

Optimiser le dépistage du virus de l'immunodéficience humaine au Québec à l'ère des nouvelles stratégies de prévention

MESSAGES CLÉS ET SOMMAIRE

Février 2019

Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang

Depuis la publication de l'avis *Optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH au Québec* en juillet 2011, les connaissances, les stratégies ainsi que les outils de prévention du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ont évolué rapidement. Le Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang a considéré nécessaire de réviser ces recommandations et de poursuivre la réflexion sur l'optimisation du dépistage et du diagnostic de l'infection par le VIH.

Faits saillants

- L'ONUSIDA croit qu'il est maintenant possible de mettre fin à l'épidémie du sida si trois cibles, connues sous le concept « 90-90-90 »¹, sont atteintes. Il s'agit de faire en sorte que 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, que 90 % des personnes qui se savent infectées soient sous traitement et que 90 % des personnes sous traitement aient une charge virale durablement supprimée (1).
- Les données épidémiologiques canadiennes et québécoises sur le VIH suggèrent que les stratégies actuellement en place au Québec ne permettent pas d'atteindre les cibles fixées par l'ONUSIDA.
- Pour réduire de manière significative les nouvelles infections par le VIH, plusieurs stratégies efficaces sont à mettre en œuvre, eu égard au contexte québécois, dont l'intensification du dépistage du VIH. Pour ce faire, il faut inévitablement mettre fin à l'exceptionnalisme du dépistage du VIH et à la stigmatisation du test de dépistage et de l'infection elle-même.
- Le Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (CITSS) a formulé des recommandations à l'égard du dépistage qu'il estime devoir revoir.

¹ Selon CATIE (2013) dans « La cascade du traitement du VIH-colmater les fuites afin d'améliorer la prévention du VIH », les étapes de la cascade de soins sont : dépistage et diagnostic, arrimage vers des soins médicaux appropriés et autres services de santé, soutien pendant les soins, accès à des traitements antirétroviraux et soutien pendant le traitement et atteinte d'une charge virale indétectable.

- Les recommandations mises à jour en 2018 sont :
 - D'intensifier le dépistage ciblé du VIH.
 - Cette intensification passe par des critères d'indications de dépistage plus inclusifs, par un dépistage plus fréquent et par l'allègement du processus de dépistage.
 - Cette intensification passe aussi par l'utilisation éventuelle des nouveaux outils de dépistage tels que les tests rapides et les autotests.
- À cette intensification du dépistage ciblé, le CITSS recommande d'ajouter une offre universelle de dépistage une fois à vie des adultes de 65 ans ou moins.
- D'offrir le test comme les autres tests de laboratoires et soins de santé.
- D'implanter différentes stratégies innovantes adaptées aux réalités locales, régionales, provinciales et des populations visées.

Ces approches sont détaillées dans les 19 recommandations scientifiques qu'émet le CITSS au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Contexte

Les connaissances, les stratégies ainsi que les outils de prévention du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) évoluent constamment et rapidement. Les possibilités de réduire de façon importante l'incidence du VIH s'accroissent. Depuis la publication de l'avis du Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (CITSS) : *Optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH en 2011*, différentes institutions de santé ont émis ou évalué des recommandations sur le dépistage du VIH, qui tiennent compte de ces nouvelles connaissances, stratégies et outils.

Interpellés par cette évolution rapide des stratégies de prévention en VIH, les membres du CITSS ont considéré nécessaire de valider les recommandations émises en 2011 et de poursuivre la réflexion sur l'optimisation du dépistage et du diagnostic de l'infection par le VIH au Québec. La révision des recommandations sur l'offre de dépistage a été priorisée.

Méthodologie

Pour ce faire, un sous-comité du CITSS a réexaminé les recommandations de dépistage du VIH d'autres organisations de santé ailleurs dans le monde. Il a ensuite analysé, en tenant compte du contexte québécois, les données probantes sur la pertinence du dépistage, le portrait épidémiologique québécois, la performance de l'approche de dépistage ciblé au Québec, les avantages et risques d'une offre universelle de dépistage, l'efficacité des stratégies et outils de dépistage, les effets du counseling et de l'approche de dépistage (*opt-in* ou *opt-out*) ainsi que les informations minimales à transmettre pour obtenir un consentement libre et éclairé au dépistage du VIH. Ce processus permet au CITSS de proposer des recommandations sur des bases scientifiques solides en tenant compte de l'opinion des experts dans le domaine. Nos recommandations ne deviennent pas la norme de pratique au moment de leur mise en ligne sur la place publique. Elles s'adressent avant tout au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui se charge de les analyser et d'agir en conséquence.

Résultats

Sans aucun doute, un dépistage précoce de l'infection par le VIH apporte des bénéfices tant sur le plan clinique de la personne vivant avec le VIH que pour la santé de la population. Le traitement adéquat de l'infection permet de diminuer la morbidité ainsi que la mortalité reliées à l'infection. Lorsque le traitement permet de maintenir une charge virale inférieure à 200 copies par millilitre de sang, il est efficace pour prévenir la transmission (2). Étant donné que le risque de transmission est plus grand lorsque la charge virale est élevée, tel que retrouvée en primo-infection, un diagnostic précoce permettant également le lien vers les soins a un impact important sur la transmission du virus.

Le portrait de l'infection par le VIH au Québec est le portrait d'une épidémie concentrée auprès de certaines populations : hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH), personnes originaires d'un pays endémique, utilisateurs de drogue par injection (UDI) et la majorité des cas se concentrent dans les centres urbains (3). À la fin de 2016, on estime que 14 % des PVVIH au Canada ignorent être infectés (4). De plus, près de quarante pour cent (39,2 %) des nouveaux cas diagnostiqués au Québec en 2016 avaient un taux de CD4 inférieur à 350 cellules/ml (diagnostic à un stade tardif) et 23,1 % des 281 nouveaux diagnostics chez qui le compte de CD4 était enregistré étaient inférieur à 200 cellules/ml (diagnostic à un stade avancé). Ces taux varient toutefois selon l'appartenance à une population clé. La proportion de faibles taux de CD4 (diagnostic à un stade tardif et diagnostic à un stade avancé de la maladie) est généralement plus élevée chez les personnes originaires d'un pays où le VIH est endémique et les UDI comparativement aux HARSAH (3). Telles qu'en témoignent les données épidémiologiques canadiennes et québécoises sur le VIH, les stratégies actuellement en place au Québec ne permettent pas d'atteindre la cible du premier 90 suggérée par l'Organisation mondiale de la Santé justifiant par le fait même la nécessité d'optimiser le dépistage de l'infection par le VIH au Québec.

La revue de la littérature a montré de nombreux avantages à une offre universelle de dépistage du VIH et quelques inconvénients. L'offre universelle semble favoriser le dépistage précoce de l'infection (5,6) et plusieurs études permettent d'observer une hausse du dépistage (7-10). Toutefois, une sous-offre de dépistage demeure possible, principalement à cause d'une difficile implantation dans les milieux cliniques ou d'une difficulté à faire changer les pratiques des professionnels de la santé (6, 7, 10-12). L'acceptabilité de l'offre universelle de dépistage auprès des patients et des professionnels de la santé est variable selon les études, mais demeure relativement bonne. Dans l'ensemble, on observe un taux de consentement au test plus élevé en offre ciblée de dépistage ou sous la recommandation d'un clinicien, mais plus de tests sont faits en nombre absolu avec l'offre universelle, probablement parce que le taux d'offre de la part des professionnels de la santé est plus élevé. Le lien vers les soins demeure un défi important dans les études américaines (13-16). Les études de coût-efficacité effectuées ailleurs dans le monde estiment que l'offre universelle de dépistage a un coût acceptable pour la société. Il est possible que ce soit aussi le cas au Québec. Toutefois, il semblerait que l'offre universelle de dépistage ne semble plus être coût-efficace à partir de 64 ou 65 ans, sauf dans certaines circonstances (17,18).

Par opposition, les études recensées portant spécifiquement sur une offre ciblée de dépistage montrent des occasions manquées de dépistage, des diagnostics tardifs (nombre de CD4 bas) et une sous-offre de dépistage, même chez les populations à risque (12,19-22).

De plus, la revue de la littérature l'a montré, un processus prétest trop fastidieux est une barrière à l'offre de dépistage par les professionnels de la santé et d'accès au dépistage pour la population (23). Cette barrière a été soulevée dans l'avis en 2011 et a été réaffirmée dans le cadre des travaux actuels (CITSS, 16 juin 2017). Les modifications proposées à l'intervention de dépistage en 2011 ont été jugées insuffisantes pour alléger le processus dans le contexte actuel de soins et services au Québec. Selon d'autres institutions de santé publique canadienne, le counseling doit être dissocié du test de dépistage (24). Cette intervention demeure néanmoins pertinente dans certains contextes et devrait viser autant les nouvelles stratégies de prévention que les comportements sécuritaires. L'intervention prétest doit être adaptée aux clients et aux situations et être effectuée par un professionnel qualifié. Néanmoins, de l'information doit être

transmise avant le test de dépistage pour éclairer le consentement au test, que ce soit par le professionnel de la santé, par des feuillets d'information ou à l'aide d'autres outils. Le consentement au test de dépistage du VIH s'effectue de la même façon que l'obtention du consentement recommandé pour les autres soins de santé (25,26). Enfin, le counseling post-test demeure toutefois important, en particulier pour les personnes recevant un diagnostic de séropositivité tant pour absorber le résultat du test que pour favoriser le lien vers les soins.

Diverses stratégies pour augmenter le dépistage ont été utilisées dans les études recensées : offre en milieu clinique, offre à l'hôpital, offre en milieu communautaire, campagnes de dépistage de masse. Elles comportent toutes des avantages et des barrières qui leur sont propres et qui peuvent varier selon la clientèle à joindre (voir tableau 6 dans l'avis complet). Deux types d'outils sont aussi utilisés, soit les technologies de l'information et les tests de dépistage rapide et les autotests. L'utilisation des technologies de l'information permet de faciliter l'accès à l'information sur le VIH et au dépistage en contournant les barrières d'accès (temps, distance), mais ses avantages sont restreints aux personnes qui y ont accès et leur implantation semble être limitée par des contraintes organisationnelles au Québec (27). Les tests de dépistage rapide sont des outils incontournables pour optimiser le dépistage du VIH, en particulier lors du travail de proximité auprès de populations clés. Toutefois, un frein majeur à son utilisation au Québec est qu'une seule trousse de dépistage, dispendieuse et exigeante sur le plan de l'assurance qualité, est homologuée au Canada (28). En ce qui concerne les autotests, aucun n'est encore approuvé par Santé Canada (29).

Conclusion

En somme, il importe de déployer une stratégie massive de dépistage du VIH, incluant une offre universelle du dépistage du VIH au moins une fois à vie, afin de rejoindre les PVVIH ignorant leur statut sérologique et ainsi atteindre la première cible de l'ONUSIDA. L'offre universelle de dépistage permet d'augmenter l'accès au test pour la population, de normaliser le dépistage et permet une opportunité de relier aux soins des PVVIH qui avaient été perdues au suivi. Cette offre universelle doit être combinée à une offre intensifiée de dépistage ciblée auprès de personne avec des facteurs de risque et à une fréquence de dépistage qui favorise un dépistage précoce de l'infection (CR 14 décembre 2016).

RECOMMANDATIONS :

Nous émettons au MSSS des recommandations touchant différents acteurs. Il revient au MSSS d'en prendre connaissance et de faire évoluer les normes de pratique à travers ses guides, lignes directrices et outils associés.

Le Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (CITSS) recommande au **MSSS** de :

1. Mettre en œuvre une stratégie d'offre universelle de dépistage du VIH accompagnée d'une offre ciblée de dépistage intensifiée auprès des groupes à risque pour le VIH (A/II).

Les recommandations suivantes précisent les éléments de cette stratégie.

Offre de dépistage

2. Offrir universellement le dépistage une fois à vie à toute personne entre 18 et 65 ans (A/II);
3. Considérer une offre universelle de dépistage après 65 ans (C/III);
4. Offrir le dépistage selon la présence des indications suivantes en plus de l'offre universelle (offre ciblée de dépistage) (A/II);
 - Personne originaire d'une région où le VIH est endémique² (A/I);
 - HARSAH (A/I);

² Les cliniques de réfugiés sont un lieu propice pour identifier et dépister les personnes originaires de pays endémiques, les personnes ayant d'autres facteurs de risque et d'offrir, au besoin, le dépistage universel une fois à vie en fonction de la cohorte d'âges.

- Personne transsexuelle ou transgenre (A/II);
- Travailleur ou travailleuse du sexe (B/II);
- Utilisateur de drogue par injection ou par inhalation ou en ayant utilisé (A/I);
- Personne recevant des services dans un centre de ressources en dépendance à des drogues (B/II);
- Personne incarcérée ou l'ayant été (A/I);
- Personne qui fait usage de la PPrE (A/I);
- Femme enceinte (A/I) : bilan prénatal de base et à répéter au besoin plus d'une fois selon l'évaluation des facteurs de risque, mais au minimum vers la 28^e semaine et à l'accouchement en présence de facteurs de risque chez la femme enceinte ou son partenaire;
- Selon les partenaires sexuels :
 - Personne ayant ou ayant eu un partenaire sexuel vivant avec le VIH (A/I);
 - Personne ayant eu un partenaire sexuel qui avait un ou des facteurs de risque pour le VIH (A/II);
 - Personne ayant eu un partenaire anonyme depuis son dernier test de dépistage VIH (A/II);
 - Personne ayant un nouveau partenaire sexuel depuis le dernier dépistage (C/III);
 - Partenaires qui souhaitent abandonner l'utilisation du condom dans leurs activités sexuelles (C/III);
- Personne ayant reçu un diagnostic d'ITSS : chlamydia³ (C/III), infection gonococcique (A/II pour HARSAH; B/III pour les autres), syphilis (A/II), hépatite B (A/I), hépatite C (A/I), lymphogranulomatose vénérienne (A/I);
- Personne qui a été exposée à du sang ou d'autres liquides biologiques potentiellement infectés (tatouage ou perçage dans des conditions non stériles, exposition en milieu de travail, exposition sexuelle, etc.), selon les recommandations du Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC (A/I);
- Personne ayant subi des procédures médicales (chirurgicales ou autres) avec du matériel potentiellement contaminé dans des régions du monde où la prévalence du VIH est élevée (> 1 %) (A/I);
- Personne ayant subi une transfusion sanguine ou de produits sanguins, greffe de cellules, de tissus ou d'organes avant la mise en place d'un système universel de criblage des donneurs (exemple : au Canada, à partir du 1^{er} novembre 1985) (A/I);
- Personne demandant un dépistage d'ITSS, même en l'absence de facteur de risque décelé (A/III);
- Personne en situations cliniques particulières telles que (A/II) :
 - en présence de signes ou symptômes compatibles avec une infection par le VIH;
 - en présence d'une maladie associée au VIH, y compris un cancer;
 - en présence de tuberculose.

³ Bien que la chlamydia soit une infection à prévalence élevée au Québec (25 432 cas au Québec en 2016) (30), en particulier chez les jeunes et les femmes qui ne sont pas nécessairement les groupes les plus à risque d'acquisition du VIH, ce type de recommandation faciliterait la pratique clinique tout en augmentant les opportunités de dépistage du VIH.

5. Offrir régulièrement le dépistage du VIH aux personnes à risque élevé de contracter l'infection :
 - 5.1. au moins une fois par année chez les populations clés : HARSAH (A/III), UDI (A/III), personnes originaires d'un pays où le VIH est endémique (C/II);
 - 5.2. tous les trois à six mois pour les personnes chez qui les comportements à risque de transmission pour le VIH ou chez qui l'exposition au VIH sont présents de façon continue ou répétée (A/II);
 - 5.2.1. pour les partenaires sexuels exclusifs sérodifférents, la répétition aussi fréquente du dépistage n'est pas nécessaire lorsque la personne vivant avec le VIH prend un traitement antirétroviral comme prescrit et que sa charge virale, mesurée par des analyses consécutives de laboratoire tous les quatre à six mois, se maintient à moins de 200 copies par millilitre de sang. Il peut tout de même être offert pour rassurer les partenaires ou selon le jugement clinique (C/III);
 - 5.3. aux personnes faisant usage d'une PPrE selon les recommandations du guide de pratique, un mois après le début de la PPrE et aux trois mois par la suite (A/I).

Intervention de dépistage

En intervention de dépistage, offrir le test comme les autres tests de laboratoires et soins de santé :

CONSENTEMENT

6. Obtenir le consentement libre et éclairé au test de dépistage du VIH de la même façon que pour les autres tests de laboratoires et soins de santé (B/III).
7. Adapter la façon d'obtenir le consentement libre et éclairé au test de dépistage (*opt-in* ou *opt-out*) (A/II).
 - 7.1. Privilégier un consentement en *opt-in* lors d'une offre ciblée de dépistage;
 - 7.2. Privilégier un consentement en *opt-out* lors d'une offre universelle ou systématique de dépistage.

INFORMATION PRÉTEST

8. Transmettre de l'information prétest aux patients avant le dépistage du VIH (A/II).
 - 8.1. Transmettre l'information prétest selon différentes modalités : oral, feuillet d'information, affiche, brochure, site internet⁴;
 - 8.2. S'assurer que l'information prétest soit accessible, adaptée et compréhensible pour l'ensemble de la population québécoise;
 - 8.3. Au besoin, adapter le contenu de l'information prétest au patient et au contexte de consultation.
9. Approfondir une discussion prétest pour les patients chez qui la probabilité de recevoir un résultat positif est élevée (par exemple : préparation à recevoir un test positif, signification du test, avantages et impacts d'un résultat positif, mesures à prendre, services disponibles) (A/II).

⁴ Voir l'exemple à l'annexe 2 de l'avis complet *Optimiser le dépistage du VIH au Québec à l'ère des nouvelles stratégies de prévention/mise à jour 2018* sur le site de l'Institut national de santé publique du Québec. [http : //www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca)

COUNSELING

10. Le counseling sur les approches préventives demeure une intervention pertinente réalisable au fil des consultations dans les services de santé et de services sociaux et les services communautaires (B/II).

Avant d'offrir un test de dépistage du VIH, il n'est plus nécessaire de procéder systématiquement à un counseling ou à une recherche approfondie des facteurs de risque⁵.

11. Adapter le counseling sur les approches préventives aux besoins et profils de risque des personnes et au contexte (A/II).

11.1. Référer au besoin les patients pour qui un counseling sur les approches préventives est pertinent vers un intervenant habileté ou des ressources dédiées (A/II) (les infirmières, les professionnels psychosociaux et les intervenants communautaires) (A/II).

Stratégies de dépistage

12. Implanter différentes stratégies innovantes adaptées aux réalités locales, régionales, provinciales et des populations visées (B/II).

12.1. Faciliter l'accès aux trousse de dépistage rapide pour le VIH (A/II).

12.2. Engager une démarche pour permettre de compléter l'offre de dépistage du VIH par les professionnels de la santé par une offre de dépistage par les intervenants communautaires et les pairs à l'aide de la trousse de dépistage rapide (B/II) ou d'autres outils de dépistage plus pertinents :

12.2.1. Si la trousse de dépistage rapide est l'outil retenu :

- Clarifier le cadre légal.
- Le cas échéant, entamer des démarches pour permettre aux intervenants communautaires d'utiliser la trousse de dépistage rapide.
- Déterminer les conditions d'une offre de dépistage par les intervenants communautaires à l'aide d'une trousse de dépistage rapide :
 - assurer le respect des exigences du Programme d'assurance qualité, formation et supervision des intervenants,
 - mise sur pied d'un environnement adéquat au dépistage et
 - établissement d'un corridor de service.

12.3. Préparer une stratégie d'implantation des autotests afin d'accompagner, s'il y a lieu, l'homologation au Canada (C/II).

13. Déployer l'offre systématique de dépistage du VIH :

13.1. À toute personne consultant dans ces services de santé : centre de traitement des dépendances, établissements de détention (A/II).

13.2. Aux femmes enceintes lors du suivi prénatal (A/II).

14. Sensibiliser les différents milieux offrant des services à des populations vulnérables à l'importance d'évaluer les facteurs de risque pour le VIH auprès de leur clientèle afin de les référer au besoin vers un service de dépistage (B/II).

⁵ Le CITSS ne remet pas en question l'évaluation des facteurs de risque annuelle actuellement recommandée dans le Guide québécois de dépistage des ITSS. Toutefois, il convient qu'elle ne devrait pas être la seule occasion pour offrir un dépistage ni être requise pour offrir un dépistage du VIH.

15. Mettre sur pied un programme d'offre systématique de dépistage dans les hôpitaux selon une approche graduelle (B/II).
 - Approche d'implantation graduelle : 1) Montréal, milieu à forte prévalence et à faible prévalence en considérant la capacité; 2) si pertinent dans d'autres régions.
 - Critères d'efficacité d'une offre systématique de dépistage dans les hôpitaux : assurer l'implication de l'équipe « traitante » et de l'administration; identifier un responsable du projet par équipe pour la mobilisation; identifier un coordonnateur du projet pour la transmission du résultat et le lien aux soins; intégrer le dépistage *opt-out* dans la pratique courante; formation et encadrement des professionnels; s'assurer d'une organisation du service qui bouleverse peu les pratiques.

Implantation

16. Favoriser l'émergence de projets pour estimer la prévalence du VIH dans différents milieux et évaluer la pertinence d'une offre systématique de dépistage (B/II).
 - en priorité, viser les milieux urbains selon la prévalence par région, les milieux avec une concentration de population à risque et les milieux avec une concentration de population à risque intermédiaire, mais où la prévalence est inconnue.
17. Favoriser l'intégration des recommandations pour les professionnels de la santé dans la pratique clinique de ceux-ci par différentes mesures de promotion et de soutien (administratif, organisationnel, formation, etc.) (A/II).
 - développer des outils cliniques pour soutenir l'offre de dépistage du VIH et simplifiant la pratique des professionnels de la santé.
18. Mettre en place une organisation des services qui permet la mise en œuvre des recommandations retenues pour les professionnels de la santé (A/III).
19. Développer et mettre en œuvre un plan de monitoring des recommandations émises afin d'évaluer l'impact et ajuster les mesures mises en place pour optimiser le dépistage du VIH dans le futur au Québec (B/III).

Références :

1. ONUSIDA. 90-90-90: Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida. 2014. Disponible: <http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2014/90-90-90>
2. Ministère de la Santé et des Services sociaux. L'effet du traitement des personnes vivant avec le VIH sur le risque de transmission sexuelle de l'infection. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2018.
3. Bitera, Raphaël, Fauvel, Micheline, Alary, Michel, Tremblay, Cécile, Hastie, Maureen. Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : rapport annuel 2016. Institut national de santé publique du Québec; 2017. Disponible: <https://www.inspq.qc.ca/publications/2322>
4. Gouvernement du Canada. Agence de la santé publique du Canada. Résumé: Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH, 2016; juill 2018 [cité le 24 août 2018]. Disponible: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/esume-estimations-incidence-prevalence-vih-progres-realises-canada-90-90-90.html>
5. Chou R, Selph S, Dana T, Bougatsos C, Zakher B, Blazina I, et al. Screening for HIV: Systematic Review to Update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. Rockville (MD) : Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2012 [cité le 29 juill 2016]. (U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews). Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK114872/>
6. Frieden TR, Foti KE, Mermin J. Applying Public Health Principles to the HIV Epidemic — How Are We Doing? Malina D, rédacteur. N Engl J Med. 3 déc 2015;373(23):2281-7.
7. Newton-Dame R, Wang JJ, Kim MS, Edelstein ZR, Cutler B, Tsoi BW. Evaluating the 2010 New York State HIV Testing Law in NYC Ambulatory Practices Using Electronic Health Records: JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr. janv 2015;68:S15-20.
8. Woodring JV, Kruszon-Moran D, Oster AM, McQuillan GM. Did CDC's 2006 revised HIV testing recommendations make a difference? Evaluation of HIV testing in the US household population, 2003-2010. J Acquir Immune Defic Syndr. 1 nov 2014;67(3):331-40
9. Cazein F, Le Strat Y, Dutil J, Couturier S, Ramus C, Semaille C. Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2012. Bull Epidémiol Hebd. 22 oct 2013;33-34:410-6.
10. Cooley LA, Wejnert C, Rose CE, Paz-Bailey G, for the National HIV Behavioral Surveillance Study Group, Taussig J, et al. Increases in Recent HIV Testing Among Men Who Have Sex With Men Coincide With the Centers for Disease Control and Prevention's Expanded Testing Initiative. Clin Infect Dis. 1 févr 2015;60(3):483-5.
11. Sionean C, Le BC, Hageman K, Oster AM, Wejnert C, Hess KL, et al. HIV Risk, prevention, and testing behaviors among heterosexuals at increased risk for HIV infection--National HIV Behavioral Surveillance System, 21 U.S. cities, 2010. Morb Mortal Wkly Rep Surveill Summ Wash DC 2002. 19 déc 2014;63(14):1-39.
12. Addressing Late HIV Diagnosis through Screening and Testing: An Evidence Summary. Public Health England; 2014.
13. Bradley H, Hall HI, Wolitski RJ, Van Handel MM, Stone AE, LaFlam M, et al. Vital Signs: HIV diagnosis, care, and treatment among persons living with HIV--United States, 2011. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 28 nov 2014;63(47):1113-7.
14. White DAE, Scribner AN, Schulden JD, Branson BM, Heffelfinger JD. Results of a Rapid HIV Screening and Diagnostic Testing Program in an Urban Emergency Department. Ann Emerg Med. juill 2009;54(1):56-64.
15. Lin X, Dietz PM, Rodriguez V, Lester D, Hernandez P, Moreno-Walton L, et al. Routine HIV screening in two health-care settings--New York City and New Orleans, 2011-2013. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 27 juin 2014;63(25):537-41.
16. Orkin C, Flanagan S, Wallis E, Ireland G, Dhairyawan R, Fox J, et al. Incorporating HIV/hepatitis B virus/hepatitis C virus combined testing into routine blood tests in nine UK Emergency Departments: the "Going Viral" campaign. HIV Med. mars 2016;17(3):222-30.

17. Sanders GD, Bayoumi AM, Holodniy M, Owens DK. Cost-effectiveness of HIV screening in patients older than 55 years of age. *Ann Intern Med.* 17 juin 2008;148(12):889-903.
18. O'Connell S, Lillis D, Cotter A, O'Dea S, Tuite H, Fleming C, et al. Opt-Out Panel Testing for HIV, Hepatitis B and Hepatitis C in an Urban Emergency Department: A Pilot Study. *Khudyakov YE, rédacteur. PLOS ONE.* 11 mars 2016;11(3):e0150546.
19. Scognamiglio P, Chiaradia G, De Carli G, Giuliani M, Mastroianni CM, Buonomini AR, et al. The potential impact of routine testing of individuals with HIV indicator diseases in order to prevent late HIV diagnosis. *BMC Infect Dis.* déc 2013 [cité le 18 août 2016];13(1). Disponible: <http://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2334-13-473>
20. Reilly KH, Neaigus A, Jenness SM, Wendel T, Marshall DM, Hagan H. Factors Associated with Recent HIV Testing Among Men Who Have Sex with Men in New York City. *AIDS Behav.* avr 2014;18(S3):297-304.
21. Duffus WA, Weis K, Kettinger L, Stephens T, Albrecht H, Gibson JJ. Risk-Based HIV Testing in South Carolina Health Care Settings Failed to Identify the Majority of Infected Individuals. *AIDS Patient Care STDs.* mai 2009;23(5):339-45.
22. Gustafson R, Montaner J, Sibbald B. Seek and treat to optimize HIV and AIDS prevention. *Can Med Assoc J.* 11 déc 2012;184(18):1971-1971.
23. Drouin MC, Fleury E, Steben M, Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang. Optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine: avis. Montréal : Institut national de santé publique du Québec; 2011.
24. Heath K, Samji H, Nosyk B, Colley G, Gilbert M, Hogg RS, et al. Cohort Profile: Seek and Treat for the Optimal Prevention of HIV/AIDS in British Columbia (STOP HIV/AIDS BC). *Int J Epidemiol.* 1 août 2014;43(4):1073-81.
25. BC Centre for Disease Control. Guidelines for Testing, Follow up, and Prevention of HIV. Chapter 5 – Sexually Transmitted Infections. Dans: 2016. Disponible: http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Communicable-Disease-Manual/Chapter%205%20-%20STI/HIV_Guidelines_Testing_FollowUp_Prevention.pdf
26. HealthLink BC . HIV and HIV Tests; 13 juin 2016 [cité le 22 déc 2017]. Disponible: <https://www.healthlinkbc.ca/healthlinkbc-files/hiv>
27. Parenteau E. L'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication dans la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) . Institut national de santé publique du Québec; 2014. Disponible: <http://www.deslibris.ca/ID/241065>
28. Fleury, Évelyne. Guide québécois de dépistage des ITSS - Supplément – Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de trousses de dépistage rapide - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux. 2016. Disponible: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000092>
29. Gouvernement du Canada. Santé Canada met en garde les Canadiens contre l'utilisation de la trousse de dépistage du VIH à domicile « Clean Testing » ou de toute autre trousse du genre-Archivé; 2009 [cité le 4 janv 2018]. Disponible: <http://canadiensensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2009/13392a-fra.php>
30. Blouin K, Venne S, Lambert G. Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : année 2016 et projections 2017. Institut national de santé publique du Québec; 2017. Disponible: <https://www.inspq.qc.ca/publications/2324>

Optimiser le dépistage du virus de l'immunodéficience humaine au Québec à l'ère des nouvelles stratégies de prévention - Sommaire

AUTEUR

Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang

RÉDACTEURS

Isabelle Alarie
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CIUSSS de l'Estrie

Marie-Claude Drouin
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DES MEMBRES DU SOUS-COMITÉ OPTIMISER LE DÉPISTAGE DU VIH (par ordre alphabétique)

Michel Alary
Raymond Parent
Marc Steben
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

Jean-Guy Baril
Clinique de médecine urbaine du Quartier Latin et CHUM
Comité consultatif sur le VIH et le VHC

Claude Laberge
Direction de la prévention des IITSS
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Ken Monteith
Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida

Mark Andrew Stefan
Direction de santé publique
CISSS de Laval

Cécile Tremblay
Centre hospitalier universitaire de Montréal
Réseau SIDA maladies infectieuses du Fond de Recherche Santé Québec

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec (2019)

N° de publication : 2489 - Sommaire