



Stratégies de distribution des autotests du VIH : comment joindre les populations prioritaires?

ÉTAT DES CONNAISSANCES

JANVIER 2023

REVUE RAPIDE

AUTEURES

Soumia Djennah, conseillère scientifique
Florence Maheux Dubuc, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques

SOUS LA COORDINATION DE

Pierre-Henri Minot, chef de l'Unité des infections transmissibles sexuellement et par le sang
Direction des risques biologiques

COLLABORATION

Julien Chevrier, bibliothécaire
Vana Ké, bibliothécaire
Direction de la valorisation scientifique et qualité

RÉVISION

Michel Alary, médecin-conseil
Geneviève Boily, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques

Ariane Courville, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive
Direction régionale de santé publique de la Gaspésie — Îles-de-la-Madeleine

Ludivine Veillette-Bourbeau, conseillère en prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang
Direction de la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Les personnes réviseuses ont été conviées à apporter des commentaires sur la version préfinale de ce document et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

Les auteures ainsi que les réviseur(e)s ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

RELECTURE

Patrice St-Amour, responsable du volet (In)Formations
Portail VIH/sida du Québec

MISE EN PAGE

Virginie Boué, agente administrative
Direction des risques biologiques

REMERCIEMENTS

Ce projet est réalisé grâce au soutien financier du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Les auteures tiennent à remercier leurs collègues Karine Blouin, Geneviève Boily, Anne Bruneau, Virginie Dalpé, Marie Geoffroy et Annick Trudelle pour leur soutien lors de l'extraction des données des études retenues.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 2^e trimestre 2023
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-94428-7 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2023)

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, les autorités régionales de santé publique, ainsi que les établissements locaux, régionaux et nationaux dans l'exercice de leurs fonctions et responsabilités.

La présente synthèse rapide des connaissances porte sur des stratégies de distribution des autotests du VIH qui semblent prometteuses auprès de certaines populations prioritaires. Elle permettrait de soutenir les réflexions pour l'organisation d'une distribution ciblée, afin de contribuer à réduire le nombre de personnes vivant avec le VIH qui ignorent leur statut sérologique.

Elle a été élaborée à la demande de la Direction de la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang, du ministère de la Santé et des Services sociaux.

TABLE DES MATIÈRES

GLOSSAIRE	III
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	II
FAITS SAILLANTS	1
SOMMAIRE	2
1 INTRODUCTION	5
2 OBJECTIFS ET QUESTION DE RECHERCHE	7
3 MÉTHODOLOGIE	8
3.1 Recherche documentaire.....	8
3.1.1 Revue de la littérature scientifique	8
3.1.2 Revue de la littérature grise.....	9
3.2 Évaluation de la qualité des études.....	9
3.3 Révision et relecture.....	9
4 RÉSULTATS	10
4.1 Distribution aux partenaires sexuel(le)s ou au réseau social	10
4.2 Utilisation de distributeurs automatiques.....	12
4.3 Utilisation de coupons échangeables en pharmacie	13
4.4 Commande en ligne et envoi postal au domicile ou à un site de ramassage	14
4.5 Envoi gratuit par la poste avec accompagnement et counseling en ligne	18
4.6 Intervention comportementale avec soutien par les pair(e)s.....	20
4.7 Distribution dans les salles d'urgence aux personnes qui refusent le dépistage du VIH sur place.....	21
4.8 Stratégies mixtes.....	22
5 PRINCIPAUX CONSTATS	23
6 LIMITES DES ÉTUDES RETENUES	28
7 CONCLUSION	29
8 RÉFÉRENCES	30
ANNEXE 1 RECHERCHE DOCUMENTAIRE DÉTAILLÉE	34
ANNEXE 2 RÉSULTATS DE LA REVUE DE LITTÉRATURE PRÉSENTÉS EN ORGANIGRAMME DE TYPE PRISMA	38

GLOSSAIRE

Autotest du virus d'immunodéficience humaine (VIH) :

L'autotest du VIH permet à une personne d'effectuer elle-même un test de détection du VIH, de l'autoprélèvement capillaire ou salivaire (selon le type de test) à l'interprétation du résultat. Ce dernier est disponible en quelques minutes. S'il est réactif (positif), l'infection doit être confirmée ou infirmée par un test de laboratoire réalisé auprès d'un(e) professionnel(le) de la santé. S'il est non réactif (négatif), un test de confirmation n'est pas nécessaire, mais l'interprétation de ce résultat doit tenir compte de la période fenêtrée (période au début de l'infection pendant laquelle le risque de transmission du VIH est élevé, mais le résultat de test est non réactif, car les anticorps ne sont pas immédiatement produits ou détectables).

L'autotest du VIH est généralement distribué dans une trousse comportant des instructions sur son utilisation, l'interprétation du résultat et la marche à suivre s'il est réactif, ainsi que les coordonnées d'une ligne d'aide accessible en tout temps. Selon les programmes de distribution, d'autres informations sont ajoutées, par exemple : sur la prévention du VIH et la prophylaxie préexposition au VIH, sur des ressources pour obtenir un counseling, sur des cliniques locales de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang.

Populations prioritaires :

Il s'agit des populations particulièrement touchées par le VIH (ASPC, 2022; MSSS, 2019) :

- Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes;
- Les personnes trans;
- Les personnes consommant des substances psychoactives par injection ou inhalation;
- Les travailleur(se)s du sexe et leurs client(e)s;
- Les personnes incarcérées ou l'ayant été;
- Les personnes originaires d'une région où l'infection au VIH est endémique;
- Les personnes issues de communautés autochtones.

Taux de positivité lié à l'autotest du VIH :

Ce taux correspond au pourcentage de cas positifs au VIH par rapport au nombre total d'autotests du VIH effectués.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ASPC :	Agence de la santé publique du Canada
gbHARSAH :	Hommes gais et bisexuels et autres hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes
HARSAH:	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
INSPQ :	Institut national de santé publique du Québec
ITSS :	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
OMS:	Organisation mondiale de la santé
PPrE :	Prophylaxie préexposition au VIH
PVVIH:	Personne vivant avec le VIH
VIH :	Virus de l'immunodéficience humaine

FAITS SAILLANTS

Ce document présente des stratégies de distribution d'autotests du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) auprès de populations prioritaires. Il vise à soutenir les réflexions des personnes décisionnaires, des acteurs et actrices clés pour organiser leur distribution de manière ciblée afin de joindre les personnes vivant avec le VIH qui ignorent leur statut sérologique au Québec.

Une revue rapide a été menée et a permis d'identifier sept stratégies de distribution :

- La distribution aux partenaires sexuel(le)s ou au réseau social;
- L'utilisation de distributeurs automatiques;
- L'utilisation de coupons échangeables en pharmacie;
- La commande en ligne et l'envoi postal au domicile ou à un site de ramassage;
- Envoi gratuit par la poste avec accompagnement et counseling en ligne;
- Intervention comportementale avec soutien par les pair(e)s
- Distribution dans les salles d'urgence aux personnes qui refusent le dépistage sur place.

Les résultats permettent de mieux comprendre l'acceptabilité, la faisabilité, les impacts et les enjeux de ces stratégies. Celles-ci augmenteraient le taux et/ou la fréquence des tests du VIH chez des personnes qui ne se dépistent pas régulièrement pour le VIH ou qui n'ont jamais fait ce test et qui ont des pratiques sexuelles moins sécuritaires. Elles permettraient de détecter de nouvelles infections et certaines seraient complémentaires aux services déjà en place.

L'implantation des stratégies identifiées doit tenir compte de certains enjeux : le coût des autotests, gratuits ou non; la confidentialité des personnes utilisatrices des distributeurs automatiques et des coupons échangeables en pharmacie; la découverte d'un résultat réactif dans l'isolement et sans soutien immédiat pour les stratégies n'impliquant pas l'offre d'un counseling, d'un soutien ou d'un accompagnement; l'accès aux technologies pour bénéficier des stratégies de commande en ligne; la coercition et les réactions violentes potentielles lors de la distribution au réseau sexuel ou social; la réduction de l'accessibilité des autotests aux personnes ne souhaitant pas les recevoir si accompagnés obligatoirement d'autres services.

L'implication pratique des résultats pour le Québec doit tenir compte de certaines limites. Dans toutes les études, les autotests sont distribués gratuitement. Dans la majorité des études : le recrutement des participant(e)s visait des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et des femmes trans afro-américain(e)s ou latino-américain(e)s; les résultats concernent des autotests salivaires et sont auto-rapportés; le nombre de participant(e)s est petit. Plus de données seraient nécessaires pour évaluer les stratégies auprès d'autres populations prioritaires, statuer sur l'efficacité de certaines et mesurer la complémentarité entre diverses stratégies.

SOMMAIRE

Introduction

À la fin de 2020, une personne sur dix vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Canada ne connaissait pas son statut sérologique (ASPC, 2022). L'autotest du VIH est une pratique acceptable chez les populations prioritaires (Figuroa et coll., 2015). Elle permettrait d'accroître le dépistage du VIH, notamment chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) (OMS, 2018) et chez les personnes n'ayant jamais été dépistées pour le VIH (Steehler et Siegler, 2019). Depuis l'automne 2020, l'autotest capillaire VIH INSTI® est homologué au Canada. Présentement, aucune orientation n'est disponible au Québec sur les meilleures stratégies de les distribuer pour joindre les populations prioritaires.

Objectif

Cette revue rapide documente des stratégies prometteuses de distribution des autotests du VIH auprès des populations prioritaires pour soutenir l'organisation de leur distribution au Québec.

Méthodologie

Une revue rapide de la littérature scientifique a été faite le 28 février 2022 sur plusieurs bases de données scientifiques. Une revue non systématique de la littérature grise a aussi été faite sur Google®. Les résultats de l'étude *J'agis* (Rourke et coll., 2021) et 27 articles ont été retenus.

Principaux constats

Sept stratégies de distribution ont été identifiées. L'appréciation des résultats doit tenir compte de certaines limites. Dans toutes les études, les autotests sont distribués gratuitement. Dans la majorité des études : le recrutement des participant(e)s visait des HARSAH et des femmes trans, latino-américain(e)s ou afro-américain(e)s; les résultats concernent des autotests salivaires (non homologués au Canada); les résultats sont autorapportés; le nombre de participant(e)s est petit.

- Distribution aux partenaires sexuel(le)s ou au réseau social

Cette stratégie est évaluée auprès d'HARSAH et de femmes trans. La majorité propose les autotests à leur réseau sexuel (Carballo-Diequez et coll., 2020) ou social (Wesolowski et coll., 2019) et la distribution devient plus facile avec la pratique (Lentz et coll., 2020; Lightfoot et coll., 2018). Elle permettrait de joindre significativement plus de personnes non diagnostiquées, n'ayant jamais fait un dépistage du VIH ou ne se dépistant pas régulièrement (Lightfoot et coll., 2018). La majorité des partenaires accepte de s'autotester (Carballo-Diequez et coll., 2020), mais certains sont violents (Lentz et coll., 2020, Rael et coll., 2020). Certaines personnes oppressent leur entourage pour s'autotester (Wesolowski et coll., 2018). Les personnes distributrices devraient être formées sur comment proposer les autotests et gérer les réactions potentielles.

- Utilisation de distributeurs automatiques

Cette stratégie est évaluée auprès d'HARSAH. Son implantation dans les bains publics et saunas est idéale pour les joindre. Elle serait complémentaire aux services en place, car le recours aux distributeurs est plus important qu'aux services de dépistage rapide sur place (Vera et coll., 2019), se fait surtout durant leur fermeture (Stafylis et coll., 2018) et des résultats réactifs sont déclarés. Pour d'autres milieux d'implantation proposés, tels que les universités, collèges, etc., des distributeurs discrets seraient à privilégier pour la confidentialité (Young et coll., 2014). Les placer dans les cliniques pour réduire l'attente et bénéficier d'un soutien serait à envisager (Vera et coll., 2019; Young et coll., 2014). Des craintes sont formulées sur cette stratégie : découvrir un résultat réactif dans l'isolement et négliger le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) en délaissant les services cliniques (Vera et coll., 2019).

- Utilisation de coupons échangeables en pharmacie

Dans l'étude de Marlin et coll. (2014), cette stratégie est évaluée auprès de femmes trans et d'HARSAH. Son implantation doit assurer la confidentialité des personnes utilisatrices par la formation du personnel des pharmacies. Pour plus d'efficacité, elle devrait cibler les usager(ère)s des organismes desservant les populations prioritaires. Elle pourrait être jointe à des services tel le counseling préventif, mais pour faciliter l'accès aux autotests, ceux-ci doivent être optionnels.

- Commande en ligne et envoi postal au domicile ou à un site de ramassage

Dans les études retenues, cette stratégie est faisable et acceptable chez les HARSAH (Biello et coll., 2021; Edelstein et coll., 2020; Hecht et coll., 2021; Johnson et coll., 2022; Menza et coll., 2021; Witzel et coll., 2019). Elle permettrait la détection de nouvelles infections (Edelstein et coll., 2020; Johnson et coll., 2022) et faciliterait l'accès au test aux résidents en régions éloignées (Bell et coll., 2021; Menza et coll., 2020). Au Canada, les programmes *J'agis* et *GetaKit* sont utilisés par des populations prioritaires et de nouvelles infections sont détectées (O'Byrne et coll., 2021; Rourke et coll., 2021). Cette stratégie serait complémentaire aux services en place. Pour l'optimiser, elle devrait inclure la livraison à des points de ramassage (Hubbard et coll., 2020; Rourke et coll., 2021) par des partenariats avec des organismes desservant les populations prioritaires (Hubbard et coll., 2020). L'accès aux technologies est un enjeu pour bénéficier de cette stratégie et elle doit être implantée avec d'autres (Hubbard et coll., 2020). Certaines personnes redoutent de s'autotester dans l'isolement et sans soutien (Witzel et coll., 2021).

- Envoi gratuit par la poste avec accompagnement et counseling en ligne

Cette stratégie est évaluée auprès d'HARSAH ou de personnes trans. Elle augmenterait de façon significative le taux et la fréquence des tests du VIH (Bell et coll., 2021; Maksut et coll., 2016; Stephenson et coll., 2019; Wray et coll., 2018; Young et coll., 2022). Elle permettrait de joindre des personnes qui ne se seraient pas testées ailleurs (Bell et coll., 2021). L'offre d'un counseling ou accompagnement doit être optionnelle pour faciliter l'accès aux autotests (Stephenson et coll., 2019; Young et coll., 2022). L'accompagnement par un pair favoriserait les autotests réguliers chez des HARSAH, surtout s'il est expérimenté (Young et coll., 2022) et chez d'autres,

l'envoi ponctuel des autotests suffirait à leur utilisation (Wray et coll., 2018). Le counseling, selon ses sujets, augmenterait le dépistage des ITSS, la volonté d'utiliser la prophylaxie préexposition au VIH chez des personnes trans (Stephenson et coll., 2019) et d'avoir un counseling préventif ou du matériel de prévention chez des HARSAH (Wray et coll., 2018). Pour potentialiser les effets de cette stratégie, les personnes accompagnatrices ou conseillères devraient être formées.

- Intervention comportementale avec soutien par les pair(e)s

L'intervention comportementale de Frye et coll. (2021) basée sur le soutien par les pair(e)s, l'offre régulière d'autotests et le développement des connaissances et compétences, augmenterait de façon significative la réalisation régulière d'autotests chez les gbHARSAH et les femmes trans. Cette stratégie permet à ses utilisateurs et utilisatrices de bénéficier de soutien lors de la découverte d'un résultat réactif. Toutefois, son effet semble s'estomper après six mois.

- Distribution dans les salles d'urgence aux personnes refusant le dépistage sur place

Selon les résultats de l'étude de Patel et coll. (2019), l'offre d'autotests en salles d'urgence augmenterait le taux de dépistage du VIH chez les personnes refusant un test sur place. Cette stratégie serait donc complémentaire aux services en place. Dans cette étude, elle a permis de joindre principalement des femmes cis puis des hommes cis hétérosexuel(le)s.

- Stratégies mixtes

Il s'agit des études retenues où le programme de distribution propose de choisir parmi diverses stratégies pour recevoir un autotest. Celles concernées sont : la commande en ligne et l'envoi postal, l'échange de coupons en pharmacie et l'utilisation d'un distributeur automatique. Selon les résultats, la commande en ligne et l'envoi postal serait le choix populaire chez les HARSAH, suivi de l'échange de coupon en pharmacie (Huang et coll., 2016; Rosengren et coll., 2016).

Conclusion

Les stratégies de distribution identifiées augmenteraient le taux et/ou la fréquence des tests du VIH chez des personnes qui ne se dépistent pas régulièrement ou qui ne l'ont jamais fait. Elles permettraient de détecter de nouveaux cas et certaines étaient complémentaires aux services en place. L'implication pratique des résultats pour le Québec doit tenir compte de certaines limites. Plus de données sont nécessaires pour statuer sur l'efficacité de certaines stratégies et pour évaluer la complémentarité entre diverses stratégies. Leur implantation doit tenir compte de certains enjeux : le coût des autotests, gratuits ou non, la confidentialité; la découverte d'un résultat réactif dans l'isolement; l'accès aux technologies; la coercition et les réactions violentes potentielles; la réduction de l'accessibilité des autotests lorsque leur offre est accompagnée d'autres services. Quelle que soit la stratégie retenue, un engagement au plus haut niveau est nécessaire.

1 INTRODUCTION

À la fin de 2020, une personne sur 10 vivant avec le VIH au Canada ne connaissait pas son statut sérologique (ASPC, 2022). À la suite d'un examen systématique de la littérature visant à comprendre les obstacles et facteurs favorables au dépistage du VIH au Canada, l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) recommande que les prestataires de soins de santé et que les politiques de santé publique visent « l'accessibilité, l'inclusivité, la commodité et la confidentialité des services de dépistage ». L'ASPC recommande aussi d'offrir des approches supplémentaires aux services de dépistage du VIH déjà en place (Laprise et Bolster-Foucault, 2021). L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) recommande également l'intensification du dépistage ciblé du VIH en utilisant de nouvelles approches, dont l'autotest du VIH. Elle préconise la planification d'une stratégie d'implantation des autotests du VIH au Québec pour atteindre la cible du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, soit 95 % des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) connaissant leur statut sérologique d'ici 2025 (INSPQ, 2019).

L'autotest du VIH est hautement accepté au sein des populations prioritaires (Figuroa et coll., 2015). Il permettrait de les joindre plus facilement (Qin et coll., 2018) et d'augmenter la fréquence de leur dépistage du VIH, notamment chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) (Johnson et coll., 2017; OMS, 2018; Zhang et coll., 2021) et chez les personnes n'ayant jamais été dépistées pour le VIH ou se testant à une fréquence moindre que celle recommandée (Steehler et Siegler, 2019). Ainsi, une meilleure accessibilité aux autotests du VIH permettrait aux personnes atteintes du VIH et qui ne le savent pas de se faire dépister. En outre, l'autotest du VIH est préféré au dépistage en clinique pour sa commodité, confidentialité et sécurité en réduisant la stigmatisation associée aux tests en clinique. L'autotest du VIH répond donc aux critères recommandés par l'ASPC (accessibilité, inclusivité, commodité et confidentialité) concernant les stratégies de dépistage pour en améliorer l'accès parmi les populations prioritaires (Laprise et Bolster-Foucault, 2021).

Par ailleurs, l'autotest n'augmenterait pas les pratiques sexuelles moins sécuritaires ni le nombre d'infections transmissibles sexuellement et par le sang, ni le risque de préjudices (Johnson et coll., 2017; OMS, 2018). Il ne diminuerait pas le taux et la fréquence de dépistage de ces dernières (OMS, 2018). Toutefois, le remplacement des services de dépistage du VIH en clinique par les autotests du VIH augmenterait l'incidence du VIH au sein de la population (Hamilton et coll., 2021). Les autotests du VIH ne devraient ainsi pas substituer les services déjà en place, mais être offerts comme une approche complémentaire comme recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé en 2016 (OMS, 2018).

Selon le *HIV Self-Testing Research and Policy Hub* (s.d.) qui recense les pays incluant les autotests du VIH dans leurs politiques ou qui y consacrent des efforts de recherche scientifique, en juin 2020, 88 pays s'étaient munis de politiques ou de programmes permettant l'accès aux autotests du VIH et 31 étaient en cours d'élaboration d'un encadrement à leur accès.

Au Canada, le seul autotest du VIH homologué à ce jour est le VIH INSTI® Self Test. Une étude canadienne rapporte que les personnes utilisatrices de cet autotest capillaire sont capables de bien le manipuler et d'interpréter leur résultat. Elles sont satisfaites de la clarté des instructions et de la facilité de son utilisation (Galli et coll., 2021). Présentement, aucune orientation n'est disponible sur les meilleures stratégies de distribuer l'autotest du VIH au Canada. Au Québec, l'autotest du VIH n'est pas mentionné dans les lignes directrices provinciales en matière de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) (MSSS, 2019), ni dans le document *Joindre, dépister et détecter, traiter : Intégrer la prévention des ITSS dans les plans d'action régionaux de santé publique* (MSSS, 2017), qui est un complément au *Programme national de santé publique 2015-2025* (MSSS, 2015). Outre l'achat sur le site du fabricant, les personnes souhaitant obtenir des autotests du VIH peuvent participer, si éligibles, à des projets de recherche. Par exemple, *GetaKit*¹ (Université d'Ottawa et Réseau ontarien de traitement du VIH) et *J'agis*² (REACH Nexus et Centre MAP pour les solutions de santé urbaine de l'Hôpital St Michael's) sont deux études d'envergure au Canada offrant des autotests du VIH à leurs participant(e)s. Au Québec, c'est l'étude *J'agis* qui permet la participation de ses résident(e)s.

Ainsi, l'accès aux autotests est limité au Québec et aucune orientation n'est disponible quant aux moyens de les distribuer pour joindre les populations prioritaires. Le contexte de pandémie de COVID-19, avec une réduction de la disponibilité des services de dépistage des ITSS, a accentué l'importance d'accroître l'accessibilité au dépistage du VIH au Québec et la pertinence de recourir aux autotests du VIH comme approche complémentaire. Dans la perspective de soutenir l'implantation d'une stratégie de distribution des autotests du VIH auprès des populations prioritaires au Québec, un état des connaissances sur les stratégies prometteuses pour les joindre est nécessaire.

¹ Pour plus de détails sur l'étude GetaKit, se référer à : www.getakit.ca/fr.

² Pour plus de détails sur l'étude J'agis, se référer à : www.readytoknow.ca/fr/home-francais.

2 OBJECTIFS ET QUESTION DE RECHERCHE

Afin d'accroître le dépistage des PVVIH ne connaissant pas leur statut sérologique et soutenir l'implantation d'une stratégie de distribution des autotests du VIH au Québec, cette revue rapide vise à documenter les stratégies de distribution des autotests du VIH auprès des populations prioritaires. Elle répond ainsi à la question suivante : *quelles stratégies de distributions des autotests du VIH permettent de joindre les populations prioritaires ?*

Les résultats présentés seront utiles aux réflexions des personnes décisionnaires, des acteurs et actrices clés pour organiser leur distribution de manière à joindre les populations prioritaires, pour une plus grande efficacité pour joindre les PVVIH ignorant leur statut sérologique au Québec.

3 MÉTHODOLOGIE

Cette publication suit les exigences d'une revue rapide des connaissances, c'est-à-dire une revue de la littérature sur une question spécifique, répondant aux critères d'une revue systématique, mais avec l'accélération de certaines étapes pour permettre une publication plus rapide.

3.1 Recherche documentaire

3.1.1 Revue de la littérature scientifique

Les bases de données suivantes ont été consultées le 28 février 2022 pour la recherche de littérature scientifique : Medline (Ovid), Embase (Ovid), Cochrane Database of Systematic Reviews (Ovid) et CINAHL (EBSCO). Des articles pertinents publiés après cette date pourraient ne pas être captés dans cette revue rapide. Les stratégies de recherche utilisées sont détaillées à l'annexe 1. Elles ont été élaborées avec le soutien de deux bibliothécaires de l'INSPQ.

Les articles retenus devaient :

- Évaluer au moins une stratégie de distribution des autotests du VIH auprès d'au moins une population prioritaire ;
- Être rédigés en anglais ou en français ;
- Être publiés après 2011, c'est l'année où la commercialisation des autotests du VIH a commencé dans les pays aux contextes socio-économiques similaires à celui du Canada.

Malgré l'homologation au Canada des autotests capillaires du VIH, les études incluant une stratégie de distribution des autotests salivaires du VIH ont été conservées. En effet, la majorité des études évaluant les stratégies de distribution des autotests du VIH ont eu lieu aux États-Unis, où les autotests salivaires du VIH sont distribués. Les exclure aurait significativement restreint les résultats. Cependant, les études réalisées dans les pays d'Afrique, d'Asie ou d'Amérique du Sud ont été exclues, car il n'a pas été possible de vérifier si l'offre de dépistage du VIH dans ces pays s'apparente à celle proposée au Canada.

Les articles avec les caractéristiques suivantes n'ont pas été retenus :

- Évaluation des préférences des utilisateurs et utilisatrices vis-à-vis d'une stratégie de distribution des autotests du VIH, sans que la stratégie ait été mise en place ;
- Implication d'intervenant(e)s qui participent au dépistage de l'utilisateur avec l'autotest ;
- Envoi postal de l'autotest du VIH utilisé afin que le résultat soit interprété par un(e) intervenant(e) externe ou un laboratoire ;
- Évaluation de la distribution des autotests des ITSS sans cibler spécifiquement le VIH.

Les revues systématiques et méta-analyses ont été exclues, mais parmi les références citées, celles jugées pertinentes et n'étant pas déjà incluses ont été analysées et ajoutées aux résultats.

3.1.2 Revue de la littérature grise

Une revue non systématique de la littérature grise a été menée le 28 février 2022 sur Google®. Elle visait à identifier des publications évaluant des stratégies de distribution des autotests du VIH qui n'auraient pas été repérées par la revue de littérature scientifique. La stratégie de recherche utilisée est détaillée à l'annexe 1.

Une lecture rapide des résultats n'a permis d'identifier aucune publication pertinente, outre celles déjà incluses par la revue de la littérature scientifique. Celle-ci ayant permis de repérer un nombre intéressant d'études abordant un éventail assez large de stratégies de distribution des autotests du VIH, une recherche plus approfondie de la littérature grise n'a pas été faite.

3.2 Évaluation de la qualité des études

Puisqu'il s'agit d'une revue rapide des connaissances et que le but principal est de se renseigner sur la littérature disponible concernant les stratégies de distribution des autotests du VIH, une évaluation approfondie de la qualité des études sélectionnées n'a pas été faite. Cependant, les principales limites et biais des études retenues sont soulignés dans la section 6 de ce document.

3.3 Révision et relecture

Quatre acteur(rice)s clés ont procédé à la révision de la version préfinale de ce rapport, après déclaration de leurs intérêts et la confirmation qu'aucune situation à risque de conflit d'intérêt réel, apparent ou potentiel n'a été relevée en lien avec la présente publication.

Ces personnes ont été invitées à consigner leurs commentaires dans la grille institutionnelle proposée pour effectuer la révision des prépublications scientifiques (INSPQ, 2020). Le contenu, les approches méthodologiques et les conclusions ont été soumis à ce processus de révision. À cela s'ajoute l'appréciation des enjeux éthiques, de la complétude du document ainsi que de la clarté et de l'efficacité communicationnelle.

Une relecture a également été faite par le responsable du volet (In)Formations du Portail VIH/sida du Québec, organisme communautaire provincial offrant information, soutien et formations aux PVVIH. Une grille adaptée lui a été envoyée pour consigner ses commentaires concernant la présentation du besoin, les enjeux éthiques, la complétude et la clarté du rapport. Tous les commentaires ont ensuite été intégrés dans la présente publication.

4 RÉSULTATS

Au terme de la recherche documentaire, 27 articles ont été retenus, en plus du rapport préliminaire de l'étude *J'agis* (Rourke et coll., 2021). Les résultats de la revue de littérature sont présentés en organigramme de type Prisma à l'Annexe 2. L'analyse des publications retenues a permis d'identifier sept stratégies de distribution des autotests du VIH.

4.1 Distribution aux partenaires sexuel(le)s ou au réseau social

L'étude de Lightfoot et coll. (2018) évalue les impacts du *Project T* implanté dans le comté d'Alameda en Californie aux États-Unis. Il consiste à former des pair(e)s pour la distribution d'autotests du VIH à leur réseau sexuel ou social et pour le soutien des cas réactifs dans leur cheminement vers les soins. La formation inclut des jeux de rôle sur les stratégies d'approche des personnes visées pour les autotests. La majorité des pair(e)s considère la formation utile. Les pair(e)s devaient avoir de l'aisance à discuter du VIH avec leur entourage et les caractéristiques sociodémographiques des populations visées (HARSAH ou femmes trans afro-américain(e)s ou latino-américain(e)s âgé(e)s de 18 à 45 ans). Chaque pair(e) reçoit cinq autotests salivaires du VIH à distribuer à des personnes n'ayant pas fait un test du VIH depuis plus d'un an. En 14 mois, 165 autotests sont distribués à 143 personnes par 33 pair(e)s. Parmi 114 personnes ayant reçu des autotests, 75 % sont âgées de 18 à 34 ans, 77 % sont afro-américaines ou latino-américaines, 90 % sont des hommes cis et 8 % des femmes trans, 7 ont un résultat réactif. Comparativement aux services de dépistage locaux, le projet a joint significativement ($p < 0,001$) plus de personnes : séropositives (6,14 % contre 1,49 %); ayant fait leur dernier test du VIH depuis plus d'un an (23,68 % contre 20,83 %); n'ayant jamais fait un test du VIH (3,51 % contre 0,41 %). La majorité des pair(e)s qualifie l'expérience de positive. Au départ certain(e)s hésitaient à proposer des autotests à leur entourage, mais après la pratique leurs doutes se sont dissipés.

L'étude de Wesolowski et coll. (2019) évalue si l'offre d'autotests du VIH à des HARSAH séronégatifs habitant dans diverses régions des États-Unis entraîne leur distribution et utilisation parmi leur réseau sexuel et social. Parmi 40 participants, chacun reçoit 2 autotests, 36 ont une charge virale indétectable, 75 % sont âgés de 30 à 54 ans et 15 % sont afro-américains ou latino-américains. Sur 80 autotests, 11 % sont utilisés par les participants (par curiosité, pour confirmer leur statut ou illustrer l'emploi à une personne) et 74 % sont distribués (59 % à des ami(e)s, 24 % à des partenaires, 9 % à de la famille et 5 % à des connaissances). Un participant a oppressé sans violence un membre de sa famille et un autre son partenaire pour utiliser un autotest. Parmi 59 personnes ayant reçu un autotest, 61 % sont âgées de 30 à 54 ans, 31 % sont afro-américaines ou latino-américaines, 86 % sont des hommes cis dont 75 % des HARSAH, 9 % des femmes cis et 4 % des personnes trans. Sur 31 résultats déclarés, 2 sont réactifs au VIH.

Trois articles rapportent les résultats de l'essai contrôlé randomisé *I'll Show You Mine* implanté dans la ville de New York (États-Unis) et à San Juan (Puerto Rico). Cette étude évalue si des HARSAH et des femmes trans ayant reçu des autotests salivaires du VIH proposent à leurs partenaires de s'autotester avant d'avoir des rapports sexuels anaux. Parmi 272 personnes

participantes âgées en moyenne de 34 ans, la majorité est latino-américaine ou afro-américaine, 245 sont des HARSAH et 27 des femmes trans. Elles sont séronégatives et ne prennent pas la prophylaxie préexposition au VIH (PPRE). Elles ont de multiples partenaires et des rapports anaux non protégés avec des partenaires sérodifférent(e)s ou de statut inconnu. Dans chaque ville, les participant(e)s (106 à San Juan et 166 à New York) sont réparti(e)s entre un groupe témoin et un groupe d'intervention. Chaque participant(e) du groupe d'intervention reçoit 10 autotests et peut demander 20 en plus, une carte d'information et visionne une vidéo sur les éléments à considérer lors de la proposition d'autotests (exemple : respecter le refus des partenaires de s'autotester, s'attendre à de potentielles réactions violentes et comment les gérer, etc.). Les deux groupes reçoivent des préservatifs et un counseling sur le VIH (Carballo-Diequez et coll., 2020).

- L'article de Carballo-Diequez et coll. (2020) détaille les résultats sur la proposition et l'utilisation des autotests, les issues des tests et les impacts sur le nombre de rapports anaux non protégés. En trois mois, 78 % des participant(e)s du groupe d'intervention s'autotestent (4 résultats sont réactifs) et 88 % proposent à au moins un(e) partenaire de s'autotester (24 ont un résultat réactif). Parmi les participant(e)s du groupe d'intervention, 36 % ont des rapports anaux non protégés avec au moins une personne testée réactive. Parmi les 41 participant(e)s du groupe d'intervention avec au moins un(e) partenaire refusant de s'autotester, 73 % ont des rapports sexuels avec au moins un(e) de ces partenaires, dont 60 % des rapports anaux non protégés. La diminution du nombre de rapports anaux non protégés avec des partenaires sérodifférent(e)s ou de statut inconnu est significative pour le groupe d'intervention de New York. Parmi les raisons évoquées par 79 participant(e)s de ne pas proposer un autotest à certain(e)s partenaires figurent l'embarras (30 %) et la crainte que le ou la partenaire réagisse négativement (19 %). Certain(e)s participant(e)s mentionnent que le processus de distribution devient plus facile avec la pratique.
- L'article de Lentz et coll. (2020) détaille comment les participant(e)s ont abordé le sujet des autotests et incité leurs partenaires à les utiliser. L'article précise les facteurs influençant le choix de proposer des autotests et les réactions des partenaires. Parmi 125 participant(e)s du groupe d'intervention, 78 % qualifient de relativement ou très facile et 22 % de relativement ou très difficile d'aborder le sujet des autotests avec les partenaires. Diverses stratégies sont utilisées, dont : le proposer sans préambule, l'intégrer dans une discussion plus large sur le VIH, l'introduire comme un outil de dépistage mutuel, l'utiliser comme un prérequis pour certaines pratiques sexuelles. En trois mois, parmi 130 participant(e)s du groupe d'intervention, 85 % proposent un autotest à au moins un(e) partenaire en personne et 55 % par messages ou appel (voie électronique). Parmi les participant(e)s proposant un autotest du VIH par voie électronique, 96 % ont au moins un(e) partenaire qui accepte, 73 % au moins un(e) qui refuse, 45 % au moins un(e) qui se met en colère et 25 % au moins un(e) qui dévoile sa séropositivité. Parmi les participant(e)s proposant un autotest du VIH en personne, 94 % ont au moins un(e) qui accepte, 37 % au moins un(e) qui refuse, 34 % au moins un(e) qui se met en colère et 11 % au moins un(e) qui dévoile sa séropositivité. Parmi 870 partenaires, 16 sont physiquement violents après avoir reçu la proposition d'utiliser un autotest du VIH.

- L'article de Rael et coll. (2020) présente les expériences de 10 femmes trans du groupe d'intervention. Les participantes sont âgées en moyenne de 28 ans, 7 habitent à San Juan et 3 à New York. La majorité est latino-américaine. Toutes ont reçu de l'argent ou des services en échange de faveurs sexuelles et eu en moyenne 73 partenaires au cours des trois derniers mois. Huit proposent à au moins un partenaire de s'autotester et distribuent ou utilisent en moyenne huit autotests chacune. La majorité les propose en personne et de manière directe à leurs partenaires. Les réactions varient entre la surprise, l'enthousiasme, le malaise, l'anxiété et la colère. La majorité est ouverte à s'autotester, mais un partenaire est violent verbalement et physiquement. Au total, 67 autotests sont utilisés et aucun résultat n'est réactif. Quatre participantes ont des rapports sexuels non protégés après la découverte des résultats non réactifs, car elles se sentent moins à risque. Trois participantes déclarent que le résultat soit réactif ou non ne changerait pas leur pratique avec leur partenaire. Enfin, quatre participantes mentionnent se sentir plus à risque de jugement ou de violence lors de la proposition d'un autotest ou de l'obtention d'un résultat réactif au VIH.

4.2 Utilisation de distributeurs automatiques

Trois études retenues évaluent la faisabilité, l'acceptabilité et les impacts d'utiliser des distributeurs automatiques pour délivrer gratuitement des autotests du VIH à des HARSAH.

Dans l'étude de Stafylis et coll. (2018), 2 distributeurs automatiques d'autotests salivaires du VIH sont installés dans 2 bains publics situés à Los Angeles (États-Unis). En 18 mois, 1 398 autotests sont délivrés et près de 4 sur 5 le sont pendant les heures de fermeture du service de dépistage rapide du VIH et de counseling sur place. En 2016, 1 024 tests du VIH sont effectués dans ce service de dépistage et 10 nouvelles infections sont identifiées. À la même période, presque le même nombre d'autotests est délivré par les distributeurs automatiques et 11 résultats réactifs sont déclarés. Parmi 110 participants âgés de 18 à 56 ans ayant commandé des autotests, 60 % sont afro-américains ou latino-américains. En deux mois, parmi 101 participants, 95 % s'autotestent et 18 % ont un résultat réactif. Deux participants n'utilisent pas leurs autotests par manque de temps ou crainte du résultat. Un an après la fin du programme, parmi 12 participants ayant reçu un autotest, deux n'avaient jamais fait un dépistage du VIH avant le début de l'étude et seuls trois avaient déjà eu recours au service de dépistage sur place. Tous qualifient leur expérience de positive ou très positive et 92 % de facile ou très facile. Tous recommanderaient à un ami cette stratégie, appréciée pour sa praticité et confidentialité (choisir quand et où s'autotester), la rapidité des résultats et le contrôle des décisions sur sa santé. L'autotest est préféré au dépistage en clinique par 67 % des participants, mais certains doutent de l'exactitude des résultats comparativement aux tests effectués par des professionnel(le)s.

Dans l'étude de Vera et coll. (2019), un distributeur automatique d'autotests capillaires du VIH est installé dans un sauna situé à Brighton au Royaume-Uni. En neuf mois, 265 autotests sont délivrés à des HARSAH âgés de 18 à 70 ans. Parmi eux, 20 % n'ont pas fait un dépistage du VIH depuis plus d'un an et 4 % n'en ont jamais fait. Parmi 52 participants, la moitié a des rapports anaux non protégés au cours des six derniers mois, 27 % n'ont pas fait un dépistage du VIH au

cours de l'année écoulée et seulement trois utilisent régulièrement la PPrE. Un seul participant obtient un résultat réactif au VIH. Cette stratégie serait réutilisée et/ou recommandée à d'autres personnes par 94 % des participants. Certains déclarent que cette stratégie réduit les barrières d'accès au dépistage en milieux cliniques, comme la stigmatisation, l'embarras et le temps d'attente. Cependant, plusieurs participants craignent de découvrir un résultat réactif dans l'isolement et sans bénéficier d'un soutien personnel immédiat. Une autre préoccupation est que cette stratégie induise les usagers à délaisser les services de dépistage des ITSS. Par ailleurs, un service de dépistage rapide du VIH par des intervenant(e)s communautaires est offert dans le sauna, deux fois par semaine pendant 3 heures. Durant la période d'étude, les tests réalisés par l'utilisation du distributeur automatique étaient plus importants que les tests effectués par le service de dépistage rapide (265 autotests contre 40 tests dans le service de dépistage rapide).

Dans l'étude de Young et coll. (2014), un distributeur automatique d'autotests salivaires du VIH est installé dans le stationnement du *Los Angeles Gay and Lesbian Center* à Hollywood (États-Unis). Les huit participants sont des HARSAH latino-américains ou afro-américains, âgés de plus de 18 ans et ont déjà fait un dépistage du VIH dans le passé. La majorité recommanderait à des proches cette stratégie pour : sa praticité (temps d'attente réduit et choix du moment), sa confidentialité (choix du lieu et sans la présence d'autrui), le contrôle en matière de dépistage, la réduction de l'anxiété associée à un dépistage en cliniques (éviter l'attente des résultats entouré de personnes qui peuvent le découvrir), l'innocuité, la fiabilité et la simplicité des autotests.

Dans ces trois études, des participants suggèrent des sites d'implantation. Les hôpitaux et les cliniques de santé sexuelle sont proposés pour la confidentialité, la réduction du temps d'attente et pour bénéficier d'un soutien immédiat en cas d'un résultat réactif (Vera et coll., 2019 ; Young et coll., 2014). Pour les lieux communautaires (organismes communautaires, épicerie, gares, pharmacies, collèges, universités, bars et clubs gais, etc.), des distributeurs discrets devraient être privilégiés pour assurer la confidentialité des utilisateur(ice)s (Young et coll., 2014). Finalement, certains participants ont emporté leur autotest et l'ont offert à un partenaire sexuel ou un ami (Stafylis et coll., 2018 ; Vera et coll., 2019).

4.3 Utilisation de coupons échangeables en pharmacie

Deux études évaluent la faisabilité d'utiliser des coupons échangeables pour obtenir des autotests salivaires du VIH en pharmacie.

Dans l'étude de Marlin et coll. (2014), des étudiant(e)s bénévoles et des intervenant(e)s de trois organismes communautaires œuvrant à Los Angeles (États-Unis) auprès d'HARSAH afro-américains sont recruté(e)s pour distribuer 641 coupons échangeables dans 12 pharmacies. La distribution se fait auprès des usagers des organismes communautaires et de passant(e)s dans la rue. En cinq mois, 274 coupons sont distribués, dont 53 échangés pour des autotests. Le nombre de coupons distribués et échangés est plus élevé chez les usagers des organismes que chez les passant(e)s dans la rue. Parmi 50 participant(e)s, 90 % ont moins de 35 ans, 66 % sont des HARSAH et 88 % sont afro-américain(e)s. Parmi les participant(e)s, 98 % échangent leurs coupons et utilisent les autotests. Trois ont un résultat réactif. Cette stratégie serait réutilisée par

78 % des participant(e)s. Elle est qualifiée de facile par 65 % et préférée au dépistage en clinique par 44 % des participant(e)s. Mais, 22 % des participant(e)s sont mal à l'aise ou très mal à l'aise lors de l'échange de leurs coupons. Par exemple, le manque de connaissance sur le programme chez le personnel d'une pharmacie a nécessité l'intervention du responsable, allongeant la délivrance de l'autotest et attirant l'attention sur la personne participante, qui était embarrassée.

Dans l'étude de Meyerson et coll. (2016), en trois mois, 315 coupons sont distribués à des personnes afro-américaines à Indianapolis (États-Unis) et 15 % sont échangés dans trois pharmacies. Au début de l'étude, sept intervenant(e)s de quatre organismes communautaires œuvrant auprès de personnes afro-américaines à Indianapolis distribuait les coupons. Au cours de l'étude, une nouvelle personne intègre l'équipe de distribution et trois la quitte. Les raisons des abandons sont : l'éloignement des pharmacies participantes de son réseau social et professionnel pour une intervenante, le refus de recourir à cette stratégie pour deux autres intervenant(e)s. Tous les intervenant(e)s ont des difficultés à adopter cette stratégie, car elle n'inclut pas un counseling sur le VIH. En outre, elle ne leur permet pas de savoir si leurs usager(ère)s ont échangé leurs coupons et utilisé les autotests. Mais, les intervenant(e)s considèrent aussi que cette stratégie permet aux usager(ère)s de se sentir moins stigmatisés en ayant accès aux autotests du VIH tout en effectuant d'autres achats à la pharmacie. Les produits n'étant ainsi pas séparés, une confidentialité leur est assurée.

4.4 Commande en ligne et envoi postal au domicile ou à un site de ramassage

L'article de Biello et coll. (2021) rapporte les résultats de deux essais contrôlés randomisés évaluant la faisabilité, l'acceptabilité et les impacts de commander des autotests salivaires du VIH sur des applications mobiles *LYNX*® et *MyChoices*®. Les personnes visées sont les HARSAH de 15 à 24 ans, de cinq villes aux États-Unis (Boston, New York, Chicago, Tampa et Chapel Hill). Les participants sont répartis entre deux groupes d'intervention, chacun ayant accès à l'une des applications (40 personnes pour chacune) et deux groupes témoin (21 personnes pour *LYNX*® et 20 pour *MyChoices*®). Cet article rapporte les résultats des groupes d'intervention. Parmi 80 participants âgés en moyenne de 21 ans, 35 % sont afro-américains ou latino-américains, 37 % n'ont jamais eu un dépistage du VIH. Parmi 71 participants, 68 % commandent des autotests et 76 % les utilisent, 93 % considèrent un petit peu ou pas du tout difficile de commander les autotests sur les applications et 87 % qualifient de très ou d'extrêmement aidant de pouvoir en commander sur des applications. Parmi 20 utilisateurs de *LYNX*® ayant utilisé des autotests, 80 % sont extrêmement sûrs de les utiliser correctement et trouvent très pratique de s'autotester lors d'un prochain dépistage. Parmi 13 utilisateurs de cette application n'ayant pas commandé des autotests, 54 % ne l'ont pas fait car ils préfèrent faire un dépistage en clinique. Les participants apprécient que les autotests soient livrés dans un emballage non spécifique et considèrent que les instructions incluses dans les trousse de test ou que les vidéos d'instruction disponibles sur l'application sont utiles et facilitent le processus.

L'étude de Hubbard et coll. (2020) évalue la faisabilité d'un partenariat entre un département de santé et des organismes communautaires pour distribuer des autotests à des populations prioritaires de la ville de New York (États-Unis). Le programme s'est déroulé en deux phases. Durant la première, les participant(e)s commandaient des autotests en ligne pour les recevoir au domicile ou par ramassage à un des 10 organismes participants. Parmi 100 personnes participantes, 55 % sont âgées de moins de 35 ans, 91 % sont afro-américaines ou latino-américaines, 52 % sont des femmes cis, 39 % des hommes cis, 23 % des HARSAH et 9 % des personnes trans ou non binaires, 35 % n'ont jamais fait un dépistage du VIH. En 22 mois, 75 personnes ont reçu des autotests, 77 % au domicile et 23 % par ramassage. Parmi 41 personnes, 71 % s'autotestent et apprécient les autotests pour : éviter d'aller à une clinique (84 %), la confidentialité (68 %), la rapidité des résultats et pouvoir choisir quand s'autotester (52 %). Durant la deuxième phase, pour améliorer l'accessibilité des autotests aux personnes n'ayant pas accès aux technologies, 12 organismes distribuent les autotests ou des coupons échangeables en pharmacie. Parmi 403 participant(e)s, la majorité est afro-américaine ou latino-américaine, 41 % sont des femmes cis, 16 % des personnes trans ou non binaires et 7 % des HARSAH. Parmi 367 personnes (le reste n'a pas répondu), 20 % ont fait leur dernier dépistage du VIH depuis plus d'un an et 12 % ne l'ont jamais fait. En un an, parmi 403 participant(e)s, 57 % ont reçu un autotest des intervenant(e)s et 43 % un coupon dont 13 % l'ont échangé. Parmi 26 personnes participantes, 46 % s'autotestent et 92 % préfèrent l'autotest pour : la confidentialité (67 %), la rapidité des résultats (58 %), la facilité d'emploi (50 %), éviter de discuter avec un(e) prestataire.

L'étude contrôlée randomisée de Witzel et coll. (2021) évalue la faisabilité et l'acceptabilité de recruter en ligne des personnes et de leur envoyer par voie postale des autotests capillaires du VIH. Les personnes visées sont les hommes (cis et trans) et les femmes trans, ayant des rapports sexuels avec les hommes. Les participant(e)s résident en Angleterre ou au Pays de Galles. Les participant(e)s sont réparti(e)s entre un groupe d'intervention (631) qui reçoit des autotests et un groupe témoin (404) qui reçoit de l'information sur la prévention du VIH. Parmi 1 035 personnes participantes, 63 % sont âgées de moins de 36 ans, 99 % sont des hommes cis et le reste des personnes trans, 6 % sont afro-américaines ou latino-américaines. Parmi 1 026 participant(e)s (le reste n'a pas répondu), aucun(e) n'utilise la PPrE, 23 % ont eu leur dernier dépistage du VIH depuis plus d'un an, 14 % n'ont jamais fait ce test, dont 58 % ont des rapports anaux non protégés avec un ou plusieurs partenaires dans les trois derniers mois. Cet article rapporte les résultats du groupe d'intervention. Parmi 494 participant(e)s, 97 % reçoivent des autotests et 90 % les utilisent. Parmi 369 personnes utilisatrices, 97 % qualifient leur expérience de bonne et l'utilisation des autotests de simple, 98 % trouvent les instructions faciles. La présence dans la trousse de test d'informations sur la conduite à tenir et le soutien fourni en cas d'un résultat réactif est appréciée et a permis d'apaiser l'anxiété liée à la découverte du résultat. Les participant(e)s estiment que cette stratégie réduit les barrières géographiques (accès facilité au test aux résidents en zones mal desservies par les services de dépistage) et psychosociales (se tester à l'abri des regards et des jugements). Certain(e)s participant(e)s estiment que l'autotest, de par la rapidité de ses résultats, réduit l'anxiété liée au dépistage en clinique. D'autres pensent qu'il peut être anxiogène, car le test est réalisé dans

l'isolement, à l'écart des services de soutien et de soins. Enfin, certain(e)s qui font un autotest capillaire pour la première fois doutent de leur capacité à le faire correctement, mais pensent que l'aisance viendra avec l'expérience.

Deux articles rapportent les résultats du programme *HIV Home Test Giveaway* visant à favoriser le dépistage du VIH et identifier de nouvelles infections. Le programme cible les hommes cis, les personnes trans et les personnes non binaires ayant des relations sexuelles avec des hommes. Il consiste à distribuer des autotests salivaires du VIH par l'envoi courriel de codes permettant d'en commander sur le site du manufacturier. Les autotests du VIH sont reçus par voie postale dans un emballage non spécifique. La promotion du programme s'est faite sur des médias sociaux et des applications de rencontre (Edelstein et coll., 2020 ; Johnson et coll., 2022).

- L'article de Edelstein et coll. (2020) détaille les résultats du programme implanté dans la ville de New York (États-Unis). Entre 2015 et 2018, 12 182 personnes, soit 70 % de celles ayant reçu un code, l'utilisent pour avoir un autotest. La majorité (74 %) a moins de 35 ans et 46 % sont afro-américaines ou latino-américaines, 97 % sont des HARSAH, 15 % n'ont jamais fait un dépistage du VIH et 21 % n'en ont pas fait depuis plus d'un an. Parmi 7 300 participant(e)s recevant des autotests, 81 % les utilisent pour s'autotester et 5 % pour tester une autre personne, 14 % ne les utilisent pas, mais la majorité de celles-ci (90 %) prévoit de le faire dans le futur. Parmi les personnes s'autotestant, 70 % se testent pour la première fois ou dans un délai plus court que si elles devaient se rendre à une clinique. Parmi 32 personnes ayant un résultat réactif pour la première fois, 78 % font un test de confirmation et 84 % obtiennent un résultat positif. Enfin, 96 % des personnes utilisatrices recommanderaient à leurs ami(e)s cette stratégie, appréciée pour sa confidentialité (71 %) et sa praticité (68 %).
- L'étude de Johnson et coll. (2022) détaille les résultats du programme implanté dans l'État de New York, mais à l'extérieur de la ville de New York. Entre 2016 et 2018, parmi 3 197 personnes participantes, 71 % ont moins de 35 ans, 97 % sont des HARSAH, 41 % sont afro-américaines ou latino-américaines. Parmi les participant(e)s, 31 % n'ont jamais fait un dépistage du VIH et pour 42 % leur dernier test remonte à plus de six mois. 2 022 personnes (63 % des participant(e)s) utilisent leurs codes pour avoir des autotests. Parmi 1 114 personnes recevant des autotests, 4 % les utilisent pour tester une autre personne et 83 % pour s'autotester. Parmi ces dernières, 7 ont des résultats réactifs, dont 5 confirmés. Parmi les personnes participantes, 98 % recommanderaient le programme à un(e) ami(e).

Deux articles rapportent les résultats du programme *TakeMeHome* distribuant des autotests salivaires du VIH par voie postale. La promotion du programme s'est faite sur les sites web et médias sociaux d'organismes communautaires de prévention du VIH et sur une application de rencontre fréquentée par des hommes gais et bisexuels et autres hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (gbHARSAH) (Hecht et coll., 2020 ; Menza et coll., 2020).

- L'article de Hecht et coll. (2020) détaille les résultats du programme implanté dans 17 départements de santé locaux et départements de santé d'État aux États-Unis. En un an, 5 325 autotests sont délivrés à 4 904 personnes, dont 69 % âgées de 18 à 34 ans, 67 % sont des hommes cis, 7 % des femmes cis et 6 % des personnes trans ou non binaires. Parmi les

personnes participantes, 40 % sont afro-américaines ou latino-américaines, 36 % n'ont jamais fait un dépistage du VIH et 56 % n'en ont pas fait depuis plus d'un an. Parmi 855 personnes participantes (le reste n'a pas répondu), 73 % sont des HARSAH. Après avoir fait un autotest, 10 % des 4 904 participant(e)s se sont dépisté(e)s pour d'autres ITSS et 8 % ont recours à la PPrE. Parmi les raisons de participer au programme figurent : la gratuité (64 %), la praticité (63 %), la confidentialité (46 %), l'accessibilité face à la réduction des services de dépistage durant la pandémie de Covid-19 (34 %) et éviter l'embarras de consulter un(e) prestataire (31 %). Ce programme serait recommandé à des ami(e)s par 90 % des participant(e)s.

- L'article de Menza et coll. (2020) présente les résultats du programme dans l'État de l'Oregon (États-Unis). Cette implantation vise à joindre les HARSAH habitant à l'extérieur des zones urbaines. En deux mois, 248 autotests sont distribués à 233 personnes, dont 22 % habitant en zones rurales ou frontalières et 60 % sont âgées en moyenne de 34 ans. Sur 110 personnes participantes, 34 % sont afro-américaines ou latino-américaines, 95 % sont des hommes cis et 5 % des personnes trans ou non binaires, 34 % n'ont jamais fait un dépistage du VIH et 2 % ont déjà utilisé un autotest à la maison. Ce programme est apprécié pour : la gratuité, la rapidité des résultats, la simplicité, l'accessibilité géographique, la confidentialité et la praticité. Les participant(e)s mentionnent aussi la sécurité, car le programme permet d'éviter l'embarras et l'anxiété liés à la stigmatisation lors d'un dépistage en clinique, ainsi que l'exposition au virus de Covid-19 en se rendant en clinique durant la pandémie. Enfin, 64 % des participant(e)s pensent que le programme réduit les obstacles au dépistage.

Deux études ont lieu au Canada et portent sur les programmes *GetaKit* et *J'agis*.

- L'article de O'Byrne et coll. (2021) présente les résultats de la première phase du programme *GetaKit* réalisée dans la Ville d'Ottawa. Ces résultats sont les seuls disponibles au moment de produire cette revue rapide. Le programme permet, à travers un site internet, de commander et recevoir un autotest capillaire du VIH au domicile ou à un lieu de ramassage. Sa promotion s'est faite par des affiches dans des établissements de santé et des lieux publics, sur des médias sociaux et auprès des populations prioritaires par l'entremise des organismes locaux qui les desservent. De juillet 2020 à avril 2021, 405 autotests sont distribués. Parmi 399 participant(e)s âgé(e)s en moyenne de 32 ans, 71 % font partie des populations prioritaires, 68 % sont des hommes cis, 57 % des gbHARSAH, 29 % des femmes cis et 3 % des personnes trans, 24 % n'ont jamais fait un dépistage du VIH et parmi les 73 % l'ayant déjà fait, 40 % ont fait leur dernier dépistage depuis plus d'un an. Parmi les participant(e)s effectuant un test pour la première fois, 46 % font partie des populations prioritaires. Sur 228 résultats déclarés, un est réactif. L'article rapporte des taux de positivité au VIH de 0,24 % sur tous les tests réalisés et de 0,44 % sur les résultats déclarés. Ces taux étaient de 3 à 5,5 fois plus élevés que le taux de référence à Ottawa (0,08 %). Ce programme a représenté 5,2 % des nouveaux diagnostics du VIH à Ottawa durant la période indiquée.
- Le programme de recherche *J'agis* permet de commander sur une application mobile un autotest capillaire du VIH et de le recevoir au domicile ou à un site de ramassage. Les résultats du premier trimestre du programme sont disponibles au moment de produire cette revue rapide. De juin à septembre 2021, parmi 1 311 personnes âgées en moyenne de 33 ans

ayant complété le sondage prétest, 43 % habitent en Ontario, 23 % au Québec, 75 % dans une grande ou très grande zone urbaine et 2 % en zones rurales, 25 % n'ont jamais fait un test du VIH, 67 % sont des hommes cis, 48 % des gbHARSAH et 24 % des femmes cis, 10 % sont originaires d'une région où l'infection au VIH est endémique et 5 % sont issues de communautés autochtones, 3 % consomment des drogues par injection ou inhalation. Parmi 2 653 autotests commandés par 1 100 personnes, 1 618 (69 %) sont livrés (391 au Québec), dont 31 % à un site de ramassage. Parmi 496 personnes participantes ayant transmis au moins un résultat, 95 habitent au Québec, 64 % font partie au moins d'une population prioritaire. Trois résultats sont réactifs et concernent des personnes des populations prioritaires, dont une personne qui se teste pour la première fois (Rourke et coll., 2021).

4.5 Envoi gratuit par la poste avec accompagnement et counseling en ligne

Cinq études supplémentaires évaluent la stratégie de commande en ligne et d'envoi par la poste, mais en proposant également un accompagnement ou un counseling en ligne.

L'étude de Bell et coll. (2021) évalue la faisabilité, l'acceptabilité et les impacts d'un service en ligne de distribution d'autotests salivaires du VIH à des HARSAH résidant au Queensland en Australie. Le service est offert dans le site web d'un organisme communautaire pour les PVVIH. Il propose au choix un counseling avec un pair en pré et/ou post-test. De décembre 2016 à avril 2018, 927 autotests sont livrés à 794 personnes, dont 48 % âgées de 20 à 29 ans, 38 % vivent hors des grands centres urbains, 85 % sont des hommes cis et 62 % des HARSAH. Parmi 133 commandes répétées, 79 % sont faites par des HARSAH. Ils ont commandé de manière significative ($p < 0,001$) plus d'un autotest. Parmi 794 participant(e)s, 45 % n'ont jamais fait un test du VIH dont 40 % commandent des autotests pour cette raison, 30 % ont fait leur dernier test depuis plus d'un an. Parmi 190 participant(e)s (le reste n'a pas répondu), 21 % ne se seraient pas testé(e)s ailleurs si l'autotest n'était pas disponible, dont 55 % n'ayant jamais fait un test du VIH et 23 % n'en ayant pas fait depuis plus d'un an. L'association entre ne pas avoir fait un test auparavant et ne pas se faire tester ailleurs est significative ($p=0,025$). Sur 485 résultats transmis, un est réactif. Parmi 794 participant(e)s, 95 % ne souhaitent pas un counseling prétest. Cette préférence est plus élevée significativement ($p = 0,05$) chez les personnes n'ayant jamais fait un test du VIH. Parmi 124 participant(e)s (le reste n'a pas répondu), 24 % sont d'accord ou tout à fait d'accord qu'un counseling prétest est utile. Parmi 173 participant(e)s (le reste n'a pas répondu), 47 % sont d'accord ou tout à fait d'accord qu'un counseling post-test est utile. Parmi 245 participant(e)s (le reste n'a pas répondu), 85 % sont d'accord ou fortement d'accord de préférer l'autotest à domicile à un test en clinique. Parmi 794 participant(e)s, 79 % choisissent ce programme pour se tester pour sa praticité, 44 % pour la rapidité des résultats, 33 % pour éviter de discuter de pratiques sexuelles, 29 % par manque de temps pour se rendre à une clinique, 22 % par crainte de la stigmatisation et 7 % pour le manque de services de dépistage locaux.

L'étude de Maksut et coll. (2016) évalue la faisabilité d'un autotest du VIH supervisé à distance et accompagné d'un counseling par un pair à travers une plateforme de vidéoclavardage. Le programme visait surtout des HARSAH afro-américains. Les participants reçoivent un autotest par la poste et une rencontre en ligne est planifiée avec un pair. Elle comprend un counseling prétest, la complétion de l'autotest en direct et un counseling post-test. Parmi 20 participants aux sessions en ligne, 80 % sont afro-américains et 5 % latino-américains. Ils sont âgés de 28 ans en moyenne, 15 % n'ont jamais fait un test du VIH et pour le reste, leur dernier test date en moyenne d'un an. Aucun résultat n'est réactif. Parmi 18 participants, tous qualifient leur expérience de satisfaisante et la recommanderaient à des amis, 72 % la préféreraient à un dépistage en clinique pour le futur. La majorité apprécie cette stratégie pour sa flexibilité (choisir où s'autotester) et confidentialité. Les participants sont plus favorables à se tester pour le VIH, car l'anxiété associée à la stigmatisation possible lors d'un dépistage en clinique est réduite.

L'étude contrôlée randomisée de Stephenson et coll. (2020) évalue l'acceptabilité et la faisabilité d'une intervention offrant un autotest salivaire du VIH associé à un counseling en ligne à de jeunes personnes trans (15-24 ans). Parmi 202 personnes recrutées dans diverses régions des États-Unis, 41 % sont non-binaires, 41 % sont des hommes trans et 18 % des femmes trans. Les participant(e)s sont réparti(e)s entre un groupe d'intervention (126) et un groupe témoin (76). Les deux peuvent recevoir des autotests par la poste et le groupe d'intervention participe en outre à un counseling en ligne. Parmi les participant(e)s du groupe d'intervention et du groupe témoin, 80 % et 73 % n'ont jamais fait un test du VIH, 55 % et 51 % ont eu des rapports sexuels non protégés durant les 90 derniers jours. Un(e) participant(e) utilise la PPrE. Toutes et tous les participant(e)s du groupe témoin commandent un autotest, 91 % transmettent leurs résultats, 2 sont réactifs. Dans le groupe d'intervention, 48 % des participant(e)s commandent un autotest et participent au counseling. La majorité (97 %) s'autoteste sous la supervision d'un(e) intervenant(e) lors du counseling et deux le font seul(e)s. Aucun résultat n'est réactif. Le reste des participant(e)s de ce groupe refuse l'intervention par crainte de discuter de pratiques sexuelles et d'être vu(e)s à travers une caméra. Parmi 59 participant(e)s au counseling, 98 % sont satisfait(e)s de l'intervention, 90 % la répéteraient, 81 % la recommanderaient et 98 % recommanderaient les autotests. La volonté d'utiliser la PPrE augmente significativement dans les 2 groupes après 3 et 6 mois. Après 3 mois, significativement ($p = 0,001$) plus de personnes du groupe d'intervention (73 %) ont effectué un dépistage des ITSS que du groupe témoin (43 %).

L'étude contrôlée randomisée de Wray et coll. (2018) évalue les impacts d'envois postaux réguliers d'autotests salivaires du VIH sur la fréquence du dépistage du VIH et des ITSS et l'accès à des services de prévention et sur les pratiques moins sécuritaires. Les participants sont 65 HARSAH du nord-est des États-Unis, âgés de 18-72 ans, 77 % sont caucasiens, tous n'ont pas eu un test du VIH depuis plus d'un an. Ils sont répartis en deux groupes d'intervention (eTest [21] et standard [22]) et un groupe témoin (22). Durant 7 mois, le groupe eTest reçoit chaque 3 mois un autotest équipé d'une balise détectant son ouverture. Un(e) intervenant(e) conseiller(ère)s contacte, dans les 24 heures suivant l'ouverture, le participant pour répondre aux questions, offrir des références vers des services de santé sexuelle et proposer un counseling

préventif. Le groupe standard reçoit au même rythme des autotests sans balise, mais avec un numéro pour du counseling, des orientations sur l'autotest et sur des services de soins. Le groupe témoin reçoit chaque 3 mois une lettre rappelant le dépistage du VIH avec des informations sur des cliniques. Tous les participants des groupes d'intervention et 73 % des participants du groupe témoin font un test du VIH au moins une fois : 43 %, 55 % et 5 % dans les groupes eTest, standard et témoin le font en s'autotestant; 52 %, 36 % et 5 % dans les groupes eTest, standard et témoin le font en s'autotestant ou en clinique. Le taux et la fréquence des tests sont significativement ($p < 0.001$) plus élevés chez les groupes d'intervention que le groupe témoin. Les probabilités d'un test du VIH chaque trois mois sont 4,4 fois plus élevées chez les groupes d'intervention que le groupe témoin. Les participants dans le groupe eTest sont plus susceptibles significativement d'avoir reçu des orientations pour la PPRE, un counseling préventif et du matériel de prévention.

L'étude contrôlée randomisée de Young et coll. (2022) évalue l'utilisation des communautés en ligne (groupes sur Facebook®) dirigées par des pairs pour augmenter le taux d'autotest chez les HARSAH afro-américains ou latino-américains vivant à Los Angeles (États-Unis). L'étude se fait en 6 vagues de 12 semaines. Les 900 participants ont un âge moyen de 32 ans, 89 % sont des afro-américains ou latino-américains, 88 % ont fait un dépistage du VIH au cours des trois dernières années. Ils sont répartis entre un groupe témoin et un groupe d'intervention. Sur les communautés en ligne, 79 pairs tentent de nouer une relation de confiance avec le groupe d'intervention et l'informer sur le dépistage du VIH. Les participants ont le choix de répondre ou pas aux pairs quand ils les contactent. Le groupe témoin n'a pas accès à cet accompagnement. Tous les participants ont le choix de recevoir un autotest capillaire du VIH par la poste toutes les quatre semaines. En 3 mois, parmi 420 participants du groupe d'intervention, 29 % acceptent de recevoir un autotest et parmi 418 participants du groupe témoin, 23 % acceptent de recevoir un autotest. Cette différence est significative (OR=1,43; IC95 % [1,04 à 1,95]; $p = 0,03$). Les participants du groupe d'intervention sont significativement plus susceptibles de s'autotester dans les trois derniers mois que les participants du groupe témoin (OR=1,47; IC95 % [1,01 à 2,13]; $p=0,04$). Dans les vagues plus tardives (4 à 6), les participants du groupe d'intervention sont significativement plus susceptibles d'accepter de recevoir des autotests (OR=2,65; IC95 % [1,55 à 4,54]) et de rapporter les avoir utilisés (OR=1,87; IC95 % [1,11 à 3,15]) que les participants du groupe témoin. Ceci peut être dû au fait que les pairs sont plus à l'aise dans leur rôle après quelques mois d'expérience.

4.6 Intervention comportementale avec soutien par les pair(e)s

L'étude contrôlée randomisée de Frye et coll. (2021) évalue les effets d'une intervention comportementale nommée *TRUST* sur la réalisation régulière d'autotests chez les HARSAH et les femmes trans afro-américain(e)s. Implantée dans la ville de New York aux États-Unis, elle se base sur la formation de binômes d'ami(e)s. Chaque binôme est composé d'un(e) participant(e) primaire et de son ami(e). Les 200 binômes sont répartis entre un groupe témoin et un groupe d'intervention. Ensemble, les membres de chaque binôme du groupe d'intervention réalisent un dépistage du VIH pour confirmer leur séronégativité et reçoivent un counseling sur le VIH. Puis,

chaque binôme participe à une formation psychoéducative interactive. Celle-ci porte sur : le mode d'emploi d'un autotest du VIH; comment intégrer cette pratique dans la vie sexuelle; la définition des besoins de soutien mutuel pour la maintenir, la découverte des résultats et le lien avec les services de soins; le développement d'un plan pour réduire les risques et s'autotester régulièrement. À la fin de la formation, chaque binôme élabore un plan pour demeurer séronégatif et définit les modalités de soutien mutuel. Dans le groupe témoin, séparément, les membres de chaque binôme se dépistent pour le VIH et reçoivent un counseling. Ensuite, le binôme se partage ses résultats et participe à une formation didactique. Celle-ci aborde les autotests de plusieurs problèmes de santé courants et du VIH, sans accent particulier sur celui-ci. Chaque participant(e) des deux groupes reçoit deux autotests (type non précisé) au début de l'étude et d'autres tous les trois mois pendant une année, par voie postale ou en personne.

Les 200 personnes participantes primaires sont âgées en moyenne de 23 ans, 86 % sont des hommes cis, 12 % des femmes trans et 2 % des femmes cis, 60 % sont homosexuelles et 30 % bisexuelles. Dans les trois mois avant la visite de base, 33 % ont des relations anales réceptives et 39 % insertives non protégées, 54 % ont des rapports sexuels sous l'effet de substances et 17 % ont plusieurs partenaires sexuel(le)s occasionnel(le)s. À la visite de base, 9 % utilisent la PPrE, 93 % ont déjà fait un dépistage du VIH dont 48 % dans les trois derniers mois et 6 % depuis plus d'un an, 14 % s'étaient déjà autotestés pour le VIH. Le suivi était d'une année. Les participant(e)s du groupe d'intervention ont deux fois plus de chances de s'être autotesté(e)s à trois mois (uOR : 2,29; [IC95 % : 1,15 à 4,58]) et presque deux fois plus de chances à six mois (uOR : 1,94; [IC95 % : 1,00-3,75]) que les participant(e)s du groupe témoin. Les différences entre les deux groupes sont significatives à trois mois ($p=0,02$) et à six mois ($p \leq 0,05$). À neuf mois et à 12 mois, les différences ne sont plus significatives entre les deux groupes (Frye et coll., 2021).

4.7 Distribution dans les salles d'urgence aux personnes qui refusent le dépistage du VIH sur place

L'étude randomisée de Patel et coll. (2019) évalue les impacts d'offrir des autotests salivaires du VIH à des personnes ayant refusé un dépistage du VIH aux urgences. L'étude s'est déroulée en trois mois dans un service d'urgence à Baltimore aux États-Unis, où est implanté un programme de dépistage du VIH. Parmi 100 personnes participantes, 56 % sont âgées de 25 à 44 ans, 43 % sont afro-américaines, 66 % sont des femmes cis et 34 % des hommes cis, 88 % sont hétérosexuelles, 4 % bisexuelles et 5 % des femmes lesbiennes. Les participant(e)s sont réparti(e)s aléatoirement entre un groupe d'intervention (52) et un groupe témoin (48). Les participant(e)s du groupe d'intervention reçoivent un autotest du VIH et cinq cartes à distribuer, permettant de commander un autotest du VIH gratuitement. Les participant(e)s du groupe témoin reçoivent une brochure d'information sur le dépistage du VIH et les services de dépistage locaux. Parmi les participant(e)s du groupe d'intervention et du groupe témoin, 42 % et 44 % n'ont pas fait un dépistage du VIH depuis plus d'un an respectivement, dont 10 participant(e)s du groupe d'intervention et 6 participant(e)s du groupe témoin n'en ayant jamais fait. Parmi 29 personnes du groupe d'intervention, 48 % s'autotestent dont 4 n'ayant jamais fait un dépistage du VIH. Les cartons sont remis par 34 % des 29 participant(e)s à leurs

partenaires et pair(e)s, mais aucun(e) n'en commande. Parmi 35 personnes du groupe témoin, 6 % se dépistent pour le VIH en clinique, dont une pour la première fois. Le groupe d'intervention a huit fois plus de chances que le groupe témoin de faire un test du VIH après un mois (RR : 8,45; [IC95 % : 2,09 à 34,17]).

4.8 Stratégies mixtes

Il s'agit des études retenues où le programme de distribution propose de choisir parmi diverses stratégies de distribution pour obtenir un autotest du VIH.

L'étude de Huang et coll. (2016) et de Rosengren et coll. (2016) rapportent les résultats du même programme, mais collectés pendant un mois à deux périodes différentes (d'avril à mai 2014 et d'octobre à novembre 2014 respectivement). Elle évalue si l'utilisation d'une application de rencontre (Grindr®) pour joindre des HARSAH afro-américains ou latino-américains habitant à Los Angeles aux États-Unis et leur distribuer des autotests est efficace. Les participants ont le choix d'obtenir des autotests salivaires du VIH par la commande en ligne avec l'envoi postal, par l'échange d'un coupon en pharmacie ou par l'utilisation d'un distributeur automatique.

- Dans l'étude de Huang et coll. (2016), 334 requêtes sont faites avec les choix suivants pour obtenir les autotests : 67 % par la commande en ligne avec l'envoi postal, 30 % par l'échange d'un coupon en pharmacie et 3 % par l'utilisation d'un distributeur automatique. Parmi 122 participants, 66 % reçoivent un autotest, 65 % sont âgés de 18 à 30 ans, 28 % ont fait leur dernier dépistage du VIH depuis plus d'un an et 11 % ne l'ont jamais fait, 91 % ont eu au moins un rapport anal non protégé dans les trois derniers mois. Parmi 57 participants, 93 % reçoivent leur autotest par la poste après une commande en ligne et 7 % par l'échange d'un coupon en pharmacie. Parmi ces participant(e)s, 68 % préféreraient pour un futur dépistage l'autotest aux autres stratégies, tous sont satisfaits des méthodes de distribution par la commande en ligne avec l'envoi postal et par l'échange d'un coupon en pharmacie. Deux résultats sont réactifs au VIH.
- Dans l'étude Rosengren et coll. (2016), 333 requêtes sont faites avec les choix suivants pour obtenir les autotests : 74 % par la commande en ligne avec l'envoi postal, 17 % par l'échange d'un coupon en pharmacie et 8 % par l'utilisation d'un distributeur automatique. Parmi 125 participants, 63 % sont âgés de 18 à 30 ans, 74 % ont eu au moins un rapport anal non protégé dans les trois derniers mois, 29 % ont fait leur dernier dépistage du VIH depuis plus d'un an et 9 % ne l'ont jamais fait. Parmi 56 participants, 77 % préfèrent l'autotest au dépistage en clinique. Deux résultats sont réactifs au VIH.

5 PRINCIPAUX CONSTATS

Distribution aux partenaires sexuel(le)s ou au réseau social

L'évaluation de cette stratégie dans les études retenues s'est faite auprès d'HARSAH et de femmes trans, ayant des pratiques sexuelles moins sécuritaires. Dans l'étude de Carballo-Diequez et coll. (2020), la majorité des HARSAH et des femmes trans utilise les autotests offerts pour se tester et encourage leurs partenaires à s'autotester. En plus de leurs partenaires, les HARSAH vivant avec le VIH de l'étude de Wesolowski et coll. (2019) offrent les autotests à leur réseau social. Pour les personnes hésitantes, le processus de distribution devient plus facile avec la pratique (Lentz et coll., 2020 ; Lightfoot et coll., 2018). La majorité des partenaires accepte de s'autotester et de nouveaux cas sont identifiés. La proposition des autotests entraîne aussi certains partenaires à dévoiler leur séropositivité (Carballo-Diequez et coll., 2020).

Cependant, certains partenaires peuvent être violents (Lentz et coll., 2020, Rael et coll., 2020), certaines personnes peuvent opprimer leur entourage pour s'autotester (Wesolowski et coll., 2018) et certaines femmes trans se sentent plus à risque de stigmatisation ou de maltraitance dans ce processus de distribution (Rael et coll. (2020). Pour outiller les personnes à la distribution, elles devraient être formées sur comment proposer les autotests et gérer les réactions potentielles. Ce type de formation est considérée comme utile par la majorité des participant(e)s à l'étude de Lightfoot et coll. (2018). Les participant(e)s ayant découvert des cas réactifs parmi leurs partenaires n'ont ressenti qu'un léger stress et étaient satisfait(e)s de leur gestion de la situation. Mais, plusieurs ont eu des rapports anaux sans utiliser une méthode barrière avec au moins une personne réactive ou refusant de s'autotester (Carballo-Diequez et coll., 2020). La formation devrait ainsi également inclure les pratiques sexuelles plus sécuritaires après la découverte des résultats et l'accompagnement des cas réactifs.

Finalement, des proportions significativement plus grandes de personnes non diagnostiquées n'ayant jamais fait un dépistage du VIH ou ne se testant pas régulièrement pourraient être davantage jointes par cette stratégie que par les services de dépistage locaux (Lightfoot et coll., 2018). Elle serait donc complémentaire aux services déjà implantés.

Utilisation de distributeurs automatiques

L'évaluation de cette stratégie dans les études retenues s'est faite auprès d'HARSAH, dont des personnes ayant des pratiques sexuelles moins sécuritaires, ne se testant pas régulièrement ou n'ayant jamais fait un dépistage du VIH. C'est une stratégie jugée acceptable par les participants et son implantation dans les bains publics et les saunas semble être idéale pour les joindre. Le recours aux distributeurs est plus important qu'aux services de dépistage rapide du VIH sur place (Vera et coll., 2019) et se fait notamment durant les heures de fermeture de ces services (Stafylis et coll., 2018). Des résultats réactifs sont déclarés (Stafylis et coll., 2018 ; Vera et coll., 2019). Cette stratégie serait donc complémentaire aux services déjà implantés.

D'autres sites d'implantation sont proposés par les participants aux études retenues. Pour les lieux communautaires (organismes communautaires, épiceries, gares, collèges, universités, bars

et clubs gais, pharmacies, etc.), des distributeurs discrets devraient être favorisés pour assurer la confidentialité des utilisateur(ric)e(s) (Young et coll., 2014). Certains proposent d'installer des distributeurs dans les hôpitaux et les cliniques, pour réduire le temps d'attente et bénéficier d'un soutien immédiat en cas d'un résultat réactif (Vera et coll., 2019 ; Young et coll., 2014).

Toutefois, certaines inquiétudes sont exprimées par les participants de l'étude de Vera et coll. (2019) sur cette stratégie de distribution. D'une part, la découverte d'un résultat réactif dans l'isolement et sans soutien immédiat, même si les trousseaux d'autotests distribués contiennent les références de services de soutien et de soins. D'autre part, la négligence du dépistage des autres ITSS en délaissant les services cliniques. En outre, dans l'étude de Stafylis et coll. (2018), même si plusieurs personnes considèrent que les autotests sont fiables, d'autres doutent de l'exactitude de leurs résultats comparativement aux tests effectués par des professionnel(le)s.

Enfin, cette stratégie de distribution permettrait de joindre des personnes du réseau social ou sexuel des utilisateur(ric)e(s). En offrant un accès gratuit et multiple aux autotests, certains les proposent à un partenaire sexuel ou à un ami (Stafylis et coll., 2018 ; Vera et coll., 2019).

Utilisation de coupons échangeables en pharmacie

Selon les résultats de l'étude de Marlin et coll. (2014), cette stratégie serait faisable et acceptable chez les HARSAH et les femmes trans, dont des personnes ne se testant pas régulièrement. Elle permettrait aussi d'identifier de nouvelles infections au VIH. Lors de l'échange de leurs coupons, les utilisateur(ric)e(s) peuvent être exposé(e)s à des situations malaisantes. Ainsi, son implantation nécessiterait d'assurer leur confidentialité en formant le personnel des pharmacies partenaires.

Par ailleurs, le nombre de coupons distribués et échangés semble plus prolifique lorsque les intervenant(e)s les distribuent auprès de leur clientèle qu'à des passant(e)s dans la rue (Marlin et coll., 2014). Pour potentialiser ses effets, cette stratégie devrait cibler les usager(ère)s des organismes desservant les populations prioritaires. Ceci est cohérent avec une approche ciblée du dépistage du VIH, soit d'offrir des services aux populations prioritaires pour une plus grande efficacité pour joindre les PVVIH ignorant leur statut sérologique. Mais, des intervenant(e)s pourraient être réticent(e)s à l'implanter, si elle consiste en la distribution de coupons, sans qu'un suivi ou counseling soit offert (Meyerson et coll., 2016). Cette stratégie pourrait alors être jointe à d'autres services offerts par les organismes, comme le counseling préventif. Mais, pour faciliter l'accès aux autotests aux personnes ne désirant pas recevoir d'autres services, leur offre devrait être optionnelle à la fourniture des autotests.

Enfin, les résultats limités sur cette stratégie dans cette revue nécessitent des données supplémentaires pour statuer sur son efficacité.

Commande en ligne et envoi postal au domicile ou à un site de ramassage

La commande en ligne d'autotests pour des envois postaux au domicile ou à un site de ramassage est une stratégie jugée faisable et acceptable par les HARSAH, dont des personnes n'ayant jamais fait un dépistage du VIH ou ne se testant pas régulièrement et qui ont des

pratiques sexuelles moins sécuritaires (Biello et coll., 2021 ; Edelstein et coll., 2020 ; Hecht et coll., 2021 ; Johnson et coll., 2022 ; Menza et coll., 2021 ; Witzel et coll., 2019). Elle permettrait la détection de nouvelles infections (Edelstein et coll., 2020 ; Johnson et coll., 2022) et faciliterait l'accès au test du VIH aux résidents des régions éloignées (Bell et coll., 2021 ; Menza et coll., 2020). Cependant, certaines personnes redoutent de s'autotester dans l'isolement, à l'écart du soutien et des services de soins (Witzel et coll., 2021).

Au Canada, les résultats des programmes *J'agis* et *GetaKit* révèlent que cette stratégie est utilisée par les populations prioritaires. Parmi les personnes utilisatrices figurent celles n'ayant jamais fait un dépistage du VIH ou qui ne se testent pas régulièrement et de nouvelles infections sont détectées (O'Byrne et coll., 2021 ; Rourke et coll., 2021). Pour le programme *GetaKit*, les taux de positivité au VIH étaient (0,24 % sur tous les tests réalisés et 0,44 % sur les résultats autodéclarés) de 3 à 5,5 fois plus élevés que le taux de référence à Ottawa (0,08 %). Ce programme a représenté 5,2 % des nouveaux diagnostics à Ottawa (O'Byrne et coll., 2021). Cette stratégie peut donc être complémentaire aux services de dépistage déjà en place.

Plusieurs personnes choisissent de recevoir leurs autotests à un site de ramassage (Hubbard et coll., 2020 ; Rourke et coll., 2021). Pour optimiser cette stratégie, elle devrait inclure cette option de livraison. Des partenariats pourraient être envisagés avec les organismes communautaires desservant les populations prioritaires (Hubbard et coll., 2020).

Enfin, l'accès aux technologies est un enjeu pour bénéficier de cette stratégie. Elle devrait être implantée avec d'autres stratégies de distribution sur le terrain, telles que les coupons échangeables en pharmacie ou la distribution directe des autotests du VIH aux usager(ère)s des organismes communautaires desservant des populations prioritaires (Hubbard et coll., 2020).

Envoi gratuit par la poste avec accompagnement et counseling en ligne

Dans les études retenues, cette stratégie a été évaluée auprès d'HARSAH ou de personnes trans. Parmi les participant(e)s figurent des personnes ayant des rapports sexuels moins sécuritaires, ne s'étant jamais dépistés pour le VIH ou pas régulièrement. Selon leurs résultats, cette stratégie augmenterait significativement le taux et la fréquence des tests du VIH (Bell et coll., 2021 ; Maksut et coll., 2016 ; Stephenson et coll., 2019 ; Wray et coll., 2018 ; Young et coll., 2022) notamment chez des personnes qui ne se seraient pas testées ailleurs ou celles résidant en régions éloignées (Bell et coll., 2021). Elle est donc une approche complémentaire aux services déjà implantés pour joindre ces personnes.

Le counseling, selon les sujets abordés, augmenterait le dépistage des autres ITSS et la volonté d'utiliser la PPrE chez des personnes trans (Stephenson et coll., 2019) et l'acceptabilité de recevoir un counseling sur les pratiques sexuelles plus sécuritaires ou du matériel de prévention chez les HARSAH (Wray et coll., 2018). L'accompagnement par un pair favoriserait les autotests réguliers chez des HARSAH, surtout lorsque les pairs sont expérimentés (Young et coll., 2022). Pour potentialiser les impacts de cette stratégie, la formation des personnes, conseillères ou paires serait à considérer pour développer et renforcer leurs compétences. Ainsi, ces personnes

pourront offrir un accompagnement et un counseling susceptibles d'entraîner des changements. Chez d'autres HARSAH, l'envoi ponctuel des autotests suffirait à leur utilisation régulière et leur fourniture n'entraîne pas la déléation des services de dépistage (Wray et coll., 2018).

Toutefois, l'offre d'un counseling ou d'un accompagnement est appréciée par certaines personnes et non souhaitée par d'autres (Bell et coll., 2021 ; Stephenson et coll., 2019). Le souhait de ne pas recevoir ces services est significativement plus important chez les personnes n'ayant jamais fait un dépistage du VIH (Bell et coll., 2021). Pour faciliter l'accès aux autotests, ces services devraient être optionnels à leur fourniture lors de l'implantation de cette stratégie.

Intervention comportementale avec soutien par les pair(e)s

L'intervention comportementale de Frye et coll. (2021) basée sur le soutien par les pair(e)s, l'offre régulière d'autotests et le développement des connaissances et compétences augmenterait de façon significative la réalisation régulière d'autotests chez les gbHARSAH et les femmes trans. Parmi ces personnes figurent certaines ayant des pratiques sexuelles moins sécuritaires et ne se testant pas régulièrement pour le VIH. En outre, cette stratégie permet à ses utilisateur(ric)e(s) de bénéficier du soutien d'un(e) ami(e) lors de la découverte d'un résultat réactif et pour le cheminement vers les soins. Toutefois, ses effets semblent s'estomper après six mois. S'agissant des résultats d'une seule étude et considérant le faible nombre de participant(e)s, des données supplémentaires sont nécessaires pour confirmer l'efficacité de cette stratégie et mesurer l'étendue de tous ses impacts potentiels et leur durée. Par exemple, il serait intéressant d'évaluer le bénéfice de sessions de rappel sur ses effets.

Distribution dans les salles d'urgence aux personnes refusant le dépistage sur place

Selon les résultats de l'étude de Patel et coll. (2019), l'offre d'autotests en salles d'urgence augmenterait le taux de dépistage du VIH chez les personnes refusant un test sur place. Parmi les utilisateur(ric)e(s) des autotests distribués figurent des personnes ne s'étant jamais dépistées pour le VIH. Cette stratégie serait donc une approche complémentaire aux services de dépistage déjà en place. Cette stratégie a permis de joindre principalement des femmes cis puis des hommes cis, en majorité hétérosexuel(le)s. Même si elle permet de sensibiliser le réseau social ou sexuel des participant(e)s à travers la distribution de cartons de références pour obtenir des autotests, aucune commande n'a été faite. S'agissant des résultats d'une seule étude et en considérant le faible nombre de participant(e)s, les courtes durées de l'intervention et de la période de suivi, des données supplémentaires sont nécessaires pour statuer sur la capacité de cette stratégie à joindre des populations prioritaires.

Stratégies mixtes

Dans les deux études retenues, l'évaluation d'un programme de distribution basé sur diverses stratégies s'est faite auprès d'HARSAH, dont certains ne s'étant jamais dépistés pour le VIH ou dont le dernier test date de plus d'un an et ayant des pratiques sexuelles moins sécuritaires. Les stratégies parmi lesquelles les participants pouvaient choisir de recevoir des autotests sont : la commande en ligne et l'envoi par la poste, l'échange de coupons en pharmacie et l'utilisation

d'un distributeur automatique. Selon les résultats, la commande en ligne et l'envoi par la poste semble être le choix le plus populaire, suivi de l'échange de coupon en pharmacie. De nouvelles infections sont détectées grâce à ses programmes (Huang et coll., 2016 ; Rosengren et coll., 2016). Plus de données sont nécessaires pour évaluer si cette différence de préférences est significative et quels en sont ses déterminants. Il serait aussi pertinent d'évaluer la complémentarité entre diverses stratégies de distribution au sein d'un même programme dans l'atteinte optimale des populations prioritaires.

6 LIMITES DES ÉTUDES RETENUES

Validité interne

Plusieurs biais potentiels peuvent être relevés dans les études retenues :

- La majorité des résultats sont autorapportés par les participant(e)s, souvent par des questionnaires autoadministrés. Certaines réponses pourraient être influencées par un biais de désirabilité sociale, par un biais de rappel ou par une incompréhension de la question ;
- Sauf une étude où les participant(e)s pouvaient s'autotester devant un(e) intervenant(e) par vidéoclavardage (Maksut et coll., 2016), tous les résultats des autotests sont autorapportés. Une personne pourrait donner la mauvaise information ou mal interpréter son test ;
- Certaines études comme Huang et coll. (2016) et Johnson et coll. (2022) n'excluent pas que des participant(e)s aient répondu plus d'une fois au questionnaire de suivi ;
- Dans toutes les études, les autotests sont distribués gratuitement. L'acceptabilité et les impacts des stratégies évaluées pourraient différer si les participant(e)s devaient payer. Par exemple, 50 % des participant(e)s de l'étude de Bell et coll. (2021) et 70 % de celle de Edelstein et coll. (2020) ne payeraient pas pour avoir des autotests.

Validité externe

Parmi les études retenues, seulement deux ont lieu au Canada, dont une étude offrant des autotests du VIH au Québec. Pour le reste, la contextualisation de leurs résultats et de leur implication pratique pour le Québec doit tenir compte des éléments suivants :

- Dans la majorité des études, le nombre de participant(e)s est petit et la perte de suivi est importante dans plusieurs. Par exemple dans l'étude de Edelstein et coll. (2020), plus de 4 000 personnes n'ont pas donné suite. Cela pourrait limiter la généralisabilité des résultats ;
- La majorité des études ont lieu aux États-Unis, où est principalement utilisé l'autotest salivaire, qui n'est pas homologué au Canada. Il est possible que les résultats n'aient pas été les mêmes si des autotests capillaires avaient été distribués ;
- Dans la majorité des études, le recrutement des participant(e)s visait particulièrement des HARSAH et des femmes trans afro-américain(e)s ou latino-américain(e)s. Ces résultats ne peuvent pas être généralisés à d'autres populations. Certaines populations prioritaires ne sont pas représentées dans cette revue rapide. Une revue plus exhaustive les concernant serait nécessaire pour évaluer si les stratégies identifiées ou d'autres sont adaptées à leurs réalités et permettent de les joindre.

7 CONCLUSION

La revue rapide a permis d'identifier sept stratégies de distribution des autotests du VIH. Elles augmenteraient le taux et/ou la fréquence des tests du VIH chez des personnes qui ne se sont jamais dépistées ou qui ne se dépistent pas régulièrement pour le VIH et qui ont des pratiques sexuelles moins sécuritaires. Elles permettraient de détecter de nouvelles infections et cinq de ces stratégies étaient complémentaires aux programmes déjà implantés. L'évaluation de six des stratégies s'est faite principalement auprès d'HARSAH et/ou de personnes trans et plusieurs études ont ciblé des personnes afro-américaines ou latino-américaines. Les programmes de recherche implantés au Canada, *J'agis* et *GetaKit* proposant la commande en ligne et l'envoi postal d'autotests, sont utilisés par les populations prioritaires, dont des personnes n'ayant jamais fait un dépistage du VIH ou qui ne se dépistent pas régulièrement et de nouvelles infections sont détectées.

Des biais ont été soulignés dans les études retenues et la contextualisation de leurs résultats, ainsi que leur implication pratique pour le Québec, doit tenir compte de certaines limites. Des données supplémentaires sont également nécessaires pour statuer sur l'efficacité de certaines stratégies. Il serait aussi pertinent d'évaluer la complémentarité entre diverses stratégies de distribution au sein d'un même programme dans l'atteinte optimale des populations prioritaires.

L'implantation des stratégies identifiées doit tenir compte de certains enjeux. Par exemple, le coût des autotests, gratuits ou non; la confidentialité des personnes utilisatrices des distributeurs automatiques et des coupons échangeables en pharmacie; la découverte, dans l'isolement, d'un résultat réactif, sans bénéficier de soutien immédiat pour les stratégies n'impliquant pas l'offre d'un counseling, d'un soutien ou d'un accompagnement; l'accès aux technologies et à internet pour bénéficier des stratégies de commande en ligne; la coercition et les réactions violentes potentielles lors de la distribution au réseau sexuel ou social; la réduction de l'accessibilité des autotests aux personnes ne souhaitant pas les recevoir si accompagnés obligatoirement d'autres services comme le counseling.

Finalement, certaines stratégies peuvent être appliquées par des acteur(ric)e(s) locale(-aux) si des autotests du VIH leur sont fournis, tandis que d'autres exigent davantage de coordination et de ressources. Quelle que soit la stratégie retenue, il sera nécessaire qu'un engagement au plus haut niveau soit pris pour rendre disponibles les autotests du VIH aux populations prioritaires.

8 RÉFÉRENCES

Agence de la santé publique du Canada. (2022). *Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH, 2020* (publication no 200271). <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/esume-estimations-incidence-prevalence-vih-progres-realises-canada-90-90-90.html>

Bell, S. F. E., Lemoire, J., Debattista, J., Redmond, A. M., Driver, G., Durkin, I., Coffey, L., Warner, M., Howard, C., Williams, O. D., Gilks, C. F. et Dean, J. A. (2021). Online HIV self-testing (HIVST) dissemination by an Australian community peer HIV organisation: A scalable way to increase access to testing, particularly for suboptimal testers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11252. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111252>

Biello, K. B., Horvitz, C., Mullin, S., Mayer, K. H., Scott, H., Coleman, K., Dormitzer, J., Norelli, J., Hightow-Weidman, L., Sullivan, P., Mimiaga, M. J., Buchbinder, S., Bojan, K., Futterman, D., Emmanuel, P. et Liu, A. (2021). HIV self-testing and STI self-collection via mobile apps: experiences from two pilot randomized controlled trials of young men who have sex with men. *mHealth*, 7, 26. <https://doi.org/10.21037/mhealth-20-70>

Carballo-Diequez, A., Giguere, R., Balan, I. C., Brown, W., 3rd, Dolezal, C., Leu, C. S., Lopez Rios, J., Sheinfil, A. Z., Frasca, T., Rael, C. T., Lentz, C., Crespo, R., Iribarren, S., Cruz Torres, C. et Febo, I. (2020). Use of Rapid HIV Self-Test to Screen Potential Sexual Partners: Results of the ISUM Study. *AIDS and Behavior*, 24(6), 1929-1941. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02763-7>

Edelstein, Z. R., Wahnich, A., Purpura, L. J., Salcuni, P. M., Tsoi, B. W., Kobrak, P. H., Santos, P. A., Andaluz, A., MacGregor, J. H., Matsuki, J. D. M., Katz, D. A., Daskalakis, D. C. et Myers, J. E. (2020). Five Waves of an Online HIV Self-Test Giveaway in New York City, 2015 to 2018. *Sexually transmitted diseases*, 47(5S), S41-S47. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000001144>

Figueroa, C., Johnson, C., Verster, A. et Baggaley, R. (2015). Attitudes and Acceptability on HIV Self-testing Among Key Populations: A Literature Review. *AIDS and Behavior*, 19(11), 1949-1965. <https://doi.org/10.1007/s10461-015-1097-8>

Frye, V., Nandi, V., Paige, M. Q., McCrossin, J., Lucy, D., Gwadz, M., Sullivan, P. S., Hoover, D. R. et Wilton, L. (2021). TRUST : Assessing the Efficacy of an Intervention to Increase HIV Self-Testing Among Young Black Men Who have Sex with Men (MSM) and Transwomen. *AIDS and Behavior*, 25(4), 1219-1235. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-03091-x>

Galli, R. A., Lo Hog Tian, J. M., Sumner-Williams, M., McBain, K., Stanizai, E., Tharao, W., Aden, M., Jamieson, H., Da Silva, M., Vassal, A.-F., Guilbault, L., Ireland, L., Witges, K., King, A., Ametepee, K., Lachowsky, N. J., Pant Pai, N., Mazzulli, T. et Rourke, S. B. (2021). An observed, prospective field study to evaluate the performance and acceptance of a blood-based HIV self-test in Canada. *BMC Public Health*, 21(1), 1421. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11418-z>

Hamilton, D. T., Katz, D. A., Luo, W., Stekler, J. D., Rosenberg, E. S., Sullivan, P. S., Goodreau, S. M. et Cassels, S. (2021). Effective strategies to promote HIV self-testing for men who have sex with men: Evidence from a mathematical model. *Epidemics*, 37, 100518. <https://doi.org/10.1016/j.epidem.2021.100518>

Hecht, J., Sanchez, T., Sullivan, P. S., DiNunno, E. A., Cramer, N. et Delaney, K. P. (2021). Increasing Access to HIV Testing Through Direct-to-Consumer HIV Self-Test Distribution - United States, March 31, 2020-March 30, 2021. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 70(38), 1322-1325.

<https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7038a2>

Huang, E., Marlin, R. W., Young, S. D., Medline, A. et Klausner, J. D. (2016). Using Grindr, a Smartphone Social-Networking Application, to Increase HIV Self-Testing Among Black and Latino Men Who Have Sex With Men in Los Angeles, 2014. *AIDS Education and Prevention*, 28(4), 341-350.

<https://doi.org/10.1521/aeap.2016.28.4.341>

Institut national de santé publique du Québec. (2019). *Optimiser le dépistage du virus de l'immunodéficience humaine au Québec à l'ère des nouvelles stratégies de prévention*.

<https://www.inspq.qc.ca/publications/2489>

Institut national de santé publique du Québec. (2020). *Cadre de référence sur la révision par les pairs des publications scientifiques de l'Institut national de santé publique du Québec*.

<https://www.inspq.qc.ca/publications/2686>

Johnson, C. C., Kennedy, C., Fonner, V., Siegfried, N., Figueroa, C., Dalal, S., Sands, A. et Baggaley, R. (2017). Examining the effects of HIV self-testing compared to standard HIV testing services: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the International AIDS Society*, 20(1), 21594.

<https://doi.org/10.7448/IAS.20.1.21594>

Johnson, M. C., Chung, R., Leung, S.-Y. J., Edelstein, Z. M. S., Yuan, Y. et Flavin, S. M. (2022). Combating Stigma Through HIV Self-Testing : New York State's HIV Home Test Giveaway Program for Sexual Minorities. *Journal of Public Health Management and Practice*, 28(2), 174-183.

<https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001138>

Laprise, C., Bolster-Foucault, C. (2021). Comprendre les obstacles et les facteurs favorables au dépistage du VIH au Canada de 2009 à 2019 : examen systématique des études mixtes. *Relevé des maladies transmissibles au Canada 2021*, 47(2), 117-138. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v47i02a03f>

Lentz, C., Iribarren, S., Giguere, R., Conserve, D. F., Dolezal, C., Lopez-Rios, J., Balan, I. C., Sheinfil, A. Z., Rael, C. T., Brown, W., 3rd, Torres, C. C., Crespo, R., Febo, I. et Carballo-Dieguez, A. (2020). Broaching the Topic of HIV Self-testing with Potential Sexual Partners Among Men and Transgender Women Who Have Sex with Men in New York and Puerto Rico. *AIDS and behavior*, 24(11), 3033-3043.

<https://doi.org/10.1007/s10461-020-02851-z>

Lightfoot, M. A., Campbell, C. K., Moss, N., Treves-Kagan, S., Agnew, E., Kang Dufour, M. S., Scott, H., Sa'Id, A. M. et Lippman, S. A. (2018). Using a social network strategy to distribute HIV self-test kits to African American and Latino MSM. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 79(1), 38-45.

<https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001726>

Maksut, J. L., Eaton, L. A., Siembida, E. J., Driffin, D. D. et Baldwin, R. (2016). A Test of Concept Study of At-Home, Self-Administered HIV Testing With Web-Based Peer Counseling Via Video Chat for Men Who Have Sex With Men. *JMIR public health and surveillance*, 2(2), e170.

Marlin, R. W., Young, S. D., Bristow, C. C., Wilson, G., Rodriguez, J., Ortiz, J., Mathew, R. et Klausner, J. D. (2014). Piloting an HIV self-test kit voucher program to raise serostatus awareness of high-risk African Americans, Los Angeles. *BMC Public Health*, 14(1), 1226-1226. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1226>

Menza, T. W., Garai, J., Ferrer, J. et Hecht, J. (2021). Rapid Uptake of Home-Based HIV Self-testing During Social Distancing for SARS-CoV2 Infection in Oregon. *AIDS and Behavior*, 25(1), 167-170. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02959-2>

Meyerson, B. E. et Carter, G. (2016). Expanding HIV Testing in African American Communities Through Community-Based Distribution of Home-Test Vouchers. *AIDS Patient Care and STDs*, 30(3), 141-145. <https://doi.org/10.1089/apc.2015.0243>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025*. (publication no 15-216-01W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). *Joindre, dépister et détecter, traiter - Intégrer la prévention des ITSS dans les plans d'action régionaux de santé publique*. (publication no 16-216-04W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001930/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019). *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang* (publication no 19-308-13W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000090/>

O'Byrne, P., Musten, A., Vandyk, A., Ho, N., Orser, L., Haines, M. et Paulin, V. (2021). HIV self-testing in Ottawa, Canada used by persons at risk for HIV: The GetaKit study. *Canada Communicable Disease Report*, 47(10), 435-441. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v47i10a06>

Organisation mondiale de la Santé. (2018). *Lignes directrices sur l'autodépistage du VIH et la notification aux partenaires: supplément aux lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272938>

Patel, A. V., Abrams, S. M., Gaydos, C. A., Jett-Goheen, M., Latkin, C. A., Rothman, R. E. et Hsieh, Y.-H. (2019). Increasing HIV testing engagement through provision of home HIV self-testing kits for patients who decline testing in the emergency department: a pilot randomisation study. *Sexually Transmitted Infections*, 95(5), 358-360. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2018-053592>

Qin, Y., Han, L., Babbitt, A., Walker, J. S., Liu, F., Thirumurthy, H., Tang, W. et Tucker, J. D. (2018). Experiences using and organizing HIV self-testing. *AIDS*, 32(3), 371-381. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001705>

Rael, C. T., Giguere, R., Lopez-Rios, J., Lentz, C., Balan, I. C., Sheinfil, A., Dolezal, C., Brown, W., 3rd, Frasca, T., Torres, C. C., Crespo, R., Iribarren, S., Leu, C. S., Febo, I. et Carballo-Diequez, A. (2020). Transgender Women's Experiences Using a Home HIV-Testing Kit for Partner-Testing. *AIDS and behavior*, 24(9), 2732-2741. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02829-x>

Rosengren, A. L., Huang, E., Daniels, J., Young, S. D., Marlin, R. W. et Klausner, J. D. (2016). Feasibility of using Grindr™ to distribute HIV self-test kits to men who have sex with men in Los Angeles, California. *Sexual Health*, 13(4), 389-392. <https://doi.org/10.1071/SH15236>

Rourke, S. B., Galli, R., McBain, K., Maraj, D., Duddy, J., Zubowski, L., Watson, J., Westendorf, C., Tharao, W., Owino, M., Aden, M., Lachowsky, N., Draenos, C., Child, S. et l'équipe de l'étude J'agis. (2021). *J'agis: résumé de données no 1. J'agis pour savoir*. <https://www.readytoknow.ca/fr/jagis-resume-de-donnees-no-1/>

Stafylis, C., Natoli, L. J., Murkey, J. A., Gordon, K. K., Young, S. D., McGrath, M. R. et Klausner, J. D. (2018). Vending machines in commercial sex venues to increase HIV self-testing among men who have sex with men. *mHealth*, 4, 51. <https://doi.org/10.21037/mhealth.2018.10.03>

Steehler, K. et Siegler, A. J. (2019). Bringing HIV self-testing to scale in the United States: A review of challenges, potential solutions, and future opportunities. *Journal of Clinical Microbiology*, 57(11), e00257-19. <https://doi.org/10.1128/JCM.00257-19>

Stephenson, R., Todd, K., Kahle, E., Sullivan, S. P., Miller-Perusse, M., Sharma, A. et Horvath, K. J. (2020). Project Moxie: Results of a Feasibility Study of a Telehealth Intervention to Increase HIV Testing Among Binary and Nonbinary Transgender Youth. *AIDS and Behavior*, 24(5), 1517-1530. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02741-z>

Vera, J. H., Soni, S., Pollard, A., Llewellyn, C., Peralta, C., Rodriguez, L. et Dean, G. (2019). Acceptability and feasibility of using digital vending machines to deliver HIV self-Tests to men who have sex with men. *Sexually Transmitted Infections*, 95(8), 557-561. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2018-053857>

Wesolowski, L., Chavez, P., Sullivan, P., Freeman, A., Sharma, A., Mustanski, B., McNaghten, A. D. et MacGowan, R. (2019). Distribution of HIV Self-tests by HIV-Positive Men Who Have Sex with Men to Social and Sexual Contacts. *AIDS and Behavior*, 23(4), 893-899. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2277-0>

Witzel, T. C., Gabriel, M. M., McCabe, L., Weatherburn, P., Gafos, M., Speakman, A., Pebody, R., Burns, F. M., Bonell, C., Lampe, F. C., Dunn, D. T., Ward, D., Harbottle, J., Phillips, A. N., McCormack, S. et Rodger, A. J. (2019). Pilot phase of an internet-based RCT of HIVST targeting MSM and transgender people in England and Wales: advertising strategies and acceptability of the intervention. *BMC Infectious Diseases*, 19(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4247-1>

Wray, T. B., Chan, P. A., Simpanen, E. et Operario, D. (2018). A Pilot, Randomized Controlled Trial of HIV Self-Testing and Real-Time Post-Test Counseling/Referral on Screening and Preventative Care Among Men Who Have Sex with Men. *AIDS Patient Care and STDs*, 32(9), 360-367. <https://doi.org/10.1089/apc.2018.0049>

Young, S. D., Cumberland, W. G., Singh, P. et Coates, T. (2022). A Peer-Led Online Community to Increase HIV Self-Testing among African American and Latinx MSM: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 90(1), 20-26. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002919>

Young, S. D., Daniels, J., Chiu, C. J., Bolan, R. K., Flynn, R. P., Kwok, J. et Klausner, J. D. (2014). Acceptability of using electronic vending machines to deliver oral rapid HIV self-testing kits: A qualitative study. *PLoS ONE*, 9(7), e103790. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0103790>

Zhang, Y., Jamil, M. S., Smith, K. S., Applegate, T. L., Prestage, G., Holt, M., Keen, P., Bavinton, B. R., Chen, M., Conway, D. P., Wand, H., McNulty, A. M., Russell, D., Vaughan, M., Batrouney, C., Wiseman, V., Fairley, C. K., Grulich, A. E., Law, M., ... et Guy, R. J. (2021). The longer-term effects of access to HIV self-tests on HIV testing frequency in high-risk gay and bisexual men: follow-up data from a randomised controlled trial. *The Lancet Regional Health: Western Pacific*, 14, 100214. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2021.100214>

ANNEXE 1 RECHERCHE DOCUMENTAIRE DÉTAILLÉE

Voici les stratégies de recherche utilisées selon les bases de données :

Medline (Ovid)

#	Requête	Résultats
1	((Self-Testing/OR Diagnostic Self Evaluation/) AND exp HIV Infections/) OR ((hiv ADJ5 self ADJ3 test*) OR (hiv ADJ5 home ADJ5 test*) OR (hiv ADJ5 self screen*)).ti,ab African Americans/ OR Drug Users/ OR Homosexuality, Male/ OR exp "Sexual and Gender Minorities"/ OR Sex Workers/ OR Prisoners/ OR Indigenous Peoples/ OR exp American Native Continental Ancestry Group/ OR (((first OR never) ADJ3 test*) OR ((priorit* OR risk* OR key) ADJ (individual* OR population* OR group*)) OR (drug* ADJ5 ("use" OR user* OR inject*)) OR PWID OR PWUD OR gay? OR men who have sex with men OR MSM OR male homosex* OR bisexual* OR transgender* OR queer* OR LGBT* OR sex* minorit* OR sex* worker* OR (sex* ADJ3 risk*) OR incarcerated OR prisoner* OR inmate* OR detainee* OR aboriginal* OR american indian* OR native* OR indigenous OR first nation* OR metis OR inuit*).ti,ab	
3	(give away OR distribut* OR strateg* OR program* OR preference* OR reach OR intervention* OR guideline* OR facilitator* OR barrier* OR acceptabilit* OR uptake* OR (increas* ADJ3 (rate* OR test*))).ti	
4	(give away OR distribut* OR strateg* OR program* OR preference* OR reach OR intervention* OR guideline* OR facilitator* OR barrier* OR acceptabilit* OR uptake* OR (increas* ADJ3 (rate* OR test*))).ab /freq=3	
5	3 OR 4	
6	AND/1,2,5	
7	(Africa OR African Republic OR Algeria OR Angola OR Benin OR Botswana OR Burkina Faso OR Burundi OR Cameroon OR Cape Verde OR Chad OR Comoros OR Congo OR Congo OR Djibouti OR Egypt OR Eritrea OR Eswatini OR Ethiopia OR Gabon OR Gambia OR Ghana OR Guinea OR Guinea OR Guinea OR Ivory Coast OR Kenya OR Lesotho OR Liberia OR Libya OR Madagascar OR Malawi OR Mali OR Mauritania OR Mauritius OR Mayotte OR Morocco OR Mozambique OR Namibia OR Niger OR Nigeria OR Rwanda OR Sahara OR Sao Tome OR Senegal OR Seychelles OR Sierra Leone OR Somalia OR Sudan OR Sudan OR Tanzania OR Togo OR Tunisia OR Uganda OR Zambia OR Zimbabwe OR China).ti	
8	6 NOT 7	
9	limit 8 to (yr="2011 -Current" and (english or french))	xxx

Embase (Ovid)

#	Requête	Résultats
1	(self-testing/OR self evaluation/) AND exp Human immunodeficiency virus infection/ OR ((hiv ADJ5 self ADJ3 test*) OR (hiv ADJ5 home ADJ5 test*) OR (hiv ADJ5 self screen*)).ti,ab	
2	African American/ OR « drug use »/OR male homosexuality/ OR exp "sexual and gender minority"/ OR sex worker/ OR prisoner/ OR exp indigenous people/ OR American Indian/ OR (((first OR never) ADJ3 test*) OR ((priorit* OR risk* OR key) ADJ (individual* OR population* OR group*)) OR (drug* ADJ5 ("use" OR user* OR inject*)) OR PWID OR PWUD OR gay? OR men who have sex with men OR MSM OR male homosex* OR bisexual* OR transgender* OR queer* OR LGBT* OR sex* minorit* OR sex* worker* OR (sex* ADJ3 risk*) OR incarcerated OR prisoner* OR inmate* OR detainee* OR aboriginal* OR american indian* OR native* OR indigenous OR first nation* OR metis OR inuit*).ti,ab	
3	(give away OR distribut* OR strateg* OR program* OR preference* OR reach OR intervention* OR guideline* OR facilitator* OR barrier* OR acceptabilit* OR uptake* OR (increas* ADJ3 (rate* OR test*))).ti	
4	(give away OR distribut* OR strateg* OR program* OR preference* OR reach OR intervention* OR guideline* OR facilitator* OR barrier* OR acceptabilit* OR uptake* OR (increas* ADJ3 (rate* OR test*))).ab /freq=3	
5	3 OR 4	
6	AND/1,2,5	
7	(Africa OR African Republic OR Algeria OR Angola OR Benin OR Botswana OR Burkina Faso OR Burundi OR Cameroon OR Cape Verde OR Chad OR Comoros OR Congo OR Congo OR Djibouti OR Egypt OR Eritrea OR Eswatini OR Ethiopia OR Gabon OR Gambia OR Ghana OR Guinea OR Guinea OR Guinea OR Ivory Coast OR Kenya OR Lesotho OR Liberia OR Libya OR Madagascar OR Malawi OR Mali OR Mauritania OR Mauritius OR Mayotte OR Morocco OR Mozambique OR Namibia OR Niger OR Nigeria OR Rwanda OR Sahara OR Sao Tome OR Senegal OR Seychelles OR Sierra Leone OR Somalia OR Sudan OR Sudan OR Tanzania OR Togo OR Tunisia OR Uganda OR Zambia OR Zimbabwe OR China).ti	
8	6 NOT 7	
9	limit 8 to embase	
10	limit 9 to (yr="2011 -Current" and (english or french))	xxx

CINAHL (EBSCO)

#	Requête	Résultats
S1	((MH « Self-Testing ») OR (MH « Self-Diagnosis »)) AND (MH « HIV Infections+ ») OR TI ((hiv N4 self N2 test*) OR (hiv N4 home N4 test*) OR (hiv N4 self screen*)) OR AB ((hiv N4 self N2 test*) OR (hiv N4 home N4 test*) OR (hiv N4 self screen*))	
S2	(MH « Black Persons ») OR (MH « Hispanic Americans ») OR (MH « Indigenous Peoples+ ») OR (MH « Intravenous Drug Users ») OR (MH « Gay Men ») OR (MH « Men Who Have Sex With Men ») OR (MH « Sexual and Gender Minorities+ ») OR (MH « Sex Work ») OR (MH « Prisoners ») OR (MH « Indigenous Peoples+ ») OR TI (((first OR never) N2 test*) OR ((priorit* OR risk* OR key) W0 (individual* OR population* OR group*)) OR (drug* N4 ("use" OR user* OR inject*)) OR PWID OR PWUD OR gay# OR men who have sex with men OR MSM OR "male homosex*" OR bisexual* OR transgender* OR queer* OR LGBT* OR (sex* W0 minorit*) OR (sex* W0 worker*) OR (sex* N2 risk*) OR incarcerated OR prisoner* OR inmate* OR detainee* OR aboriginal* OR "american indian*" OR native* OR indigenous OR "first nation*" OR metis OR inuit*) OR AB (((first OR never) N2 test*) OR ((priorit* OR risk* OR key) W0 (individual* OR population* OR group*)) OR (drug* N4 ("use" OR user* OR inject*)) OR PWID OR PWUD OR gay# OR men who have sex with men OR MSM OR "male homosex*" OR bisexual* OR transgender* OR queer* OR LGBT* OR (sex* W0 minorit*) OR (sex* W0 worker*) OR (sex* N2 risk*) OR incarcerated OR prisoner* OR inmate* OR detainee* OR aboriginal* OR "american indian*" OR native* OR indigenous OR "first nation*" OR metis OR inuit*)	
S3	TI ("give away" OR distribut* OR strateg* OR program* OR preference* OR reach OR intervention* OR guideline* OR facilitator* OR barrier* OR acceptabilit* OR uptake* OR (increas* N2 (rate* OR test*)))	
S4	S1 AND S2 AND S3	
S5	TI (Africa OR "African Republic" OR Algeria OR Angola OR Benin OR Botswana OR "Burkina Faso" OR Burundi OR Cameroon OR "Cape Verde" OR Chad OR Comoros OR Congo OR Congo OR Djibouti OR Egypt OR Eritrea OR Eswatini OR Ethiopia OR Gabon OR Gambia OR Ghana OR Guinea OR Guinea OR Guinea OR "Ivory Coast" OR Kenya OR Lesotho OR Liberia OR Libya OR Madagascar OR Malawi OR Mali OR Mauritania OR Mauritius OR Mayotte OR Morocco OR Mozambique OR Namibia OR Niger OR Nigeria OR Rwanda OR Sahara OR "Sao Tome" OR Senegal OR Seychelles OR "Sierra Leone" OR Somalia OR Sudan OR Sudan OR Tanzania OR Togo OR Tunisia OR Uganda OR Zambia OR Zimbabwe OR China)	
S6	S4 NOT S5	
S7	PY 2011-2025	
S8	S6 AND S7	xxx

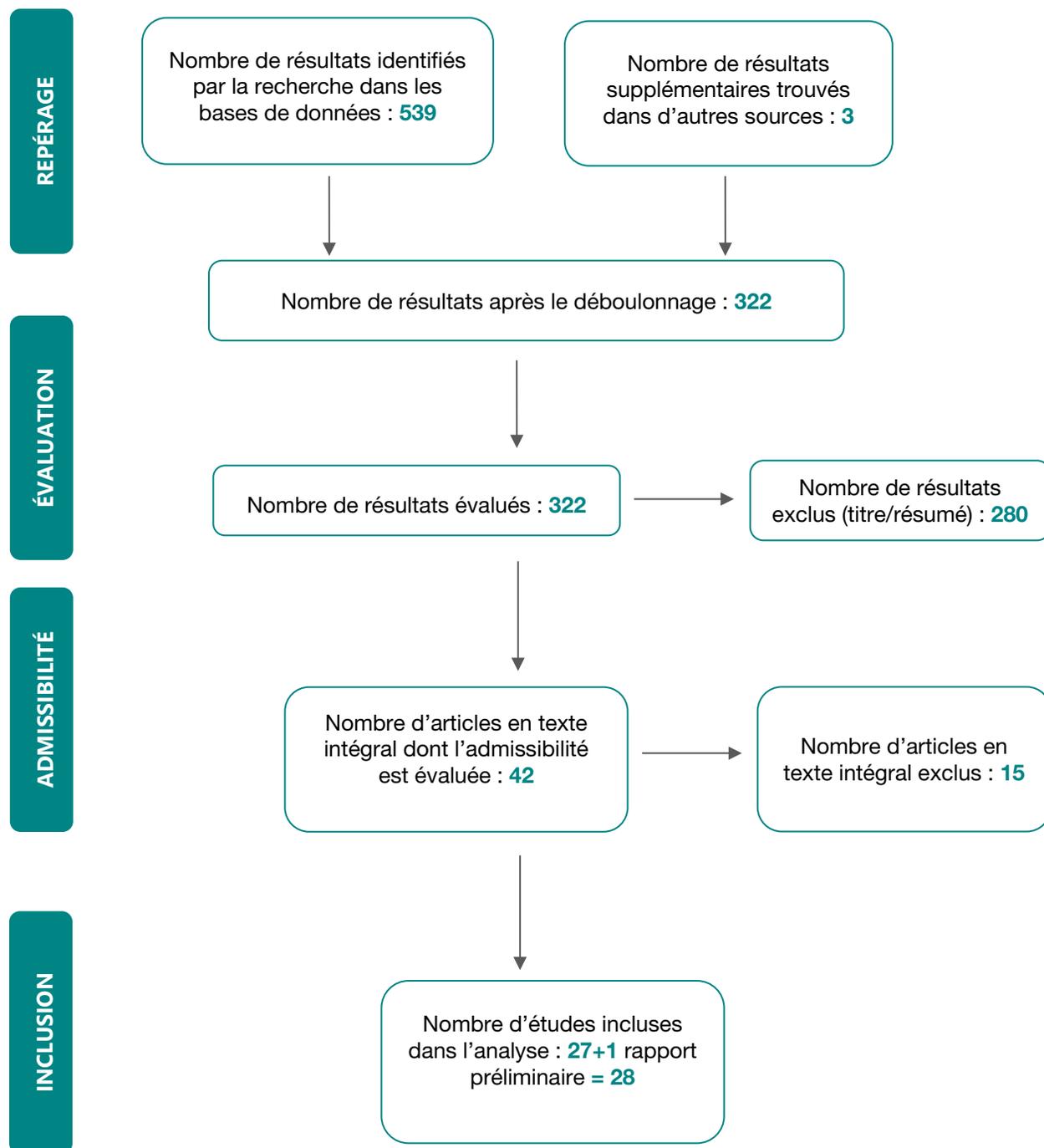
CDSR (Ovid)

#	Requête	Résultats
1	(hiv OR human immunodeficiency virus).ti,ab,kw	
2	((self adj3 test*) OR (home adj5 test*) OR self screen*).ti,ab,kw	
3	1 AND 2	
4	limit 3 to last 11 years	2

Google® (littérature grise)

hiv "self|home AROUND(5) test|evaluation »
distribution|strategies|programs|preferences|reach|interventions|guidelines|facilitators|barriers
« risk AROUND(2) individuals|populations|groups »|"drugs AROUND(5)
use"|gay|homosexual|bisexual|transgender|queer|lgbt|prisoners|aboriginals|natives|indigenous|"first
nations »

ANNEXE 2 RÉSULTATS DE LA REVUE DE LITTÉRATURE PRÉSENTÉS EN ORGANIGRAMME DE TYPE PRISMA



Traduit et adapté du [PRISMA 2009 Flow Diagram](#)

