est utilisé pour réconcilier les résultats divergents et confirmer l'infection au VIH).

La qualité des SDV est sous-optimale dans certains contextes, mais des mesures simples peuvent être prises pour l'améliorer.

Des erreurs d'utilisation ont également été fréquemment signalées dans les études. Celles-ci incluaient des difficultés de prélèvement des échantillons, une mauvaise exécution de la procédure de test, une lecture trop précoce des résultats et une mauvaise interprétation des résultats. Une gestion et une supervision insuffisantes des structures de dépistage ont été citées comme des facteurs pouvant contribuer aux ruptures de stock et à l'utilisation de TDR endommagés ou périmés. Dans certains cas, les tests étaient effectués par un personnel ayant reçu une formation sous-optimale, voire aucune formation. Le personnel n'avait qu'une compréhension limitée du dépistage pendant la fenêtre sérologique et des raisons pour refaire le test, notamment pour vérifier le diagnostic du VIH avant l'instauration du TAR. Très peu de sites de dépistage participaient à des programmes d'évaluation externe de la qualité (EEQ). D'une manière générale, l'utilisation de procédés sous-optimaux pour la tenue des dossiers et la collecte des données ainsi que la présence d'erreurs de transcription contribuaient à la mauvaise qualité des tests. Dans une étude, près de 30 % des erreurs avaient conduit à des résultats incorrects (8). Certaines de ces études ont signalé des difficultés liées à l'interprétation des lignes peu marquées pour les tests réactifs, qui peuvent être interprétées comme des résultats négatifs.

Tous les programmes de dépistage du VIH, y compris ceux pour l'ADVIH, doivent mettre en œuvre des systèmes de gestion de la qualité, quel que soit le lieu et l'approche de dépistage – services à base communautaire comme le dépistage mobile, établissements de santé ou laboratoires – et quelle que soit la personne responsable d'effectuer les tests – personnel de laboratoire formé, autres agents de santé, prestataires non professionnels ou utilisateurs d'autotests. Pour obtenir plus d'informations sur les éléments essentiels de la gestion de la qualité pour l'ADVIH, consulter le cadre stratégique de l'OMS : <https://www.who.int/hiv/pub/self-testing/strategic-framework/fr/>.

Un système de gestion de la qualité comprend tous les processus organisationnels mis en place pour garantir la qualité. **La gestion de la qualité** comprend l'assurance de la qualité, le contrôle de la qualité et l'amélioration de la qualité, et se concentre sur la **qualité des processus** nécessaires pour assurer l'efficacité des tests plutôt que seulement la **qualité du produit** (DMDIV) utilisé pour les tests. L'engagement des personnes impliquées dans la procédure de test est donc essentiel, à savoir le personnel responsable des achats, le personnel qui établit et supervise les établissements de santé, les prestataires de tests (y compris les distributeurs d'autotests) et les patients. Par exemple, l'établissement qui a effectué les tests était-il sûr, accueillant et pratique ? La gestion de la qualité comprend la satisfaction du patient/client ainsi que la prise en charge des événements et l'amélioration des processus qui s'inscrivent dans le cadre de l'amélioration de la qualité pour garantir que les services de dépistage répondent constamment aux besoins des patients. Un service de dépistage peut utiliser des produits de la plus haute qualité et très performants, mais souffrir néanmoins en termes de qualité si les kits de test sont régulièrement en rupture de stock, si le fournisseur ne sait pas comment les utiliser correctement ou si les heures d'ouverture du site ne sont pas pratiques.

Ce chapitre couvre la qualité des SDV. Alors que les normes internationales actuelles sont mieux adaptées aux tests effectués dans un laboratoire (ou une autre installation) et présupposent en règle générale qu'un personnel de test dédié soit présent, les principes de qualité des tests sont applicables à l'ensemble des pathologies, conditions ou contextes. Cette orientation adapte les normes internationales pour les tests en situations de ressources limitées, dans lesquelles les TDR et autres DMDIV sur le lieu de soins sont les plus couramment utilisés, et où le personnel a souvent diverses responsabilités en plus des tests. D'autres éléments de gestion de la qualité, comme la conservation des registres et la documentation, ont également une influence majeure sur la qualité des tests. Pour les SDV, la gestion de la qualité doit être mise en œuvre indépendamment du format ou du lieu du test. Certaines tâches de gestion de la qualité peuvent devoir être exécutées par un responsable des SDV plutôt que par le fournisseur des SDV, mais font partie intégrante de l'approche globale visant à assurer un service de qualité.

Le Chapitre 7 décrit la stratégie de dépistage du VIH recommandée par l'OMS et comment vérifier les algorithmes de dépistage.

L'assurance de la qualité (AQ) est définie comme une « partie de la gestion de la qualité visant à donner confiance en ce que les exigences pour la qualité seront satisfaites » (9). C'est un moyen de gérer et de planifier le maintien de la qualité en évitant les erreurs et les défauts au niveau des produits et des services. De par sa nature, l'AQ est un processus proactif. **Le contrôle de la qualité** (CQ) vérifie que le produit répond aux exigences de qualité ; c'est un mécanisme qui permet d'identifier les défauts au niveau des produits et de rejeter formellement un produit défectueux. Le processus de CQ est plus réactif que l'AQ. Il est en général axé sur la qualité réelle du produit utilisé. **L'amélioration de la qualité** est un processus qui consiste à proposer des solutions pour améliorer la qualité et la fiabilité et, par conséquent, augmenter la satisfaction des clients. À cet égard, le cycle « planifier / réaliser / vérifier / agir » est utile. Les orientations de l'OMS sur l'amélioration de la qualité sont disponibles dans la note d'orientation *Maintaining and improving quality of care within HIV clinical services*, disponible à l'adresse : <https://www.who.int/hiv/pub/arv/quality-care-hiv-services/en/> (en anglais).

9.2 Assurer la qualité – mesures à prendre au niveau national

Certains systèmes de gestion de la qualité doivent être élaborés au niveau national :

1. **Politiques nationales, plans stratégiques, processus de surveillance** : permettre aux autorités nationales de soutenir les systèmes de gestion de la qualité au niveau des sites de dépistage.
2. **Développement des effectifs** : assurer que les prestataires du dépistage sont formés et encadrés.
3. **Stratégies et algorithmes de dépistage** : adopter la stratégie de dépistage recommandée par l'OMS et vérifier les algorithmes de test.
4. **Évaluation pré-commercialisation** : utiliser la liste de préqualification de l'OMS pour identifier les DMDIV de qualité, y compris ceux pour l'ADVIH, renforçant ainsi les capacités de réglementation.
5. **Surveillance post-commercialisation** : signaler les plaintes et participer aux programmes d'EEQ.
6. **Gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement** : assurer un approvisionnement ininterrompu et un stockage approprié des kits de test et d'autres articles.
7. **Accréditation des sites de dépistage** : assurer que les sites sont soutenus et respectent une norme de qualité.

9.2.1 Politiques nationales, plans stratégiques et processus de surveillance

Les politiques nationales, plans stratégiques et processus de surveillance sont essentiels pour la planification, la budgétisation et la mise en œuvre de systèmes de gestion de la qualité et d'activités liées à la qualité. Les politiques nationales de dépistage du VIH doivent être mises à jour régulièrement et mises en relation avec d'autres politiques et plans stratégiques nationaux comme ceux concernant les laboratoires et le domaine de la santé et des ressources humaines (10).

Les politiques et plans nationaux pour le dépistage du VIH peuvent relever du plan stratégique national pour les laboratoires ou constituer un plan autonome pour le dépistage du VIH ; les deux sont acceptables tant que des objectifs de qualité sont inclus. Habituellement, les autorités nationales chargent le laboratoire national de référence de planifier, mettre en œuvre et surveiller toutes les activités de qualité pour le dépistage du VIH, ou celles-ci peuvent être du ressort du ministère de la santé. Ces activités peuvent être décentralisées au niveau des provinces ou des districts, selon le contexte et les besoins du pays. Le rôle du laboratoire national de référence est de promouvoir l'utilisation de journaux/registres de tests normalisés, d'effectuer des visites d'encadrement de soutien, d'organiser la fourniture de matériels de contrôle de la qualité et de test des compétences pour l'EEQ, et de suivre les actions correctives pouvant découler d'activités d'assurance qualité. L'annexe Web J donne plus de détails sur la délégation des responsabilités pour les activités d'assurance qualité.

9.2.2 Développement des effectifs

Pour développer le personnel de santé tout en assurant un dépistage de qualité, il est essentiel de planifier une formation initiale et continue standardisée et coordonnée (avec des stages pratiques et des évaluations basées sur les compétences) ; des politiques nationales qui soutiennent le partage des tâches pour que les prestataires non professionnels puissent effectuer les tests et transmettre les diagnostics du VIH ; et des stratégies de recrutement et de rétention du personnel, en particulier dans les zones rurales et mal desservies.

La formation et l'encadrement de soutien des sites de dépistage publics ou privés doivent s'efforcer de garantir la compétence des prestataires de dépistage du VIH. Tous les prestataires doivent recevoir une formation adéquate axée sur les compétences pour les différentes étapes du processus de dépistage. Celle-ci doit aborder 1) la conservation des enregistrements des tests à l'aide de journaux/registres standardisés ; 2) l'interprétation des résultats générés par l'algorithme de dépistage comme un rapport sur le statut VIH ; 3) les objectifs et l'utilisation des matériaux de CQ ; et 4) la participation aux EEQ et la prise de mesures correctives et préventives appropriées. Les formations de recyclage en cours d'emploi sont critiques pour améliorer les connaissances, les compétences et les attitudes et offrir des possibilités de soutien.

Les fabricants de DMDIV (ou leurs opérateurs économiques tels que fournisseurs, distributeurs ou agents) doivent assurer la formation en cours d'emploi et le dépannage en cas de problèmes relatifs à un produit et/ou d'événements indésirables.

Les autorités doivent envisager d'élaborer des programmes d'étude nationaux sur le dépistage du VIH et d'autres aspects des soins et du traitement du VIH, adaptés à une variété de contextes de dépistage. La certification des prestataires de dépistage doit être envisagée, cela pouvant inciter à renforcer les éléments liés à la qualité des activités de dépistage du VIH.

Encadré 9.1. Au Brésil, l'utilisation de la technologie dans la formation du personnel de santé augmente la couverture du dépistage du VIH

- Accroître l'accès au diagnostic du VIH, et surtout l'utilisation des TDR, constitue une stratégie clé du Ministère brésilien de la Santé pour atteindre les objectifs 90 90 90 d'ici à 2020. En 2017, le ministère a distribué plus de 12 millions de TDR, soit 23 fois plus qu'en 2005 quand l'utilisation de ce type de test a été adoptée comme politique de santé publique. Il était également nécessaire d'augmenter le nombre d'agents de santé capables d'effectuer des tests de dépistage du VIH en utilisant les TDR. Compte tenu de la taille du pays, qui compte 5570 villes, et de la nécessité d'une alternative aux formations sur le terrain, ils ont décidé d'offrir un cours d'apprentissage à distance gratuit appelé TELELAB (11).
- TELELAB propose des cours en ligne sur le diagnostic des IST comprenant des leçons vidéo et des manuels d'instructions. Pour les contextes où l'accès Internet est peu fiable, TELELAB peut être envoyé par courrier sous forme de DVD. Une fois le cours terminé, les professionnels reçoivent un certificat s'ils réussissent l'examen avec un score de 70 % ou plus.
- Soixante et un pour cent des prestataires qui reçoivent cette certification sont des infirmiers. Dans les 1943 municipalités observées, 10 264 professionnels de la santé (72 % du total) résident en dehors de la capitale et nombre d'entre eux vivent et travaillent dans des zones reculées et rurales sans accès aux services de laboratoire.
- TELELAB a permis d'augmenter l'accès au diagnostic du VIH en offrant aux professionnels de la santé, en particulier le personnel infirmier, la possibilité d'améliorer leurs compétences dans le domaine du dépistage du VIH. Avec plus de professionnels qualifiés pour effectuer le dépistage, il est devenu possible d'augmenter le nombre de TDR distribués chaque année par le Ministère de la Santé. Fort de son succès initial, il est prévu d'élargir la portée de TELELAB à l'échelle nationale par l'intermédiaire d'une application de téléphonie mobile.

Consulter le site Web pour plus d'information : www.telelab.aids.gov.br

9.2.3 Évaluation pré-commercialisation

La réglementation des DMDIV est une composante essentielle des systèmes de santé et, en tant que telle, a un impact direct sur la qualité du dépistage du VIH. Le niveau de surveillance appliqué lors de l'évaluation pré-commercialisation dépend de la classification des risques du produit, des besoins du pays, des ressources disponibles et de la mise en œuvre d'un cadre national régissant le processus réglementaire. Conformément à la réglementation et/ou à la législation nationale, cette évaluation est une étape nécessaire avant d'autoriser la commercialisation de DMDIV tels que ceux utilisés pour le dépistage du VIH. L'évaluation pré-commercialisation implique des contrôles relatifs à la qualité, la sécurité et les performances du produit. Dans de nombreux pays, la réglementation des DMDIV ne dispose pas du cadre et/ou des ressources juridiques nécessaires. Pour combler cette lacune, l'OMS procède à une évaluation de préqualification pour les DMDIV qui sont les plus susceptibles d'être utilisés en situation de ressources limitées, en particulier ceux qui sont utilisés sur ou à proximité du lieu des soins. L'OMS examine de manière indépendante la qualité, la sécurité et les performances de ces DMDIV. L'OMS encourage les programmes nationaux à prioriser les DMDIV qu'elle a préqualifié pendant leur processus d'approbation pré-commercialisation et dans le cadre de la sélection des produits pour leur algorithme de dépistage national.

L'OMS procède à la préqualification des dispositifs de diagnostic en utilisant une procédure normalisée pour déterminer si le produit répond à ses exigences. L'évaluation comporte trois éléments clés :

1. examen de l'innocuité et des performances du test tel que présenté dans un dossier de produit préparé par le fabricant ;
2. examen du système de gestion de la qualité en faisant une inspection du site ;
3. évaluation indépendante des performances et des caractéristiques opérationnelles.

De plus amples informations figurent dans la publication de l'OMS intitulée *Overview of the prequalification of in vitro diagnostics assessment* (12). L'annexe Web J donne d'autres détails sur le déroulement de l'évaluation de préqualification de l'OMS.

9.2.4 Surveillance post-commercialisation

Une fois qu'un produit répond aux exigences réglementaires et qu'il est mis sur le marché, une surveillance post-commercialisation doit être effectuée pour surveiller et détecter tout problème de qualité, de sécurité ou de performances. Toutes les parties prenantes (utilisateurs finaux, fabricants/opérateurs économiques, autorités de réglementation et laboratoires) ont un rôle spécifique, mais la surveillance post-commercialisation reste la responsabilité ultime du fabricant qui s'appuie sur les retours d'informations sur ses produits, principalement par la notification des plaintes.

L'OMS a publié des directives spécifiques sur la surveillance post-commercialisation des DMDIV. Le document de l'OMS *Lignes directrices pour la surveillance post-commercialisation des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro* (13) est disponible à l'adresse : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258534/9789242509212-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Une surveillance post-commercialisation réactive a lieu lorsqu'un événement indésirable s'est déjà produit chez la personne testée, le prestataire de dépistage ou une autre personne à proximité. Par exemple, lorsqu'une personne détecte et notifie un résultat de test faux négatif quand elle a été diagnostiquée ailleurs et se présente pour refaire le test. **Une surveillance post-commercialisation proactive** identifie un problème au niveau du produit avant qu'il ne se produise et ne soit associé à un effet indésirable chez une personne. Il s'agit par exemple de la

mise à l'essai des lots en traitant des échantillons aléatoires de TDR du VIH sur le terrain, ou d'une revue de la littérature scientifique pour trouver des produits similaires.

Un **événement indésirable** peut être à l'origine d'un préjudice direct ou indirect. Un préjudice direct serait par exemple un décès ou une détérioration grave de la santé qui se produit ou aurait pu se produire. Il est plus probable que les DMDIV entraînent des préjudices indirects (diagnostic erroné, diagnostic retardé, absence de traitement ou traitement retardé) que des préjudices directs.

Chaque fois qu'un problème a été identifié avec un DMDIV ou qu'un événement indésirable est notifié au fabricant, ce dernier est tenu de l'enregistrer dans son **système de plaintes** et de lancer sa procédure de traitement des plaintes. Cela signifie qu'il faut réévaluer le risque potentiel lié à l'utilisation continue du DMDIV. Si le fabricant détermine que le risque (pour les personnes) est inacceptable et ne l'emporte plus sur l'avantage pour les personnes, il peut prendre une mesure corrective de sécurité sur le terrain pour réduire le risque de préjudice. Par exemple, si un lot de TDR donne un taux de résultats faux négatifs plus élevé que prévu, le fabricant peut effectuer un rappel pour retirer le lot du marché.

En règle générale, les utilisateurs finaux des DMDIV seront les premiers à détecter un problème avec les produits utilisés dans leurs sites de dépistage. Refaire le test, par exemple, qui est recommandé pour toute personne nouvellement diagnostiquée avant de commencer le TAR, est un moyen d'identifier des diagnostics erronés faux positifs. Les utilisateurs finaux sont susceptibles de remarquer des défauts visibles ou des anomalies évidentes, en particulier au niveau des sites qui suivent des algorithmes de dépistage du VIH validés. Les utilisateurs finaux doivent notifier les problèmes et les plaintes aux fabricants des DMDIV et à leurs opérateurs économiques, qui sont eux-mêmes responsables de la surveillance post-commercialisation du produit qu'ils mettent sur le marché. Il est donc essentiel que les utilisateurs finaux soient autorisés à déposer des plaintes en utilisant des formulaires de plainte normalisés (14). Les autorités nationales (autorités réglementaires et laboratoires de référence) peuvent également jouer un rôle dans le soutien pour la notification des plaintes. Le formulaire de plainte de l'OMS peut être consulté à l'adresse : https://www.who.int/diagnostics_laboratory/procurement/120704_formulaire_de_plainte_pour_les_utilisateurs_signalent_des_problemes.pdf?ua=1

Les autorités nationales (autorités réglementaires et laboratoires de référence) peuvent effectuer une surveillance post-commercialisation, lorsqu'ils en ont la capacité, en appliquant une approche fondée sur le risque. Cela signifie que les efforts doivent être concentrés sur la surveillance de produits spécifiques qui sont critiques, ou sur les cibles indiquées par des rapports antérieurs.

L'OMS gère un système de notification des plaintes pour les DMDIV axé sur les produits dont l'utilisation est recommandée par l'OMS. Les utilisateurs finaux sont encouragés à utiliser le formulaire normalisé de l'OMS pour notifier les plaintes, y compris les résultats faux négatifs ou un taux élevé de résultats faux positifs et non valides, ainsi que les défauts visibles évidents. L'OMS supervise ensuite le déroulement de l'enquête menée par le fabricant du DMDIV ainsi que toute correction et action corrective en découlant.

Un DMDIV peut être retiré de la liste des produits préqualifiés par l'OMS si le fabricant ne traite pas les problèmes de qualité en temps opportun et de manière adéquate.

L'annexe Web J fournit une description détaillée des activités qui contribuent à la surveillance post-commercialisation.

Encadré 9.3. Exemples de plaintes pouvant survenir après un test refait

Résultat séropositif et test refait avant l'instauration du TAR produisant un résultat désormais séronégatif : notifier le test de première intention, de deuxième intention et de troisième intention en tant que plainte.

Résultat non concluant et test refait après 14 jours produisant un résultat séronégatif : notifier le test de première intention et/ou le test de deuxième intention faussement réactifs en tant que plainte.

Résultat non concluant et test refait après 14 jours produisant un résultat séropositif : signaler le test de deuxième intention faussement négatif en tant que plainte.

Les autorités nationales doivent envisager de collaborer avec des prestataires professionnels d'EEQ pour renforcer les capacités de test des compétences de leurs services, y compris pour assurer le suivi des actions correctives et préventives afin de résoudre les problèmes identifiés dans le cadre d'activités liées à la qualité. L'évaluation externe de la qualité est un outil important pour la surveillance post-commercialisation et pour identifier les sites de dépistage qui font des erreurs susceptibles d'entraîner un diagnostic erroné du VIH. Les objectifs de la participation aux programmes d'EEQ sont les suivants :

- évaluer les compétences de dépistage ;
- évaluer les performances des différents prestataires de dépistage ;
- évaluer la fiabilité des procédures de dépistage du VIH ;
- vérifier l'exactitude des enregistrements.

Les sites de dépistage doivent participer aussi souvent que possible aux programmes d'EEQ, de préférence au moins une fois par an. L'annexe Web J donne d'autres détails sur l'organisation des EEQ.

9.2.5 Gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement

La gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement en DMDIV pour soutenir un programme national de dépistage du VIH peut être organisée différemment selon le contexte. Dans de nombreux pays, les autorités nationales procèdent à des achats centralisés pour le compte des sites de dépistage dans le cadre de leur mandat. Dans certains contextes, les partenaires de mise en œuvre comme les organisations non gouvernementales et d'autres donateurs peuvent fournir une aide à l'approvisionnement et appliquer leur propre politique d'assurance qualité aux produits procurés avec leurs fonds.

Il est essentiel que les politiques nationales d'achat soient rédigées de sorte à soutenir uniquement l'achat de produits de diagnostic, de matériel et d'autres articles nécessaires dont la qualité est assurée, ce qui comprend l'utilisation des données des études de validation des algorithmes de dépistage pour justifier la sélection des produits. Cela est particulièrement important dans les pays où de nombreuses parties prenantes effectuent des activités d'approvisionnement.

Il est essentiel de coordonner les activités de **prévision et de quantification à l'échelle nationale** entre tous les partenaires responsables de l'application afin de garantir que les kits de test et autres articles requis pour proposer le dépistage du VIH soient disponibles dans les sites de dépistage. En outre, il est impératif de prévenir les **ruptures de stock** pouvant perturber ou retarder le dépistage du VIH.

Encadré 9.4. Orientations de l'OMS sur l'achat des DMDIV, y compris les kits de test du VIH

L'OMS a publié des orientations sur les procédures d'achat des DMDIV et autres articles nécessaires pour le dépistage du VIH : *Lignes directrices pour l'achat de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro et articles et équipements de laboratoire connexes* (15).

Anglais : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255577/9789241512558-eng.pdf?sequence=1>

Français : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259873/9789242512557-fre.pdf?sequence=1>

Les acheteurs et les transitaires doivent s'assurer que les marchandises sont stockées et transportées conformément aux modes d'emploi du fabricant, en tenant compte des conditions telles que la température, l'humidité, etc.

9.2.6 Accréditation des sites de dépistage

L'accréditation sert à « reconnaître la qualité et les compétences [du site de dépistage] » (16). Les organismes d'accréditation nationaux ou internationaux évaluent les sites pour déterminer si le système de gestion de la qualité est fonctionnel et conforme aux exigences d'une norme de qualité donnée. La norme de qualité internationale la plus répandue est l'ISO 15189 – Laboratoires de biologie médicale, qui exige qualité et compétences. Les autorités nationales doivent envisager d'intégrer l'accréditation des sites dans leur réseau de dépistage à plusieurs niveaux. Grâce à des partenariats, l'OMS donne des conseils sur la manière de progresser vers l'accréditation des sites de dépistage.¹

9.3 Assurer la qualité – mesures à prendre au niveau des sites de dépistage

Les principes de base des systèmes de gestion de la qualité doivent s'appliquer à tous les services effectuant des tests de dépistage du VIH et fournissant un diagnostic de VIH. Tout comme le dépistage dans les établissements (laboratoires et structures de soins de santé), les services à base communautaire/mobiles doivent également garantir la qualité. Les superviseurs de site sont responsables des activités de qualité et doivent donc avoir reçu une formation adéquate aux principes des systèmes de gestion de la qualité. Tous les services de dépistage doivent avoir une politique de qualité qui spécifie les 12 éléments suivants, comme décrit dans l'outil de mise en œuvre par étape du système de gestion de la qualité au laboratoire de l'OMS (<https://extranet.who.int/lqsi/fr>) :

1. **Organisation** : assurer que la qualité se trouve au cœur de tous les services de dépistage.
2. **Personnel** : veiller à ce que du personnel compétent (y compris des prestataires non professionnels) soit employé.
3. **Équipement** : tenir à disposition un matériel approprié, en parfait état de marche, (s'applique principalement aux tests effectués en laboratoire).

¹ Des informations plus détaillées sont fournies dans le document intitulé *WHO guide for Stepwise Laboratory Improvement Process Towards Accreditation (SLIPTA) in the African region*. (WHO guide for Stepwise Laboratory Improvement Process Towards Accreditation (SLIPTA) in the African region. Brazzaville: World Health Organization Regional Office for Africa; 2015.)

4. **Approvisionnement et gestion des stocks** : veiller à l'achat et la gestion de kits de test et consommables dont la qualité est garantie.
5. **Contrôle de la qualité** : garantir le contrôle de la qualité des procédures de test quotidiennes.
6. **Gestion de l'information** : créer et gérer des documents et registres, et assurer la confidentialité des registres (de préférence électroniques).
7. **Documents et registres** : veiller à utiliser des modes opératoires normalisés qui sont à jour et à conserver des registres normalisés.
8. **Gestion des problèmes** : consigner et suivre les plaintes.
9. **Évaluation** : évaluer et suivre les résultats des programmes d'EEQ/des tests des compétences et de la supervision sur site.
10. **Amélioration des processus** : assurer l'efficacité des actions préventives et correctives qui sont mises en œuvre
11. **Services aux clients** : mesurer la satisfaction des patients.
12. **Bâtiments et sécurité** : garantir la sécurité du personnel/des patients en mettant en œuvre des procédures appropriées d'élimination des déchets et de nettoyage/décontamination.

Ces 12 éléments sont décrits plus en détail ci-dessous car ils s'appliquent aux services de dépistage utilisant principalement des TDR. Pour l'autodépistage du VIH, certains éléments des systèmes de gestion de la qualité ne sont pas applicables, à savoir l'organisation, le personnel, l'évaluation, l'amélioration des processus et les services aux clients. Pour les tests conventionnels effectués en laboratoire, les éléments doivent être adaptés.

9.3.1 Organisation

Une politique qualité commune peut être élaborée pour tous les types de sites de dépistage présentant des similitudes. Par exemple, tous les sites qui utilisent seulement des TDR, ont une infrastructure minimale et emploient des prestataires non professionnels pour effectuer les tests ont des exigences de qualité similaires. Les politiques, processus et procédures doivent être disponibles sous la forme d'un manuel écrit conservé à une distance raisonnable des membres du personnel, y compris ceux affectés au dépistage mobile, afin qu'ils puissent s'en servir comme référence.

Le mode opératoire normalisé/manuel d'AQ doit comprendre :

- Nom du responsable de l'AQ (ou personne désignée)
- Description des procédures qui se déroulent avant, pendant et après le test
- Plan de contrôle qualité qui indique quand exécuter le CQ externe
- Copies des modes d'emploi pour chaque produit fournis par le fabricant
- Procédure expliquant comment documenter et communiquer le statut VIH aux patients
- Procédure d'orientation des échantillons ou des personnes pour des tests supplémentaires dans le but de confirmer leur statut VIH
- Politique sur les mesures à prendre et la consignation des problèmes survenant pendant ou après le test (p. ex., résultats de test non valides, échec du CQ, résultats faussement séropositifs ou séronégatifs suspectés, réactions indésirables des patients lorsque le statut VIH leur est communiqué)

- Politique sur les mesures à prendre lors d'un résultat de test VIH faux positif. Ceci est important car cela peut indiquer un problème au niveau du système de test, y compris avec l'utilisateur
- Politique sur l'équipement de protection à utiliser et sur l'élimination correcte des déchets piquants/tranchants ou biologiques
- Le cas échéant, procédures pour la mise en liaison des patients avec les services de soins, les services aux partenaires, la prophylaxie post-exposition (PPE), la prophylaxie préexposition (PrEP), les interventions comportementales (selon les indications), d'autres services au besoin (logement, IST, santé mentale, toxicomanie).

Les services de dépistage doivent être organisés de manière à être bien adaptés à la communauté qu'ils desservent ainsi qu'à maximiser la qualité et l'accessibilité des services. Cela peut inclure l'adaptation des horaires d'ouverture, la réduction du temps d'attente pour les patients et la création d'un environnement favorable en garantissant l'absence de stigmatisation et de discrimination.

L'assurance de la qualité n'est pas une activité ponctuelle et n'est pas entreprise par une seule personne, mais doit faire partie intégrante des rôles et responsabilités permanents de tous les membres du personnel.

Mise en œuvre

- Faire en sorte que les **politiques, processus et procédures** soient adaptés aux types de tests utilisés ainsi qu'à l'infrastructure et au niveau de compétences du personnel disponible.
- Désigner un membre du personnel comme **représentant chargé de promouvoir la qualité** de tous les aspects du site de dépistage.
- Veiller à assurer un **engagement professionnel** pour la qualité des services de dépistage du VIH, avec un examen régulier par la direction des données de qualité, et notamment des délais de rendu des résultats, des taux de résultats non valides, et des données de contrôle qualité et d'EEQ (voir l'élément n° 9).
- Développer un **organigramme** qui indique les rôles et responsabilités de tous les membres du personnel.

9.3.2 Personnel

Tous les sites de dépistage doivent employer un nombre suffisant de personnes formées et compétentes pour réaliser les phases du dépistage du VIH pour le nombre prévu de tests effectués :

- phase pré-analytique (prélèvement et traitement des échantillons, enregistrement des détails de la personne testée) ;
- phase analytique (procédure de test et consignation des résultats) ; et
- phase post-analytique (interprétation des résultats des tests et notification du statut VIH).

Le rendement correspond au nombre prévu de tests effectués par jour, qui est fonction du nombre de personnes testées par jour et du taux de positivité attendu.

Les rôles et responsabilités de l'ensemble du personnel dans le site de dépistage doivent être définis, à savoir ceux qui prélèvent les échantillons, réalisent les tests, exécutent le CQ, établissent les rapports, revérifient les résultats des tests et les rapports, traitent les données et effectuent le nettoyage. Les réglementations nationales précisent quelles catégories d'agents de santé peuvent remplir chaque fonction. Tous les membres du personnel doivent avoir les qualifications nécessaires et avoir démontré leurs compétences pour effectuer les tâches qui leur incombent.

Tout le personnel doit recevoir une **formation avant l'emploi** et **en cours d'emploi** sur le dépistage du VIH, et une formation continue au niveau des sites est essentielle pour améliorer et maintenir les compétences, en particulier pour les sites avec un très faible nombre de patients ou des calendriers de test peu fréquents. En outre, une **supervision de soutien** régulière et un encadrement permanent de l'ensemble du personnel sont essentiels.

Il est primordial de veiller au bien-être psychologique et physique des prestataires du dépistage du VIH, et notamment à une bonne vision pour les tests à lecture visuelle, comme les TDR.

Mise en œuvre

- Tenir à jour des **listes de contrôle des formations** pour tous les membres du personnel afin de documenter leurs compétences continues.
- Encourager une **évaluation des performances bidirectionnelle** chaque année pour évoquer tout problème pouvant voir une incidence sur les capacités d'un prestataire à effectuer les tâches qui lui sont assignées.

9.3.3 Équipement

Quel que soit l'endroit où s'effectue le dépistage, à l'aide de TDR ou de DMDIV dans un laboratoire, il est essentiel de disposer d'un **matériel approprié, en parfait état de marche**.

Pour les services de dépistage utilisant principalement les TDR, il est important d'avoir des **minuteurs** et un accès à des **réfrigérateurs** si les températures ambiantes excèdent les températures de stockage recommandées par le fabricant.

Pour les SDV ayant recours aux techniques de laboratoire, **l'étalonnage et la maintenance de l'équipement** sont essentiels pour assurer l'exactitude des résultats.

Mise en œuvre

- Veiller à surveiller la température des zones où les kits de test sont stockés et où les tests sont effectués à l'aide d'un thermomètre.
- Tenir un **inventaire** de l'ensemble du matériel.
- Veiller à ce que tout l'équipement de l'inventaire soit soumis à une **maintenance préventive et corrective** selon un cycle adapté, en fonction du rendement.
- Veiller à étiqueter clairement et à mettre hors service tout **équipement ne fonctionnant pas correctement**.
- Élaborer des **modes opératoires normalisés** pour tout le matériel, à savoir des instructions pour éteindre et allumer les appareils, et les étapes de nettoyage et d'étalonnage devant éventuellement être effectuées par l'utilisateur.

9.3.4 Approvisionnement et gestion des stocks

Les ruptures de stock des kits de test du VIH ou des consommables essentiels comme les gants, les lancettes, les tampons d'alcool, les dispositifs de transfert des échantillons et les conteneurs d'élimination des déchets, sont l'une des principales causes de problèmes de qualité et sources d'insatisfaction des patients à l'égard des SDV. Un manque de stock de tests de première intention (A1) peut entraîner l'utilisation d'un test moins sensible (A2 ou A3 à la place de A1). En l'absence de dispositifs de transfert des échantillons à usage unique, le volume d'échantillon ajouté ne sera pas correct, ce qui augmente le risque de résultats inexacts.

Il est nécessaire de veiller à l'existence sur le site de dépistage d'un système adapté pour **suivre l'approvisionnement en kits de test, réactifs et consommables** (dispositifs de prélèvement de sang veineux ou capillaire) lors de la commande et de la réception.² À réception de la marchandise, il est essentiel de noter les dates de péremption, de stocker les produits dans les bonnes conditions et d'anticiper les commandes (avant l'épuisement des stocks), afin de prévoir un délai suffisant pour la prochaine livraison.

Mise en œuvre

- Tenir à jour une **liste des besoins en matière de stocks**.
- Prévoir un **espace de stockage pour les kits de test** (y compris la réfrigération) et relever quotidiennement les températures de stockage.
- **Ne pas diviser les kits de test de plus grande taille** en quantités plus petites, par exemple en divisant un kit de 100 tests en cinq paquets de 20 tests. Les réactifs tels que les flacons de diluant/tampon à usage multiple et la documentation telle que les modes d'emploi ne peuvent pas être divisés.
- **Ne pas échanger les composants** entre les kits de test ni réserver les tampons ou autres composants pour les TDR.

9.3.5 Contrôle de la qualité

Le contrôle de la qualité (CQ), également appelé contrôle des processus, fait référence aux processus et activités visant à garantir que les **procédures de dépistage** sont effectuées correctement, que les **conditions environnementales** sont bonnes et que le test fonctionne comme prévu. Le CQ vise à détecter, évaluer et corriger les erreurs qui sont imputables à l'échec du test, aux conditions environnementales ou à l'exécution par l'utilisateur avant que le statut VIH ne soit communiqué.

Le CQ interne se rapporte aux processus qui vérifient le bon fonctionnement de la procédure de test ; la présence d'une ligne ou d'une pastille de contrôle sur les TDR est un exemple de CQ interne. La plupart des TDR comportent une ligne/pastille de contrôle qui indique seulement l'écoulement du liquide. Seuls quelques-uns de ces tests ont une ligne/pastille de contrôle indiquant que l'échantillon a été ajouté.

Des contrôles de kits de test (appelés contrôles positifs et négatifs) peuvent être fournis par le fabricant et sont standards pour la plupart des formats de test, à l'exception des TDR. Peu de TDR du VIH sont accompagnés de contrôles, ce qui rend le CQ difficile. Tous les contrôles de kits de test doivent être traités conformément aux directives du fabricant.

En plus, voire en remplacement, des contrôles de kits de test, des matériels de CQ externe doivent être utilisés. Ceux-ci sont préparés et validés par un fournisseur de CQ, de préférence une entité commerciale expérimentée et compétente, spécifiquement pour le produit utilisé.

Les échantillons de CQ externe pour le contrôle du procédé doivent être traités :

- une fois par semaine, de préférence en début de semaine ;
- pour tout nouvel utilisateur (y compris le personnel formé qui n'a pas effectué de test depuis un certain temps) ;
- pour chaque nouveau lot de kits de test ;

² De plus amples informations sont disponibles dans le document de l'OMS intitulé Lignes directrices pour l'achat de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro et articles et équipements de laboratoire connexes, 2e édition, 2017. (http://www.who.int/diagnostics_laboratory/170901_french_manual_for_procurement_2nd_edition.pdf).

- pour chaque nouvel envoi de kits de test ; et
- en présence de conditions environnementales (par exemple, température et humidité) qui sont en dehors des plages recommandées par le fabricant.

Lorsque les résultats du CQ externe ne sont pas conformes aux attentes, tous les résultats de test obtenus depuis la dernière exécution correcte du CQ sont considérés non valides (« hors plage »). S'il est déterminé qu'un test est en dehors de la plage de contrôle, il faut envisager de refaire le test de toutes les personnes testées pendant cette période.

Le CQ est donc un processus en plusieurs étapes avec plusieurs points de contrôle tout au long de la procédure de test.

- Avant le test (phase pré-analytique) :
 - o Vérifier que la température de la zone de test est conforme aux recommandations du fabricant et relever quotidiennement la température. Le test ne doit pas avoir lieu si la température ambiante est en dehors de la plage de fonctionnement recommandée.
 - o Vérifier quotidiennement que les kits de test et les consommables nécessaires sont en stock.
- Pendant le test (phase analytique) :
 - o Vérifier que les échantillons de CQ ont été traités (par exemple, contrôles de kits de test et/ ou échantillons de CQ externe) et que les résultats correspondent aux critères d'acceptation établis pour le CQ.
 - o Veiller à ce qu'un second lecteur relise (double vérification) tous les tests à lecture subjective (voir l'Encadré 9.5).
- Après le test (phase post-analytique) :
 - o Revérifier la notification du statut VIH à communiquer au patient.

Encadré 9.5. Second lecteur lors de l'interprétation des résultats de test

Dans l'idéal, tout résultat de test à lecture visuelle doit être relu en aveugle par un **second lecteur**. Cette personne doit être formée uniquement à la façon de lire le test, et pas nécessairement à la procédure du test. Si les deux lecteurs interprètent les résultats de la même manière, le statut VIH est enregistré comme tel. Le taux de désaccord entre lecteurs pour les TDR se situe entre 0 et 1,6 % (17, 18) et, le cas échéant, doit être résolu par un troisième lecteur.

Mise en œuvre

- Établir des critères pour **l'acceptation ou le refus des échantillons** ainsi que leur stockage, leur rétention, leur élimination et leur renvoi vers un autre site pour des tests supplémentaires.
- Établir des critères pour **le CQ des analyses qualitatives et quantitatives**, avec des limites d'acceptabilité établies.

L'annexe Web J donne des informations sur la préparation des échantillons de contrôle qualité pour les TDR.

9.3.6 Gestion de l'information

La gestion de l'information consiste en des **systèmes informatisés et/ou sur papier** pour consigner, stocker et récupérer les informations, notamment les registres et les documents, les

données brutes ou les e-mails et les SMS qui fournissent les résultats de tests ou les rappels aux patients. Ces tâches sont étroitement liées à la documentation et la tenue des registres.

Le personnel chargé des tests doit s'efforcer de réduire le plus possible le risque d'erreurs de transcription. L'attribution d'un numéro d'identification du patient/client et d'un numéro d'identification à chaque nouvel échantillon reçu de la même personne permettra de réduire toute erreur de confusion et de protéger la confidentialité des personnes venant se faire dépister pour le VIH. Il est également essentiel de relier une série de résultats de tests du VIH quand le test est refait pour vérifier un diagnostic de séropositivité ou pour trancher sur un statut VIH non concluant.

Des lecteurs électroniques de TDR automatisés pouvant s'adapter à une ou plusieurs marques de test sont de plus en plus accessibles, et les données qu'ils fournissent peuvent être utiles pour gérer les programmes et planifier l'approvisionnement.

Mise en œuvre

- Chaque patient doit se voir attribuer un **identifiant patient unique** afin que les résultats de chacun des échantillons de cette personne puissent être suivis.
- Il convient d'attribuer à chaque échantillon un **numéro d'identification** unique.

9.3.7 Documents et registres

La documentation est essentielle pour garantir la communication d'un statut VIH correct à la personne ayant fait le test, et pour pouvoir retracer les résultats en cas de questions. Les documents fournissent des informations sur l'orientation, le processus et la procédure pour tous les aspects du service de dépistage et son système de gestion de la qualité. Ils doivent être approuvés avant toute utilisation, révisés en cas de besoin, revus au moins une fois par an et retirés de la circulation quand ils deviennent obsolètes.

Les aide-mémoires guident les actions des prestataires de dépistage et décrivent étape par étape chaque procédure de test, comment interpréter les résultats des tests et comment attribuer le statut VIH en fonction de la stratégie de dépistage. L'annexe Web J présente un exemple d'aide-mémoire générique pour un TDR du VIH. Les programmes nationaux doivent aider les sites de dépistage à développer des modes opératoires normalisés et des aide-mémoires spécifiques destinés à être utilisés par les prestataires. Ces outils contribuent à améliorer la qualité du rapport sur le statut VIH remis aux personnes testées.

Des registres sont créés à partir de toutes les activités, informations ou résultats découlant de l'exécution du dépistage, y compris les résultats de CQ/EEQ, les registres de maintenance, les feuilles de calcul des séries, les registres d'inventaire, les actions correctives ou les rapports de résultats de test. Il est essentiel qu'ils soient remplis correctement et stockés jusqu'à cinq ans. Les registres doivent être sécurisés, conservés et facilement accessibles afin qu'ils puissent être utilisés en cas de besoin pour refaire le test des personnes orientées vers un autre établissement pour refaire le test en vue de confirmer ou d'exclure une infection à VIH, et pour les services de dépistage communautaires où les résultats peuvent être confirmés dans un autre établissement.

Dans le cadre d'un système qualité, les différents types de registres requis sont les suivants :

- registres du patient ;
 - o specimen request forms
 - o formulaires de demande d'échantillon(s) ;

- o journal de laboratoire/registre de dépistage :³ identifie la personne se faisant dépister (identifiant patient/client, nom [facultatif], date de naissance [facultatif]) ; les tests utilisés (avec numéros de lot et dates de péremption) ; les résultats pour chaque test ; la date du test ; le nom de l'utilisateur ; et les résultats du CQ ;
- o rapport sur le statut VIH tel que donné à la personne ;
- o copies de la fiche d'orientation pour refaire le test ou pour d'autres services post-test, y compris les services de prévention ;
- registres spécifiques du site ;
 - o modes opératoires normalisés ;
 - o manuel de qualité ;
 - o registre de formation du personnel et autres dossiers du personnel ;
 - o rapports d'audits internes et externes ;
 - o registres de non-conformité et de plaintes ainsi que les résultats du CQ/de l'EEQ, avec mesures prises ; et
 - o registres de maintenance de l'équipement, registres de température et grilles d'inventaire.

Mise en œuvre

- S'assurer qu'il existe des modes opératoires normalisés pour toutes les procédures, notamment en ce qui concerne la collecte et le traitement des échantillons, les algorithmes de dépistage et toutes les procédures de tests, avec le CQ et rapport final (conformément à un algorithme de dépistage validé).
- Établir des rapports de maintenance de l'équipement et de relevés de températures pour les réfrigérateurs, les congélateurs et la pièce où sont effectués les tests.
- Tenir un journal de laboratoire, des registres de dépistage et des formulaires utilisés pour enregistrer les résultats de dépistage.

9.3.8 Gestion des problèmes

La gestion des problèmes fait référence aux processus pour détecter et enregistrer les non-conformités puis mettre en œuvre toute action corrective nécessaire. Une **non-conformité indique un mauvais fonctionnement**, à savoir, un problème est survenu et doit être réglé. La non-conformité peut être l'absence ou le non-respect de processus ou procédures consignées par écrit.

Les sources de données suivantes peuvent être utilisées pour vérifier l'existence d'éventuelles non-conformités :

- rapports d'audits internes ;
- rapports de visites de supervision ;
- audits de qualité des données ;
- données de CQ, avec notamment les taux de résultats non valides plus élevés que prévu ;
- résultats des programmes d'EEQ (tests de compétences)
- taux plus élevé que prévu (> 5 %) de résultats discordants pour les patients qui reviennent pour refaire le test.

³ Pour un exemple de journal de laboratoire/registre de dépistage normalisé, voir le document Improving the quality of HIV-related point-of-care testing: ensuring reliability and accuracy of test results (<https://www.who.int/hiv/pub/toolkits/handbook-point-of-care-testing/en/>) ;

Mise en œuvre

- Mettre en place un système pour surveiller et détecter en continu les problèmes de qualité ou les problèmes de produits, puis identifier la cause sous-jacente et mettre en place une action correctrice et préventive.
- Mettre en place un formulaire de plainte pour les problèmes de produit.
- Pour identifier la non-conformité, surveiller régulièrement les indicateurs comme les délais de rendu des résultats pour chaque test, les délais de rendu pour le rapport final de dépistage, le taux de résultats divergents, le taux de résultats non valides, le taux de refus des échantillons, le taux de rupture de stocks de kits de tests, le taux de rupture de stocks de fournitures et la fréquence de péremption des kits de tests.

9.3.9 Évaluation

Les services de dépistage doivent effectuer des évaluations internes et externes pour garantir la qualité des tests. La première prend généralement la forme d'un **audit interne**, effectué par le superviseur du site ou par une équipe locale de gestion de la santé, qui observe les pratiques de dépistage au moins une fois par an mais de préférence tous les trois à six mois. Pour certaines tâches, un audit interne peut être effectué par un autre membre du personnel qui ne le fait pas habituellement mais connaît assez bien le processus pour s'en charger. Cela est étroitement lié aux activités d'assurance qualité comme la supervision de soutien et l'encadrement continu du personnel. Dans le cadre de l'évaluation, l'observation des procédures de dépistage est utile pour prioriser les domaines à améliorer.

Les services de dépistage doivent participer à l'EEQ, si disponible, car cela donne aux patients l'assurance que les tests sont effectués avec précision, que les résultats sont reproductibles et que les erreurs sont détectées et corrigées. Les **programmes d'EEQ** (également appelés tests de compétences) consistent notamment à faire suivre de mesures correctives tout résultat d'EEQ inacceptable.

Il est recommandé de refaire le test pour toutes les personnes nouvellement diagnostiquées séropositives ; cela doit être effectué avant l'instauration du TAR. Le Chapitre 8 donne de plus amples détails sur les méthodes pour refaire le test.

Une autre forme d'évaluation externe est l'accréditation des sites de dépistage (aussi appelée enregistrement ou certification) par un organisme de certification externe (voir la section 9.2.6).

Mise en œuvre

Encadré 9.6. Pour l'EEQ, l'utilisation de tests effectués sur des taches de sang séché n'est pas recommandée.

La revérification par la technique des taches de sang séché (TSS) comme mécanisme d'EEQ n'est plus recommandée, compte tenu de la recommandation de refaire le test pour toutes les personnes VIH positives avant de débiter le TAR.

- Toutes les personnes nouvellement diagnostiquées séropositives doivent **refaire le test** avant l'instauration du TAR.
- Tous les sites de dépistage (dans les établissements et dans la communauté) doivent participer à des **programmes d'EEQ**.
- Tous les sites de dépistage doivent bénéficier d'un soutien au moyen d'une **supervision sur le terrain**.
- Tous les sites de dépistage doivent être **accrédités conformément aux directives nationales**.

9.3.10 Amélioration des processus

Les services de dépistage doivent identifier les domaines à améliorer, planifier et entreprendre les améliorations et évaluer leurs effets. En fonction de l'amélioration suggérée, les programmes peuvent améliorer les processus au niveau du site ou à l'échelle locale ou nationale. Les facteurs locaux, qui ne sont pas toujours prévus au niveau national, peuvent définir les améliorations à apporter au niveau du site comme la modification des horaires d'ouverture ou du flux de patients. Les programmes peuvent s'appuyer sur les données des audits internes, la participation aux programmes d'EEQ et la supervision de soutien effectuée sur le terrain pour améliorer les processus de dépistage.

Une **mesure corrective** est une action menée pour corriger un problème, éliminer sa cause sous-jacente, ou limiter ou empêcher sa résurgence. Une **mesure préventive** est une action menée pour éviter un éventuel problème ou réduire la probabilité qu'il se reproduise, et se rapporte en général au problème ayant fait l'objet de la correction. Les données des activités de CQ et d'EEQ et le contrôle des processus peuvent orienter les mesures correctives et préventives dans le cadre de l'amélioration continue des processus.

La gestion des processus est étroitement liée aux activités associées à la gestion des problèmes.

Mise en œuvre

- Les responsables de sites doivent **identifier en amont les possibilités** d'amélioration et les relayer au niveau de gestion supérieur pour une mise en œuvre plus étendue.

9.3.11 Services aux patients/clients

Les programmes doivent faire en sorte que les patients/clients soient satisfaits des services de dépistage. Cela inclut à la fois les clients dits internes, comme les médecins, les infirmiers, les conseillers et autres agents de santé et les clients externes (patients), comme les personnes se faisant dépister, les organisations de la société civile et les organismes de réglementation. Garantir la satisfaction des clients signifie répondre à leurs attentes de qualité et, surtout, communiquer des **résultats fiables rapidement**.

Le développement du personnel de santé doit tenir compte de la diversité pour répondre aux besoins et aux attentes des patients. Les populations clés peuvent avoir des besoins spécifiques et réagir de façon plus positive aux services utilisant une approche non discriminatoire ou non stigmatisante. Ainsi, la formation et la sensibilisation du personnel de santé peuvent permettre d'améliorer l'inclusion et les attitudes envers les populations clés. De plus, protéger la confidentialité au sein de la structure de dépistage et dans la tenue des dossiers constitue un facteur essentiel.

Mise en œuvre

- Obtenir des avis de patients, notamment par des entretiens de sortie réguliers. Les avis peuvent porter sur des aspects tels que la flexibilité des horaires d'ouverture, la convivialité du lieu de dépistage et la satisfaction par rapport au conseil post-test.
- Mettre en place une boîte à suggestions à l'intention des clients pour transmettre des commentaires anonymes, notamment plaintes et encouragements.

9.3.12 Bâtiments et sécurité

Il est important que les structures de dépistage soient bien conçues et entretenues. Le site de dépistage ainsi que l'endroit où sont dispensés les conseils, où les échantillons sont prélevés et où le test est effectué, doivent être propres et confortables, suffisamment éclairés (pour les tests à lecture visuelle) et exempts de tout danger potentiel.

Il est impératif de suivre les recommandations du fabricant du test relatives à la température ambiante des zones où s'effectue le dépistage. Dans la mesure du possible, les tests doivent être effectués dans des zones à température contrôlée, comportant un équipement adapté pour **l'élimination des déchets** biologiques (infectieux et non infectieux) et chimiques, des papiers et des instruments pointus ou tranchants. De l'eau (courante ou non) et une bonne ventilation doivent être disponibles en cas de blessure et pour réduire la propagation des infections à transmission aérienne comme la tuberculose.

Les établissements doivent être organisés de façon à **protéger la confidentialité des patients**, avec notamment une salle d'attente séparée pour les personnes ayant besoin de tests supplémentaires, car le temps qu'une personne reste dans la même salle d'attente ou la fréquence à laquelle elle part et revient peut supposer un certain résultat de test.

Il est essentiel d'éviter tout préjudice à un patient, un prestataire de dépistage du VIH ou une autre personne sur le site de dépistage. Cela signifie que l'ensemble du personnel doit s'efforcer de **maintenir un environnement de travail sécuritaire** par la mise en place des procédures nécessaires. Ces procédures sont notamment les précautions universelles (c.-à-d. partir du principe que tous les échantillons sont potentiellement infectieux), la prévention et/ou la réaction aux blessures par piqûre d'aiguille ou autres expositions professionnelles, la sécurité chimique et biologique, le confinement des écoulements, l'élimination des déchets et l'utilisation d'un équipement de protection individuelle.

Pour le dépistage du VIH effectué hors d'un établissement, les programmes doivent s'assurer que les prestataires puissent effectuer le test sans danger pour eux-mêmes et pour les patients. Les prestataires doivent suivre les précautions universelles et les procédures appropriées d'élimination des déchets et mettre tout en œuvre pour protéger la confidentialité et la vie privée des patients.

Mise en œuvre

- L'ensemble du personnel doit être formé aux mesures de sécurité biologique et chimique.
- Un membre du personnel sur chaque site de dépistage doit être désigné pour veiller à la sécurité.

9.4 Amélioration de la qualité pour le dépistage du VIH

L'assurance de la qualité n'est pas une activité ponctuelle. Les prestataires et responsables du dépistage doivent surveiller et évaluer en permanence leur programme et améliorer la qualité des services. Afin de maintenir un système de gestion de la qualité cohérent et opérationnel qui réponde aux préoccupations des établissements et

de la communauté, au niveau national et infranational, toutes les parties prenantes doivent être impliquées à chaque niveau pour surveiller la qualité et procéder à des améliorations. Les pays à revenu faible et intermédiaire ont appliqué différentes méthodes d'AQ dans le domaine des soins de santé ces vingt dernières années. La méthode à utiliser pour les services de dépistage du VIH dépendra du contexte du pays, de l'engagement des responsables politiques et des administrateurs de programmes ainsi que de la complexité des problèmes à résoudre.

L'OMS soutient la mise en œuvre de SDV de haute qualité et fournit des orientations pour sélectionner des mesures de services de haute qualité. Des exemples de gestion de la qualité des SDV dans les pays à revenu faible et intermédiaire figurent dans la note d'orientation de l'OMS intitulée *Maintaining and improving quality of care within HIV clinical services (19)* (en anglais).

Encadré 9.7. Lectures complémentaires sur l'assurance qualité en rapport avec les services de dépistage du VIH

- **Système de gestion de la qualité au laboratoire : manuel.** Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2011 (<https://www.who.int/ihr/publications/lqms/fr/>).
- **Outil de mise en œuvre par étape du système de gestion de la qualité au laboratoire.** Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2011 (https://www.who.int/ihr/lyon/hls_lqsi/fr/).
- **Improving the quality of HIV-related point-of-care testing:** ensuring the reliability and accuracy of test results. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015. (<https://www.who.int/hiv/pub/toolkits/handbook-point-of-care-testing/en/>).
- **Manuel pour améliorer les services de conseil et de dépistage du VIH.** Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2010 (<https://www.who.int/hiv/pub/vct/9789241500463/fr/>).
- **Guidance for Development of National Laboratory Strategic Plans.** Brazzaville : Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique, Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique, Association of Public Health Laboratories des États-Unis d'Amérique (https://www.finddx.org/wp-content/uploads/2016/03/WHO-CDC-APHL-2010_Guidance-for-Development-of-National-Lab-Strategic-Plans.pdf)
- **Lignes directrices pour l'achat de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro et articles et équipements de laboratoire connexes.** Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (http://www.who.int/diagnostics_laboratory/170901_french_manual_for_procurement_2nd_edition.pdf)
- **Surveillance post-commercialisation des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro.** Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258534/9789242509212-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>)

References

1. Integrated HIV program report January–March 2014. Lilongwe: Government of Malawi Ministry of Health; 2014.
2. Johnson C, Sands A, Fonner V, Tsui S, Wong V, Obermeyer C, et al. Are we delivering the wrong results?: examining misclassification of HIV status and false positive test results. *African Society of Laboratory Medicine*, Cape Town, South Africa; 30 Nov–5 Dec 2014.
3. Klarkowski D, Glass K, O'Brien D, Lokuge K, Piriou E, Shanks L. Variation in specificity of HIV rapid diagnostic tests over place and time: an analysis of discordancy data using a Bayesian approach. *PLoS One*. 2013;8(11):e81656.
4. Klarkowski DB, Wazome JM, Lokuge KM, Shanks L, Mills CF, O'Brien DP. The evaluation of a rapid in situ HIV confirmation test in a programme with a high failure rate of the WHO HIV two-test diagnostic algorithm. *PLoS One*. 2009;4(2):e4351.
5. Shanks L, Klarkowski D, O'Brien DP. False positive HIV diagnoses in resource limited settings: operational lessons learned for HIV programmes. *PLoS One*. 2013;8(3):e59906.
6. Shanks L, Siddiqui MR, Kliescikova J, Pearce N, Ariti C, Muluneh L, et al. Evaluation of HIV testing algorithms in Ethiopia: the role of the tie-breaker algorithm and weakly reacting test lines in contributing to a high rate of false positive HIV diagnoses. *BMC Infect Dis*. 2015;15:39.
7. Johnson C, Fonner V, Sands A, Ford N, Obermeyer C, Tsui S, et al. To err is human, to correct is public health: a systematic review examining poor quality testing and misdiagnosis of HIV status. *Journal of the International AIDS Society*. 2017;20(Suppl 6):21755.
8. Lali W, Guma G, Awongo P, Akol Z, Kajumbula H, Namupijja P. Challenges of implementation of integrated national laboratory quality improvement in Uganda. 18th International AIDS Conference, Vienna, Austria; 18-23 July 2008.
9. International Organization for Standardization. *Quality management systems - requirements* Geneva: ISO; 2015.
10. Ondoa P. National laboratory policies and plans in sub-Saharan African countries: gaps and opportunities. *Afr J Lab Med*. 2017;6(1):578.
11. P.C. Gaspar RAC, A.F. Pires, J.B. Alonso Neto, M.V. Martins, D.C. Soares, L.M.B.B. Parucker, A.S. Benzaken., editor Distance learning course about rapid test for healthcare professionals as an strategy to increase access to HIV diagnosis in Brazil. 22nd International AIDS Conference; 2018; Amsterdam.
12. Overview of the prequalification of in vitro diagnostics assessment Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259403/WHO-EMP-RHT-PQT-2017.02-eng.pdf;jsessionid=387D24F53BDCAA88F4DBA8BFD1B8DBF1>, accessed 2 Sept 2019).
13. Post-market surveillance of in-vitro diagnostics. Geneva: World Health Organization; 2015, (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255576/9789241509213-eng.pdf>, accessed 2 Sept 2019).
14. User complaint form for reporting problems and/or adverse events related to diagnostic products Geneva: World Health Organization; 2011 (https://www.who.int/diagnostics_laboratory/procurement/111121_user_complaint_form_for_adverse_events_and_product_problems_reporting_english.pdf, accessed 2 Sept 2019).
15. Guidance for procurement of in vitro diagnostics and related laboratory items and equipment. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255577/9789241512558-eng.pdf>, accessed 3 Sept 2019).
16. Development of a national laboratory strategic plan – best practices document and facilitators' guide. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/laboratory-services/publications/development-of-a-national-laboratory-strategic-plan.-best-practices-document-and-facilitators-guide-2017>, accessed 2 Sept 2019).
17. HIV assays operational characteristics: HIV rapid diagnostic tests (detection of HIV-1/2 antibodies): report 17. Geneva: World Health Organization; 2013 (<https://www.who.int/hiv/pub/vct/rapid-diagnosis-tests-report17/en/>, accessed 2 Sept 2019).
18. HIV assays: laboratory performance and other operational characteristics rapid diagnostic tests (combined detection of HIV-1/2 antibodies and discriminatory detection of HIV-1 and HIV-2 antibodies): report 18. Geneva: World Health Organization; 2015, (https://www.who.int/diagnostics_laboratory/publications/15032_hiv_assay_report18.pdf, accessed 2 Sept 2019).
19. Maintaining and improving quality of care within HIV clinical services, policy brief. Geneva: World Health Organization; 2019, 2 Sept 2019 (<https://www.who.int/hiv/pub/arv/quality-care-hiv-services/en/>, accessed 2 Sept 2019).

GLOSSAIRE

Algorithme de dépistage : produits spécifiques utilisés dans le cadre d'une stratégie de dépistage. Ces produits sont définis par un nom de produit, un ou plusieurs codes produit, un site de fabrication et une version réglementaire. L'algorithme de dépistage est susceptible de changer en fonction des produits spécifiques achetés et dont l'utilisation conjointe est validée.

Amélioration de la qualité : processus qui consiste à proposer des solutions pour améliorer la qualité et la fiabilité et, par conséquent, augmenter la satisfaction des patients/utilisateurs. À cet égard, le cycle « planifier / réaliser / vérifier / agir » est utile.

Analyte : substance ou composant chimique qui est analysé, faisant généralement référence à un composant de sang ou d'un autre liquide organique. Dans le contexte du VIH, les analytes incluent l'antigène p24 du VIH et les anticorps anti VIH 1/2.

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.

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

Autodépistage 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 kit d'autotest du VIH.

Autodépistage du VIH non assisté : 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 (comme une permanence téléphonique ou des vidéos d'instruction) peuvent être fournis aux utilisateurs.

Confirmer : confirmation d'un résultat de dépistage initialement réactif (positif), y compris en cas d'utilisation d'un autotest, en utilisant un ou plusieurs autres tests.

Contrôle de la qualité (CQ) : vérifie que le produit satisfait aux exigences de qualité. C'est un mécanisme qui permet d'identifier les défauts au niveau des produits et de rejeter formellement un produit défectueux.

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

Décentralisation : processus consistant à déléguer ou transférer d'importants pouvoirs et ressources du ministère central de la santé à d'autres organismes ou à des bureaux extérieurs du

ministère à d'autres niveaux du système de santé (province, région, district, sous-district, poste de soins de santé primaires et communauté).

Dépistage du VIH en fonction des maladies indicatrices : approche ciblée pour tester les personnes plus susceptibles d'être infectées par le VIH, identifiées par des maladies indicatrices, comme le lymphome, la néoplasie cervicale ou anale et le zona (herpès zoster). Ces maladies sont plus fréquentes chez les personnes infectées par le VIH que chez celles qui ne le sont pas, soit parce qu'elles ont un mode de transmission commun à celui du VIH soit parce que leur occurrence est facilitée par l'immunodéficience caractéristique associée à l'infection à VIH.

Dépistage du VIH qui s'appuie sur les réseaux sociaux : approche qui s'inscrit dans le cadre des services aux partenaires, dans laquelle un prestataire de soins formé demande aux personnes vivant avec le VIH ou à celles qui sont séronégatives et à risque persistant de contracter le virus d'encourager et d'inviter des personnes issues de leurs réseaux sociaux et de partenaires sexuels ou d'injection de drogues à se soumettre au dépistage volontaire du VIH. Le terme « réseau social » signifie un groupe de personnes reliées entre elles par un ensemble commun de relations, et comprend souvent des contacts sociaux ainsi que des partenaires sexuels et partenaires d'injection de drogues.

Dépistage indicateur (souvent aussi appelé test de dépistage chez les cas indicateurs, patients indicateurs ou partenaires indicateurs) : 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, voir les définitions des termes Notification par le prestataire et Services aux partenaires.

Diagnostic précoce chez le nourrisson : dépistage des nourrissons pour déterminer leur statut VIH, compte tenu du fait que le VIH peut être contracté in utero (pendant la grossesse), pendant l'accouchement, après l'accouchement (par l'allaitement) ou par une exposition parentérale.

Dispositif médical de diagnostic in vitro (DMDIV) : 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. Les DMDIV comprennent les réactifs, calibreurs, matériels de contrôle, conteneurs à échantillons, logiciels et instruments ou appareils connexes ainsi que d'autres articles, et peuvent par exemple être utilisés 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, travailleurs du sexe, personnes transgenres, consommateurs de drogues par injection ou personnes privées de liberté ou vivant dans des environnements confinés), mais n'est pas bien établie dans la population générale. Ce type d'épidémie indique la présence de réseaux actifs de personnes ayant des comportements à haut risque au sein de la sous-population concernée. L'évolution de l'épidémie dépend de la nature et de l'étendue des liens existant entre les sous-populations à forte prévalence de 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.

Évaluation externe de la qualité : comparaison entre laboratoires pour déterminer si le service de dépistage du VIH est en mesure de donner des résultats de tests et un diagnostic corrects.

Fausse réactivité : incapacité à confirmer un échantillon initialement réactif en répétant le test du même échantillon avec le même produit ou un autre produit.

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 séroconversion.

Immunodosage : toute méthode de détection d'une substance ou d'un antigène qui utilise un anticorps réactif pour la substance ou l'antigène donnés.

Infection aiguë : période se situant entre le moment où une personne est infectée par le VIH et le moment où les anticorps anti-VIH peuvent être détectés par un test sérologique.

Information avant le dépistage : dialogue concis engagé avec les patients, le plus souvent par un prestataire non professionnel ou un agent de santé, pour leur communiquer des informations exactes avant la réalisation d'un test de dépistage du VIH.

Intégration : fourniture de services connexes dans une seule structure (co-localisation), mais aussi partage des services et des ressources de différents domaines de la prestation de services de santé. Dans le contexte du VIH, cela peut inclure la fourniture de services de dépistage, de prévention, de traitement et de soins du VIH aux côtés d'autres services de santé, comme ceux axés sur la tuberculose, les infections sexuellement transmissibles (IST) ou l'hépatite B/C, les soins prénatals (SPN), la contraception et d'autres services de planification familiale ainsi que le dépistage et les soins pour d'autres conditions, y compris les maladies non transmissibles.

Notification contractuelle : méthode de notification assistée 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 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, ce dernier contacte les partenaires directement pour leur proposer un dépistage volontaire.

Notification double : méthode de notification assistée 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 (anciennement « notification assistée aux partenaires » ou « dépistage indicateur ») : situation dans laquelle, avec le consentement d'un patient séropositif, un prestataire formé facilite la divulgation du statut VIH aux partenaires sexuels et/ou d'injection de drogues ou les informe de manière anonyme de leur exposition potentielle au VIH. Le prestataire leur propose ensuite un dépistage volontaire du VIH. Le prestataire peut contacter les partenaires par téléphone, par e-mail ou en personne et leur proposer des SDV à domicile, ou les inviter à se rendre dans un établissement de santé pour recourir à ces services.

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.

Notification passive améliorée : service dans le cadre duquel un prestataire formé utilise des outils de soutien pour encourager les patients séropositifs à divulguer eux-mêmes leur statut à leurs partenaires, et à suggérer à ces derniers de se faire dépister pour le VIH. Ces outils peuvent

inclure des informations écrites, des dépliants et une fiche ou carte de notification à l'intention du ou des partenaires, l'utilisation de plateformes de messagerie Web pour informer les partenaires de manière anonyme, ainsi que la fourniture de kits d'autotest du VIH aux patients séropositifs pour que leurs partenaires puissent faire le dépistage eux-mêmes. Voir également Services aux partenaires.

Partage des tâches : redistribution rationnelle des tâches entre des prestataires de soins de santé ayant reçu une formation longue et d'autres ayant reçu une formation plus courte, comme les prestataires non professionnels formés.

Phase d'éclipse : période se situant entre l'infection par le VIH et la détection des marqueurs virologiques, comme l'ADN/ARN de VIH ou l'antigène p24 de VIH.

Plan stratégique : document ou ensemble d'actions prévues dont le but est de concrétiser une politique en menant des activités planifiées avec des objectifs stratégiques, généralement valables pendant un an en termes de cycle budgétaire.

Point chaud : petite zone, au sein d'une région géographique plus vaste, où la prévalence ou l'incidence du VIH est élevée.

Politique : Une déclaration institutionnelle dont l'objectif est de guider l'action d'une institution ou d'un secteur dans un domaine particulier.

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 ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, consommateurs de drogues par injection, personnes privées de liberté ou vivant dans des environnements confinés, 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 non professionnel : 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.

Réactivité croisée : certaines fausses réactivités sont dues spécifiquement à la présence d'un autre pathogène pouvant avoir des propriétés similaires. Il existe par exemple une réactivité croisée entre le VIH-1 et le VIH-2.

Refaire le test : réalisation d'un nouveau test de dépistage sur un deuxième échantillon provenant de la même personne, en suivant le même algorithme de test, en guise d'étape d'assurance qualité. Il ne s'agit pas d'un test concomitant.

Rendement : nombre d'échantillons par heure et par opérateur pouvant être traités avec un test ; volume de patients passant par un établissement, un laboratoire ou une structure communautaire.

Répéter le test : 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 divergents 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, sur le même échantillon.

Résultat de test de dépistage du VIH : résultat obtenu à l'aide d'un test unique avec un type d'analyse donné.

Résultat de test non réactif : résultat qui ne donne pas de réaction indiquant la présence d'un analyte ; dans le contexte du VIH, il s'agit de l'antigène p24 du VIH-1 ou des anticorps anti-VIH-1/2.

Résultat de test réactif : résultat qui donne une réaction indiquant la présence d'un analyte ; dans le contexte du VIH, il s'agit de l'antigène p24 du VIH-1 ou des anticorps anti-VIH-1/2.

Résultats de test divergents : situation dans laquelle les résultats de deux tests de dépistage, ou plus, ne concordent pas. Par exemple, le test de première intention est réactif, mais le test de deuxième intention est non réactif.

Sensibilité : probabilité qu'un test/algorithmes 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.

Sensibilité analytique : plus petite quantité d'analyte (anticorps et/ou antigène) pouvant être détectée avec précision par un test, y compris la détection de différents sous-types comme le VIH-1 groupe O.

Sensibilité de séroconversion : capacité d'un test de dépistage à détecter l'infection à VIH pendant la période de séroconversion, c'est-à-dire à mesure que les anticorps anti-VIH-1/2 augmentent et pendant leur commutation d'IgM en IgG.

Sensibilité diagnostique : pourcentage de personnes infectées par le VIH qui sont identifiées comme séropositives par le test (ou l'algorithmes de dépistage).

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 aux partenaires (parfois appelé divulgation, recherche des contacts, dépistage indicateur ou notification aux partenaires) : 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. Les services aux partenaires utilisent la notification par le prestataire ou la notification passive.

Services de dépistage du VIH : terme qui englobe le dépistage du VIH ainsi que toute la gamme des services connexes devant être dispensés avec le dépistage, notamment le conseil (brèves informations données avant le test et conseils post-test), la liaison avec les services appropriés de prévention, de soins et de traitement de l'infection à VIH et d'autres services cliniques et de soutien ; et la coordination avec les services de laboratoire pour favoriser l'assurance de la qualité.

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

Spécificité analytique : la capacité d'un test à identifier l'analyte concerné comme distinct des autres, et donc à exclure une fausse réactivité. Il est impératif de bien comprendre la fausse réactivité, et en particulier la réactivité croisée, pour développer des algorithmes de dépistage précis.

Spécificité diagnostique : pourcentage de personnes non infectées par le VIH qui sont identifiées comme séronégatives par le test (ou l'algorithmes de dépistage).

Statut non concluant : incapacité de la stratégie de dépistage à fournir un résultat séropositif ou séronégatif pour l'infection à VIH. Ceci est différent des résultats de test divergents.

Statut sérologique au regard du VIH (statut 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 spécifique, comme le dépistage ou le diagnostic d'une infection.

Surveillance biologique : collecte et utilisation de marqueurs biologiques aux fins de surveillance – dans ce contexte, les systèmes de surveillance du VIH. Ce terme remplace le terme « sérosurveillance » car des prélèvements biologiques autres que le sérum sont de plus en plus régulièrement utilisés.

Surveillance sentinelle : type de surveillance qui menée dans des sites sélectionnés auprès de populations d'intérêt particulier ou qui peut fournir des approximations de la prévalence pour une population plus vaste, par exemple dans les cliniques de soins prénatals.

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.

Taux de séropositivité : pourcentage des personnes qui se font dépister pour le VIH dont le statut est déterminé comme séropositif. Ce taux indique le degré d'efficacité des SDV.

Test (synonyme de « kit de test ») : dans le contexte du VIH, toutes les composantes d'un kit de test utilisé pour identifier l'antigène p24 du VIH ou les anticorps dirigés contre le VIH-1/2.

Test à des fins de triage : lorsqu'un prestataire de test formé et bien soutenu (prestataire non professionnel ou agent de santé communautaire, par exemple) procède à un seul TDR du VIH, plutôt qu'à l'intégralité de l'algorithme de dépistage, et que les personnes dont le résultat est réactif pour le VIH sont renvoyées vers un établissement de santé pour des tests supplémentaires afin de confirmer leur statut 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 des acides nucléiques (également appelé technologie moléculaire, comme la réaction de polymérisation en chaîne [PCR] ou l'amplification de séquences d'acides nucléiques [NASBA]) : Ce type de test peut détecter de très petites quantités d'acide nucléique viral, à savoir l'ARN, l'ADN ou l'ANT, qualitativement et quantitativement.

Test multi-analyte : utilisation de la même plateforme pour tester différents analytes avec différents jeux de réactifs, en utilisant habituellement plusieurs échantillons. Semblable au test multiplex.

Test multiplex : tester un seul échantillon pour plus d'un analyte avec un dispositif de test – par exemple, un seul dispositif de test qui détecte les anticorps anti-VIH-1/2 et les anticorps dirigés contre *Treponema pallidum* (syphilis).

Test sérologique : test qui détecte la présence d'anticorps dans des échantillons humains. Ce type de test est en général réalisé à partir d'échantillons de sérum ou de plasma, mais aussi de sang total capillaire/veineux ou de salive. En exemple, on citera le test de diagnostic rapide, l'immunodosage et certains tests complémentaires.

Tests de confirmation : utilisation d'un test qui confirme définitivement le statut sérologique d'une personne comme étant séropositif ou séronégatif. Les tests supplémentaires sont parfois appelés à tort des tests de confirmation. Il existe très peu de tests de dépistage du VIH pouvant exclure définitivement l'infection à VIH (statut séronégatif).

Tests supplémentaires : analyses supplémentaires effectuées avec un autre test ou ensemble de tests dans le but d'obtenir plus d'informations pour déterminer le statut VIH.

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.

Vérification : confirmation, par la fourniture de données objectives, que les exigences spécifiées ont été remplies.

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.





Pour plus d'informations :

Organisation mondiale de la Santé
Département de lutte contre le VIH/sida
20, avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

Courriel : hiv-aids@who.int

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

