



L'offre systématique du dépistage du VIH dans les contextes de soins primaires : Un examen des données probantes

par Logan Broecker et Laurel Challacombe

L'offre systématique d'un test de dépistage du VIH (dépistage de routine) est la pratique qui consiste à proposer automatiquement un test de dépistage du VIH à tous les patients lorsqu'ils viennent chercher des soins de santé, sans égard à leurs facteurs de risque connus ou à la présence éventuelle de symptômes de l'infection au VIH. Le dépistage de routine du VIH a pour objectif d'accroître le nombre de personnes se faisant tester, de favoriser le diagnostic de l'infection au VIH et de diriger les personnes diagnostiquées séropositives vers des services cliniques.

Un service de dépistage de routine du VIH peut être mis sur pied dans n'importe quel contexte de soins de santé. Le présent texte décrit en détail des programmes de dépistage de routine établis dans des contextes de soins primaires, tels que les centres de santé communautaire (CSC ou CLSC au Québec) et les cliniques de santé sexuelle.

Un mot à propos du langage utilisé dans ce texte

Nous utilisons de façon interchangeable les termes *offre systématique du dépistage du VIH* et *dépistage de routine du VIH* tout en reconnaissant que les patients devraient seulement être testés après avoir donné leur consentement explicite, éclairé et volontaire.

Nous utilisons autant le terme *offre* en rapport avec les programmes *opt-in* qu'en rapport avec les programmes *opt-out* lorsque les patients se font proposer un test de dépistage.

Nous utilisons le terme *acceptation* lorsque les patients des programmes *opt-in* consentent au dépistage et que les patients des programmes *opt-out* ne refusent pas le dépistage.

Les termes anglais courants *opt-in* et *opt-out* sont utilisés par souci de simplicité.

Quelles sont les conclusions de cet examen des données probantes?

Nous avons examiné les données scientifiques disponibles afin de déterminer si le dépistage de routine du VIH dans les contextes de soins primaires améliorerait les résultats du dépistage du VIH. En ce qui concerne leur nature concluante, les données probantes ont été :

- **Modérées quant à savoir si les patients se font proposer un dépistage du VIH dans le cadre des programmes de dépistage de routine.** Bien que la majorité des études ait révélé des taux d'offre systématique de 75 % ou plus dans divers contextes de soins primaires, les taux d'offre allaient de 9 % à 96 %. De façon générale, les taux d'offre plus élevés coïncidaient avec une approche de dépistage de routine *opt-out* (dépistage systématique avec option de retrait).
- **Modérées quant à savoir si les patients acceptent de se faire tester pour le VIH lorsque l'offre est faite dans le cadre des programmes de dépistage de routine.** Les taux d'acceptation du dépistage du VIH allaient de 35 % à 89 %.
- **Modérées quant à savoir si les programmes de dépistage de routine font en sorte que les patients reçoivent un test de dépistage et que le nombre absolu de tests effectués augmente.** Les taux de dépistage des patients allaient de 11 % à 90 %. Toutes les études qui ont cherché à déterminer si le nombre absolu de dépistages effectués augmentait ont permis de constater une hausse par rapport à une période précédant la mise sur pied du programme de dépistage de routine.
- **Fortes quant à savoir si les programmes de dépistage de routine permettent l'obtention de taux de diagnostic de séropositivité dépassant le seuil de rentabilité de 0,1 %.** Dans les contextes de soins primaires, les taux de séropositivité allaient de 0 % à 2 %, la vaste majorité des études ayant révélé des taux supérieurs à 0,1 %.
- **Modérées quant à savoir si les personnes diagnostiquées séropositives dans le cadre des programmes de dépistage de routine sont orientées vers un service de soins.** Entre 77 % et 100 % des personnes diagnostiquées séropositives ont été orientées vers un service de soins pour le VIH.

Tableau sommaire : Données probantes appuyant l'offre systématique du dépistage du VIH

	Fortes	Modérées	Limitées	Mixtes
Offre d'un test de dépistage du VIH		X		
Acceptation du test de dépistage du VIH		X		
Test de dépistage du VIH effectué		X		
Taux de séropositivité au VIH au-dessus du seuil de rentabilité	X			
Orientation vers des soins		X		

L'examen des données nous a également permis de reconnaître les facteurs qui facilitaient l'établissement d'un programme de dépistage de routine du VIH dans les contextes de soins primaires. Les facteurs en question, qui seront discutés plus loin dans l'article, sont les suivants :

- identifier un champion pour diriger et soutenir les changements de pratique en matière de dépistage du VIH
- faire des changements de politique favorables en matière de dépistage du VIH au niveau des organismes
- adapter les processus cliniques pour faciliter le dépistage du VIH
- adapter le système du dossier médical électronique (DME) pour inciter le personnel à proposer un test de dépistage du VIH
- former le personnel sur les manières d'offrir, d'effectuer et de converser au sujet du dépistage du VIH
- développer des outils de soutien pour aider le personnel à offrir, à effectuer et à parler aux patients du dépistage du VIH
- surveiller et évaluer le programme de dépistage du VIH
- établir des liens forts avec des services cliniques spécifiques au VIH

De quoi s'agit-il dans cet examen des données probantes?

Notre examen définit le dépistage de routine et fait la distinction entre l'approche de dépistage systématique avec consentement (*opt-in*) et l'approche de dépistage systématique avec option de retrait (*opt-out*). Il cherche également à déterminer si les événements suivants ont lieu dans les contextes de soins primaires dotés de programmes de dépistage de routine :

- Les patients se font proposer systématiquement un test de dépistage du VIH.
- Les patients acceptent le dépistage lorsqu'il leur est proposé.
- Des tests de dépistage du VIH sont effectués.
- Des diagnostics de VIH sont posés (taux au-dessus du seuil de rentabilité).
- Les patients diagnostiqués séropositifs sont orientés vers des soins.

Partant de la littérature disponible, cet examen identifie aussi les facteurs qui facilitent le développement et l'administration de programmes de dépistage de routine du VIH dans les contextes de soins primaires.

Qui devrait se faire tester pour le VIH?

Il est crucial que le diagnostic de VIH ait lieu dès l'occasion la plus précoce possible afin de maximiser les bienfaits des soins et du traitement du VIH pour la santé de la personne vivant avec le VIH. Nous savons que l'amorce précoce du traitement du VIH donne lieu à des bienfaits considérables pour la santé.^{1,2} Des données probantes indiquent aussi que le risque de transmettre le VIH à d'autres personnes diminue considérablement lorsque les personnes vivant avec le VIH reçoivent des soins, suivent fidèlement leur traitement et maintiennent une charge virale indétectable.^{3,4,5,6,7,8,9,10,11} De fait, en ce qui concerne la transmission sexuelle, le **risque est négligeable**. Toutefois, les personnes vivant avec le VIH ne peuvent bénéficier du traitement que si elles connaissent leur statut sérologique et qu'elles reçoivent des soins.

Au Canada, notre bilan laisse à désirer en ce qui concerne le diagnostic de l'infection au VIH.^{12,13,14} Selon les estimations pour 2014 de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), un peu plus de 16 000 personnes atteintes du VIH ne sauraient pas qu'elles ont le virus.¹⁵ Cela représente 21 % de toutes les personnes vivant avec le VIH, mais la proportion varie selon la population : 18 % pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HARSAH); 20 % pour les personnes qui s'injectent des drogues; et 28 % pour les hommes et femmes hétérosexuels.¹⁶

En outre, de nombreuses personnes se font diagnostiquer tardivement dans le cours de l'infection au VIH^{17,18} parce qu'elles ont manqué plusieurs occasions de se faire diagnostiquer plus tôt dans des contextes de soins aigus, communautaires et primaires.¹⁹ Le diagnostic rapide augmente les occasions d'orienter les personnes vivant avec le VIH vers des soins et un traitement, ce qui permet de maximiser les bienfaits du traitement précoce pour la santé et la prévention.

Malgré l'importance du dépistage du VIH, de nombreuses personnes ne se sont jamais fait tester^{20,21,22} ou ne se font pas tester aussi fréquemment qu'elles le devraient.^{20,21} Cela peut être attribuable à des obstacles individuels ou structurels au dépistage, ou encore à des obstacles érigés par les professionnels de la santé. Les obstacles individuels au dépistage peuvent inclure la perception de ne pas être à risque de contracter le VIH,^{20,23} un malaise à l'idée de discuter du VIH, un manque de connaissances à l'égard du VIH,²⁰ la peur de la stigmatisation et de la discrimination,^{20,24,25} et la peur que le résultat du test ne soit pas confidentiel.^{24,26} Les professionnels de la santé peuvent également poser des obstacles au dépistage pour les raisons suivantes : certains d'entre eux ne possèdent pas les connaissances et les compétences nécessaires pour évaluer correctement les risques du patient,²⁷ et certains autres ne se sentent pas à l'aise d'offrir le dépistage.^{24,26,28,29} Enfin, les obstacles structurels au dépistage du VIH peuvent inclure l'accès inadéquat aux services de dépistage,²⁰ les contraintes temporelles et les priorités conflictuelles lors des rendez-vous médicaux,^{27,30} et le manque de ressources humaines et financières pour offrir le dépistage dans les hôpitaux et les cliniques.^{26,30}

Qu'est-ce que le dépistage de routine du VIH?

Le dépistage de routine est la pratique qui consiste à proposer systématiquement un test de dépistage du VIH aux patients lorsqu'ils viennent chercher des soins de santé, sans égard à leurs facteurs de risque connus ou à la présence éventuelle de symptômes de l'infection au VIH.

Il existe deux catégories générales de programmes de dépistage de routine du VIH :

- **Dépistage systématique avec consentement (*opt-in*)**: les patients se font offrir un test de dépistage du VIH qu'ils doivent *accepter activement* avant que le test puisse avoir lieu.
- **Dépistage systématique avec option de retrait (*opt-out*)** : les patients se font expliquer que le dépistage du VIH fait partie des soins normaux dispensés à tout le monde mais qu'ils ont le droit de le refuser. Si le patient *ne refuse pas activement* le test, on présume qu'il a donné son consentement.

L'offre systématique du dépistage du VIH fait déjà partie des pratiques de soins de santé dans certains contextes canadiens

Dans son *Guide pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH*, l'ASPC recommande que le dépistage du VIH soit normalisé pour la population générale en faisant de l'offre systématique d'un test de VIH un élément des soins médicaux de routine.³¹ Le guide ne fournit pas de recommandations spécifiques sur la fréquence nécessaire des discussions sur le dépistage entre patients et professionnels de la santé.³¹ Quant aux lignes directrices provinciales, la Colombie-Britannique et la Saskatchewan recommandent l'offre systématique du dépistage du VIH au moins tous les cinq ans pour la population générale, et plus fréquemment pour les personnes qui risquent d'être exposées au VIH de façon continue.^{19,32}

Le guide de l'ASPC recommande aussi que toutes les personnes enceintes se fassent proposer systématiquement un test de dépistage du VIH lors de leur première consultation en soins prénatals.³¹ L'offre systématique du dépistage du VIH aux personnes enceintes est également recommandée par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, ainsi que par plusieurs provinces et territoires, dont la Nouvelle-Écosse, le Québec, l'Ontario, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Yukon.^{19,33,34,35,36,37}

Le dépistage de routine du VIH est-il efficace dans le contexte des soins primaires?

Nous avons décortiqué la littérature scientifique disponible dans le but de déterminer si le dépistage de routine en soins primaires améliorerait les résultats du dépistage. Des détails concernant [notre méthodologie apparaît à la fin de ce texte](#). Les données probantes présentées ici proviennent du Canada et de régions où l'épidémie de VIH ressemble à la nôtre, telles que les États-Unis, l'Europe et l'Australie.

Nous avons évalué les données scientifiques disponibles à l'appui de chaque résultat et leur avons attribué un score (fortes, modérées, etc.). Bien que cette méthode soit flexible (dans une certaine mesure), les scores étaient fondés sur les critères suivants :

1. **Données probantes fortes** : Au moins un examen systématique, un grand nombre d'essais cliniques randomisés contrôlés et d'études quasi-expérimentales (et recherches par observation) appuient la capacité de l'intervention d'avoir un impact sur le résultat.
2. **Données probantes modérées** : Des essais randomisés contrôlés limités et/ou des études quasi-expérimentales (étayées par des recherches par observation) appuient la capacité de l'intervention d'avoir un impact sur le résultat.
3. **Données probantes limitées** : Des recherches par observation appuient la capacité de l'intervention d'avoir un impact sur le résultat.
4. **Données probantes mixtes** : Il existe à la fois des recherches qui appuient la capacité de l'intervention d'avoir un impact sur le résultat et des recherches contradictoires.
5. **Absence de données probantes** : Il n'existe aucune recherche publiée qui appuie la capacité de l'intervention d'avoir un impact sur le résultat.

Quel pourcentage de patients se font offrir systématiquement un test de dépistage du VIH en soins primaires?

La seule existence d'une politique préconisant le dépistage de routine du VIH ne garantit pas que tous les patients se fassent offrir un test. On peut constater des taux d'offre imparfaits parce que certains professionnels de la santé et professionnels alliés se sentent mal à l'aise de parler du dépistage du VIH.^{24,26,28,29} Ils pourraient aussi croire qu'ils n'ont pas assez de temps pour offrir des tests de dépistage du VIH parce qu'ils ont des priorités cliniques concurrentes durant les consultations auprès des patients.^{27,30}

Vue d'ensemble

Nous avons trouvé des données probantes modérées révélant que le dépistage de routine du VIH avait lieu dans les contextes de soins primaires où une politique sur le dépistage de routine était en vigueur. Les taux d'offre allaient de 9 % à 96 % selon une étude quasi-expérimentale³⁸ et sept études par observation.^{23,39,40,41,42,43,44} Sept études ont révélé un taux d'offre de 50 % ou plus,^{23,39,40,41,42,43} et trois études ont révélé un taux d'offre de moins de 50 %.^{42,44,45}

Bien que les données probantes soient mixtes, la majorité des études ont trouvé des taux d'offre de 75 % ou plus dans divers contextes de soins primaires dotés de politiques sur le dépistage de routine. De façon générale, les taux d'offre les plus élevés se produisaient lorsque l'approche de dépistage de routine *opt-out* était adoptée.

Données probantes

Taux d'offre de 50 % ou plus

Lors d'une étude par observation³⁹ menée entre juillet 2007 et mars 2008 dans un centre de santé communautaire (CSC) de l'arrondissement du Bronx de New York, on a examiné un programme pilote qui offrait systématiquement des dépistages *opt-out* en laboratoire aux patients de cinq internistes généraux. Ces médecins ont été choisis parce que leurs patients étaient les plus susceptibles de répondre aux critères du programme (18 ans ou plus, anglophone, non enceinte et statut VIH négatif selon les connaissances). Les tests étaient offerts par des testeurs VIH désignés et des professionnels de la santé. Sur une période de huit mois, 94 % des patients se sont fait proposer un test de dépistage du VIH.

Une étude quasi-expérimentale³⁸ a recueilli des données dans neuf CSC de New York faisant partie d'un réseau de CSC dans les arrondissements de Queens et du Bronx. Cette étude a comparé les données de base de 2010 à celles recueillies après l'introduction du dépistage de routine entre 2011 et 2013. Des tests de routine en laboratoire et des tests de dépistage rapide du VIH ont été offerts par des professionnels de la santé, les deux selon l'approche *opt-out*. De 2011 à 2013, 79 % des patients se sont fait offrir un test de dépistage du VIH. Les chercheurs n'ont pas fourni de données de base sur les taux d'offre du dépistage du VIH.

Une étude par observation⁴⁰ a examiné les taux d'offre systématique du dépistage du VIH avant et après un changement de politique en vertu duquel une approche de dépistage de routine *opt-in* a été remplacée par une approche de dépistage *opt-out* dans une clinique de santé sexuelle de Londres. Les chercheurs ont rendu compte des résultats obtenus auprès de patients considérés comme à faible risque de contracter le VIH. Le dépistage *opt-out* a été introduit dans la clinique en décembre 2003. Les auteurs n'ont pas précisé si la clinique avait recours à des tests de dépistage en laboratoire ou à des tests rapides. Sur les 300 derniers patients vus durant la période du programme *opt-in*, 83 % se sont fait offrir un test de dépistage. Lorsque le dépistage *opt-out* a été introduit, le pourcentage de patients se faisant offrir un test de dépistage du VIH a grimpé considérablement (94 %) parmi les 300 premiers patients ayant fréquenté la clinique.

Une étude par observation⁴¹ a été menée dans un CSC de la Caroline du Sud après que la clinique a commencé à offrir un service de dépistage de routine *opt-out* utilisant le test rapide du VIH en décembre 2006. Cette clinique prend soin à la fois de patients urbains et ruraux dans un secteur où la prévalence du VIH est faible. Les infirmières affectées au triage offraient le test aux patients. Sur une période de huit mois, 96 % des patients se sont fait offrir un test de dépistage du VIH.

L'équipe d'une étude par observation⁴³ a rendu compte des données découlant de l'évaluation d'une clinique de santé sexuelle de Portsmouth, au Royaume-Uni, qui utilisait une approche de dépistage de routine en laboratoire *opt-out*. Le programme de dépistage du VIH a été évalué à deux moments dans le temps, soit en 2003 et en 2004. Les dossiers des patients ont été évalués sur une période de six semaines lors de chaque évaluation. En vertu de l'approche *opt-out* en vigueur à chaque moment dans le temps, 94 % des patients se sont fait offrir un test de dépistage du VIH en 2003 et 95 % d'entre eux en 2004.

Une étude par observation⁴² a examiné les données de deux CSC qui offraient des tests de dépistage de routine du VIH en laboratoire. Des assistants médicaux avaient la responsabilité d'offrir les tests dans les deux CSC. Situé à Houston, au Texas, le premier CSC a commencé à offrir le dépistage de routine *opt-in* en juillet 2012; le deuxième CSC, situé celui-ci à Atlanta, en Géorgie, a commencé à offrir le dépistage de routine *opt-out* en juin 2012. Dans le CSC de Houston, 48 % des patients se sont fait offrir un test de dépistage du VIH entre juillet 2012 et avril 2014, comparativement à 80 % des patients du CSC d'Atlanta entre juin 2012 et avril 2014. Les auteurs de l'étude ont laissé entendre que les messages d'incitation envoyés par les dossiers médicaux électroniques (DME) étaient à l'origine de la disparité entre les sites. Dans le CSC d'Atlanta, en réponse au message d'incitation, le personnel devait indiquer explicitement si le test de VIH était accepté ou refusé avant qu'il puisse avoir accès au dossier du patient. En revanche, à Houston, le DME incitait le personnel à offrir le test mais ne les empêchait pas d'avoir accès au dossier du patient. Comparativement à la période de 12 mois qui a précédé les nouvelles approches (alors qu'on avait encore recours aux tests de dépistage fondés sur les risques ainsi qu'aux tests de dépistage de routine, selon l'endroit et la clinique), le CSC de Houston a vu le nombre de tests offerts grimper de 733 %, et le CSC d'Atlanta a connu une augmentation de 617 % du nombre de tests offerts.

Une étude par observation²³ a rendu compte de la mise sur pied d'un programme de dépistage de routine du VIH dans un CSC desservant un quartier de Philadelphie où les taux de VIH sont élevés (entre 2 % et 3 % des résidents sont séropositifs) et où l'accès aux soins de santé est limité. L'étude a été menée entre janvier 2012 et août 2014. Durant le programme pilote, des assistants médicaux offraient à la fois des tests de routine en laboratoire et des tests de dépistage rapides, les deux selon une approche *opt-out*. Sur 30 mois, 59 % des patients se sont fait offrir un test de dépistage du VIH, ce qui marque une augmentation par rapport au taux de base estimé de 5 % (évaluation fondée sur les risques).

Taux d'offre inférieurs à 50 %

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, une étude par observation⁴² a examiné les données de deux centres de santé communautaire (CSC) offrant des dépistages de routine du VIH en laboratoire. Dans le premier CSC, situé à Houston au Texas, 48 % des patients se sont fait offrir un test de dépistage du VIH, comparativement à 80 % des patients suivis dans un CSC d'Atlanta, en Géorgie.

Une étude par observation⁴⁴ menée en Caroline du Nord, en Caroline du Sud et au Mississippi a évalué les données de six CSC qui avaient ajouté à leurs services un programme de dépistage de routine du VIH *opt-out* utilisant le test rapide. Les CSC servaient des patients touchés de façon disproportionnée par le VIH. La mise sur pied du programme a commencé en décembre 2006, et tous les CSC ont soumis leurs données finales en mars 2008. Dans l'ensemble, 28 % (fourchette allant de 7 % à 50 %) des patients se sont fait offrir un test de dépistage du VIH au cours de la période de l'étude. Par rapport au nombre de personnes testées avant la mise sur pied du dépistage de routine, on a constaté une augmentation de 438 % du nombre de personnes se faisant offrir un test.

Une étude par observation⁴⁵ a été menée dans deux cliniques de soins primaires aux États-Unis en 2007. Il s'agissait d'une clinique de médecine interne et d'une clinique de médecine interne spécialisée. Les chercheurs ont fait état des résultats de la mise sur pied d'une approche de dépistage de routine du VIH *opt-in* utilisant le test rapide. Le test de dépistage du VIH était offert aux patients par des infirmières, des médecins et des assistants médicaux. En vertu de cette approche de dépistage rapide *opt-in*, seulement 9 % des patients se sont fait offrir un test dans le cadre du programme pilote de quatre mois.

Quel pourcentage des patients acceptent de passer un test lorsqu'il leur est offert?

Ce ne sont pas tous les patients qui acceptent (ou qui ne refusent pas) de passer un test de dépistage du VIH lorsqu'il est offert. Certains patients choisissent de ne pas se faire tester parce qu'ils ne se considèrent pas comme à risque;^{20,23} d'autres craignent la stigmatisation et la discrimination si le test est positif;^{20,24,25} et d'autres encore ont peur que le résultat du test ne soit pas confidentiel.^{24,26} Il arrive aussi que des patients refusent le dépistage parce qu'ils ont récemment été testés pour le VIH.^{20,39,46}

Vue d'ensemble

Il existe des données probantes modérées indiquant que les gens acceptent de se faire tester pour le VIH dans le cadre des dépistages de routine. Les taux d'acceptation du test de dépistage du VIH ont varié entre 35 % et 89 % lors d'un essai clinique contrôlé randomisé⁴⁷ et sept études par observation.^{23,29,39,40,43,45,48} Les taux d'acceptation ont atteint 50 % ou plus lors de cinq études^{29,40,43,45,48} et moins de 50 % lors des trois autres.^{23,39,47}

Données probantes

Taux d'acceptation de 50 % ou plus

Une étude par observation²⁹ a rendu compte des résultats obtenus suite à l'intégration d'un programme de dépistage de routine du VIH *opt-in* utilisant le test rapide dans les soins standards dispensés dans une clinique de planification familiale située dans un quartier diversifié à faible revenu de Philadelphie. Au cours de la période de l'étude, soit entre avril 2007 et mai 2009, le personnel de la clinique offrait un test de dépistage du VIH aux patients. Avant l'étude, le dépistage de routine du VIH était offert par un conseiller en VIH désigné dont la seule tâche consistait à offrir et à effectuer les dépistages du VIH. Les taux d'acceptation sont passés de 76 % sous le programme administré par le conseiller en VIH désigné à 89 % lorsque le personnel de la clinique a commencé à offrir systématiquement les tests.

Une étude par observation⁴⁰ a examiné les taux d'acceptation du dépistage du VIH avant et après un changement de politique en vertu duquel une approche de dépistage de routine *opt-in* a été remplacée par une approche *opt-out* dans une clinique de santé sexuelle de Londres, au Royaume-Uni. L'équipe de l'étude a rendu compte des résultats obtenus auprès des patients considérés comme à faible risque de contracter le VIH. Le dépistage *opt-out* a été introduit dans la clinique en décembre 2003. Les auteurs n'ont pas précisé pas si la clinique avait recours au dépistage en laboratoire ou au test rapide. Le taux d'acceptation est resté stable (77 % avant le changement de politique et 78 % après).

Une étude par observation⁴⁵ a été menée dans deux cliniques de soins primaires aux États-Unis en 2007. Il s'agissait d'une clinique de médecine interne et d'une clinique de médecine interne spécialisée. Les chercheurs ont fait état des résultats de la mise sur pied d'une approche de dépistage de routine du VIH *opt-in* utilisant le test rapide. Le test de dépistage du VIH était offert aux patients par des infirmières, des médecins et des assistants médicaux. Lorsqu'il était offert, le taux d'acceptation du test a été de 69 %.

Une étude par observation⁴⁸ a examiné les données d'une clinique d'infections transmissibles sexuellement (ITS) de

Phoenix, en Arizona, où un service de dépistage du VIH en laboratoire *opt-in* a été ajouté à une gamme de tests offerts systématiquement à tous les patients de la clinique par un professionnel de la santé. Sur une période de 18 mois (de juillet 2003 à décembre 2004), 68 % des patients ont accepté de se faire tester suite à l'offre d'un dépistage.

Une étude par observation⁴³ a rendu compte des données découlant de l'évaluation d'une clinique de santé sexuelle de Portsmouth, au Royaume-Uni, qui utilisait une approche de dépistage de routine en laboratoire *opt-out*. Le programme de dépistage du VIH a été évalué à deux moments dans le temps, soit en 2003 et en 2004. Les dossiers des patients ont été évalués sur une période de six semaines lors de chaque évaluation. À chaque moment dans le temps, 64 % et 65 % des patients ont accepté le test offert, respectivement.

Taux d'acceptation inférieurs à 50 %

Un essai clinique contrôlé randomisé⁴⁷ a été mené dans un secteur de Londres ayant la neuvième plus haute prévalence du VIH au Royaume-Uni. L'intervention a examiné un service de dépistage de routine rapide *opt-out* établi dans 20 cliniques de soins primaires où les tests étaient offerts par un assistant médical ou une infirmière. L'étude a trouvé que 45 % des patients dans le groupe recevant l'intervention ont accepté le test lorsqu'il a été offert. L'étude a également examiné un groupe témoin suivi dans 20 autres cliniques de soins primaires où le dépistage du VIH était offert par un professionnel de la santé dans le cadre des soins habituels (dépistage fondé sur les risques), mais les auteurs n'ont pas précisé le taux d'acceptation du dépistage dans ce groupe.

Lors d'une étude par observation³⁹ menée entre juillet 2007 et mars 2008 dans un CSC de l'arrondissement du Bronx de New York, on a examiné un programme pilote qui offrait systématiquement un dépistage *opt-out* en laboratoire aux patients de cinq internistes généraux. Ces médecins ont été choisis parce que leurs patients étaient les plus susceptibles de répondre aux critères du programme (18 ans ou plus, anglophone, non enceinte et statut VIH négatif selon les connaissances). Les tests étaient offerts par des testeurs VIH désignés et des professionnels de la santé. Sur une période de huit mois, 35 % des patients ont accepté de passer un test de dépistage du VIH lorsqu'il a été offert.

Une étude par observation²³ a rendu compte de la mise sur pied d'un programme de dépistage de routine du VIH dans un CSC desservant un quartier de Philadelphie où les taux de VIH sont élevés (entre 2 % et 3 % des résidents sont séropositifs) et où l'accès aux soins de santé est limité. L'étude a été menée entre janvier 2012 et août 2014. Durant le programme pilote, des assistants médicaux offraient à la fois des tests de routine en laboratoire et des tests de dépistage rapides, les deux selon une approche *opt-out*. Sur 30 mois, 43 % des clients ont accepté de passer le test de dépistage du VIH offert.

Taux de dépistage du VIH dans les programmes de dépistage de routine

On peut calculer les taux de dépistage de deux façons différentes :

- le nombre de tests effectués divisé par le nombre total de patients
- le nombre de tests effectués divisé par le nombre de patients se faisant offrir le test

Par souci d'uniformité, nous rendons compte ci-dessous du pourcentage de dépistages effectués auprès de l'ensemble des patients, sauf dans un cas où il n'était pas possible de faire un tel calcul. Dans le cas en question, nous rendons compte du pourcentage de patients testés à la suite de l'offre d'un dépistage.

Résumé

Il existe des données probantes modérées indiquant que les gens qui fréquentent les sites offrant des dépistages de routine acceptent l'offre et se font tester pour le VIH. Les taux de dépistage des patients ont varié de 11 % à 90 % lors de deux études quasi-expérimentales^{49,50} et neuf études par observation.^{23,40,41,42,44,50,51,52,53} Les taux de dépistage ont été de 50 % ou plus lors de quatre études^{51,52,40,41} et inférieurs à 50 % lors des six autres études.^{23,42,49,44,50,53}

Il existe des données probantes modérées indiquant que les programmes de dépistage de routine donnent lieu à une augmentation du nombre absolu de tests effectués comparativement à la période précédant la mise sur pied des programmes de dépistage de routine. L'augmentation en question va de 26 % à 249 %.^{29,42,44,49,52,53,54,55}

Données probantes

Taux de dépistage de 50 % ou plus

Lors d'une étude par observation⁵¹ menée dans une clinique ITS de Denver, au Colorado, on a examiné les données d'un programme de dépistage de routine du VIH *opt-out* recueillies au cours de quatre périodes entre 2003 et 2005. Le dépistage du VIH était offert par un assistant médical. Le dépistage en laboratoire a graduellement été remplacé par le dépistage rapide au cours de l'étude. Durant la première période, le dépistage rapide était facultatif. Lors de la quatrième période, le dépistage en laboratoire avait été complètement remplacé. Au cours de l'étude, 90 % de *tous les patients* ont été testés. Le pourcentage de patients testés au cours de chaque période n'a pas été précisé.

Une étude par observation⁵² a examiné les données de 10 cliniques de planification familiale affichant des taux élevés d'ITS et de grossesse chez les adolescentes à Houston, au Texas, entre 2011 et 2014. Les cliniques étaient situées dans des hôpitaux, des écoles et des contextes communautaires. Des professionnels de la santé offraient systématiquement des tests de dépistage rapides *opt-out* aux patients. Dans l'ensemble, 86 % de *tous les patients* qui fréquentaient les cliniques ont été testés. Le nombre absolu de dépistages du VIH effectués a augmenté de 133 % par rapport à une période comparable précédant la mise sur pied du programme de dépistage de routine.

Une étude par observation⁴¹ a été menée dans un CSC de la Caroline du Sud après que la clinique a commencé à offrir un service de dépistage de routine *opt-out* utilisant le test rapide en décembre 2006. La clinique prend soin à la fois de patients urbains et ruraux dans un secteur ayant une faible prévalence du VIH. Les infirmières affectées au triage effectuaient les dépistages. Sur une période de huit mois, 58 % de *tous les patients* ont été testés pour le VIH.

Une étude par observation⁴⁰ a examiné les taux de dépistage du VIH avant et après un changement de politique en vertu duquel une approche de dépistage de routine *opt-in* a été remplacée par une approche de dépistage *opt-out* dans une clinique de santé sexuelle de Londres. Les chercheurs ont rendu compte des résultats obtenus auprès de patients considérés comme à faible risque de contracter le VIH. Le dépistage *opt-out* a été introduit dans la clinique en décembre 2003. Les auteurs n'ont pas précisé si la clinique avait recours à des tests de dépistage en laboratoire ou à des tests rapides. Le pourcentage de *l'ensemble des patients* testés pour le VIH a augmenté considérablement, passant de 68 % à 77 % après la mise sur pied du programme de dépistage de routine *opt-out*.

Taux de dépistage inférieurs à 50 %

Une étude par observation²³ a rendu compte de la mise sur pied d'un programme de dépistage de routine du VIH dans un CSC desservant un quartier de Philadelphie où les taux de VIH sont élevés (entre 2 % et 3 % des résidents sont séropositifs) et où l'accès aux soins de santé est limité. L'étude a été menée entre janvier 2012 et août 2014. Durant le programme pilote, des assistants médicaux offraient à la fois des tests de routine en laboratoire et des tests de dépistage rapides, les deux selon une approche *opt-out*. Sur 30 mois, 43 % des *patients qui se sont fait offrir* un test de dépistage du VIH ont été testés.

Une étude par observation⁴² a examiné les données de deux CSC qui offraient des tests de dépistage de routine du VIH en laboratoire. Des assistants médicaux avaient la responsabilité d'offrir les tests dans les deux CSC. Situé à Houston, au Texas, le premier CSC a commencé à offrir le dépistage de routine *opt-in* en juillet 2012; le deuxième CSC, situé celui-ci à Atlanta, en Géorgie, a commencé à offrir le dépistage de routine *opt-out* en juin 2012. Dans l'ensemble, 21 % de *tous les patients* ont été testés pour le VIH. Comparativement à la période de 12 mois qui a précédé la mise sur pied du programme de dépistage de routine, le nombre de patients testés a augmenté de 116 %.

Dans une étude quasi-expérimentale,⁴⁹ des professionnels de la santé œuvrant dans 10 CSC de l'arrondissement du Bronx de New York offraient à leurs patients des dépistages de routine du VIH en laboratoire en suivant l'approche *opt-out*. Lorsque la nouvelle approche a été introduite en 2003, 8 % des *tous les patients* se sont fait tester pour le VIH. À la fin de la phase pilote de l'étude en 2007, 20 % de *tous les patients* avaient été testés pour le VIH. Si l'on compare le nombre absolu de personnes testées en 2003 et en 2007, on constate une augmentation de 184 %.

Une étude par observation⁴⁴ menée en Caroline du Nord, en Caroline du Sud et au Mississippi a évalué les données de six CSC qui avaient ajouté à leurs services un programme de dépistage de routine du VIH *opt-out* utilisant le test rapide. Les CSC servaient des patients touchés de façon disproportionnée par le VIH. La mise sur pied du programme a commencé en décembre 2006, et tous les CSC ont soumis leurs données finales en mars 2008. Sur *tous les patients*, 18 % ont été testés pour le VIH. Par rapport à l'année qui a précédé la mise sur pied du programme de dépistage de routine, le nombre de patients testés a augmenté de 249 %.

Une étude quasi-expérimentale⁵⁰ a rendu compte des résultats d'un programme de dépistage de routine offert par un réseau de soins de santé de Cleveland, en Ohio. Ce réseau fournit des services à une population de patients ayant des options limitées en matière de soins de santé dans sept cliniques de soins primaires situées dans des hôpitaux et des CSC. Suivant l'approche *opt-in*, les professionnels de la santé offraient des dépistages de routine du VIH en laboratoire. L'étude a comparé le pourcentage de tous les patients testés avant et après l'introduction, en juillet 2010, d'un dossier médical électronique muni d'un message de rappel incitant les professionnels de la santé à offrir le test. Dans l'ensemble, la proportion de *tous les patients* faisant l'objet d'un premier test de dépistage du VIH a augmenté considérablement, passant de 4 % à 17 %.

Une étude par observation⁵³ a rendu compte des résultats d'un programme de dépistage de routine du VIH en cours dans une clinique de soins primaires de Dayton, en Ohio, en 2010. La plupart des patients de la clinique étaient lourdement touchés par les déterminants sociaux de la santé. Sur une période de trois mois, des assistants médicaux ont offert des dépistages de routine du VIH en laboratoire aux patients moyennant des frais; il s'agissait d'une approche de dépistage *opt-in*. Dans l'ensemble, 11 % de *tous les patients* ont été testés pour le VIH. On a constaté une augmentation de 207 % du nombre absolu de tests effectués, par rapport à une période semblable précédant la mise sur pied du programme de dépistage de routine.

Augmentation du dépistage du VIH après l'introduction du dépistage de routine

Lors des études déjà mentionnées, l'augmentation du nombre absolu de tests de dépistage effectués allait de 116 % à 249 %.^{42,44,49,52,53} Outre ces études, deux autres études quasi-expérimentales^{54,55} et une étude par observation²⁹ n'ont pas rendu compte de leurs taux de dépistage après avoir introduit un programme de dépistage de routine dans leurs contextes de soins primaires. En lieu et place, les auteurs n'ont rapporté que l'augmentation en pourcentage du nombre absolu de tests effectués. Ces études ont permis de constater des augmentations du nombre absolu de tests effectués allant de 26 % à 125 %.

Une étude quasi-expérimentale⁵⁴ a examiné quatre CSC de Philadelphie qui avaient remplacé un programme de dépistage de routine du VIH *opt-in* par un programme de dépistage en laboratoire *opt-out* en septembre 2013. Les quatre CSC servaient des patients sur lesquels les déterminants sociaux de la santé avaient un impact considérable. Les tests de routine *opt-out* étaient offerts par un assistant médical. Sur une période de neuf mois, les quatre sites ont fait état d'une augmentation de 125 % du nombre absolu de tests de dépistage du VIH effectués.

Une étude quasi-expérimentale⁵⁵ a examiné les programmes de dépistage de routine en laboratoire *opt-out* offerts dans les cliniques de soins primaires de Vancouver dans le cadre d'une réorganisation des services VIH de la ville entière. Selon les chercheurs, durant la première année, le nombre absolu de tests du VIH effectués a augmenté de 62 % après l'introduction du programme de dépistage de routine *opt-out*.

Une étude par observation²⁹ a rendu compte des résultats obtenus suite à l'intégration d'un programme de dépistage de routine du VIH *opt-in* utilisant le test rapide dans les soins standards dispensés dans une clinique de planification familiale située dans un quartier diversifié à faible revenu de Philadelphie. Au cours de la période de l'étude, soit entre avril 2007 et mai 2009, le personnel de la clinique offrait un test de dépistage du VIH aux patients. Avant l'étude, le dépistage de routine du VIH était offert par un conseiller en VIH désigné dont la seule tâche consistait à offrir et à effectuer les dépistages du VIH. La clinique a rapporté que le nombre absolu de tests effectués par son personnel a augmenté de 26 % par rapport au nombre de tests effectués par le conseiller en VIH désigné.

Taux de séropositivité dans les programmes de dépistage de routine du VIH

L'offre systématique d'un test de dépistage du VIH donne au patient l'occasion d'apprendre son statut VIH. Une façon de déterminer si les programmes de dépistage de routine du VIH sont utilisés par les personnes atteintes du virus consiste à établir les taux de séropositivité. Le taux de séropositivité d'un programme de dépistage est déterminé en divisant le nombre de personnes recevant un diagnostic de VIH par le nombre total de personnes testées dans le cadre du programme. Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont déterminé qu'un taux de séropositivité de 0,1 % ou plus était rentable (bon rapport coût-efficacité).⁵⁶

Vue d'ensemble

Il existe des données probantes fortes indiquant que les programmes de dépistage de routine permettent d'identifier les personnes vivant avec le VIH dans une proportion dépassant le seuil de rentabilité de 0,1 %. Lors d'un essai clinique randomisé contrôlé,⁴⁷ de quatre études quasi-expérimentales^{38,49,50,54} et de 13 études par observation^{23,29,39,40,42,43,44,45,48,51,52,53,57} les taux de séropositivité ont varié de 0 % à 2 % dans les contextes de soins primaires. Les taux de séropositivité ont été supérieurs au seuil de rentabilité dans 15 études

[23, 29, 38, 40, 42, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 54, 56](#) et inférieurs au seuil de rentabilité dans les trois autres. [38, 53, 43](#)

Toutes les études qui ont comparé le taux de séropositivité pendant une période précédant la mise sur pied du dépistage de routine du VIH ont trouvé soit un taux de séropositivité comparable soit un taux de séropositivité plus faible sous l'effet du dépistage de routine. [58, 51, 29, 42, 55, 38, 47, 52, 50](#) Ce résultat n'est pas surprenant parce que, avant l'introduction du dépistage de routine, les sites en question avaient recours à une approche de dépistage fondée sur les risques. Il n'est pas étonnant que les personnes dont on sait qu'elles courent des risques élevés de contracter le VIH affichent des taux de séropositivité plus élevés que les personnes testées en vertu d'une approche de dépistage ciblant la population générale.

Données probantes

Taux de séropositivité supérieurs au seuil de rentabilité

Une étude par observation [40](#) a examiné les taux d'offre systématique du dépistage du VIH avant et après un changement de politique en vertu duquel une approche de dépistage de routine *opt-in* a été remplacée par une approche de dépistage *opt-out* dans une clinique de santé sexuelle de Londres. Les chercheurs ont rendu compte des résultats obtenus auprès de patients considérés comme à faible risque de contracter le VIH, ainsi que des taux de séropositivité parmi les patients dont le risque de contracter le VIH a été qualifié d'élevé suite à une discussion avec un médecin. Le dépistage *opt-out* a été introduit dans la clinique en décembre 2003. Les auteurs ne précisent pas si la clinique avait recours à des tests de dépistage en laboratoire ou à des tests rapides. Aucun patient « à faible risque » n'a été diagnostiqué séropositif. Sur 146 patients « à risque élevé », six ont reçu un diagnostic de VIH, ce qui donne un taux de séropositivité de 4,1 %. Le taux de séropositivité global (tous patients confondus) a été de 1,6 %.

Une étude quasi-expérimentale [57](#) offrait des dépistages de routine du VIH dans un CSC de New Haven, au Connecticut. Les auteurs n'ont pas précisé le genre de test utilisé, les personnes qui l'offraient ou s'il s'agissait d'une approche *opt-in* ou *opt-out*. Avant l'introduction du dépistage de routine, 30 tests sur 2 526 (1,2 %) se sont révélés positifs. Après l'introduction du dépistage de routine, le taux de séropositivité a baissé, soit 12 tests positifs sur 1 684 (0,7 %).

Lors d'une étude par observation [51](#) menée dans une clinique ITS de Denver, au Colorado, on a examiné les données d'un programme de dépistage de routine du VIH *opt-out* recueillies au cours de quatre périodes s'étalant de 2003 à 2005. Le dépistage du VIH était offert par un assistant médical. Le dépistage en laboratoire a graduellement été remplacé par le dépistage rapide au cours de l'étude. Durant la première période, le dépistage rapide était facultatif. Dès la quatrième période, le dépistage en laboratoire avait été complètement remplacé. Dans l'ensemble, 192 tests sur 30 405 (0,63 %) se sont révélés positifs (taux allant de 0,5 % à 0,8 % au cours des quatre périodes de l'étude).

Une étude par observation [29](#) a rendu compte des résultats obtenus suite à l'intégration d'un programme de dépistage de routine du VIH *opt-in* utilisant le test rapide dans les soins standards dispensés dans une clinique de planification familiale située dans un quartier diversifié à faible revenu de Philadelphie. Au cours de la période de l'étude, soit entre avril 2007 et mai 2009, le personnel de la clinique offrait un test de dépistage du VIH aux patients. Avant l'étude, le dépistage de routine du VIH était offert par un conseiller en VIH désigné dont la seule tâche consistait à offrir et à effectuer les dépistages du VIH. Dans l'ensemble, 16 tests sur 2 198 (0,7 %) se sont révélés positifs, dont trois sur 30 chez les hommes (10 %) et 13 sur 2 155 chez les femmes (0,6 %). Avant la mise sur pied du programme de dépistage de routine *opt-in*, le taux de séropositivité était inférieur à 0,5 %.

Une étude par observation [42](#) a examiné les données de deux CSC qui offraient des tests de dépistage de routine du VIH en laboratoire. Des assistants médicaux avaient la responsabilité d'offrir les tests dans les deux CSC. Situé à Houston, au Texas, le premier CSC a commencé à offrir le dépistage de routine *opt-in* en juillet 2012; le deuxième CSC, situé celui-ci à Atlanta, en Géorgie, a commencé à offrir le dépistage de routine *opt-out* en juin 2012. Dans le CSC de Houston, 52 tests sur 9 909 (0,5 %) se sont révélés positifs (comparativement à 0,8 % dans l'année précédant le dépistage de routine). Dans le CSC d'Atlanta, 75 tests sur 11 920 (0,7 %) se sont révélés positifs (comparativement à 1,6 % dans l'année précédant le dépistage de routine).

Une étude par observation [48](#) a examiné les données d'une clinique d'infections transmissibles sexuellement (ITS) de Phoenix, en Arizona, où un service de dépistage du VIH en laboratoire *opt-in* a été ajouté à une gamme de tests offerts systématiquement à tous les patients de la clinique par un professionnel de la santé. Sur une période de 18 mois (de juillet 2003 à décembre 2004), 68 tests sur 12 176 (0,56 %) se sont révélés positifs (0,86 % chez les hommes et 0,12 % chez les femmes). Parmi les 58 patients qui ont été avisés de leur résultat positif, 90 % ont affirmé qu'ils n'avaient pas été diagnostiqués auparavant.

Une étude quasi-expérimentale [54](#) a examiné quatre CSC de Philadelphie qui ont remplacé un programme de dépistage de routine du VIH *opt-in* par un programme de dépistage *opt-out* en septembre 2013. Les quatre CSC servaient des patients sur lesquels les déterminants sociaux de la santé exerçaient un impact considérable. Les tests de routine *opt-out* étaient offerts par un assistant médical. Sur une période de neuf mois durant la phase *opt-in*, quatre tests sur 1 731 (0,23 %) se sont révélés positifs. Sur une période de neuf mois durant la phase *opt-out*, 13 tests sur 3 890 (0,3 %) se sont révélés positifs.

Une étude quasi-expérimentale [38](#) a recueilli des données dans neuf CSC de New York faisant partie d'un réseau de CSC dans les arrondissements de Queens et du Bronx. Cette étude a comparé les données de base de 2010 à celles recueillies après l'introduction du dépistage de routine entre 2011 et 2013. Des tests de routine en laboratoire et des tests de dépistage rapide du VIH *opt-out* ont été offerts par des professionnels de la santé. En 2010, 19 tests sur 2 079 (0,9 %) se sont révélés positifs. De 2011 à 2013, 166 tests sur 49 646 (0,3 %) ont été positifs. Bien que le taux de séropositivité ait baissé entre 2011 et 2013, le nombre absolu de tests positifs a augmenté de 2 288 %. En 2010, sur 19 patients diagnostiqués, il s'agissait d'un nouveau diagnostic dans trois cas (16 %). Entre 2011 et 2013, 55 des 166 patients diagnostiqués (33 %) ont fait l'objet d'un nouveau diagnostic.

Une étude par observation [45](#) a été menée dans deux cliniques de soins primaires aux États-Unis en 2007. Il s'agissait d'une clinique de médecine interne et d'une clinique de médecine interne spécialisée. Les chercheurs ont fait état des résultats de la mise sur pied d'une approche de dépistage de routine du VIH *opt-in* utilisant le test rapide. Le test de dépistage du VIH était offert aux patients par des infirmières, des médecins et des assistants médicaux. Un test sur 367 (0,27 %) s'est révélé positif.

Une étude par observation [23](#) a rendu compte de la mise sur pied d'un programme de dépistage de routine du VIH dans un CSC desservant un quartier de Philadelphie où les taux de VIH sont élevés (entre 2 % et 3 % des résidents sont séropositifs) et où l'accès aux soins de santé est limité. L'étude a été menée entre janvier 2012 et août 2014. Durant le programme pilote, des assistants médicaux offraient à la fois des tests de routine en laboratoire et des tests de dépistage rapides, les deux selon une approche *opt-out*. Sur 30 mois, 17 tests sur 5 878 (0,3 %) ont été positifs; il s'agissait d'un nouveau diagnostic dans 13 cas sur 17 (76 %).

Une étude par observation⁵² a examiné les données de 10 cliniques de planification familiale affichant des taux élevés d'ITS et de grossesse chez les adolescentes à Houston, au Texas, entre 2011 et 2014. Les cliniques étaient situées dans des hôpitaux, des écoles et des contextes communautaires. Des professionnels de la santé offraient systématiquement des tests de dépistage rapides *opt-out* aux patients. Dans l'ensemble, 88 tests sur 34 299 (0,3 %) se sont révélés positifs (0,8 % chez les hommes et 0,1 % chez les femmes). Ce taux de séropositivité n'avait pas changé depuis la période précédant la mise sur pied du programme de dépistage de routine.

Un essai clinique contrôlé randomisé⁴⁷ a été mené dans un secteur de Londres ayant la neuvième plus haute prévalence du VIH au Royaume-Uni. L'intervention a comparé un service de dépistage de routine rapide *opt-out* en cours dans 20 cliniques de soins primaires où les tests étaient offerts par un assistant médical ou une infirmière aux résultats obtenus auprès d'un groupe témoin recevant les soins habituels (dépistage fondé sur les risques) dans 20 autres cliniques où les tests de dépistage étaient offerts par des professionnels de la santé. L'étude a trouvé que 45 % des patients dans le groupe recevant l'intervention ont accepté le test lorsqu'il a été offert. Dans le groupe d'intervention (dépistage de routine), 43 personnes sur 4 978 (0,9 %) ont reçu un résultat positif, dont 32 (74 %) pour la première fois (nouveau diagnostic). À titre de comparaison, notons que 21 personnes sur 2 465 (0,09 %) ont reçu un résultat positif dans le groupe témoin (dépistage fondé sur les risques); il s'agissait de nouveaux diagnostics dans 14 cas sur 21 (66 %).

Une étude par observation⁴⁴ menée en Caroline du Nord, en Caroline du Sud et au Mississippi a évalué les données de six CSC qui avaient ajouté à leurs services un programme de dépistage de routine du VIH *opt-out* utilisant le test rapide. Les CSC servaient des patients touchés de façon disproportionnée par le VIH. La mise sur pied du programme a commencé en décembre 2006, et tous les CSC ont soumis leurs données finales en mars 2008. Sur les 10 769 personnes testées, 39 (0,3 %) ont été diagnostiquées séropositives; il s'agissait d'un nouveau diagnostic dans 17 cas sur 39 (43 %).

Une étude quasi-expérimentale⁵⁰ a rendu compte des résultats d'un programme de dépistage de routine offert par un réseau de soins de santé de Cleveland, en Ohio. Ce réseau fournit des services à une population de patients ayant des options limitées en matière de soins de santé dans sept cliniques de soins primaires situées dans des hôpitaux et des CSC. Suivant l'approche *opt-in*, les professionnels de la santé offraient des dépistages de routine de VIH en laboratoire. L'étude a comparé le pourcentage de tous les patients testés avant et après l'introduction, en juillet 2010, d'un dossier médical électronique muni d'un message de rappel incitant les professionnels de la santé à offrir le test. Dans l'ensemble, le taux de séropositivité s'est maintenu à 0,2 % avant et après la mise sur pied du programme de dépistage de routine.

Dans une étude quasi-expérimentale,⁴⁹ des professionnels de la santé œuvrant dans 10 CSC de l'arrondissement du Bronx de New York offraient à leurs patients des dépistages de routine du VIH en laboratoire en suivant l'approche *opt-out*. Des diagnostics de VIH ont été posés auprès de 433 personnes (taux de séropositivité annuelle allant de 0,2 % à 0,6 %), dont 420 (97 %) nouveaux diagnostics.

Taux de séropositivité n'ayant pas atteint le seuil de rentabilité

Lors d'une étude par observation³⁹ menée entre juillet 2007 et mars 2008 dans un CSC de l'arrondissement du Bronx de New York, on a examiné un programme pilote qui offrait systématiquement un dépistage *opt-out* en laboratoire aux patients de cinq internistes généraux. Ces médecins ont été choisis parce que leurs patients étaient les plus susceptibles de répondre aux critères du programme (18 ans ou plus, anglophone, non enceinte et statut VIH négatif selon les connaissances). Les tests étaient offerts par des testeurs VIH désignés et des professionnels de la santé. Aucun des 105 tests effectués n'a donné de résultat positif.

Une étude par observation⁵³ a rendu compte des résultats d'un programme de dépistage de routine du VIH en cours dans une clinique de soins primaires de Dayton, en Ohio, en 2010. La plupart des patients de la clinique étaient lourdement touchés par les déterminants sociaux de la santé. Sur une période de trois mois, des assistants médicaux ont offert des dépistages de routine du VIH en laboratoire aux patients moyennant des frais; il s'agissait d'une approche de dépistage *opt-in*. Aucun des 31 tests effectués n'a donné de résultat positif.

Une étude par observation⁴³ a rendu compte des données découlant de l'évaluation d'une clinique de santé sexuelle de Portsmouth, au Royaume-Uni, qui a utilisé une approche de dépistage de routine en laboratoire de nature *opt-out*. Le programme de dépistage du VIH a été évalué à deux moments dans le temps, soit en 2003 et en 2004. Les dossiers des patients ont été évalués sur une période de six semaines lors de chaque évaluation. En vertu de l'approche *opt-out* et des tests en laboratoire utilisés à chaque moment dans le temps, aucun des 777 patients qui ont accepté de se faire tester n'a reçu de résultat positif.

Pourcentage de patients orientés vers des soins pour le VIH

Une fois diagnostiquée, toute personne vivant avec le VIH devrait être orientée vers un fournisseur de soins primaires afin que sa santé puisse faire l'objet d'un suivi et qu'elle puisse se faire offrir un traitement. L'obtention précoce de soins et d'un traitement peut donner lieu à des résultats positifs considérables pour les personnes vivant avec le VIH.^{1,2}

Il existe plusieurs façons de définir une liaison efficace avec les soins. Les définitions peuvent inclure l'acceptation de l'orientation vers les soins de la part du client, la présence du client au premier rendez-vous se rapportant spécifiquement au VIH et la consultation d'un spécialiste au cours de la dernière année.

Vue d'ensemble

Il existe des données probantes modérées provenant de trois études quasi-expérimentales^{38,49,54} et de quatre études par observation^{23,29,42,44} qui indiquent que les patients sont orientés vers des soins du VIH après avoir reçu un résultat positif au test de dépistage du VIH effectué dans un contexte de soins primaires. Entre 77 % et 100 % des patients diagnostiqués séropositifs ont été dirigés vers un service de soins du VIH.

Données probantes

Dans une étude quasi-expérimentale,⁴⁹ des professionnels de la santé œuvrant dans 10 CSC de l'arrondissement du Bronx de New York offraient à leurs patients des dépistages de routine du VIH en laboratoire en suivant l'approche *opt-out*. Entre 2006 et 2013, 96 % des patients atteints du VIH ont été orientés vers des soins. Les auteurs de l'étude ont souligné que ce chiffre était plus élevé que les taux de liaison avec les soins précédemment rapportés dans le Bronx, soit 59 % et 69 %.

Une étude quasi-expérimentale³⁸ a recueilli des données dans neuf CSC de New York faisant partie d'un réseau de CSC dans les arrondissements de Queens et du Bronx. Cette étude a comparé les données de base de 2010 à celles recueillies après l'introduction du dépistage de routine entre 2011 et 2013. Des tests de routine *opt-out* en laboratoire et des tests de dépistage rapide du VIH étaient offerts par des professionnels de la santé. De 2011 à

2013, 79 % des patients se sont fait offrir un test de dépistage du VIH. Les chercheurs n'ont pas fourni de données de base sur les taux d'offre du dépistage du VIH. En 2010, tous les 19 patients ayant fait l'objet d'un diagnostic de VIH (100 %) ont été orientés vers des soins. Entre 2011 et 2013, 127 patients séropositifs sur 166 patients (77 %) ont été orientés vers des soins.

Une étude quasi-expérimentale⁵⁴ a examiné quatre CSC de Philadelphie qui avaient remplacé un programme de dépistage de routine du VIH *opt-in* par un programme de dépistage en laboratoire *opt-out* en septembre 2013. Les quatre CSC servaient des patients sur lesquels les déterminants sociaux de la santé exerçaient un impact considérable. Les tests de routine *opt-out* étaient offerts par un assistant médical. Durant les neuf derniers mois du programme de dépistage *opt-in*, un patient séropositif sur quatre (25 %) a été orienté vers des soins. Au cours des neuf premiers mois du programme *opt-out*, neuf patients ayant le VIH sur 13 (69 %) ont été orientés vers des soins.

Une étude par observation²³ a rendu compte de la mise sur pied d'un programme de dépistage de routine du VIH dans un CSC desservant un quartier de Philadelphie où les taux de VIH sont élevés (entre 2 % et 3 % des résidents sont séropositifs) et où l'accès aux soins de santé est limité. L'étude a été menée entre janvier 2012 et août 2014. Durant le programme pilote, des assistants médicaux offraient à la fois des tests de routine en laboratoire et des tests de dépistage rapides, les deux selon une approche *opt-out*. Sur 30 mois, les 17 patients ayant reçu un diagnostic de VIH ont tous (100 %) été orientés vers des soins.

Une étude par observation²⁹ a rendu compte des résultats obtenus suite à l'intégration d'un programme de dépistage de routine du VIH *opt-in* utilisant le test rapide dans les soins standards dispensés dans une clinique de planification familiale située dans un quartier diversifié à faible revenu de Philadelphie. Au cours de la période de l'étude, soit entre avril 2007 et mai 2009, le personnel de la clinique offrait des tests de dépistage du VIH aux patients. Avant l'étude, le dépistage de routine du VIH était offert par un conseiller en VIH désigné dont la seule tâche consistait à offrir et à effectuer les dépistages du VIH. Tous les 16 patients diagnostiqués séropositifs (100 %) ont été orientés vers des soins.

Une étude par observation⁴² a examiné les données de deux CSC qui offraient des tests de dépistage de routine du VIH en laboratoire. Des assistants médicaux avaient la responsabilité d'offrir les tests dans les deux CSC. Situé à Houston, au Texas, le premier CSC a commencé à offrir le dépistage de routine *opt-in* en juillet 2012; le deuxième CSC, situé celui-ci à Atlanta, en Géorgie, a commencé à offrir le dépistage de routine *opt-out* en juin 2012. À la clinique de Houston, sur 52 patients ayant reçu un diagnostic de VIH, 41 (79 %) ont été orientés vers des soins, comparativement à 74 patients séropositifs sur 75 (99 %) dans la clinique d'Atlanta.

Une étude par observation⁴⁴ menée en Caroline du Nord, en Caroline du Sud et au Mississippi a évalué les données de six CSC qui avaient ajouté à leurs services un programme de dépistage de routine du VIH *opt-out* utilisant le test rapide. Les CSC servaient des patients touchés de façon disproportionnée par le VIH. La mise sur pied du programme a commencé en décembre 2006, et tous les CSC ont soumis leurs données finales en mars 2008. Sur 17 patients ayant reçu un diagnostic de VIH, 14 (86 %) ont été orientés vers des soins.

Quels facteurs facilitent l'établissement de programmes de dépistage de routine du VIH dans les contextes de soins primaires?

Nous avons identifié dans la littérature huit facilitateurs de l'établissement de programmes de dépistage de routine du VIH, que voici :

1. désigner un champion pour diriger et soutenir les changements de pratique en matière de dépistage du VIH
2. faire des changements de politique favorables en matière de dépistage du VIH au niveau des organismes
3. adapter les processus cliniques pour faciliter le dépistage du VIH
4. adapter le système du dossier médical électronique (DME) pour inciter le personnel à proposer le dépistage du VIH
5. former le personnel sur les manières d'offrir, d'effectuer et de converser au sujet du dépistage du VIH
6. développer des outils de soutien pour aider le personnel à offrir, à effectuer et à parler aux patients du dépistage du VIH
7. surveiller et évaluer le programme de dépistage du VIH
8. établir des liens forts avec des services cliniques spécifiques au VIH

Désigner un champion pour diriger et soutenir les changements de pratique en matière de dépistage du VIH

Les organismes qui souhaitent établir un programme de dépistage de routine du VIH dans leurs contextes de soins primaires devraient désigner un champion du site.^{29,52} Le champion peut veiller à ce que les changements de pratique favorables au dépistage de routine du VIH deviennent des pratiques établies en :

- s'assurant que les changements facilitant le dépistage de routine du VIH sont efficaces²⁹
- organisant des formations pour le personnel²⁹
- fournissant du mentorat et du soutien^{29,52}
- motivant les membres du personnel à continuer à offrir systématiquement un test de dépistage du VIH aux patients.²⁹

Faire des changements de politique favorables en matière de dépistage du VIH au niveau des organismes

Les politiques de l'organisme devraient soutenir n'importe quel programme de dépistage de routine du VIH.^{23,38,42,49,51,58} Cela inclut l'élaboration d'une politique qui appuie clairement le dépistage de routine du VIH.^{23,38,42,57} De plus, les politiques de l'organisme en matière de consentement devraient être simplifiées.^{23,51} On peut faire cela en remplaçant le consentement écrit par le consentement verbal ou encore en consolidant le consentement à tous les tests médicaux dans un seul formulaire.

Adapter les processus cliniques pour faciliter le dépistage du VIH

Les organismes adoptant un programme de dépistage de routine du VIH devraient envisager d'adapter leurs processus cliniques afin d'intégrer le mieux possible le dépistage du VIH dans les procédures cliniques.^{29,44,51,52,54} Ils devraient solliciter l'apport du personnel durant la période de transition afin de comprendre quel processus est le plus facile pour eux.⁵² Les organismes ayant l'intention d'utiliser le test rapide dans leur contexte auraient peut-être intérêt à déterminer si les processus de laboratoire doivent être adaptés.²⁹

Adapter le système du dossier médical électronique (DME) pour inciter le personnel à proposer le dépistage du VIH

Les organismes utilisant un système de DME devraient envisager de modifier cet outil afin de maximiser le soutien offert au personnel pour réaliser des dépistages de routine du VIH.^{23,38,42,49,54} Il est possible de programmer les DME pour rappeler au personnel d'offrir un test de dépistage,^{23,42,49} afficher l'historique de dépistage du VIH du patient⁴⁹ et documenter le moment où l'offre d'un test de dépistage du VIH est faite.³⁹

Former le personnel sur les manières d'offrir, d'effectuer et de converser au sujet du dépistage du VIH

Les organismes adoptant un programme de dépistage de routine du VIH dans leurs contextes devraient offrir des formations à leur personnel afin de faciliter l'intégration du dépistage du VIH.^{23,28,29,38,39,42,44,47,49,50,54,58,59} Tous les membres du personnel devraient recevoir une formation et être soutenus afin d'établir une culture clinique favorable au dépistage de routine du VIH.^{23,44} La formation peut inclure de l'information sur la prévention du VIH et les soins,⁴² le dépistage du VIH et les approches de counseling,²⁸ les lignes directrices sur le dépistage²⁸ et tout changement de politique adopté par l'organisme pour promouvoir le dépistage de routine du VIH.^{23,57} Les cliniques utilisant les tests rapides doivent former les personnes effectuant les tests sur le mode d'emploi approprié.²⁹

Développer des outils de soutien pour aider le personnel à offrir, à effectuer et à parler aux patients du dépistage du VIH

Les organismes devraient utiliser des outils et des ressources pour soutenir leur personnel afin qu'il offre systématiquement un test de dépistage du VIH aux patients.^{24,28,29,49} Les outils destinés au personnel, tels que les cartes de poche et d'autres matériels, peuvent les aider à parler aux patients du VIH et du dépistage du VIH.^{24,29,49} De plus, les affiches et les brochures faisant la promotion du dépistage peuvent encourager les intervenants à offrir le test et les patients à l'accepter.

Surveiller et évaluer le programme de dépistage du VIH

Les organismes introduisant un programme de dépistage de routine du VIH dans leurs cliniques devraient surveiller et évaluer le programme.^{38,42,49} Les leaders du programme devraient utiliser les données recueillies par le programme pour rendre compte de son progrès au personnel et améliorer l'efficacité du programme.⁵²

Établir des liens forts avec des services cliniques spécifiques au VIH

Les organismes devraient nouer des liens avec les services VIH destinés aux personnes diagnostiquées séropositives afin de faciliter la continuité des soins. Si des ressources existent, on peut établir des services sur place;⁴² si les ressources n'existent pas, les organismes devraient s'efforcer d'établir des relations/partenariats avec des cliniques VIH auxquelles ils pourront orienter leurs clients.

Quelles sont les implications pour les fournisseurs de services canadiens?

Il existe des données probantes modérées indiquant que les programmes de dépistage de routine favorisent l'offre du test, l'acceptation du test par les patients et l'augmentation du nombre de patients testés pour le VIH. De plus, il existe des données probantes fortes révélant que les taux de séropositivité sont supérieurs au seuil de rentabilité de 0,1 %. Enfin, il existe des données probantes modérées indiquant que les personnes recevant un diagnostic de VIH dans le cadre d'un programme de dépistage de routine du VIH sont orientés vers des soins.

L'offre systématique du dépistage du VIH dans les contextes de soins primaires jouit du soutien de l'ASPC et des CDC américains. À l'heure actuelle, le dépistage de routine du VIH est la politique en vigueur en Colombie-Britannique et en Saskatchewan, et plusieurs [programmes de dépistage de routine du VIH](#) ont été établis dans ces régions.

Il existe plusieurs facilitateurs de la mise sur pied des programmes de dépistage de routine. Avant de mettre sur pied un tel programme, les organismes devraient envisager de quelles façons ils pourront les mettre à contribution dans leur programme.

Méthodologie

Cet examen des données probantes est fondé sur des recherches effectuées dans PubMed, Embase et CINAHL. Les termes de recherche MeSH incluaient *HIV infections/diagnosis*. Les sujets utilisés dans Embase incluaient *HIV test*. Les mots clés utilisés lors des recherches incluaient les suivants : *HIV; testing; screening; routine; opt-in; opt-out; targeted; et universal*. Les listes de références aux articles pertinents ont été examinées pour trouver des citations additionnelles. Toutes les recherches mettaient l'accent sur les recherches se rapportant à la prestation des soins de santé au Canada.

Ressources

[Le processus de dépistage du VIH](#)

[Les technologies de dépistage du VIH](#)

[Guide pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH](#) – Agence de la santé publique du Canada

Références

1. [a, b](#). Patterson S, Cescon A, Samji H, et al. Life expectancy of HIV-positive individuals on combination antiretroviral therapy in Canada. *BMC Infectious Diseases*. 2015 Dec;15(1):274. Disponible à : <http://bmjinfectedis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-015-0969-x>
2. [a, b](#). The INSIGHT START Study Group. Initiation of antiretroviral therapy in early asymptomatic HIV infection. *New England Journal of Medicine*. 2015 Aug 27;373:795-807.
3. Eshleman SH, Hudelson SE, Redd AD, et al. Treatment as prevention: Characterization of partner infections in the HIV Prevention Trials Network 052 trial. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2017 Jan;74(1):112-6.
4. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*. 2011 Aug 11;365(6):493-505.
5. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Antiretroviral therapy for the prevention of HIV-1 transmission. *New England Journal of Medicine*. 2016 Sep;375(9):830-9.
6. Reynolds SJ, Makumbi F, Nakigozi G, et al. HIV-1 transmission among HIV-1 discordant couples before and after the introduction of antiretroviral therapy. *AIDS*. 2011 Feb;25(4):473-7.
7. Melo MG, Santos BR, De Cassia Lira R, et al. Sexual transmission of HIV-1 among serodiscordant couples in Porto Alegre, Southern Brazil. *Sexually Transmitted Diseases*. 2008 Nov;35(11):912-5.
8. Donnell D, Baeten JM, Kiarie J, et al. Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis. *The Lancet*. 2010 Jun;375(9731):2092-8.
9. Rodger A, Bruun T, Cambiano V, Lundgren J. HIV transmission risk through condomless sex if HIV+ partner on suppressive ART: PARTNER study. Presented at *21st Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*; 2014 Mar 3; Boston. Abstract 153LB.
10. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, et al. Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. *Journal of the American Medical Association*. 2016 Jul 12;316(2):171-81.
11. Grulich AE, Bavinton BR, Jin F, et al. HIV transmission in male serodiscordant couples in Australia, Thailand and Brazil. Presented at *22nd*

- Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; 2015 Feb; Seattle; Abstract 1019LB. Disponible à : <http://www.croconference.org/sessions/hiv-transmission-male-serodiscordant-couples-australia-thailand-and-brazil>
12. Nosyk B, Montaner JSC, Colley G, et al. The cascade of HIV care in British Columbia, Canada, 1996-2011: a population-based retrospective cohort study. *The Lancet Infectious Diseases* . 2014 Jan;14(1):40-9.
 13. Gilbert M, Gardner S, Murray J, et al. Quantifying the HIV care cascade in Ontario: Challenges and future directions. Poster presented at 24th Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research ; 2015 May 30; Toronto. Disponible à : http://www.cahr-acrv.ca/wp-content/uploads/2012/10/InfDis_26_SB_MarApr2015_Final.pdf
 14. Krentz HB, MacDonald J, John Gill M. High mortality among human immunodeficiency virus (HIV)-infected individuals before accessing linking to HIV care: A missing outcome in the cascade of care? *Open Forum Infectious Diseases* . 2014 May 8;1(1):ofu011-ofu011.
 15. Agence de la santé publique du Canada. *Résumé : Mesurer les progrès du Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH*. 2016. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/resume-mesurer-les-progres-realises-par-le-canada-cibles-90-90-90-pour-le-vih.html>
 16. Agence de la santé publique du Canada. *Résumé : Estimations de l'incidence de la prévalence, et de la proportion non diagnostiquée au VIH au Canada, 2014*. Ottawa, Ontario : Agence de la santé publique du Canada; 2015. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/canada/health-canada/migration/healthy-canadians/publications/diseases-conditions-maladies-affections/hiv-aids-estimates-2014-vih-sida-estimations/alt/hiv-aids-estimates-2014-vih-sida-estimations-fra.pdf>
 17. Althoff KN, Gange SJ, Klein MB, et al. Late presentation for human immunodeficiency virus care in the United States and Canada. *Clinical Infectious Diseases* . 2010 Jun;50(11):1512-20.
 18. Hall HI, Halverson J, Wilson DP, et al. Late diagnosis and entry to care after diagnosis of human immunodeficiency virus infection: A country comparison. Palaniyar N, editor. *PLoS ONE* . 2013 Nov 5;8(11):e77763.
 19. [a.b.c.d.](#) Office of the Provincial Health Officer. *HIV testing guidelines for the province of British Columbia 2014* . Government of British Columbia; 2014. Disponible à : <http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Communicable-Disease-Manual/Chapter%205%20-%205%20HIVTestingGuidelinesJune2015.pdf>
 20. [a.b.c.d.e.f.g.h.i.j.k.l.m.n.o.p.q.r.s.t.u.v.w.x.y.z.](#) Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections (Canada). *M-Track, Surveillance améliorée de l'infection au VIH, des infections transmissibles sexuellement et par le sang et les comportements associés chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes au Canada, rapport de la phase 1*. Ottawa ; 20. Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections; 2011. Disponible à : http://librarypdf.catie.ca/PDF/ATI-20000s/26403_F.pdf
 21. [a.b.](#) Agence de la santé publique du Canada. *Résumé des résultats clés de la phase 3 du système I-track (2010 à 2012)* . Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2014. Disponible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/reports/i-track-phase-3/assets/pdf/i-track-phase-3-fra.pdf>
 22. Ha S, Paquette D, Tarasuk J, Dods J. A systematic review of HIV testing among Canadian populations. *Canadian Public Health Association Journal* . 2014 Feb;105(1):e53-62.
 23. [a.b.c.d.e.f.g.h.i.j.k.l.m.n.o.p.q.r.s.t.u.v.w.x.y.z.](#) Nunn A, Towey C, Chan P, et al. Routine HIV screening in an urban community health centre: Results from a geographically focused implementation science program. *Public Health Reports* . 2016;131(Suppl 1):30-40.
 24. [a.b.c.d.e.f.g.h.i.j.k.l.m.n.o.p.q.r.s.t.u.v.w.x.y.z.](#) Bokhour BG, Solomon JL, Knapp H, et al. Barriers and facilitators to routine HIV testing in VA primary care. *Journal of General Internal Medicine* . 2009 Oct;24(10):1109-14.
 25. [a.b.c.d.e.f.g.h.i.j.k.l.m.n.o.p.q.r.s.t.u.v.w.x.y.z.](#) Glew S, Pollard A, Hughes L, Llewellyn C. Public attitudes towards opt-out testing for HIV in primary care: a qualitative study. *British Journal of General Practice* . 2014 Feb 1;64(619):e60-6.
 26. [a.b.c.d.e.f.g.h.i.j.k.l.m.n.o.p.q.r.s.t.u.v.w.x.y.z.](#) Traversy G, Austin T, Timmerman K, Gale-Rowe M. An overview of recent evidence on barriers and facilitators to HIV testing. *Canadian Communicable Disease Report* . 2015 Dec 3;41(12).
 27. [a.b.c.d.e.f.g.h.i.j.k.l.m.n.o.p.q.r.s.t.u.v.w.x.y.z.](#) Rayment M, Thornton A, Mandala S, et al. HIV testing in non-traditional settings-The HINTS study: A multi-centre observational study of feasibility and acceptability. *PLoS ONE* . 2012;7(6):e39530.
 28. [a.b.c.d.e.f.g.h.i.j.k.l.m.n.o.p.q.r.s.t.u.v.w.x.y.z.](#) Brown B, LeComte-Hinely J, Brinkman D, et al. Barriers to routine HIV testing in healthcare settings and potential solutions from the Get Tested Coachella Valley campaign. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* . 2016;71(5):e127-8.
 29. [a.b.c.d.e.f.g.h.i.j.k.l.m.n.o.p.q.r.s.t.u.v.w.x.y.z.](#) Criniti SM, Aaron E, Hillel A, Wolf S. Integration of routine rapid HIV screening in an urban family planning clinic. *Journal of Midwifery & Women's Health* . 2011 Jul;56(4):395-9.
 30. [a.b.c.d.e.f.g.h.i.j.k.l.m.n.o.p.q.r.s.t.u.v.w.x.y.z.](#) Mimiaga MJ, Johnson CV, Reiser SL, et al. Barriers to routine HIV testing among Massachusetts community health center personnel. *Public Health Reports* . 2011;643-652.
 31. [a.b.c.d.e.f.g.h.i.j.k.l.m.n.o.p.q.r.s.t.u.v.w.x.y.z.](#) Public Health Agency of Canada. *HIV screening and testing guide* . Ottawa, Ontario; 2013 Jan.
 32. Government of Saskatchewan. *Saskatchewan HIV testing policy: HIV testing in Saskatchewan* . Government of Saskatchewan; 2015.
 33. Government of Alberta. *Prenatal HIV: Public health guidelines for the management and follow-up of HIV positive pregnant women and their infants*. Government of Alberta; 2008. Disponible à : <https://open.alberta.ca/dataset/7d0c3708-2cb6-44f8-bd48-786a55be29a6/resource/544b893a-2bbd-4451-9a43-14fada14b76f/download/Prenatal-HIV-PH-Guidelines.pdf>
 34. Gouvernement de l'Ontario. *Directives sur le dépistage du VIH et la consultation* . Gouvernement de l'Ontario; 2008. Disponible à : <http://www.catie.ca/sites/default/files/Directives-sur-le-dépistage-du-VIH-et-la-consultation.pdf>
 35. Ministère de la santé et des services sociaux. *Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse* . Gouvernement du Québec; 2015. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-354-01W.pdf>
 36. Reproductive Care Program of Nova Scotia. *Nova Scotia prenatal record companion document* . Government of Nova Scotia; 2007. Disponible à : <http://0-nslg-edeposit.gov.ns.ca/legcat.gov.ns.ca/deposit/b10657460.pdf>
 37. Yukon Health and Social Services. *Yukon treatment guidelines for sexually transmitted infections (STI) in adolescents and adults* . Government of Yukon; 2015. Disponible à : <http://www.hss.gov.yk.ca/pdf/stitreatmentguidelines.pdf>
 38. [a.b.c.d.e.f.g.h.i.j.k.l.m.n.o.p.q.r.s.t.u.v.w.x.y.z.](#) Rodriguez V, Lester D, Connelly-Flores A, et al. Integrating routine HIV screening in the New York City Community Health Center Collaborative. *Public Health Reports* . 2016;131(Suppl 1):11-20.
 39. [a.b.c.d.e.f.g.h.i.j.k.l.m.n.o.p.q.r.s.t.u.v.w.x.y.z.](#) Cunningham CO, Doran B, DeLuca J, et al. Routine opt-out HIV testing in an urban community health center. *AIDS Patient Care and STDs* . 2009;23(8):619-623.
 40. [a.b.c.d.e.f.g.h.i.j.k.l.m.n.o.p.q.r.s.t.u.v.w.x.y.z.](#) Price H, Birchall J, Newey C, et al. HIV opt-out increases HIV testing in low-risk patients. *International Journal of STD & AIDS* . 2009 Jan 1;20(1):56-7.
 41. [a.b.c.d.e.f.g.h.i.j.k.l.m.n.o.p.q.r.s.t.u.v.w.x.y.z.](#) Weis KE, Liese AD, Hussey J, et al. A routine HIV screening program in a South Carolina community health center in an area of low HIV prevalence. *AIDS Patient Care and STDs* . 2009;23(4):251-8.
 42. [a.b.c.d.e.f.g.h.i.j.k.l.m.n.o.p.q.r.s.t.u.v.w.x.y.z.](#) Crumby N, Arrezola E, Brazzeal A, Sanchez T. Experiences implementing a routine HIV screening program in two federally qualified health centers in the southern United States. *Public Health Reports* . 2016;131(Suppl 1):21-9.
 43. [a.b.c.d.e.f.g.h.i.j.k.l.m.n.o.p.q.r.s.t.u.v.w.x.y.z.](#) Lee V, Tobin JM. Audit on routine HIV testing in patients attending genitourinary medicine clinics. *International Journal of STD & AIDS* . 2005;16(12):825-826.
 44. [a.b.c.d.e.f.g.h.i.j.k.l.m.n.o.p.q.r.s.t.u.v.w.x.y.z.](#) Myers JJ, Modica C, Dufour M-SK, et al. Routine Rapid HIV Screening in Six Community Health Centers Serving Populations at Risk. *Journal of General Internal Medicine* . 2009 Dec;24(12):1269-74.
 45. [a.b.c.d.e.f.g.h.i.j.k.l.m.n.o.p.q.r.s.t.u.v.w.x.y.z.](#) Valenti S, Szpunar S, Saravolatz L, Johnson L. Routine HIV testing in primary care clinics: A study evaluating patient and provider acceptance. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* . 2012;23(1):87-91.
 46. Harmon JL, Collins-Ogle M, Bartlett JA, et al. Integrating routine HIV screening into a primary care setting in rural North Carolina. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* . 2014 Jan;25(1):70-82.
 47. [a.b.c.d.e.f.g.h.i.j.k.l.m.n.o.p.q.r.s.t.u.v.w.x.y.z.](#) Leber W, Anderson J, Marlin N, et al. Promotion of rapid testing for HIV in primary care (RHVA2): A cluster randomized controlled trial. *The Lancet* . 2015;2:e229-35.
 48. [a.b.c.d.e.f.g.h.i.j.k.l.m.n.o.p.q.r.s.t.u.v.w.x.y.z.](#) Campos-Outcalt D, Mickey T, Weisbuch J, Jones R. Integrating routine HIV testing into a public health STD clinic. *Public Health Reports* . 2006;175-180.
 49. [a.b.c.d.e.f.g.h.i.j.k.l.m.n.o.p.q.r.s.t.u.v.w.x.y.z.](#) Fetterman D, Stafford S, Meissner P, et al. Ten sites, 10 years, 10 lessons: Scale-up of routine HIV testing at community health centers in the Bronx, New York. *Public Health Reports* . 2016;131(Supplement 1):53-62.
 50. [a.b.c.d.e.f.g.h.i.j.k.l.m.n.o.p.q.r.s.t.u.v.w.x.y.z.](#) Avery A, Del Toro M, Einstadter D. Decreasing missed opportunities for HIV testing in primary care through enhanced utilization of the electronic medical record. *Journal of AIDS & Clinical Research* . 2012;(Supplement 4):1-10.
 51. [a.b.c.d.e.f.g.h.i.j.k.l.m.n.o.p.q.r.s.t.u.v.w.x.y.z.](#) Brooks L, Rietmeijer CA, McEwen D, et al. Normalizing HIV testing in a busy urban sexually transmitted infections clinic. *Sexually Transmitted Diseases* . 2009 Mar;36(3):127-8.
 52. [a.b.c.d.e.f.g.h.i.j.k.l.m.n.o.p.q.r.s.t.u.v.w.x.y.z.](#) Buzi R, Madanay F, Smith P. Integrating routine HIV testing into family planning clinics that treat adolescents and young adults. *Public Health Reports* . 2016;131:130-8.
 53. [a.b.c.d.e.f.g.h.i.j.k.l.m.n.o.p.q.r.s.t.u.v.w.x.y.z.](#) Anim M, Markert RJ, Okoye NE, Sabbagh W. HIV screening of patients presenting for routine medical care in a primary care setting. *Journal of Primary Care & Community Health* . 2013;4(1):28-30.
 54. [a.b.c.d.e.f.g.h.i.j.k.l.m.n.o.p.q.r.s.t.u.v.w.x.y.z.](#) Coyle C, Kwakwa H. Dual-routine HCV/HIV testing: Seroprevalence and linkage to care in four community health centers in Philadelphia, Pennsylvania. *Public Health Reports* . 2016;131:41-52. Disponible à : <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&url=00333549&AN=112782583&h=WqCYX1uZCmfn6gypHPjKx%2B7Me4PB0g9IHMcZbLRFX0u30Z65umgAxXCjXHNNAaOdYBDSnM3a9Amq66KdSw%3D%3&df=c>
 55. [a.b.c.d.](#) Gustafson R, Afshan N, Demlow E, et al. Routine HIV testing in acute and primary care in Vancouver. Poster presented at 22nd Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research; 2013 April 11-14; Vancouver. Poster P158. Disponible à : <https://www.cahr-acrv.ca/wp-content/uploads/2012/10/CAHR-2013-Abstract-Book-FINAL.pdf>
 56. [a.b.c.d.](#) Centers for Disease Control (CDC). Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)* . 2006 Sept 22;55(RR14):1-1758.
 57. [a.b.c.d.](#) Kayingo G, Bruce RD. HIV testing at a community health center before and after implementing universal screening. *Journal of the American Academy of Physician Assistants* . 2016 Aug;29(8):45-6.
 58. [a.b.c.d.](#) Bares S, Eavou R, Bertozzi-Villa C, et al. Expanded HIV testing and linkage to care: Conventional vs. point-of-care testing and assignment of patient notification and linkage to care to an HIV care program. *Public Health Reports* . 2016;131(Supplement 1):107-21.
 59. Rayment M, Rae C, Ghooloo F, et al. Routine HIV testing in the emergency department: tough lessons in sustainability. *HIV Medicine* . 2013 Oct;14:6-9.

À propos de l'auteur

Logan Broekaert détient une maîtrise en histoire et était chercheur/rédacteur à CATIE. Avant de se joindre à CATIE, Logan a travaillé à des projets nationaux et provinciaux de recherche et d'échange de connaissances pour le

compte de la Société canadienne du sida et de l'Association de la santé publique de l'Ontario.

Laurel Chalacombe possède une maîtrise en épidémiologie et est actuellement directrice associée, Recherche/Évaluation et science de la prévention chez CATIE. Laurel travaille depuis plus de 10 ans dans le domaine du VIH et a occupé un certain nombre de postes dans des organismes provinciaux et régionaux, en y faisant de la recherche et de l'échange et transfert de connaissances.

Produit par:



555, rue Richmond Ouest, Bureau 505, boîte 1104
Toronto (Ontario) M5V 3B1 Canada
téléphone : 416.203.7122
sans frais : 1.800.263.1638
télécopieur : 416.203.8284
site Web : www.catie.ca
numéro d'organisme de bienfaisance : 13225 8740 RR

Déni de responsabilité

Toute décision concernant un traitement médical particulier devrait toujours se prendre en consultation avec un professionnel ou une professionnelle de la santé qualifié(e) qui a une expérience des maladies liées au VIH et à l'hépatite C et des traitements en question.

CATIE fournit des ressources d'information aux personnes vivant avec le VIH et/ou l'hépatite C qui, en collaboration avec leurs prestataires de soins, désirent prendre en mains leurs soins de santé. Les renseignements produits ou diffusés par CATIE ou auxquels CATIE permet l'accès ne doivent toutefois pas être considérés comme des conseils médicaux. Nous ne recommandons ni n'appuyons aucun traitement en particulier et nous encourageons nos utilisateurs à consulter autant de ressources que possible. Nous encourageons vivement nos utilisateurs à consulter un professionnel ou une professionnelle de la santé qualifié(e) avant de prendre toute décision d'ordre médical ou d'utiliser un traitement, quel qu'il soit.

CATIE s'efforce d'offrir l'information la plus à jour et la plus précise au moment de mettre sous presse. Cependant, l'information change et nous encourageons les utilisateurs à s'assurer qu'ils ont l'information la plus récente. Toute personne mettant en application seulement ces renseignements le fait à ses propres risques. Ni CATIE ni aucun de ses partenaires ou bailleurs de fonds, ni leurs personnels, directeurs, agents ou bénévoles n'assument aucune responsabilité des dommages susceptibles de résulter de l'usage de ces renseignements. Les opinions exprimées dans le présent document ou dans tout document publié ou diffusé par CATIE ou auquel CATIE permet l'accès ne reflètent pas nécessairement les politiques ou les opinions de CATIE ni de ses partenaires ou bailleurs de fonds.

L'information sur l'usage plus sécuritaire de drogues est offerte comme service de santé publique pour aider les personnes à prendre de meilleures décisions de santé et ainsi réduire la propagation du VIH, de l'hépatite virale et de toute autre infection. Cette information n'a pas pour but d'encourager ni de promouvoir l'utilisation ou la possession de drogues illégales.

La permission de reproduire

Ce document est protégé par le droit d'auteur. Il peut être réimprimé et distribué dans son intégralité à des fins non commerciales sans permission, mais toute modification de son contenu doit être autorisée. Le message suivant doit apparaître sur toute réimpression de ce document : *Ces renseignements ont été fournis par CATIE (le Réseau canadien d'info-traitements sida). Pour plus d'information, veuillez communiquer avec CATIE par téléphone au 1.800.263.1638 ou par courriel à info@catie.ca.*

© CATIE

La production de cette revue a été rendue possible grâce à une contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada.

Disponible en ligne à
<http://www.catie.ca/fr/pdm/automne-2017/loffre-systematique-depistage-vih-les-contextes-soins-primaires-examen-donnees-prob>