

TEST ET CONNEXION UNIVERSELS:

BRÈVES CONSIDÉRATIONS

TEST ET CONNEXION UNIVERSELS : BRÈVES CONSIDÉRATIONS

QU'EST-CE QUE LE DÉPISTAGE ET LA CONNEXION UNIVERSELS ?

« Universal Test & Connect » (UTC, ou dépistage et connexion universels) est une stratégie communautaire intensive visant à accélérer la transition de l'épidémie de VIH afin de réduire rapidement les nouvelles infections à VIH et les décès dus au sida dans une communauté spécifique. Il s'agit d'une stratégie complémentaire supplémentaire visant des communautés ou des régions infranationales spécifiques dans le but d'avoir un impact rapide. L'UTC s'appuie sur diverses approches communautaires axées sur l'être humain pour atteindre les personnes à l'extérieur des établissements de soins de santé, les mettre en relation avec des services relatifs au VIH respectueux, de qualité et non stigmatisants, et transformer l'acceptation et l'engagement de la communauté à l'égard du VIH et de la santé.

Les preuves de l'UTC proviennent d'essais communautaires en Afrique, qui ont montré une diminution de l'incidence du VIH (d'environ 20 à 30 %) et une réduction de la mortalité liée au sida (d'environ 20 %) dans les 3 ans suivant la mise en œuvre d'un programme UTC communautaire par rapport aux soins standard actuels. Cela a abouti sur un nombre important de diagnostics de personnes vivant avec le VIH, y compris des hommes, et, dans certains essais, les taux de liaison avec les soins et le traitement étaient élevés. Des personnes vivant avec le VIH qui ne suivaient pas de traitement ont été identifiées et mises en relation avec des services de traitement. La rétention en matière de traitement du VIH (à 12 mois) était extrêmement élevée, tout comme la suppression virologique (mesurée), y compris pour les personnes qui ont choisi « l'initiation immédiate » au traitement du VIH (le jour même) lors de leur première visite en clinique. Ces essais comparatifs randomisés de dépistage et de traitement universels (UTT) ont montré que la combinaison d'interventions peut avoir un effet rapide sur la suppression virale au niveau de la population et atteindre voire dépasser les objectifs 90-90-90 de l'ONUSIDA, qui se traduisent par une suppression virale chez 73 % des personnes vivant avec le VIH. De plus, ils l'ont fait en contactant et établissant des relations avec un nombre important de personnes qui étaient les plus susceptibles d'être « manquées », notamment les hommes, les jeunes et d'autres personnes qui n'ont pas systématiquement accès aux établissements de santé, ainsi que les personnes qui, bien souvent, ne sont pas à la maison pendant les heures de visite habituelles des agents de santé communautaires.

QUEL EST L'ASPECT NOVATEUR OU DIFFÉRENT DU DÉPISTAGE ET DE LA CONNEXION UNIVERSELS ?

Bien que l'UTC repose sur la combinaison de nombreuses approches existantes en matière de prévention du VIH, il ne s'agit pas seulement d'un nouveau nom, comme « Treat All » (« Traiter tout le monde »), pour des approches existantes. En effet, cette approche comprend l'élément essentiel de la connaissance du statut HIV d'une population entière, y compris des personnes que les stratégies actuelles ne parviennent pas à atteindre. Elle peut inclure des campagnes de sensibilisation communautaires telles que le dépistage du VIH de porte à porte ou des salons de la santé portant sur plusieurs maladies, mais elle est plus étendue que les campagnes traditionnelles de dépistage communautaire ou de porte-à-porte ou de masse du VIH, qui tendent à toucher, parfois à plusieurs reprises, les personnes les plus disponibles et les plus faciles à contacter.

La mise en relation avec des soins de qualité pour assurer le bien-être général des personnes séropositives, la réduction de la transmission du VIH aux partenaires et aux nourrissons et la provision continue de soins par les services importants de prévention du VIH au profit des personnes séronégatives afin d'assurer leur protection contre l'acquisition du VIH, sont des éléments fondamentaux de l'UTC.

Ce qui distingue vraiment l'UTC du modèle du statu quo, c'est qu'il fait passer le concept de l'universalité de la théorie à la pratique : il s'appuie sur l'identification précise des personnes qui, dans une communauté, n'ont pas été contacté ou n'ont pas reçu en continu les services dont elles ont besoin et fait appel à la sagesse, aux données et aux approches de service souples et itératives de la communauté pour atteindre ces personnes.

Comprendre qui fait partie de la communauté à atteindre, notamment en ayant une estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH dans la communauté sélectionnée, constitue la base pour comprendre, tout au long de la mise en œuvre de l'UTC, qui n'a pas encore été contacté tout en respectant toutes les approches fondées sur les droits de l'homme. Cela nécessite une activation initiale des ménages. L'activation consiste à fournir des informations, y compris des choix en matière de dépistage, de soins et de supports éducatifs. Il s'agit également d'un moyen d'assurer la sécurité des personnes et l'universalité et de travailler par l'intermédiaire d'interlocuteurs pairs et de la communauté.

L'UTC peut être utilisée pour accroître la sensibilisation au VIH et à la santé : susciter l'intérêt de la population et des ménages vis-à-vis de nouveaux services de prévention, partager de nouvelles connaissances thérapeutiques telles que U=U (indétectable = non transmissible) et fournir d'autres services tels que le dépistage de l'hypertension et les services de contraception. L'activation doit également inclure le dénombrement au moyen d'un recensement de la communauté entrepris dans chaque zone géographique définie où l'UTC est mis en œuvre, afin de veiller à ce que les services de dépistage puissent atteindre chaque individu et de permettre une surveillance continue pour identifier les sous-populations manquantes ou insuffisamment desservies. À l'intérieur de la zone géographique définie, cela implique d'énumérer chaque ménage et chaque individu, par exemple au moyen d'activités de sensibilisation de porte-à-porte menées par des travailleurs communautaires. Le dépistage du VIH et d'autres interventions sanitaires peuvent être offerts aux individus pendant les activités de dénombrement, ce qui améliore l'efficacité du programme.

La prestation efficace des services de l'UTC établit une norme de qualité, de réceptivité communautaire et de connexion dans l'ensemble d'une gamme de services essentiels.

Bien plus qu'une simple « liste de contrôle des services essentiels », les approches UTC efficaces sont coordonnées, holistiques, centrées sur les personnes, axées sur les droits de l'homme et le choix, sensibles au genre, et impliquent des organisations ayant la capacité de fournir une mise en œuvre de haute qualité par le biais d'une gamme de services (services de traitement et de prévention du VIH, et services adaptés à plusieurs maladies requis par les gens et fournis comme ils le souhaitent) dans des zones désignées. L'UTC est également dynamique et réactif, évolutif et capable de répondre aux besoins et aux attentes, pendant la mise en œuvre.

La conception de l'UTC repose sur une « gamme de services » initiale ; les services subséquents sont adaptés et fournis en réponse aux personnes qui n'ont pas encore été contactées ou qui pourraient bénéficier de services répétés ou plus intensifs. Par exemple :

- ▶ Après l'activation/le dénombrement, la première gamme de services vise à couvrir l'ensemble de la communauté avec des services de dépistage du VIH, dans le but de connaître le statut VIH de toutes les personnes qui ne connaissent pas leur statut. Les personnes vivant avec le VIH qui n'ont pas reçu de soins ou qui ne sont plus couvertes par des soins sont mises en relation par le biais de services de traitement du VIH au moyen d'une approche personnalisée (pairs navigateurs, accueil immédiat

par le personnel de la clinique, offre de démarrage du traitement le jour même, etc.) et les personnes risquant de contracter une infection à VIH sont mises en relation avec les services de prévention primaire du VIH, tels que les préservatifs, la circoncision médicale volontaire masculine, l'éducation, la prophylaxie pré-exposition (PrEP), tous basés sur les besoins de chaque personne. La mise en relation avec des services et du soutien dont la portée ne se limite pas à la santé, tels que des services d'assistance et de protection sociales, le conseil en matière de violence familiale et sexiste et d'autres services de santé, peut renforcer l'adoption du programme par la communauté.

- ▶ Les gammes de services de suivi sont adaptées aux besoins des personnes, des familles et des communautés et sont axées sur les données. Elles peuvent inclure une approche plus ciblée pour atteindre les personnes et les populations qui n'ont pas été contactées au cours du premier cycle et une plus grande attention portée au recouplement et à la rétention en matière de soins liés au VIH, y compris l'offre de prestations communautaires de traitement antirétroviral. Les cycles de suivi pourraient également inclure un nouveau test de dépistage du VIH chez les personnes les plus à risque de contracter le VIH. Les dirigeants communautaires jouent un rôle essentiel pour aider à comprendre et mobiliser afin d'atteindre les personnes et les populations manquantes et pour adapter les interventions en permanence entre les cycles.
- ▶ Des approches dynamiques et adaptatives pour établir un contact avec les gens peuvent inclure l'utilisation de diverses stratégies couvrant plusieurs maladies (pour l'hypertension, le diabète, la santé sexuelle et reproductive, les services de santé maternelle et infantile, etc.), des visites auprès de ménages spécifiques en soirée ou le week-end, la disponibilité de cliniques adaptées aux hommes, ou encore l'organisation de discussions conviviales avec les jeunes sur les relations et le sexe.
- ▶ L'UTC est complémentaire et s'intègre aux « approches en établissement » actuelles en atteignant les personnes susceptibles d'éviter les systèmes de santé traditionnels et en les impliquant dans des systèmes centrés sur le client et fondés sur les droits de l'homme.

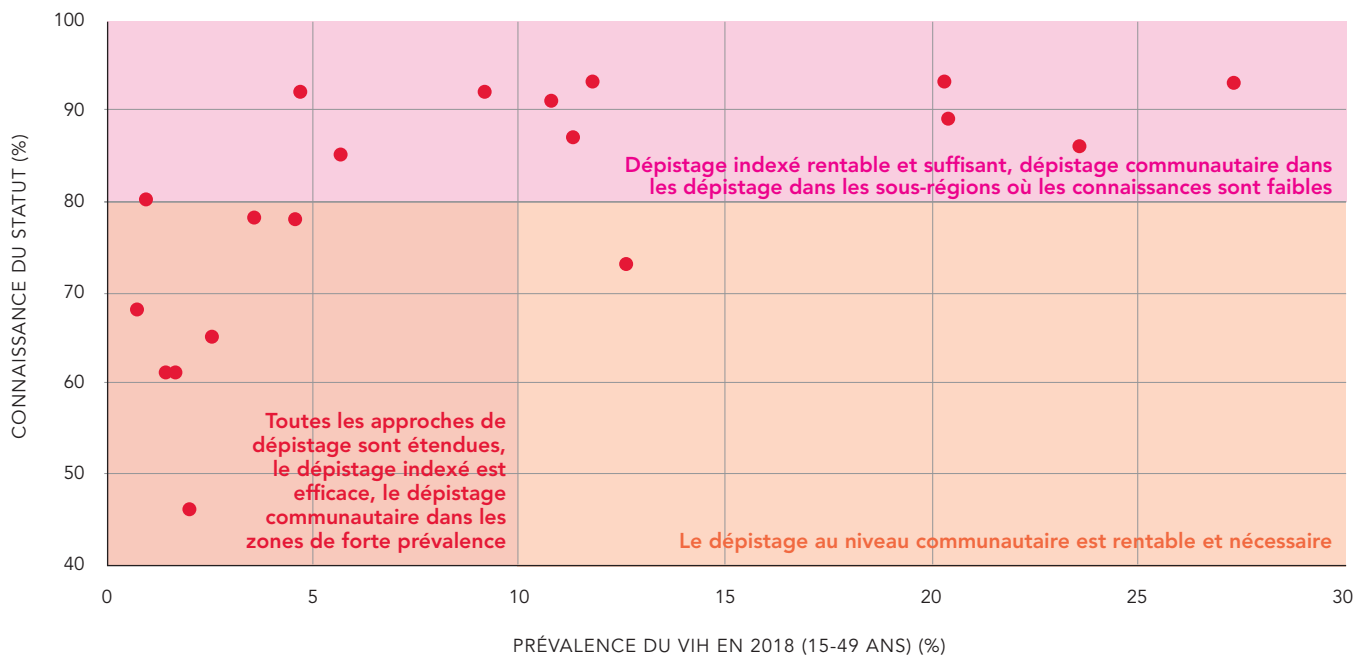
OU LA STRATÉGIE DE DÉPISTAGE ET CONNEXION UNIVERSELS DEVRAIT-ELLE ÊTRE ENVISAGÉE ?

L'UTC est appropriée dans les zones géographiques infranationales/locales pour une transition épidémique accélérée :

- ▶ Dans les pays où la prévalence du VIH est élevée, les efforts devraient être centrés sur les zones infranationales où la prévalence et l'incidence du VIH sont particulièrement élevées, et avec une charge virale communautaire non supprimée résiduelle. D'autres considérations peuvent inclure une faible connaissance du statut VIH et/ou un faible taux de mise en relation avec les soins ou une faible rétention dans les systèmes de soins. Il convient de noter que les essais d'UTC ont été efficaces tant en milieu urbain qu'en milieu rural, y compris dans les zones présentant de bonnes performances globales vis-à-vis des objectifs 90-90-90, mais auprès de populations spécifiques (y compris les jeunes et les hommes) qui ont été ignorées ou manquées de manière disproportionnée par les programmes standard actuels.
- ▶ Dans les pays où la prévalence du VIH est moyenne ou faible, en particulier lorsque le fardeau du VIH est concentré parmi les membres des populations clés et leurs partenaires dans les zones urbaines, il peut être possible d'identifier des quartiers, des zones ou des types de lieux spécifiques dans une ville où les personnes vivant avec le VIH ou à haut risque de le contracter sont plus susceptibles de se trouver. Les concepts qui saturent cette zone, plutôt que de cibler seulement certaines personnes de la zone, et créent un effet de boule de neige sur les réseaux sociaux ou incluent une composante de sensibilisation pour inviter les personnes connectées à un quartier sans toutefois y vivre pourraient être envisagés. Cela pourrait également inclure des exercices de cartographie en vue d'identifier où et quand mener des interventions, en particulier pour les non-résidents.

L'UTC ne devrait pas être appliqué partout. Il n'existe pas suffisamment de ressources et il n'est pas approprié d'offrir cette approche pour des épidémies ciblées et dans des contextes de faible prévalence et d'incidence du VIH. Les zones où l'UTC devrait être appliquée devraient être identifiées sur la base d'une analyse de plusieurs facteurs, y compris la connaissance du statut sérologique du VIH, la prévalence du VIH (voir la figure 1) et les niveaux communautaires de charge virale non supprimée, ainsi que dans les endroits où la suppression virale de la population est faible et où la mortalité liée au sida est élevée.

FIGURE 1. CONNAISSANCE DU STATUT VIH ET PRÉVALENCE DU VIH



● Les points rouges représentent la connaissance du statut VIH et la prévalence du VIH dans 19 pays d’Afrique sub-saharienne (Afrique du Sud, Angola, Botswana, Cameroun, Côte d’Ivoire, Eswatini, Éthiopie, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe).

Source : Avenir Health, 2019.

QUELLES POLITIQUES, PRATIQUES ET SERVICES ESSENTIELS DOIVENT ÊTRE MIS EN ŒUVRE POUR QUE LE DÉPISTAGE ET LA CONNEXION UNIVERSELS RÉUSSISSENT ?

L’UTC s’appuie sur l’adoption rapide de pratiques exemplaires en matière de VIH, axées sur les personnes et les droits de l’homme et sur les recommandations de services mondiaux de lutte contre le VIH. Le dépistage du VIH, le démarrage d’un traitement du VIH et le maintien du traitement devraient représenter un choix personnel, un soutien continu pouvant être fourni au besoin. Dans les domaines où l’UTC sera mis en œuvre, il est fortement conseillé de mettre en place les politiques et pratiques suivantes au niveau local, même si elles n’ont pas encore été pleinement adoptées ou mises en œuvre à l’échelle nationale :

- ▶ Dépistage du VIH chez les prestataires non professionnels, âge du consentement pour le dépistage du VIH devant être de moins de 15 ans, autodépistage du VIH et dépistage des cas index et de leurs réseaux sociaux grâce à un service de qualité soutenant les clients, avec consentement et sans contrainte.
- ▶ Lancement du traitement du VIH le jour même, prestation de services différenciés (plusieurs mois) et centrés sur le patient, accès au dépistage de la charge virale, optimisation du régime/transition vers le dolutégravir, et suppression des frais d’utilisation pour les services liés au VIH.
- ▶ Une attention particulière devrait être accordée à la disponibilité et aux points d’accès de services combinés de prévention du VIH, y compris des services complets d’information et d’éducation sexuelle, des préservatifs masculins et féminins, des services de santé reproductive, y compris la provision de contraceptifs, le dépistage et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, la circoncision masculine médicale volontaire et la PrEP.
- ▶ La collecte efficace de données pour fournir des informations en temps réel sur la couverture et les lacunes et soutenir un changement de cap et la résolution des problèmes en temps opportun.

DANS QUELLE MESURE LES CONTEXTES ACTUELS ET FUTURS POTENTIELS DE LA COVID-19 FOURNISSENT-ILS DIFFÉRENTES OPTIONS D'ADAPTATION OU D'INCLUSION DES ÉLÉMENTS DU DÉPISTAGE ET DE LA CONNEXION UNIVERSELS ?

La COVID-19 a transformé le contexte de la santé communautaire et, à l'avenir, le « nouveau normal » pourrait être sensiblement différent. Il est déjà suggéré que les stratégies multimaladies qui portent sur la COVID-19, mais aussi l'hypertension, le diabète, le VIH et d'autres comorbidités, pourraient contribuer à atteindre plus efficacement les personnes les plus vulnérables et également aider à déstigmatiser les conditions. Les éléments qui font partie de l'UTC (activation/dénombrement des ménages ou des personnes, approches personnalisées pour assurer le suivi et le lien avec les bons services et, en particulier, engagement des dirigeants communautaires et des parties prenantes quant à la portée et aux progrès de la stratégie) seront sans doute assez pertinents pour répondre à la COVID-19 dans certains contextes.

Les contextes prioritaires pour la COVID-19 qui sont également pertinents pour le VIH peuvent inclure les populations mobiles et les établissements informels, les bidonvilles et les banlieues à forte densité de population dans les pays où le VIH est fortement prévalent. Les activités de lutte contre la COVID-19 devant être envisagées pourraient inclure le dépistage et la sensibilisation à la COVID-19, de futures enquêtes sur les anticorps contre la COVID-19 dans des communautés spécifiques et la préparation et l'administration de vaccins contre la COVID-19 dans les communautés. Les types d'équipes nécessaires pour l'UTC, dotés de liens solides entre la communauté et les établissements et de compétences de gestion de projet coordonnée, peuvent s'avérer très efficaces dans la prestation de services pour la COVID-19.

LA MISE EN ŒUVRE DE CETTE STRATÉGIE NÉCESSITE UNE GESTION SOLIDE ET UNE RESPONSABILITÉ PARTAGÉE

Pour réussir, il est essentiel d'avoir une structure de gestion solide qui comprenne un leadership à la fois communautaire et au niveau des services de santé en matière de traitement et de prévention. Il est également important de renforcer la préparation de la communauté, l'éducation en matière de traitement du VIH et d'offrir un soutien communautaire continu.

Pour que l'UTC ait un impact, il est essentiel de renforcer le partenariat entre les communautés et le leadership en matière de santé, d'établir des liens entre les services communautaires et les services des établissements, de susciter un engagement en faveur d'une amélioration de la qualité axée sur les personnes et fondée sur les droits de la personne et d'assurer un partage dynamique et régulier des données et des résultats afin de mobiliser les efforts en faveur des personnes qui ont besoin d'être contactées. Il s'agit d'un cadre de gestion et de communication intensif et réactif qui nécessite un soutien et un investissement en leadership.

QUELLES SONT LES PREUVES CONTEXTUELLES POUR LE DÉPISTAGE ET LA CONNEXION UNIVERSELS ?

L'UTC s'appuie sur l'expérience et les résultats de quatre essais UTT, ainsi que sur l'expérience intensive de programmes tels que le projet Mbongolwane, soutenu par Médecins sans Frontières. Bien que les essais et les programmes aient été basés sur divers concepts et des interventions, ils ont clairement donné lieu à une compréhension et des expériences communes. En décembre 2019, une consultation a été organisée pour approfondir les questions et les implications plus larges de la mise en œuvre du programme UTT. Celle-ci incluait les principales parties prenantes, et notamment des représentants des quatre essais UTT, des modélisateurs, des économistes de la santé, des représentants du Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria (Fonds mondial) du Plan d'urgence du président des États-Unis (PEPFAR), de l'Organisation mondiale de la santé, un représentant de la société civile ainsi que des responsables gouvernementaux nationaux. Les résultats ont été examinés et les expériences de mise en œuvre détaillées ont été débattues et seront développées dans un exposé de principes portant sur les considérations plus larges. Ce document visera à guider et à informer les pays quant à la mise en œuvre pratique de l'ensemble des interventions de l'UTC.

CONSIDÉRATIONS DE FINANCEMENT

Au bout du compte, la mise en œuvre d'approches UTC ne sera pas nécessairement plus onéreuse que d'autres approches. Une meilleure coordination, une meilleure communication et des changements dynamiques au sein du cadre de financement actuel assureront leur faisabilité et leur durabilité. Il est recommandé de compléter un plan et un budget groupés couvrant tous les éléments de service et de gestion améliorés nécessaires à la mise en œuvre de l'UTC dans les zones géographiques identifiées et d'en discuter avec les partenaires de financement, y compris le Fonds mondial et/ou PEPFAR. Les stratégies incluant des agents de santé communautaires et le dépistage de multiples maladies devraient envisager de solliciter un cofinancement auprès de la couverture santé universelle et d'autres fonds de santé. Il convient de noter qu'en raison de la nature itérative et réactive de la mise en œuvre, il peut être nécessaire de négocier des mécanismes d'établissement de rapports et de responsabilisation afin d'assurer la flexibilité et le transfert des services tout au long de la mise en œuvre. Comme toutes les stratégies novatrices, il n'existe a priori aucune « garantie » de financement et nous nous attendons à ce que les premiers responsables de la mise en œuvre travaillent en étroite collaboration avec des bailleurs de fonds pour réussir à obtenir l'adhésion générale vis-à-vis du projet.

AUTRES INFORMATIONS

Les pays qui envisagent de mettre en œuvre l'UTC au niveau infranational sont vivement encouragés à tirer parti de l'appui technique disponible par l'intermédiaire de l'ONUSIDA. Ce soutien technique facilite l'engagement direct avec le Consortium des essais UTT (UT3C), qui est composé de membres clés des quatre équipes d'essais UTT sur lesquelles l'UTC est basé. Une équipe d'UTT aidera à identifier des experts pour fournir un soutien non seulement lors de la phase d'examen, mais également une fois qu'un pays aura décidé d'aller de l'avant et s'il a besoin d'aide pour planifier et mettre en œuvre l'ensemble des interventions de l'UTC. Cette assistance technique apporte une expérience détaillée de la mise en œuvre que l'on ne peut pas trouver en lisant uniquement les articles publiés à ce sujet. Si vous souhaitez demander une assistance technique ou en savoir plus, veuillez contacter Julianna Hills à l'adresse hillsj@unaids.org.

LES RÉSUMÉS SUIVANTS DES ESSAIS UTT SONT DISPONIBLES :

- ▶ Havlir DV et coll. « What do the Universal Test and Treat trials tell us about the path to HIV epidemic control? » (Que nous disent les essais « Universal Test and Treat » [dépistage et traitement universels] sur la voie menant au contrôle de l'épidémie de VIH ?) *J Int AIDS Soc.* 2020;23 (2):e25455 (<https://doi.org/10.1002/jia2.25455>).
- ▶ Hayes RJ et coll. Effect of universal testing and treatment on hiv incidence—HPTN 071 (PopART) (Effet du dépistage et du traitement universels sur l'incidence du VIH). *N Engl J Med.* 2019;381:207–218 (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1814556>).
- ▶ Havlir DV et coll. HIV Testing and treatment with the use of a community health approach in rural Africa (Dépistage et traitement du VIH avec l'utilisation d'une approche de santé communautaire en Afrique rurale). *N Engl J Med.* 2019;381:219–229 (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1809866>).
- ▶ Iwiji CC et al. Universal test and treat and the HIV epidemic in rural South Africa: a phase 4, open-label, community cluster randomized trial (Dépistage et traitement universels et l'épidémie de VIH en Afrique du Sud rurale : essai randomisé ouvert de phase 4 sur un groupe communautaire). *Lancet HIV.* 2017;5(3):E116–E125 ([https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(17\)30205-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(17)30205-9/fulltext)).
- ▶ Makhema J et coll. Universal testing, expanded treatment, and incidence of hiv infection in Botswana (Dépistage universel, traitement étendu et incidence des infections au VIH au Botswana). *N Engl J Med* 2019; 381:230–242 (https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1812281?query=recirc_curatedRelated_article).

