

VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE

GUIDE POUR LE DÉPISTAGE ET LE DIAGNOSTIC DE L'INFECTION PAR LE VIH

PROTÉGER LES CANADIENS CONTRE LES MALADIES

Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.

— Agence de la santé publique du Canada

VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE

Guide pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH

est disponible sur Internet à l'adresse suivante :

<http://www.phac-aspc.gc.ca>

Also available in English under the title:

HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS

HIV Screening and Testing Guide

Pour obtenir une copie de ce rapport, veuillez envoyer votre demande à :

Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Agence de la santé publique du Canada

100, promenade Églantine, Immeuble Santé Canada

I.A. 0602C, pré Tunney

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Courriel : ccdic-clmti@phac-aspc.gc.ca

Il est possible d'obtenir la présente publication sous différents formats, sur demande.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, 2012

Cat.: HP40-76/2012F-PDF

ISBN: 978-0-662-71000-4

VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE

Guide pour le dépistage et le diagnostic
de l'infection par le VIH

Sommaire

VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE GUIDE POUR LE DÉPISTAGE ET LE DIAGNOSTIC DE L'INFECTION PAR LE VIH

L'Agence de la santé publique du Canada estime que, en 2011, 25 % des personnes vivant avec le VIH au Canada ignoraient qu'elles étaient infectées. Le présent guide a pour objectif de contribuer aux efforts existants visant à soutenir les fournisseurs de soins directement concernés par le dépistage du VIH, notamment les fournisseurs de soins de santé primaires, les infirmières de santé publique, les personnes offrant du counseling, les travailleurs sociaux, les travailleurs en santé communautaire, les sages-femmes, les fournisseurs de services communautaires et autres, dans le but de réduire le nombre d'infections par le VIH non diagnostiquées au Canada. Le présent guide ne remplace pas les exigences provinciales ou territoriales en matière de réglementation, de politiques et de pratique, ni les lignes directrices professionnelles qui régissent et guident la pratique des fournisseurs de soins de santé dans leur province ou territoire respectif. Les fournisseurs de soins doivent respecter les règlements locaux en matière de santé publique lorsqu'ils réalisent un dépistage du VIH.

Les progrès réalisés dans le traitement de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ont ralenti la progression de la maladie au point que l'infection par le VIH est désormais considérée comme une affection chronique et maîtrisable, qui permet à un plus grand nombre de personnes séropositives de vivre une vie active et saine pendant de longues années. La réduction du nombre d'infections par le VIH non diagnostiquées au Canada aurait plusieurs avantages.

Le dépistage offre les avantages suivants :

- il permet à tous les clients d'atténuer l'angoisse liée à la séro-ignorance et d'établir des données de base dans le cadre du programme de soins de santé de chacun;
- il permet aux clients dont le test est négatif de recevoir de l'information sur les mesures de protection nécessaires et les comportements à adopter pour prévenir l'infection par le VIH;

- il permet aux clients dont le test est positif de recevoir de l'information, des conseils, des soins, un traitement et le soutien nécessaire à la prise en charge de l'infection par le VIH ainsi que des renseignements sur les mesures à prendre pour éviter de s'exposer une nouvelle fois au virus et pour en prévenir la retransmission.

Il est recommandé d'offrir le dépistage du VIH et d'en discuter dans le cadre des soins de santé réguliers. Cette recommandation est basée sur l'ensemble des données de qualité disponibles actuellement qui démontrent les bienfaits tant pour les personnes que pour la santé publique de la normalisation du dépistage du VIH. En procédant à un diagnostic plus précoce et en amorçant plus rapidement le traitement antirétroviral hautement actif, on peut réduire la morbidité et la mortalité associées à l'infection et à la progression de la maladie. Les personnes qui ne savent pas qu'elles sont infectées risquent davantage de propager le virus à leur insu, alors que celles qui obtiennent un résultat positif au test prendront plus probablement des mesures pour prévenir la propagation ultérieure du virus.

Malgré ces bienfaits, il existe toujours des obstacles à la réduction du nombre de cas non diagnostiqués au Canada. En 2010, l'European Centre for Disease Prevention and Control a publié une synthèse des données concernant les obstacles au dépistage et les stratégies pour les atténuer (ECDC, 2010). Le tableau qui suit présente les obstacles relevés dans les documents publiés et les recommandations fondées sur les preuves du présent guide qui ont pour but de réduire ces obstacles.

OBSTACLE SIGNALÉ	RECOMMANDATIONS DU GUIDE
Incapacité d'évaluer avec exactitude le risque d'exposition au VIH par certains clients et fournisseurs de soins	Normaliser le dépistage du VIH; simplifier les évaluations du risque; offrir le dépistage du VIH dans le cadre des soins de santé réguliers.
Gêne à parler du dépistage du VIH et de l'infection elle-même chez certains clients et fournisseurs de soins	Normaliser le dépistage du VIH; simplifier les évaluations du risque; offrir le dépistage du VIH dans le cadre des soins de santé réguliers.
Manque de temps de la part du fournisseur de soins pour les évaluations du risque et le counseling pré- et post-test	Simplifier les évaluations du risque; utiliser divers moyens pour transmettre l'information pré-test (documents écrits, vidéos, ressources mobiles, documents Web); offrir des moyens différents pour transmettre les résultats négatifs.
Procédure fastidieuse pour obtenir le consentement	Le consentement verbal au dépistage du VIH, tout comme aux autres tests, est suffisant; le dépistage demeure volontaire.
Crainte de la stigmatisation et de la discrimination associées aux comportements à risque et aux résultats positifs	Normaliser le dépistage du VIH et simplifier l'évaluation du risque afin de réduire la gêne et la stigmatisation et d'augmenter l'acceptation du test; souligner le fait que l'infection par le VIH est une maladie chronique maîtrisable et décrire les avantages du traitement afin de réduire la crainte d'obtenir un résultat positif.

Malgré les avantages liés au dépistage du VIH, il importe que les fournisseurs de soins sachent que la peur de la stigmatisation et de la discrimination que subissent les personnes vivant avec

le VIH demeure pour certains un obstacle considérable au dépistage. Outre la crainte de recevoir un résultat positif, certaines personnes craignent d'avoir à divulguer leur séropositivité à leurs partenaires, anciens, actuels ou futurs. Les fournisseurs de soins sont invités à rester sensibles à de tels facteurs et à travailler avec leurs clients pour élaborer des stratégies en vue de surmonter ces obstacles et de favoriser une attitude positive envers le dépistage du VIH.

Le guide offre une plus grande souplesse et une meilleure adaptabilité aux contextes dans lesquels évoluent les fournisseurs de soins et les clients. Il encourage l'utilisation de ressources imprimées ou en ligne pour combler les besoins d'information des clients et pour orienter les discussions et les décisions relatives au dépistage du VIH.

Le dépistage du VIH demeure volontaire et fondé sur un consentement éclairé. Les clients qui comprennent les avantages et les inconvénients du dépistage du VIH sont en mesure de saisir la signification des résultats, et on considère que ceux qui comprennent le mode de transmission du VIH sont capables de consentir verbalement au dépistage du VIH. Un consentement écrit n'est pas nécessaire.

Le guide reconnaît que les limites relatives au temps, au degré d'aise du client et à sa capacité d'évaluer correctement son propre niveau de risque et de le divulguer peuvent toutes avoir une incidence sur la fiabilité de l'évaluation du risque. Le guide encourage le dépistage à l'initiative du fournisseur de soins, qui peut commencer par une brève explication fournie au client sur le mode de transmission du VIH : au cours de relations sexuelles non protégées, lors du partage de matériel de consommation de drogues et d'une mère à son bébé pendant la grossesse. Les clients peuvent alors évaluer leurs propres facteurs de risque et indiquer s'ils aimeraient ou non passer un test de dépistage du VIH.

Le guide met en lumière l'importance de normaliser le dépistage du VIH. Pour réduire le nombre d'infections par le VIH non diagnostiquées, il faut en arriver à un équilibre entre les tests ciblant les personnes les plus à risque et une stratégie moins ciblée visant les populations à « risque modéré ». Les données disponibles montrent que de nombreuses personnes qui ne font pas partie des populations à haut risque classiques, ou ne sont pas perçues comme telles, ne se font pas offrir le dépistage du VIH. Pour cette raison, il arrive parfois qu'elles obtiennent un diagnostic au moment où la maladie a beaucoup progressé, même si elles ont eu de nombreuses interactions avec des professionnels de la santé. De plus, les données laissent croire que le risque perçu par le patient ne correspond pas toujours avec exactitude au risque réel, ce qui réduit la probabilité que le patient demande lui-même un dépistage du VIH. Le diagnostic de l'infection par le VIH dans ses premiers stades contribue à améliorer la santé publique en réduisant la période pendant laquelle une personne peut transmettre le virus à son insu. De plus, la morbidité et la mortalité associées au VIH sont réduites lorsque l'infection est diagnostiquée plus tôt.

Même si le guide reconnaît que l'évaluation complète des facteurs de risque peut constituer un obstacle au dépistage du VIH, on a vu des exemples de clients qui ne savaient pas avec certitude si certains de leurs comportements augmentaient leur risque d'infection par le VIH. Pour aider les fournisseurs de soins dans de tels cas, des explications détaillées sont fournies concernant l'interrogatoire sur les antécédents sexuels ainsi qu'un bilan des facteurs de risque de transmission du VIH.

Il faut conseiller aux clients d'adopter des pratiques plus sécuritaires pendant le processus du dépistage et leur faire comprendre qu'ils devront peut-être passer un test de suivi pendant la fenêtre sérologique pour s'assurer que suffisamment de temps s'est écoulé pour que le corps produise des anticorps anti-VIH à un titre détectable. Le guide offre de l'information plus approfondie concernant la fenêtre sérologique et son incidence sur l'interprétation des résultats du dépistage.

Les clients doivent savoir que les résultats positifs seront communiqués aux services de santé publique, qui peuvent aider à aviser les partenaires actuels ou passés qu'ils devraient se soumettre à un test au dépistage, tout en protégeant l'anonymat et la vie privée du client. D'autres mesures de soutien peuvent être offertes pour informer les partenaires. Les fournisseurs de soins sont encouragés à parler des avantages pour la santé publique d'informer les partenaires actuels et futurs si le résultat est positif. Bien qu'il puisse être difficile de recevoir un diagnostic d'infection par le VIH pour certaines personnes, il est important de souligner les avantages associés au dépistage précoce, notamment les traitements disponibles et un meilleur pronostic de la maladie.

Dans la plupart des cas, le résultat du test de dépistage du VIH sera négatif. Les résultats négatifs offrent une occasion de rappeler au client les pratiques qui peuvent l'aider à prévenir l'infection par le VIH. Il existe toute une gamme de professionnels et de ressources pour aider les clients à réduire leurs futures activités à risque et à rester séronégatifs. Les clients qui reçoivent un résultat négatif et qui sont en couple devraient être encouragés à discuter du dépistage du VIH avec leur partenaire afin d'éviter de vivre une relation sérodiscordante à leur insu.

Un résultat positif devrait toujours être communiqué en personne, idéalement par le fournisseur de soins initialement consulté. Les fournisseurs de soins devraient se préparer en offrant au client de la documentation et une liste de services de soutien auxquels il peut s'adresser et prévoir suffisamment de temps pour parler du résultat et pour répondre aux questions immédiates que le client pourrait poser. Avec un traitement et des soins adéquats, les personnes infectées par le VIH peuvent avoir une vie longue, active et saine, et les clients

devraient être informés que l'infection à VIH est maintenant considérée comme une maladie chronique maîtrisable. Il est impératif que les clients soient avisés de la façon de prévenir une plus ample propagation du virus et de parler des avantages pour la santé publique de la divulgation à tous les partenaires actuels et futurs. Un plan de notification aux partenaires devrait être élaboré avec le client de façon à aviser les partenaires passés et actuels de la nécessité de se soumettre à un dépistage. Un échéancier devrait être établi pour la notification aux partenaires, qui peut être faite par le client, le soignant, les services de santé publique ou une combinaison des trois. La garantie que, dans la mesure du possible, la vie privée du client et la confidentialité des renseignements à son sujet seront protégées peut aider à écarter la crainte à l'égard de la notification aux partenaires; les fournisseurs de soins devraient être conscients que la crainte du rejet, de la discrimination et même de la violence peut être considérable chez certaines personnes. Étant donné que, souvent, les clients entendent seulement le résultat positif, il peut être utile de fixer un rendez-vous de suivi dans les deux semaines afin de discuter davantage, une fois que le client aura eu le temps de digérer la nouvelle.

Les données montrent que les personnes vivant avec le VIH qui sont suivies présentent une morbidité et une mortalité dues au VIH plus faible que celles qui ne sont pas suivies. Il faudrait faire tous les efforts possibles pour que tous les tests de base, telles la numération des lymphocytes CD4, la mesure de la charge virale plasmatique et les épreuves de sensibilité aux médicaments, soient réalisés et pour que le dépistage d'un certain nombre de coinfections soit réalisé, telles les hépatites B et C, les autres ITS et la tuberculose. Le client devrait aussi être adressé à un infectiologue spécialisé dans le traitement de l'infection par le VIH.

Les infections par le VIH non diagnostiquées au Canada représentent un défi majeur pour les services de santé publique. L'inclusion, dans le cadre des soins réguliers, du dépistage du VIH à l'initiative du fournisseur de soins, s'il est indiqué, peut contribuer à la réduction du nombre de cas non diagnostiqués qui ne bénéficient pas des traitements disponibles, tout en réduisant la période pendant laquelle ces personnes peuvent transmettre le virus à leur insu.

INDICATIONS CLINIQUES DU TEST DE DÉPISTAGE DU VIH

Personnes qui demandent un dépistage du VIH.

Personnes présentant des signes et symptômes de l'infection par le VIH.

Personnes souffrant d'une maladie associée à un déficit immunitaire ou de tuberculose.

Relations sexuelles anales ou vaginales non protégées ou partage de matériel de consommation de drogues avec un partenaire dont la séropositivité à l'égard du VIH est connue.

Femmes enceintes ou envisageant de l'être; et leurs partenaires, le cas échéant.

Victimes d'agression sexuelle.

FACTEURS AUGMENTANT LE RISQUE D'INFECTION PAR LE VIH

Personne sexuellement active, mais n'ayant jamais passé de test de dépistage du VIH.

Partage de matériel de consommation de drogues avec un partenaire dont le statut à l'égard du VIH n'est pas connu.

Relations sexuelles anales ou vaginales avec un partenaire dont le statut à l'égard du VIH n'est pas connu.

Partenaires sexuels multiples ou anonymes.

Pour les hommes, antécédents de relations sexuelles avec d'autres hommes.

Diagnostic d'autres infections transmissibles sexuellement, d'hépatite B ou d'hépatite C.

Activité sexuelle, partage de matériel de consommation de drogues, ou transfusion de sang ou de produits sanguins pour les personnes originaires d'une région où le VIH est endémique ou ayant voyagé dans une telle région.

Transfusion de sang ou de produits sanguins au Canada avant novembre 1985.

Offrir
le
dépistage
du VIH

LISTE DE CONTRÔLE PRÉ-TEST

Communiquer un message positif sur les avantages de savoir que l'on est séronégatif ou sur les avantages d'un diagnostic précoce, notamment les traitements disponibles et un meilleur pronostic de la maladie.

Expliquer en quoi consiste la fenêtre sérologique et indiquer qu'un test de suivi pourrait être nécessaire.

Encourager les clients à discuter des avantages du dépistage du VIH avec leur partenaire actuel pour éviter de vivre une relation sérodiscordante sans le savoir.

Discuter des mesures que le client peut prendre pour éviter de contracter ou de transmettre l'infection par le VIH ou d'autres infections transmissibles sexuellement ou par le sang et expliquer que ces mesures devraient être appliquées jusqu'à ce que tous les tests aient été effectués.

Garantir au client devant passer le test que sa vie privée et son anonymat seront protégés et décrire les mesures prises pour ce faire. Lui expliquer les limites de la confidentialité, notamment que, si le résultat est positif, il sera déclaré aux services de santé publique.

Aviser le client des avantages pour la santé publique à divulguer sa séropositivité, le cas échéant, à ses partenaires actuels et futurs, ainsi que les avantages de la notification aux partenaires pour encourager les partenaires actuels ou passés à se soumettre au dépistage.

Définir les besoins de soutien du client après le dépistage.

Aviser le client de son droit de refuser le test.


Obtenir le consentement verbal du client.

LISTE DE CONTRÔLE POUR LES RÉSULTATS APRÈS LE TEST

INDÉTERMINÉ

Répéter le test; conseiller au client de poursuivre les pratiques de réduction du risque jusqu'à ce que tous les tests soient terminés.

NÉGATIF



Si le test de base est réalisé pendant la fenêtre sérologique, répéter le test trois semaines et trois mois après le comportement à risque le plus récent, conseiller au client de poursuivre les pratiques de réduction du risque jusqu'à ce que tous les tests soient terminés. Si aucun comportement à risque n'a été adopté dans les trois mois précédant le test, un résultat négatif est concluant.

POSITIF

Protéger la **vie privée** du client **et la confidentialité** des renseignements à son sujet. L'information et une liste des services de soutien auxquels il peut s'adresser sont préparées à l'avance.

Donner **le temps au client de prendre conscience du résultat**, de discuter des conséquences d'un résultat positif et de poser des questions. Fixer un rendez-vous de suivi.

Se concentrer sur les messages positifs en soulignant les progrès réalisés dans la prise en charge, le traitement et le soutien des personnes infectées par le VIH. Les personnes dont le résultat est positif doivent être informées que l'infection par le VIH est désormais considérée comme une maladie chronique et que, avec un traitement et un soutien adaptés, les personnes infectées par le virus peuvent jouir d'une vie longue, active et saine.

Informez le client des stratégies de prise en charge du VIH et **l'adresser à un médecin spécialiste**. Si cela n'a pas déjà été fait en même temps que le dépistage du VIH, le client devrait passer des tests de détection d'autres infections transmissibles sexuellement (ITS), des hépatites B et C et de la tuberculose.

Le fait de fournir de l'information sur la réduction du risque pour prévenir la transmission du virus est un élément essentiel des interventions post-test. Dans les cas où le fournisseur de soins n'est pas en mesure de fournir de l'information détaillée sur la réduction du risque, il doit orienter le client vers des services de réduction du risque.

Proposer au client de l'aiguiller vers des services de counseling spécialisés capables de fournir aux personnes ayant récemment reçu un diagnostic d'infection à VIH le soutien et les ressources précis dont elles ont besoin pour gérer leur santé et leur bien-être.

Discuter de la divulgation du résultat, du moment où cela pourrait se faire, de la façon de s'y prendre et avec qui. Travailler avec le client à mettre au point une stratégie pour informer ses partenaires sexuels passés et présents, ou les personnes avec qui il a partagé du matériel de consommation de drogues, de leur exposition possible au VIH et de la nécessité de se soumettre à un test de dépistage. Informer le client de la possibilité de bénéficier de l'aide des services de santé publique pour informer ses partenaires.

Les fournisseurs de soins devraient informer les clients des avantages pour la santé publique d'informer les partenaires actuels et futurs si le résultat est positif.

Remerciements

L'Agence de la santé publique du Canada adresse ses sincères remerciements aux membres du Groupe spécial d'experts, qui, par leur généreuse collaboration, ont permis la réalisation du présent guide.

Membres du Groupe spécial d'experts

- D^r Don Kilby, coprésident, Ottawa (Ont.)
- D^r Howard Njoo, coprésident, Ottawa (Ont.)
- M. Ken Clement, Vancouver (C.-B.)
- M. Ian Culbert, Ottawa (Ont.)
- M. Bernard Dickens, Toronto (Ont.)
- M^{me} Jacqueline Gahagan, Halifax (N.-É.)
- M^{me} Stephanie Grant, Vancouver (C.-B.)
- M^{me} Jane Greer, Toronto (Ont.)
- M^{me} Louise Harvey, Ottawa (Ont.)
- M. Ed Jackson, Toronto (Ont.)
- M^{me} Cecile Kazatchkine, Toronto (Ont.)
- D^r Bryce Larke, Edmonton (Alb.)
- D^r Richard MacLachlan, Halifax (N.-É.)
- D^r Paul MacPherson, Ottawa (Ont.)
- M^{me} Marvelous Muchenje, Toronto (Ont.)
- M. Bill O'Leary, Toronto (Ont.)
- M. Ciro Panessa, Victoria (C.-B.)
- D^{re} Maura Ricketts, Ottawa (Ont.)
- M. Greg Riehl, Regina (Sask.)
- M. Robert Wm. Smith, Edmonton (Alb.)
- D^r Marc Steben, Montréal (Qc)
- M^{me} Carol Swantee, Etobicoke (Ont.)
- M^{me} Kim Thomas, Ottawa (Ont.)
- D^r Mark Tyndall, Ottawa (Ont.)
- D^r Mark Yudin, Toronto (Ont.)

D'autres personnes ont aussi contribué à la réalisation du guide; il s'agit des membres du Comité directeur sur les maladies transmissibles et infectieuses, du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le sida, du groupe d'experts sur les Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement, du Conseil des médecins hygiénistes en chef, du Réseau des laboratoires de santé publique du Canada et de la Canadian Association of HIV Clinical Laboratory Specialists.

L'Agence de la santé publique du Canada souhaite aussi remercier les nombreux employés du Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses et du Laboratoire national de microbiologie qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION ET PRINCIPES DIRECTEURS	1
1.1 Introduction.....	1
1.2 Principes directeurs	2
2. RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE DÉPISTAGE DU VIH	5
2.1 Qui devrait passer un test de dépistage du VIH et à quelle fréquence?.....	5
3. MARCHE À SUIVRE POUR LE DÉPISTAGE DU VIH	10
3.1 Planification du dépistage du VIH.....	10
3.2 Fenêtre sérologique.....	11
3.3 Démarche prétest	11
3.4 Démarche post-test	13
3.5 Divulgateion de l'infection par le VIH.....	19
4. TYPES DE DÉPISTAGE DU VIH ET TECHNIQUES DE LABORATOIRE.....	21
4.1 Comment l'infection par le VIH est-elle diagnostiquée?	21
4.2 Terminologie et techniques utilisées dans le dépistage du VIH	24
4.3 Difficultés associées au dépistage du VIH	28
4.4 Modes de dépistage du VIH	30
4.5 Types de services de dépistage du VIH	30
4.6 Accès aux services de dépistage	31
5. AUTRES RESSOURCES	32
REFERENCES	35
ANNEXE A : CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET PROFESSIONNELLES	38
ANNEXE B : ÉVALUATION COMPLÈTE DU RISQUE D'INFECTION PAR LE VIH OU D'ITS ...	42
ANNEXE C : RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH	46
ANNEXE D : ÉVOLUTION NATURELLE DE L'INFECTION PAR LE VIH.....	50
ANNEXE E : SERVICES D'ÉCOUTE VIH/SIDA PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX.....	1

1. INTRODUCTION ET PRINCIPES DIRECTEURS

Le Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur le sida a demandé à l'Agence de la santé publique du Canada d'élaborer des lignes directrices sur le dépistage du VIH qui tiennent compte des réalités avec lesquelles les fournisseurs de soins et leurs clients doivent composer ainsi que de l'évolution des politiques et des pratiques de dépistage du virus. Afin de disposer de l'information requise pour la rédaction du guide, l'Agence de la santé publique a sollicité une analyse documentaire et des consultations auprès des acteurs clés, notamment des personnes vivant avec le VIH/sida et d'autres populations concernées, des intervenants du milieu universitaire, des infirmières, des médecins, des associations professionnelles, des organismes non gouvernementaux, des décideurs, des travailleurs communautaires et des spécialistes des questions juridiques et éthiques. Les recommandations formulées dans le guide reposent donc sur les données les plus récentes et l'opinion d'experts.

1.1 INTRODUCTION

Il est essentiel d'optimiser les occasions pour les fournisseurs de soins de proposer le dépistage du VIH aux personnes vivant au Canada; les cas non diagnostiqués sont considérés comme des « occasions manquées » de réduire la transmission du VIH ainsi que d'améliorer le pronostic de la maladie, la productivité et la qualité de vie des personnes aux prises avec le VIH. Le *Guide pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH* a été élaboré en réponse à la nécessité de réduire le nombre d'infections par le VIH non diagnostiquées au Canada. **L'Agence de la santé publique du Canada estime qu'environ 25 % (14 500-21 500) des 71 300 personnes (58 600-84 000) qui vivaient avec le VIH/sida au Canada à la fin de l'année 2011 ne savaient pas qu'elles étaient infectées par le VIH (ASPC, 2012).** Des études ciblées ont démontré qu'une grande proportion des personnes signalant des facteurs de risque ont subi un dépistage du VIH, ce qui laisse croire que la probabilité qu'une personne se soumette au dépistage est plus forte si cette personne sait qu'elle est à risque que si elle ne le sait pas. Ces estimations pour le Canada correspondent à celles d'autres pays à faible incidence, comme le Royaume-Uni, l'Australie et les États-Unis, où l'on estime que de 21 à 30 % de la population séropositive pour le VIH n'est pas diagnostiquée (ASPC, 2010).

Un diagnostic et un traitement précoces de l'infection par le VIH peuvent contribuer à améliorer les résultats du patient sur le plan de la santé, et certaines données laissent croire que les personnes qui se savent infectées sont plus nombreuses à adopter des pratiques visant à réduire le risque de transmission du virus à d'autres (ASPC, 2007a). Des données récentes montrent qu'une charge virale réduite grâce au traitement antirétroviral hautement actif, combinée à d'autres moyens de prévention tels que les condoms, est associée à une baisse relative de 96 % de la transmission du VIH-1 dans certaines populations par rapport au traitement retardé (Attia, 2009; Cohen, 2011).

Le guide ne vise pas à remplacer ou à supprimer les pratiques courantes des services spécialisés dans le dépistage du VIH, dont les approches actuelles se sont avérées fructueuses. Il a plutôt pour objectif de soutenir les fournisseurs de soins directement concernés par le dépistage du VIH, notamment les fournisseurs de soins de santé primaires, les infirmières de santé publique, les personnes qui offrent du counseling, les travailleurs sociaux, les

travailleurs en santé communautaire, les sages-femmes, les organisations communautaires et autres, dans le but de réduire le nombre d'infections par le VIH non diagnostiquées au Canada.

Des approches nouvelles et des techniques améliorées, notamment le dépistage rapide du VIH, augmentent les occasions pour les fournisseurs de soins de proposer le dépistage du VIH à un vaste éventail de personnes qui pourraient en bénéficier. Les consultations menées auprès de divers intervenants donnent à penser que, afin d'améliorer l'acceptation du test de dépistage, les fournisseurs de soins au Canada s'attachent de plus en plus à adapter leurs démarches de dépistage au contexte dans lequel évoluent leurs clients. À cet égard, par exemple, ils peuvent regrouper le counseling pré- et post-test, fournir une documentation écrite sur le dépistage et la prévention du VIH, établir des stratégies pour la répétition des tests ou aiguiller les clients vers un counseling adapté au sexe ou à la réalité culturelle.

Le but du guide est de réduire le nombre d'infections par le VIH non diagnostiquées au Canada en offrant aux fournisseurs de soins un cadre de travail pour explorer les options qui amélioreront leur capacité à offrir le dépistage du VIH, ainsi que pour mieux adapter leurs approches de dépistage afin de répondre aux besoins précis de leur pratique et de leurs clients. Le guide décrit des stratégies pour augmenter le counseling prétest grâce à des brochures et à des ressources accessibles sur le Web, des stratégies pour regrouper le counseling pré- et post-test, des stratégies pour communiquer les résultats négatifs par téléphone ou par courriel sécurisé, de même que des options de counseling post-test dans les cas de résultats négatifs avec aiguillage vers des services spécialisés dans l'atténuation du risque. Le guide présente aussi d'autres stratégies qui pourraient augmenter le recours au dépistage du VIH dans les sites non habituels, tels les services de santé mobiles, le dépistage par l'entremise d'organismes communautaires et le recours à des personnes formées qui ne sont pas des travailleurs de la santé « classiques ». Le guide recommande également de combiner davantage le dépistage du VIH à celui d'autres infections ayant le même mode de transmission et de maladies qui nuisent au pronostic de l'infection.

1.2 PRINCIPES DIRECTEURS

Les recommandations présentées dans le guide respectent les principes directeurs énoncés ci-après en ce qui concerne la planification et la mise en œuvre du dépistage volontaire du VIH au Canada.

1.2.1 PROTECTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Le premier principe directeur des recommandations présentées dans le guide est l'importance que revêtent la promotion et la protection de la santé publique. Une offre accrue du dépistage du VIH favorisera l'établissement d'un diagnostic et d'un traitement précoces, ce qui réduira le fardeau de la maladie et en ralentira l'évolution. Une offre accrue du dépistage dans le cadre des soins réguliers joue aussi un rôle important dans l'établissement d'une norme sociale positive en faveur du dépistage du VIH qui aidera à éliminer la stigmatisation. Des données semblent indiquer que les personnes vivant avec le VIH/sida qui se savent séropositives sont plus nombreuses à adopter des comportements qui réduisent le risque de transmission du virus (ASPC, 2007a et 2010). Le guide vise à augmenter le nombre total de personnes qui se savent séropositives, à promouvoir les avantages d'un diagnostic précoce et à soutenir les individus en réduisant la transmission du VIH grâce au counseling sur la réduction du risque. Dans cette optique, le guide met fortement l'accent sur la prévention de la retransmission du virus.

Le guide insiste sur la nécessité d'envisager les possibilités d'intégrer le dépistage du VIH aux services de dépistage d'infections ayant des modes de transmission similaires (autres infections transmissibles sexuellement et infections transmises par le sang, comme les hépatites B et C) ainsi que de maladies qui nuisent au pronostic chez les personnes vivant avec le VIH/sida (tuberculose).

1.2.2 LES DROITS DE LA PERSONNE ET LES « 3 C »

Le guide recommande aux fournisseurs de soins du Canada de reconnaître les « 3C » du dépistage du VIH : **counseling**, **consentement** éclairé et **confidentialité**. Le guide reconnaît que les pratiques intensives de **counseling** associées au dépistage du VIH peuvent être un obstacle au dépistage, tant pour les clients que pour les fournisseurs de soins. Le guide offre un cadre pour offrir un counseling qui corresponde aux réalités avec lesquelles les fournisseurs de soins et leurs clients doivent composer, tout en garantissant que les clients qui passent le test continuent de recevoir l'information, les ressources et le soutien dont ils ont besoin.

Le terme « volontaire », appliqué au dépistage, signifie que le client décide, sans menace ni contrainte, de passer le test après avoir donné son consentement éclairé. Au Canada, le dépistage volontaire du VIH exige que le fournisseur de soins de santé obtienne du client **un consentement éclairé verbal** avant de lui faire passer le test. Lorsque le client donne son consentement éclairé, cela signifie qu'il comprend ce qu'englobe le dépistage (avantages et inconvénients d'accepter ou de refuser le test), qu'il est préparé à l'idée que le résultat puisse être positif et qu'il autorise le fournisseur à lui faire passer le test (UNAIDS/OMS, 2004).

Le respect de la **confidentialité** est un élément préoccupant pour les personnes qui décident de se soumettre au dépistage du VIH. Le droit à la vie privée appartient au client tandis que les obligations de confidentialité incombent au fournisseur de soins. La stigmatisation et la discrimination continuent d'être un obstacle au dépistage du VIH pour de nombreuses personnes. Dans certains cas, un résultat positif peut accroître le risque de violence, d'abandon, de ramifications juridiques, d'exclusion sociale et d'isolement (UNAIDS, 2007). Des conseils sont donnés aux fournisseurs de soins pour qu'ils aident leurs clients à divulguer leur séropositivité à leurs partenaires sexuels ou aux personnes avec lesquelles ils partagent du matériel de consommation de drogues. Le lecteur trouvera à l'annexe A davantage de renseignements sur les responsabilités éthiques et professionnelles liées au consentement et à la confidentialité.

1.2.3 DÉPISTAGE DU VIH DANS LE CADRE DES SOINS DE SANTÉ RÉGULIERS

Il est recommandé d'offrir le dépistage du VIH dans le cadre des soins réguliers. Les recommandations proposées dans le présent document offrent des stratégies visant à éliminer les obstacles structurels au dépistage du VIH, notamment l'évaluation approfondie et complète du risque basée sur les comportements et le counseling approfondi avant et après le test. De façon générale, le guide cherche à réduire les obstacles au dépistage du VIH. Les fournisseurs devraient offrir le test avec discernement en informant le client des avantages et des risques qu'il comporte; ils devraient s'assurer que le test n'entraînera pas de conséquences préjudiciables pour le client.

1.2.4 ADAPTABILITÉ

L'un des objectifs essentiels de l'élaboration du guide était de s'assurer que les recommandations fournies seraient adaptables au contexte dans lequel le dépistage serait proposé. En fait, le guide peut être mis en œuvre avec souplesse en fonction des besoins et des réalités avec lesquelles le client et le fournisseur de soins doivent composer. Il offre des recommandations sur les mesures à prendre pour éviter les pratiques préjudiciables de profilage, qui peuvent dissuader les gens de se soumettre au dépistage du VIH, en particulier dans les groupes qui sont touchés de façon disproportionnée par le VIH. Finalement, il traite des différences entre les types et les techniques d'analyse, ainsi que des services offerts par les laboratoires de santé publique provinciaux ou territoriaux.

Stigmatisation et discrimination

Malgré les progrès réalisés dans la prise en charge du VIH sur le plan des soins, du traitement et du soutien, les personnes vivant avec le VIH et le sida au Canada continuent de subir stigmatisation et discrimination. La stigmatisation et la discrimination envers ces personnes peuvent naître de la crainte et du malaise que suscite l'infection ou de l'intolérance actuelle de la société à l'égard des comportements ou des populations associés à un risque d'infection par le VIH. Les personnes qui vivent avec le VIH peuvent subir une stigmatisation en raison de leur appartenance présumée à un groupe stigmatisé (p. ex. hommes homosexuels, utilisateurs de drogues par injection) dont elles ne font pas partie (Gonzalez, 2011). Selon l'ONUSIDA (2007), la stigmatisation a de lourdes conséquences pour les personnes vivant avec le VIH/sida, tels la discrimination, la violation des droits de la personne, la perte d'emploi, la perte de biens ou de logement ou des dommages à ceux-ci, le rejet par les amis et la famille, la violence et l'abandon. La crainte de ces conséquences peut dissuader des personnes de se soumettre au dépistage et, finalement, les empêcher de recevoir des soins adéquats. L'offre du dépistage du VIH dans le cadre des examens réguliers, du counseling sur la contraception ou sur la toxicomanie et d'autres services cliniques peut aider à réduire la stigmatisation associée à l'infection par le VIH.

Afin de surmonter les craintes de stigmatisation, les fournisseurs de soins devraient respecter la diversité culturelle, sexuelle et liée au sexe en évitant tout langage, tout comportement et toute attitude porteurs de jugement. Il est important que les fournisseurs soient parfaitement conscients des effets que la stigmatisation et la discrimination peuvent avoir sur les clients et de la mesure dans laquelle le fait pour un client de croire que son risque est plus faible qu'il ne l'est en réalité peut modeler sa réaction et son comportement à l'égard du dépistage du VIH. Dans la mesure du possible, les fournisseurs de soins devraient aiguiller les clients vers des services et des programmes de soutien capables d'aider les patients dont l'infection à VIH vient d'être diagnostiquée à faire face à la stigmatisation et à la discrimination.

2. RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE DÉPISTAGE DU VIH

Le présent chapitre offre des recommandations concernant les personnes qui devraient se faire offrir le dépistage et la fréquence des tests. On y présente aussi des recommandations en vue d'accroître les occasions d'offrir le dépistage du VIH en l'intégrant aux services de dépistage d'infections connexes et on y explore les autres occasions qui, selon les données disponibles, pourraient aider à identifier les cas non diagnostiqués. D'autres ressources destinées aux fournisseurs de soins et aux clients, d'autres lignes directrices pour le dépistage du VIH, et des lignes directrices pour le dépistage du VIH dans des contextes précis sont présentées au chapitre 5.

2.1 QUI DEVRAIT PASSER UN TEST DE DÉPISTAGE DU VIH ET À QUELLE FRÉQUENCE?

Il est recommandé d'offrir le dépistage du VIH dans le cadre des soins réguliers. En règle générale, les fournisseurs de soins devraient être proactifs et offrir le dépistage du VIH à leurs clients, qu'ils l'aient ou non sollicité. Dans le cadre des soins de santé réguliers, et de concert avec le client, les fournisseurs de soins devraient évaluer dans quelle mesure le dépistage du VIH serait bénéfique.

Le dépistage comporte plusieurs avantages :

- lorsque le résultat est négatif, le dépistage offre au client l'occasion de prendre des mesures pour préserver sa séronégativité;
- la détection précoce du VIH, en particulier pendant la phase aiguë de l'infection, peut améliorer le pronostic des personnes infectées et éviter la retransmission du VIH;
- la détection à tout stade de la maladie, avant le dépérissement et la démence, est l'occasion d'entamer un traitement pouvant sauver la vie et d'offrir d'autres services de santé connexes;
- il donne l'occasion de parler des stratégies de réduction du risque avec les clients.

2.1.1 RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE DÉPISTAGE

Il n'est pas nécessaire de réaliser une évaluation approfondie et complète du risque d'infection par le VIH basée sur les comportements pour offrir le dépistage du VIH. Il suffit de s'assurer que le client comprend la façon dont le VIH est transmis, qu'il connaît les conséquences du dépistage (avantages et inconvénients) et qu'il peut interpréter les résultats du test.

Pour les situations dans lesquelles les clients pourraient ne pas être en mesure d'évaluer précisément leur propre risque, le guide offre des conseils plus détaillés concernant l'évaluation rapide du risque à l'annexe B ainsi qu'un examen technique plus poussé des facteurs augmentant le risque de transmission du VIH à l'annexe C.

Un dépistage du VIH devrait être offert aux clients suivants, sauf si leur séropositivité est déjà connue :

- les personnes qui demandent un dépistage du VIH;
- les personnes présentant des signes et symptômes d'infection par le VIH ou atteintes d'une maladie associée à un déficit immunitaire*;
- les personnes qui sont ou ont été sexuellement actives et qui n'ont jamais passé de test de dépistage du VIH;
- les personnes ayant partagé du matériel de consommation de drogues¹ avec un partenaire séropositif ou dont le statut sérologique est inconnu;
- les femmes enceintes ou envisageant de l'être, et leur partenaire, le cas échéant :
 - les femmes enceintes et leur partenaire qui risquent d'être exposés au VIH devraient se voir offrir le dépistage du VIH lors de la première consultation prénatale; le dépistage de la syphilis, de l'infection à *Chlamydia*, de la gonorrhée et de l'hépatite B est aussi recommandé. Le dépistage d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) pourrait être approprié,
 - les femmes enceintes qui obtiennent un résultat négatif, mais qui continuent de présenter un risque d'infection par le VIH pendant la grossesse (comportement à risque persistant, partenaire séropositif) pourraient bénéficier d'autres tests réguliers et d'un test à l'endroit où elles accouchent,
 - les femmes enceintes qui se présentent pour l'accouchement et dont le dossier ne comporte aucun résultat de dépistage prénatal du VIH devraient se voir offrir un test de dépistage rapide,
 - *des lignes directrices plus détaillées sur le dépistage du VIH pendant la grossesse figurent au chapitre 5;*
- les victimes d'agression sexuelle;
- les personnes ayant eu des relations sexuelles vaginales ou anales non protégées avec un partenaire séropositif ou dont le statut sérologique est inconnu.

S'il arrive qu'un client se présente peu après une exposition à risque élevé, il est conseillé de consulter rapidement un infectiologue ou un collègue expérimenté dans le traitement de l'infection à VIH pour aider à orienter l'évaluation du client et à déterminer si ce dernier pourrait bénéficier d'une prophylaxie post-exposition.

***Signes et symptômes de l'infection par le VIH**

Il peut être difficile de reconnaître une primo-infection/infection par le VIH aiguë sur le plan clinique; les symptômes ne sont pas toujours spécifiques et peuvent ne pas être reconnus au moment de la consultation initiale. Les signes et symptômes apparaissent généralement de deux à six semaines après l'exposition au VIH et peuvent comprendre la fièvre, une myalgie, un mal de gorge, des céphalées, une éruption cutanée, des nausées, la diarrhée et des vomissements. Cette présentation est semblable à celle de nombreuses autres maladies, notamment celle d'autres syndromes viraux, de la grippe et de la mononucléose; toutefois, la présence d'une adénopathie généralisée, d'une éruption cutanée, d'une candidose buccale et d'une ulcération des muqueuses, signes suffisamment rares dans la plupart des affections fébriles de l'adulte, devrait entraîner la suspicion d'une infection par le VIH aiguë. L'évolution naturelle de l'infection par le VIH est traitée plus en détail à l'annexe D.

¹ Le matériel de consommation de drogues comprend le matériel d'injection, notamment des aiguilles, des seringues, des tampons, des filtres, des cuillères, des garrots et de l'eau, et le matériel d'usage plus général tel que des pailles pour renifler et des pipes.

Le dépistage du VIH devrait aussi être envisagé lorsque d'autres facteurs qui augmentent le risque d'infection par le VIH sont présents, notamment :

- de multiples partenaires (un après l'autre ou en même temps) et/ou des partenaires sexuels anonymes;
- pour les hommes, des antécédents de relations sexuelles avec d'autres hommes;
- un diagnostic d'autres ITS, d'hépatite B, d'hépatite C, de tuberculose ou d'autres infections que l'on sait associées à l'infection par le VIH;
- l'activité sexuelle, le partage du matériel de consommation de drogues, ou des transfusions de sang ou de produits sanguins chez une personne originaire d'une région où le VIH est endémique ou y ayant voyagé (Afrique [voir aussi la section 4.2.3], Asie, Antilles, Amérique du Sud, Amérique centrale et Europe de l'Est);
- la transfusion de sang ou de produits sanguins au Canada avant la mise en œuvre du test de dépistage du VIH dans les dons de sang en novembre 1985.

2.1.2 DÉPISTAGE CHEZ LES COUPLES

Il pourrait être avantageux pour les personnes qui présentent un risque d'exposition au VIH et qui ont des relations sexuelles avec un partenaire régulier de se voir offrir le dépistage du VIH en couple plutôt que séparément. Une telle approche permet d'avoir une compréhension commune des facteurs de risque associés à la transmission du VIH, de connaître le statut sérologique de chacun et donne l'occasion de prendre des décisions en tant que couple relativement à la prévention, au traitement et aux soins. Les données indiquent que les couples qui se soumettent ensemble au dépistage et qui connaissent leurs résultats mutuels sont plus nombreux à adopter des comportements qui protégeront leur partenaire, comparativement à ceux qui subissent le dépistage seuls (OMS, 2012). Le dépistage en couple réduit la transmission du VIH au sein des couples sérodiscordants qui ignorent leur statut sérologique et le risque de transmission ou d'acquisition du VIH avec des partenaires sexuels extérieurs au couple. Les principes énoncés dans le guide concernant le dépistage volontaire du VIH chez les individus s'appliquent également au dépistage chez les couples.

2.1.3 AUTRES OCCASIONS DE DÉPISTAGE DU VIH

Le guide encourage fortement l'intégration du dépistage du VIH aux services de dépistage des infections ayant les mêmes modes de transmission et des infections qui nuisent au pronostic chez les personnes vivant avec le VIH. Le dépistage du VIH pourrait être offert en même temps que les services suivants :

- services cliniques pour la tuberculose;
- services cliniques pour les ITS;
- services cliniques pour l'hépatite C;
- services de soins prénatals;
- services de santé-sexualité et de planification familiale;
- services de traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme;
- cliniques santé-voyage et cliniques pour les nouveaux arrivants;
- services psychiatriques et services de traitement des maladies mentales;
- cliniques d'oncologie ou du cancer.

2.1.4 FRÉQUENCE DE RÉPÉTITION DU DÉPISTAGE

Les personnes ayant des pratiques à haut risque devraient passer un test de dépistage du VIH au moins une fois par année. Il n'y a pas suffisamment de données pour formuler des recommandations concernant la fréquence exacte du dépistage du VIH dans chaque scénario en raison du nombre de variables qui entrent en jeu dans le risque d'exposition de chaque personne (et la capacité d'obtenir de l'information fiable de la part du client). Des tests plus fréquents de dépistage des ITS sont indiqués chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) et ceux qui ont des partenaires multiples (un après l'autre ou en même temps) ou anonymes. En outre, les HARSAH qui ont des relations sexuelles et qui consomment en même temps des drogues illégales (en particulier la méthamphétamine), ou ceux dont les partenaires sexuels pratiquent de telles activités, devraient faire l'objet d'un dépistage plus souvent (CDC, 2010).

Les personnes dont le test réalisé au moment du bilan initial est négatif peu après une exposition possible se situent dans la fenêtre sérologique. Un autre test réalisé trois semaines et trois mois après l'exposition possible la plus récente peut confirmer le résultat négatif initial. Il existe des variations individuelles dans le délai d'apparition de l'antigène ou de formation des anticorps anti-VIH, et les techniques de dépistage récentes permettent une détection plus précoce (des renseignements plus détaillés figurent au chapitre 4). Toutefois, dans les cas particuliers où l'on sait que l'exposition est à risque élevé (p. ex. relations sexuelles non protégées avec un partenaire dont la séropositivité est connue), un nouveau test à intervalles réguliers pendant la fenêtre sérologique (si chaque résultat est négatif) peut aider à détecter l'infection à son stade le plus précoce et le plus infectieux. Les fournisseurs de soins devraient conseiller aux clients d'adopter des pratiques plus sécuritaires et de ne pas privilégier les méthodes préventives par rapport au dépistage du VIH. Les clients qui obtiennent un résultat négatif et qui continuent d'avoir des comportements à haut risque bénéficieront d'une répétition du dépistage plus fréquente que les personnes qui prennent systématiquement des mesures pour ne pas contracter l'infection.

Les fournisseurs de soins devraient tenir compte des facteurs ci-dessous lorsqu'ils établissent la nécessité, et la fréquence, de la répétition du dépistage chez les clients dont le premier test était négatif.

Populations présentant un risque accru d'exposition au VIH

Certains groupes au Canada sont touchés de façon disproportionnée par l'infection par le VIH, notamment les homosexuels, les bisexuels et d'autres HARSAH, les personnes qui partagent du matériel de consommation de drogues, les personnes originaires d'un pays où le VIH est endémique et les Autochtones. Les taux d'infection par le VIH signalés chez les femmes, les jeunes et les personnes d'âge moyen augmentent au Canada.

À l'inverse, les données montrent que chez les personnes appartenant à des populations perçues comme étant « à faible risque », l'infection par le VIH est diagnostiquée aux stades très tardifs de la maladie, en dépit d'interactions antérieures avec le système de santé. Présumer que le dépistage du VIH n'est pas nécessaire uniquement sur la base de l'appartenance signalée par le patient ou perçue à une population « à faible risque » peut entraîner des taux de morbidité et de mortalité plus élevés pour ces clients, ainsi que des périodes plus longues pendant lesquelles le VIH pourrait être involontairement transmis (Health Protection Agency, 2011).

Partenaires

Les clients pourraient tirer profit de tests plus fréquents en fonction des caractéristiques de leurs partenaires sexuels. Les personnes qui ont des relations sexuelles avec des partenaires anonymes ou multiples; qui pratiquent la monogamie en série (personnes qui n'ont qu'un seul partenaire à la fois, mais plusieurs en série au fil du temps); ou qui ont des relations sexuelles en échange d'argent, de nourriture, d'un toit ou autres présentent toutes un risque accru d'exposition au VIH et pourraient tirer profit de tests plus fréquents.

Épidémiologie locale

Les fournisseurs de soins sont encouragés à comprendre l'épidémiologie locale du VIH pour être conscients de tout élément propre à la région où ils pratiquent. Les données concernant les populations et les comportements peuvent aider les fournisseurs de soins à reconnaître les préoccupations locales qu'ils doivent prendre en considération lorsqu'ils abordent la question du dépistage du VIH avec leurs clients.

3. MARCHE À SUIVRE POUR LE DÉPISTAGE DU VIH

Les fournisseurs de soins sont encouragés à adopter une démarche pré- et post-test qui soit souple et adaptable aux besoins et à la situation de chaque client. Un bref counseling peut être mieux adapté à certaines situations, par exemple avec les femmes enceintes qui accouchent, les patients déjà bien informés ou les personnes qui ont déjà passé le test. Le présent chapitre explique la démarche prétest, notamment la préparation et les règles à suivre pour obtenir le consentement éclairé verbal du client. Il donne des conseils relativement à la démarche post-test et présente des options concernant la communication d'un message positif et le counseling sur la réduction du risque d'infection par le VIH après le test. Le consentement éclairé verbal et la compréhension du déroulement et des résultats du dépistage sont les exigences minimales pour le dépistage du VIH.

Une approche recommandée pour augmenter le recours au dépistage du VIH consiste à expliquer brièvement aux clients comment se transmet le VIH (lors de relations sexuelles non protégées, du partage du matériel de consommation de drogues et d'une femme enceinte à son enfant). Ensuite, le simple fait de demander au client s'il aimerait subir un dépistage du VIH lui donne l'occasion d'évaluer sa propre perception du risque sans se sentir obligé de décrire en détail sa situation personnelle. En milieu de soins prénatals, le dépistage du VIH devrait faire partie des soins prénatals réguliers.

3.1 PLANIFICATION DU DÉPISTAGE DU VIH

Un counseling approfondi, bien qu'il soit préférable, peut être un obstacle au dépistage, tant pour le fournisseur de soins que pour le client concerné. Les ressources et le temps considérables nécessaires pour une évaluation du risque et un counseling pré- et post-test approfondis limitent la capacité des fournisseurs à offrir le dépistage du VIH. L'évaluation du risque en fonction des comportements, qui pourrait se solder par la divulgation de renseignements personnels de nature délicate, peut également inciter certains à ne pas se soumettre au dépistage. Les fournisseurs et les clients peuvent éprouver de la gêne à aborder ces sujets, et conséquemment, renoncer au dépistage. Ce sont là des occasions manquées de repérer des cas d'infection par le VIH non diagnostiqués et d'orienter les personnes infectées vers le traitement, les soins et le soutien dont elles ont besoin.

L'offre de renseignements et de ressources de soutien adéquats associée au dépistage du VIH n'exige pas nécessairement des compétences spécialisées en matière de counseling ou de thérapie. Le degré de soutien requis dans un contexte de dépistage donné dépend largement du type de test offert et du client qui s'y soumet. Alors qu'un counseling approfondi sera nécessaire pour certains clients, d'autres n'auront besoin que d'un bref entretien auquel s'ajouteront des ressources documentaires, notamment des brochures ou l'adresse de sites Web.

Les fournisseurs de soins pourraient aussi combiner les activités pré- et post-test dans une même séance avec un client. Ainsi, le counseling dans le contexte du dépistage du VIH peut consister à offrir au client divers types de soutien : information, entretien, counseling et/ou aiguillage. Les recommandations formulées dans le présent chapitre visent à aider les

fournisseurs de soins à adapter leur approche à l'égard du dépistage du VIH afin de tenir compte des besoins de leurs clients et des réalités avec lesquelles ils doivent composer.

3.2 FENÊTRE SÉROLOGIQUE

Il y a lieu de parler aux clients de la « fenêtre sérologique », c'est-à-dire la période au début de l'infection par le VIH pendant laquelle l'infectiosité du sujet est très élevée, mais où les tests de dépistage des anticorps anti-VIH donnent des résultats négatifs parce que la production d'anticorps n'est pas immédiate. Les tests de troisième génération sont réactifs (ils détectent les anticorps) de 20 à 30 jours après l'exposition. Deux marqueurs biologiques (ARN viral, antigène p24) peuvent être utilisés pour diagnostiquer une infection par le VIH avant la production d'anticorps anti-VIH à un titre détectable. Les tests combinés de 4^e génération (antigène p24 et anticorps anti-VIH de 3^e génération) permettent de détecter une infection aiguë par le VIH pendant la phase virémique, ce qui ramène la fenêtre sérologique à environ 15 à 20 jours (Branson, 2012). La pose du diagnostic le plus tôt possible peut aider à éviter la retransmission du virus, puisque c'est au début de l'infection que le sujet est le plus infectieux. Dans certaines régions, un test d'amplification des acides nucléiques, ou TAAN, (détection de l'ARN du VIH) est proposé aux clients à risque élevé afin de repérer les cas d'infection à un stade très précoce.

- Le dépistage est recommandé lors du bilan initial et trois semaines après une exposition connue ou soupçonnée au VIH.
- Si le résultat du test est négatif à trois semaines, la répétition du test trois mois après l'exposition la plus récente peut confirmer le résultat négatif initial. Dans les cas particuliers où l'on sait que l'exposition est à risque élevé (p. ex. relations sexuelles non protégées avec un partenaire dont la séropositivité est connue) un nouveau test à intervalles réguliers pendant la fenêtre sérologique (si chaque résultat est négatif) peut aider à détecter les infections au stade le plus précoce.
- Les personnes qui se soumettent au dépistage pendant la fenêtre sérologique doivent recevoir des conseils sur l'importance d'adopter des pratiques sexuelles (ou de consommation de drogues) plus sécuritaires pour éviter la retransmission du VIH.
- Lorsque les comportements à risque perdurent, le client est en permanence dans la fenêtre sérologique et devrait être encouragé à se soumettre au dépistage du VIH plus d'une fois par année.

3.3 DÉMARCHE PRÉTEST

La démarche prétest dans le cadre du dépistage du VIH consiste en un entretien entre le fournisseur de soins et le client et peut comprendre une brève évaluation du risque.

3.3.1 ENTRETIEN PRÉTEST

Le but principal de l'entretien prétest est d'obtenir le consentement éclairé verbal du client au test. Le fait de fournir au client de la documentation sur le VIH avant le test (p. ex. dans la salle d'attente) peut l'aider à se préparer afin qu'il ait un entretien pertinent et concis avec le fournisseur de soins. Cette méthode permet au client de se familiariser avec l'infection par le VIH et le déroulement du dépistage avant l'entretien et de profiter de celui-ci pour faire part au fournisseur de soins de ses questions et préoccupations. Les fournisseurs de soins sont aussi encouragés à profiter de l'occasion pour proposer le dépistage d'autres ITSS.

La démarche prétest doit tenir compte du contexte de dépistage, notamment, la motivation du client, toute expérience antérieure du dépistage du VIH ainsi que les ressources et la capacité du fournisseur. Les clients qui obtiennent un résultat positif au dépistage étant moins susceptibles de retenir certains éléments clés du counseling post-test, certains de ces éléments sont intégrés aux thèmes recommandés pour l'entretien prétest. Voici les éléments et activités prétest utiles lorsque le dépistage du VIH est offert :

- communiquer un message positif sur les avantages de savoir que l'on est séronégatif ou sur les avantages d'un diagnostic précoce, notamment les traitements disponibles et un meilleur pronostic de la maladie;
- expliquer en quoi consiste la fenêtre sérologique et indiquer qu'un test de suivi pourrait être nécessaire;
- encourager les clients à discuter des avantages du dépistage du VIH avec leur partenaire actuel pour éviter de vivre une relation sérodiscordante sans le savoir;
- discuter des mesures que le client peut prendre pour éviter de contracter ou de transmettre l'infection par le VIH ou d'autres ITSS et expliquer que ces mesures devraient être appliquées jusqu'à ce que tous les tests aient été effectués;
- garantir au client devant passer le test que sa vie privée et son anonymat seront protégés et décrire les mesures prises pour ce faire. Lui expliquer les limites de la confidentialité, notamment que, si le résultat est positif, il sera déclaré aux services de santé publique;
- aviser le client des avantages pour la santé publique à divulguer sa séropositivité, le cas échéant, à ses partenaires actuels et futurs, ainsi que les avantages de la notification aux partenaires pour encourager les partenaires actuels ou passés à se soumettre au dépistage;
- définir les besoins de soutien du client après le dépistage (services de réduction du risque, counseling, etc.);
- aviser le client de son droit de refuser le test;
- obtenir le consentement éclairé verbal du client à qui le test est proposé.

UTILISATION DE TROUSSES DE DÉPISTAGE (RAPIDE) AU POINT DE SERVICE

La planification pré- et post-test varie en fonction des différents types de tests offerts. Dans le cas du dépistage rapide, il importe d'évaluer si le client est prêt à recevoir un résultat réactif au cours de la même séance, s'il comprend la signification d'un résultat non réactif et d'un résultat réactif et s'il comprend qu'un test de confirmation standard sera effectué si le test rapide est réactif. En outre, il faudrait discuter de la possibilité d'un résultat faussement positif et de ses répercussions. **Santé Canada exige que les trousse de dépistage rapide soient utilisées uniquement dans des milieux où un counseling pré- et post-test est offert.** Toute utilisation de la trousse pour un usage autre que celui qui est approuvé et prévu constitue une violation du code de déontologie du fournisseur de soins qui pourrait justifier une plainte auprès de l'organisme d'homologation provincial ou territorial et une action en justice.

3.3.2 ÉVALUATION DU RISQUE

Les fournisseurs de soins ne sont plus obligés de mener une évaluation approfondie du risque basée sur les comportements lorsqu'ils offrent aux clients un dépistage du VIH; l'évaluation du risque et le counseling sur la réduction du risque pourraient ne pas être possibles dans tous les contextes. Les fournisseurs de soins peuvent donner une explication sommaire du risque sur laquelle le client peut fonder sa décision de passer ou non un test de dépistage, en plus d'évaluer si le client comprend la signification du dépistage, notamment les avantages et inconvénients de connaître son propre statut. Le fournisseur devrait s'assurer que le client aura accès à des services de soutien au cas où le résultat du test serait positif.

Les questions suivantes devraient être prises en compte pendant l'entretien prétest :

- Le client est-il capable de comprendre et de mesurer les conséquences de sa décision d'accepter ou de refuser le test de dépistage du VIH?
- Le client comprend-il les risques fondamentaux associés à la transmission du VIH?
- Des services de soutien sont-ils en place pour aider le client si le résultat est positif?

3.4 DÉMARCHE POST-TEST

Tout comme la planification prétest, la planification post-test dépend de la situation de dépistage et, en particulier, du résultat (positif ou négatif). La section suivante présente la démarche post-test si le résultat est négatif ou s'il est positif.

REMARQUE SUR L'AIGUILLAGE – QUEL QUE SOIT LE RÉSULTAT DU TEST

L'offre de services d'aiguillage et de soutien par les fournisseurs de soins est un élément important de la démarche post-test pour tous les clients, et ce, quel que soit le résultat du test.

Les organismes de services liés au sida, les services ethnoculturels communautaires, les organismes de services liés au sida pour les Autochtones, les organismes communautaires pour les gais, lesbiennes, bisexuels, transgenres et allosexuels, les services de protection des enfants et de protection familiale, les services de santé mentale, les services de counseling sur la toxicomanie et la réadaptation, les réseaux de soutien aux femmes, les organismes offrant des conseils juridiques, de même que d'autres services sont à même de fournir un soutien adéquat et adapté aux clients dont le résultat est positif. Dans le cas d'un résultat négatif, les clients peuvent être aiguillés vers des services de réduction du risque correspondant à leurs facteurs de risque.

Le fournisseur de soins peut communiquer avec les services de santé publique, la ligne d'information provinciale ou territoriale sur la santé, un service d'écoute sida ou un centre d'aide et d'écoute local avant de communiquer le résultat d'un test afin d'obtenir une liste de services d'aide adéquats qu'il pourra fournir à son client.

3.4.1 MARCHE À SUIVRE EN CAS DE RÉSULTAT NÉGATIF

Les clients dont le résultat est négatif devraient recevoir de l'information sur la « fenêtre sérologique » et, au besoin, se voir recommander une répétition du test, après le test initial, **trois semaines et trois mois après le comportement à risque le plus récent**. Dans les cas particuliers où l'on sait que l'exposition est à risque élevé (p. ex. relations sexuelles non protégées avec un partenaire dont la séropositivité est connue) un nouveau test à intervalles réguliers pendant la fenêtre sérologique (si chaque résultat est négatif) peut aider à détecter les infections par le VIH en phase aiguë. Selon les circonstances, il peut être indiqué de répéter le test de détection des anticorps ou d'avoir recours à un test de détection de l'ARN du VIH (voir le chapitre 4). Les clients en couple devraient être encouragés à discuter du dépistage du VIH avec leur partenaire afin d'éviter le risque accru lié au fait de vivre une relation sérodiscordante à leur insu (voir aussi la section 2.1.2).

Les clients dont le résultat est négatif devraient recevoir de l'information ou se faire expliquer brièvement les modes de transmission du VIH et les méthodes pour réduire le risque futur d'exposition au VIH. Lorsque le fournisseur de soins n'a pas la capacité ni les ressources nécessaires pour offrir un counseling approfondi sur la réduction du risque, il devrait fournir au client de l'information ou l'aiguiller vers d'autres ressources (voir le chapitre 5).

L'idéal est de communiquer les résultats négatifs en personne, car le counseling post-test joue un rôle important dans les soins liés au VIH et la prévention de l'infection pour les clients dont le résultat est négatif. Toutefois, les fournisseurs de soins peuvent avoir de la difficulté à persuader un client de revenir pour recevoir le résultat de son test et bénéficier d'un suivi. Lorsque les fournisseurs de soins sont dans l'impossibilité de communiquer un résultat négatif en personne, ils doivent utiliser un autre mode de communication sur lequel *ils se seront entendus au préalable avec le client*, comme un appel téléphonique sécurisé, une lettre ou un courriel, pour annoncer ce résultat au client, pour lui donner de l'information sur sa fenêtre sérologique et sur la nécessité ou non de passer un autre test et pour l'aiguiller vers des services de counseling sur la réduction du risque d'infection par le VIH. *Il faut tout mettre en œuvre pour s'assurer que l'information est transmise en toute confidentialité et selon les termes convenus avec le client afin que lui seul ait accès à cette information, et ce, de façon sécurisée.*

Lorsque l'on ne communique pas un résultat négatif en personne, il faut faire preuve de prudence avec les clients qui ont déjà passé un test auparavant, car ils pourraient être plus anxieux si leur résultat n'est pas disponible et qu'ils doivent soudainement rencontrer le fournisseur de soins pour l'obtenir. Le fait de recommander chaque fois d'autres tests en même temps que le dépistage du VIH (autres ITSS) permettra aux fournisseurs de soins d'aviser les clients qu'ils doivent revenir pour obtenir les résultats au cas où « *un des résultats des tests* » serait préoccupant.

3.4.2 MARCHE À SUIVRE EN CAS DE RÉSULTAT POSITIF CONFIRMÉ

Le guide recommande fortement que les résultats positifs soient communiqués en personne, idéalement par le fournisseur de soins initialement consulté. Si une visite en personne n'est requise que pour les résultats positifs, les clients ne devraient pas en être informés à l'avance. Lorsqu'un résultat positif doit être annoncé à un client, il est important de prévoir assez de temps pour lui offrir un soutien. Avant de voir le client, le fournisseur de soins devrait avoir préparé l'information et la liste des ressources à lui remettre (voir le chapitre 5). Le résultat devrait être communiqué d'une manière claire et directe : le test a révélé la présence

d'anticorps contre le VIH, et le client est infecté par le VIH. Au moment de communiquer un résultat positif, les éléments suivants sont essentiels :

- protéger la **vie privée** du client et la **confidentialité** des renseignements le concernant;
- donner le **temps au client de prendre conscience du résultat**, de discuter des conséquences d'un résultat positif et de poser des questions;
- **transmettre des messages positifs** en soulignant les progrès réalisés dans les soins, le traitement et le soutien offerts aux personnes infectées par le VIH. Les personnes dont le résultat est positif devraient être informées que l'infection par le VIH est désormais considérée comme une maladie chronique et que, avec un traitement et un soutien adéquats, les personnes vivant avec le virus peuvent avoir une vie longue, active et saine;
- aviser le client des stratégies de prise en charge de l'infection à VIH et **l'orienter vers des spécialistes du traitement**. Les personnes qui ne s'engagent pas pleinement envers les soins liés au VIH perdent l'accès au traitement antirétroviral continu (risquant une résistance aux médicaments), aux médicaments prophylactiques et aux autres services médicaux. Un faible engagement envers les soins est associé à des conséquences défavorables, notamment une augmentation de la mortalité, et peut contribuer à la transmission continue du VIH dans la communauté (Gardner, 2011);
- fournir aux clients qui obtiennent un résultat positif de **l'information sur la réduction du risque** pour prévenir la transmission du virus. Dans les cas où le fournisseur de soins n'est pas en mesure de fournir de l'information détaillée sur la réduction du risque, il devrait orienter le client vers des services de réduction du risque;
- proposer au client de l'aiguiller vers des services de counseling spécialisés à même de fournir aux personnes ayant récemment reçu un diagnostic d'infection à VIH, le soutien et les ressources précis dont elles ont besoin pour prendre en charge leur santé et leur bien-être;
- discuter de la divulgation du résultat, du moment approprié, de la façon dont cela pourrait se faire et avec qui; élaborer avec le client une stratégie pour informer ses partenaires sexuels passés et présents et les personnes avec qui il a partagé du matériel de consommation de drogues de leur exposition possible au VIH et de la nécessité de passer un test de dépistage. Le client peut être informé de la possibilité de bénéficier de l'aide des services de santé publique pour informer ses partenaires (voir aussi la section 3.4.4);
- informer le client des avantages pour la santé publique d'informer ses partenaires actuels et futurs si le résultat s'avère positif. Les fournisseurs de soins ne devraient jamais offrir de conseils juridiques; ils doivent aiguiller les clients vers les ressources appropriées s'ils souhaitent obtenir des renseignements supplémentaires, par exemple le Réseau juridique canadien VIH/sida (www.aidslaw.ca).

Les clients qui subissent un dépistage à l'aide d'une trousse de dépistage rapide du VIH et qui obtiennent un résultat réactif devraient être informés qu'un résultat faussement positif est possible et qu'un test de confirmation sera nécessaire pour être absolument certains de leur statut sérologique. Il faudrait conseiller au client d'adopter des pratiques plus sécuritaires.

3.4.3 DÉCLARATION DES RÉSULTATS POSITIFS

Toutes les provinces et tous les territoires exigent la déclaration des résultats positifs au test de dépistage du VIH ou des diagnostics de sida, ce qui signifie que les autorités sanitaires provinciales/territoriales doivent être informées des résultats. Les obligations de déclaration varient d'une administration à l'autre et peuvent comprendre la déclaration de renseignements

ne permettant pas d'identifier le client, de résultats nominatifs ou de renseignements sur les résultats provenant de services de dépistage anonyme.

3.4.4 ÉTABLISSEMENT D'UNE STRATÉGIE DE NOTIFICATION AUX PARTENAIRES

Après l'annonce d'un résultat positif, les clients et les fournisseurs de soins devraient discuter et convenir d'une stratégie pour aviser les partenaires sexuels passés et présents des clients ainsi que les personnes avec qui ils ont partagé du matériel de consommation de drogues, le cas échéant. La notification aux partenaires est une stratégie de santé publique importante destinée à prévenir la retransmission du VIH et à réduire la morbidité et la mortalité associées au VIH et au sida. Au Canada, les responsabilités et exigences en matière de notification aux partenaires sont énoncées dans la législation, les lois sur la santé publique et les règlements ou protocoles pertinents des provinces et territoires.

La divulgation complète aux partenaires passés ou présents est volontaire et peut dépendre du degré de protection de l'anonymat dont le client pense pouvoir bénéficier. L'aide apportée par les services de santé publique pour la notification aux partenaires peut faciliter la tâche des fournisseurs de soins et de leurs clients, qui pourraient ne pas avoir les ressources ou la capacité nécessaires. Cela peut également contribuer à protéger la confidentialité et l'anonymat du client, dans la mesure du possible, dans le cadre de cette démarche. Les fournisseurs de soins sont encouragés à avoir recours à tous les services de santé publique qui pourraient être utiles à leurs clients.

La démarche de notification aux partenaires comprend les mesures suivantes :

- **identifier** et **localiser** les partenaires sexuels passés et présents ou les personnes avec qui le client a partagé du matériel de consommation de drogues qui peuvent avoir été exposés au virus, en commençant par les partenaires actuels ou les plus récents et en remontant dans le temps, en s'arrêtant au début des comportements à risque ou au dernier résultat négatif connu au dépistage du VIH;
- **évaluer** le risque d'infection auquel ces partenaires ont pu être exposés par suite de leur relation avec le client;
- **informer** ces partenaires de leur exposition possible au VIH;
- **proposer** un test de dépistage volontaire du VIH et d'infections connexes aux partenaires passés et présents du client. *Les partenaires de personnes ayant obtenu un résultat positif pourraient être étonnés d'apprendre qu'ils ont pu être exposés au virus, mais ils devraient recevoir tout le counseling prétest et post-test et les conseils relatifs à la réduction du risque, qu'ils se perçoivent déjà ou non comme peut-être séropositifs;*
- **faciliter** l'accès de ces partenaires aux soins, au traitement et à des services de soutien, au besoin.

Au cours d'une discussion, le fournisseur de soins et le client devraient élaborer une stratégie de notification aux partenaires en utilisant au moins l'une des trois approches recommandées suivantes :

- après avoir obtenu le consentement de son client, **le fournisseur de soins peut faire une demande d'aide aux autorités sanitaires locales** (notification par le fournisseur), qui peuvent se charger d'informer les partenaires sexuels ou les consommateurs de drogues possiblement infectés ayant été identifiés par le client;
- **le client peut préférer communiquer lui-même avec ses partenaires sexuels présents et passés ou les personnes avec lesquelles il a partagé du matériel de**

consommation de drogues (notification par le client), sous réserve d'un accord convenu entre le client testé et le fournisseur ayant réalisé le test et d'un délai de confirmation de la notification aux partenaires;

- avec le consentement de son client, **le fournisseur peut communiquer avec les partenaires sexuels présents et passés du client ou les personnes avec lesquelles il a partagé du matériel de consommation de drogues** (notification par le fournisseur). Le fournisseur doit protéger la confidentialité des renseignements et l'anonymat du client dans la mesure du possible. Les partenaires de personnes ayant obtenu un résultat positif pourraient être étonnés d'apprendre qu'ils ont pu être exposés au virus. Ils devraient être traités comme tous les clients qui se présentent pour un dépistage du VIH et recevoir tout le counseling prétest et post-test nécessaire, qu'ils se perçoivent déjà ou non comme peut-être séropositifs.

3.4.5 NOTIFICATION AUX PARTENAIRES ET SÉCURITÉ DU CLIENT

La notification aux partenaires peut entraîner de graves conséquences pour le client, notamment la stigmatisation, la violence et la discrimination. Elle impose un examen attentif de la situation du client et des risques possibles qu'il court. Certains éléments peuvent faire obstacle à la notification aux partenaires, par exemple :

- la violence réelle ou la crainte de la violence;
- la peur de perdre la garde d'un enfant;
- la peur de l'abandon;
- la peur de subir de nouvelles violences dans le cas des victimes de crimes sexuels;
- la peur des répercussions juridiques;
- la crainte que la séropositivité soit divulguée à d'autres par un partenaire ayant été informé;
- l'impossibilité de communiquer avec les anciens partenaires;

Une attention prioritaire accordée à la protection de **l'anonymat** et de **la confidentialité**, dans la mesure du possible, est fondamentale pour protéger les droits des personnes vivant avec le VIH/sida et peut également encourager les clients à révéler l'identité de leurs partenaires passés et présents.

Outil Web pour faciliter la notification aux partenaires

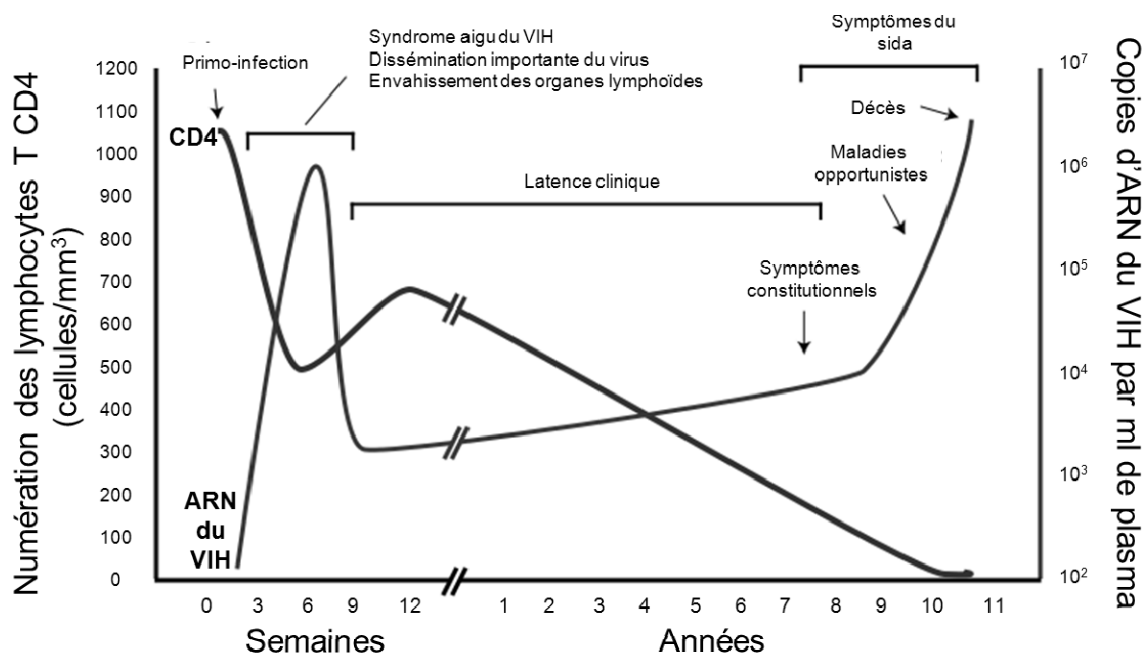
Dans les cas où les partenaires sexuels pourraient s'être rencontrés sur Internet et n'avoir échangé qu'une adresse de courriel ou un nom d'utilisateur, ou pour les personnes qui souhaitent ou doivent communiquer avec un partenaire de façon anonyme, les outils Web peuvent aider à accroître les taux de notification aux partenaires. inSPOT est un service de ce type qui peut être utilisé de n'importe où au Canada et qui permet à une personne ayant reçu un diagnostic d'ITS d'envoyer une carte électronique anonyme avertissant ses partenaires sexuels qu'ils pourraient avoir contracté une ITS et les encourage à passer un test de dépistage.

<http://www.inspot.org/>

3.4.6 PRISE EN CHARGE CLINIQUE APRÈS LE DIAGNOSTIC

Les guides de pratique clinique pour l'infection par le VIH recommandent plusieurs tests de base qui devraient être effectués le plus tôt possible après le diagnostic de l'infection par le VIH. Ces tests comprennent la mesure de la charge virale, la numération des lymphocytes T CD4, un test de sensibilité du VIH aux antirétroviraux ainsi que des tests de détection de certaines coinfections possibles (comme les hépatites B et C, les ITS et la tuberculose), une formule sanguine complète, des tests biochimiques sanguins, un bilan lipidique, la mesure de la glycémie et un bilan hépatique (Anon., 2011; Thompson, 2010).

Figure 1 : Progression de l'infection par le VIH



La charge virale (quantité d'ARN viral dans le plasma) est un marqueur de la réplication active du virus et est exprimée en nombre de copies par millilitre. La charge virale est extrêmement élevée pendant la séroconversion et immédiatement après, étant souvent supérieure à un million de copies/ml. Lorsque l'organisme réagit à l'infection aiguë, la réplication virale est contrôlée ou réduite et atteint son « point d'équilibre » environ six mois après la séroconversion. La charge virale est surveillée au cours du traitement pour s'assurer de l'efficacité de celui-ci; le but du traitement est de réduire la charge virale plasmatique à un niveau indétectable.

Il est important de surveiller la fonction immunitaire durant l'infection par le VIH. La numération des lymphocytes T CD4 est un marqueur important utilisé pour évaluer la fonction immunitaire, le stade ou la progression de l'infection par le VIH et la nécessité d'instaurer un traitement. La numération des lymphocytes T CD4 devrait être effectuée dès que possible après la pose du diagnostic puis surveillée avant l'instauration du traitement et régulièrement par la suite.

Il est aussi important d'évaluer la sensibilité du VIH aux antirétroviraux dès que possible après la pose du diagnostic. Bien que les mutations induisant une pharmacorésistance puissent sembler diminuer au fil de la réplication virale, le virus parent porteur de la mutation subsiste

dans des « réservoirs » de virus. Le séquençage génétique de l'ARN ou de l'ADN du VIH permet d'identifier les mutations spécifiques connues qui confèrent une pharmacorésistance. Les données recueillies grâce au test initial de sensibilité aux antirétroviraux peuvent orienter les décisions thérapeutiques futures.

En général, les laboratoires qui offrent des tests de confirmation de l'infection par le VIH peuvent aussi effectuer la mesure de la charge virale et des épreuves de sensibilité aux antirétroviraux, et les autorités sanitaires locales pourront aider le fournisseur de soins à demander ces tests et à localiser les cliniques auxquelles il peut adresser le client. Si l'établissement qui réalise les tests ne fournit pas de soins de suivi, il est important de s'assurer que les clients infectés par le VIH sont dirigés vers des services appropriés en mesure de répondre à leurs besoins complexes en matière de soins du VIH.

3.5 DIVULGATION DE L'INFECTION PAR LE VIH

On entend par divulgation le fait de porter à la connaissance d'un tiers la séropositivité d'une personne. Il existe de nombreux contextes de divulgation, mais la présente section s'intéresse à la divulgation de la séropositivité aux partenaires sexuels et aux personnes ayant partagé du matériel de consommation de drogues dans les cas où il y a une possibilité de transmission du VIH.

3.5.1 IMPORTANCE DE LA DIVULGATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Lorsque des activités comportent un risque de transmission du VIH, la divulgation de la séropositivité aux partenaires sexuels et aux personnes ayant partagé du matériel de consommation de drogues est un objectif important de santé publique pour plusieurs raisons. Elle peut motiver les partenaires sexuels ou consommateurs de drogues à solliciter un dépistage et à adopter des comportements plus sûrs, ce qui peut au bout du compte les protéger contre l'infection et réduire la transmission du VIH. En outre, elle présente plusieurs avantages potentiels pour le client séropositif : elle améliore notamment ses possibilités d'obtenir un soutien social, de discuter des mesures de réduction du risque d'infection par le VIH avec ses partenaires et de les mettre en pratique, de prévenir d'autres ITSS et de faire des projets d'avenir.

Dans l'optique de protéger la santé publique en prévenant la retransmission du virus, les fournisseurs de soins devraient souligner à leurs clients séropositifs l'importance de divulguer de façon volontaire leur statut à leurs partenaires sexuels ou aux personnes avec lesquelles ils ont partagé du matériel de consommation de drogues et d'éviter les pratiques à risque. La divulgation volontaire devrait être recommandée aux clients, car elle permet aux personnes concernées de se prendre en main en respectant leur autonomie et leur dignité et en préservant la confidentialité de leurs renseignements personnels, s'il y a lieu. Les fournisseurs de soins peuvent aussi déterminer avec leurs clients des façons de surmonter les obstacles possibles à la réduction du risque (comme la capacité à se procurer et à utiliser des condoms).

Au Canada, la lutte contre les maladies transmissibles incombe aux autorités sanitaires. Les fournisseurs de soins devraient encourager les clients séropositifs à faire appel aux services de santé publique, aux services de soins communautaires et aux programmes de soutien qui, en plus de faciliter l'accès aux services de prévention et de soins, offrent le soutien nécessaire pour faciliter la divulgation.

3.5.2 OBSTACLES À LA DIVULGATION

Les fournisseurs de soins devraient être sensibles au fait que la divulgation de la séropositivité est un acte difficile et délicat et que les clients séropositifs peuvent être exposés à un certain nombre de risques. Ces risques peuvent être considérables, par exemple la perte du soutien économique, le blâme, la menace de sanctions criminelles, l'abandon, la violence physique ou affective, la discrimination et la rupture des relations familiales. Il est recommandé que les clients séropositifs doutant de leur capacité à divulguer leur séropositivité soient aiguillés vers les services de santé publique locaux ou l'organisme communautaire local de services liés au sida, qui sont tous deux à même d'offrir soutien, counseling et renforcement des compétences en vue d'encourager les comportements qui réduisent le risque de transmission du VIH à d'autres.

3.5.3 CONDUITE À TENIR DEVANT LES CLIENTS QUI NE VEULENT PAS OU NE PEUVENT PAS DIVULGUER LEUR ÉTAT

Bien que la majorité des personnes vivant avec le VIH/sida s'efforcent de prendre les mesures nécessaires pour éviter de transmettre le virus aux autres, il peut arriver qu'un fournisseur de soins apprenne, ou ait raison de penser, qu'un client séropositif ne prend aucune mesure pour divulguer son statut à ses partenaires sexuels ou aux personnes avec lesquelles il partage du matériel de consommation de drogues lorsqu'il a des comportements qui présentent un risque de transmission. Il est recommandé aux fournisseurs de soins d'évaluer la volonté du client séropositif à se conformer aux mesures volontaires destinées à réduire le risque de transmission du VIH.

Conformément aux lois provinciales ou territoriales sur la santé publique, les fournisseurs de soins doivent signaler aux autorités sanitaires locales les cas où ils ont des raisons de penser que les actes ou les comportements d'un client exposent les autres à l'infection. Les services de santé publique sont à même d'aider les personnes qui ne veulent pas ou ne peuvent pas divulguer leur séropositivité à leurs partenaires sexuels ou aux personnes avec lesquelles ils partagent du matériel de consommation de drogues.

Une fois qu'un cas a été déclaré aux autorités sanitaires, les autorités locales procèdent à une enquête en vertu des pouvoirs qui leur sont conférés, lesquels varient d'une région à l'autre. C'est aux autorités sanitaires locales qu'il reviendra de déterminer si le client ne veut pas ou ne peut pas divulguer sa séropositivité. Un grand nombre de régions utilisent un modèle semblable à celui avalisé par le Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur le VIH/sida, lequel préconise une démarche progressive pour intervenir auprès des personnes qui ne veulent pas ou ne peuvent pas divulguer leur séropositivité (ASPC, 2003). La politique de santé publique concernant le dépistage et la divulgation de l'infection par le VIH garantit aux personnes vivant avec le VIH/sida un traitement digne et respectueux qui préserve la confidentialité de leurs renseignements personnels et ne trahit pas leur confiance.

4. TYPES DE DÉPISTAGE DU VIH ET TECHNIQUES DE LABORATOIRE

Dans ce chapitre, on trouve de l'information sur les techniques d'analyse, les approches de dépistage et l'interprétation des résultats. Il existe de nombreux types de tests de dépistage du VIH dont l'utilisation est homologuée au Canada et qui peuvent varier d'une région à l'autre. Pour obtenir de l'information propre à votre province ou territoire ou des réponses à vos questions, communiquez avec votre laboratoire de santé publique local.

4.1 COMMENT L'INFECTION PAR LE VIH EST-ELLE DIAGNOSTIQUÉE?

Au fil des années, les techniques de détection du VIH se sont améliorées sur le plan de la sensibilité et de la spécificité. Aucun test de dépistage du VIH n'est parfait. Il importe de fournir au laboratoire des renseignements cliniques complets (notamment la date d'apparition des symptômes) et de l'information sur le risque (notamment la date de l'exposition possible la plus récente, si elle est connue) pour garantir la prestation de services appropriés. Si les résultats du laboratoire ne concordent pas avec le tableau clinique, il faudrait alors examiner la situation avec le personnel du laboratoire afin de déterminer si un test de suivi est nécessaire.

4.1.1 DÉTECTION DES ANTICORPS ANTI-VIH

La détection des anticorps anti-VIH est la méthode la plus fréquemment utilisée pour diagnostiquer l'infection par le VIH. Différents tests sont utilisés pour détecter les anticorps produits en réponse à l'infection par le VIH (voir la figure 2). Ces tests reposent sur l'utilisation d'un antigène du VIH fixé sur une surface et qui se lie aux anticorps présents (le cas échéant) dans l'échantillon. Ils détectent les complexes antigène-anticorps au moyen d'une enzyme (fixée à un antigène ou un anticorps) qui se lie au complexe et produit une coloration mesurable, d'où le nom d'essai immunoenzymatique (EIA). Les tests de dépistage des anticorps anti-VIH par EIA sont souvent classés comme étant de 1^{ère} à 4^e générations, chaque génération étant caractérisée par une meilleure sensibilité ou spécificité. Les tests de première et de deuxième génération ne sont plus utilisés. Dans le cas des tests de 3^e génération, les anticorps anti-VIH peuvent généralement être détectés chez 50 % des personnes infectées 22 jours, environ, après l'exposition au virus; chez 95 % des personnes infectées après 34 jours; et chez 99 % des personnes infectées après trois mois (Busch, 1997). Les tests de 4^e génération utilisent souvent des techniques immunoenzymatiques chimioluminescentes à microparticules (CMIA) qui exigent que la réaction de chimioluminescence atteigne un seuil donné (en unités lumineuses relatives) pour être considérée comme réactive. Ces tests peuvent révéler la présence de l'antigène p24 et d'anticorps anti-VIH et peuvent ramener la fenêtre sérologique à environ 15 à 20 jours chez la plupart des patients.

Ces tests sont effectués dans un laboratoire médical doté d'appareils sophistiqués. Les résultats sont indiqués comme **non réactifs** ou **réactifs**. Une série de résultats est ensuite interprétée comme négative ou positive pour les anticorps anti-VIH, l'antigène du VIH ou les deux. Un laboratoire peut décider de signaler les résultats « douteux », c'est-à-dire les résultats si proches du seuil de positivité (à la limite entre un résultat réactif et non réactif) que la présence d'une petite quantité d'anticorps est possible. Chaque laboratoire utilise son propre algorithme dont l'utilisation est validée pour le laboratoire et qui exige habituellement de répéter

le test de dépistage deux fois. Tous les échantillons réactifs à plusieurs reprises (réactifs dans au moins deux des trois tests) doivent être confirmés au moyen d'une autre méthode.

Les tests simples/rapides n'exigent pas l'utilisation d'un appareil sophistiqué et peuvent être utilisés en laboratoire ou au point de service pour le dépistage des anticorps anti-VIH. Bien qu'il existe divers tests rapides, actuellement, un seul est homologué à des fins d'utilisation au point de service : l'INSTI™ HIV-1/HIV-2 (bioLytical^{MC} Laboratories Inc., Colombie-Britannique, Canada). Il doit être utilisé sous la supervision d'un professionnel et être associé à un counseling pré- et post-test (Constantine, 2005).

La trousse INSTI™ HIV-1/HIV-2 est un test de type « immunofiltration » qui permet d'obtenir des résultats en 60 secondes. L'échantillon de sang veineux (habituellement obtenu par piqûre au bout du doigt) est dilué, puis passe à travers une membrane perméable à laquelle l'antigène du VIH est fixé. S'ils sont présents dans l'échantillon, les anticorps anti-VIH se lient à l'antigène. Une protéine couplée à un colorant bleu foncé est ensuite ajoutée. La protéine se fixe aux anticorps anti-VIH liés à la membrane et forme un point bleu visible. Les tests simples/rapides sont généralement équivalents aux tests de deuxième génération pour ce qui est de la sensibilité et de la spécificité ($\geq 99,0\%$), mais il est important d'envisager des tests complémentaires s'il est possible que le client soit dans la fenêtre sérologique (Cook, 2010). Les tests simples/rapides peuvent donner des résultats faussement positifs, en particulier dans les populations où la prévalence du VIH est faible; par conséquent, tous les échantillons réactifs provenant d'un test au point de service ou d'un test rapide effectué en laboratoire nécessitent un test standard avant qu'un résultat soit considéré comme confirmé.

4.1.2 DÉTECTION DU VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE

L'infection par le VIH peut aussi être diagnostiquée en détectant la présence du virus lui-même. La mesure de la charge virale est utilisée uniquement dans des situations précises en raison de son exactitude limitée (taux élevé de faux positifs) comparativement aux tests courants de détection des anticorps. La mesure de la charge virale est réalisée dans des circonstances particulières, lorsque la détection des anticorps ne permet pas d'établir un diagnostic, notamment :

- le dépistage chez les nourrissons nés de mères séropositives pour le VIH. Les anticorps de la mère traversent la barrière placentaire et sont présents dans le sang du nouveau-né. Ces anticorps sont détectables jusqu'à 18 mois après la naissance, selon la technologie utilisée, que le nourrisson ait ou non contracté l'infection par le VIH. Dans cette situation, la détection des anticorps anti-VIH ne permet pas de déceler une infection par le VIH chez le bébé;
- pendant la fenêtre sérologique, intervalle compris entre le moment où la personne est infectée par le virus et le moment où les anticorps sont détectables. Cette période peut durer de trois semaines à trois mois. La recherche du virus à intervalles réguliers jusqu'à trois mois après l'exposition la plus récente au VIH, plutôt que la recherche des anticorps, permettra un diagnostic plus rapide;
- en présence de maladie à VIH au stade avancé ou chez une personne nettement immunodéprimée, lorsque le système immunitaire pourrait ne plus être en mesure de produire des anticorps à un titre détectable, bien qu'une telle situation soit extrêmement rare;
- le dépistage chez les personnes qui ont reçu un vaccin contre le VIH dans le cadre d'un essai clinique et ont pu acquérir des anticorps anti-VIH par la vaccination. Dans ce cas, la détection du virus même sera nécessaire pour attester une infection ultérieure.

Plusieurs techniques permettent de détecter la présence du virus lui-même (antigène p24) ou de son matériel génétique (détection de l'ADN par PCR, charge virale) (Busch, 1997; Fiebig, 2003; Steckler, 2007; Brown, 2009). La plupart de ces tests sont disponibles sur demande spéciale, mais il faut prendre des dispositions préalables avec le laboratoire. Les tests de 4^e génération qui détectent les anticorps et l'antigène améliorent notre capacité à détecter à la fois l'infection par le VIH tant aiguë que chronique.

Antigène p24

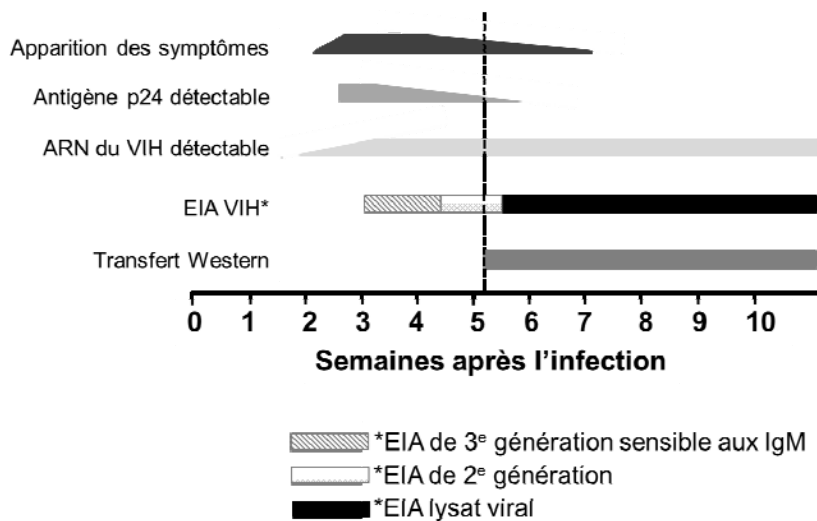
L'antigène p24 est un constituant du virus (protéine du noyau) détectable par EIA et CMIA. Les résultats sont donnés sous forme de résultats réactifs ou non réactifs; tous les échantillons réactifs doivent être confirmés par un test de *neutralisation* (Stekler, 2009). Les tests combinés qui détectent simultanément l'antigène p24 et les anticorps anti-VIH par CMIA constituent la technique la plus récente de détection du VIH. Ces tests de 4^e génération permettent la détection d'une infection aiguë, établie ou très avancée (Sickinger, 2008). Ces tests peuvent détecter l'antigène p24 et, ainsi, déceler les infections précoces pendant la fenêtre sérologique qui pourraient ne pas avoir été décelées par EIA de 3^e génération, essai qui ne détecte que les anticorps.

Détection de l'ARN ou de l'ADN par PCR

Les techniques d'amplification des acides nucléiques (TAAN) permettent de détecter le matériel génétique viral (acide ribonucléique [ARN]) ou le matériel génétique viral intégré dans l'acide désoxyribonucléique (ADN) de l'hôte. La PCR (réaction en chaîne par polymérase) qualitative pour la détection d'ARN/ADN est positive si de l'ARN ou l'ADN du VIH est présent dans l'échantillon. Pour le moment, ce test est disponible uniquement après entente avec le laboratoire et est considéré comme un test réservé « à des fins de recherche seulement ». Utilisé essentiellement à des fins diagnostiques chez les nouveau-nés de mères séropositives, il peut également être utilisé en tant que test complémentaire lorsque le transfert Western donne continuellement des résultats indéterminés ainsi que pour un diagnostic précoce pendant la fenêtre sérologique.

Charge virale

La détection et mesure de l'ARN viral plasmatique est un outil de surveillance important pour évaluer la nécessité d'un traitement antirétroviral et l'efficacité de ce traitement. La charge virale du VIH peut être déterminée au moyen de diverses méthodes : PCR, ADN ramifié, NASBA (*Nucleic Acid Sequence Based Amplification*) et TMA (*Transcription Mediated Amplification*). Toutes ces méthodes d'amplification des acides nucléiques font appel à une étape d'amplification afin de détecter et de quantifier l'ARN du VIH (indicateur de réplication virale). Toutes sont très sensibles et permettent de mesurer de faibles quantités d'ARN viral. Ces tests sont principalement utilisés pour la surveillance du traitement antirétroviral, mais ont été validés par de nombreux laboratoires en tant que tests complémentaires à effectuer pendant la fenêtre sérologique de l'infection par le VIH.

Figure 2 : Types de tests et moment des tests (Branson, 2007)

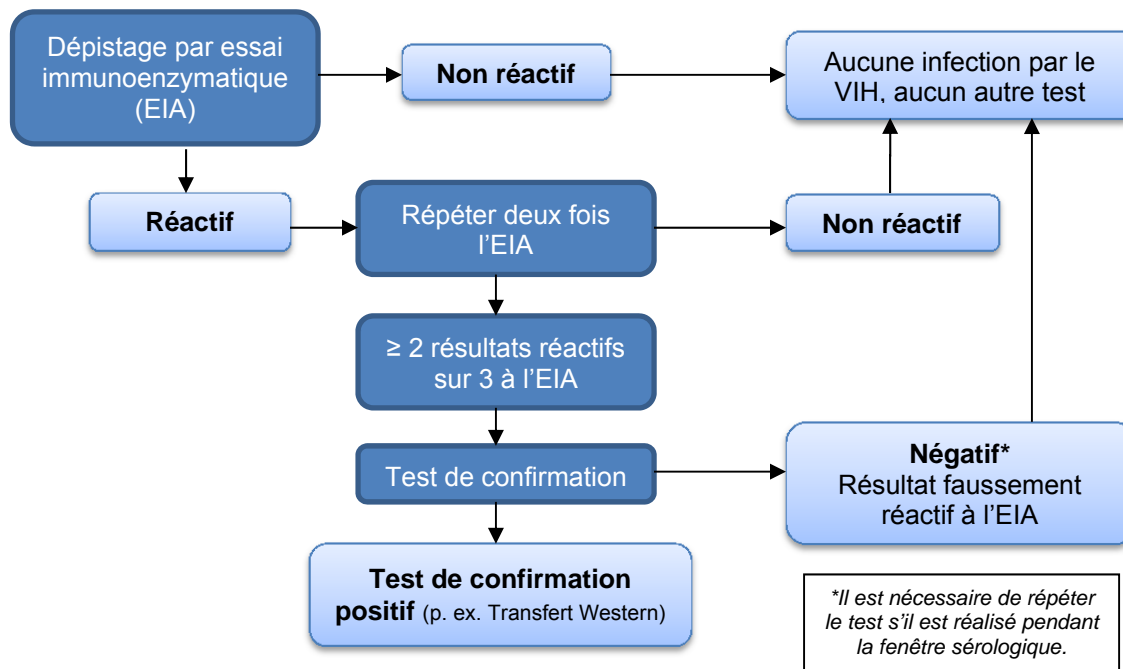
4.2 TERMINOLOGIE ET TECHNIQUES UTILISÉES DANS LE DÉPISTAGE DU VIH

Cette section présente la définition et une description détaillée des termes et des techniques utilisés dans le dépistage du VIH.

4.2.1 ALGORITHMES

Des algorithmes de dépistage du VIH ont été établis afin d'optimiser la sensibilité des tests tout en maintenant leur spécificité par la confirmation de la positivité (présence d'anticorps) des résultats réactifs. La séquence d'analyse commence par le test le plus sensible afin de détecter tous les échantillons présentant des anticorps. Un essai de confirmation (au moyen d'un test de haute spécificité) est ensuite effectué uniquement sur les échantillons réactifs/positifs au premier test. Cela permet de s'assurer que la réaction initiale est due à la détection d'anticorps anti-VIH et non pas à une réaction non spécifique (faux positif). En présence de résultats indéterminés ou non concluants, d'autres tests peuvent être nécessaires afin d'établir la présence d'une infection par le VIH. Chaque laboratoire élabore et valide son propre algorithme (vérification des résultats sur des échantillons de personnes dont on connaît la séropositivité ou la séronégativité) afin de garantir l'obtention de résultats les plus fiables possible. La valeur prédictive positive et la valeur prédictive négative d'un algorithme validé sont proches de 100 %.

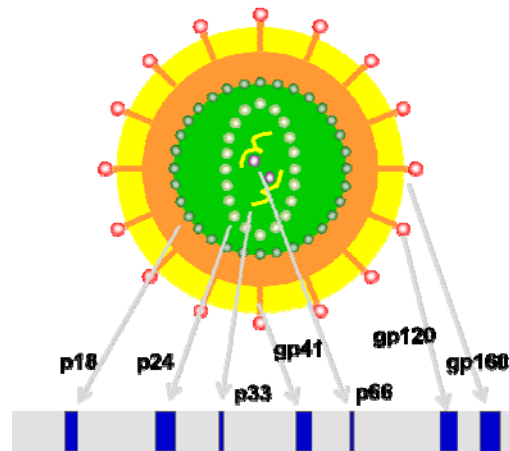
Exemple d'algorithme de laboratoire type :



4.2.2 TESTS DE CONFIRMATION : DÉTECTION DES ANTICORPS

Comme le montre la figure 3, le transfert Western repose sur la liaison des anticorps du patient aux constituants individuels du virus entier inclus dans une bandelette. Comme dans les méthodes d'EIA décrites précédemment, l'anticorps lié est détecté par un anti-anticorps qui, couplé à une enzyme, produit une réaction colorée. En l'absence de bande, l'échantillon est considéré comme négatif. En général, en présence d'une réaction à la fois pour les protéines d'enveloppe (gp41, gp120 ou gp160) et la protéine du noyau (p24), les échantillons sont considérés comme positifs; en présence d'au moins une bande, mais d'un nombre insuffisant de bandes pour être considérés comme positifs, les échantillons sont considérés comme « indéterminés » (voir aussi la section 4.3.2). La seule présence d'anticorps dirigés contre les protéines d'enveloppe suffit pour établir la séropositivité si un diagnostic clinique de sida a été posé. Bien que le transfert Western soit très spécifique, sa sensibilité aux anticorps produits à la phase aiguë de l'infection par le VIH n'est pas très élevée et il peut être moins précoce que la plupart des autres tests pour détecter les échantillons positifs (Fiebig, 2003).

Les tests immunoenzymatiques sur bandelette (LIA) et les techniques d'immunobuvardage recombinant (RIBA) sont similaires au transfert Western, bien qu'ils utilisent des protéines recombinantes ou synthétiques plutôt que des protéines extraites de préparations de virus entiers. L'interprétation des résultats est également similaire à celle des résultats du transfert Western (Schüpbach, 2011). Bien que ces tests soient plus sensibles et spécifiques, ils ne sont pas encore homologués au Canada.

Figure 3 : Transfert Western

Le test de radio-immunoprécipitation (RIPA) est généralement reconnu comme le plus sensible et le plus spécifique des tests de confirmation pour les anticorps anti-VIH. Il n'est pas offert en trousse, et la culture des virus et le radiomarquage nécessaires exigent des installations très sophistiquées et une formation poussée. Au Canada, ce test n'est disponible qu'au Laboratoire national des services de référence du VIH (LNSRV) dans des cas spéciaux, après consultation avec les laboratoires provinciaux et sur leur recommandation.

4.2.3 SOUS-TYPES ET CLADES DU VIH

Il existe deux grands sous-types du VIH : VIH-1 et VIH-2. Le VIH-1 est le sous-type prédominant au Canada et à l'échelle mondiale. Il comporte de nombreux clades ou sous-espèces. On trouve essentiellement le VIH-2 dans les pays d'Afrique de l'Ouest et dans les pays ayant des liens étroits avec l'Afrique de l'Ouest. L'infection par le VIH-2 ne semble pas se transmettre aussi facilement et l'immunodéficience met plus de temps à se développer. Contrairement au VIH-1, qui est très infectieux dans la phase aiguë, l'infectiosité du VIH-2 est plus forte aux stades avancés du sida et le stade très infectieux est plus court que celui de VIH-1. Le VIH-2 ne joue pas un rôle important dans l'épidémie d'infection par le VIH au Canada. Tous les tests de dépistage homologués au Canada peuvent détecter les anticorps anti-VIH-1 et anti-VIH-2; toutefois, la plupart des tests de confirmation ne détectent que le VIH-1, et les cas suspects d'infection par le VIH-2 doivent être confirmés par le LNSRV. Les clients qui ont des comportements à risque et qui sont originaires d'Afrique de l'Ouest, ou les personnes qui sont liées à l'Afrique de l'Ouest, peuvent avoir besoin d'un test de dépistage du VIH-2.

Le cycle de réplication du VIH entraîne de nombreuses mutations générant une grande diversité génétique et de nombreuses sous-espèces du VIH-1 (A, B, C, D, F, H, J, K) et aboutissant au développement d'une résistance aux antirétroviraux.

4.2.4 SERVICES DE RÉFÉRENCE

Au Canada, la plupart des laboratoires provinciaux offrent un certain nombre de services de référence, dont des tests de confirmation (transfert Western) et la détection qualitative de l'ARN/ADN. De plus, le LNSRV offre des services spécialisés, notamment la différenciation du VIH-1 et du VIH-2, des essais pour résoudre les cas indéterminés, l'identification de nouveaux sous-types ou clades éventuels du VIH, le diagnostic de l'infection par le VIH à partir de types

d'échantillons différents (tissus fixés dans le formol, liquide céphalorachidien, taches de sang séché, sécrétions buccales, lames de microscope, etc.) ainsi que des techniques et des services de référence liés au virus T-lymphotrope humain (HTLV). Le LNSRV offre également, à l'échelle nationale, des conseils et des programmes d'assurance de la qualité liés à la sérologie du VIH, à la mesure de la charge virale et aux TAAN.

4.2.5 CANADIAN ASSOCIATION OF HIV CLINICAL LABORATORY SPECIALISTS

La Canadian Association of HIV Clinical Laboratory Specialists (CAHCLS) (www.cahcls.ca) regroupe des spécialistes de laboratoires du VIH de partout au Canada qui se réunissent tous les ans pour élaborer des consensus, échanger leurs connaissances sur les techniques et pratiques de détection du VIH, encourager la recherche et la transmission de l'information, promouvoir la formation et la formation continue des technologistes des laboratoires du VIH et établir des partenariats avec les organismes communautaires de lutte contre le sida. Cette communication permanente contribue à assurer la disponibilité de services de dépistage du VIH de pointe au Canada.

4.2.6 RÉGLEMENTATION DE LA VENTE DES DISPOSITIFS MÉDICAUX AU CANADA

Compte tenu de l'importance et des conséquences du diagnostic (Santé Canada, 1998a et 1998b), les trousse de dépistage du VIH sont soumises à un contrôle rigoureux (fabrication, innocuité, efficacité, qualité et performance) avant que leur vente soit autorisée au Canada.

Il incombe au laboratoire de valider et de surveiller (en permanence) la performance des trousse diagnostiques dans le cadre de son protocole d'assurance de la qualité et de signaler tout problème survenu avec ces trousse. Les laboratoires qui établissent leurs propres méthodologies de dépistage doivent aussi en assurer la validation, la surveillance continue et la qualité.

4.2.7 TROUSSES DE DÉPISTAGE À DOMICILE

À l'heure actuelle, aucune trousse de dépistage du VIH à domicile n'est homologuée au Canada, mais une trousse de dépistage rapide dans les sécrétions buccales est offerte aux États-Unis. Néanmoins, la sensibilité de cette trousse est moindre lorsqu'elle est utilisée par le client que par un professionnel de la santé (> 93 % par rapport à > 98 %). Lors de tests réalisés auprès de personnes séropositives connues, la trousse a donné un résultat faussement négatif à chaque série de douze tests effectués. Une personne à risque élevé ou ayant eu une activité à risque au cours des trois derniers mois et qui obtient un résultat négatif avec la trousse d'analyse à domicile devrait être encouragée à passer un test de suivi (voir aussi la section 4.3.1). Même s'ils ont obtenu un résultat négatif au test rapide, tous les patients qui ont eu une activité à risque au cours des trois derniers mois devraient être informés des avantages de la répétition du test. Les tests effectués chez des personnes non infectées ont donné environ un résultat faussement positif sur 5 000 : les personnes qui obtiennent un résultat réactif devraient passer un test de confirmation.

4.3 DIFFICULTÉS ASSOCIÉES AU DÉPISTAGE DU VIH

4.3.1 DÉPISTAGE DU VIH PENDANT LA FENÊTRE SÉROLOGIQUE

La fenêtre sérologique est la période consécutive à l'acquisition de l'infection par le VIH pendant laquelle l'infectiosité du sujet est très élevée, mais où les tests de dépistage des anticorps anti-VIH donnent des résultats négatifs parce que la production d'anticorps n'est pas immédiate. Comme le montre la figure 4, la durée de la fenêtre sérologique a diminué avec la mise au point de tests de détection des anticorps d'une sensibilité accrue. Si les tests de 1^{re} génération détectaient les anticorps anti-VIH en moyenne 60 jours après l'exposition au virus, les tests combinés de 4^e génération (antigène p24 et anticorps anti-VIH avec test de 3^e génération) permettent une détection de l'infection par le VIH aiguë, pendant la phase virémique. Cela ramène la fenêtre sérologique à environ 15 à 20 jours. La possibilité d'établir le diagnostic le plus tôt possible peut aider à éviter la retransmission du virus, puisque c'est dans cette période que le sujet est le plus infectieux. Dans certaines régions, le TAAN (détection de l'ARN du VIH) est offert aux clients à risque élevé afin de diagnostiquer l'infection à un stade très précoce.

Le dépistage est recommandé au moment du bilan initial et trois semaines après une exposition connue ou soupçonnée au VIH. Si le test est négatif, il devrait être répété trois mois après l'exposition. Au cours du counseling pendant la fenêtre sérologique, le fournisseur de soins devrait soulever la possibilité qu'une infection par le VIH soit présente malgré un résultat négatif. Il existe des variations individuelles dans le délai d'apparition de l'antigène et des anticorps, et les techniques de dépistage récentes permettent une détection plus précoce. Toutefois, dans les cas particuliers où l'on sait que l'exposition est à risque élevé (p. ex. relations sexuelles non protégées avec un partenaire dont la séropositivité est connue), un nouveau test à intervalles réguliers pendant la fenêtre sérologique (si chaque résultat est négatif) peut aider à détecter l'infection par le VIH en phase aiguë. Il est important de fournir au laboratoire d'analyse des renseignements cliniques et de l'information sur le risque et l'exposition pour lui permettre d'effectuer les tests appropriés (anticorps, antigène p24 et/ou TAAN) (Young, 2007).

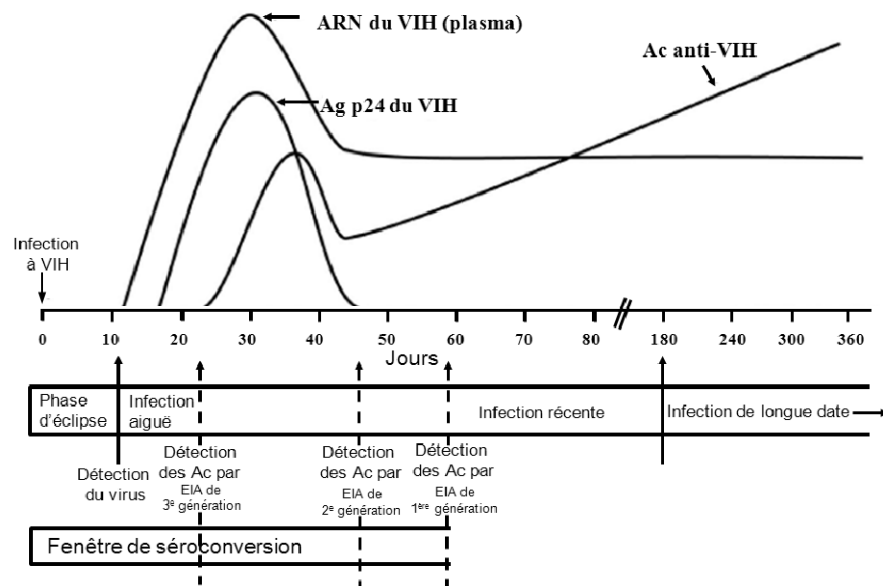
4.3.2 RÉSULTATS INDÉTERMINÉS PENDANT LA FENÊTRE SÉROLOGIQUE

Les tests effectués pendant la phase de séroconversion peuvent donner un résultat indéterminé (non concluant), car il faut parfois compter 60 jours avant que le transfert Western ne puisse détecter les anticorps. Certains sujets non infectés par le VIH peuvent également obtenir un résultat indéterminé avec ce test. Tous les résultats indéterminés exigent l'analyse d'autres échantillons accompagnés des renseignements cliniques complets et de l'information sur le risque et, au besoin, des tests dans un laboratoire de référence pour que le statut sérologique puisse être établi. Comme un résultat indéterminé peut être angoissant, il est important de déterminer si un risque d'infection par le VIH existe pour pouvoir fournir un counseling approprié.

4.3.3 TESTS DE CONFIRMATION

Le transfert Western n'est pas aussi sensible que les tests de 3^e et 4^e générations et peut donner des résultats indéterminés pendant la fenêtre sérologique. De nouveaux algorithmes faisant appel au TAAN comme test de confirmation sont en cours d'évaluation.

Figure 4 : Périodes de détection des antigènes et anticorps



4.3.4 DIVERSITÉ GÉNÉTIQUE DU VIH

La diversité génétique est un autre défi pour les tests sérologiques et moléculaires. De nouvelles mutations, de nouveaux clades et peut-être de nouveaux sous-types peuvent apparaître. Il est possible que les tests actuels ne puissent pas détecter le nouveau virus ou les anticorps résultants *si* ceux-ci sont suffisamment différents des souches utilisées pour la mise au point des tests de dépistage. C'est pourquoi, entre autres, il est important de fournir au laboratoire les renseignements cliniques et l'information sur l'exposition. Si les résultats du laboratoire ne concordent pas avec le tableau clinique, il est important de consulter le personnel du laboratoire pour déterminer si un suivi est nécessaire et s'il y a lieu de demander des tests à un laboratoire de référence.

4.3.5 PROGRAMMES D'ASSURANCE DE LA QUALITÉ

Au Canada, tous les laboratoires médicaux doivent être agréés par un organisme compétent. L'agrément exige la mise en place par les laboratoires de programmes rigoureux de contrôle et d'assurance de la qualité.

4.4 MODES DE DÉPISTAGE DU VIH

Au Canada, la plupart des provinces et territoires offrent plusieurs modes de dépistage du VIH.

4.4.1 TEST NOMINATIF

Avec ce type de test, qui est le plus courant, le nom complet du patient est utilisé à tous les stades du dépistage. Dans ce cas, le fournisseur de soins connaît le nom du client, et ce nom figure sur la demande d'analyse. Les résultats sont consignés dans le dossier du client et, s'ils sont positifs, le nom du client est transmis lors de la déclaration aux autorités sanitaires, le cas échéant. Des mesures doivent être mises en place pour que tout le personnel des milieux cliniques assure la stricte confidentialité des résultats du client.

4.4.2 TEST NON NOMINATIF (CODÉ)

De nombreuses régions offrent également le test non nominatif. Dans ce cas, le fournisseur de soins connaît l'identité du sujet, mais se sert d'un code sur la demande de détection du VIH du laboratoire, de sorte que le laboratoire ne connaît pas le nom du client. Si la déclaration du VIH est obligatoire, le laboratoire transmet le résultat positif aux autorités sanitaires, qui peuvent communiquer avec le fournisseur pour déterminer si un suivi est nécessaire.

4.4.3 TEST ANONYME

Une législation spéciale autorise le dépistage anonyme du VIH, qui n'exige aucun renseignement nominatif ni numéro d'assurance maladie. Les services de dépistage anonyme sont généralement affiliés à des cliniques de dépistage des ITS desservant des populations à risque et visent à inciter les personnes qui sont les plus à risque d'infection par le VIH, mais qui pourraient s'inquiéter de l'obligation de déclarer leurs résultats aux autorités sanitaires, à passer le test. Le dépistage anonyme est effectué dans des cliniques spéciales qui utilisent des codes pour le test et ne recueillent ni ne consignent aucun renseignement permettant d'identifier le client. Les résultats positifs sont déclarés aux autorités sanitaires dans les régions qui l'exigent, mais ne sont accompagnés d'aucun renseignement permettant d'identifier le client. Un counseling approfondi est offert à tous les clients, et des services de soutien et d'aiguillage sont également disponibles. Bien que le dépistage anonyme offre certains avantages, les clients dont le résultat est positif devraient être informés que l'accès au traitement efficace contre le VIH, ainsi que les avantages à commencer le traitement tôt, ne pourront être offerts que quand un test nominatif aura été effectué.

4.5 TYPES DE SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH

4.5.1 TEST STANDARD

La majorité des établissements de santé utilisent le test standard de dépistage du VIH. Un tube de sang est prélevé à la clinique, à l'hôpital ou au cabinet du médecin et est envoyé au laboratoire de biologie médicale accompagné d'une demande de test de détection du VIH. Le test standard peut être réalisé dans tout type d'établissement (cabinet du médecin, clinique, hôpital). Les résultats sont généralement disponibles en une semaine.

4.5.2 TEST RAPIDE AU POINT DE SERVICE

Les fournisseurs de soins peuvent aussi utiliser des tests rapides lorsqu'ils sont disponibles. Les tests rapides nécessitent un counseling pré- et post-test au cours d'une même séance et permettent au client de recevoir les résultats de son test pendant la même consultation. Il est recommandé aux fournisseurs de soins qui exercent aux urgences de recourir au test rapide pour s'assurer que leurs clients obtiennent leur diagnostic et le counseling post-test. Certains établissements offrent le dépistage du VIH au point de service, ce qui signifie que le test est réalisé sur place et que les résultats sont accessibles immédiatement. Il s'agit en général de centres spéciaux conçus pour attirer les clients à risque élevé (cliniques spécialisées dans les ITS, centres d'échange de seringues ou de réduction du risque, centres de soins pour hommes gais). Les établissements qui offrent le dépistage au point de service doivent fournir un counseling pré- et post-test. Si le test administré au point de service est non réactif et *qu'il n'a pas été effectué pendant la fenêtre sérologique*, le counseling post-test peut avoir lieu et le client peut partir en sachant qu'il est séronégatif. S'il est possible que le test ait été effectué pendant la fenêtre sérologique, un test standard en laboratoire est également réalisé pour écarter la possibilité d'une infection aiguë par le VIH et on demande au client de revenir chercher le résultat de son test. Si le test effectué au point de service est réactif, un test standard devrait être réalisé afin de confirmer le résultat, et le client devrait recevoir un counseling approprié et être prié de revenir chercher le résultat du test. Dans certaines régions, les clients dont le dépistage au point de service est négatif doivent également passer un test standard. La plupart des régions exigent la transmission aux autorités locales du résultat de tous les tests effectués dans les points de service, sous forme de rapports anonymes, pour pouvoir évaluer les programmes de dépistage et suivre l'évolution de l'épidémie d'infection par le VIH.

4.6 ACCÈS AUX SERVICES DE DÉPISTAGE

En général, il est possible de passer un test standard de dépistage du VIH en s'adressant à n'importe quel fournisseur de soins au pays. Chaque province a la responsabilité d'agréer les laboratoires situés sur son territoire qui fournissent des services de dépistage et de confirmation de l'infection par le VIH. Habituellement, tous les laboratoires de santé publique provinciaux offrent des services de dépistage et de confirmation. Les services de référence et les services spécialisés, au besoin, sont fournis par le Laboratoire national des services de référence sur le VIH après consultation avec le laboratoire provincial. Il est recommandé de confirmer auprès du laboratoire d'analyse les détails concernant le prélèvement des échantillons.

Pour obtenir l'adresse de centres de dépistage anonyme ou de dépistage au point de service, communiquer avec le service d'écoute VIH/sida local (voir l'annexe E).

5. AUTRES RESSOURCES

Ressources en matière de prévention, de soutien et de traitement

- **RÉSEAU CANADIEN D'INFO-TRAITEMENTS SIDA (CATIE)**

CATIE est la source canadienne de renseignements à jour sur le VIH et l'hépatite C. Cette organisation met à la disposition des personnes vivant avec le VIH ou l'hépatite C, des communautés à risque, des fournisseurs de soins de santé, des autres fournisseurs de soins et des organismes communautaires les connaissances, les ressources et l'expertise requises pour diminuer la transmission des virus et améliorer la qualité de vie. CATIE donne accès à une vaste gamme de ressources, organise d'importants programmes d'approche éducatifs et propose des publications par l'intermédiaire du Centre de distribution de CATIE.

Consulter le site Web de CATIE à l'adresse www.catie.ca ou communiquer sans frais avec l'organisme, au 1-800-263-1638.

- **SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA (SCS)**

La Société canadienne du sida est une coalition nationale d'organismes de services liés au sida. Un répertoire des organismes canadiens est disponible à l'adresse suivante :

<http://www.cdnaids.ca/members.nsf/Memberlistwebbyregionfr!OpenView&language=french>

Communiquer sans frais avec la SCS au 1-800-499-1986.

Autres lignes directrices sur le dépistage du VIH

- British Columbia Provincial Health Services Authority. (2011). *HIV Pre and Post Test Guidelines*. British Columbia Centre for Disease Control, Vancouver, Canada.

<http://www.bccdc.ca/resources/guide-forms/HIVPrePostGuidelines.html>

- British Columbia Provincial Health Services Authority. (2012). *Point of Care HIV Test Guidelines for Health Care Settings*. British Columbia Centre for Disease Control, Vancouver, Canada.

<http://www.bccdc.ca/SexualHealth/Programs/ProvincialPointofCareHIVTestingProgram/default.htm>

- Saskatchewan Ministry of Health/Population Health Branch. (2012). *Guidelines for the use of HIV Point of Care (POC) Test Kits in Saskatchewan*. Regina, Saskatchewan.

<http://www.health.gov.sk.ca/hiv-testing>

- Saskatchewan HIV Provincial Leadership Team. (2012). *HIV Information for Professionals*. Saskatoon, Saskatchewan.

<http://www.skshiv.ca/index.html>

- Manitoba Health. (2010). *Communicable Disease Management Protocol – Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome (HIV/AIDS)*. Communicable Disease Control Branch, Winnipeg, Canada.

<http://www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/protocol/hiv.pdf>

- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario/Division de la santé publique/Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. (2009). **Infections transmissibles sexuellement – Recommandations pour des pratiques optimales en gestion des cas et localisation des contacts** Toronto, Canada.

<http://www.oahpp.ca/resources/documents/pidac/STIs%20Case%20Management%20Contact%20Tracing%20FR.pdf>

- Government of Ontario. (2008). **Guidelines for HIV Counselling and Testing**. Government of Ontario, Toronto, Canada.

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/aids/comm_materials/hiv_guidelines.pdf

- Institut national de santé publique du Québec. (2011). **Optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine**. Institut national de santé publique du Québec, Québec, Canada.

http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1324_OptimiserDepistageDiagnosticInfectionVIH.pdf

- Institut national de santé publique du Québec. (2011). **Le dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de trousse de dépistage rapide**. Institut national de santé publique du Québec, Québec, Canada.

http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1334_DepistageVIHPointServiceTrousseRapide.pdf

- Institut national de santé publique du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). **Guide québécois de dépistage des ITSS – Supplément – Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de trousse de dépistage rapide**. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Canada.

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-317-01.pdf>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006). **Guide québécois de dépistage – Infections transmissibles sexuellement et par le sang**. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Canada. (Mis à jour en mars 2010).

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-317-03.pdf>

et

http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-317-03_maj_mars2010.pdf

- Gahagan, J., *et al.* (2010). **HIV Counselling and Testing in Nova Scotia: Implications for Policy and Practice**. Nova Scotia Advisory Commission on AIDS, Halifax, Nova Scotia.

<http://www.med.mun.ca/getdoc/d14e7458-a73e-468a-8290-12f107188daf/PDF-OCT-25-2010-Final-HCT-Report.aspx>

- Agence de la santé publique du Canada. (2007). **Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de trousse de dépistage rapide : Guide à l'intention des professionnels de la santé**. Relevé des maladies transmissibles au Canada, 33S2.

<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/07pdf/33s2-fra.pdf>

- World Health Organization. (2012). **Guidance on Couples HIV Testing and Counselling Including Antiretroviral Therapy for Treatment and Prevention in Serodiscordant Couples: recommendations for a public health approach.**

http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241501972_eng.pdf

- Keenan-Lindsay, Lisa, *et al.* (2006). **HIV Screening in Pregnancy.** Society of Obstetricians and Gynaecologists in Canada, Ottawa, Canada.

<http://www.sogc.org/guidelines/documents/185F-CPG-Decembre2006.pdf>

- Loutfy, M.R., *et al.* (2012). **Directive clinique de la SOGC – Lignes directrices canadiennes en matière de planification de la grossesse en présence du VIH.** Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada 34(6):575-590.

<http://sogc.org/guidelines/documents/gui278CPG1206F.pdf>

- Agence de la santé publique du Canada. (2010). **Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement.**

<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/guide-lignesdir-fra.php>

- Agence de la santé publique du Canada. (2009). **Soins primaires de l'hépatite C chronique – Guide de référence professionnel 2009.** Agence de la santé publique du Canada, Ottawa, Canada.

http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/pubs/pdf/hepc_guide-fra.pdf

REFERENCES

- Agence de la santé publique du Canada. (2009-09-29). *Procès-verbal de la réunion du Groupe de travail ad hoc sur le dépistage du VIH et le counseling* (Ottawa : Agence de la santé publique du Canada).
- Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Actualités en épidémiologie du VIH/sida*. (Ottawa : Agence de la santé publique du Canada).
- Agence de la santé publique du Canada. (2011). *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*. (Consulté le 23 septembre 2011). Accès : <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/index-fra.php>
- Agence de la santé publique du Canada. (2007a). *Test de dépistage du VIH et la consultation : Politiques en transition? Rapport de recherche rédigé pour le Dialogue international sur la santé publique concernant les tests de dépistage du VIH et la consultation*. (Toronto : ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada).
- Agence de la santé publique du Canada. (2007b). *Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de trousse de dépistage rapide : Guide à l'intention des professionnels de la santé. Relevé des maladies transmissibles au Canada, 33S2*.
- Agence de la santé publique du Canada. (2006). *Faites un test de dépistage du VIH – Qu'est-ce que le VIH/sida?* Agence de la santé publique du Canada. Accès : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/info/4-fra.php>
- Agence de la santé publique du Canada. (2003). *Cadre possible pour la non-divulgence de la séropositivité à l'égard du VIH/sida – le modèle de la Région sanitaire de Calgary*. Agence de la santé publique du Canada. (Consulté le 7 septembre 2010). Accès : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/05vol31/rm3105a-fra.php>
- Anon. (2011). *AIDSinfo – HIV Treatment Guidelines*. Accès : <http://www.aidsinfo.nih.gov/guidelines/GuidelineHTML.aspx?GuidelineID=7&docID=1>
- Association médicale canadienne. (1995). *Lignes directrices pour le counseling sur le sérodiagnostic du VIH*. (Ottawa: The Canadian Medical Association).
- Association of Schools of Allied Health Care Professions. *Allied Healthcare Professionals*. (Consulté le 9 juillet 2010). Accès : <http://www.asahp.org/definition.htm>
- Attia, S., Egger, M., Muller, M., Zwahlen, M., and Low, N. (2009). Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis. *AIDS* 23:1397-1404.
- Branson, B.M. (2007). State of the Art for Diagnosis of HIV Infection. *Clinical Infectious Diseases*. 2007;45:S221–5.
- Branson, B.M. (2010). The future of HIV testing. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 2010;55 Suppl 2:S102-105.
- Branson, B.M., Stekler, J.D. (2012). Detection of Acute HIV Infection: We Can't Close the Window. *Journal of Infectious Disease* 205:521-4.
- Brenner, B., Roger, R., Routy, J., Moisi, D., Ntemgwa, M., Matte, C., Baril, J., Thomas, R., Rouleau, D. (2007). High Rates of Forward Transmission Events after Acute/Early HIV-1 Infection. *Journal of Infectious Diseases* 195:951-959.
- Brown, A.E., Murphy, G., Rinck, G., et al. (2009). Implications for HIV testing policy derived from combining data on voluntary confidential testing with viral sequences and serological analyses. *Sex Transm Infect* 2009;85(1):4-9.
- Bruneau, J., Leblanc, R., Legault, M., Tremblay, C., Charest, H., Wainberg, M., Quebec Primary HIV Infection Study Group. (2007). High Rates of Forward Transmission Events after Acute/Early HIV-1 Infection. *Journal of Infectious Diseases* 195:951-959.
- Burchell, A.N., Calzavara, L., Ramuscak, N., et al. (2003). Symptomatic primary HIV infection or risk experiences? Circumstances surrounding HIV testing and diagnosis among recent seroconverters. *Int J STD AIDS* 2003;14(9):601-608.

Busch, M.P., and Satten, G.A. (1997). Time course of viremia and antibody seroconversion following human immunodeficiency virus exposure. *American Journal of Medicine* 1997;102(5B):117-124; discussion 125-126.

Burke, R.C., Sepkowitz, K.A., Bernstein, K.T., Karpati, A.M., Myers, J.E., Tsoi, B.W., and Begier, E.M. (2007). Why don't physicians test for HIV? A review of the US Literature. *AIDS* 21:1617-1624.

Bush, M.R., Williams, H., and Fairley, C.K. (2010). HIV is rare among low-risk heterosexual men and significant potential savings could occur through phone results. *Sex Health* December, 7(4): 495-7.

Canadian Nurses Protective Society. (2011). *Consent to Treatment: The Role of the Nurse*. (Consulté le 19 septembre 2011). Accès : http://www.cnps.ca/upload-files/pdf_english/consent.pdf

Cohen, M.S., et al. (2011). Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. *New England Journal of Medicine* 365:493-505.

Constantine, N., Saville, R., and Dax, E. (2005). Retroviral Testing and Quality Assurance, Essentials for Laboratory Diagnostics.

Cook, D., Gilbert, M., DiFrancesco, L., and Kraiden, M. (2010). Detection of Early Sero-Conversion HIV Infection Using the INSTITM HIV-1 Antibody Point-of-Care Test. *Open AIDS J* 4:176-179.

Culver, K. (2002). *Les personnes qui ne sont pas disposées à prévenir la transmission du VIH ou qui en sont incapables : version concise d'une analyse législative et documentaire*. (Ottawa : Comité consultatif F/P/T sur le sida, Santé Canada).

Daskalakis, D. (2011). HIV diagnostic testing: evolving technology and testing strategies. *Top Antivir Med* 2011;19(1):18-22.

Deblonde, J., De Koker, P., Hamers, F., Fontaine, J., Luchters, S., and Temmerman, M. (2010). Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review. *European Journal of Public Health* 20(4):422-432.

Emmers-Sommer, T., Nebel, S.S., Allison, M., Cannella, M., Cartmill, D., Ewing, S., Horvath, D., Osborne, J., and Wojtaszek, B. (2009). Patient-provider communication about sexual health: The relationship with gender, age, gender-stereotypical beliefs, and perceptions of communication inappropriateness. *Sex Roles* 60(9-10):669-681.

Evans, K.G. (2006). *Le consentement : Guide à l'intention des médecins du Canada*. L'Association canadienne de protection médicale. (Consulté le 19 septembre 2011). Accès : http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/resource_files/ml_guides/consent_guide/com_cg_intro-f.cfm

Fiebig, E.W., Wright, D.J., Rawal, B.D., et al. (2003). Dynamics of HIV viremia and antibody seroconversion in plasma donors: implications for diagnosis and staging of primary HIV infection. *AIDS* 2003;17(13):1871-1879.

Fisher, M. (2008). Late diagnosis of HIV infection: major consequences and missed opportunities. *Current Opinion in Infectious Diseases* 21(1):1-3.

Gardner, E.M., McLees, M.P., Steiner, J.F., del Rio, C., Burman, W.J. (2011). The Spectrum of Engagement in HIV Care and its Relevance to Test-and-Treat Strategies for Prevention of HIV Infection. *Clinical Infectious Diseases* 52(6):793-800.

Gonzalez, A., Weibust, K.S., Miller, C.T., and Solomon, S.E. (2011). A Preliminary Examination of Sexual Orientation as a Social Vulnerability for HIV/AIDS-related Stigma. *J Appl Soc Psychol* 41(5):1258-1274.

Grant, K., and Ragsdale, K. (2008). Sex and the "recently single": Perceptions of sexuality and HIV risk among mature women and primary care physicians. *Culture, Health & Sexuality* 10(5):495-511.

Health Protection Agency. (2011). *Time to test for HIV: Expanded healthcare and community HIV testing in England*. Accès : <http://www.hpa.org.uk/timetotesthiv2011>

Kleinman, S.H., Lelie, N., and Busch, M.P. (2009). Infectivity of human immunodeficiency virus-1, hepatitis C virus, and hepatitis B virus and risk of transmission by transfusion. *Transfusion* 2009;49(11):2454-2489.

- Lalkhen, A.G., McCluskey, A. (2008). Clinical tests: sensitivity and specificity. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain* 2008;8(6):221-223.
- Long, E.F., Brandeau, M.L., Owens, D.K. (2010). The Cost-Effectiveness and Population Outcomes of Expanded HIV Screening and Antiretroviral Treatment in the United States. *Annals of Internal Medicine* 153:778-789.
- Ontario Advisory Committee on HIV/AIDS. (2003). *Disclosure of HIV-Positive Status To Sexual and Drug-Injecting Partners: A Resource Document*. Accès : http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/aids/reports/disclosure_hiv_positive_status_sexual_drug_injecti.pdf
- Margolese, S. (2009). *National HIV Pregnancy Planning Guidelines*. Ed. Dr. Mona Loutfy. (Vancouver: Women's College Hospital, Women's College Research Institute).
- Sanders, G.D., Bayoumi, A.M., Holodiny, M., and Owen, D.K. (2008). Cost-Effectiveness of HIV Screening in Patients Older than 55 Years of Age. *Annals of Internal Medicine* 148:889-903.
- Santé Canada. (1998a). *Orientation pour le système de classification fondé sur le risque des instruments diagnostiques in vitro*. Accès : http://hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/md-im/ivd-rsk_idiv-rsq-fra.pdf
- Santé Canada. (1998b). *Préparation d'un document d'examen de précommercialisation pour les demandes d'homologation des instruments des classes III et IV*. Accès : http://hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/md-im/prmkt2_precomm2-fra.pdf
- Santé Canada. (2001). Programme d'accès spécial – Instruments médicaux. Accès : http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/acces/md-im/sapmdfs_pasimfd-fra.php
- Schüpbach, J., Bisset, L.R., Regenass, S., *et al.* (2011). High specificity of line-immunoassay based algorithms for recent HIV-1 infection independent of viral subtype and stage of disease. *BMC Infectious Diseases* 2011;11(1):254.
- Sickinger, E., Jonas, G., Yem, A.W., *et al.* (2008). Performance evaluation of the new fully automated human immunodeficiency virus antigen-antibody combination assay designed for blood screening. *Transfusion* 2008;48(4):584-593.
- Thompson, M.A., Aberg, J.A., Cahn, P., *et al.* (2010). Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2010 recommendations of the International AIDS Society-USA panel. *JAMA* 2010;304(3):321-333.
- ONUSIDA. (2010). *Lancement du rapport Outlook 2010 de l'ONUSIDA : Traitement 2.0 – Avons-nous trouvé le traitement de demain?* (Consulté le 7 septembre 2010). Accès : <http://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2010/july/20100713outlooklaunch/>
- UNAIDS. (2007). *Reducing HIV Stigma and Discrimination: a critical part of national AIDS programmes – A resource for national stakeholders in the HIV response*. (Consulté le 6 février 2010). Accès : http://data.unaids.org/pub/Report/2008/JC1521_stigmatisation_en.pdf
- UNAIDS/WHO. (2004). *Policy Statement on voluntary HIV testing*. (Consulté le 9 juillet 2010). Accès : <http://www.who.int/hiv/pub/vct/statement/en/index.html>
- World Health Organization. (2012). *Guidance on Couples HIV Testing and Counselling Including Antiretroviral Therapy for Treatment and Prevention in Serodiscordant Couples: recommendations for a public health approach*. (Consulté le 5 janvier 2012). Accès : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/9789241501972/en/>
- Wright, S., Ryder, N., and McNulty, A.M. (2011). HIV Results by Phone: Can We Predict Who Will Test HIV-Negative? *Sexual Health* 7(4):417-419.
- Young, T.N., Arens, F.J., Kennedy, G.E., Laurie, J.W., and Rutherford, G.W. (2007). Antiretroviral post-exposure prophylaxis (PEP) for occupational HIV exposure. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(1):CD002835.

ANNEXE A : CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET PROFESSIONNELLES

Les principes régissant le rôle et les responsabilités des fournisseurs de soins sur les plans professionnel et déontologique reposent sur le code d'éthique de leur établissement respectif ainsi que sur les collègues professionnels dont ils dépendent.

Les recommandations suivantes s'ajoutent aux codes de déontologie existants, aux politiques et règlements territoriaux/provinciaux en matière de santé ainsi qu'à toute autre loi et à tout autre règlement applicables, et ne sauraient les remplacer.

Consentement

Au Canada, le dépistage du VIH est volontaire¹. Lorsqu'un test est volontaire, le client est libre de l'accepter ou de le refuser sans aucune menace ni contrainte (Evans, 2006).

Les principes fondamentaux du consentement énoncés dans la législation canadienne exigent que les fournisseurs de soins de santé s'assurent que :

- le client a la capacité de donner son consentement au test proposé;
- le consentement du client pour le test proposé est volontaire;
- le client a été correctement informé des avantages et des risques associés à l'acceptation ou au refus du test;
- le client comprend entièrement ce qui lui est proposé.

Pour l'application de ces principes fondamentaux, et conformément aux recommandations de l'ONUSIDA/OMS (2004), le guide recommande aussi aux fournisseurs de soins d'informer leurs clients de ce qui suit :

- les avantages du dépistage sur le plan clinique et sur le plan de la prévention;
- le droit de refus;
- les services de suivi qui seront offerts;
- si le résultat du test est positif et déclaré aux services de santé publique, expliquer l'importance de prévoir qu'il faudra informer toute personne concernée de son exposition passée, actuelle ou future au VIH, car, autrement, une telle personne ne se doutera pas qu'elle a été ou sera exposée au VIH.

Au Canada, nombre de fournisseurs de santé donnent également un complément d'information sur la divulgation de la séropositivité aux partenaires antérieurs et futurs dans le cadre de leur protocole afin que leurs clients soient mieux informés lorsqu'ils prennent une décision à l'égard du consentement.

Bien que le consentement éclairé ne puisse être ni implicite ni présumé, le client n'est pas obligé de le donner par écrit; *un consentement verbal est suffisant pour que le test puisse être réalisé*. Il importe également que les fournisseurs de soins sachent qu'il est illégal et contraire à leur code d'éthique de réaliser le test de dépistage du VIH sans le consentement éclairé du

¹ Il existe certaines exceptions dans lesquelles un consentement volontaire pourrait ne pas être exigé; toutefois, de telles circonstances sont observées en dehors de la prestation des soins de santé courants tels que ceux qui sont décrits dans le guide et sont par conséquent en dehors de la portée prévue du document.

client. Le fournisseur ne doit en aucun cas exercer une pression ou une contrainte pour obtenir le consentement d'un client.

Si le client refuse de donner son consentement éclairé au test, le fournisseur devrait discuter avec lui des raisons à l'origine de ce refus, sans porter de jugement. Si le client refuse le test, le fournisseur devrait l'encourager à passer un test anonyme (s'il est disponible), lui offrir des ressources, notamment des documents écrits ou l'adresse de sites Web traitant du dépistage du VIH, et l'aiguiller vers les services pertinents.

Capacité de consentir

Pour que le consentement d'un client au dépistage du VIH soit valide, le client doit avoir la capacité de consentir. On entend par capacité, la capacité à comprendre et à apprécier la nature et les conséquences de décisions (Canadian Nurses Protective Society, 2011). Si le fournisseur de soins a des raisons de penser que le client n'a pas la capacité de consentir au test de dépistage du VIH, il devrait consulter les codes de conduite professionnels et la législation provinciale ou territoriale applicable pour s'orienter. Il est à noter qu'il existe des circonstances spéciales concernant l'âge du consentement et les compétences mentales qui commandent une attention particulière.

Test chez les mineurs

Une personne qui n'a pas atteint l'âge légal de la majorité peut avoir la capacité de consentir au dépistage du VIH si son développement mental et affectif lui permet d'apprécier pleinement la nature et les conséquences du test offert (Association médicale canadienne, 1995). Les fournisseurs de soins devraient consulter les codes de conduite professionnels et la législation provinciale ou territoriale applicable pour déterminer la capacité d'un mineur à consentir au dépistage du VIH, ou le rôle des parents ou tuteurs à cet égard.

Incapacité mentale

Il peut arriver qu'une personne ne possède pas les capacités mentales requises pour comprendre et traiter l'information (niveau de conscience, influence de drogues ou d'autres substances, maladie physique ou mentale, âge, etc.). Les fournisseurs de soins devraient consulter les codes de conduite professionnels et la législation provinciale ou territoriale applicable pour évaluer la capacité d'une personne en cas d'incapacité mentale et pour s'informer de la marche à suivre pour obtenir une autorisation d'une personne substitut.

Confidentialité

La décision d'une personne de passer un test de dépistage du VIH et son statut sérologique sont des renseignements confidentiels. Divulguer les renseignements personnels du client et trahir sa confiance peuvent entraîner pour lui des conséquences gravement préjudiciables et avoir des répercussions juridiques pour le fournisseur de soins. La divulgation involontaire de la séropositivité d'une personne a été associée à de la violence et à de l'abus, à la perte d'un emploi, à la perte de biens ou d'un logement, à des dommages aux biens ou au logement, au rejet par la communauté et à l'isolement social (UNAIDS, 2007).

Comme pour tous les renseignements médicaux, le fournisseur de soins est tenu de se conformer aux normes de confidentialité les plus rigoureuses en ce qui a trait au dossier médical des clients sollicitant un test de dépistage du VIH.

Il est important que les clients qui passent un test soient informés des **limites de la confidentialité**, notamment celles énoncées dans les lois provinciales ou territoriales sur la

santé publique. Les obligations de déclaration énoncées dans ces lois l'emportent sur la confidentialité de la relation médecin-client.

RESPECT DE LA CONFIDENTIALITÉ

- Informer le client de la façon dont les résultats du dépistage du VIH sont enregistrés et conservés, y compris de toute limite associée aux dossiers médicaux électroniques.
- Expliquer au client les mesures prises par le personnel pour préserver la confidentialité.
- Aviser le client des limites de la confidentialité, notamment celles énoncées dans les lois provinciales ou territoriales sur la santé publique et dans les lois sur la protection des enfants.
- Informer le personnel de ce qui constitue une violation de l'obligation de confidentialité et des répercussions possibles de cette violation sur le client et le personnel. Le personnel devrait s'engager à respecter la confidentialité et rectifier les erreurs, le cas échéant.
- Éviter les marques d'identification inutiles sur le dossier des clients, ou lors du classement des dossiers, qui pourraient divulguer l'infection par le VIH du client.
- Préserver la confidentialité des renseignements personnels des clients lors des vérifications cliniques par des tiers.
- En cas de test positif, communiquer le résultat au client par la voie la plus directe possible; le fournisseur ayant prescrit le test devrait se charger de cette tâche à moins d'une entente préalable avec le client.
- Communiquer les résultats des tests en toute confidentialité.

Confidentialité des renseignements concernant les enfants

Seuls les parents ou le tuteur légal d'un enfant, ainsi que son médecin, ont besoin de savoir que cet enfant est infecté par le VIH. Les fournisseurs de soins n'ont ni l'obligation ni l'autorisation d'informer l'école ou la garderie que fréquente l'enfant. Les parents ou le tuteur légal qui décident de divulguer l'infection par le VIH de leur enfant devraient être encouragés à souligner le droit à la vie privée de l'enfant.

Dépistage et protection de la vie privée des clients dans des milieux non traditionnels

Afin de réduire les obstacles au dépistage du VIH, le test est de plus en plus souvent offert dans des milieux non traditionnels. Dans le guide, on entend par « milieux non traditionnels » des milieux tels que les organismes offrant des services :

- aux hommes gais et bisexuels;
- aux immigrants;
- en santé mentale;
- en milieux correctionnels;
- de réduction des risques liés à la toxicomanie;
- de santé pour les Autochtones;
- aux étudiants (collèges et universités);
- périnataux;
- d'avortement;
- de saunas;
- par les unités mobiles;

- aux refuges (logement, femmes, protection familiale, jeunes);
- dans les bars de danseuses exotiques et les boîtes de nuit.

Le dépistage en milieu non traditionnel présente des défis bien particuliers en ce qui concerne la protection de la vie privée des clients (comme le dépistage dans un sauna en présence d'autres personnes). Les fournisseurs qui offrent le dépistage dans ces types de milieux devraient prendre en considération tous les défis particuliers propres à ces milieux et élaborer des stratégies afin de protéger la vie privée des clients.

ANNEXE B : ÉVALUATION COMPLÈTE DU RISQUE D'INFECTION PAR LE VIH OU D'ITS

Principes généraux

Les renseignements devraient être demandés avec simplicité, sans préjugés, en employant des termes compréhensibles pour le patient.

L'anamnèse doit porter sur les points suivants :

- symptômes génitaux associés aux ITS (écoulement, dysurie, douleurs abdominales, douleurs testiculaires, éruptions cutanées, lésions);
- symptômes généraux associés au VIH ou aux ITS (fièvre, perte de poids, adénopathie);
- tout antécédent de tuberculose;
- facteurs de risque personnels et prévention (utilisation du condom, vaccination contre l'hépatite B et, dans le cas des personnes à risque, contre l'hépatite A);
- conscience d'un risque accru d'infection par le VIH/ITS par le patient;
- autres éléments pertinents de l'anamnèse générale, comme les traitements médicamenteux pertinents, les allergies et le suivi de problèmes antérieurs.

Une brève évaluation du risque devrait permettre de cerner ou d'exclure rapidement les principaux facteurs de risque d'infection par le VIH ou d'ITS. À cet égard, voici quelques énoncés qui pourraient être utiles :

« Une partie de mon travail consiste à évaluer les problèmes de santé liés à la sexualité et à la reproduction. Bien sûr, tout ce dont nous discutons aujourd'hui demeure strictement confidentiel. Si vous êtes d'accord, j'aimerais vous poser quelques questions à ce sujet. »

- Êtes-vous sexuellement actif actuellement ou l'avez-vous été? Cela comprend le sexe oral ou anal, et non seulement les relations sexuelles vaginales.
- Avez-vous des symptômes qui vous font soupçonner la présence d'une infection par le VIH ou d'une autre ITS? (Avez-vous des ulcérations génitales? Ressentez-vous des douleurs ou des brûlures lorsque vous urinez? Avez-vous remarqué un écoulement inhabituel de votre vagin, pénis ou anus? Ressentez-vous des douleurs pendant vos relations sexuelles?)
- Que faites-vous pour éviter une grossesse? (Est-ce que votre partenaire ou vous-même utilisez un moyen de contraception?)
- Que faites-vous pour éviter le VIH et les autres ITS?
- Avez-vous des inquiétudes concernant la violence ou l'abus dans votre relation ou lors des relations sexuelles avec votre partenaire?
- Est-ce que vos partenaires ou vous-même avez déjà utilisé des drogues injectables ou d'autres drogues, par exemple de la méthamphétamine (« crystal meth » ou « glace »)?
- Aux femmes, demander :
 - À quand remontent vos dernières menstruations?
 - À quand remonte votre dernier test Pap?

Tout patient exposé à un facteur de risque d'infection à VIH ou à d'une autre ITS en raison de sa situation actuelle ou de ses antécédents devrait être évalué de façon plus détaillée. Le questionnaire d'évaluation du risque qui suit (tiré des *Lignes directrices canadiennes sur les*

infections transmissibles sexuellement, ASPC, 2010) peut servir de guide pratique pour aider les cliniciens à mieux évaluer les facteurs de risque d'un patient et ses comportements, ainsi qu'à guider le counseling du patient et les recommandations de dépistage.

Questionnaire d'évaluation du risque d'infection par le VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement

Catégorie et éléments	Questions importantes pour guider l'évaluation
<p>Relation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situation actuelle • Déterminer les inquiétudes 	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous un(e) partenaire sexuel(le) stable? • Si oui, depuis combien de temps êtes-vous en relation avec cette personne? • Avez-vous d'autres partenaires? • Éprouvez-vous des inquiétudes quant à votre relation? • Si oui, lesquelles? (p. ex. crainte de violence, d'abus, de coercition)
<p>Comportements sexuels à risque</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de partenaires • Préférences, orientation sexuelles • Activités sexuelles 	<ul style="list-style-type: none"> • À quand remonte votre dernier contact sexuel? Était-ce avec votre partenaire habituel(le) ou avec un(e) autre? • Combien de partenaires sexuel(le)s avez-vous eu(e)s au cours des deux derniers mois? Au cours de la dernière année? • Vos partenaires sont-ils des hommes, des femmes ou les deux? • Pratiquez-vous le sexe oral (embrasser votre partenaire sur ses parties génitales ou son anus)? • Pratique-t-on sur vous le sexe oral? • Pratiquez-vous la pénétration? (pénétrez-vous vos partenaires dans le vagin ou l'anus ou vos partenaires pénètrent-ils votre vagin ou votre anus?)

Catégorie et éléments	Questions importantes pour guider l'évaluation
<ul style="list-style-type: none"> Évaluation du risque personnel 	<ul style="list-style-type: none"> L'un ou l'une de vos partenaires sexuels viennent-ils d'autres pays que le Canada? Si oui, de quels pays et à quand remonte votre dernier contact sexuel avec lui ou elle? Dans quelles circonstances rencontrez-vous vos partenaires sexuel(le)s (en voyage, dans les saunas, sur Internet)? Utilisez-vous des condoms toujours, parfois ou jamais? Qu'est-ce qui influence votre choix de vous protéger ou pas? Si vous deviez évaluer vos risques d'ITS, diriez-vous que vous n'êtes exposé(e) à aucun risque? À un faible risque? À un risque moyen? À un risque élevé? Pourquoi?
<p>Antécédents en matière d'ITS</p> <ul style="list-style-type: none"> Dépistages antérieurs du VIH ou d'ITS Antécédents d'ITS Inquiétudes actuelles 	<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous déjà passé des tests de dépistage d'ITS ou du VIH? Si oui, à quand remonte le dernier test? Avez-vous déjà eu une ITS dans le passé? Si oui, laquelle et quand? À quand remonte votre dernier contact sexuel qui a suscité une inquiétude? Avez-vous des symptômes? Si oui, quand sont-ils apparus?
<p>Antécédents en matière de santé reproductive</p> <ul style="list-style-type: none"> Contraception Problèmes reproductifs connus Test Pap Si oui, lesquels (pour les femmes) 	<ul style="list-style-type: none"> Est-ce que vous ou votre partenaire utilisez une méthode de contraception? Si oui, laquelle? Y a-t-il des problèmes? Sinon, pourquoi? Avez-vous des problèmes particuliers reliés à votre méthode de choix? Si oui, quand? Lesquels? Avez-vous déjà obtenu des résultats anormaux au test Pap? Si oui, quand? Résultat si celui-ci est connu. Avez-vous déjà été enceinte? Si oui, combien de fois? Quel(s) en a(ont) été le(s) résultat(s) (nombre de naissances, d'avortements ou de fausses-couches)?

Catégorie et éléments	Questions importantes pour guider l'évaluation
<ul style="list-style-type: none"> • Consommation de substances psychoactives • Partage du matériel d'injection/inhalation • Relations sexuelles avec facultés altérées • Risque percutané autre que l'injection de drogues 	<ul style="list-style-type: none"> • Consommez-vous de l'alcool? Des drogues? Si oui, à quelle fréquence, et quel type? • S'il s'agit de drogues injectables, avez-vous déjà partagé votre matériel? Si oui, à quand remonte la dernière fois? • S'il s'agit de drogues inhalées (p. ex. crack), avez-vous déjà partagé votre matériel comme les pipes ou les pailles? Si oui, à quand remonte la dernière fois? • Avez-vous déjà eu des relations sexuelles alors que vous étiez intoxiqué(e)? Si oui, à quelle fréquence? • Avez-vous eu des relations sexuelles sous l'influence de l'alcool ou d'autres substances psychoactives? Quelles ont été les conséquences? • Pensez-vous avoir besoin d'aide quant à votre consommation de substances psychoactives? • Avez-vous des tatouages ou des perçages corporels? Si oui, ont-ils été effectués avec du matériel stérilisé (c.-à-d. par des professionnels)?
<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents psychosociaux • Travailleur ou client de l'industrie du sexe • Violence sexuelle • Logement 	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous déjà eu des relations sexuelles en échange d'argent, de drogues ou d'un toit? • Avez-vous déjà dû payer pour avoir des relations sexuelles? Si oui, à quelle fréquence et pendant combien de temps? • Avez-vous déjà été forcé(e) d'avoir des relations sexuelles? Si oui, quand et par qui? • Avez-vous déjà fait l'objet de violence sexuelle? Avez-vous déjà fait l'objet de violence physique ou psychologique? Si oui, quand et par qui? • Avez-vous un domicile? Si tel n'est pas le cas, où dormez-vous? • Vivez-vous avec quelqu'un?

ANNEXE C : RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH

La présente annexe est une forme condensée d'un rapport technique plus détaillé, *Risque de transmission du VIH : Sommaire des données scientifiques*¹, qui résume les données scientifiques sur le risque de transmission du VIH à l'occasion des activités sexuelles, de l'injection ou d'une autre forme de consommation de drogues, de même que par la transmission de la mère à l'enfant (verticale). Cette analyse repose sur plus de 200 références, trouvées à l'occasion d'une recherche de documentation portant sur la période de 2001 à mai 2012². Les résultats obtenus grâce à cet important corpus de données ont montré les difficultés inhérentes à la quantification du risque de transmission du VIH, en partie à cause du rôle des cofacteurs comportementaux et biologiques, notamment la charge virale et la présence de coinfections, dans l'accroissement ou la diminution du risque de transmission.

Transmission par voie sexuelle

Au Canada, la transmission par voie sexuelle est la cause la plus courante d'infection par le VIH. En 2008, on estimait que 44 % des nouvelles infections par le VIH concernaient des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) et que 36 % des personnes récemment infectées avaient été exposées au virus lors de relations hétérosexuelles. Ces estimations étaient approximativement les mêmes qu'en 2005.

Même si la mesure du risque lié aux relations sexuelles est difficile, toutes les études signalent systématiquement que :

- le risque associé aux relations sexuelles anales non protégées est plus élevé que celui des relations sexuelles vaginales, lesquelles sont associées à un risque plus élevé que celui des relations sexuelles orales;
- le risque associé aux relations sexuelles réceptives est plus élevé que celui associé aux relations sexuelles insertives.

Relations sexuelles anales

Selon les résultats des études de cohortes et des méta-analyses, on estime que le risque de transmission associé à chaque relation sexuelle anale réceptive se situe entre 0,5 et 3,4 %, plusieurs estimations se situant au milieu, à savoir environ 1,4 % à 1,7 %. La plupart de ces estimations sont basées sur des études menées auprès de HARSAH. Toutefois, le risque semble similaire dans les populations hétérosexuelles. On estime que le risque de transmission associé aux relations sexuelles anales insertives est inférieur, se situant entre 0,06 % et 0,16 %. Une relation sexuelle anale comporte un risque plus élevé de transmission du VIH, tant pour le partenaire passif que le partenaire actif, qu'une relation sexuelle vaginale, car la muqueuse rectale est différente de la muqueuse vaginale. La densité des follicules lymphatiques (cellules ciblées par le VIH) est plus élevée dans la muqueuse rectale, et celle-ci est plus sensible aux abrasions que la muqueuse vaginale. On a estimé que le risque de transmission au partenaire réceptif à la suite d'une relation sexuelle anale non protégée était de 5 à 18 fois plus élevé que le risque associé à une relation sexuelle vaginale réceptive.

Relations sexuelles vaginales

¹ Agence de la santé publique du Canada, 2013; rapport complet disponible sur demande à l'adresse : ccdic-clmti@phac-aspc.gc.ca

² La recherche portait essentiellement sur les analyses systématiques, les méta-analyses et les revues narratives, lorsque de telles études existaient. Pour les thèmes pour lesquels aucune analyse n'existait, les études de recherche ont été incluses.

Les estimations concernant les relations sexuelles vaginales réceptives (transmission de l'homme à la femme³) se situent entre 0,08 % et 0,2 %. On a évalué que le risque était légèrement inférieur, entre 0,05 % et 0,1 %, dans le cas des relations sexuelles vaginales insertives (transmission de la femme à l'homme). Plusieurs études ont examiné le risque de transmission sexuelle dans les populations hétérosexuelles, sans préciser la nature des relations sexuelles (vaginales ou anales); toutefois, on suppose que la majorité des relations sexuelles étaient de type pénis-vagin. On a signalé des taux plus élevés de transmission sexuelle de l'homme à la femme que de la femme à l'homme. Cela pourrait s'expliquer par des mécanismes biologiques, comme la plus grande surface anatomique, et le nombre plus élevé de types de cellules vulnérables dans le vagin que sur/dans le pénis.

Relations sexuelles orales

Le risque de transmission du VIH lors de relations sexuelles orales est difficile à mesurer, en raison, notamment, du fait que de nombreuses personnes ne se limitent pas à cette pratique à l'exclusion de toute autre. Toutefois, il est clair que le risque de transmission lors des relations sexuelles orales (qu'elles soient de type pénis-bouche ou vagin-bouche) est nettement inférieur à celui des relations sexuelles anales ou vaginales. La cavité buccale comporte une épaisse couche épithéliale, un faible nombre de cellules cibles CD4 et des anticorps antiviraux, ce qui la rend relativement résistante à la transmission du VIH. Dans une méta-analyse de 10 études, seules quatre études ont signalé une estimation non nulle du risque. S'il n'a pas été possible de produire une estimation groupée du risque en raison de la petite taille des échantillons, leur analyse laisse croire à une probabilité de transmission faible, mais non nulle.

Si des mesures précises du risque sont difficiles à établir, il est vraisemblable que l'éjaculation et la présence d'ulcérations buccales, l'inflammation oropharyngée ou une ITS dans l'oropharynx augmentent le risque de transmission du VIH au partenaire réceptif pendant les relations sexuelles orales. L'observation d'une série de cas de HARSAH dont on soupçonnait que l'infection par le VIH s'était produite au cours de relations sexuelles orales donne à penser que les hommes ayant des perçages génitaux risquent davantage de devenir infectés par le VIH lorsqu'ils ont des relations sexuelles orales insertives.

Même si l'on suppose que le risque de transmission du VIH lors des relations sexuelles orales est faible, on s'inquiète que cette pratique puisse contribuer à la transmission du VIH si les relations sexuelles orales non protégées sont très fréquentes par rapport aux pratiques plus à risque, qui sont plus souvent protégées. Les relations sexuelles orales non protégées ont été reconnues comme une importante voie de transmission associée à l'augmentation récente des cas de syphilis parmi les HARSAH.

Transmission du VIH chez les consommateurs de drogues

Chez les personnes qui s'injectent des drogues, les estimations du risque de transmission par une aiguille contaminée se situent entre 0,7% et 0,8%. Il a été montré que le partage du matériel d'injection auxiliaire, comme les filtres ou les cuiseurs, augmentait le risque de transmission, même quand les aiguilles et les seringues ne sont pas partagées. Parmi les autres facteurs qui augmentent le risque de transmission du VIH chez les utilisateurs de drogues par injection, on note les emplacements non sécuritaires, le type de drogue et la fréquence d'injection. Les consommateurs de drogues non injectables courent aussi un risque d'infection par le VIH. La consommation de drogues modifie souvent les comportements

³ Chez les hommes transgenres qui n'ont pas subi de chirurgie de changement de sexe, on présume que le risque est équivalent à celui associé aux relations sexuelles vaginales réceptives.

sexuels en augmentant la prise de risques. De même, plusieurs drogues ont été décrites comme des facteurs de risque indépendants de transmission du VIH.

Transmission de la mère à l'enfant

En l'absence de toute intervention préventive, on estime que la transmission de la mère à l'enfant se situe entre 15% et 45%. Comme avec d'autres modes de transmission, la charge virale plasmatique maternelle a été systématiquement associée au risque de transmission verticale. Depuis l'introduction du traitement antirétroviral hautement actif (HAART) en 1997, qui sert à inhiber la réplication virale, le taux de transmission de la mère à l'enfant a chuté considérablement. Le mode d'accouchement était auparavant associé à la transmission verticale, mais, depuis l'arrivée du traitement HAART, on ne sait pas avec certitude s'il y a des avantages supplémentaires à la césarienne non urgente chez les femmes ayant une faible charge virale.

On a observé que les événements obstétricaux, notamment la rupture de la membrane amniotique se produisant sur une longue période, ainsi que l'utilisation intrapartum d'électrodes sur le cuir chevelu fœtal ou le prélèvement de sang du cuir chevelu fœtal pour en mesurer le pH augmentaient le risque de transmission périnatale du VIH.

La transmission du VIH de la mère à l'enfant peut aussi avoir lieu lors de l'allaitement. La probabilité de transmission du VIH lors de l'allaitement se situe entre 9 % et 16 %. Les cofacteurs associés au risque de transmission lors de l'allaitement comprennent la durée et le mode d'allaitement, la santé mammaire maternelle et la charge virale élevée dans le plasma ou le lait maternel.

Autres facteurs influençant le risque de transmission du VIH

Dans chaque voie de transmission, les estimations du risque varient considérablement, probablement en raison du rôle de cofacteurs comportementaux et biologiques. La charge virale semble être un facteur prédictif important de la transmission, indépendamment de la voie de transmission. Toutefois, les données indiquent que la charge virale n'est pas le seul déterminant et que d'autres cofacteurs, comme la présence de coinfections, jouent un rôle dans l'augmentation ou la diminution du risque de transmission.

Charge virale

Le plus puissant facteur prédictif de la transmission sexuelle du VIH est la charge virale plasmatique. On a observé une relation dose-réponse dans laquelle chaque augmentation de la charge virale plasmatique par un facteur de 10 était associée à un accroissement du risque relatif de transmission de 2,5 à 2,9 par contact sexuel. La concentration du VIH dans les sécrétions génitales joue aussi un rôle important dans la transmission sexuelle. Bien qu'il existe une corrélation étroite entre les concentrations de VIH dans le plasma et dans les sécrétions génitales, des études ont révélé une élimination du VIH dans les voies génitales de 20 % à 30 % des hommes et des femmes sans charge virale plasmatique détectable. La majeure partie des connaissances concernant le rôle de la charge virale sur la transmission sexuelle du VIH est tirée d'études réalisées chez des populations hétérosexuelles. On sait peu de choses sur la relation entre la charge virale du VIH et le taux de transmission au cours de relations sexuelles anales.

Les études du lien entre la charge virale et l'infectiosité ont été principalement menées dans le contexte de la transmission sexuelle. Dans les quelques études menées auprès de personnes utilisant des drogues par injection, la charge virale dans la communauté était liée à l'incidence du VIH. De même, des charges virales plus élevées ont été observées lors des éclosions

d'infections par le VIH chez les personnes consommant des drogues par injection. Ces données limitées ne permettent pas d'établir dans quelle mesure les augmentations de la charge virale sont liées aux augmentations de la transmission du VIH chez les utilisateurs de drogues par injection.

La charge virale plasmatique maternelle a systématiquement été associée au risque de transmission verticale. Les études prospectives de cohortes ont montré que les taux de transmission augmentent avec les accroissements correspondants de la charge virale plasmatique maternelle. On a aussi observé que la quantité de virus présente dans les voies génitales avait des répercussions sur le risque de transmission de la mère à l'enfant. Une analyse de femmes séropositives ayant accouché par voie vaginale a montré que la présence du VIH dans les voies génitales était associée à un risque de transmission verticale trois fois plus élevé, et chaque augmentation du titre moyen d'ADN du VIH par un facteur de dix était associée à une augmentation correspondante du risque de transmission verticale. Si les données sont limitées, les études donnent à penser que la charge virale dans le plasma et le lait maternel est aussi un déterminant important du risque de transmission lors de l'allaitement.

Coinfections

On a aussi observé que les ITS influaient sur la transmission sexuelle du VIH. Les ITS multiplient par deux à quatre la sensibilité au VIH et par deux à trois l'infectiosité. Les ITS concomitantes ou la présence simultanée d'une infection par le VHC ou d'une tuberculose active augmentent le risque de transmission verticale.

Circoncision

Chez l'homme, la circoncision diminue de 50 % à 60 % le risque de transmission sexuelle du vagin au pénis. Toutefois, il existe peu de données épidémiologiques montrant un effet protecteur direct de la circoncision pour les femmes ou pour la prévention de l'infection par le VIH chez les HARSAH.

ANNEXE D : ÉVOLUTION NATURELLE DE L'INFECTION PAR LE VIH

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un rétrovirus qui infecte les cellules du système immunitaire. Il se transmet par une exposition à des liquides corporels contenant des lymphocytes ou des particules virales infectieuses libres (sang, liquide céphalorachidien, sécrétions génitales et lait maternel). Les modes d'infection sont les relations sexuelles non protégées, le partage de matériel de consommation de drogues injectables (aiguilles ou autre matériel contaminé par le sang d'une personne infectée par le VIH) et la transmission d'une mère infectée à son enfant pendant la grossesse. Bien que de tels cas soient rares, le VIH peut aussi être transmis par exposition professionnelle, par exemple par suite d'une piqûre d'aiguille ou d'une autre situation où le sang du travailleur entre en contact avec du sang infecté. La totalité du sang et des produits sanguins utilisés dans les établissements de santé canadiens sont désormais soumis à un dépistage approfondi du VIH avant leur utilisation, si bien que l'apparition de nouveaux cas d'infection liés à leur emploi a pratiquement été éliminée (Kleinman, 2009).

Le virus peut pénétrer dans l'organisme à travers des muqueuses non protégées et infecter des cellules (transmission sexuelle, éclaboussures de sang, etc.). La présence (chez l'un ou l'autre des partenaires) d'une ITS (p. ex. chlamydie, syphilis ou infection par le virus Herpes simplex) peut favoriser la transmission du VIH en raison des lésions ou du nombre accru de lymphocytes. L'utilisation d'une aiguille contaminée par du sang infecté par le VIH dépose le virus directement dans la circulation sanguine, où les lymphocytes seront infectés. La transmission d'une mère à son enfant peut se produire *in utero*, pendant l'accouchement par l'exposition de l'enfant au sang ou aux sécrétions vaginales de la mère ou par le lait maternel (Constantine, 2005). La séroconversion survient lorsqu'un sujet séronégatif devient séropositif.

Une fois le virus à l'intérieur d'une cellule, macrophage ou lymphocyte, la cellule infectée migre vers un ganglion lymphatique. L'infection se propage par la circulation lymphatique et la circulation sanguine : chaque cellule infectée peut produire 1 000 particules virales ou plus capables d'infecter d'autres cellules. La phase aiguë précoce de l'infection par le VIH se caractérise par une période de réplication virale non contrôlée et un taux extrêmement élevé de virus dans le sang (virémie). Elle survient habituellement deux ou trois semaines après l'exposition initiale; à ce stade de l'infection, les porteurs du virus sont extrêmement infectieux, la concentration du VIH dans leur sang et leurs liquides corporels étant exceptionnellement élevée. L'organisme produit des anticorps et d'autres réponses à médiation cellulaire qui finissent par maîtriser la réplication virale, mais sans l'éliminer. Le virus introduit son matériel génétique dans le génome des lymphocytes de l'hôte, ce qui lui permet de se répliquer dans les générations ultérieures de la lignée cellulaire.

La phase d'infection aiguë peut être suivie d'une période de latence de plusieurs années; malgré l'absence de signes et de symptômes, la réplication virale se poursuit, mais plus lentement. Le VIH détruit lentement le système immunitaire, ce qui rend le porteur du virus vulnérable à de nombreuses infections et autres affections (Constantine, 2005).

ANNEXE E : SERVICES D'ÉCOUTE VIH/SIDA PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX

Alberta :	1-800-772-2437
Colombie britannique :	1-800-661-4337
Manitoba :	1-800-782-2437
Terre-Neuve-et-Labrador :	1-800-563-1575
Nouveau-Brunswick :	1-800-561-4009
Territoires du Nord-Ouest :	1-800-661-0844
Nunavut :	1-800-661-0795
Arctique de l'Est :	1-800-661-0795
Nouveau-Écosse :	1-800-566-2437
Ontario :	1-800-668-2437 (anglais) 1-800-267-7432 (français)
Île-du-Prince-Édouard :	1-800-314-2437
Québec :	811
Portail VIH/sida du Québec (http://pvsq.org)	1-877-portail (767-8245)
Saskatchewan :	1-800-667-6876
Yukon :	1-800-661-0408, poste 8323