



# L'auto-test du VIH à Ottawa, Canada, utilisé par les personnes à risque de contracter le VIH : l'étude GetaKit

Patrick O'Byrne<sup>1\*</sup>, Alexandra Musten<sup>2</sup>, Amanda Vandyk<sup>1</sup>, Nikki Ho<sup>1</sup>, Lauren Orser<sup>1</sup>, Marlene Haines<sup>1</sup>, Vickie Paulin<sup>3</sup>

Cette oeuvre est mise à la disposition selon les termes de la licence internationale Creative Commons Attribution 4.0



## Affiliations

<sup>1</sup> École des sciences infirmières, Université d'Ottawa, Ottawa, ON

<sup>2</sup> Réseau ontarien de traitement du VIH, Toronto, ON

<sup>3</sup> Santé publique Ottawa, Ottawa, ON

## \*Correspondance :

[patrick.obyrne@uottawa.ca](mailto:patrick.obyrne@uottawa.ca)

## Résumé

**Contexte :** L'Agence de la santé publique du Canada estime qu'environ 87 % des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Canada ont été diagnostiquées, ce qui est bien en deçà de l'objectif du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida de faire diagnostiquer 95 % des personnes séropositives. La recherche a montré que l'auto-test du VIH peut aider à augmenter ces diagnostics, en particulier parmi les populations les plus touchées par le VIH. L'objectif de l'étude était de déterminer les résultats de l'adoption et du diagnostic associés à l'auto-test gratuit du VIH.

**Méthodes :** Nous avons élaboré le premier programme d'auto-test du VIH gratuit en ligne au Canada et l'avons mis en œuvre à Ottawa. Ce projet a été réalisé en collaboration avec le site Web [www.GetaKit.ca](http://www.GetaKit.ca). Nous avons l'intention de recruter de 150 à 400 participants sur une période de 6 à 12 mois, en estimant que ce nombre donnerait de 0 à 1 résultats positifs (le taux de positivité prévu est de 0,08 %).

**Résultats :** Entre le 20 juillet 2020 et le 1<sup>er</sup> avril 2021, 1 268 personnes ont consulté le site Web de GetaKit et vérifié leur admissibilité. Au total, 600 personnes étaient admissibles et 405 ont commandé une trousse de dépistage du VIH. Parmi ceux qui ont commandé une trousse, 399 ont rempli un questionnaire de référence. Dans l'ensemble, 71 % de ces participants étaient membres des groupes prioritaires de lutte contre le VIH. Pour ce qui est des résultats de test, 228 personnes ont déclaré des résultats de test, dont un était positif, soit un taux de positivité de 0,24 % au total et de 0,44 % des résultats déclarés. Ces taux dépassent ceux qui sont normalement observés à Ottawa.

**Conclusion :** L'auto-test du VIH peut être efficacement mis en œuvre par l'accès à un site Web. Une telle intervention sera également utilisée par les personnes atteintes d'infections non diagnostiquées et il semble que cette utilisation se fasse à un taux supérieur à celui observé par les autres moyens de dépistage. L'auto-test du VIH pourrait donc aider le Canada à atteindre les cibles 95-95-95 des Nations Unies.

**Citation proposée :** O'Byrne P, Musten A, Vandyk A, Ho N, Orser L, Haines M, Paulin V. L'auto-test du VIH à Ottawa, Canada, utilisé par les personnes à risque de contracter le VIH : l'étude GetaKit. *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 2021;47(10):483-91. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v47i10a06f>

**Mots-clés :** VIH, auto-test, Ottawa, Canada, groupe prioritaire, GetaKit

## Introduction

Les cibles 95-95-95 du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida visent à ce que 95 % des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) soient diagnostiquées, que 95 % des personnes diagnostiquées soient prises en charge et que 95 % des personnes prises en charge

atteignent une charge virale du VIH supprimée et maintiennent cet état d'ici 2030 (1). Toutefois, l'Agence de la santé publique du Canada (l'Agence) (2) estime qu'en 2018, seulement 87 % des personnes séropositives au Canada ont été diagnostiquées. De plus, les données de l'Agence soulignent qu'en plus



d'environ 13 % des personnes qui ne sont pas diagnostiquées, le VIH continue d'affecter de façon inégale les mêmes groupes prioritaires, soit les gais, les bisexuels et les autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (gbHARSAH); les personnes transgenres; les personnes d'origine africaine, les ethnies caribéennes ou noires, les membres des communautés autochtones et les personnes qui consomment des drogues (3,4). Un facteur qui contribue probablement à cette transmission continue et à la raison pour laquelle les personnes ignorent leur séropositivité est la persistance d'obstacles aux méthodes actuelles de dépistage du VIH, notamment au niveau individuel (peur des résultats, préoccupations concernant la confidentialité, etc.), au niveau des prestataires de soins de santé (stigmatisation, réticence au dépistage, etc.), et au niveau institutionnel et politique (criminalisation du comportement, ressources limitées, etc.) (5).

Étant donné que l'autodépistage du VIH, comparativement au dépistage par les pairs et en clinique, correspond souvent à une augmentation du dépistage, du diagnostic et de la satisfaction déclarée des utilisateurs parmi les membres des groupes prioritaires de lutte contre le VIH (6–9), nous avons étudié les résultats associés à l'auto-test gratuit du VIH à domicile à Ottawa. Pour ce faire, nous avons lancé le projet GetaKit ([www.GetaKit.ca](http://www.GetaKit.ca)), qui était le premier programme d'envoi par la poste en ligne au Canada grâce auquel les personnes pouvaient commander un test de dépistage INSTIM<sup>MD</sup> autoadministré du VIH et le faire livrer à leur domicile ou à un autre point de ramassage désigné. Alors que d'autres études ont observé des patients se soumettre à des tests autoadministrés dans des contextes cliniques contrôlés, nos objectifs étaient les suivants en mettant en œuvre le test GetaKit : 1) évaluer l'auto-test du VIH dans des contextes réels; 2) faciliter le dépistage du VIH; 3) identifier les personnes atteintes d'une infection au VIH non diagnostiquée et 4) mettre les personnes en relation avec les services de soins ou de prévention en fonction des résultats de leur test de dépistage du VIH. Nous avons détaillé le processus de mise en œuvre de GetaKit ailleurs, toutefois, nous présentons ici les résultats obtenus entre le 20 juillet 2020 et le 1<sup>er</sup> avril 2021, en plus de décrire nos participants, notamment le nombre de ceux qui appartenaient à un groupe prioritaire ou qui s'identifiaient comme des femmes; nous présentons également les corrélations entre les personnes qui passaient un test pour la première fois et celles qui ont communiqué leurs résultats.

## Méthodes

### Conception

GetaKit est une étude d'observation prospective de cohorte ouverte comportant trois phases. La phase 1 a consisté en un projet pilote de tests autoadministrés du VIH à domicile à Ottawa. Étant donné que le taux de séropositivité au VIH était de 0,1 % en Ontario et de 0,08 % à Ottawa (données non publiées—disponibles sur demande), une période de 6 à 12 mois a été jugée suffisante pour inscrire de 150 à

400 adultes qui pouvaient se soumettre au test jusqu'à trois fois chacun; nous nous attendions à un résultat positif de 0 à 1 pour cet échantillon. La phase 2 a consisté à la livraison de tests autoadministrés dans d'autres emplacements en Ontario. La phase 3 comprenait l'ajout de tests complets de dépistage des infections transmissibles sexuellement. Le présent document fait état de la phase 1.

### Collecte de données

Pour être admissibles, les personnes doivent être séronégatives ou ne pas connaître leur état sérologique, avoir au moins 18 ans, vivre à Ottawa ou dans les environs et avoir un téléphone cellulaire. Les critères d'exclusion comprenaient la prophylaxie pré-exposition (PrEP), la participation à un essai de vaccin contre le VIH et le diagnostic d'un trouble de saignement.

Pour le recrutement, nous avons créé GetaKit.ca et nous sommes engagés dans la sensibilisation du public au moyen d'affiches dans les lieux publics et les centres de soins de santé et dans les médias sociaux. Nous avons travaillé avec des organisations locales de services liés au syndrome d'immunodéficience acquise pour faire de la promotion auprès des groupes prioritaires.

La collecte des données s'est faite par l'entremise de GetaKit.ca. Par étapes, les participants potentiels devaient d'abord passer un test de sélection anonyme, pour lequel toutes les questions étaient obligatoires. Les personnes non admissibles ont été aiguillées vers d'autres ressources à des fins de dépistage et de soutien. Les personnes admissibles pouvaient s'inscrire, ce qui demandait de fournir un nom, une date de naissance et un numéro de téléphone cellulaire (pour une authentification à deux facteurs). Une fois inscrits, les participants ont été invités à répondre à une enquête, qui a permis de recueillir des renseignements sur le pays de naissance, l'origine ethnique, le sexe, le genre, l'orientation sexuelle, le genre et les pratiques de consommation de drogues, ainsi que sur les antécédents de dépistage du VIH; les participants avaient l'option de sélectionner « préfère ne pas répondre » dans l'enquête. Une fois terminé, les participants pouvaient commander un test de dépistage du VIH, qui était livré en un à trois jours ouvrables. Le test et l'expédition étaient gratuits. Nous avons demandé aux participants de déclarer leurs résultats de test du VIH par l'entremise de GetaKit.ca.

Le Réseau ontarien de traitement du VIH a financé GetaKit et le Conseil d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa ont approuvé le projet (H-12-20-6450).

### Analyse des données

Les données ont été extraites de GetaKit.ca dans un fichier Excel. Les caractéristiques des participants ont été déclarées pour l'échantillon total à l'aide de fréquences et de pourcentages. Nous avons stratifié par sexe, décrit les participantes qui se sont identifiées comme étant des femmes en utilisant des fréquences et des pourcentages, et utilisé  $\chi^2$  à deux variables pour



déterminer quelles caractéristiques différaient considérablement d'un groupe à l'autre. Pour les résultats d'intérêt, nous avons cherché à comprendre quels participants 1) avaient déjà passé un test de dépistage du VIH, 2) avaient déclaré leur résultat d'auto-test du VIH et 3) avaient effectué l'auto-test du VIH de façon appropriée (i.e. avaient reçu un résultat valide). Chaque résultat était dichotomique, et des variables indépendantes (i.e. caractéristiques des participants) ont été catégorisées pour assurer une taille de cellule adéquate. Les relations entre les variables indépendantes et les résultats ont d'abord été explorées à l'aide de la régression logistique binaire bivariée. Si une relation significative (dans n'importe quelle direction) a été déterminée à  $p < 0,1$ , la variable a été retenue pour l'analyse multivariée au moyen de la régression logistique binaire hiérarchique. Chaque résultat a été examiné séparément, et seules les variables significatives à  $p < 0,05$  ont été incluses dans les modèles finaux. La qualité de l'ajustement a été évaluée à l'aide du test Hosmer-Lemeshow. Les cas de données manquantes ont été supprimés dans la liste. Le logiciel SPSS v.26 a été utilisé pour l'analyse.

## Résultats

La phase 1 de notre étude s'est déroulée du 20 juillet 2020 au 1<sup>er</sup> avril 2021. Au cours de cette période, 1 268 personnes ont passé le test de présélection de l'admissibilité, et une moyenne de 160 accès par mois; 47,3 % ( $n = 600$ ) étaient admissibles à un test autoadministré. En particulier, 59,1 % ( $n = 395$ ) des personnes étaient inadmissibles après avoir présenté des données incomplètes. Parmi les 273 personnes ayant des données complètes, 14,3 % ( $n = 39$ ) étaient inadmissibles pour de multiples raisons, et le reste l'était pour des raisons uniques. Comme le résume le **tableau 1**, résider à l'extérieur d'Ottawa était la raison la plus courante d'inadmissibilité, suivie de l'utilisation de la prophylaxie pré-exposition.

Sur les 600 participants admissibles, 67,5 % ( $n = 405$ ) ont répondu à l'enquête et ont commandé un test de dépistage du VIH. Six participants ont choisi « préfère ne pas déclarer » pour toutes les réponses et ont été retirés de l'analyse. Les 399 participants restants étaient en moyenne âgés de 32 ans, 66 % ( $n = 264$ ) ayant déclaré être de race blanche, 68 % ( $n = 270$ ) s'identifiant comme des hommes, 57,4 % ( $n = 229$ ) indiquant être du groupe gbHARSAH. De plus, 57,1 % ( $n = 228$ ) ont déclaré un revenu de plus de 40 000 \$ et 77 % ont déclaré avoir fait des études collégiales ou universitaires (continues ou terminées). Au total, 70,9 % ( $n = 283$ ) des participants présentaient une ou plusieurs caractéristiques d'un groupe prioritaire du VIH, qui est passé à 76,4 % ( $n = 305$ ) lorsque toutes les personnes racialisées ont été incluses dans la présente analyse (**tableau 2**).

Cent quinze participants se sont identifiés comme des femmes, dont 24 % ( $n = 28$ ) appartenaient à un groupe prioritaire, qui est passé à 39 % ( $n = 45$ ) lorsqu'on inclut les femmes de toute

**Tableau 1 : Raisons pour lesquelles les participants ne sont pas admissibles à l'auto-test du VIH pour le programme Getakit.ca**

Raison de l'inadmissibilité	Nombre de personne (non exclusif) <sup>a</sup>	% de personnes (non exclusif) <sup>a</sup>	Nombre de personnes (exclusif)	% de personnes (exclusif)
Vivre à l'extérieur d'Ottawa	150	49	125	51
Utilisent la PrEP	85	28	67	27
Pas de téléphone cellulaire	32	10	26	11
Moins de 18 ans	17	6	10	4
Résultat du test de dépistage du VIH (indéterminé <sup>b</sup> /positif)	10	3	7	3
Trouble de saignement	9	3	7	3
Participation à un essai de vaccin contre le VIH	4	1	2	1

Abréviations : PrEP, prophylaxie pré-exposition VIH, virus de l'immunodéficience humaine  
<sup>a</sup> Non exclusif indique que c'est l'une des nombreuses raisons pour lesquelles un participant a été exclu; exclusif indique que c'était la seule raison pour laquelle cette personne a été jugée inadmissible

<sup>b</sup> Les personnes dont les résultats sont positifs ou indéterminés devraient passer un test sérologique à titre de suivi

**Tableau 2 : Caractéristiques des participants admissibles au programme Getakit.ca**

Caractéristique	Description	n	%
Membre d'une population prioritaire ( $n = 399$ )	Oui	283	71
	Non	116	29
Âge (années) ( $n = 395$ )	25 ans ou moins	110	28
	26 à 49 ans	257	65
	50 ans et plus	28	7
Origine ethnique ( $n = 399$ )	Arabe	16	4
	Noir	23	6
	Autochtones	16	4
	Latin	13	3
	Mixte	22	6
	Asie du Sud	13	3
	Asie du Sud-Est	25	6
Genre ( $n = 395$ )	Caucasien	264	66
	Hommes (y compris les hommes transgenres)	270	68
	Femmes (y compris les femmes transgenres)	115	29
	Non-conformités de genre	10	3
Orientation sexuelle ( $n = 390$ )	Gais (tous genres)	287	74
	gbHARSAH	229	59
	Hétérosexuel	103	26

**Tableau 2 : Caractéristiques des participants admissibles au programme Getakit.ca (suite)**

Caractéristique	Description	n	%
Revenu (n = 348)	Moins de 20 000 \$ par année	60	17
	De 20 000 \$ à 75 000 \$ par année	176	51
	Plus de 75 000 \$ par année	112	32
Études (n = 391)	École secondaire ou niveau inférieur	89	23
	Diplôme collégial ou baccalauréat	219	56
	Diplôme universitaire supérieur	83	21
A un fournisseur de soins primaires (n = 392)	Oui	264	67
	Non	128	33
A déjà subi un test de dépistage du VIH (n = 398)	Oui	290	73
	Non	108	27
Emplacement des tests de dépistage du VIH antérieurs (n = 281)	Bureau du médecin généraliste	98	35
	Clinique de santé publique	154	55
	Service des urgences ou autre milieu hospitalier	6	2
	Autres	29	10
Nombre de partenaires sexuels (n = 382)	0 ou 1	191	50
	2 à 5	165	43
	6 ou plus	26	7
État sérologique des partenaires (n = 389)	Séronégatif (ou pas de partenaire)	280	72
	Séropositif	16	4
	Inconnu	93	24
A des antécédents de consommation de substances (n = 364)	Oui	194	53
	Non	170	47

Abréviations : gbHARSAH, gais bissexuels et hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes; VIH, virus de l'immunodéficience humaine

minorité raciale. Lorsqu'on compare les participants qui se sont identifiés comme des hommes ou des femmes, on constate des associations significatives (bivariées) entre le sexe et huit caractéristiques. Les femmes et les hommes différaient selon ce qui suit : 1) s'ils étaient membres d'un groupe prioritaire ( $p < 0,001$ ); 2) s'ils s'identifiaient comme hétérosexuels ou gais ( $p < 0,001$ ); 3) s'ils avaient un fournisseur de soins primaires ( $p = 0,005$ ); 4) s'ils avaient déjà subi un test de dépistage du VIH ( $p < 0,001$ ); 5) s'ils ont été testés dans une clinique de santé publique ( $p < 0,001$ ); 6) s'ils ont déclaré avoir consommé de la drogue ( $p = 0,002$ ); 7) s'ils avaient plus d'un partenaire sexuel ( $p < 0,001$ ); ou 8) leur âge ( $p = 0,029$ ). Lorsque toutes les caractéristiques significatives ont été saisies dans un modèle de régression logistique binaire, seul le statut de groupe prioritaire et le nombre de partenaires sexuels sont demeurés significatifs, les femmes étant moins susceptibles d'appartenir à des groupes racialisés, de consommer des drogues injectables et d'être une minorité sexuelle (OR = 0,04; IC à 95 % = 0,02–0,08). Les femmes étaient également plus susceptibles de déclarer avoir moins de partenaires sexuels que les hommes (OR = 0,47; IC à 95 % = 0,25–0,92) (tableau 3).

En ce qui concerne les antécédents de dépistage du VIH, parmi tous les participants, 23,9 % (n = 95) n'ont déclaré aucun dépistage préalable et 3,3 % (n = 13/398) n'étaient pas certains s'ils avaient déjà subi un test de dépistage du VIH. Parmi les 290 participants qui ont déclaré avoir déjà subi un test de dépistage du VIH, 59,6 % (n = 174) l'ont fait il y a moins de 12 mois. En ce qui concerne l'endroit du dépistage (n = 281 déclaré), 54,8 % (n = 154) ont indiqué qu'ils avaient été testés pour la dernière fois dans une clinique de santé publique ou de lutte contre les infections transmissibles sexuellement, 33,6 % (n = 98) auprès d'un fournisseur de soins primaires et 2,1 % (n = 6) à l'urgence ou dans un autre contexte hospitalier (tableau 2).

**Tableau 3 : Caractéristiques des participants admissibles qui avaient déjà passé un test de dépistage du VIH**

Caractéristiques	Hommes		Femmes		Bivarié		Multivariable <sup>a</sup> [réf. = premier]		
	n	%	n	%	$\chi^2$	p	OR	IC à 95 %	
								Plus bas	Plus haut
<b>Population prioritaire</b>									
Membre d'une population prioritaire	244	90	28	24	167,404	< 0,001	0,04	0,02	0,08
<b>Ethnicité</b>									
Caucasien	177	65	79	69	3,977	NS	s.o.	s.o.	s.o.
Noir ou Autochtone	23	9	15	13					
Autres	71	26	21	18					
<b>Orientation sexuelle</b>									
Gay	229	85	53	47	58,970	< 0,001	NS	s.o.	s.o.
Hétérosexuel	41	15	60	53					



Tableau 3 : Caractéristiques des participants admissibles qui avaient déjà passé un test de dépistage du VIH (suite)

Caractéristiques	Hommes		Femmes		Bivarié		Multivariable <sup>a</sup> [réf. = premier]		
	n	%	n	%	X <sup>2</sup>	p	OR	IC à 95 %	
								Plus bas	Plus haut
<b>Revenu</b>									
Moins de 20 000 \$ par année	38	16	20	20	0,757	NS	s.o.	s.o.	s.o.
De 20 000 \$ à moins de 75 000 \$ par année	120	51	48	48					
Plus de 75 000 \$ par année	78	33	32	32					
<b>Éducation</b>									
École secondaire	54	20	34	30	4,262	NS	s.o.	s.o.	s.o.
Collège ou université	153	58	57	50					
Diplôme d'études supérieures	59	22	22	20					
<b>Fournisseur de soins de santé</b>									
A un fournisseur de soins de santé primaires	168	63	88	78	7,837	0,005	NS	s.o.	s.o.
<b>Dépistage du VIH</b>									
Antécédents de tests de dépistage du VIH	216	80	63	55	25,705	< 0,001	NS	s.o.	s.o.
<b>Emplacement des tests</b>									
Clinique de santé publique	131	63	16	26	28,076	< 0,001	s.o. <sup>b</sup>	s.o.	s.o.
Bureau du médecin généraliste	57	27	38	62					
Autres	21	10	7	12					
<b>Nombre de partenaires sexuels</b>									
0 ou 1	102	39	80	72	34,334	< 0,001	0,47	0,25	0,88
2 à 5	133	51	29	26					
6 ou plus	24	7	2	< 1					
<b>État sérologique du partenaire</b>									
Aucun partenaire ou partenaire séronégatif	187	71	84	75	4,435	NS	s.o.	s.o.	s.o.
Séropositif	15	6	1	< 1					
Inconnu	63	24	27	24					
<b>Consommation de substances</b>									
Consommation déclarée de substances	146	59	44	42	9,244	0,002	NS	s.o.	s.o.
<b>Âge</b>									
Moins de 25 ans	63	24	42	37	7,097	0,029	NS	s.o.	s.o.
26 à 49 ans	182	68	67	58					
Plus de 50 ans	22	8	6	2					

Abbreviations : NS, non significatif; s.o., sans objet; VIH, virus de l'immunodéficience humaine

<sup>a</sup> Test de Hosmer-Lemeshow  $p = 0,104$

<sup>b</sup> Non saisi, taille de cellule insuffisante après suppression du cas dans le sens de la liste

Les participants qui ont déjà passé un test de dépistage du VIH étaient plus susceptibles d'être plus âgés ( $p < 0,005$ ), de s'identifier comme des hommes ( $p < 0,005$ ), d'avoir de 2 à 5 partenaires sexuels ( $p < 0,005$ ) et de connaître l'état sérologique de leurs partenaires sexuels (tableau 4). Alors que 46 % ( $n = 50$ ) des personnes qui ont passé un test pour la première fois faisaient partie d'une population prioritaire, 82 % de tous les membres des populations prioritaires ont

déclaré avoir déjà passé un test de dépistage du VIH. De plus, les participants qui ne faisaient pas partie d'une population prioritaire étaient près de cinq fois plus susceptibles d'être testés pour le VIH dans une clinique de soins primaires que dans une clinique de santé publique ( $p < 0,001$ ; OR 4,71; IC à 95 % = 2,39–9,27). Ces résultats ont révélé des différences dans l'accès aux soins de santé entre les femmes et les hommes.



Tableau 4 : Caractéristiques des participants au projet GetaKit admissibles qui ont déjà fait l'objet d'un test de dépistage du VIH

Caractéristique	Interprétation	Bivarié				Multivariable <sup>a</sup> [réf. = premier]			
		p	OR	IC à 95 %		p	OR	IC à 95 %	
				Plus bas	Plus haut			Plus bas	Plus haut
Population prioritaire	Les membres des populations prioritaires sont plus susceptibles	< 0,05	4,74	2,95	6,64	NS	s.o.	s.o.	s.o.
Âge	26 à 49 ans	< 0,05	4,85	2,96	7,93	< 0,005	4,58	2,63	8,00
	Plus susceptibles d'avoir 50 ans ou plus		4,86	1,72	13,71		9,13	2,64	31,49
Ethnie	Aucune différence	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Genre	Les femmes sont moins susceptibles	< 0,05	0,30	0,19	0,49	NS	s.o.	s.o.	s.o.
Orientation sexuelle	Les personnes qui s'identifient comme hétérosexuelles sont moins susceptibles	< 0,05	0,25	0,15	0,40	< 0,005	0,33	0,18	0,58
Revenu	Les personnes dont le revenu annuel se situe entre 20 000 \$ et 75 000 \$ sont plus susceptibles	< 0,05	2,07	1,07	3,97	NS	s.o.	s.o.	s.o.
Éducation	Personnes ayant fait des études collégiales ou universitaires	< 0,05	2,62	1,56	4,43	NS	s.o.	s.o.	s.o.
	Les personnes détenant un diplôme d'études supérieures sont plus susceptibles		3,92	1,93	8,00				
Soins primaires	Aucune différence	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Nombre de partenaires	2 à 5	< 0,05	3,16	1,91	5,24	< 0,005	2,89	1,57	5,32
	Les personnes qui ont 6 partenaires et plus sont plus susceptibles		3,4	1,13	10,27	NS			
État sérologique du partenaire	Les personnes qui ne connaissent pas leur état sérologique sont moins susceptibles	< 0,05	0,39	0,24	0,65	< 0,005	0,28	0,15	0,53
Consommation de substances	Les personnes ayant des antécédents de consommation sont plus susceptibles	< 0,05	2,34	1,45	3,76	NS	s.o.	s.o.	s.o.
Résultat déclaré	Aucune différence	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS

Abréviations : NS, non significatif; s.o., sans objet  
<sup>a</sup> Test de Hosmer-Lemeshow  $p = 0,387$

Dans l'ensemble, 57,1 % (n = 228) des participants ont déclaré leurs résultats de test de dépistage du VIH par l'entremise de GetaKit.ca, 77,6 % (n = 177) étaient négatifs, 20,6 % (n = 47) étaient invalides, 1,3 % (n = 3) étaient « préfère ne pas déclarer » et 0,4 % (n = 1) étaient positifs. Le taux de positivité était de 0,24 % pour tous les tests (n = 1) et de 0,44 % pour les résultats déclarés (n = 1). Il n'y avait pas de liens importants entre les caractéristiques des participants et les résultats des tests de dépistage du VIH. Les participants qui se sont déclarés hétérosexuels étaient moins susceptibles de déclarer leurs résultats de test de dépistage du VIH que les participants qui se sont déclarés gbHARSAH (p < 0,05; OR 0,58; IC à 95 % = 0,37–0,91).

## Discussion

Au cours de la phase 1 du projet GetaKit, 1 268 personnes ont évalué leur admissibilité; la moitié d'entre elles étaient admissibles, et un tiers ont commandé un test. La raison la plus courante d'inadmissibilité était de vivre à l'extérieur d'Ottawa. Près des trois quarts des participants admissibles (environ le quart des femmes admissibles) appartenaient à des groupes prioritaires et près de la moitié des personnes qui passaient un test pour la première fois appartenaient à des groupes prioritaires. Les participants des groupes prioritaires étaient plus susceptibles de déclarer des résultats, comparativement aux participants de groupes non prioritaires. Environ le quart des participants admissibles (près de la moitié des participantes)





ont déclaré n'avoir passé aucun test de dépistage du VIH. Plus de la moitié des participants ont rapporté leurs résultats de tests autoadministrés sur le site Web de GetaKit; la plupart des résultats étaient négatifs et un était positif, pour un taux de positivité de 0,24 % (0,44 % pour les tests déclarés), comparativement à un taux de positivité de référence de 0,08 % pour le VIH à Ottawa.

Conformément à des études publiées précédemment, nos résultats soulignent qu'un système de commande en ligne pour l'auto-test gratuit du VIH peut faciliter le dépistage pour certaines personnes affectées par le VIH (10–15). À l'appui de cette affirmation, près des trois quarts de nos participants étaient membres d'un groupe prioritaire et nos taux de positivité étaient de 3 à 5,5 fois plus élevés que le taux de référence à Ottawa. En particulier, les données du bureau de santé local ont indiqué que, pendant la période de l'étude, 32 personnes ont déclaré avoir le VIH, dont 13 avaient déjà été diagnostiquées dans d'autres pays et étaient au courant de leur séropositivité. Par conséquent, GetaKit représentait 5,2 % ( $n = 1$ ) des nouveaux diagnostics à Ottawa au cours de la phase 1 de l'étude. Ce résultat est probablement lié au fait que plus de la moitié de nos participants se sont identifiés comme appartenant à la communauté gbHARSAH, qui représente plus des trois quarts des nouvelles infections au VIH (définies comme ayant été contractées au cours des 12 mois précédents) à Ottawa (16).

## Limites

Nos résultats ont également mis en lumière un accès facilité au dépistage pour les femmes qui n'avaient jamais été testées auparavant pour le VIH. En effet, près de la moitié des participantes qui se sont identifiées comme étant des femmes ont indiqué n'avoir passé aucun test au préalable. Cependant, aucune femme n'a reçu un résultat séropositif au VIH et seulement le quart des femmes appartenaient à des groupes prioritaires, ce qui indique qu'il faut redoubler d'efforts pour cibler le dépistage chez les femmes les plus à risque et les plus touchées par le VIH. Cela comprendrait les femmes qui sont africaines, caribéennes ou noires, autochtones, qui consomment des drogues, qui sont transgenres et qui ont d'autres facteurs socioéconomiques qui augmentent leur vulnérabilité au VIH. Le risque de violence associé à l'auto-test du VIH à la maison (17) est peut-être l'une des raisons pour lesquelles le taux de participation était plus faible chez les femmes. Une autre raison pour laquelle la participation à GetaKit a diminué est peut-être que les femmes avaient accès à des tests de dépistage par des établissements de soins de santé traditionnels. Le fait que les services de prévention du VIH soient souvent ciblés sur la communauté gbHARSAH peut également avoir affecté la participation des femmes. La phase 2 du projet GetaKit comprend la collecte et la commande en bordure des rues à des endroits communautaires distincts, ce qui permettra de traiter les

cas d'inaccessibilités involontaires chez les femmes à risque élevé d'être infectées par le VIH.

Une autre limite importante de cette étude est qu'elle s'est produite pendant la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), lorsque l'accès aux services de dépistage du VIH était limité. Ainsi, les gens pourraient avoir utilisé GetaKit à un taux plus élevé parce que les établissements de soins de santé étaient moins accessibles. À l'inverse, il se peut que la nécessité d'avoir accès à des tests pendant la période d'étude ait été moindre si les personnes avaient restreint leurs pratiques sexuelles en raison des protocoles d'isolement liés à la COVID-19. De plus, nos constatations au sujet des femmes ont peut-être été influencées par le processus de suppression progressive, car cela a réduit l'échantillon analytique pour les femmes en raison de données manquantes. Pour résoudre ce problème, à la phase 2, nous avons ajouté d'autres questions concernant les personnes transgenres et non conformes au genre. Ensuite, la proportion de femmes appartenant à des groupes prioritaires peut avoir été plus élevée que ce que nous avons déterminé, puisque notre enquête de phase 1 ne portait pas sur les travailleurs du sexe. Cela a été corrigé pour la phase 2. Enfin, le fait que le projet GetaKit fonctionnait exclusivement par l'entremise d'un site Web a probablement limité l'accès aux personnes peu alphabétisées sur le plan technologique ou à celles qui n'avaient pas facilement accès à des ordinateurs. Bien que les restrictions liées à la COVID-19 n'aient pas permis l'inscription en personne, des sondages sur papier ont été produits pour la phase 2 et seront disponibles à certains endroits sur place.

## Conclusion

L'étude GetaKit est la première étude sur des tests autoadministrés sur le VIH à être envoyée gratuitement par la poste au Canada. Au cours de la phase 1, les membres des groupes les plus touchés par le VIH au Canada et les personnes n'ayant jamais fait l'objet d'un test de dépistage du VIH se sont montrés très intéressés à participer. Tout en obtenant de tels résultats, le projet GetaKit semblait néanmoins avoir atteint des populations de gbHARSAH plus instruites et à revenu plus élevé, plutôt que l'ensemble des groupes prioritaires de lutte contre le VIH. Par conséquent, nos conclusions soulignent l'importance d'offrir le test autoadministré du VIH de cette manière, tout en identifiant le besoin urgent d'étendre GetaKit à un plus grand nombre de régions et de réduire les obstacles à l'accès (qui seront abordés dans la phase 2). Nos conclusions soulignent également la nécessité d'élargir l'accès aux femmes les plus à risque de contracter le VIH. Cela pourrait se faire par la sensibilisation directe et par des mécanismes plus discrets de commande et de ramassage (phase 2). Grâce à ces améliorations, nous pourrions réduire la proportion de personnes qui ne savent pas qu'elles sont séropositives et aider le Canada à atteindre les cibles 95-95-95 des Nations Unies.



## Déclaration des auteurs

P. O'B. est le chercheur principal du projet GetaKit et a participé à tous les aspects du projet et du document. A. M. a participé à tous les aspects du projet GetaKit et de cet article. A. V. a participé à toutes les analyses statistiques; elle a rédigé tout le texte statistique et a examiné et approuvé l'article final. N. H. était assistante de recherche pour projet GetaKit et a participé à la collecte de données, à la rédaction de documents, à la révision, à la présentation et à l'approbation. L. O. était responsable clinique du VIH pour le projet GetaKit et assistante de recherche pour GetaKit, et a participé à la collecte de données, à la rédaction de l'article, à la révision, à la présentation et à l'approbation. M. H. était assistante de recherche pour projet GetaKit et a participé à la collecte de données, à la rédaction de l'article, à la révision, à la présentation et à l'approbation. V. P. était une clinicienne participant au projet GetaKit; elle a également supervisé tous les médias sociaux pendant la phase 1 du projet GetaKit; elle a participé à la collecte des données, à la rédaction de l'article, à la révision, à la soumission et à l'approbation de l'article.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs et ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

## Intérêts concurrents

Aucun.

## Remerciements

P. O'B. tient à remercier le Réseau ontarien de traitement du VIH pour sa chaire de recherche en santé publique et en prévention du VIH. L. O. aimerait remercier les Instituts de recherche en santé du Canada pour sa bourse d'études Vanier.

## Financement

Le Réseau ontarien de traitement du VIH a financé ce projet.

## Références

1. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Accélérer la riposte : mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030. Genève (Suisse) : ONUSIDA; 2014 (accédé 2021-05-03). [https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2014/JC2686\\_WAD2014report](https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2014/JC2686_WAD2014report)
2. Agence de la santé publique du Canada. 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. Ottawa (ON) : ASPC; (modifié 2021-06; accédé 2021-05-03). <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/esume-estimations-incidence-prevalence-vih-progres-realises-canada-90-90-90.html>
3. Ontario HIV Treatment Network. Priority populations. Toronto (ON): OHTN (accédé 2021-05-04). <https://www.ohtn.on.ca/research-portals/priority-populations/>
4. Haddad N, Weeks A, Robert A, Totten S. Le VIH au Canada – rapport de surveillance, 2019. Relevé des maladies transmissibles au Canada 2021;47(1):87–98. DOI
5. Laprise C, Bolster-Foucault C. 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):117–38. DOI
6. Bjørnshagen V, Moseng BU, Ugreninov E. Who do you reach? A Norwegian pilot project on HIV self-testing that targeted men who have sex with men. AIDS Behav 2020;24(2):568–79. DOI PubMed
7. Johnson CC, Kennedy C, Fonner V, Siegfried N, Figueroa C, Dalal S, Sands A, Baggaley R. Examining the effects of HIV self-testing compared to standard HIV testing services: a systematic review and meta-analysis. J Int AIDS Soc 2017;20(1):21594. DOI PubMed
8. Witzel TC, Eshun-Wilson I, Jamil MS, Tilouche N, Figueroa C, Johnson CC, Reid D, Baggaley R, Siegfried N, Burns FM, Rodger AJ, Weatherburn P. Comparing the effects of HIV self-testing to standard HIV testing for key populations: a systematic review and meta-analysis. BMC Med 2020;18(1):381. DOI PubMed
9. Witzel TC, Wright T, McCabe L, Gabriel MM, Wolton A, Gafos M, Ward D, Lampe FC, Phillips AN, Trevelion R, Collaco-Moraes Y, Harbottle J, Speakman A, Bonell C, Dunn DD, McCormack S, Burns FM, Weatherburn P, Rodger AJ. Impact and acceptability of HIV self-testing for trans men and trans women: A mixed-methods subgroup analysis of the SELPHI randomised controlled trial and process evaluation in England and Wales. EClinicalMedicine 2021;32:100700. DOI PubMed
10. Bell SF, Dean JA, Lemoire J, Debattista J, Driver G, Gilks CF, Redmond A, Williams OD. Integrated HIV self-testing (HIVST) service delivery in Queensland for policy and service development: study protocol. AIDS Care 2019;31(2):207–15. DOI PubMed
11. De Boni RB, Veloso VG, Fernandes NM, Lessa F, Corrêa RG, Lima RS, Cruz M, Oliveira J, Nogueira SM, de Jesus B, Reis T, Lentini N, Miranda RL, Bingham T, Johnson CC, Barbosa Junior A, Grinsztejn B. An internet-based HIV self-testing program to increase HIV testing uptake among men who have sex with men in Brazil: descriptive cross-sectional analysis. J Med Internet Res 2019;21(8):e14145. DOI PubMed





12. Dean J, Lui C, Mutch A, Scott M, Howard C, Lemoire J, Crothers A, Fitzgerald L, Williams OD. Knowledge and awareness of HIV self-testing among Australian gay and bisexual men: a comparison of never, sub-optimal and optimal testers willingness to use. *AIDS Care* 2019;31(2):224–9. DOI PubMed
13. Giacomazzo A. Lautodépistage du VIH : Apprendre des modèles de programmes internationaux pour faire tester plus de gens. Toronto (ON) : CATIE; 2020 (accédé 2021-05-04). <https://www.catie.ca/fr/pdm/automne-2020/autodepistage-vih-apprendre-modeles-programmes-internationaux-faire-tester-plus-gen>
14. Han L, Bien CH, Wei C, Muessig KE, Yang M, Liu F, Yang L, Meng G, Emch ME, Tucker JD. HIV self-testing among online MSM in China: implications for expanding HIV testing among key populations. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2014;67(2):216–21. DOI PubMed
15. LeGrand S, Muessig KE, Horvath KJ, Rosengren AL, Hightow-Weidman LB. Using technology to support HIV self-testing among MSM. *Curr Opin HIV AIDS* 2017;12(5):425–31. DOI PubMed
16. Spatz Friedman D, O'Byrne P, Roy M. Comparing those diagnosed early versus late in their HIV infection: implications for public health. *Int J STD AIDS* 2017;28(7):693–701. DOI PubMed
17. World Health Organization. Guidelines on HIV self-testing and partner notification. Geneva, Switzerland: WHO; 2016 (accédé 2021-05-04). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/251655/9789241549868-eng.pdf>

**Voulez-vous devenir pair examinateur?**

**Communiquez avec l'équipe de rédaction du RMTC : [ccdr-rmtc@phac-aspc.gc.ca](mailto:ccdr-rmtc@phac-aspc.gc.ca)**

**RMTC** RELEVÉ DES MALADIES TRANSMISSIBLES AU CANADA