



## L'offre systématique du dépistage du VIH dans les contextes de services des urgences : Un examen des données probantes

[par Laurel Challacombe et Logan Broeckaert](#)

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 objectifs d'accroître le nombre de personnes se faisant tester, d'améliorer le diagnostic précoce de l'infection au VIH et de diriger les personnes diagnostiquées séropositives vers des services cliniques et de soutien.

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 les contextes des services des urgences. Un examen détaillant les [données probantes appuyant l'offre systématique du dépistage du VIH dans les contextes de soins primaires](#) a été publié en juillet 2017.

### 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.

### 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 services des urgences améliorerait les résultats du dépistage du VIH. En ce qui concerne leur nature concluante, les données probantes ont été :

1. **Modérées quant à savoir si les patients se font proposer un dépistage du VIH dans le cadre des programmes de dépistage de routine des services des urgences.** Le taux d'offre variait entre 6 % et 87 %; la moitié des études concluent à des taux d'offre de 50 % ou plus et l'autre moitié à des taux de moins de 50 %.
2. **Modérées quant à savoir si les patients acceptent le dépistage lorsqu'il est offert dans le cadre de programmes de dépistage de routine.** Les taux d'acceptation variaient entre 24 % et 99 %. Seize

études ont conclu à des taux d'acceptation de 50 % ou plus; six études, à des taux d'acceptation inférieurs à 50 %.

3. **Modérées quant à savoir si les programmes de dépistage de routine font en sorte que les patients reçoivent un test de dépistage du VIH.** Les taux de dépistage variaient entre 4 % et 85 %. Quatre études ont conclu à des taux d'acceptation de 50 % ou plus; 13 études, à des taux d'acceptation inférieurs à 50 %.
4. **Fortes quant à savoir si les programmes de dépistage de routine conduisent à diagnostiquer des personnes séropositives à des taux supérieurs au seuil de rentabilité de 0,1 %.** La séropositivité dans les contextes de services des urgences se situait entre 0,06 % et 2,2 %. Seize études ont conclu à un taux de séropositivité supérieur au seuil de rentabilité; une étude a conclu à un taux non rentable.
5. **Modérées quant à savoir si les personnes diagnostiquées séropositives dans le cadre de programmes de dépistage de routine sont orientées vers des soins pour le VIH.** Entre 43 % et 100 % des personnes diagnostiquées séropositives ont été arrimées à des soins pour le VIH, selon 12 des études.

#### **Tableau sommaire : données probantes appuyant l'offre systématique du dépistage du VIH**

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

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 services des urgences :

- L'offre de programmes de soutien dans l'établissement
- La prestation de recommandations claires de dépistage
- L'identification d'un champion pour fournir continuellement du soutien et des conseils au personnel
- La formation du personnel
- Un engagement soutenu et la rétroaction au sujet de l'efficacité du programme
- La définition d'un flux de travail qui est facile à appliquer et qui inclut des rappels de procéder à l'offre de dépistage

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

Le présent examen définit le dépistage de routine et fait la distinction entre l'approche *opt-in* (acceptation) et l'approche *opt-out* (option de retrait). Il cherche également à déterminer si les programmes de dépistage de routine dans les contextes de services des urgences font en sorte que :

- 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 sont effectués
- Des diagnostics de VIH sont posés (taux au-dessus du seuil de rentabilité)
- Les patients diagnostiqués séropositifs sont orientés vers des soins

Nous identifions également, partant de la littérature disponible, quels facteurs facilitent le développement et la réalisation de programmes de dépistage du VIH dans les contextes de services des urgences.

## Pourquoi les gens devraient-ils se faire dépister 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.<sup>1,2</sup> 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.<sup>3,4,5,6,7,8,9,10,11</sup> De fait, si ces conditions sont satisfaites, les personnes ne transmettent pas le VIH lors de leurs activités sexuelles. Toutefois, les personnes vivant avec le VIH ne peuvent être traitées qu'à condition de connaître leur statut sérologique et de recevoir des soins.

Le bilan du Canada laisse à désirer en ce qui concerne le diagnostic de l'infection au VIH.<sup>12,13,14</sup> Selon les estimations de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) pour 2014, un peu plus de 16 000 personnes atteintes du VIH ne sauraient pas qu'elles ont le virus.<sup>15</sup> Cela représente approximativement 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.<sup>16</sup>

En outre, de nombreuses personnes se font diagnostiquer tardivement dans le cours de l'infection au VIH,<sup>17,18</sup> et ont manqué plusieurs occasions de se faire diagnostiquer plus tôt dans des contextes de soins aigus, communautaires et primaires.<sup>19</sup> Un diagnostic précoce 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 n'ont jamais été testées<sup>20,21,22</sup> ou n'ont pas recours au dépistage aussi fréquemment qu'elles le devraient.<sup>20,21</sup> Cela peut être attribuable à des obstacles individuels, structurels ou 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,<sup>20,23</sup> un malaise à l'idée de discuter du VIH ou un manque de connaissances à son sujet,<sup>20</sup> la peur de la stigmatisation et de la discrimination,<sup>20,24,25</sup> et la peur que le résultat du test ne soit pas confidentiel.<sup>24,26</sup> Les professionnels de la santé peuvent également poser des obstacles au dépistage s'ils n'ont pas les connaissances et les compétences nécessaires pour évaluer correctement les risques du patient,<sup>27</sup> ou s'ils ne se sentent pas à l'aise d'offrir le dépistage.<sup>24,26,28,29</sup> Enfin, les obstacles structurels au dépistage du VIH peuvent inclure l'accès inadéquat aux services de dépistage;<sup>20</sup> les contraintes temporelles et les priorités conflictuelles lors des rendez-vous médicaux;<sup>27,30</sup> et le manque de ressources humaines et financières pour offrir le dépistage dans les hôpitaux et les cliniques.<sup>26,30</sup>

## 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 ont recours à 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 types 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 être réalisé.
- **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. À moins que le patient ne *refuse activement* le test, on présume qu'il est consentant au test.

## 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.<sup>31</sup> Le guide ne fournit pas de recommandations spécifiques sur la fréquence souhaitable de discussions sur le dépistage entre patients et professionnels de la santé.<sup>31</sup> 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.<sup>19,32</sup>

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.<sup>31</sup> L'offre systématique du dépistage du VIH aux personnes enceintes est également recommandée par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et par plusieurs provinces et territoires, dont la Nouvelle-Écosse, le Québec, l'Ontario, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Yukon.<sup>19,33,34,35,36,37</sup>

## **Le dépistage de routine du VIH est-il efficace dans le contexte des services des urgences?**

Nous avons décortiqué la littérature scientifique disponible afin de déterminer si le dépistage de routine dans le contexte des services des urgences améliorerait les résultats en matière de dépistage. Les détails de notre méthodologie apparaissent à la fin de ce texte. Les données probantes présentées ici sont de régions où l'épidémie de VIH ressemble à la nôtre, telles que les États-Unis, l'Europe et l'Australie. Il y a peu de données publiées au sujet du contexte canadien.

Les données scientifiques disponibles à l'appui de chaque résultat ont été évaluées et nous avons attribué à chaque source une cote de qualité des données. Bien que l'évaluation des données laisse une marge de souplesse, les cotes ont été attribuées à partir des critères suivants :

1. **Données probantes fortes** : au moins un examen systématique ou un corpus important d'essais cliniques randomisés (et d'études observationnelles) a conclu à la capacité de l'intervention d'influencer le résultat.
2. **Données probantes modérées** : des essais contrôlés randomisés limités et/ou des études quasi-expérimentales (étayées par des études observationnelles) ont conclu à la capacité de l'intervention d'influencer le résultat.
3. **Données probantes limitées** : des études observationnelles ont conclu à la capacité de l'intervention d'influencer le résultat.
4. **Données probantes mixtes** : il existe à la fois certaines recherches appuyant la capacité de l'intervention d'influencer le résultat et certaines recherches contradictoires.
5. **Absence de données probantes** : Il n'existe aucune recherche publiée ayant conclu à la capacité de l'intervention d'influencer le résultat.

## **Quel pourcentage de patients se font offrir systématiquement un test de dépistage du VIH au service des urgences?**

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.<sup>24,26,27,28</sup> Ils pourraient aussi avoir l'impression 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.<sup>27,30</sup>

## **Vue d'ensemble**

Des données probantes modérées révèlent que le dépistage du VIH est offert systématiquement dans les services des urgences lorsqu'une politique de dépistage de routine est en vigueur. Les taux d'offre variaient entre 6 % et 87 %, dans les situations analysées par un essai contrôlé et randomisé,<sup>38</sup> une étude quasi-expérimentale<sup>39</sup> et huit études observationnelles.<sup>27,40,41,42,43,44,45,46</sup> Six études ont mesuré un taux d'offre de 50 % ou plus<sup>27,28,39,41,42,43</sup> et six autres ont conclu à un taux d'offre de moins de 50 %.<sup>38,40,41,44,45,46</sup> Le taux d'offre était généralement plus élevé en présence d'un poste dédié d'intervenant en dépistage.

## Données probantes

### Taux d'offre de 50 % ou plus

Un essai randomisé contrôlé<sup>38</sup> a mis en comparaison l'offre systématique de dépistage du VIH dans un service des urgences par un intervenant en dépistage et l'offre de dépistage par un infirmier auxiliaire. Il a été réalisé à Boston de février 2007 à juillet 2008. Des dépistages rapides du VIH étaient offerts aux patients dans une approche *opt-in*. Les taux d'offre étaient considérablement plus élevés dans le groupe où l'offre relevait d'un conseiller en dépistage que dans le groupe où elle était faite par l'infirmier auxiliaire. Dans le groupe du conseiller, 80 % des patients (1 959 sur 2 446) ont reçu l'offre de dépistage, en comparaison avec 36 % dans le groupe de l'auxiliaire (861 sur 2 409).

Une étude quasi-expérimentale<sup>39</sup> a comparé le dépistage *opt-in* et le dépistage *opt-out*, pour le VIH, dans le service des urgences d'un hôpital d'Oakland, Californie, entre janvier et avril 2010. Certains jours, on appliquait l'approche *opt-in*, et d'autres jours, l'approche *opt-out*. Des dépistages rapides du VIH étaient offerts par des conseillers désignés en dépistage du VIH. Dans l'ensemble, 87 % des patients (2 409 sur 2 779) ont reçu l'offre de dépistage. Le pourcentage de patients auxquels le test a été offert était réparti à égalité entre l'*opt-in* et l'*opt-out*.

Une étude observationnelle<sup>41</sup> a comparé l'approche *opt-in* et l'approche *opt-out* pour le dépistage de routine du VIH, dans le service des urgences d'un hôpital d'Oakland, Californie, entre février 2007 et janvier 2008. Des conseillers désignés en dépistage du VIH offraient le test dans les deux phases de l'étude. Pendant la phase de l'*opt-in*, les patients étaient dirigés vers les intervenants en dépistage par des infirmières; pendant la phase de l'*opt-out*, ils étaient dirigés vers les intervenants en dépistage par des adjoints médicaux. Dans les deux phases, on utilisait des trousse de test rapide. Dans la phase *opt-in*, 28 % des patients (6 478 sur 23 236) ont reçu l'offre de dépistage du VIH, en comparaison avec 76 % dans la phase *opt-out* (20 280 sur 26 757). Il s'agit d'une différence statistiquement significative.

Une étude observationnelle<sup>42</sup> a fait état de conclusions d'un programme de dépistage de routine du VIH dans un service des urgences à Augusta, en Géorgie. Les patients, de régions urbaines et rurales, se voyaient offrir un test de dépistage rapide du VIH par des conseillers désignés en dépistage du VIH, dans une approche *opt-out*. Entre mars 2008 et août 2009, 72 % des patients ont reçu l'offre d'un dépistage du VIH (9 343 sur 13 035).

Une étude observationnelle<sup>27</sup> a été réalisée dans quatre sites, à Londres, Royaume-Uni, y compris un service des urgences, entre août et novembre 2009. Il s'agissait d'offrir un test de routine *opt-in* pour le VIH. Un test rapide était offert par des conseillers désignés en dépistage du VIH. Au cours des trois mois de l'étude, 62 % des patients (3 433 sur 5 541) du service des urgences ont reçu l'offre de dépistage du VIH.

Une étude observationnelle<sup>43</sup> a été réalisée au sujet d'un programme de dépistage de routine du VIH au service des urgences d'un hôpital de Brooklyn, à New York. Le service des urgences a utilisé une approche *opt-out* et un test de laboratoire; l'offre de test était faite par des adjoints médicaux et des infirmières au triage. Entre août 2013 et juillet 2014, 54 % des patients (31 423 sur 57 852) ont reçu l'offre de dépistage du VIH.

### Taux d'offre inférieurs à 50 %

Nous l'avons signalé ci-dessus, un essai randomisé contrôlé<sup>38</sup> à Boston, comparait l'offre systématique de dépistage du VIH offert dans un service des urgences par un intervenant désigné en dépistage du VIH et l'offre de dépistage par un infirmier auxiliaire. Dans le groupe où l'offre était faite par l'infirmier auxiliaire, 36 % des patients (861 sur 2 409) ont reçu l'offre de dépistage, en comparaison avec 80 % des patients du groupe du conseiller (1 959 sur 2 446).

Une étude observationnelle<sup>44</sup> réalisée dans un service des urgences à Londres, Royaume-Uni, a fait état d'observations concernant son programme *opt-in* de dépistage du VIH. Des tests de laboratoire étaient offerts par le personnel clinique. Entre mars et mai 2012, 48 % des patients (2 697 sur 5 657) ont reçu l'offre d'un dépistage du VIH.

Nous avons également signalé ci-dessus une étude observationnelle<sup>41</sup> qui a comparé une approche *opt-in* et une approche *opt-out* au dépistage de routine du VIH dans un service des urgences à Oakland, Californie, entre février

2007 et janvier 2008. Dans la phase *opt-in*, 28 % des patients (6 478 sur 23 236) ont reçu l'offre de dépistage du VIH, en comparaison avec 76 % dans la phase *opt-out* (20 280 sur 26 757).

Une étude observationnelle<sup>40</sup> a fait état des conclusions d'un projet pilote réalisé dans six services des urgences de Paris, France. Entre décembre 2009 et mars 2010, des patients se voyaient offrir un dépistage rapide du VIH dans une approche *opt-in*. Dans l'ensemble, 6 % des patients (11 401 sur 183 957) ont reçu l'offre de se faire dépister pour le VIH (les taux d'offre variaient entre 2,6 % et 11 %).

Une étude observationnelle<sup>46</sup> a fait état de données de trois programmes de dépistage de routine du VIH dans des services des urgences à Los Angeles (Californie), Oakland (Californie) ainsi que dans la ville de New York. Dans les trois cas, on offrait le dépistage rapide du VIH dans une approche *opt-in* entre janvier 2005 et mars 2006. À Los Angeles et à New York, des conseillers désignés en matière de dépistage du VIH offraient des tests aux patients; à Oakland, les dépistages du VIH étaient offerts par des infirmiers. Dans l'ensemble, 19 % des patients (34 627 sur 186 415) ont reçu l'offre de dépistage du VIH.

Une étude observationnelle<sup>45</sup> a signalé des données d'un programme de dépistage de routine du VIH dans un service des urgences à Londres, au Royaume-Uni. Le personnel régulier offrait le test du VIH en laboratoire à des patients, dans une approche *opt-in*. Au cours de 30 mois débutant en janvier 2011, 14 % des patients ont reçu l'offre de dépistage du VIH (écart mensuel oscillant entre 6 % et 54 %).

## Quel pourcentage des patients acceptent de passer le 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;<sup>20,23</sup> d'autres craignent la stigmatisation et la discrimination si le test est positif;<sup>20,24,25</sup> et d'autres encore ont peur que le résultat du test ne soit pas confidentiel.<sup>24,26</sup> Plusieurs patients refusent en outre le dépistage du VIH parce qu'ils en ont passé un récemment.<sup>20,47,48</sup>

## 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 au service des urgences, lorsque cela leur est offert. Les taux d'acceptation du test de dépistage du VIH ont varié entre 24 % et 99 % dans l'examen systématique et la méta-analyse,<sup>49</sup> trois essais contrôlés randomisés,<sup>38,50,51</sup> trois études quasi-expérimentales<sup>39,52,53</sup> et quatorze études observationnelles.<sup>27,40,41,42,43,44,46,54,55,56,57,58,59,60</sup> Seize études<sup>27,38,39,40,41,42,44,46,51,52,54,55,56,57,58,59</sup> ont conclu à des taux d'acceptation de plus de 50 % et six études<sup>41,43,50,53,60,61</sup> ont conclu à des taux d'acceptation de moins de 50 %.

### Taux d'acceptation de 50 % ou plus

Un essai contrôlé randomisé<sup>38</sup> a comparé l'offre de routine du dépistage du VIH dans un service des urgences par un conseiller désigné en dépistage du VIH et l'offre par un infirmier auxiliaire. Cette étude a été faite à Boston de février 2007 à juillet 2008. Des dépistages rapides du VIH étaient offerts aux patients en suivant une approche *opt-in*. Les taux d'acceptation étaient plus élevés dans le groupe où l'offre relevait de l'infirmier auxiliaire que dans le groupe où elle était faite par le conseiller en dépistage. Lorsque l'offre venait de l'infirmier auxiliaire, 75 % des patients (643 sur 861) l'ont acceptée, en comparaison avec 71 % (1 382 sur 1 959) dans le groupe du conseiller désigné en dépistage. Ce résultat est significatif du point de vue statistique.

Une étude quasi-expérimentale<sup>39</sup> a comparé le dépistage *opt-in* et le dépistage *opt-out*, pour le VIH, dans le service des urgences d'un hôpital d'Oakland, Californie, entre janvier et avril 2010. Certains jours on appliquait l'approche *opt-in* et d'autres jours, l'approche *opt-out*. Des dépistages rapides du VIH étaient offerts par des conseillers désignés en dépistage du VIH. Les jours d'approche *opt-out*, 78 % des patients (931 sur 1 200) ayant reçu l'offre de test l'ont acceptée, en comparaison avec 63 % pour les jours *opt-in* (767 sur 1 209).

Une étude quasi-expérimentale<sup>52</sup> a fait état d'observations d'un projet pilote dans le cadre duquel les patients d'un



service des urgences d'un hôpital de Londres, Royaume-Uni, se voyaient offrir un dépistage rapide du VIH par des conseillers désignés en dépistage du VIH, entre janvier et mai 2010. Ces intervenants offraient le dépistage du VIH en présentant une vidéo éducative offerte en quatre langues. Quarante-trois pour cent (93 %) des patients (131 sur 140) qui ont regardé la vidéo et qui n'avaient pas été dépistés pour le VIH au cours des trois mois précédents ont accepté le dépistage.

Une étude observationnelle<sup>55</sup> a fait état de données d'un programme de dépistage de routine *opt-out* pour le VIH dans un service des urgences à Houston, au Texas. Des fournisseurs de soins de santé offraient des tests de laboratoire à des patients qui passaient déjà d'autres tests de laboratoire, entre octobre 2008 et avril 2009. Lorsqu'un dépistage du VIH était offert, 99 % des patients l'acceptaient.

Une étude observationnelle<sup>42</sup> a fait état de conclusions d'un programme de dépistage de routine du VIH dans un service des urgences à Augusta, en Géorgie. Les patients, de régions urbaines et rurales, se voyaient offrir un test de dépistage rapide du VIH par des conseillers désignés en dépistage du VIH, dans une approche *opt-out*. Entre mars 2008 et août 2009, 91 % des patients (8 504 sur 9 343) ont accepté le dépistage lorsqu'il leur était offert.

Une étude observationnelle<sup>56</sup> a fait état de conclusions d'un programme de dépistage de routine du VIH dans une approche *opt-out*, dans un service des urgences à Birmingham, en Alabama. Des infirmières offraient le dépistage du VIH aux patients; des auxiliaires désignés au dépistage du VIH réalisaient des tests rapides pour le VIH. Entre septembre 2011 et décembre 2013, 88 % des patients (66 501 sur 75 621) qui ont reçu l'offre de dépistage l'ont acceptée.

Une étude observationnelle<sup>58</sup> a examiné les données d'un programme réalisé à Atlanta, en Géorgie, où l'on offrait systématiquement le dépistage du VIH aux patients du service des urgences entre mai 2008 et mars 2010. Des conseillers désignés en dépistage du VIH offraient un dépistage du VIH aux patients dans une approche *opt-out*. Dans l'ensemble, 85 % des patients (7 616 sur 8 922) ont accepté le dépistage du VIH lorsqu'il leur était offert.

Une étude observationnelle<sup>57</sup> a fait état de données d'un programme de dépistage *opt-out* du VIH dans un service des urgences au Royaume-Uni. Entre juillet 2011 et mars 2013, des dépistages du VIH en laboratoire étaient offerts par des infirmières ou des médecins. Le taux d'acceptation dans cette étude a été établi en sélectionnant de façon aléatoire 396 patients. De ces 396 patients composant l'échantillon, 84 % (154 sur 183) de ceux qui ont été approchés pour un dépistage l'ont accepté lorsqu'il leur était offert.

Un essai contrôlé randomisé<sup>51</sup> dans un service des urgences à San Francisco, Californie, a comparé le dépistage du VIH selon trois approches : *opt-in* (« vous pouvez nous indiquer si vous voulez un dépistage »), *opt-out* (« vous serez dépisté à moins d'exprimer votre refus ») et choix actif (« voulez-vous un dépistage pour le VIH »). Entre juin 2011 et juin 2013, des patients se voyaient offrir un dépistage rapide du VIH par des assistants de recherche. Parmi les personnes qui ont reçu cette offre, 66 % des patients du groupe *opt-out* ont accepté, de même que 38 % du groupe *opt-in* et 51 % dans le volet du choix actif. Dans l'ensemble, 52 % des patients qui ont reçu une offre de test l'ont acceptée, dans cette étude.

Une étude observationnelle<sup>40</sup> a fait état des conclusions d'un projet pilote réalisé dans six services des urgences de Paris, France. Entre décembre 2009 et mars 2010, des patients se voyaient offrir un dépistage rapide du VIH dans une approche *opt-in*. Dans l'ensemble, 70 % des patients ont accepté un dépistage du VIH lorsqu'il leur était offert (écart de 54 % à 81 %).

Une étude observationnelle<sup>27</sup> a été réalisée dans quatre sites, à Londres, Royaume-Uni, y compris un service des urgences, entre août et novembre 2009. Il s'agissait d'offrir un test de routine *opt-in* pour le VIH. Un test rapide était offert par des conseillers désignés en dépistage du VIH. Au cours des trois mois de l'étude, 87 % des offres de dépistage dans le service des urgences ont été acceptées (2 121 sur 3 433).

Une étude observationnelle<sup>54</sup> a fait état de conclusions d'un programme de dépistage de routine du VIH dans un service des urgences à Minneapolis, au Minnesota, d'octobre 2009 à octobre 2010. Des associés de recherche qui ne faisaient pas partie du flux de travail du service des urgences offraient aux patients un dépistage rapide du VIH. Lorsque les patients recevaient une offre de test, 71 % acceptaient (2 811 sur 3 957).

Une étude observationnelle<sup>44</sup> réalisée dans un service des urgences à Londres, Royaume-Uni, a fait état d'observations concernant son programme *opt-in* de dépistage du VIH. Des tests de laboratoire étaient offerts par le personnel clinique. Entre mars et mai 2012, 65 % des patients (1 747 sur 2 697) ont accepté l'offre d'un dépistage du VIH lorsqu'elle leur était faite.

Une étude observationnelle<sup>41</sup> a comparé l'approche à *opt-in* et celle à *opt-out*, pour le dépistage de routine du VIH, dans le service des urgences d'un hôpital d'Oakland, Californie, entre février 2007 et janvier 2008. Des conseillers désignés en dépistage du VIH offraient le test dans les deux phases de l'étude. Pendant la phase de l'*opt-in*, les patients étaient dirigés vers les intervenants en dépistage par des infirmières; pendant la phase de l'*opt-out*, ils étaient dirigés vers les intervenants en dépistage par des adjoints médicaux. Dans les deux phases, on utilisait des trousse de test rapide. Des personnes qui ont reçu l'offre de dépistage, 63 % l'ont acceptée pendant la phase de l'*opt-in*, en comparaison avec 31 % dans la phase de l'*opt-out*. Cette conclusion était significative du point de vue statistique.

Une étude observationnelle<sup>59</sup> a fait état de conclusions d'un programme de dépistage de routine dans un service des urgences à Washington, D.C. Des offres de dépistage rapide étaient faites dans une approche *opt-in* par des conseillers désignés en dépistage. Entre octobre 2006 et octobre 2007, 59 % des patients qui ont reçu l'offre de dépistage du VIH l'ont acceptée (7 528 sur 12 836).

Une étude observationnelle<sup>46</sup> a fait état de données de trois programmes de dépistage de routine du VIH dans des services des urgences à Los Angeles (Californie), Oakland (Californie) ainsi que dans la ville de New York. Dans les trois cas, on offrait le dépistage rapide du VIH dans une approche *opt-in* entre janvier 2005 et mars 2006. À Los Angeles et à New York, des conseillers désignés en matière de dépistage du VIH offraient des tests aux patients; à Oakland, les dépistages du VIH étaient offerts par des infirmiers. Dans l'ensemble, 57 % des patients (19 556 sur 34 627) ont accepté de se faire dépister pour le VIH lorsque cela leur était offert (Los Angeles 98 %, Oakland 39 %, New York 99 %).

#### *Taux d'acceptation de moins de 50 %*

Un essai contrôlé randomisé<sup>50</sup> a comparé le dépistage de routine du VIH au dépistage ciblé, dans un service des urgences à Cincinnati, en Ohio, de janvier 2008 à décembre 2010. Dans le groupe du dépistage de routine, un dépistage en laboratoire avec approche *opt-in* était offert par des conseillers désignés en dépistage du VIH. Les patients de l'autre groupe étaient ciblés pour l'offre d'un dépistage du VIH s'ils présentaient un facteur de risque pour le VIH ou un symptôme d'infection au VIH. Parmi ceux qui ont reçu l'offre de dépistage, 47 % des patients (1 454 sur 3 067) du groupe du dépistage ciblé ont accepté; ceci était plus élevé que dans le groupe du dépistage de routine, où 41 % des patients (1 915 sur 4 692) ont accepté. Ce résultat est significatif du point de vue statistique.

Comme nous l'avons signalé ci-dessus, une étude observationnelle<sup>41</sup> a comparé l'approche *opt-in* et l'approche *opt-out* pour le dépistage de routine du VIH, dans le service des urgences d'un hôpital d'Oakland, Californie, entre février 2007 et janvier 2008. Parmi les personnes qui ont reçu l'offre de test, 63 % l'ont acceptée dans la phase *opt-in*, en comparaison avec 31 % dans la phase *opt-out*. Cette conclusion était significative du point de vue statistique.

Une étude observationnelle<sup>61</sup> a fait état de données d'une étude pilote réalisée à Boston, au Massachusetts, lors de laquelle le dépistage de routine du VIH était offert aux patients d'un service des urgences pendant une période de quatre mois en 2011-2012. Des professionnels de la santé offraient le dépistage *opt-in* à des patients. Pendant ce pilote, 36 % des patients (788 sur 2 188) ont accepté le dépistage lorsqu'il leur était offert.

Une étude observationnelle<sup>60</sup> a fait état de conclusions d'une étude pilote lors de laquelle le dépistage de routine du VIH était offert dans une approche *opt-out* à des patients passant des tests de laboratoire dans un service des urgences de Londres, au Royaume-Uni. Entre mars et juillet 2013, 30 % des patients (2 828 sur 9 297) ont accepté le dépistage lorsqu'il leur était offert dans le cadre du programme de dépistage de routine.

Une étude observationnelle<sup>43</sup> a été réalisée au sujet d'un programme de dépistage de routine du VIH au service des urgences d'un hôpital de Brooklyn, à New York. Le service des urgences a utilisé une approche *opt-out* et un test de laboratoire; l'offre de test était faite par des adjoints médicaux et des infirmières au triage. Entre août 2013 et juillet 2014, 26 % des patients (8 229 sur 31 423) ont accepté l'offre de dépistage du VIH lorsqu'elle leur était faite.



Une étude quasi-expérimentale<sup>53</sup> a examiné une approche *opt-out* au dépistage de routine du VIH utilisée dans un service des urgences à Denver, au Colorado. Des dépistages rapides du VIH étaient offerts par le personnel régulier des soins de santé. Cette approche était comparée au dépistage rapide du VIH dans une approche ciblée et à l'initiative du médecin. Dans cette approche, des dépistages du VIH étaient offerts aux patients qui avaient des symptômes d'infection au VIH ou que le médecin estimait être à risque élevé pour le VIH. Les deux approches ont été utilisées en alternance d'avril 2007 à avril 2009. Le taux d'acceptation du dépistage du VIH dans l'approche *opt-out* a été estimé à 24 % (6 762 patients sur 28 043). L'étude n'a pas fait état du taux d'acceptation résultant de l'approche à l'initiative du médecin.

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

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

- Pourcentage de tous les patients dans l'étude qui ont été testés (notons que certains d'entre eux ne se sont pas fait offrir de test)
- Pourcentage de tous les patients testés parmi ceux à qui un test a été offert

Par souci d'uniformité, nous rendons compte ci-dessous du pourcentage de dépistages effectués parmi l'ensemble des patients de l'étude.

### Vue d'ensemble

Il existe des données probantes modérées indiquant que des patients de sites où l'on procède au dépistage de routine du VIH se font effectivement dépister. Les taux de dépistage des patients ont varié de 4 % à 85 % dans deux essais contrôlés randomisés,<sup>38,50</sup> quatre études quasi-expérimentales<sup>39,52,53,62</sup> et 10 études observationnelles.<sup>40,41,43,45,56,57,58,59,61,63</sup> Quatre études ont conclu à des taux de dépistage de 50 % ou plus<sup>38,39,56,58</sup> et 13 ont conclu à des taux inférieurs à 50 %.<sup>38,40,41,43,45,50,52,53,57,59,61,62,63</sup>

### Données probantes

#### Taux de dépistage de 50 % ou plus

Une étude observationnelle<sup>58</sup> a examiné les données d'un programme réalisé à Atlanta, en Géorgie, où l'on offrait systématiquement le dépistage du VIH aux patients du service des urgences entre mai 2008 et mars 2010. Des conseillers désignés en dépistage du VIH offraient un dépistage du VIH aux patients dans une approche *opt-out*. Dans l'ensemble, 85 % des patients (7 616 sur 8 922) ont été dépistés.

Une étude quasi-expérimentale<sup>39</sup> a comparé le dépistage *opt-in* et le dépistage *opt-out*, pour le VIH, dans le service des urgences d'un hôpital d'Oakland, Californie, entre janvier et avril 2010. Certains jours, on appliquait l'approche *opt-in*, et d'autres jours, l'approche *opt-out*. Des dépistages rapides du VIH étaient offerts par des conseillers désignés en dépistage du VIH. Dans le groupe *opt-out*, 78 % de tous les patients ont été dépistés (931 sur 1 200); dans le groupe *opt-in*, 63 % ont été dépistés (767 sur 1 209).

Une étude observationnelle<sup>56</sup> a fait état de conclusions d'un programme de dépistage de routine du VIH dans une approche *opt-out*, dans un service des urgences à Birmingham, en Alabama. Des infirmières offraient le dépistage du VIH aux patients; des auxiliaires désignés au dépistage du VIH réalisaient des tests rapides pour le VIH. Entre septembre 2011 et décembre 2013, 59 % des patients (44 635 sur 75 261) ont été dépistés pour le VIH.

Un essai randomisé contrôlé<sup>38</sup> a mis en comparaison l'offre systématique de dépistage du VIH par un intervenant en dépistage dans un service des urgences et l'offre de dépistage par un infirmier auxiliaire. Il a été réalisé à Boston de février 2007 à juillet 2008. Des dépistages rapides du VIH étaient offerts aux patients dans une approche *opt-in*. Les taux d'offre étaient considérablement plus élevés dans le groupe où l'offre relevait d'un conseiller en dépistage que dans le groupe où elle était faite par l'infirmier auxiliaire. Dans le groupe du conseiller, 57 % des patients (1 382 sur 2 446) ont reçu l'offre de dépistage, en comparaison avec 36 % dans le groupe de l'auxiliaire (643 sur 2 409).

#### Taux de dépistage inférieurs à 50 %

Un essai contrôlé randomisé<sup>50</sup> a comparé le dépistage de routine du VIH au dépistage ciblé, dans un service des urgences à Cincinnati, en Ohio, de janvier 2008 à décembre 2010. Dans le groupe du dépistage de routine, un dépistage en laboratoire avec approche *opt-in* était offert par des conseillers désignés en dépistage du VIH. Les patients étaient ciblés pour l'offre d'un dépistage du VIH s'ils avaient un facteur de risque pour le VIH ou un symptôme d'infection au VIH. Dans le groupe du dépistage de routine, 41 % des patients (1 911 sur 4 692) ont été dépistés, en comparaison avec 30 % dans le groupe du dépistage ciblé (1 451 sur 4 880).

Une étude observationnelle<sup>59</sup> a fait état de conclusions d'un programme de dépistage de routine dans un service des urgences à Washington, D.C. Le dépistage rapide était offert dans une approche *opt-in* par des conseillers désignés en dépistage. Entre octobre 2006 et octobre 2007, 36 % des patients (4 601 sur 12 836) ont été dépistés.

Une étude observationnelle<sup>57</sup> a fait état de données d'un programme de dépistage *opt-out* du VIH dans un service des urgences au Royaume-Uni. Des dépistages du VIH en laboratoire étaient offerts par des infirmières ou des médecins. Entre juillet 2011 et mars 2013, 33 % de tous les patients ont été dépistés pour le VIH.

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, un essai randomisé contrôlé<sup>38</sup> a mis en comparaison l'offre systématique de dépistage du VIH dans un service des urgences par un intervenant en dépistage et l'offre de dépistage par un infirmier auxiliaire. Dans le groupe de patients de l'intervenant en dépistage, 57 % des patients (1 382 sur 2 446) ont été dépistés, en comparaison avec 27 % dans le groupe de l'infirmier auxiliaire (643 sur 2 409).

Une étude observationnelle a examiné des données de « Going Viral », une campagne de dépistage du VIH dans neuf services des urgences du Royaume-Uni.<sup>63</sup> Entre le 13 et le 19 octobre 2014, les patients qui passaient déjà d'autres tests sanguins se voyaient systématiquement offrir dans une approche *opt-out* des tests de dépistage de laboratoire pour le VIH. Dans l'ensemble, 27 % des patients (2 118 sur 7 807) ont été dépistés pour le VIH.

Une étude quasi-expérimentale<sup>53</sup> a examiné une approche *opt-out* au dépistage de routine du VIH utilisée dans un service des urgences à Denver, au Colorado. Des dépistages rapides du VIH étaient offerts par le personnel régulier des soins de santé. Cette approche était comparée au dépistage rapide du VIH dans une approche ciblée et à l'initiative du médecin. Dans cette approche, des dépistages du VIH étaient offerts aux patients qui avaient des symptômes d'infection au VIH ou que le médecin estimait être à risque élevé pour le VIH. Les deux approches ont été utilisées en alternance d'avril 2007 à avril 2009. Dans l'approche *opt-out*, 24 % des patients (6 933 sur 28 043) ont été dépistés. Dans l'approche ciblée, 0,8 % des patients (243 sur 29 925) ont été dépistés.

Une étude quasi-expérimentale<sup>52</sup> a fait état d'observations d'un projet pilote dans un service des urgences à Londres, Royaume-Uni. Les patients ont reçu l'offre d'un dépistage rapide du VIH par des conseillers désignés en dépistage du VIH, entre janvier et mai 2010. Ces intervenants offraient le dépistage du VIH en présentant une vidéo éducative offerte en quatre langues. Dans l'ensemble, 23 % des patients ont été dépistés pour le VIH.

Une étude quasi-expérimentale<sup>62</sup> a comparé deux approches au dépistage du VIH dans un service des urgences à Baltimore, au Maryland. Dans le programme 1, qui s'est déroulé de juillet 2012 à juin 2013, des conseillers désignés en dépistage du VIH offraient des dépistages rapides aux patients. Dans le programme 2, d'août 2013 à juillet 2014, le dépistage de routine était intégré dans le triage et des dépistages en laboratoire ainsi que des dépistages rapides étaient offerts par les infirmières. Les deux programmes utilisaient une approche *opt-in* au dépistage. Pendant le programme 1, 15 % de tous les patients (6 832 sur 46 818) ont reçu un dépistage rapide. Pendant le programme 2, 17 % de tous les patients (8 233 sur 49 697) ont reçu un dépistage du VIH.

Une étude observationnelle<sup>61</sup> a fait état de données d'une étude pilote réalisée à Boston, au Massachusetts, lors de laquelle le dépistage de routine du VIH était offert aux patients d'un service des urgences pendant une période de quatre mois. Des professionnels de la santé offraient le dépistage *opt-in* à des patients. Pendant ce pilote, 10 % des patients (514 sur 5 164) qui ont accepté le dépistage ont effectivement été dépistés.

Une étude observationnelle<sup>41</sup> a comparé l'approche *opt-in* et l'approche *opt-out* pour le dépistage de routine du VIH, dans le service des urgences d'un hôpital d'Oakland, Californie, entre février 2007 et janvier 2008. Des conseillers désignés en dépistage du VIH offraient le test dans les deux phases de l'étude. Pendant la phase de l'*opt-in*, les patients étaient dirigés vers les intervenants en dépistage par des infirmières; pendant la phase de l'*opt-out*, ils étaient dirigés vers les intervenants en dépistage par des adjoints médicaux. Dans les deux phases, on utilisait des

trousses de test rapide. Dans les deux phases, 17 % des patients ont été dépistés : 30 % (7 066 sur 23 236) pendant la phase *opt-in* et 17 % (4 657 sur 26 767) pendant la phase *opt-out*.

Une étude observationnelle<sup>43</sup> a été réalisée au sujet d'un programme de dépistage de routine du VIH au service des urgences d'un hôpital de Brooklyn, à New York. Des adjoints médicaux et des infirmières au triage offraient un dépistage de laboratoire dans une approche *opt-out*. Entre août 2013 et juillet 2014, 11 % des patients (6 114 sur 57 852) ont été dépistés.

Une étude observationnelle<sup>45</sup> a signalé des données d'un programme de dépistage de routine du VIH dans un service des urgences à Londres, Royaume-Uni. Le personnel régulier faisait l'offre de routine d'un test du VIH en laboratoire à des patients, dans une approche *opt-in*. Au cours de 30 mois débutant en janvier 2011, 10 % des patients (4 327 sur 44 582) ont été dépistés pour le VIH.

Une étude observationnelle<sup>40</sup> a fait état des conclusions d'un projet pilote réalisé dans six services des urgences de Paris, France. Entre décembre 2009 et mars 2010, des patients se voyaient offrir un dépistage rapide du VIH dans une approche *opt-in*. Dans l'ensemble, 4 % des patients (7 215 sur 183 957) ont été dépistés.

## Taux de séropositivité pour le VIH 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 qui vivent avec l'infection 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 est rentable (bon rapport coût-efficacité).<sup>64</sup>

## 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 %. Les taux de séropositivité ont varié de 0,06 % à 2,2 % dans l'examen systématique et la méta-analyse,<sup>49</sup> deux essais contrôlés randomisés,<sup>38,50</sup> quatre études quasi-expérimentales<sup>39,52,53,62</sup> et 10 études observationnelles.<sup>27,42,44,45,55,56,57,58,65,66</sup> Seize études ont conclu à des taux de séropositivité dépassant le seuil de rentabilité<sup>27,38,39,42,45,49,50,52,53,54,55,56,57,58,62,65,66</sup> et une étude a conclu à un taux inférieur au seuil de rentabilité.<sup>44</sup>

## Données probantes

### Taux de séropositivité supérieurs au seuil de rentabilité

Un examen systématique et méta-analyse<sup>49</sup> faisant état de l'application de stratégies *opt-out* et *opt-in* au dépistage du VIH dans des services des urgences a conclu que 0,4 % des tests livraient un résultat positif dans les programmes *opt-out*, en comparaison avec 0,52 % dans les programmes *opt-in*.

Une étude quasi-expérimentale<sup>52</sup> a fait état d'observations d'un projet pilote dans le cadre duquel les patients d'un service des urgences d'un hôpital de Londres, Royaume-Uni, se voyaient offrir un dépistage rapide du VIH par des conseillers désignés en dépistage du VIH, entre janvier et mai 2010. Ces intervenants offraient le dépistage du VIH en présentant une vidéo éducative offerte en quatre langues. Le taux de séropositivité dans le cadre de ce projet pilote a été de 2,2 % (3 patients sur 135).

Une étude observationnelle<sup>55</sup> a fait état de données d'un programme de dépistage de routine *opt-out* pour le VIH dans un service des urgences à Houston, au Texas. Des fournisseurs de soins de santé offraient des tests de laboratoire à des patients qui passaient déjà d'autres tests de laboratoire, entre octobre 2008 et avril 2009. Dans l'ensemble, 2 % des tests ont livré un résultat positif (262 sur 14 093).

Une étude observationnelle<sup>58</sup> a examiné les données d'un programme réalisé à Atlanta, en Géorgie, où l'on offrait systématiquement le dépistage du VIH aux patients du service des urgences entre mai 2008 et mars 2010. Des conseillers désignés en dépistage du VIH offraient un dépistage rapide du VIH aux patients dans une approche *opt-out*. Le taux de séropositivité dans le cadre de ce programme a été de 1,7 % (126 patients sur 7 616).

Une étude observationnelle<sup>65</sup> a fait état de conclusions d'un programme pilote concernant le dépistage de routine du VIH et des hépatites B et C dans une approche *opt-out*, réalisé entre mars 2014 et janvier 2015 à Dublin, en Irlande. Les patients du service des urgences qui passaient déjà d'autres tests de laboratoire se voyaient offrir un dépistage du VIH par leur professionnel des soins de santé. Dans ce programme, 1 % des patients (97 sur 8 839) ont reçu un résultat positif pour le VIH.

Une étude observationnelle<sup>66</sup> a fait état d'un programme de dépistage de routine du VIH dans un service des urgences et un centre de soins d'urgence à Nouvelle-Orléans, en Louisiane, en affiliation avec l'Interim Louisiana Hospital. On a fait état de données collectées entre mars et décembre 2013. Avant mars 2013, les patients des deux services des urgences recevaient l'offre d'un dépistage rapide du VIH par des conseillers désignés en dépistage du VIH, dans une approche *opt-in*. Après mars 2013, des tests de laboratoire étaient offerts dans une approche *opt-out* par le personnel de triage, dans les deux services des urgences. Dans l'ensemble, entre mars et décembre 2013, 0,81 % des dépistages du VIH (102 sur 12 568) ont été positifs, en comparaison avec 0,94 % en 2012 (106 sur 11 257).

Une étude observationnelle<sup>56</sup> a fait état de conclusions d'un programme de dépistage de routine du VIH dans une approche *opt-out*, dans un service des urgences à Birmingham, en Alabama. Des infirmières offraient le dépistage du VIH aux patients; des auxiliaires désignés au dépistage du VIH réalisaient des tests rapides pour le VIH. Entre septembre 2011 et décembre 2013, 0,54 % des tests pour le VIH ont livré un résultat positif (243 sur 44 635).

Un essai randomisé contrôlé<sup>38</sup> a mis en comparaison l'offre systématique de dépistage du VIH dans un service des urgences par un intervenant en dépistage et l'offre de dépistage par un infirmier auxiliaire. Il a été réalisé à Boston de février 2007 à juillet 2008. Des dépistages rapides du VIH étaient offerts aux patients dans une approche *opt-in*. Dans l'ensemble, le taux de séropositivité a été de 0,35 % (7 patients sur 2 025).

Un essai contrôlé randomisé<sup>50</sup> a comparé le dépistage de routine du VIH au dépistage ciblé, dans un service des urgences à Cincinnati, en Ohio, de janvier 2008 à décembre 2010. Dans le groupe du dépistage de routine, un dépistage en laboratoire avec approche *opt-in* était offert par des conseillers désignés en dépistage du VIH. Les patients de l'autre groupe étaient ciblés pour l'offre d'un dépistage du VIH s'ils présentaient un facteur de risque pour le VIH ou un symptôme d'infection au VIH. Dans le groupe du dépistage de routine, 0,31 % des tests ont livré un résultat positif (6 sur 1 911), en comparaison à 0,22 % des tests des patients du groupe de l'approche ciblée (3 sur 1 451).

Une étude observationnelle<sup>57</sup> a fait état de données d'un programme de dépistage *opt-out* du VIH dans un service des urgences au Royaume-Uni. Des dépistages du VIH en laboratoire étaient offerts par des infirmières ou des médecins. Entre juillet 2011 et mars 2013, un taux de 0,48 % des tests a été positif (20 sur 4 122).

Une étude observationnelle<sup>42</sup> a fait état de conclusions d'un programme de dépistage de routine du VIH dans un service des urgences à Augusta, en Géorgie. Les patients, de régions urbaines et rurales, se voyaient offrir un test de dépistage rapide du VIH par des conseillers désignés en dépistage du VIH, dans une approche *opt-out*. Entre mars 2008 et août 2009, un taux de 0,41 % des tests a été positif (35 sur 8 504).

Une étude observationnelle<sup>45</sup> a signalé des données d'un programme de dépistage de routine du VIH dans un service des urgences à Londres, au Royaume-Uni. Le personnel régulier offrait le test du VIH en laboratoire à des patients, dans une approche *opt-in*. Au cours de 30 mois débutant en janvier 2011, un taux de 0,30 % des tests a été positif (13 sur 4 327).

Une étude quasi-expérimentale<sup>39</sup> a comparé le dépistage *opt-in* et le dépistage *opt-out*, pour le VIH, dans le service des urgences d'un hôpital d'Oakland, Californie, entre janvier et avril 2010. Certains jours, on appliquait l'approche *opt-in*, et d'autres jours, l'approche *opt-out*. Des dépistages rapides du VIH étaient offerts par des conseillers

désignés en dépistage du VIH. Les taux de séropositivité ont été semblables : 0,11 % les jours d'*opt-out* (1 sur 931) et 0,13 % les jours d'*opt-in* (1 sur 767).

Une étude quasi-expérimentale<sup>53</sup> a examiné une approche *opt-out* au dépistage de routine du VIH utilisée dans un service des urgences à Denver, au Colorado. Des dépistages rapides du VIH étaient offerts par le personnel régulier des soins de santé. Cette approche était comparée au dépistage rapide du VIH dans une approche ciblée et à l'initiative du médecin. Dans cette approche, des dépistages du VIH étaient offerts aux patients qui avaient des symptômes d'infection au VIH ou que le médecin estimait être à risque élevé pour le VIH. Les deux approches ont été utilisées en alternant tous les quatre mois, d'avril 2007 à avril 2009. Dans l'approche *opt-out*, 0,24 % des tests ont été positifs (16 sur 6 702), en comparaison avec 2,1 % dans l'approche à l'initiative du médecin (5 sur 243).

Une étude quasi-expérimentale<sup>62</sup> a comparé deux approches au dépistage du VIH dans un service des urgences à Baltimore, au Maryland. Dans le programme 1, qui s'est déroulé de juillet 2012 à juin 2013, des conseillers désignés en dépistage du VIH offraient des dépistages rapides aux patients. Dans le programme 2, d'août 2013 à juillet 2014, le dépistage de routine était intégré dans le triage, et des dépistages en laboratoire ainsi que des dépistages rapides étaient offerts par les infirmières. Les deux programmes utilisaient une approche *opt-in* au dépistage. Pendant le programme 1, 0,2 % des tests ont été positifs (16 sur 6 832) comparativement à 0,35 % pendant le programme 2 (29 sur 8 233).

Une étude observationnelle<sup>27</sup> a été réalisée dans quatre sites, à Londres, Royaume-Uni, y compris un service des urgences, entre août et novembre 2009. Il s'agissait d'offrir un test de routine *opt-in* pour le VIH. Un test rapide était offert par des conseillers désignés en dépistage du VIH. Au cours des trois mois de l'étude, 0,18 % des tests ont été positifs (4 sur 2 121).

#### *Taux de séropositivité inférieurs au seuil de rentabilité*

Une étude observationnelle<sup>44</sup> réalisée dans un service des urgences à Londres, Royaume-Uni, a fait état d'observations concernant son programme *opt-in* de dépistage du VIH. Des tests de laboratoire étaient offerts par le personnel clinique. Entre mars et mai 2012, 0,06 % des tests a été positif (1 sur 1 747).

### **Les programmes de dépistage de routine du VIH dans les services des urgences relient-ils les clients à des soins pour le VIH?**

Une fois diagnostiquée, toute personne vivant avec le VIH devrait être orientée vers un fournisseur de soins pour le VIH 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.<sup>1,2</sup>

Il existe plusieurs façons de définir la réussite d'un lien vers 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 récente année.

### **Vue d'ensemble**

Des données probantes modérées indiquent que les personnes diagnostiquées séropositives pour le VIH dans des services des urgences sont orientées vers des soins; ces données proviennent de deux études quasi-expérimentales<sup>52,62</sup> et de 10 études observationnelles.<sup>27,42,43,45,46,54,55,58,60,66</sup> Entre 43 % et 100 % des patients diagnostiqués séropositifs ont été dirigés vers des soins.

### **Données probantes**

Une étude quasi-expérimentale<sup>52</sup> a fait état d'observations d'un projet pilote dans le cadre duquel les patients d'un service des urgences d'un hôpital de Londres, Royaume-Uni, se voyaient offrir un dépistage rapide du VIH par des conseillers désignés en dépistage du VIH, entre janvier et mai 2010. Ces intervenants offraient le dépistage du VIH en présentant une vidéo éducative offerte en quatre langues. Tous les patients (3 sur 3) qui ont été diagnostiqués séropositifs pour le VIH ont été dirigés vers des soins.

Une étude quasi-expérimentale<sup>62</sup> a comparé deux approches au dépistage du VIH dans un service des urgences à Baltimore, au Maryland. Dans le programme 1, qui s'est déroulé de juillet 2012 à juin 2013, des conseillers désignés en dépistage du VIH offraient des dépistages rapides aux patients. Dans le programme 2, d'août 2013 à juillet 2014, le dépistage de routine était intégré dans le triage et des dépistages en laboratoire ainsi que des dépistages rapides étaient offerts par les infirmières. Les deux programmes utilisaient une approche *opt-in* au dépistage. Dans le programme 1, 81 % des patients (13 sur 16) ont été dirigés vers des soins, comparativement à 93 % des patients (27 sur 29) du programme 2.

Une étude observationnelle<sup>45</sup> a signalé des données d'un programme de dépistage de routine du VIH dans un service des urgences à Londres, au Royaume-Uni. Le personnel régulier offrait le test du VIH en laboratoire à des patients, dans une approche de routine à *opt-in*. Au cours de 30 mois débutant en janvier 2011, 100 % des patients (13 sur 13) ont été dirigés vers des soins.

Une étude observationnelle<sup>27</sup> a été réalisée dans quatre sites, à Londres, Royaume-Uni, y compris un service des urgences, entre août et novembre 2009. Il s'agissait d'offrir un test de routine *opt-in* pour le VIH. Un test rapide était offert par des conseillers désignés en dépistage du VIH. Au cours des trois mois de l'étude, 100 % des patients (4 sur 4) diagnostiqués séropositifs pour le VIH dans le service des urgences ont été dirigés vers des soins.

Une étude observationnelle<sup>42</sup> a fait état de conclusions d'un programme de dépistage de routine du VIH dans un service des urgences à Augusta, en Géorgie. Les patients, de régions urbaines et rurales, se voyaient offrir un test de dépistage rapide du VIH par des conseillers désignés en dépistage du VIH, dans une approche *opt-out*. Entre mars 2008 et août 2009, 93 % des patients séropositifs pour le VIH (26 sur 28) ayant reçu leur résultat ont été dirigés vers des soins.

Une étude observationnelle<sup>46</sup> a fait état de données de trois programmes de dépistage de routine du VIH dans des services des urgences à Los Angeles (Californie), Oakland (Californie) ainsi que dans la ville de New York. Dans les trois cas, on offrait le dépistage rapide du VIH dans une approche *opt-in* entre janvier 2005 et mars 2006. À Los Angeles et à New York, des conseillers désignés en matière de dépistage du VIH offraient des tests aux patients; à Oakland, les dépistages du VIH étaient offerts par des infirmiers. Dans l'ensemble, 88 % des patients (85 sur 97) ayant le VIH ont été dirigés vers des soins.

Une étude observationnelle<sup>43</sup> a été réalisée au sujet d'un programme de dépistage de routine du VIH au service des urgences d'un hôpital de Brooklyn, à New York. Le service des urgences a utilisé une approche *opt-out* et un test de laboratoire; l'offre de test était faite par des adjoints médicaux et des infirmières au triage. Entre août 2013 et juillet 2014, 92 % des patients (24 sur 26) ont été dirigés vers des soins pour le VIH.

Une étude observationnelle<sup>66</sup> a fait état d'un programme de dépistage de routine du VIH dans un service des urgences et un centre de soins d'urgence à Nouvelle-Orléans, en Louisiane, en affiliation avec l'Interim Louisiana Hospital. On a fait état de données collectées entre mars et décembre 2013. Avant mars 2013, les patients des deux services des urgences recevaient l'offre d'un dépistage rapide du VIH par des conseillers désignés en dépistage du VIH, dans une approche *opt-in*. Après mars 2013, des tests de laboratoire étaient offerts dans une approche *opt-out* par le personnel de triage, dans les deux services des urgences. Au total, 74 % des patients (67 sur 91) ont été dirigés vers des soins.

Une étude observationnelle<sup>58</sup> a examiné les données d'un programme réalisé à Atlanta, en Géorgie, où l'on offrait systématiquement le dépistage du VIH aux patients du service des urgences entre mai 2008 et mars 2010. Des conseillers désignés en dépistage du VIH offraient un dépistage du VIH aux patients dans une approche *opt-out*. Pendant l'étude, 75 % des patients (95 sur 126) ont été dirigés vers des soins et se sont présentés à leur premier rendez-vous à la clinique de soins pour le VIH.

Une étude observationnelle<sup>60</sup> a fait état de conclusions d'une étude pilote lors de laquelle le dépistage de routine du VIH était offert dans une approche *opt-out* à des patients passant des tests de laboratoire dans un service des urgences de Londres, au Royaume-Uni. Entre mars et juillet 2013, 93 % des patients (13 sur 14) ont été dirigés vers des soins.

Une étude observationnelle<sup>54</sup> a fait état de conclusions d'un programme de dépistage de routine du VIH dans un



service des urgences à Minneapolis, au Minnesota, d'octobre 2009 à octobre 2010. Des associés de recherche qui ne faisaient pas partie du flux de travail du service des urgences offraient aux patients un dépistage rapide du VIH. Pendant l'étude, 56 % des patients (5 sur 9) nouvellement diagnostiqués séropositifs pour le VIH ont été dirigés vers des soins.

Une étude observationnelle<sup>55</sup> a fait état de données d'un programme de dépistage de routine *opt-out* pour le VIH dans un service des urgences à Houston, au Texas. Des fournisseurs de soins de santé offraient des tests de laboratoire à des patients qui passaient déjà d'autres tests de laboratoire, entre octobre 2008 et avril 2009. Pendant l'étude, 43 % des personnes nouvellement diagnostiquées séropositives pour le VIH (34 sur 80) ont été dirigées vers des soins.

## **Quels facteurs facilitent l'établissement de programmes de dépistage de routine du VIH dans les contextes des services des urgences?**

Nous avons identifié dans la littérature six facteurs facilitant la mise en œuvre du dépistage de routine du VIH dans des services des urgences, et qui ont pu favoriser la réussite de ces programmes :

- offrir des programmes institutionnels favorables<sup>59,66</sup>
- fournir des recommandations claires sur le dépistage<sup>67</sup>
- désigner un champion pour fournir continuellement des encouragements et des conseils au personnel<sup>45,59</sup>
- former le personnel<sup>54,57,66,67</sup>
- offrir un engagement continu ainsi que des rétroactions quant à la réussite du programme<sup>45,67</sup>
- définir un flux de travail qui est facile à appliquer et qui inclut des rappels d'offrir le dépistage<sup>56,66</sup>

## **Quels facteurs font obstacle à des programmes de dépistage de routine du VIH dans les services des urgences?**

Une étude observationnelle réalisée dans un service des urgences de l'État de l'Illinois entre novembre 2014 et juillet 2015 a identifié des facteurs en cause dans des occasions ratées de dépistage; il s'agissait de facteurs individuels du patient et de facteurs systémiques.<sup>68</sup> Dans ce service des urgences, l'offre de routine avec approche *opt-out* a été évaluée. L'étude a établi que les patients âgés de 13 à 19 ans étaient moins susceptibles que ceux des autres groupes d'âge d'être informés au sujet du dépistage et du consentement au dépistage, et d'avoir une prise de sang. De plus, la suroccupation du service des urgences et le caractère urgent de la raison de la visite à ce service réduisaient également la probabilité d'être au courant du dépistage du VIH ou d'avoir une prise de sang.

## **Quelles sont les implications pour les hôpitaux qui envisagent d'instaurer un programme de dépistage de routine dans leur service des urgences?**

Il existe des données probantes modérées indiquant que les programmes de dépistage de routine dans des services des urgences favorisent l'offre du test, l'acceptation du test par les patients et la prestation de dépistages du VIH. De plus, des données probantes fortes révèlent que les taux de séropositivité sont supérieurs au seuil de rentabilité de 0,1 %. En outre, des données probantes modérées indiquent que les personnes recevant un diagnostic de VIH dans le cadre d'un programme de dépistage de routine du VIH en service des urgences sont orientées vers des soins.

L'offre systématique du dépistage du VIH a reçu l'appui 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. Le Saskatchewan offre de nombreuses [ressources pour les programmes de dépistage de routine](#). Une étude de cas sur un [programme de dépistage systématique du VIH dans les soins aigus](#) est offerte dans le cadre de *Connectons nos programmes* de CATIE.

Un certain nombre de facteurs peuvent faciliter la mise en œuvre de programmes de dépistage de routine. Avant de procéder à la mise en œuvre d'un tel programme, examinez comment vous pourriez les opérationnaliser dans votre programme.

## **Méthodologie**

PubMed, Embase et CINAHL. *HIV infections/diagnosis*. Les sujets utilisés dans Embase incluait *HIV test*. Les mots clés utilisés lors des recherches incluait 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.

Cet examen des données probantes est fondé sur des recherches effectuées dans PubMed, Embase and CINAHL. Les termes de recherche MeSH incluait *HIV infections/diagnosis*. Les mots-clés dans Embase incluait *HIV test*. Les mots clés utilisés lors des recherches incluait : *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.

## 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 l'adresse : <http://bmcinfectdis.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 l'adresse : <http://www.croiconference.org/sessions/hiv-transmission-male-serodiscordant-couples-australia-thailand-and-brazil>
12. Nosyk B, Montaner JSG, 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 l'adresse : [http://www.cahr-acrv.ca/wp-content/uploads/2012/10/InfDis\\_26\\_SB\\_MarApr2015\\_Final.pdf](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 or 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 réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH*. 2016. Disponible à l'adresse : <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, ON : Agence de la santé publique du Canada; 2015. Disponible à l'adresse : <http://www.catie.ca/sites/default/files/2014-HIV-Estimates-in-Canada-FR.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.](#) Office of the Provincial Health Officer. *HIV testing guidelines for the province of British Columbia 2014*. Government of British Columbia; 2014. Disponible à l'adresse : <http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Communicable-Disease-Manual/Chapter%205%20-%20STI/HIVTestingGuidelinesJune2015.pdf>
20. [a. b. c. d. e. f. g. h. i.](#) Centre for Communicable Diseases and Infection Control (Canada). *M-Track, enhanced surveillance of HIV, sexually transmitted and blood-borne infections, and associated risk behaviours among men who have sex with men in Canada phase 1 report*. Ottawa: Centre for Communicable Diseases; 2011. Disponible à l'adresse : [http://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/weekly\\_checklist/2012/internet/w12-16-U-E.html/collections/collection\\_2012/aspc-phac/HP40-64-1-2011-eng.pdf](http://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/weekly_checklist/2012/internet/w12-16-U-E.html/collections/collection_2012/aspc-phac/HP40-64-1-2011-eng.pdf)
21. [a. b.](#) Public Health Agency of Canada. *Summary of key findings from I-Track phase 3 (2010-2012)*. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2014. Disponible à l'adresse : [http://www.catie.ca/sites/default/files/64-02-14-1234\\_I-Track-Phase3-Summary\\_EN-FINAL-WEB.pdf](http://www.catie.ca/sites/default/files/64-02-14-1234_I-Track-Phase3-Summary_EN-FINAL-WEB.pdf)

22. Ha S, Paquette D, Tarasuk J, Dodds J. A systematic review of HIV testing among Canadian populations. *Canadian Public Health Association Journal*. 2014 Feb;105(1):e53–62.
23. a. b. 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. 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. 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. 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. Rayment M, Thornton A, Mandalia 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. Brown B, LeCompte-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. 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. Mimiaga MJ, Johnson CV, Reisner SL, et al. Barriers to routine HIV testing among Massachusetts community health center personnel. *Public Health Reports*. 2011;643–652.
31. a. b. c. 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 l'adresse : <https://open.alberta.ca/dataset/7d0c3708-2cb6-44f8-bd48-786a55be29a6/resource/544b893a-2bbd-4451-9a43-f4afda14b76f/download/Prenatal-HIV-PH-Guidelines.pdf>
34. Government of Ontario. *Guidelines for HIV counselling and testing*. Government of Ontario; 2008. Disponible à l'adresse : [http://www.ohsutp.ca/uploads/Ontario\\_HIV\\_Testing\\_guidelines.pdf](http://www.ohsutp.ca/uploads/Ontario_HIV_Testing_guidelines.pdf)
35. Ministère de la santé et services sociaux. *Programme d'intervention sur l'infections par le VIH et la grossesse*. Government of Quebec; 2015. Disponible à l'adresse : <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 l'adresse : <http://0-nsleg-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 l'adresse : <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. Walensky RP, Reichmann WM, Arbelaez C, et al. Counselor- Versus Provider-Based HIV Screening in the Emergency Department: Results From the Universal Screening for HIV Infection in the Emergency Room (USHER) Randomized Controlled Trial. *Annals of Emergency Medicine*. 2011 Jul;58(1):S126–S132.e4.
39. a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. White DA, Sadoun T, Tran T, Alter HJ. Increased acceptance rates of HIV screening using opt-out consent methods in an urban emergency department. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2011;58(3):277–282.
40. a. b. c. d. e. f. g. h. i. Casalino E, Bernot B, Bouchaud O, et al. Twelve Months of Routine HIV Screening in 6 Emergency Departments in the Paris Area: Results from the ANRS URDEP Study. *PLoS ONE*. 2012 Oct 2;7(10):e46437.
41. a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m. White D, Scribner A, Vahidnia F, et al. HIV screening in an urban emergency department: Comparison of screening using an opt-in versus an opt-out approach. *Annals of Emergency Medicine*. 2011;58(Suppl 1):S89–S95.
42. a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. Sattin RW, Wilde JA, Freeman AE, et al. Rapid HIV Testing in a Southeastern Emergency Department Serving a Semiurban-Semirural Adolescent and Adult Population. *Annals of Emergency Medicine*. 2011 Jul;58(1):S60–S64.
43. a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. Isaac J, Brown E, Thompson G, et al. How compliance measures, behavior modification, and continuous quality improvement led to routine HIV screening in an emergency department in Brooklyn, New York. *Public Health Reports*. 2016;131(Suppl 1):63–70.
44. a. b. c. d. e. f. g. h. i. Hempling MC, Zielicka-Hardy A, Ellis JP, et al. Routine HIV testing in the Emergency Department: feasible and acceptable? *International Journal of STD & AIDS*. 2016;27(14):1267–1274.
45. a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m. Rayment M, Rae C, Ghooloo F, et al. Routine HIV testing in the emergency department: tough lessons in sustainability: Routine HIV testing in the ED. *HIV Medicine*. 2013 Oct;14:6–9.
46. a. b. c. d. e. f. g. h. Telzak E, Grumm F, Coffey J, White D, Scribner A, Quan S, et al. Rapid HIV testing in emergency departments--Three U.S. sites, January 2005–March 2006. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*. 2007 Jun 22;56(24):597–601.
47. 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.
48. 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.
49. a. b. c. d. Henriquez-Camacho C, Villafuerte-Gutierrez P, Perez-Molina J, et al. Opt-out screening strategy for HIV infection among patients attending emergency departments: systematic review and meta-analysis. *HIV Medicine*. 2017 Jul;18(6):419–429.
50. a. b. c. d. e. f. g. h. i. Lyons MS, Lindsell CJ, Ruffner AH, Wayne DB, Hart KW, Sperling MI, et al. Randomized Comparison of Universal and Targeted HIV Screening in the Emergency Department. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2013 Nov;64(3):315–323.
51. a. b. c. Montoy JCC, Dow WH, Kaplan BC. Patient choice in opt-in, active choice, and opt-out HIV screening: randomized clinical trial. *BMJ*. 2016;352:h6895.
52. a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. Burns F, Edwards SG, Woods J, et al. Acceptability and Feasibility of Universal Offer of Rapid Point of Care Testing for HIV in an Acute Admissions Unit: Results of the RAPID Project. *PLoS ONE*. 2012 Apr 27;7(4):e35212.
53. a. b. c. d. e. f. g. h. i. Haukoos JS, Hopkins E, Conroy AA, et al. Routine opt-out rapid HIV screening and detection of HIV infection in emergency department patients. *JAMA*. 2010;304(3):284–292.
54. a. b. c. d. e. f. g. h. Prekker M, Gary B, Patel R, et al. A comparison of routine, opt-out HIV screening with the expected yield from physician-directed HIV testing in the ED. *American Journal of Emergency Medicine*. 2015;33(4):506–11.
55. a. b. c. d. e. f. g. h. Hoxhaj S, Davila J, Kachalia N, Malone K, Ruggerio M, Miertschin N, et al. Using nonrapid HIV technology for routine, opt-out HIV screening in a high-volume urban emergency department. *Annals of Emergency Medicine*. 2011;58(Suppl 1):S79–S84.
56. a. b. c. d. e. f. g. h. i. Galbraith J, Willig J, Rodgers J, et al. Evolution and escalation of an emergency department routine, opt-out screening

and linkage-to-care program. *Public Health Reports* . 2016;131(Suppl 1):96-106.

57. [a](#). [b](#). [c](#). [d](#). [e](#). [f](#). [g](#). [h](#). [i](#). [j](#). Phillips D, Barbour A, Stevenson J, et al. Implementation of a routine HIV testing policy in an acute medical setting in a UK general hospital: a cross-sectional study. *Sexually Transmitted Infections* . 2014 May;90(3):185-187.
58. [a](#). [b](#). [c](#). [d](#). [e](#). [f](#). [g](#). [h](#). [i](#). [j](#). [k](#). Wheatley MA, Copeland B, Shah B, et al. Efficacy of an Emergency Department-Based HIV Screening Program in the Deep South. *Journal of Urban Health* . 2011 Dec;88(6):1015-1019.
59. [a](#). [b](#). [c](#). [d](#). [e](#). [f](#). [g](#). [h](#). Maxwell C, Sitapati A, Abdus-Salaam S, et al. A model for routine hospital-wide HIV screening: Lessons learned and public health implications. *Journal of the National Medical Association* . 2010;102(12):1165-1172.
60. [a](#). [b](#). [c](#). [d](#). [e](#). Bath R, Ahmad K, Orkin C. Routine HIV testing within the emergency department of a major trauma centre: a pilot study: HIV testing in an ED. *HIV Medicine* . 2015 May;16(5):326-328.
61. [a](#). [b](#). [c](#). [d](#). [e](#). Ignacio RAB, Chu J, Power MC, et al. Influence of providers and nurses on completion of non-targeted HIV screening in an urgent care setting. *AIDS Research and Therapy* . 2014;11(1):1.
62. [a](#). [b](#). [c](#). [d](#). [e](#). [f](#). [g](#). [h](#). Signer D, Peterson S, Hsieh Y, et al. Scaling up HIV testing in an academic emergency department: An integrated testing model with rapid fourth-generation and point-of-care testing. *Public Health Reports* . 131(Suppl 1):82-9.
63. [a](#). [b](#). [c](#). Orkin C, Flanagan S, Wallis E, et al. Incorporating HIV/hepatitis B virus/hepatitis C virus combined testing into routine blood tests in nine UK Emergency Departments: the "Going Viral" campaign. *HIV Medicine* . 2016 Mar;17(3):222-30.
64. 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.
65. [a](#). [b](#). [c](#). O'Connell S, Lillis D, Cotter A, et al. Opt-Out Panel Testing for HIV, Hepatitis B and Hepatitis C in an Urban Emergency Department: A Pilot Study. *PloS ONE* . 2016;11(3):e0150546.
66. [a](#). [b](#). [c](#). [d](#). [e](#). [f](#). [g](#). [h](#). Lin X, Dietz P, Rodriguez V, et al. Routine HIV screening in two health-care settings—New York City and New Orleans, 2011-2013. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)* . 2014;63(25):537-556.
67. [a](#). [b](#). [c](#). Gustafson R, Nathoo E, Demlow E, et al. Routine HIV testing in acute and primary care in Vancouver. In: Abstracts of the 22nd Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research (CAHR), April 11-14, 2013, Vancouver, Canada; abstract P158.
68. Lin J, Baghikar S, Mauntel-Medici C, et al. Patient and system factors related to missed opportunities for screening in an electronic medical record-driven, opt-out HIV screening program in the emergency department. *Academic Emergency Medicine* . 2017 Nov;24(11):1358-1368.

## À propos de l'auteur

**Laurel Challacombe** 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.

**Logan Broeckaert** détient une maîtrise en histoire et était chercheuse/rédactrice 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.

## Produit par:



La source canadienne  
de renseignements sur  
le VIH et l'hépatite C

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](http://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](mailto: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/printemps-2018/offre-systematique-depistage-vih-les-contextes-services-urgences-examen-donnees-p>