



Le dépistage aux points de service (DPS) pour le VIH au Canada : Plan d'action 2015-2020

Jacqueline Gahagan, Brian Condran, Mohammad Hajizadeh

1^{ER} DÉCEMBRE 2015

REMERCIEMENTS

Ce projet a été soutenu par le Groupe de travail national sur le DPS pour le VIH, par le biais du Centre REACH. Les auteurs remercient les nombreux individus qui ont commenté le contenu du plan d'action dans le cadre d'un processus national de consultation amorcé en juin 2015. Les points de vue exprimés dans ce plan d'action ne correspondent pas nécessairement à ceux des organismes nationaux associés au projet.

AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ

Ce plan d'action vise à fournir des renseignements utiles sur les sujets abordés. Il n'est pas conçu pour diagnostiquer ou traiter une affection médicale et ne devrait pas être utilisé comme tel. Les auteurs sont exempts de toute responsabilité en cas de conséquence négative ou de préjudice associé à tout traitement, application ou préparation résultant de la lecture de ce document. Les références sont offertes uniquement à des fins informatives; elles ne constituent pas une approbation de ces sites Internet et autres sources. Le lecteur devrait être conscient que les sites Internet cités dans ce plan d'action pourraient être modifiés.

CITATION SUGGÉRÉE

Jacqueline Gahagan, Brian Condran, Mohammad Hajizadeh (2015). Le dépistage aux points de service (DPS) pour le VIH au Canada : Plan d'action 2015-2020. Halifax, N.-É. : Université Dalhousie.



Nova Scotia Advisory Commission on AIDS



REACH^{2.0}



DALHOUSIE
UNIVERSITY



GAHPS
GENDER & HEALTH
PROMOTION STUDIES
UNIT

Pour plus d'information veuillez contacté Dr. Jacqueline Gahagan, professeure du département de promotion de la santé, Dalhousie University, 6230 South Street, Halifax, NS B3H 3J5, CANADA.

Tel: 902.494.1155 Email: jgahagan@dal.ca

But

Ce Plan d'action a pour but général de contribuer à établir des actions recommandées pour accroître l'équité et l'appui, dans le développement de notre réponse nationale en matière de dépistage du VIH, y compris (sans s'y limiter) une augmentation de la sensibilisation, de l'accès et du recours au dépistage aux points de service (DPS) pour le VIH au Canada d'ici 2020, et l'élaboration de résultats attendus ou d'indicateurs de progrès vers ces actions. Pour ce faire, le leadership et la collaboration seront nécessaires de la part des gouvernements, de la communauté, des chercheurs, de l'industrie et de partenaires gouvernementaux et des soins de santé, y compris des autorités provinciales de la santé et des laboratoires provinciaux, afin de susciter des changements. Ce Plan d'action se veut donc un outil de plaidoyer pour le progrès, en relation avec ces enjeux clés.

Scope

Bien que le Plan d'action concerne principalement les enjeux de la sensibilisation, de l'accès et du recours au DPS pour le VIH au Canada, nous reconnaissons également la nécessité d'examiner d'autres innovations en matière de dépistage, comme les plateformes de dépistage multiplex et l'autodépistage, qui ne sont pas encore disponibles. De plus, nous reconnaissons le virage en cours au palier national vers des approches intégrées, relativement aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), de même que la tendance à considérer le VIH de moins en moins comme un enjeu isolé. Nous croyons que ce virage pourrait contribuer à « normaliser » le dépistage du VIH et d'autres ITSS; toutefois, on devrait aborder la stigmatisation sociale entourant le dépistage du VIH, de même que des obstacles sexospécifiques et d'autres déterminants sociaux et structurels liés au dépistage, en allant de l'avant.

La discussion exhaustive des politiques de dépistage canadiennes dépasse la portée du présent document, mais nous croyons que les enjeux du consentement éclairé, du counselling adéquat et de la confidentialité du résultat de dépistage doivent être reconnus comme des aspects fondamentaux de nos approches, dans le contexte des nouvelles technologies et méthodes de dépistage. À proprement parler, le présent Plan d'action vise uniquement à présenter un aperçu des enjeux pertinents à la sensibilisation, à l'accès et au recours au DPS pour le VIH au Canada en 2015, et à proposer dix résultats attendus ou indicateurs pour évaluer les progrès au cours d'une période de cinq ans (2015-2020).

Public cible

Ce Plan d'action s'adresse principalement aux individus et organismes responsables du financement, de la conception, de la planification et de la réalisation du dépistage du VIH dans divers contextes, notamment le milieu clinique, le domaine de la santé publique et le milieu communautaire. Il se veut un outil de plaidoyer pour ces publics, qui pourront utiliser l'information afin de susciter les changements nécessaires à l'atteinte des résultats attendus d'ici à 2020.

1.0 Introduction

Les disparités dans l'accès à l'information sur le dépistage du VIH ainsi que dans l'accès et le recours au DPS pour le VIH, selon la province, la région, la communauté et la population, demeurent d'importants défis au progrès de la réponse à l'épidémie du VIH au Canada. Autrement dit, nos approches actuelles à la sensibilisation et au dépistage du VIH ne parviennent pas à joindre tous les Canadiens. De fait, approximativement 25 % des personnes qui vivent avec le VIH au Canada ne sont pas au courant de leur séropositivité (Agence de la santé publique du Canada, 2012). C'est un problème important car les cas d'infections récentes, comportant souvent une charge virale élevée, pourraient être en cause dans plus de 50 % des cas de transmission ultérieure du VIH (Brenner et al., 2007). L'accroissement des occasions de sensibilisation des individus à l'importance du dépistage du VIH ainsi que l'offre de dépistage en respectant les procédures du consentement, du counselling et de confidentialité sont des éléments cruciaux à l'approche nationale au dépistage. Cette sensibilisation rehaussée pourrait également faire en sorte que les personnes recevant un résultat positif bénéficient des progrès en matière de soins et de traitements, et ainsi contribuer à l'objectif de santé publique de réduire la transmission ultérieure du VIH. Des occasions accrues de dépistage pourraient offrir également une bonne occasion pour la prévention : un résultat négatif au dépistage peut susciter une conversation qui renforce les stratégies de réduction des risques et de précautions dans les relations sexuelles et peut également permettre de diriger l'individu vers d'autres services, au besoin.

Les taux de dépistage du VIH varient d'une population et d'un endroit à l'autre, au Canada, mais les approches actuelles en matière de dépistage ne nous permettent pas de tirer pleinement profit de ces innovations pour prévenir et traiter le VIH, pour la santé individuelle et la santé publique. Des enjeux structurels compliquent la sensibilisation au dépistage du VIH ainsi que l'accès et le recours à celui-ci, notamment en ce qui a trait à la proximité des sites de dépistage et à la disponibilité d'options comme le test anonyme ou l'accès à des services de suivi adéquats (Arthur, Beausoleil, Guay, & Gahagan, 2013). Le diagnostic tardif de l'infection à VIH et l'amorce du traitement antirétroviral à un stade avancé sont des problèmes encore présents. Afin de répondre efficacement au VIH, au Canada, il est nécessaire de rehausser la sensibilisation aux options de dépistage du VIH et d'améliorer l'accès et le recours aux innovations de dépistage comme le DPS pour le VIH.

2.0 Le dépistage du VIH aux points de service (DPS)

Le DPS est une innovation qui a considérablement accru l'accès et le recours au dépistage et au diagnostic du VIH, au Canada (Asghari et coll., 2015; Broeckert & Challacombe, 2015). Le DPS pour le VIH permet, lors d'une même séance, de procéder au dépistage et d'annoncer le résultat à l'individu. Les clients qui reçoivent un résultat réactif au DPS pour le VIH peuvent être référés en temps opportun pour un dépistage de confirmation, un counselling et à un soutien approprié. Le DPS pour le VIH peut être administré hors du milieu clinique ou hospitalier, y compris en milieu non urbain, où les occasions de dépistage clinique pourraient être absentes. Un récent examen de la portée du dépistage en milieu non urbain a révélé que des approches novatrices et des modèles non traditionnels de DPS pour le VIH comportent certains bienfaits de santé publique qui sont particulièrement pertinents aux populations en milieu rural (Gahagan, Minichiello, & Swab, 2015). Toutefois, des recherches supplémentaires sur les innovations de dépistage comme le DPS pour le VIH dans les communautés non urbaines sont requises afin de saisir les meilleures façons d'adapter et de mettre à l'échelle des approches novatrices dans les milieux où l'accès au dépistage est présentement limité ou nul.

Au Canada, la seule trousse de DPS pour le VIH approuvée jusqu'ici est le test d'anticorps INSTI HIV-1/HIV-2 (le test INSTI). Cette trousse de dépistage rapide du VIH développée par bioLytical Laboratories a reçu l'approbation

du Bureau des matériels médicaux de Santé Canada en 2005. Ce DPS pour le VIH peut être utilisé pour détecter le VIH-1 et le VIH-2 dans une petite quantité de sang obtenue par piqûre sur le bout d'un doigt. Ce processus prend environ une minute. Des essais cliniques ont déterminé que la sensibilité et la spécificité du test de DPS INSTI pour le VIH sont supérieures à 99 % (Galli, 2015; Galli et coll., 2013). Une autre société canadienne, MedMira, produit divers tests multiplex capables de détecter des ITSS, notamment le VIH, le virus de l'hépatite C (VHC) et la syphilis, à l'aide d'un seul prélèvement sanguin, lui aussi obtenu par piqûre sur le bout d'un doigt. Ces innovations multiplex en matière de DPS n'ont pas encore été soumises au Bureau des matériels médicaux de Santé et ne sont donc pas actuellement approuvées pour l'utilisation au Canada, même si leur usage est répandu à travers le monde. Par ailleurs, aucune trousse de dépistage du VIH n'a encore été approuvée pour un usage à domicile, au Canada.

Des recherches ont démontré que plusieurs populations considérées comme étant à « risque élevé » d'infection par le VIH préfèrent recevoir un dépistage au point de service, plutôt que les autres méthodes de diagnostic du VIH qui nécessitent une prise de sang conventionnelle en milieu clinique (c.-à-d. une ponction veineuse). Ces populations incluent les personnes qui consomment des drogues par injection (Pant Pai et coll., 2014) et les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (Yang et coll., 2014). Le DPS pour le VIH peut par ailleurs être plus utile que le dépistage conventionnel lorsqu'il s'agit de joindre des personnes qui n'ont jamais été dépistées pour le VIH ou qui ont le VIH mais n'en sont pas au courant (Broeckeaert & Challacombe, 2015). Une étude pilote réalisée à Halifax (N.-É.) a indiqué que le test de DPS multiplex VIH et VHC peut être plus attrayant que le seul dépistage du VIH, pour les personnes qui s'injectent des drogues (Gahagan, Condran, Sharma, & Hatchette, 2015). Le DPS pour le VIH a également le potentiel d'élargir le dépistage du VIH à des milieux non urbains, en particulier à des communautés éloignées et isolées qui ne sont pas dotées d'infrastructures de dépistage, qui ont peu de connaissances sur le VIH/sida ainsi que de structures cliniques et organisationnelles, et où des préoccupations concernant la stigmatisation du VIH et la confidentialité peuvent empêcher des individus de se faire dépister (Broeckeaert & Challacombe, 2015; Ha et coll., 2014; Lewis, Gahagan, & Stein, 2013).

3.0 Current access to HIV POCT in Canada

Étant donné qu'en date de 2015, le test INSTI demeurait le seul test de dépistage rapide homologué par Santé Canada pour un usage hors laboratoire, nous utilisons ici des données concernant ce test afin d'illustrer nos arguments clés concernant la sensibilisation, l'accès et le recours au DPS pour le VIH. Santé Canada a octroyé des licences à d'autres tests de dépistage rapide du VIH, mais en limitant leur usage aux laboratoires. Par conséquent, ces tests fabriqués au Canada ne sont pas encore approuvés pour l'usage hors laboratoire, au pays (MedMira, non daté). Entre 2011 et le 30 juin 2015, bioLytical a distribué des trousse de test INSTI en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba, en Ontario, au Québec et au Yukon. Au cours de la même période, bioLytical n'a pas distribué de trousse de test dans les quatre provinces de l'Atlantique (Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador et Île-du-Prince-Édouard) ni dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut. Cela indique que plusieurs fournisseurs de soins de santé et patients n'ont pas accès au DPS pour le VIH; cela pourrait être dû à des décisions des autorités de la santé de ne pas acheter de trousse de test ou de ne pas en rembourser les coûts, ou à l'absence d'un code de facturation.

4.0 Key Actions and Expected Outcomes 2015-2020

LE TABLEAU I présente un aperçu des principales actions et des résultats attendus dans l'expansion du DPS pour le VIH au Canada. La mise en œuvre de ces actions clés d'ici à 2020 nécessite des partenariats entre le gouvernement, la communauté et les secteurs de la recherche et de l'industrie.

TABLEAU I : Actions principales et résultats attendus, 2015-2020		
Actions	Partenaires clés	Résultats attendus
<p>1. SENSIBILISATION Rehausser la sensibilisation à l'importance du DPS pour le VIH, au Canada, de même que des innovations connexes, notamment en ce qui concerne les lieux de dépistage, les méthodes de fourniture, les approches programmatiques et les technologies multiplex et d'autodépistage.</p>	<p>Comité fédéral-provincial-territorial sur le sida (FPT sida); Agence de la santé publique du Canada (ASPC); Direction générale de la santé des Premières Nations et Inuits de Santé Canada; Conseil consultatif ministériel sur l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada (CCM-IF); Association canadienne de santé publique (ACSP); Association médicale canadienne (AMC); gestionnaires des laboratoires provinciaux; organismes nationaux et provinciaux de lutte contre le sida (OLS), organismes de santé communautaire, de santé sexuelle et de réduction des méfaits (OSC, OSS, ORM); Santé Canada; unités de santé publique.</p>	<p>Nombre accru de Canadiens au courant du DPS et d'autres innovations de dépistage offertes au Canada.</p>
<p>2. ACCÈS Accroître l'accès au DPS au Canada, en particulier dans les régions où il n'est pas disponible et dans les populations pour lesquelles il pourrait être bénéfique.</p>	<p>FPT sida; gestionnaires des laboratoires provinciaux; OLS, OSC, OSS, ORM, instances gouvernementales/publiques de financement en santé.</p>	<p>Partenariat accru entre le gouvernement, la communauté, les chercheurs et l'industrie, pour assurer la disponibilité sans frais du DPS pour le VIH aux personnes les plus à risque de contracter le VIH, dans chaque province et territoire du Canada.</p>
<p>3. FACTURATION Fournir un code de facturation pour le DPS dans toutes les régions administratives canadiennes.</p>	<p>FPT sida; ASPC; Santé Canada.</p>	<p>Toutes les provinces et tous les territoires ont instauré un code de facturation pour le DPS.</p>
<p>4. FORMATION Offrir de l'éducation et de la formation aux professions médicales, en pharmacie, en soins infirmiers, en travail social et aux autres professions de santé alliées, ainsi qu'aux intervenants non professionnels en dépistage, y compris ceux qui vivent avec le VIH (pairs préposés au dépistage).</p>	<p>FPT sida; instances provinciales de réglementation des professions de la santé dans les collèges canadiens et universités; ACSP, OLS, OSS et ORM.</p>	<p>Nombre accru d'intervenants formés et disposant de normes claires en matière de DPS pour le VIH, qui aident à prévenir, traiter et soutenir les Canadiens vivant avec des ITSS ou affectés par celles-ci.</p>

TABLEAU I : Actions principales et résultats attendus, 2015-2020

Actions	Partenaires clés	Résultats attendus
<p>5. DÉPISTAGE Augmenter les taux de dépistage parmi les populations à risque élevé, à l'aide du DPS pour le VIH et d'autres innovations de dépistage.</p>	<p>Laboratoires provinciaux, OLS, OSC, OSS et ORM.</p>	<p>Nombre accru de populations à risque élevé ayant accès au DPS pour le VIH et à d'autres innovations de dépistage.</p>
<p>6. NORMES Promouvoir la standardisation du DPS au Canada.</p>	<p>FPT sida; CCM-IF; ASPC; Santé Canada; ACSP; OLS/OCLS.</p>	<p>Le Canada développe des mises à jour et promeut la standardisation du DPS par une collaboration intersectorielle accrue.</p>
<p>7. ÉDUCATION Accroître l'éducation et le soutien pour les personnes vivant avec le VIH, en ce qui concerne la transmission ultérieure du VIH, les programmes et services destinés à cette population et les services de soutien connexes.</p>	<p>FPT sida; ASPC; ACSP; facultés de professions en santé; organismes communautaires en soins de santé, OLS/OCLS, OSC, ORM.</p>	<p>Nombre accru d'occasions de formation et d'éducation pour les fournisseurs de soins de santé et professionnels alliés, travailleurs en santé communautaire et stagiaires en santé, au Canada, concernant les besoins des personnes vivant avec le VIH en ce qui a trait à la transmission de l'infection.</p>
<p>8. COLLABORATE Renforcer la collaboration entre sites de DPS en milieu urbain, en banlieue et en milieu rural pour les populations à risque élevé.</p>	<p>FPT sida; CCM-IF; Santé Canada; ASPC; OLS, OSC, OSS, ORM</p>	<p>Utilisation créative et efficace de la technologie afin de créer un pont de partage d'information entre les sites urbains et ruraux de DPS au Canada.</p>
<p>9. RAPPELS Rehausser et maintenir la sensibilisation au DPS pour le VIH par des rappels pour les populations à risque élevé d'après les données épidémiologiques canadiennes actuelles.</p>	<p>FPT sida; Santé Canada; ASPC; ACSP; associations provinciales de santé publique; OLS, OSC, OSS, ORM.</p>	<p>Les individus de populations à risque élevé sont dépistés plus tôt et plus régulièrement. Des normes sont établies afin d'assurer des lignes directrices claires pour la pratique, notamment sur le consentement, le counselling et la confidentialité.</p>
<p>10. INNOVATE Accroître la recherche sur les innovations de dépistage et l'approbation de tels procédés, au Canada, y compris les dépistages multiplex et les options d'autodépistage lorsque de telles trousse sont approuvées, les modèles fondés sur les pairs, les milieux où le dépistage est offert, et l'intégration des ITSS.</p>	<p>FPR sida; Santé Canada; ASPC; industrie; unités de santé publique; OLS, OSC, OSS, ORM, chercheurs en santé.</p>	<p>Élargir les options de dépistage multiplex et d'autodépistage pour le VIH, le VHC et d'autres infections transmissibles par le sang.</p>

5.0 Conclusions

Le DPS pour le VIH et d'autres innovations en dépistage aux points de service comme les plateformes de dépistage multiplex, l'autodépistage et les approches de proximité en milieu non urbain constituent des exemples de nouvelles approches prometteuses pour accroître la sensibilisation au dépistage ainsi que l'accès et le recours au DPS, non seulement pour le VIH mais également pour les ITSS. Cependant, les disparités dans l'accès selon la province, la région, la communauté et la population constituent des obstacles considérables aux progrès de la réponse à l'épidémie du VIH au Canada. Compte tenu du virage actuel vers une approche intégrant les ITSS, il faut faire plus pour rehausser la collaboration et les partenariats au sein des gouvernements, de la communauté, du secteur de la recherche et de l'industrie, ainsi qu'entre ces secteurs, pour atteindre le plein potentiel du DPS et d'innovations connexes en matière de dépistage au Canada.

En date de 2015, aucune possibilité d'amélioration de la disponibilité des trousse de DPS pour le VIH n'est offerte aux provinces et territoires où elles ne sont pas accessibles; il est essentiel d'envisager de rendre le DPS pour le VIH disponible dans ces régions du Canada. Des recherches additionnelles sont requises pour déterminer si et comment des innovations de dépistage comme le DPS pour le VIH correspondent aux besoins des communautés, afin de s'assurer que l'approche de mise à l'échelle du dépistage soit adaptée aux besoins particuliers des communautés et populations de ces régions. Cela doit inclure une considération attentive des enjeux interreliés et complexes que sont le consentement, le counselling adéquat et la confidentialité.

Dans un effort afin de maximiser le potentiel du DPS pour les ITSS, nous nous tournons vers tous les partenaires et leur demandons de faire preuve de leadership pour l'avancement et le soutien de l'équité dans l'accès au DPS pour le VIH, conformément aux 10 actions clés et résultats attendus, entre 2015 et 2020.

Ces **actions et résultats** incluent :

- rehausser la **sensibilisation** et l'**accès** aux innovations en matière de dépistage comme le DPS pour le VIH;
- résoudre les problèmes actuels concernant **les codes de facturation** du DPS pour le VIH;
- offrir des **occasions de formation** additionnelles pour l'utilisation du DPS pour le VIH;
- offrir des lieux pour rendre **le dépistage plus accessible** aux personnes qui n'ont pas de moyen d'accès au DPS pour le VIH;
- développer des **normes nationales et provinciales** pour intégrer le DPS pour le VIH par le biais de la collaboration intersectorielle;
- augmenter les **occasions d'éducation** pour les personnes travaillant avec des populations à risque pour le VIH et avec des personnes vivant avec le VIH;
- **renforcer la collaboration urbaine-rurale** dans l'utilisation du DPS pour le VIH;
- offrir des **rappels périodiques sur le dépistage**, quant à son importance;
- mobiliser **les innovations en matière de dépistage**, y compris le DPS pour le VIH, le dépistage multiplex ainsi que les options d'autodépistage. Entre 2015 et 2020, des changements structurels sont requis afin que tous les Canadien-nes à risque pour le VIH puissent bénéficier du DPS, d'autres innovations de dépistage ainsi que d'interventions de soins, de traitements et de soutien connexes.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. (2014). Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2013 (Cat. : HP37-2/2013F-PDF). Consulté à <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2013/dec/assets/pdf/hiv-aids-surveillance-fra.pdf>
- Agence de la santé publique du Canada. Résumé : Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2011. (Cat. : HP37-16/2011F-PDF). Consulté à <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/assets/pdf/estimat2011-fra.pdf>
- Arthur, J., Beausoleil, K., Guay, J., & Gahagan, J. (2013). An overview of determinants of health impacting women and HIV infection in Canada. Dans Gahagan, J. (eds.), *Women and HIV Prevention in Canada: Implications for Research, Policy, and Practice* (pp. 15-48). Toronto, ON: Women's Press Toronto.
- Asghari, S., Minichiello, A., Maybank, A., Swab, M., Marshall, Z., Gahagan, J., ... Gaudry, S. (2015). HIV point-of-care testing in Canadian settings: A scoping review. Consulté sur le site Internet du REACH : <http://www.reachprogramscience.ca/wp-content/uploads/2015/06/POCT-Canada-Summary-Sheet-V7.pdf>
- Brenner, B. G., Roger, M., Routy, J. P., Moisi, D., Ntemgwa, M., Matte, C., ... Wainberg, M. A., & Quebec Primary HIV Infection Study Group. (2007). High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 infection. *The Journal of Infectious Diseases*, 195(7), 951-959. Consulté à <http://jid.oxfordjournals.org/>
- Broeckaert, L., & Challacombe, L. (2015). Dépistage rapide du VIH au point de service : Un examen des données probantes. Consulté sur le site Internet de CATIE : <http://www.catie.ca/fr/pdm/printemps-2015/depistage-rapide-vih-point-service-examen-donnees-probantes>
- Gahagan, J., Condran, B., Sharma, S., & Hatchette, T. (2015). HIV point-of-care testing in Nova Scotia: A pilot study. Halifax, NS: Gender and Health Promotion Studies Unit, Dalhousie University.
- Gahagan, J., Minichiello, A., & Swab, M. (2015). Rapid HIV point-of-care testing in non-urban settings: A scoping review. Consulté sur le site Internet du REACH : <http://www.reachprogramscience.ca/wp-content/uploads/2015/06/POCT-Non-Urban-Summary-Sheet.pdf>
- Gali, R. (2015, June). Successes and barriers to HIV POCT implementation in Canadian settings: Perspectives from industry. Présenté lors de : Community Preparedness in the Context of HIV POCT, Halifax: NS.
- Galli, R. A., Green, K. F., La Marca, A., Waldman, L. F., Powers, R. E., Daly, A. C., & Shackelton, C. R. (2013). Evaluation of the accuracy and ease of use of a rapid HIV-1 antibody test performed by untrained operators at the point of care. *Journal of Clinical Virology*, 58 supplement 1, e65-e69. doi : 10.1016/j.jcv.2013.08.024
- Ha, S., Paquette, D., Tarasuk, J., Dodds, J., Gale-Rowe, M., Brooks, J. I., ... Wong, T. (2014). A systematic review of HIV testing among Canadian populations. *Revue canadienne de santé publique*, 105(1), e53-e62. Consulté à <http://www.cpha.ca/en/cjph.aspx>
- Lewis, N. M., Gahagan, J. C., & Stein, C. (2013). Preferences for rapid point-of-care HIV testing in Nova Scotia, Canada. *Sexual Health*, 10(2), 124-132. doi:10.1071/SH12100
- Pant Pai, N., Dhurat, R., Potter, M., Behlim, T., Landry, G., Vadnais, C., ... Shetty, A. (2014). Will a quadruple multiplexed point-of-care screening strategy for HIV-related co-infections be feasible and impact detections of new co-infections in at-risk populations? Results from cross-sectional studies. *BMJ Open*, 4:e005040. doi:10.1136/bmjopen-2014-005040.
- Yang, M., Prestage, G., Maycock, B., Brown, G., de Wit, J., McKechnie, M., ... Zablotska, I. B. (2014). The acceptability of different HIV testing approaches: Cross-sectional study among GSM in Australia. *Sexually Transmitted Infections*, 90, 592-595. doi: 10.1136/sextrans-2013-051495

APPENDICES

LE TABLEAU 2 indique le nombre de trousseaux fournis annuellement à chaque province/territoire depuis 2011. Il est à noter que ces données ne font pas état distinctement des trousseaux de dépistage qui sont destinées à l'assurance de la qualité; par conséquent, elles n'indiquent pas de façon définitive combien de trousseaux ont réellement servi au dépistage. Toutefois, le Tableau 2 compare également le nombre de trousseaux INSTI livrés à chaque province en 2013 et le nombre de personnes ayant contracté le VIH et été diagnostiquées par toute forme de dépistage du VIH la même année. Le ratio de trousseaux de dépistage semble le plus élevé au Yukon, mais c'est simplement dû au fait qu'un seul cas de VIH y a été identifié en 2013 alors que 96 trousseaux de dépistage y avaient été livrés cette même année. Parmi les provinces canadiennes, le ratio le plus élevé de trousseaux de dépistage s'observe en Ontario; la Colombie-Britannique vient au deuxième rang.

TABLEAU 2 : Trousseaux de test INSTI et nombre annuel de personnes infectées par le VIH selon la province ou le territoire, au Canada : 2011-2015

Nom	Nombre de trousseaux INSTI distribués						Individus infectés par le VIH en 2013**	Nombre de trousseaux de test pour chaque individu infecté par le VIH en 2013
	2011	2012	2013	2014	2015*	Total		
Québec (QC)	2 142	8 561	8 141	10 108	5 894	34 846	457	17,83
Nouvelle-Écosse (N.-É.)	0	0	0	0	0	0	16	0
Saskatchewan (SK)	4 536	1 920	3 984	4 080	996	15 516	126	31,59
Alberta (AB)	384	3 816	4 104	4 344	3 502	16 150	260	15,76
Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.)	0	0	0	0	0	0	7	0
Colombie-Britannique (C.-B.)	8 976	12 466	15 840	16 874	10 474	64 630	270	58,59
Nouveau-Brunswick (N.-B.)	0	0	0	0	0	0	6	0
Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.)	0	0	0	0	0	0	2	0
Yukon (YK)	48	48	96	48	48	288	1	97,68
Manitoba (MB)	120	1 784	2 572	2 974	9 282	9 732	116	22,09
Ontario (ON)	53 975	39 874	57 166	43 437	19 197	213 649	827	69,16
Nunavut (NU)	0	0	0	0	0	0	0	0
Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.)	0	0	0	0	0	0	1	0

* Les chiffres inscrits représentent le nombre de trousseaux INSTI livrés entre le 1er janvier 2015 et le 30 juin 2015.

** Les données ont été obtenues de l'Agence de la santé publique du Canada : Le VIH et le sida au Canada – Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2013. Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2014.

LES FIGURES 1 À 5 offrent une représentation visuelle de la distribution de trousse de test INSTI au Canada.

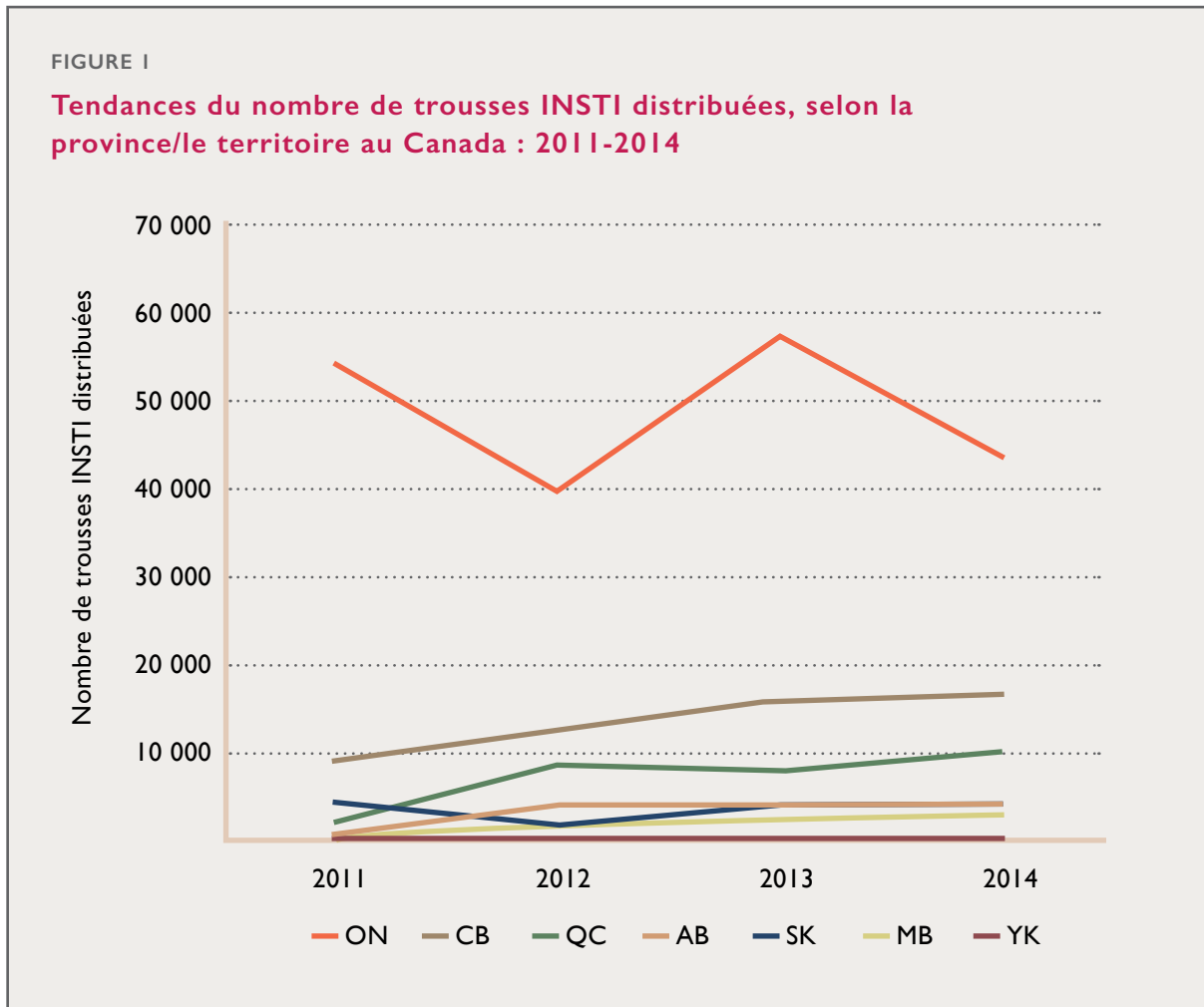


FIGURE 1 illustre la tendance de la distribution pour chaque province et territoire où la trousse est offerte; à l'exception de l'Ontario, le nombre de trousse INSTI fournies à chaque province augmente depuis 2011. Cependant, l'Ontario a reçu le plus grand nombre de trousse INSTI au cours de la période 2011-2014.

LA FIGURE 2 (ci-dessous) indique le nombre de l'ensemble de cas de VIH identifiés en 2013 dans chaque province/territoire; **LA FIGURE 3** indique le nombre de trousse distribuées, par province/territoire, au cours de la même année. **LA FIGURE 4** montre le nombre total de trousse distribuées pour chaque individu infecté par le VIH, par province/territoire, au Canada. Le Québec a reçu moins de trousse de dépistage par cas identifié, en comparaison avec la Colombie-Britannique, la Saskatchewan ou le Manitoba, même si en 2013 un nombre plus élevé de cas ont été identifiés au Québec que dans toute autre province à l'exception de l'Ontario. **LA FIGURE 5** montre le nombre total de trousse de dépistage livré à chaque province/territoire pendant la période 2011-2015; on y observe que la majeure partie a été distribuée en Ontario.

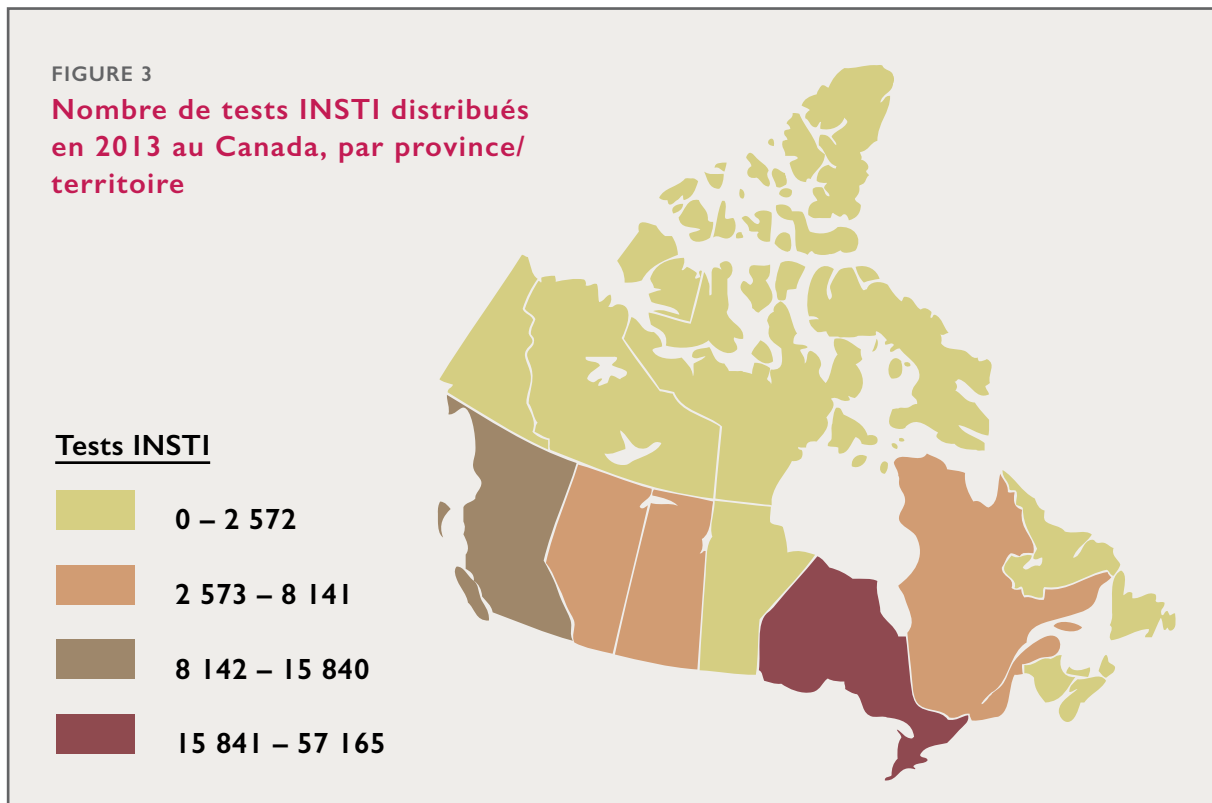
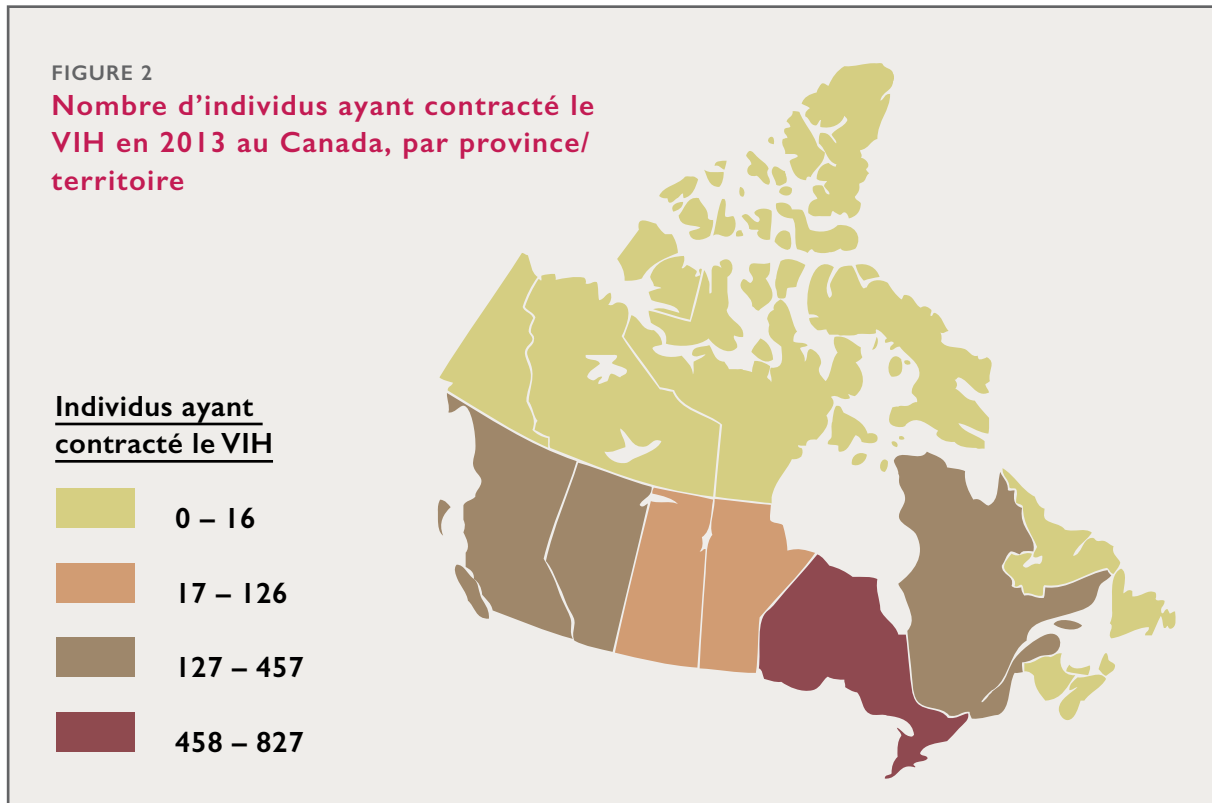


FIGURE 4

Nombre de tests INSTI pour chaque individu ayant contracté le VIH en 2013, au Canada, par province/territoire

Tests INSTI/individus ayant contracté le VIH

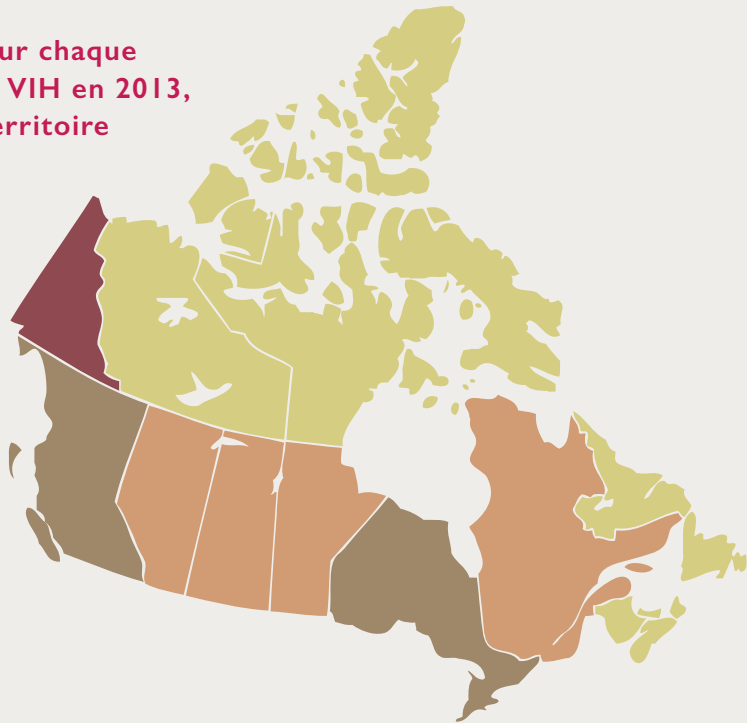
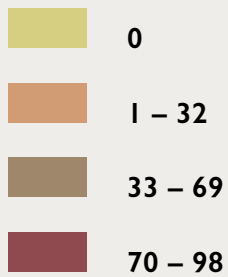
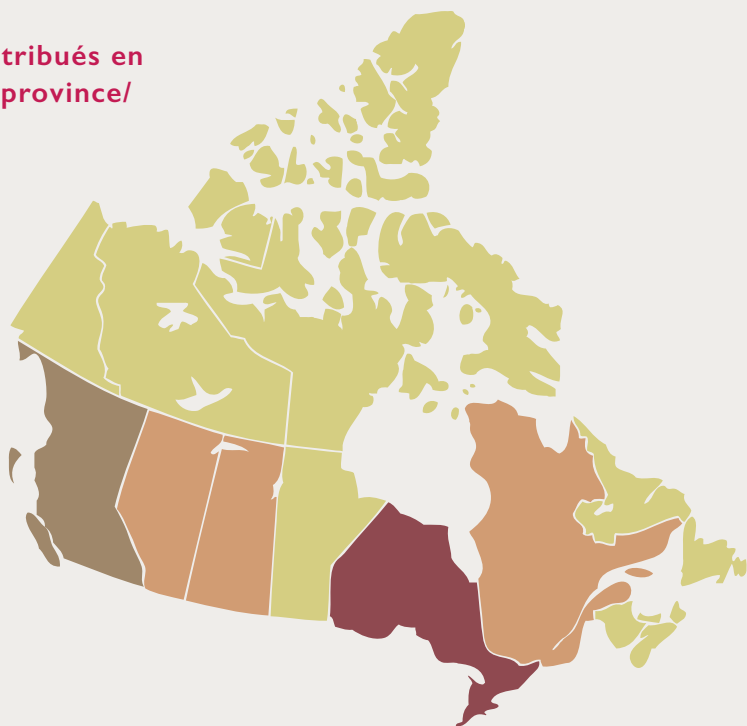
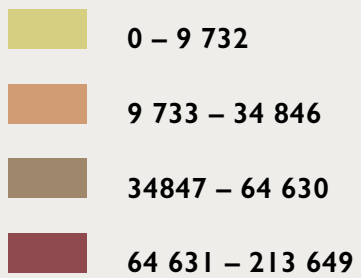


FIGURE 5

Nombre de tests INSTI distribués en 2011-2015 au Canada, par province/territoire

Tests INSTI



LE TABLEAU 3 présente une « moyenne mobile » (un calcul qui sert à analyser des points de données en créant une série de moyennes à partir de différents sous-ensembles de données) du nombre prévu de tests INSTI distribués dans les provinces et territoires, dans le contexte de l'accès actuel au DPS pour le VIH, progressant de 2015 à 2020, basé sur les données de la distribution actuelle.

TABLE 3: Moyenne mobile bisannuelle du nombre prévu de tests INSTI distribués pour la période entre 2015 et 2020						
Nom	Nombre de tests INSTI distribués					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Québec (QC)	9 125	9 616	9 370	9 493	9 432	9 463
Nouvelle-Écosse (N.-É.)	0	0	0	0	0	0
Saskatchewan (SK)	4 032	4 056	4 044	4 050	4 047	4 049
Alberta (AB)	4 224	4 284	4 254	4 269	4 262	4 265
Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.)	0	0	0	0	0	0
Colombie-Britannique (C.-B.)	16 357	16 616	16 486	16 551	16 519	16 535
Nouveau-Brunswick (N.-B.)	0	0	0	0	0	0
Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.)	0	0	0	0	0	0
Yukon (YK)	72	60	66	63	65	64
Manitoba (MB)	2 773	2 874	2 823	2 848	2 836	2 842
Ontario (ON)	50 302	46 869	48 585	47 727	48 156	47,942
Nunavut (NU)	0	0	0	0	0	0
Territoires du Nord-Ouest (T.-N.-O.)	0	0	0	0	0	0