



HAL
open science

Données actuelles sur les autotests VIH et enjeux de recherche du projet ATLAS

Joseph Larmarange

► **To cite this version:**

Joseph Larmarange. Données actuelles sur les autotests VIH et enjeux de recherche du projet ATLAS. 2e Journées Scientifiques Sida du Sénégal, Dec 2018, Dakar, Sénégal. ird-04109533

HAL Id: ird-04109533

<https://ird.hal.science/ird-04109533>

Submitted on 30 May 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License



JSSS, Dakar, 3 décembre 2018
Symposium ATLAS

**Données actuelles
sur les autotests VIH
et enjeux
pour l'Afrique de l'Ouest**

Joseph Larmarange (Ceped IRD)
pour l'équipe ATLAS

Qu'est-ce qu'un autotest ?

- › **Dispositif médical où un individu réalise lui-même**
 - › la collecte d'un échantillon (sanguin ou salivaire)
 - › la réalisation d'un test rapide
 - › la lecture et l'interprétation des résultats
- › **Un autotest peut être**
 - › supervisé (un agent de santé est à proximité pour accompagner)
 - › non supervisé
- › **Un résultat réactif nécessite la réalisation d'un test classique pour confirmer (ou infirmer le résultat)**



Recommandation OMS, 2016



SUPPLEMENT



GUIDELINES ON

**HIV SELF-TESTING
AND PARTNER
NOTIFICATION**

SUPPLEMENT TO CONSOLIDATED
GUIDELINES ON HIV TESTING SERVICES
DECEMBER 2016

HIV TESTING SERVICES



Évidences montrent que les AT

- **sont sûrs et précis**
- **hautement acceptables**
- **améliorent l'accès**
- **augmentent le recours et la fréquence du dépistage chez les plus vulnérables et ceux qui ne se seraient pas testés autrement**



Recommandation OMS

Les autotests VIH doivent être proposés comme offre additionnelle de dépistage du VIH

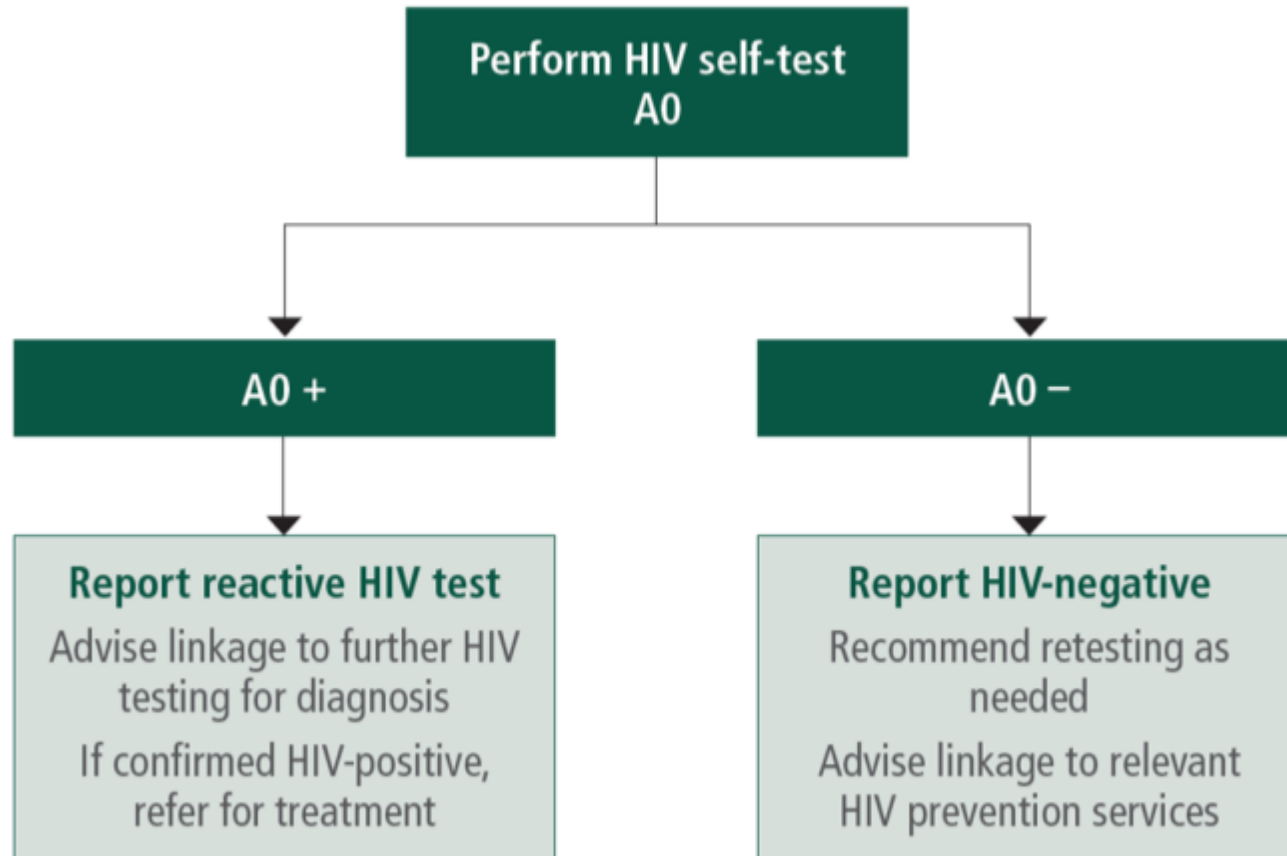
(strong recommendation, moderate quality evidence)

Évidences sur les autotests (AT) VIH

- › Haute acceptabilité des AT dans différentes populations et différents contextes
 - › mais inquiétude quant au manque possible de conseil et d'accompagnement, la lecture et l'interprétation des résultats, les coûts associés
- › Dans les enquêtes exploratoires, les enquêtés expriment souvent des inquiétudes quant aux préjudices sociaux potentiels, mais les mêmes enquêtés n'avaient pas essayé les AT et préjudices non observés dans les programmes de distribution
- › Une majorité des utilisateurs préfèrent les tests oraux (moins douloureux), mais la majorité des études ne communiquaient pas sur les différences en matière de performance
 - › D'autres études montrent que lorsque les personnes en sont informées, elles préfèrent alors le plus souvent les tests sanguins
- › Les préférences en matière de distribution variant selon les populations
 - › Les population clés disent préférer pharmacies, internet ou points de distribution, car plus discrets et privés (pas d'étude en Afrique de l'Ouest)



Stratégie OMS de dépistage par les AT



A0= Assay 0 (test for triage)

Toute personne incertaine quant à l'interprétation de son résultat doit être encouragée à aller réaliser un test conventionnel.



- **Un test réactif nécessite un test de confirmation selon l'algorithme national de dépistage**
- **Un test non réactif nécessite un re-test si exposition récente (<6 semaines) ou à intervalle régulier si groupe à haute incidence**
- **Les AT ne sont pas recommandés pour les personnes sous ARV (traitement ou PrEP) car possibilité de faux négatifs**
- **Les AT doivent servir à se tester soi-même → non recommandés pour les enfants**

Pas d'événement indésirable social identifié

- › Les études rapportent que les AT VIH peuvent être un outil d'**autonomisation** (*empowerment*)
- › **Pas de préjudice social lié aux AT** identifié dans les essais randomisés
- › Les données d'autres études ne suggèrent pas une augmentation des risques sociaux associée aux AT
- › Au Malawi, pendant deux années d'implémentation des AT, aucun cas de suicide et aucun cas de violence interpersonnelle rapporté
 - › Des cas de dépistage coercitif ont été rapportés, principalement par des hommes contraints au dépistage par leur compagne et qui considèrent que cela leur a été bénéfique
- › Au Kenya, 4 cas identifiés de violence interpersonnelle, mais il n'est pas certain que ces violences soit directement liées à l'utilisation des AT (*41% des participants rapportaient des violences interpersonnelles dans les 12 mois précédant l'intervention*)



Avec le passage à l'échelle, il est indispensable que le système de suivi national permette de documenter tout effet indésirable potentiel, y compris sur le plan social.

Modèles de distribution identifiés par l'OMS



Tous ne sont pas adaptés au contexte ouest-africain
STAR a principalement documenté les modèles community-based (du type porte à porte) dans des contextes hyper-endémiques



Guide sorti en octobre 2018

Pour des pays à faible prévalence, les populations prioritaires (selon OMS) sont :

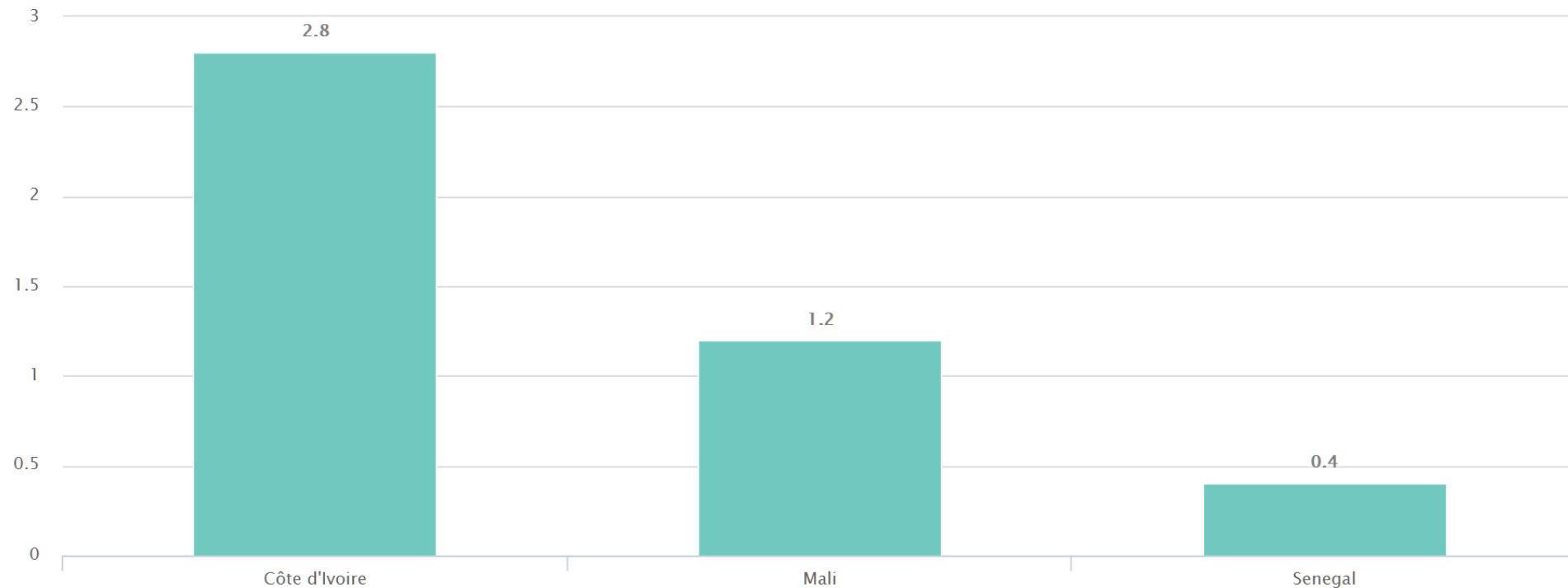
- › **Populations clés**
- › **Partenaires des PVVIH**
- › **Patients IST**

L'OMS est très demandeur de retours d'expérience en contexte ouest-africain.

Contexte ouest-africain

› Épidémies mixtes en Afrique de l'Ouest

- › **Prévalences comparativement faibles en population générale**
- › **Prévalences élevées dans les populations clés : TS, HSH, UD**



Source: AIDSinfo, Onusida, Adultes 15-49

Contexte ouest-africain

› Épidémies mixtes en Afrique de l'Ouest

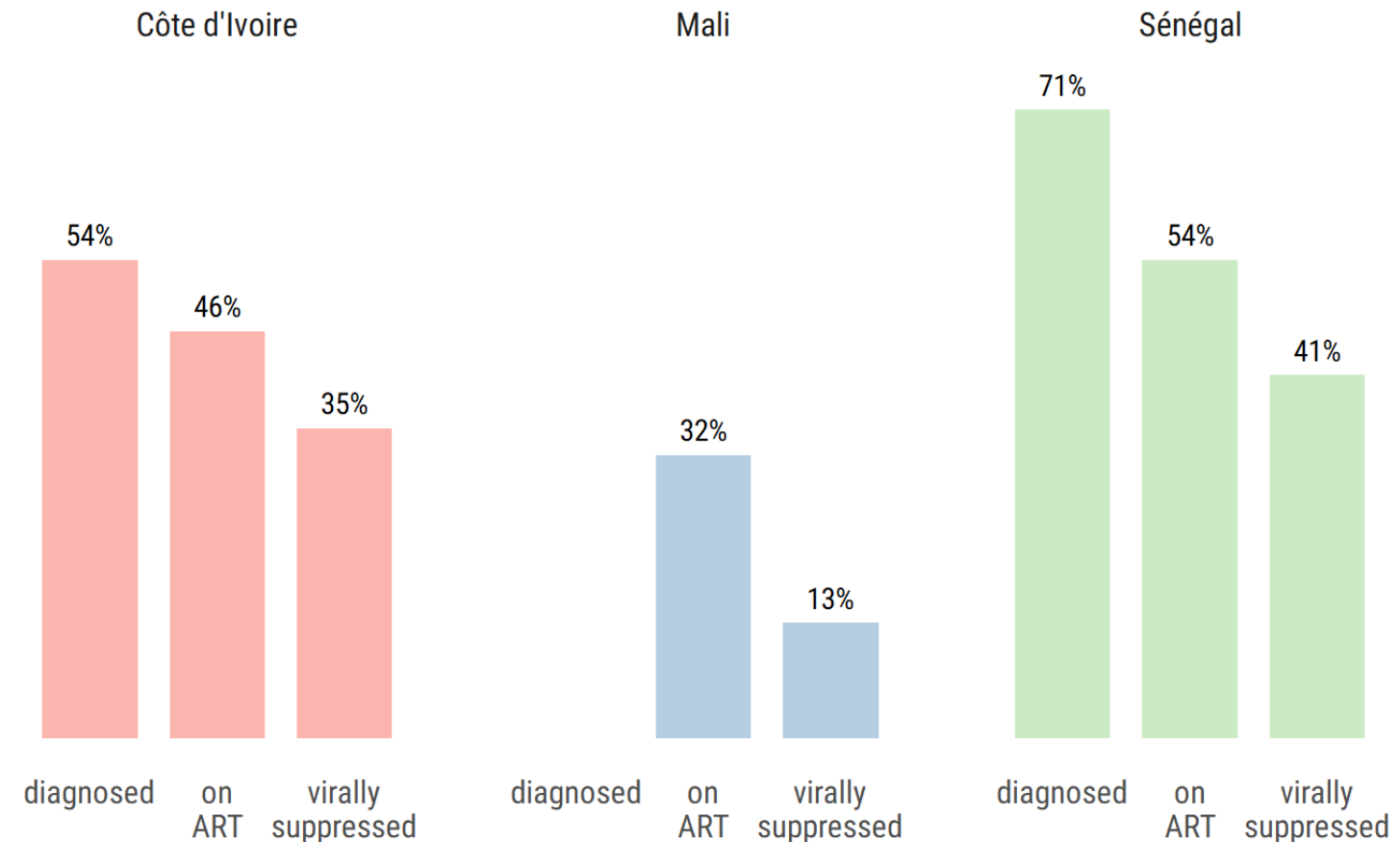
- › **Prévalences comparativement faibles en population générale**
- › **Prévalences élevés dans les populations clés : TS, HSH, UD**

› Premier 90 faible

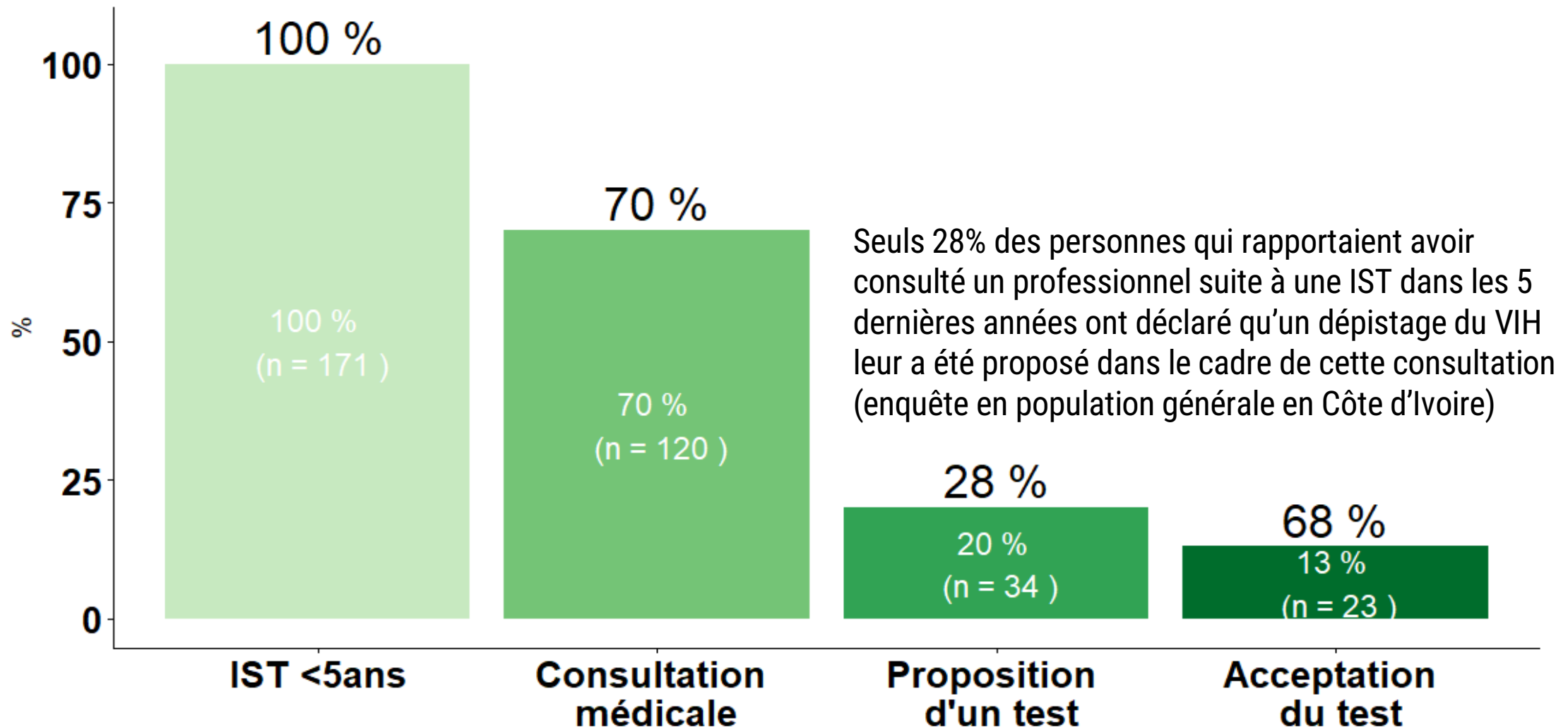
- › **Variations entre pays**
- › **Variations entre populations**

HIV care cascade by country

Source: Unaid data 2018



Consultation IST et cascade de dépistage



Les populations clés ne sont pas uniformes (exemple des HSH)

« Centre »

↗ **identité gay**
plus jeunes

↗ **nb partenaires hommes**
↘ **nb partenaires femmes**

prévalence VIH élevée
↗ **dépistage**

**atteints par les programmes
communautaires**



« Périphérie »

↗ **identité hétérosexuelle**
plus âgés

↘ **nb partenaires hommes**
↗ **nb partenaires femmes**

prévalence VIH faible
↘ **dépistage**

difficiles d'accès

A large iceberg floats in the ocean. The tip of the iceberg, which is visible above the water, is relatively small and jagged. The vast majority of the iceberg is submerged below the surface, illustrating the concept of hidden or unobserved parts. The sky is clear and blue, and the water is a deep blue.

Une partie des HSH échappent à l'observation

Majorité des enquêtés a moins de 35 ans mais déclarent des partenaires plus âgés

**Retours similaires des acteurs de terrains
Difficultés à atteindre les HSH plus âgés,
notamment les hommes mariés**

**Comment les atteindre ?
Les AT VIH auraient-ils un rôle à jouer ?**

Modes de distribution de l'autotest VIH

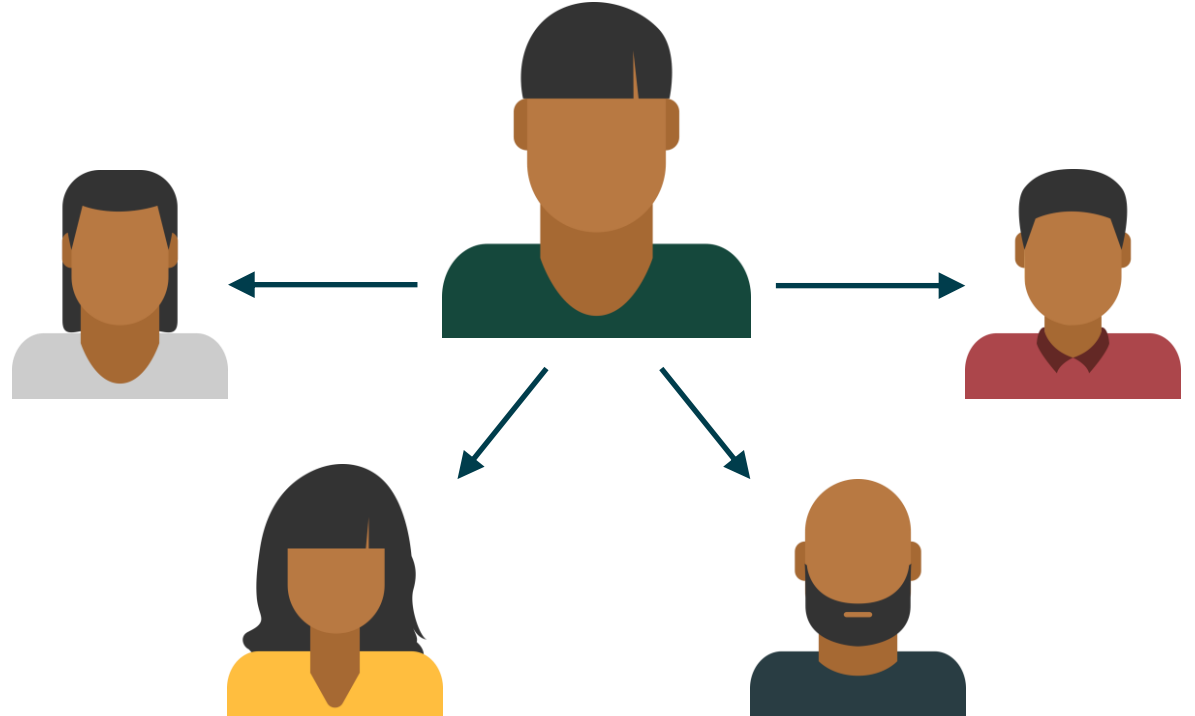
Distribution primaire

pour son propre usage



Distribution secondaire

redistribution à ses partenaires
et connaissances



Enjeux : comment accompagner ?

- > **Documentation fournie avec les kits**
- > **Ligne d'information gratuite**

**Les HSH dépistés n'entreront pas tous en soins dans une structure communautaire
Un accueil bienveillant dans les structures sanitaires classiques est requis.**

Selon un modèle mathématique,

44%

des nouvelles infections en Côte d'Ivoire sont dues
à des **clients** de travailleuses du sexe qui infectent
des **femmes non TS**

Source : Maheu-Giroux et al. 2017

Il est crucial de mieux comprendre le rôle des populations à prévalence intermédiaire (homosexuels cachés, travailleuses du sexe occasionnelles, clients...) dans les dynamiques épidémiques en Afrique de l'Ouest.

Tension entre rendement du dépistage et volumes requis pour atteindre le 1^{er} 90

MERCI

Remerciements particuliers à
Rachel Baggaley et Cheryl Johnson de l'OMS

HIVST products with WHO PQ, ERPD or approval from founding member of IMDRF*)

Test (manufacturer)	Specimen	Approval	Markets	Price per test (US\$)
atomo HIV Self Test (Atomo Diagnostics, Australia)	Blood	CE mark ERPD-3	Kenya, South Africa	Public sector: \$ 3
autotest VIH® ** (AAZ Labs, France)	Blood	CE mark	15 European countries ^d	HIC retail: \$ 20–28 Distributors/NGOs: \$ 8–15
BioSURE HIV Self Test ** (BioSURE , United Kingdom Ltd)	Blood	CE mark ERPD-3) ^{b,e}	South Africa, United Kingdom	HIC retail: \$ 42–48 HIC public sector: \$ 7.5–15 LMIC retail: \$ 11.75
Exacto® Test HIV (Biosynex, France)	Blood	CE mark	Europe ^d	Not available
INSTI® HIV Self Test ** (bioLytical Lab., Canada)	Blood	CE mark ERPD-3 ^{b,c}	Several countries in Europe ^d , Nigeria	Price: \$ 3–12 MSRP: \$ 7–36
OraQuick® In-Home HIV Test (OraSure Technologies, USA)	Oral fluid	FDA, CE Mark	USA, Not yet marketed in Europe	HIC retail: \$ 40 Public sector prices vary.
OraQuick® HIV Self Test (OraSure Technologies, USA)	Oral fluid	WHO PQ ^h	Burundi, Kenya, South Africa, Uganda, Zambia, Zimbabwe	LMIC ex-works ⁱ : \$ 2 for 50 countries ^j
SURE CHECK® HIV Self Test (Chembio Diagnostic Systems Inc., USA)	Blood	ERPD-3 ^b	NA	NA

HIC, high-income countries; FDA, Food and Drug Administration; ERPD, Expert Review Panel for Diagnostics; Gen, test generation; LMIC, low- and middle-income countries, MRSP: maximum suggested retail price; NA, not available.

* Includes products prequalified by WHO, approved by a regulatory authority in one of founding-member countries of the International Medical Device Regulators Forum or eligible for procurement on recommendation of Unitaid/Global Fund Expert Review Panel for Diagnostics. ** These products sold in more than one packaging format.

Note: Product details based on information provided by the manufacturers at the time of report preparation.

**Vient d'être préqualifié
(26 novembre 2018)**

Source: WHO, 2018