

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

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

Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang

Février 2019

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
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 infections transmissibles sexuellement et par le sang
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

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

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

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

MISE EN PAGE

Virginie Boué, agente administrative
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

REMERCIEMENTS

L'auteur souhaite remercier Raphaël Bitera, Karine Blouin, Monique Imbleau et Jenny Ingrid Lebounga Vouma de la Direction des risques biologiques et de la santé au travail de l'Institut national de santé publique du Québec ainsi que Roxane Renière du département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) pour leur contribution à l'avis.

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.

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2019
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-83130-3 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2019)

Liste des membres du Comité sur les ITSS 2016-2018

En ordre alphabétique

Christelle Aïcha Kom Mogto, médecin-conseil, Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais

Michel Alary, médecin-conseil, Institut national de santé publique du Québec

Jean-Guy Baril, médecin de famille, Clinique de médecine urbaine du Quartier Latin et Centre hospitalier universitaire de Montréal, Président du Comité consultatif sur le VIH et le VHC

Geneviève Boily, infirmière, Institut national de santé publique du Québec

Marc Dionne, médecin-conseil, Institut national de santé publique du Québec

André Dontigny, directeur, Direction générale adjointe de la prévention et de la promotion de la santé

Marie-Claude Drouin, coordonnatrice du CITSS, conseillère scientifique, Institut national de santé publique du Québec

Judith Fafard, médecin microbiologiste infectiologue, Centre Hospitalier Pierre-Le Gardeur

Brigitte Fournier, médecin-conseil, Centre intégré de santé et services sociaux de Chaudière-Appalaches

Robert Gervais, médecin-conseil, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, membre non-votant

Marie-Ève Goyer, médecin omnipraticienne, Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida du Centre hospitalier universitaire de Montréal

Geneviève Gravel, analyste en épidémiologie, Agence de la santé publique du Canada, région du Québec, membre non-votant

Lise Guérard, directrice, Direction de la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang, ministère de la Santé et des Services sociaux, membre non-votant

Édith Guilbert, médecin-conseil, Institut national de santé publique du Québec

Patricia Hudson, directrice scientifique des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec, membre d'office non-votant

Annie-Claude Labbé, médecin microbiologiste infectiologue, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Claude Laberge, médecin-conseil, Direction de la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang, ministère de la Santé et des Services sociaux, membre non-votant (en remplacement de Lise Guérard)

Gilles Lambert, médecin-conseil, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'île de Montréal et Institut national de santé publique du Québec

Danièle Longpré, médecin omnipraticienne, clinique l'Actuel

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

Raymond Parent, chef d'unité scientifique ITSS, Institut national de santé publique du Québec

Marc Steben, médecin-conseil, Institut national de santé publique du Québec

Geneviève Roy, médecin gynécologue-obstétricienne, Centre hospitalier universitaire de Montréal

Nathanaëlle Thériault, médecin-conseil, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Maude Veilleux-Lemieux, médecin pédiatre, Centre hospitalier universitaire de Québec

Table des matières

Liste des tableaux.....	VII
Liste des encadrés.....	IX
Glossaire	XI
Liste des sigles et acronymes	XIII
Faits saillants.....	1
Sommaire	3
Introduction	11
1 Contexte.....	13
1.1 Orientations québécoises en matière de dépistage du VIH.....	14
1.1.1 Programme national de santé publique du Québec 2015-2025	14
1.1.2 Document Joindre-dépister-Traiter	15
1.1.3 Guide québécois de dépistage des ITSS	15
1.1.4 Intervention préventive auprès d'une personne atteinte d'une infection par le VIH et auprès de leurs partenaires.....	18
2 Objectifs.....	21
3 Méthodologie.....	23
4 Revue de la littérature	25
5 Méthode de gradation des données probantes et des recommandations.....	27
5.1 Gradation des données probantes.....	27
5.2 Gradation des recommandations	28
6 Résultats	29
6.1 Revue des recommandations de dépistage.....	29
6.2 Organisation mondiale de la Santé.....	30
6.3 Canada.....	31
6.4 États-Unis	32
6.5 France	33
6.6 Grande-Bretagne.....	34
6.7 Australie	36
6.8 Nouvelle-Zélande.....	37
7 Pourquoi est-ce important de dépister précocement le VIH?.....	39
7.1 Quels sont les avantages d'un diagnostic précoce du VIH?	39
7.1.1 D'un point de vue clinique?	39
7.1.2 D'un point de vue de la santé publique?	40
8 À qui offrir le test au Québec?	43
8.1 Qui est touché par l'infection par le VIH au Québec?	43
9 Quelle est la performance du système de santé québécois à dépister les personnes vivant avec le VIH?	47
9.1 À quel moment au cours de l'infection les PVVIH au Québec reçoivent-ils leur diagnostic?	47
9.2 Quelle est la proportion de PVVIH ignorant leur statut?	48
9.2.1 Quelle est cette proportion selon la présence ou non des différents facteurs de risque?	49

9.3	Quelle est la prévalence du VIH chez les personnes consultant différents types de milieux cliniques au Québec?	50
10	Quel est l'accès au dépistage au Québec?	51
11	Quel est le coût-efficacité d'une offre universelle de dépistage du VIH	55
12	Quels sont les avantages et inconvénients respectifs d'une offre universelle et d'une offre ciblée de dépistage du VIH?.....	57
12.1	Sur le dépistage précoce	57
12.2	Sur la proportion de personnes dépistées et la prévalence du VIH parmi elles	58
12.3	Sur l'offre et l'acceptabilité du test	60
12.4	Sur la transmission.....	61
12.5	Sur le lien aux soins	61
13	Comment offrir le dépistage pour l'optimiser?	63
13.1	Quelles sont les stratégies de dépistage qui ont démontré une plus grande efficacité à dépister précocement l'infection par le VIH?	63
13.1.1	Offre de dépistage en milieu clinique.....	64
13.1.2	Offre de dépistage dans les salles d'urgence de l'hôpital.....	64
13.1.3	Offre de dépistage en milieu non clinique	67
13.1.4	Campagne de dépistage de masse	69
13.2	Quels sont les outils disponibles pour optimiser le dépistage?	76
13.2.1	Trousse de dépistage rapide	76
13.2.2	Autotests pour le VIH	77
13.2.3	Technologies de l'information	78
13.3	Quels sont les effets de l'approche de dépistage (<i>opt-in</i> vs <i>opt-out</i>)	83
13.3.1	L'offre de dépistage par les professionnels de la santé?	83
13.3.2	L'acceptabilité du dépistage par la population?	83
13.4	Quels sont les effets du counseling pré et post-test sur différentes variables	84
13.4.1	L'offre de dépistage par les professionnels de la santé et l'acceptabilité pour les patients?.....	84
13.4.2	La modification des comportements à risque et la réduction du risque de transmission?	86
13.4.3	Le lien aux soins?.....	88
13.5	Quels sont les éléments minimaux à donner au patient pour obtenir un consentement libre et éclairé au dépistage?	90
14	Discussion.....	93
14.1	L'offre de dépistage	94
14.1.1	Indications de l'offre ciblée de dépistage du VIH	96
14.1.2	Fréquence de dépistage optimale pour la détection précoce du VIH.....	97
14.2	Simplifier l'intervention de dépistage.....	99
14.3	Stratégies et outils de dépistage à préconiser	102
14.4	Des critères d'efficacité	105
14.5	Forces et limites.....	106
15	Recommandations	109
15.1	La stratégie de dépistage recommandée	109
15.2	Offre de dépistage	109
15.3	Intervention de dépistage	111

15.3.1	Consentement.....	111
15.3.2	Information prétest.....	111
15.3.3	Counseling	112
15.4	Stratégies de dépistage.....	112
15.5	Implantation	113
	Bibliographie	115
Annexe 1	Exigences du code civil et des codes de déontologie des ordres professionnels concernés en matière de consentement libre et éclairé aux soins de santé	129
Annexe 2	Feuillet d'information prétest VIH.....	133

Liste des tableaux

Tableau 1	Résumé de l'offre de dépistage recommandée par différentes institutions de santé.....	29
Tableau 2	Répartition des nouveaux diagnostics d'infection par le VIH enregistrés au Québec.....	45
Tableau 3	Proportion des nouveaux diagnostics selon le décompte de CD4	47
Tableau 4	Nouveaux diagnostics selon la présence de dépistage antérieur ou non.....	48
Tableau 5	Évaluation du programme des CDC <i>Expanded HIV Testing Initiative</i> selon le milieu.....	63
Tableau 6	Résumé des stratégies de dépistage	71
Tableau 7	Résumé des outils de dépistage.....	80
Tableau 8	Consentement éclairé au service <i>GetCheckedOnline</i>	92

Liste des encadrés

Encadré 1	Indications de dépistage pour le VIH au Québec (3)	16
Encadré 2	Fréquence de dépistage du VIH recommandée (3)	17
Encadré 3	Éléments à aborder pour permettre un consentement libre et éclairé au dépistage des ITSS (3)	18
Encadré 4	L'effet du traitement des personnes vivant avec le VIH sur le risque de transmission sexuelle de l'infection	99

Glossaire

Approche *opt-in* : façon d'obtenir le consentement libre et éclairé qui consiste à informer les patients de la disponibilité du test de dépistage du VIH, mais de l'effectuer qu'à la demande de ceux-ci. Le patient doit dire qu'il accepte de subir le test (1).

Approche *opt-out* : façon d'obtenir le consentement libre et éclairé qui consiste à aviser les patients qu'un dépistage du VIH sera effectué à moins d'un refus de leur part. Si le patient ne s'oppose pas activement, le professionnel de la santé considère qu'il consent (1).

Autotest : « processus par lequel la personne prélève elle-même l'échantillon (fluide oral ou sang), effectue le test pour le VIH, puis interprète son résultat, souvent dans un cadre privé, seule ou avec une personne de confiance » (2).

Dépistage : activité qui vise la détection d'une affection chez une personne asymptomatique (3).

Détection précoce : la détection de l'infection par le VIH est considérée précoce lorsque le diagnostic est posé tôt après l'acquisition de l'infection ou dans son évolution, c'est-à-dire soit une :

- infection récente de moins de six mois : les critères laboratoires pour une infection aiguë sont rencontrés ou le test de récence (à l'essai au Québec) démontre une acquisition dans les cinq mois précédant le test, ou s'il y a présence d'un test de dépistage négatif ou indéterminé dans les 180 jours précédant le test confirmé positif; OU
- infection précoce : le décompte de CD4 est supérieur à 500 cellules/mm³ au moment du diagnostic (4).

Diagnostic : acte médical permettant d'identifier la nature et la cause de l'affection dont un patient est atteint (5).

Diagnostic tardif du VIH : un diagnostic de l'infection par le VIH caractérisé par un décompte de CD4 inférieur à 350 cellules/mm³ au moment du diagnostic (6–8).

Diagnostic du VIH à un stade avancé : diagnostic tardif de l'infection par le VIH caractérisé par un décompte de CD4 inférieur à 200 cellules/mm³ au moment du diagnostic ou avec une maladie définissant le sida indépendamment du décompte de CD4 (6–8).

Groupe à risque : groupe de personnes encourant un risque élevé d'être exposé à une infection (VIH) à cause de leurs comportements, de leur mode de vie et de l'incidence élevée de l'infection dans ce groupe (9).

Groupe vulnérable aux ITSS : population dont les individus qui la composent encourent, en raison de caractéristiques individuelles, sociales et contextuelles communes, une probabilité plus grande de présenter des facteurs de risque dans plusieurs domaines (dont le VIH) (9).

Nouveau diagnostic de VIH : diagnostic établi « chez un individu qui n'avait jamais eu de test de détection du VIH ou chez qui tous les tests antérieurs étaient négatifs. L'infection vient d'être détectée pour la première fois chez cette personne, ce qui n'implique pas nécessairement qu'elle soit récente » (10).

Offre ciblée de dépistage : offre de dépistage en fonction des facteurs de risque de transmission du VIH (9).

Offre systématique de dépistage : offre universelle de dépistage par les professionnels de la santé à toutes les personnes faisant partie d'une population donnée ou consultant un service de santé spécifique, qui ne se base pas nécessairement sur une évaluation individuelle des risques (9).

Offre universelle de dépistage : offre de dépistage à toute personne, sans égard aux facteurs de risque (11).

Partenaires sérodifférents : partenaires dont l'un vit avec le VIH et l'autre non (aussi appelé couple sérodifférent) (12).

Personne hétérosexuelle sans facteur de risque : selon le Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, cette catégorie réfère aux « cas hétérosexuels (CH) originaires du Canada ou d'autres pays où le VIH n'est pas endémique, qui ont des facteurs de risque autres que les catégories d'exposition précédentes [soit partenaires multiples, contacts avec des travailleurs ou des travailleuses du sexe, antécédents d'ITSS, séjour dans un pays endémique, etc.] ou pour lesquels le risque du partenaire sexuel n'est pas connu » (10). Selon la procédure hiérarchisée de classification des cas, ces cas ne sont ni HARSAH, ni UDI, ni originaire d'un pays où le VIH est endémique, ils n'ont pas eu non plus un partenaire appartenant à l'un de ces trois groupes (10).

Populations clés : groupe défini qui, en raison de comportements à haut risque de transmission du VIH, est à risque accru de contracter l'infection, indépendamment du type d'épidémie ou du contexte local (13).

Liste des sigles et acronymes

ARV	Antirétroviraux
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
AVAQ	Années de vie ajustées en fonction de la qualité
BASHH	British Association for Sexual Health and HIV
BCCDC	British Columbia Centre for Disease Control
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CITSS	Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CMIS	Centre Maternel et Infantile sur le SIDA
CSSS	Centre de santé et services sociaux (transformé en 2015 en CISSS et CIUSSS)
GMF	Groupe de médecine familiale
GUM	<i>Genitourinary medicine</i>
HARSAH	Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes
HAS	Haute autorité de santé de France
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPPAP-VIH	Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection par le VIH et auprès de leurs partenaires
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PNSP	Programme national de santé publique
PPrE	Prophylaxie pré-exposition
PPE	Prophylaxie post-exposition
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RAMQ	Régie de l'assurance-maladie du Québec
SIDEP	Services intégrés de prévention et de dépistage des ITSS
TAAN	Test d'amplification des acides nucléiques
TDR	Trousse de dépistage rapide
UDI	Utilisateur de drogue par injection
UMF	Unité de médecine familiale
USPSTF	United States Preventive Service Task Force
VHS-2	Virus de l' <i>Herpès simplex</i> de type 2
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

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 (14).
- 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.
- 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.

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.

Sommaire

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.

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.

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 (15). 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 concentre dans les centres urbains (16). À la fin de 2016, on estime que 14 % des PVVIH au Canada ignorent être infectées (17). 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 (16). 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 (18,19) et plusieurs études permettent d'observer une hausse du dépistage (20–23). 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 (19, 20, 23–25). 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 (26–29). 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 (30,31).

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 (25,32–35).

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 (9). 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 (36). 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 (37,38). 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). 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 (39). 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 (40). En ce qui concerne les autotests, aucun n'est encore approuvé par Santé Canada (41).

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);
 - 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);

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'âge.

- 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 28e 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.
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);

³ Bien que la chlamydia soit une infection à prévalence élevée au Québec (25 432 cas au Québec en 2016) (42), 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.

- 5.2. 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 internet (voir l'exemple à l'annexe 2);
 - 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).

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 risque⁴.

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).

⁴ 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.

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).
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).

Introduction

En juillet 2011, le Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (CITSS) a publié l'avis *Optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH au Québec*. Le CITSS recommandait de maintenir une offre de dépistage ciblée en fonction des facteurs de risque tout en intensifiant l'offre ciblée de dépistage auprès des groupes à risque. Notamment, il était question de « considérer une offre systématique de dépistage dans les établissements susceptibles d'être fréquentés par les populations vulnérables » (9) (page 112). Ces recommandations étaient réfléchies sur la base de l'épidémiologie québécoise d'alors et influencées par les recommandations émises par des instances de santé ailleurs dans le monde. En juin 2014, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a transmis sa position relative aux recommandations de cet avis dans laquelle il exprimait un appui à ces dernières. En septembre 2014, un rapport a été publié sur la mise à jour des indications de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), incluant le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Il est le résultat d'une synthèse critique des écrits sur les facteurs de risque (43).

Les connaissances, les stratégies ainsi que les outils de prévention du VIH évoluent constamment et rapidement. Les possibilités de réduire de façon importante l'incidence du VIH s'accroissent. Depuis la publication de l'avis, 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 réviser 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. Ainsi, le sous-comité du CITSS *Optimiser le dépistage du VIH* a été réactivé. La révision des recommandations portant sur l'offre et les indications de dépistage a été priorisée parce qu'elles sont susceptibles d'avoir le plus d'impacts à court terme, tout en tenant compte du contexte québécois.

Pour ce faire, les recommandations de dépistage du VIH d'autres institutions de santé ont été réexaminées dans ce rapport. Puis, les données probantes sur la pertinence du dépistage, le portrait épidémiologique québécois, la performance de l'approche ciblée de dépistage 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 ont été analysés. Cette analyse des données probantes permet de discuter des résultats selon le contexte québécois pour ultimement proposer des recommandations en vue d'optimiser le dépistage du VIH au Québec 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 MSSS qui se charge de les analyser et d'agir en conséquence.

1 Contexte

La révision des recommandations pour optimiser le dépistage du VIH au Québec doit tenir compte des orientations actuelles et des progrès scientifiques en matière de lutte contre le VIH ainsi que du contexte épidémiologique.

En 2015, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) a publié : *90-90-90. Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida*. Il est estimé que l'atteinte de trois cibles cruciales de la cascade de soins⁵ d'ici 2020 permettrait d'enrayer l'épidémie du sida pour 2030 : 90 % des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) qui connaissent leur statut, 90 % des PVVIH dépistées qui sont sous traitement, 90 % des PVVIH sous traitement qui ont une charge virale durablement supprimée (14). Ainsi, la lutte contre l'épidémie du VIH entre dans un nouveau paradigme, soit celle de l'éradication de la transmission de l'infection.

Au Canada, la ministre fédérale de la santé a publié en décembre 2016 un engagement à atteindre la cible fixée par l'ONUSIDA. Selon les estimations de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), à la fin de 2016, 14 % des 63 110 [55 500 à 70 720] PVVIH au Canada ignoraient leur statut, soit : 9 090 [6 300 à 17 400] PVVIH (17). Au Québec, l'estimation par l'ASPC de la prévalence de PVVIH serait de 16 853 [14 510-19 200] PVVIH pour la même année⁶. Si la proportion de personnes non diagnostiquées est sensiblement la même au Québec qu'au Canada, il pourrait s'agir d'environ 2 359 [2 031-2 688] PVVIH qui ignorent leur statut en 2016. Pour atteindre la cible de l'ONUSIDA, il faudrait que le nombre de PVVIH québécois ignorant leur infection soit réduit à 1 685 [1 451-1 920] ou moins. Il importe de noter qu'en 2014 ce taux se situait plutôt à 20 % (46). Bien qu'une amélioration soit notée entre 2014 et 2016 au Canada, nous ignorons si elle reflète la situation au Québec étant donné que les efforts de prévention sont variables d'une province à l'autre. Des efforts doivent être faits pour rejoindre les PVVIH ignorant leur statut dans le but de prévenir la transmission et pour qu'elles puissent bénéficier d'un traitement.

Au Québec, l'épidémiologie de l'infection par le VIH est mesurée par le *Programme de surveillance de l'infection par le VIH* et les enquêtes intégrées biologiques et comportementales. Selon ces enquêtes auprès des populations clés, la proportion de PVVIH ignorant leur statut sérologique est variable selon les groupes, elle pourrait être moins élevée chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) (47) et les utilisateurs de drogues par injection (UDI) (48), mais plus élevée chez des personnes originaires de pays où le VIH est endémique (49). La proportion de diagnostics tardifs enregistrés au Programme de surveillance en 2016 est également préoccupante; 39,2 % des nouveaux diagnostics sont faits à un stade tardif (décompte de CD4 moins de 350 cellules/mm³), 23,1 % à un stade avancé (décompte de CD4 moins de 200 cellules/mm³) et plusieurs nouveaux diagnostics enregistrés au Programme n'ont pas eu de dépistage dans la dernière année (16) malgré l'appartenance à un groupe pour lequel un dépistage est recommandé régulièrement (3). Rappelons par ailleurs qu'une étude a montré que 50 % des cas de transmission du VIH ont lieu lors d'une primo-infection, quand la charge virale est très élevée et que la personne séropositive ignore le plus souvent encore elle-même son statut sérologique (50). C'est dire

⁵ La cascade de soins VIH consiste en cinq étapes principales : diagnostic, lien aux soins, rétention dans les soins, adhérence aux traitements et suppression de la charge virale (44). En surveillance, il est essentiel d'y ajouter une étape préliminaire soit une estimation du nombre total de personnes vivant avec le VIH sur un territoire donné (45).

⁶ Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, *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*. Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2018, 20 p. Communication personnelle pour les données de 2016 pour le Québec, juillet 2018.

l'importance d'un dépistage et diagnostic précoce, en particulier lors de la période de primo-infection, pour limiter la transmission du VIH.

Telles qu'en témoignent les données épidémiologiques canadiennes et québécoises sur le VIH, des défis sont à relever pour atteindre cette cible de l'ONUSIDA, en particulier auprès de certains groupes. Pour réduire de manière significative les nouvelles infections par le VIH, plusieurs stratégies efficaces sont ainsi à examiner en tenant compte du contexte québécois, dont l'intensification du dépistage du VIH et le traitement des personnes infectées, bien que ce dernier aspect ne soit pas abordé dans cet avis.

Quoique les cibles proposées par l'ONUSIDA (14) soient ambitieuses, les membres du CITSS s'y rallient. Ce rapport vise donc à répondre à la question : comment atteindre la première cible proposée par l'ONUSIDA de 90 % des PVVIH qui connaissent leur statut sérologique au Québec. Le but est d'optimiser le dépistage de l'infection par le VIH au Québec pour l'amélioration de la santé de la population, l'expérience de soins et l'utilisation optimale des ressources⁷. Les réflexions dans ce rapport tiennent compte des orientations québécoises en matière de dépistage du VIH décrites aux paragraphes suivants.

1.1 Orientations québécoises en matière de dépistage du VIH

Au Québec, la prévention du VIH est intégrée dans une stratégie globale de prévention des ITSS. Depuis la parution de l'avis *Optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH au Québec* en 2011 (9), le Programme national de santé publique (PNSP) a été mis à jour pour la période 2015-2025 (54) et un document accompagnateur sur la lutte contre les ITSS « Joindre, dépister-détecter, traiter » (55) a été publié par le MSSS. De plus, les indications de dépistage et l'intervention recommandée ont été mises à jour dans le Guide québécois de dépistage des ITSS. Un guide pour l'intervention préventive auprès d'une personne atteinte d'une infection par le VIH et auprès de leurs partenaires a aussi été développé (56). Les réflexions et analyses pour la mise à jour des recommandations sur l'optimisation du dépistage du VIH au Québec ont tenu compte de ces orientations québécoises.

1.1.1 PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC 2015-2025

Le PNSP est un document-cadre de l'offre de service en santé publique au Québec. Il a pour assise la Loi sur la santé publique, la Loi sur les services de santé et les services sociaux et la Loi sur la santé et la sécurité du travail. Il a pour finalité « de contribuer à maintenir et à améliorer la santé de la population ainsi qu'à réduire les inégalités sociales de santé en offrant un cadre structurant pour une action performante sur les déterminants de la santé » (54) (page 11).

Pour ce faire, le PNSP définit les fonctions essentielles de la santé publique que sont la surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants, la promotion de la santé de la population, la prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes, et la protection de la santé de la population. L'offre de service de santé publique se fait selon quatre axes : 1) développement global des enfants et des jeunes, 2) l'adoption de modes de vie et création d'environnements sains et sécuritaires, 3) la prévention des maladies infectieuses ainsi que 4) la gestion des risques et menaces pour la santé et la préparation aux urgences sanitaires. Ces axes sont traversés par un autre qu'est la surveillance continue de la santé et de ses déterminants (54). Le PNSP souligne également que : « Il importe que la planification des services de santé publique soit

⁷ Quand on parle d'amélioration en santé, ce sont les dimensions qu'elle doit viser (51,52).

bien ancrée dans celle de l'ensemble des services du réseau, afin d'assurer la cohérence et la complémentarité des interventions, de même que l'intégration de la prévention aux services de santé et aux services sociaux » (54) (page 31).

Le PNSP énonce également les principes directeurs de l'action en santé publique : communication, ouverture, renforcement des capacités d'agir, excellence, adaptation et innovation. Pour appuyer le principe directeur d'adaptation, le PNSP réfère au concept d'universalisme proportionné :

« L'universalisme proportionné est un principe en vertu duquel des services sont offerts à l'ensemble d'une population sur un territoire donné, avec des modalités ou une intensité qui varient selon les besoins de certains groupes, de manière à réduire les barrières de différentes natures qui pourraient limiter l'accès à ces services (54,57). Dans cet esprit, le PNSP propose deux approches :

- Promouvoir l'équité en santé et chercher à réduire les écarts de santé dans la population;
- Intensifier les efforts de mise en œuvre des services auprès de populations vulnérables pour répondre à leurs besoins particuliers; mettre en place des mesures d'atténuation, au besoin, lorsque les services ont un impact négatif sur des populations vulnérables et qu'ils peuvent accentuer les inégalités sociales de santé » (54).

1.1.2 DOCUMENT JOINDRE-DÉPISTER-TRAITER

En complément au PNSP 2015-2025, la Direction de la prévention des ITSS du MSSS a publié un document « pour présenter une vue d'ensemble des actions à déployer aux fins de la lutte contre les ITSS » (55) (page 1). Il s'adresse principalement aux Directions de santé publique qui doivent concevoir un plan d'action régional de santé publique. Il propose une stratégie intégrée et adaptée de lutte contre les ITSS, aussi guidée par le principe d'universalisme proportionné et par la responsabilité populationnelle des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS).

Les actions à déployer sont divisées en trois axes soit 1) joindre, 2) dépister-détecter et 3) traiter. Ces actions sont traversées par quatre principes : les bonnes personnes, aux bons endroits, aux bons moments, avec les bonnes pratiques (55).

1.1.3 GUIDE QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DES ITSS

Le Guide québécois de dépistage des ITSS, mise à jour 2017, énonce les principes et les recommandations en matière de dépistage des ITSS au Québec. Il expose le cadre légal et éthique du dépistage des ITSS au Québec. Seuls les médecins, les infirmières et les sages-femmes peuvent demander des analyses ayant pour but le dépistage du VIH.

Le Guide précise les facteurs de risque pour lesquels un dépistage de l'infection par le VIH est indiqué (encadré 1) et la fréquence de dépistage recommandée (encadré 2). Ces indications sont issues des travaux sur la mise à jour des indications de dépistage que le CITSS a menés jusqu'en 2014 (43).

Encadré 1 Indications de dépistage pour le VIH au Québec (3)

1. Personne ayant eu un partenaire anonyme ou plus de trois partenaires sexuels au cours de la dernière année;
2. Personne originaire d'une région où les ITS bactériennes, le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C sont endémiques;
3. HARSAH;
4. Travailleur ou travailleuse du sexe ou un de ses clients;
5. Personne incarcérée ou l'ayant été;
6. Personne chez qui l'une des infections suivantes a été détectée : infection gonococcique, syphilis, lymphogranulomatose vénérienne (LGV), hépatite B ou hépatite C;
7. Partenaire d'une personne vivant avec le VIH;
8. Femme enceinte au bilan prénatal de base et, en présence d'une exposition, de comportements à risque chez la femme enceinte ou chez son partenaire, répéter le dépistage, au besoin plus d'une fois, mais au minimum une fois vers la 28e semaine de grossesse et au moment de l'accouchement;
9. Personne ayant consommé des drogues par injection ou par inhalation, même une seule fois;
10. Personne exposée à du sang ou à d'autres liquides biologiques potentiellement infectés (tatouage ou perçage dans des conditions non stériles, exposition en milieu de travail ou exposition dans un contexte non professionnel);
11. Personne ayant subi des procédures (chirurgicales ou autres) avec du matériel contaminé dans des régions où la prévalence du VIH, de l'hépatite B ou de l'hépatite C est élevée;
12. Personne ayant reçu soit une transfusion de sang ou de produits sanguins, soit une greffe de cellules, de tissus ou d'organe (avant octobre 1985 au Canada);
13. Personne qui a ou a eu un partenaire avec un facteur de risque pour le VIH (indication 1 à 5 et 9);
14. Personne recevant des services dans un centre de ressources en dépendance à des drogues;
15. Personne demandant un dépistage de l'infection par le VIH, après un counseling prétest, même en l'absence de facteur de risque dévoilé.

Encadré 2 Fréquence de dépistage du VIH recommandée (3)

Il est recommandé d'offrir un test **au moins une fois par année** aux personnes pour qui le dépistage du VIH est indiqué :

- Personne originaire d'une région où les ITS bactériennes, le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C sont endémiques;
- HARSAH;
- Travailleur ou travailleuse du sexe, ou un de ses clients;
- Personne utilisatrice de drogues par injection ou par inhalation;
- Personne qui reçoit une prophylaxie préexposition (PPrE) au VIH*;
- Personne ayant un partenaire sexuel vivant avec le VIH;
- Personne dont le partenaire a eu un partenaire anonyme ou plus de trois partenaires sexuels au cours de la dernière année;
- Femme dont le partenaire est un HARSAH;
- Personne dont le partenaire est soit un travailleur ou une travailleuse du sexe, soit le client d'un travailleur ou d'une travailleuse du sexe;
- Personne dont le partenaire est incarcéré;
- Personne dont le partenaire utilise des drogues par injection ou par inhalation.

Certains milieux offrent des services à des personnes vulnérables aux ITSS. Il est recommandé d'offrir un dépistage **au moins une fois par année** aux personnes :

- qui résident dans un centre de détention (personnes incarcérées);
- qui reçoivent des services dans un centre de ressources en dépendance aux drogues.

L'offre de dépistage pourra être **plus fréquente** si l'évaluation du risque permet de déceler l'une des caractéristiques suivantes :

- Personne atteinte d'ITSS à répétition;
- Personne ayant des partenaires sexuels multiples, c'est-à-dire ayant eu plus de trois partenaires sexuels dans la dernière année.

Lorsque des facteurs de risque sont présents de manière continue ou répétée, il est recommandé d'offrir un dépistage tous les **trois à six mois**. La présence de facteurs de risque peut être ponctuelle ou, le plus souvent, refléter des habitudes de vie.

* Un dépistage du VIH lui sera offert tous les trois mois et le dépistage des autres ITSS lui sera offert selon les facteurs de risque (58).

S'appuyant sur les exigences du Code civil et des codes de déontologie des professionnels susceptibles de faire du dépistage (annexe 1), le Guide précise que l'obtention d'un consentement libre et éclairé est exigée avant de procéder à un test de dépistage des ITSS (voir encadré 3). Le Guide précise l'intervention de dépistage recommandée : counseling, évaluation des facteurs de risque, intervention préventive auprès de la personne infectée et de ses partenaires, sites de prélèvements et analyses recommandées, transmission des résultats et référence vers des

ressources appropriées. Enfin, il présente aussi des fiches cliniques pour chacune des ITSS (59). Les éléments spécifiques à l'intervention de dépistage du VIH à l'aide d'une trousse de dépistage rapide sont précisés dans le supplément du Guide québécois de dépistage sur le sujet (40).

Encadré 3 Éléments à aborder pour permettre un consentement libre et éclairé au dépistage des ITSS (3)

- Donner des renseignements généraux sur les infections qui devraient faire l'objet du dépistage, sur celles pour lesquelles un dépistage n'est pas indiqué et sur celles pour lesquelles aucune analyse de dépistage n'est disponible.
- Expliquer les modalités existantes (analyse nominative, non nominative et anonyme) et les mesures prises pour assurer la confidentialité des renseignements.
- Donner de l'information sur les analyses : types de prélèvements, signification des résultats, limites.
- Informer sur les avantages et les inconvénients du dépistage, de façon générale.
- Si le dépistage de l'infection par le VIH est effectué, sensibiliser la personne aux aspects légaux et aux conséquences possibles de la non-divulgaration d'un statut séropositif à ses partenaires sexuels.
- Préciser les modalités de la déclaration obligatoire de certaines maladies aux autorités de santé publique.
- Expliquer ce qu'implique la collecte obligatoire de renseignements épidémiologiques à des fins de surveillance continue de l'état de santé de la population au regard de l'infection par le VIH et du sida.
- S'assurer que la personne a bien compris les renseignements transmis, afin d'obtenir un consentement éclairé.

1.1.4 INTERVENTION PRÉVENTIVE AUPRÈS D'UNE PERSONNE ATTEINTE D'UNE INFECTION PAR LE VIH ET AUPRÈS DE LEURS PARTENAIRES

En octobre 2017, le MSSS publiait le *Guide pour le soutien à l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection par le VIH et auprès de leurs partenaires (IPPAP-VIH)*. Rappelons que le CITSS avait recommandé dans son avis publié en 2011 la poursuite des travaux sur le développement d'une offre de soutien pour l'IPPAP-VIH :

« L'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires (IPPAP) fait partie de l'intervention clinique préventive proposée et devrait être effectuée après le test de dépistage lorsque le résultat est positif. Elle a pour objectif de briser la chaîne de transmission. Par l'entremise du soutien offert par les professionnels de la santé, l'IPPAP favorise la notification aux partenaires, ce qui peut constituer une porte d'entrée pour rejoindre les populations vulnérables aux ITS lorsque le patient a été en contact avec une personne appartenant à l'un de ces groupes » (9) (page 99).

Le Guide pour le soutien à l'IPPAP-VIH est destiné aux professionnels désignés par les directions de santé publique pour soutenir cette intervention, qu'ils soient professionnels de santé publique ou de première ligne. Le Guide rappelle la pertinence et l'efficacité de cette intervention pour briser la chaîne de transmission. L'IPPAP-VIH est une intervention préventive reconnue efficace pour :

- identifier des personnes qui ignorent être atteintes,
- offrir un dépistage à des personnes exposées qui ne se seraient pas fait dépister autrement.

L'IPPAP-VIH est donc est une occasion importante pour offrir un dépistage à des personnes qui ont été exposées au VIH. Le Guide « propose une intervention basée sur les données probantes et adaptée au contexte québécois » et précise « les critères de succès, l'organisation des services, le cadre légal, les considérations éthiques et les enjeux associés à la criminalisation de l'exposition au VIH » (56).

L'IPPAP-VIH est une démarche volontaire du patient. Elle est recommandée pour toute personne nouvellement diagnostiquée avec une infection par le VIH et pour les PVVIH déjà diagnostiquées lorsque la charge virale est élevée ou en fonction de l'évaluation du risque de transmission (15). Le Guide présente l'intervention recommandée en fonction de la charge virale. Les partenaires à joindre varient selon le contexte et sont précisés dans le guide (56).

2 Objectifs

Dans le cadre de la lutte contre les ITSS, le but visé ici est d'optimiser le dépistage de l'infection par le VIH au Québec pour l'amélioration de la santé de la population, l'amélioration de l'expérience de soins et l'utilisation optimale des ressources. Pour ce faire, nous avons tenu compte des travaux qui s'effectuent en parallèle, notamment la mise à jour du *Guide québécois de dépistage des ITSS* et l'optimisation de la surveillance de l'infection par le VIH qui vise entre autres à documenter la cascade de soins en VIH. Par ailleurs, nous considérons les impacts de nos recommandations sur la cascade de soins en VIH et les approches combinées de prévention. Bien que nous traitions ici du dépistage du VIH, nous abordons aussi la question du diagnostic en particulier si ce dernier a une influence sur le dépistage.

Objectif général : soutenir l'optimisation du dépistage de l'infection par le VIH au Québec à travers le suivi des recommandations déjà émises dans l'avis *Optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH* au Québec et, le cas échéant, la formulation de nouvelles recommandations.

Objectifs spécifiques :

- Alimenter la mise à jour des guides de pratique, programmes et autres documents québécois afférents (Guide québécois de dépistage des ITSS, programmes nationaux de formation, etc.);
- Émettre des recommandations sur le dépistage du VIH au Québec en s'appuyant sur les données probantes et les stratégies démontrées efficaces dans la littérature;
- Formuler des recommandations sur les approches de dépistage du VIH et les nouvelles stratégies, telles que l'offre systématique de dépistage dans certains milieux ciblés, et leur faisabilité;
- Formuler des recommandations sur le développement ou l'adaptation d'outils pour faciliter le dépistage;
- Formuler des recommandations sur la diffusion et la formation en lien avec les recommandations émises;
- Formuler des recommandations sur l'évaluation de l'implantation des recommandations émises et leurs effets;
- Baliser les travaux d'un éventuel projet pilote d'offre systématique de dépistage en milieux de soins.

3 Méthodologie

L'analyse présentée dans ce rapport s'appuie d'une part sur une veille scientifique sur le dépistage du VIH maintenue depuis 2010 et d'autre part sur une revue de la littérature des articles parus de 2010 à septembre 2016, et mise à jour jusqu'en septembre 2017. Les données probantes ont été évaluées selon leur qualité. L'analyse du portrait épidémiologique de l'infection par le VIH a aussi été mise à jour avec les données les plus récentes du Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec et des études de surveillance au Québec.

Les recommandations émises dans cet avis sont issues d'un processus consultatif basé sur les données probantes. L'ensemble des données ont été analysées et discutées par le sous-comité *Optimiser le dépistage du VIH*⁸ qui, sur cette base, a proposé des recommandations au CITSS. Les résultats de la revue de la littérature et les recommandations ont été présentés au CITSS le 16 juin 2017. L'avis et les recommandations ont ensuite été soumis formellement par courriel aux membres du CITSS pour validation finale le 4 mai 2018.

En outre, le 25 mai 2018, l'INSPQ a été soucieux de consulter des organismes susceptibles d'être touchés par les recommandations : Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS (CALI); Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ); Centre Maternel et Infantile sur le SIDA (CMIS); RÉZO — santé et mieux-être des hommes gais et bisexuels, cis et trans, Portail VIH, Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le VIH-sida (COCQ-SIDA); Collège des médecins du Québec (CMQ), Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), Association des obstétriciens gynécologues du Québec (AOGQ), Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI), Table de concertation nationale en santé publique (TCNSP), Programme national de mentorat sur le VIH et les hépatites (PNMVIH), Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), Association des spécialistes en médecine préventive du Québec et Joanne Otis, Ph.D., Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.

⁸ L'INSPQ a demandé aux membres du CITSS et du sous-comité *Optimiser le dépistage du VIH* de déclarer toute situation pouvant entraîner un conflit d'intérêts relatif au sujet étudié. Aucun intérêt significatif déclaré n'a été rapporté suite à l'analyse effectuée.

4 Revue de la littérature

Le plan de la revue de la littérature a été construit sous forme de questions inspirées de deux autres revues sur le même sujet (18,60) :

1. Pourquoi est-ce important de dépister le VIH?
 - 1.1. Quels sont les avantages d'un diagnostic précoce du VIH d'un point de vue clinique et de santé publique?
2. À qui offrir le test de dépistage au Québec? Qui est touché par l'infection au Québec?
3. Quelle est la performance du système québécois à dépister les PVVIH?
 - 3.1. À quel moment au cours de l'infection les PVVIH reçoivent-elles leur diagnostic?
 - 3.2. Quelle est la proportion de PVVIH ignorant leur statut?
 - 3.3. Quelle est la prévalence du VIH chez les personnes consultant différents milieux cliniques au Québec?
4. Quel est l'accès au dépistage au Québec?
5. Quel est le coût-efficacité d'une offre universelle de dépistage au Québec?
6. Quels sont les avantages et risques d'une offre universelle et d'une offre ciblée de dépistage du VIH?
 - 6.1. Sur le dépistage précoce et le décompte de CD4 au moment du diagnostic?
 - 6.2. Sur la proportion de personnes dépistées et la prévalence du VIH parmi elles?
 - 6.3. Sur l'offre et l'acceptabilité du test?
 - 6.4. Sur la transmission?
 - 6.5. Sur le lien aux soins?
7. Comment offrir le dépistage du VIH pour l'optimiser?
 - 7.1. Quelles sont les stratégies de dépistage qui ont montré une plus grande efficacité à dépister précocement l'infection par le VIH?
 - 7.2. Quels sont les outils disponibles pour optimiser le dépistage?
 - 7.3. Quels sont les effets de l'approche de dépistage (*opt-in* ou *opt-out*)?
 - 7.4. Quels sont les effets du counseling pré et post-test sur l'offre de dépistage? L'acceptabilité du dépistage? La modification des comportements à risque et la réduction du risque de transmission? Le lien aux soins?
 - 7.5. Quels sont les éléments minimaux à donner au patient pour obtenir un consentement libre et éclairé au dépistage du VIH?

La recherche des articles a été faite en langue anglaise sur la base de données *PubMed* à partir de différentes combinaisons des mots-clés suivants :

- HIV
- *Testing OR Screening*
- *Strategy OR Program OR Intervention OR Recommendation*
- *Evaluation OR Effectiveness OR Efficacy*

La revue de la littérature a couvert les articles parus entre 2010 et septembre 2016. Les études s'étant déroulées dans des pays où le VIH est endémique ont pour la majorité été exclues. Une mise à jour en continu des études publiées a été faite tout au long des travaux jusqu'en septembre 2017.

Les recommandations des institutions de santé de pays ou régions comparables au Québec ont aussi été consultées : ASPC, British Columbia Centre for Disease Control (BCCDC), Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, Centers for Disease Control and Prevention (CDC); US Preventive Service Task Force (USPSTF), Haute autorité de santé de France (HAS), British Association for Sexual Health and HIV (BASHH), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande, Australasian Society for HIV, Viral Hepatitis and Sexual Medicine, Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'ONUSIDA.

Les données épidémiologiques québécoises proviennent du Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec (16) et des rapports d'études auprès de populations clés (47–49,61). Enfin, nous avons obtenu des données inédites sur l'offre de services de dépistage au Québec avec l'aide de collaborateurs.

5 Méthode de gradation des données probantes et des recommandations

La gradation des données probantes et des recommandations est reprise de la méthode utilisée lors de la mise à jour des indications de dépistage du sous-comité *Facteurs de risque et ITSS à rechercher* du CITSS (43). Deux échelles avaient été construites pour évaluer la qualité des données probantes et pour indiquer la force des recommandations. Ces échelles ont été construites à partir des critères employés par l'USPSTF (62) et par le Comité consultatif sur le VIH et le VHC (63). Elles fonctionnent comme suit : plus les données probantes appuyant la recommandation sont multiples et de qualité élevée, plus elle sera gradée fortement. Inversement, plus les données probantes sont limitées, moins la recommandation sera évaluée fortement, sauf dans les cas où les experts qui ont une bonne connaissance du terrain et de la littérature scientifique récente, en l'occurrence les membres du CITSS, la soutiennent fortement.

L'évaluation des données probantes et la gradation des recommandations des organismes de santé publique ont aussi influencé l'évaluation des recommandations proposées. Par exemple, une recommandation gradée A par les CDC et le British association for sexual health and HIV (BASHH) a beaucoup de chance de l'être également dans ces travaux, sauf si l'épidémiologie ou l'organisation des services (ex. : accès universel et gratuit aux services de santé, accès universel à un programme d'assurance médicaments, etc.) au Québec ne le justifient pas.

La gradation des données probantes sert de guide dans la réflexion afin d'évaluer les différentes études recensées et leurs impacts sur les recommandations à émettre. Elle permet aussi de nuancer plus facilement la force des recommandations. Par contre, l'échelle utilisée n'a pas été validée telle que l'a été celle de l'USPSTF. Aussi, la fusion des catégories modérée ou faible dans l'évaluation des données probantes ne nous permet pas de différencier ces deux types d'études dans notre revue, ce qui aurait pu nous amener à plus de nuances dans nos recommandations.

5.1 Gradation des données probantes

Élevée (I) : la méthodologie des études est robuste. Les échantillons sont représentatifs de la population. Les études évaluent les effets d'un service préventif sur la santé. Il est peu probable que les résultats soient contredits par d'autres études ultérieures. Par exemple, sont inclus dans cette catégorie les essais randomisés, les études robustes représentatives de la population, méta-analyse.

Modérée/Faible (II) : les données permettent d'estimer les effets du service préventif sur la santé, mais la validité et la fidélité des résultats sont limitées par des contraintes méthodologiques. Les données sont limitées par la faible quantité d'études, des limites importantes dans les études recensées, des résultats différents d'une étude à l'autre, des limites dans les évidences, l'impossibilité de généraliser les résultats et l'absence de résultats sur les effets sur la santé. Dans certains cas, les données sont insuffisantes pour déterminer les effets. L'avancement des connaissances pourrait modifier les conclusions. Par exemple, sont incluses dans cette catégorie les études observationnelles dont les résultats ne sont pas généralisables, les revues systématiques de la littérature et les études qualitatives.

Opinion d'experts (III) : en l'absence de données probantes ou en présence de données discordantes, l'opinion des experts dans le domaine devient la référence pour établir une recommandation. Par exemple, sont inclus dans cette catégorie les éditoriaux et autres recommandations basées sur l'opinion des experts.

5.2 Gradation des recommandations

A : Recommandation forte. Le service est recommandé. Il y a une haute certitude que les bénéfices nets sont substantiels.

B : Recommandation modérée. Le service est recommandé. Il y a une haute certitude que les bénéfices nets sont modérés ou une certitude modérée que les bénéfices nets sont substantiels.

C : Recommandation faible. La recommandation est à l'étude. Les professionnels peuvent l'appliquer à certains patients selon les circonstances et le jugement clinique. Pour la plupart des personnes sans signe et symptôme, les bénéfices nets seraient faibles.

D : Recommandation contre. Il est recommandé de ne pas appliquer la mesure. Les inconvénients ou les risques surpassent les bénéfices ou il n'y a pas de bénéfice.

I : Aucune recommandation. Les données sont insuffisantes pour déterminer la balance des risques et des bénéfices.

6 Résultats

6.1 Revue des recommandations de dépistage

La plupart des organisations de santé publique dans des pays où l'épidémiologie de l'infection par VIH est comparable à celle du Québec recommandent une offre universelle de dépistage du VIH en addition à une offre ciblée auprès de groupes à risque. L'intervention de dépistage recommandée est toutefois variable d'un endroit à l'autre.

Tableau 1 Résumé de l'offre de dépistage recommandée par différentes institutions de santé

	Offre de dépistage		Prétest recommandé	
	Universelle (selon la prévalence locale)	Ciblée	Information	Counseling préventif
OMS (2015)	Dans certains services	X	X	
Canada (ASPC, 2013)		X	X	
Canada (BCCDC, 2014-2015)	X	X	X	
États-Unis (CDC 2006, 2015)	X	X	X	
France (HAS 2009)	X	X	-	-
Grande-Bretagne (BASHH 2008)	X	X	X	
Grande-Bretagne (NICE 2016)	X	X	-	-
Australie (2013)		X		X
Nouvelle-Zélande (2015)		X		X

6.2 Organisation mondiale de la Santé

L'OMS a publié en 2015 des lignes directrices sur les services de dépistage de 2015 (13). Plusieurs recommandations sont émises sur les orientations et stratégies de dépistage du VIH dans différents contextes. Notamment, il est recommandé, dans tous les contextes et dans les régions avec une épidémie concentrée du VIH :

- d'offrir le dépistage au moins annuellement aux personnes, incluant les adolescents, appartenant aux populations-clés et aux partenaires séronégatifs d'une PVVIH;
- d'offrir le dépistage à l'initiative du professionnel de la santé aux femmes enceintes;
- d'offrir le dépistage aux femmes enceintes qui sont en couple avec une PVVIH ou appartenant à une population-clé;
- d'offrir le dépistage à l'initiative du professionnel de la santé à tous les patients en clinique avec des symptômes ou conditions qui peuvent être associés à une infection par le VIH, incluant les cas présumé ou confirmé de tuberculose;
- d'offrir le dépistage à l'initiative du professionnel de la santé à tous les patients consultant dans une clinique de malnutrition, d'ITSS, de tuberculose, de soins prénataux et de soins de santé pour les populations clés;
- d'ajouter le dépistage dans les services communautaires à l'offre de dépistage à l'initiative du professionnel de la santé pour les populations-clés, en s'assurant du lien vers la prévention, le traitement et les soins;
- d'offrir en routine le dépistage du VIH aux populations clés dans la communauté et dans les milieux fermés tels que les prisons et établissements;
- d'offrir des services de dépistage du VIH et de counseling en couple.

Dans ces lignes directrices, l'OMS précise que le dépistage du VIH en routine initié par le professionnel de la santé pour tous les adolescents et adultes ne serait probablement pas coût-efficace dans les lieux où la prévalence est faible (épidémie concentrée) (13).

L'OMS émet également des recommandations sur les services pré et post-tests. Le counseling prétest intensif, incluant l'évaluation individuelle des facteurs de risque, n'est plus nécessaire et pourrait créer des barrières au dépistage. Un minimum d'informations claires et concises doit tout de même être transmis avant le test. L'obtention d'un consentement libre et éclairé demeure un prérequis important de l'offre de dépistage. Également, le dépistage doit être offert dans des environnements favorables (sécuritaires et efficaces) et qui permettent d'assurer la confidentialité. Leurs lignes directrices précisent également les services à offrir après le test de dépistage selon le résultat reçu (13).

Concernant la promotion des services de dépistage, des campagnes publicitaires de masse ne seraient plus nécessaires dans les régions où l'infection par le VIH et les services de dépistage sont connus. Toutefois, des activités de promotion demeurent importantes auprès de populations où le dépistage demeure sous-optimal, incluant les populations-clés et les adolescents (13).

6.3 Canada

En 2013, l'ASPC publiait le *Guide pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)* (64). D'entrée de jeu, l'ASPC souligne l'importance « d'optimiser les occasions » pour proposer le dépistage du VIH : « 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 ». Ainsi, le but du guide est d'offrir aux professionnels de la santé des balises leur permettant d'augmenter ou d'améliorer leur offre de dépistage dans le cadre de soins réguliers de santé (64). La mise à jour des lignes directrices canadiennes en avril 2017 rappelle et bonifie ces principes et recommandations de l'ASPC (65).

L'ASPC propose aux professionnels de la santé d'offrir de façon proactive un dépistage du VIH dans le cadre de soins réguliers à leurs clients, qu'ils l'aient sollicité ou non, dans le but de normaliser le test. La démarche adoptée par les professionnels de la santé devrait être adaptée aux besoins des patients afin d'éliminer les barrières au dépistage. L'évaluation approfondie du risque basée sur les comportements et le counseling approfondi pré et post-test ne sont plus requis. L'obtention verbale du consentement éclairé est suffisante pour faire le dépistage.

Le dépistage devrait être offert aux :

- Personnes avec une indication clinique : signes et symptômes d'infection par le VIH, maladies associées à un déficit immunitaire, tuberculose, femmes enceintes ou souhaitant le devenir et leur partenaire;
- Personnes qui présentent un facteur de risque pour l'infection par le VIH ou un risque d'autres ITSS;
- Personnes qui demandent un dépistage du VIH;
- Personnes qui sont ou ont été sexuellement actives et qui n'ont jamais passé de test de dépistage du VIH;
- Personnes ayant eu des relations sexuelles vaginales ou anales non protégées avec un partenaire séropositif ou dont le statut sérologique est inconnu;
- Personnes ayant partagé du matériel de consommation de drogues avec un partenaire séropositif ou dont le statut sérologique est inconnu;
- Victimes d'agression sexuelle.

Les facteurs de risque pour l'infection par le VIH nommés par l'ASPC sont les suivants :

- Partage de matériel de consommation de drogues;
- Diagnostic d'ITS, d'hépatite B, d'hépatite C, de tuberculose ou d'autres infections que l'on sait associées à l'infection par le VIH;
- Relations sexuelles vaginales ou anales non protégées;
- Partenaires sexuels multiples ou anonymes;
- Hommes ayant ou ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes;
- Origine d'un pays où le VIH est endémique;

- Activité sexuelle ou partage du matériel de consommation de drogues avec une personne originaire d'une région où le VIH est endémique;
- Exposition professionnelle;
- Transfusion de sang ou de produits sanguins dans une région où le VIH est endémique;
- Transfusion de sang ou de produits sanguins au Canada avant novembre 1985.

Au Canada, les services de santé sont une responsabilité provinciale. Ainsi, toutes les provinces canadiennes n'ont pas nécessairement les mêmes recommandations. La Colombie-Britannique a innové en 2014 en adoptant des lignes directrices qui vont plus loin : *HIV testing guidelines for the province of British Columbia 2014*. Il est recommandé que tous les professionnels de la santé connaissent le statut sérologique de l'infection par le VIH de leurs patients sous leurs soins. Ces recommandations sont reprises en 2016 dans le chapitre sur les ITSS du *Communicable Disease Control Manual* (37).

Le dépistage de l'infection par le VIH est indiqué :

- En routine, tous les 5 ans, à tous les patients âgés de 18 à 70 ans;
- En routine, tous les ans, aux patients âgés de 18 à 70 ans qui appartiennent à une population particulièrement touchée par le VIH;
- Au moins une fois à l'âge de 70 ans ou plus si le statut sérologique VIH est inconnu;
- À tous les patients,
 - qui présentent une nouvelle ou une dégradation d'une condition médicale qui nécessite un examen en laboratoire;
 - qui présentent des symptômes de l'infection par le VIH ou d'une maladie associée à un stade avancé du VIH;
 - chez qui le professionnel de la santé a identifié un risque d'acquisition du VIH;
 - qui demandent un test de dépistage du VIH; ou
 - qui sont enceintes (66).

6.4 États-Unis

Les CDC ont été la première organisation de santé à recommander une offre systématique de dépistage du VIH en 2006. L'offre systématique de dépistage du VIH serait coût-efficace et recommandée lorsque la prévalence des infections non diagnostiquées dans le milieu clinique est supérieure à 0,1 %. En l'absence de données de prévalence, l'offre systématique de dépistage n'est plus recommandée lorsque la prévalence du VIH chez les patients testés dans le milieu clinique est documentée comme étant égale ou inférieure à 1/1000 tests (67–70).

En 2014, l'International Antiviral Society USA Panel a publié ses recommandations en matière de prévention du VIH en soins cliniques. Le groupe d'experts américains a rappelé les recommandations de l'offre systématique de dépistage du VIH en clinique au moins une fois pour tous les adultes et les adolescents (71).

En juin 2015, les CDC dans « *Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015* » ont rappelé cette position. Il y est recommandé de :

- Dépister toute personne qui demande une évaluation ou un traitement pour les ITS, indépendamment de facteurs de risque rapportés par le patient.
- Offrir le dépistage aux patients âgés entre 13 et 64 ans dans tous les milieux de soins.

Les patients doivent être informés que le test sera fait et qu'ils ont l'option de le refuser ou le reporter. Le consentement au dépistage devrait être intégré au consentement général aux soins médicaux, de la même façon que pour les autres tests de dépistage ou diagnostic. Un formulaire de consentement spécifique pour le dépistage du VIH n'est pas recommandé (72). Le counseling préventif en association avec le dépistage du VIH n'est pas requis dans les milieux de soins, mais il peut être offert quand l'opportunité se présente.

6.5 France

En 2009, la Haute autorité sanitaire (HAS) de France avait recommandé une offre systématique de dépistage du VIH pour la population âgée de 15 à 70 ans dans le cadre de consultation dans le système de soins de première ligne, hors notion d'exposition à un risque de transmission ou d'une caractéristique particulière (73). Un dépistage régulier était recommandé auprès de groupes ciblés : HARSAH, hétérosexuel ayant eu plus d'un partenaire dans la dernière année, UDI, personnes originaires d'une région où la prévalence de l'infection par le VIH est élevée, travailleur (se) du sexe, partenaire sexuel d'une PVVIH.

En 2017, la HAS a publié une évaluation positive de sa stratégie de dépistage du VIH. Néanmoins, certaines lacunes concernant la faisabilité sont relevées : adhésion sous-optimale aux recommandations de dépistage pour la population générale par les professionnels de la santé, faisabilité limitée dans les services d'urgence, peu de nouveaux diagnostics à l'extérieur des populations avec une forte prévalence du VIH, stabilisation de la proportion de diagnostics à un stade tardif (plus de 40 % des cas avec $CD4 < 350/mm^3$), et financement inadéquat du dispositif de dépistage communautaire.

La stratégie de dépistage recommandée demeure une offre universelle de dépistage à l'ensemble de la population avec une offre intensifiée auprès des populations clés en France (HARSAH, UDI, personnes originaires de zones à forte prévalence). La fréquence de dépistage auprès des populations-clés est rehaussée. Les occasions d'offrir un dépistage doivent être multipliées. Voici les recommandations émises par le groupe de travail de la HAS en 2017 :

- Renforcer la fréquence de dépistage chez les populations-clés : tous les trois mois pour les HARSAH, tous les ans chez les UDI et les personnes originaires de zone de forte prévalence;
- Maintenir la proposition d'un test de dépistage au moins une fois au cours de la vie entre 15 et 70 ans.
- Orienter la proposition d'un test de dépistage en fonction de l'incidence de l'infection par le VIH et de la prévalence de l'infection non diagnostiquée plus élevée dans certaines régions ainsi que chez les hommes qui ont un moindre recours au système de soins que les femmes.
- Offrir systématiquement le dépistage dans certaines circonstances :
 - lors d'un diagnostic d'une ITS, d'hépatite B ou C, de grossesse et de viol;

- lors d'un projet de grossesse, d'une prescription d'une contraception ou d'une interruption volontaire de grossesse (autant chez la femme que chez son partenaire), d'incarcération ou de diagnostic de tuberculose;
- Offrir le dépistage accompagné d'une information adaptée pour obtenir un consentement libre et éclairé et d'une appréciation de la capacité à recevoir les résultats;
- Encourager et faciliter la démarche individuelle et volontaire de recours au dépistage.
- Insérer le dépistage du VIH dans une démarche de prévention reposant sur une information renouvelée et des messages clairs adaptés aux différents publics;
- Adapter l'offre de dépistage aux populations à cibler de façon prioritaire et favoriser toutes les occasions de proposition de dépistage en les coordonnant :
 - dépistage hors les murs et en centre par les structures associatives avec les TROD (test rapide orientation diagnostique) auprès des populations clés,
 - élargissement de la mission des Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic nécessitant le développement de leurs moyens et des fonds alloués,
 - test de dépistage proposé lors de la réalisation d'un prélèvement sanguin lors d'un recours aux soins hospitaliers à la population générale en l'absence de test déjà réalisé antérieurement et aux populations clés en l'absence d'un test récent, conjointement à celui du VHB et du VHC,
 - proposition de dépistage de l'infection par le VIH dans les services d'urgence orientés en direction des populations-clés,
 - les médecins généralistes et autres spécialistes de ville doivent saisir les occasions de proposer le test à tout patient,
 - conserver la possibilité de faire un test de dépistage (ELISA 4^e génération) dans un laboratoire de biologie médicale, sans prescription ou sur invitation de l'assurance-maladie.
- Mettre en œuvre un dispositif d'évaluation et de suivi continu des recommandations émises.

6.6 Grande-Bretagne

La Health Protection Agency a publié des recommandations de dépistage universel en 2016 qui s'appuient sur les recommandations de 2008 du BASHH ainsi que sur celles d'autres institutions britanniques (74). Leurs lignes directrices concluent d'étendre le dépistage dans les régions où la prévalence des infections par le VIH diagnostiquées excède 2/1000 chez ceux âgés de 15 à 59 ans pour un rapport coût-efficace :

« La prévalence des infections diagnostiquées est un bon indicateur de la prévalence des infections non diagnostiquées dans une population (ratio 2:1) [...] Une prévalence des infections diagnostiquées dépassant 2/1000, chez ceux âgés de 15 à 59 ans, est un proxy de la prévalence des infections non diagnostiquées dépassant 1/1000, le seuil auquel un dépistage de routine est considéré coût-efficace selon les données américaines » (traduction libre (page 5)) (75).

L'offre universelle de dépistage du VIH s'implante graduellement en Grande-Bretagne. Plusieurs études évaluent différents indicateurs du dépistage du VIH. Les résultats semblent prometteurs, surtout dans les régions à forte prévalence du VIH et seront présentés dans les sections suivantes.

Le 1^{er} décembre 2016, la BASHH endosse les lignes directrices du NICE sur le dépistage du VIH (76). Leur guide se divise en quatre parties, soit l'offre et les recommandations de dépistage du VIH dans différents milieux; l'augmentation des opportunités de dépistage; la promotion et la participation au dépistage du VIH et la réduction des barrières associées au VIH. En ce qui concerne l'offre de dépistage, elle est variable selon le milieu clinique. Il est recommandé d'implanter des services de dépistage du VIH :

- **Basée sur la prévalence locale** du VIH et sur comment l'épidémie affecte les différents groupes et communautés;
- Dans les **services spécialisés en santé sexuelle** (incluant les Genitourinary medicine (GUM) clinics), avec un test de 4^e génération et une trousse de dépistage rapide (TDR), pour toute personne qui se présente pour un dépistage ou un traitement;
- Dans les soins de deuxième ligne et d'urgence,
 - Pour toute personne se présentant pour un premier rendez-vous à un service de dépendance aux drogues, un service d'interruption de grossesse ou dans un service de traitement pour l'hépatite B et C, lymphome et tuberculose;
 - Dans toutes les régions, à toute personne admise à l'hôpital, incluant l'urgence, qui n'a pas été dépistée auparavant et qui a un facteur de risque;
 - Dans les régions à forte et très forte prévalence du VIH (> 2/1000), offrir le dépistage à l'admission à l'hôpital, même à l'urgence, pour toute personne qui a une prise de sang et qui n'est pas déjà diagnostiquée avec le VIH;
 - Dans les régions à très forte prévalence, offrir le dépistage à l'admission à l'hôpital, incluant l'urgence, pour toute personne qui n'a pas de diagnostic de VIH;
- Dans les services de chirurgies mineures,
 - Dans toutes les régions, pour toute personne non diagnostiquée avec le VIH qui a des facteurs de risque;
 - Dans les régions à forte ou très forte prévalence, à toute personne non diagnostiquée avec le VIH qui s'inscrit au service ou qui a une prise de sang et qui n'a pas été dépistée dans l'année;
 - Dans les régions à forte ou très forte prévalence, considérer le dépistage opportuniste du VIH à chaque consultation avec ou sans prise de sang prévue, basé sur le jugement clinique;
 - Si une prise de sang est refusée, proposer un prélèvement oral ou par une ponction sur le doigt;
- Dans les prisons, pour toute personne non diagnostiquée avec le VIH
- Dans les organisations communautaires,
 - Dans les régions à forte prévalence ou très forte prévalence en utilisant les pharmacies ou les organismes bénévoles;
 - Dans les lieux où il peut y avoir des comportements sexuels à haut risque;
 - Tout en reconnaissant que tous les lieux ne se prêtent pas au dépistage;
 - Offrir de l'information aux personnes inaptes à fournir un consentement libre et éclairé sur les autres services de dépistage locaux; et
 - En s'assurant que les personnes non professionnelles de la santé qui font le dépistage soient compétentes et aient accès à des conseils et de la supervision clinique.

Les personnes avec des facteurs de risque identifiés par le NICE sont toute personne qui :

- ont des symptômes compatibles avec le VIH ou pouvant faire partie d'un diagnostic différentiel;
- proviennent d'une région où le VIH est endémique;
- dévoilent ou sont connues pour être des HARSAH actifs sexuellement dans la dernière année;
- sont des femmes trans ayant eu des relations sexuelles avec des hommes et n'ayant pas subi de dépistage dans la dernière année;
- rapportent avoir eu des relations sexuelles avec un partenaire provenant d'une région où le VIH est endémique;
- dévoilent des pratiques sexuelles à risque comme le « chemsex »⁹;
- ont un diagnostic ou demandent un dépistage pour une ITS;
- ont une histoire d'injection de drogue;
- dévoilent être le partenaire sexuel d'une PVVIH ou d'une personne à risque pour le VIH.

6.7 Australie

Le dépistage du VIH recommandé en Australie est une stratégie ciblée selon les facteurs de risque (révisé en 2013 : <http://testingportal.ashm.org.au/hiv>) (77). Les différentes juridictions du pays sont invitées à développer des lignes directrices et protocoles basés sur leur épidémiologie locale et leurs données démographiques dans le but de faciliter le dépistage chez les groupes à risque et chez les groupes ayant besoin de soutien pour accéder aux services de dépistage. Le test est indiqué :

- En cas de suspicion clinique de VIH;
- Pour un diagnostic différentiel;
- Lors d'un diagnostic d'une autre ITSS;
- À la suite d'une exposition à haut risque;
- À la suite d'une relation sexuelle avec un partenaire sexuel de statut inconnu;
- À la suite d'une réutilisation de tout matériel qui pénètre la peau (*reported reuse of equipment used for skin penetration*);
- Lors de la notification des partenaires;
- À titre préventif basé sur l'épidémiologie et la prévention de la transmission verticale : HARSAH, UDI, partenaires multiples, voyageurs dans des pays à haute prévalence qui ont eu des activités à risque, personnes provenant de pays à haute prévalence et leurs partenaires, partenaires d'une PVVIH, femme enceinte, personne qui a reçu une transfusion sanguine ou de produits sanguins avant 1985 ou à l'étranger;
- À la demande du patient;
- Pour un patient qui a obtenu un résultat réactif sur un test non homologué;
- Pour les professionnels de la santé à risque; et
- Dans le contexte d'une prophylaxie post-exposition (PPE).

⁹ Le chemsex réfère à des activités sexuelles associées à l'utilisation de produits psychoactifs.

6.8 Nouvelle-Zélande

Le ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande a publié des recommandations sur le dépistage du VIH en 2014 qui ne modifient pas leurs recommandations antérieures de dépistage pour les groupes à risque dans les milieux non cliniques (78).

Le dépistage est recommandé pour :

- Toute personne ayant eu des relations sexuelles non protégées qui pourraient entraîner une transmission du VIH, incluant et en particulier les HARSAH;
- Toute personne avec une histoire d'injection de drogue qui implique le partage de la drogue et du matériel d'injection;
- Toute personne demandant une évaluation pour les ITSS;
- Toute femme enceinte;
- Toute personne diagnostiquée récemment avec une tuberculose;
- Les personnes avec des partenaires sexuels provenant de pays où la transmission du VIH est commune;
- Le nouveau partenaire/partenaire potentiel dans une nouvelle relation;
- Exposition professionnelle au sang ou autre liquide biologique.

Le dépistage est recommandé au moins annuellement pour toute personne à risque, et tous les six mois pour celles qui s'engagent fréquemment dans des comportements à risque avec un counseling préventif approprié à leurs circonstances.

7 Pourquoi est-ce important de dépister précocement le VIH?

7.1 Quels sont les avantages d'un diagnostic précoce du VIH?

7.1.1 D'UN POINT DE VUE CLINIQUE?

Le diagnostic précoce de l'infection permet logiquement une prise en charge plus tôt dans l'évolution de l'infection par le VIH. Les bénéfices cliniques ainsi que l'impact positif sur la qualité de vie d'une prise en charge précoce sont connus (25).

Il a été démontré qu'un diagnostic tardif de l'infection par le VIH est le facteur le plus important associé à la morbidité et la mortalité dans l'année suivant le diagnostic (25). Une étude de modélisation a par ailleurs démontré qu'un diagnostic établi plus tôt dans la maladie influençait de façon positive l'espérance de vie des patients atteints du VIH. Un gain de 3,5 années a été retrouvé chez les patients avec un décompte de CD4 moyen au moment du diagnostic de 432 cellules/mm³ comparé à 140 cellules/mm³ (79).

L'étude START, une large étude randomisée, est venue répondre à la question en titre. Elle a démontré que l'amorce d'un traitement antirétroviral (ARV) immédiatement après le diagnostic, peu importe le décompte de CD4, était une stratégie bénéfique et supérieure à celle qui recommande d'attendre que le décompte de CD4 atteigne 350 cellules/mm³. Effectivement, les résultats de cette étude ont démontré des bénéfices clairs, autant au niveau de la morbidité et la mortalité associées au VIH, à commencer rapidement le traitement sans réelle augmentation des effets indésirables (80).

De plus, l'étude africaine TEMPRANO a également démontré une diminution de la morbidité et de la mortalité chez les patients traités plus tôt indépendamment du niveau de CD4 (moins de 800 cellules/mm³ à l'entrée). Le traitement retardé dans les groupes comparateurs a été effectué selon les recommandations de l'OMS, qui ont varié au cours de l'étude (moins de 500 cellules/mm³ dans la dernière phase de l'étude) (81).

Bien qu'ayant certains inconvénients, les bénéfices d'un traitement précoce sur l'évolution de l'infection et la santé de la PPVIH les surpassent (63). D'ailleurs, au Québec, un traitement peut être recommandé en primo-infection (séroconversion au VIH depuis moins de six mois) et est recommandé chez les personnes symptomatiques et asymptomatiques qui ont une infection chronique, peu importe le décompte de CD4 (63).

Le traitement précoce de l'infection par le VIH, amorcé grâce à une détection précoce de l'infection, réduit donc les morbidités et la mortalité associées au VIH.

Par ailleurs, il a été démontré que le coût de l'infection associé à l'initiation d'un traitement ARV lorsque le décompte de CD4 est supérieur à 350 cellules/mm³ est inférieur à celui associé à l'initiation du traitement lors d'un diagnostic tardif. Le fait d'amorcer plus rapidement le traitement réduit les comorbidités associées à un stade avancé du VIH, et par conséquent les soins à y apporter (25). Une étude en Alberta a montré que les soins pour les PVVIH avec un diagnostic tardif (< 350 cellules/mm³) sont plus coûteux qu'un suivi amorcé après un diagnostic à un stade de > 350 cellules/mm³. Cette augmentation des coûts se maintiendrait pendant les 15 années estimées de l'étude avec des coûts médicaux directs deux fois plus élevés (8).

7.1.2 D'UN POINT DE VUE DE LA SANTÉ PUBLIQUE?

À quel point la connaissance de son statut séropositif pour le VIH influence-t-elle les comportements à risque de transmission du VIH?

Une étude a démontré que la connaissance de son statut sérologique peut influencer positivement l'adoption de comportements sexuels sécuritaires (82).

Toutefois, une revue des données probantes de l'USPSTF en 2012 montre qu'il n'y a pas de preuves suffisantes de la réduction du risque de transmission du VIH selon la seule connaissance de son statut sérologique ou avec les interventions de counseling, mais qu'il y a une preuve forte que le traitement avec les ARV réduit le risque de transmission (18).

À quel point l'utilisation des ARV influence-t-elle le risque de transmission du VIH, incluant l'effet d'une charge virale faible sur le risque de transmission?

Il est maintenant bien connu que la thérapie ARV, en permettant de réduire la charge virale, réduit considérablement le risque de transmission du VIH, voire le rend à un niveau négligeable lorsque la PVVIH 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 (15).

L'essai randomisé HPTN-052 a été effectué auprès de 1763 couples sérodifférents. Les sujets infectés avaient un décompte de CD4 entre 350 et 550 cellules/mm³ à l'inclusion de l'étude. Les couples ont été randomisés comme suit : groupe avec traitement précoce dès l'inclusion dans l'étude (886 couples) et groupe avec traitement retardé (877 couples). Le traitement était amorcé dans ce dernier groupe si le décompte de CD4 chutait à 250 cellules/mm³ ou moins ou si l'on notait le développement d'une maladie reliée au sida. Pendant l'étude, les participants recevaient des interventions qui encourageaient le port du condom. L'analyse des résultats finaux a montré que l'amorce précoce du traitement était associée à une réduction du nombre de transmissions reliées de 93 % comparé au groupe avec traitement retardé : trois transmissions liées au partenaire ont été observées dans le groupe avec amorce d'un traitement précoce comparé à 43 transmissions dans l'autre groupe, mais aucune transmission n'a été observée quand le partenaire avait une charge virale supprimée et stable (12).

L'étude européenne PARTNER a été effectuée auprès de 548 couples hétérosexuels et 340 couples homosexuels ayant des relations sexuelles non protégées et dont l'un des partenaires était séropositif sous traitement avec une charge virale maintenue à moins de 200 copies/ml. L'analyse n'a montré aucune transmission du VIH entre les partenaires, même en présence d'une ITSS. Toutefois, l'étude se poursuit afin d'augmenter sa puissance statistique, en particulier chez les couples HARSAH et afin de mieux évaluer le risque associé aux relations sexuelles anales (83,84).

Rappelons qu'une étude a montré que 50 % des cas de transmission du VIH ont lieu suivant l'année de l'acquisition de l'infection, lorsque la charge virale est élevée et que la personne séropositive ignore souvent encore elle-même son statut sérologique (50). De nouvelles estimations évaluent à plus de 90 % les cas de transmission qui se produiraient à partir de PVVIH diagnostiquées ne recevant pas de soins de santé ou de PVVIH ne connaissant pas leur statut (19,85). Le diagnostic de l'infection chez les PVVIH est essentiel afin d'amorcer un traitement, idéalement par un dépistage précoce ou par la reconnaissance des personnes présentant des symptômes compatibles avec une primo-infection. Le traitement permet de contrôler la charge virale. Ce contrôle de la charge virale combiné à d'autres stratégies préventives est l'élément clé de la prévention de la transmission du VIH.

En somme, l'ensemble des arguments milite en faveur d'un dépistage le plus précocement possible après l'acquisition de l'infection, tant pour les bénéfices cliniques à la personne elle-même que pour la santé de la population. Le traitement adéquat de l'infection permettant de maintenir une charge virale inférieure à 200 copies par millilitre, mesurée par des analyses consécutives de laboratoire tous les quatre à six mois, a été démontré efficace pour prévenir la transmission. Nous en concluons donc qu'un diagnostic précoce permettant également le lien aux soins a un impact important sur la transmission du virus.

8 À qui offrir le test au Québec?

8.1 Qui est touché par l'infection par le VIH au Québec?

Au Canada, selon les estimations de l'ASPC en 2016, les 63 110 [55 500 à 70 720] PVVIH seraient composées de 30 980 HARSAH, 9 204 UDI, 20 543 hétérosexuels dont 9 438 personnes originaires de pays où le VIH est endémique, 601 personnes dont l'infection ne peut être attribuée à un contact sexuel ou l'utilisation de drogue injectable, 6 055 Autochtones et de 14 520 femmes (17). Le portrait épidémiologique de l'infection par le VIH est toutefois variable d'une province canadienne à l'autre.

L'ASPC estime que pour la province du Québec, pour l'année 2016, il y aurait 656 nouvelles infections par le VIH avec un intervalle de plausibilité entre 410 et 1 000. Elle estime que les 16 853 PVVIH au Québec seraient composées à 54,4 % de HARSAH, 11,4 % de UDI, 16,9 % de personnes originaires de pays où le VIH est endémique, 13,1 % de personnes hétérosexuelles non issues d'un pays où le VIH est endémique, 3,2 % d'HARSAH-UDI et 1 % de personnes n'appartenant à aucune de ces catégories d'exposition¹⁰.

La principale source de données de surveillance sur l'infection par le VIH au Québec provient du Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec (16)¹¹. La proportion de tests confirmés positifs (anciens et nouveaux diagnostics) par le LSPQ se situe à moins de 1 % des tests effectués depuis le début du Programme de surveillance en 2002. En 2016, le LSPQ a confirmé la positivité de 1565 sérums provenant des 28 laboratoires hospitaliers ou privés participant au Programme de surveillance, pour une proportion de tests confirmés positifs de 0,40 % (16).

Le portrait de l'infection par le VIH au Québec est le portrait d'une épidémie concentrée auprès de certaines populations : HARSAH, personnes originaires d'un pays où le VIH est endémique, UDI. En 2016, 294 nouveaux diagnostics ont été enregistrés. Le tableau 2 présente la répartition des nouveaux diagnostics enregistrés au Programme de surveillance de 2014 à 2016. La majorité des cas se concentre dans les centres urbains (Montréal principalement [175 cas en 2016] suivi de la Montérégie [38 cas en 2016] et de Lanaudière et Québec [15 cas chacun en 2016]). Seulement 1 % des nouveaux diagnostics enregistrés au Programme de surveillance sont d'origine autochtone (16). Toujours selon les données du Programme de surveillance en 2016, 26 des 294 nouveaux diagnostics étaient des hétérosexuels avec facteur de risque (partenaire avec facteur de risque, travail du sexe, partenaires multiples, etc.) (16) (voir tableau 2).

¹⁰ Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, *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*. Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2018, 20 p. Communication personnelle pour les données de 2016 pour le Québec, juillet 2018.

¹¹ « Au Québec, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) fait l'objet d'une collecte de données épidémiologiques à des fins de surveillance continue de l'état de santé de la population depuis avril 2002 » (page 1). Les laboratoires publics et privés effectuent les analyses pour détecter l'infection et transmettent au LSPQ, pour confirmation finale, tous les spécimens dont les résultats sont positifs, indéterminés ou non concluants. Le LSPQ rapporte tout test confirmé positif au professionnel de santé qui l'a prescrit, ainsi qu'à une intervenante de santé publique (ISP) du programme de surveillance. L'ISP contacte ce professionnel pour obtenir les données épidémiologiques sur le cas » (page 4). Les données du programme ne permettent pas de préciser la prévalence ou l'incidence du VIH au Québec. Elles portent sur les cas détectés et déclarés; tandis qu'elles excluent les PVVIH diagnostiquées qui ne sont pas déclarées au programme et celles non dépistées qui ignorent qu'elles ont le VIH. Les nouveaux diagnostics ne représentent pas seulement les cas incidents; ils comprennent des infections récentes (incidence) et des infections anciennes tardivement diagnostiquées » (page 2) (16).

Chez les femmes enceintes, chez qui l'offre de dépistage du VIH est recommandée systématiquement dans le cadre du bilan prénatal, le Programme de surveillance a enregistré huit nouveaux diagnostics, ce qui correspond à 16 % des nouveaux diagnostics enregistrés en 2016 chez les femmes : six étaient originaires de pays où le VIH est endémique (Afrique subsaharienne), et deux étaient des femmes hétérosexuelles non originaires d'un pays où le VIH est endémique (une d'origine canadienne et l'autre originaire d'Europe). À quelques exceptions près, les femmes qui apprennent leur infection par le VIH pendant la grossesse ont au moins un facteur de risque¹². Le Centre maternel et infantile sur le SIDA (CMIS) du CHU Sainte-Justine suit des femmes enceintes vivant avec le VIH. Sur les 48 femmes suivies par le CMIS en 2015, les facteurs de risque associés à l'acquisition de l'infection avant ou pendant la grossesse étaient : UDI (n = 1), originaire d'un pays où le VIH est endémique (n = 32), contact sexuel pour les femmes non originaires d'un pays où le VIH est endémique (n = 11), sans facteur de risque connu et probablement infecté par contact sexuel (n = 2), transmission verticale (n = 2)¹³.

Avec une recommandation d'offre systématique de dépistage du VIH dans le cadre du bilan prénatal et la disponibilité des traitements, la transmission verticale du VIH au Québec est très peu fréquente. Un seul cas de transmission verticale de l'infection a été enregistré au programme en 2016 chez un enfant immigrant au Canada de l'Afrique subsaharienne (16). En 2015, deux cas avaient été rapportés dont seulement un est né au Québec (10).

¹² Données inédites, Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, 2015.

¹³ CMIS. Rapport non publié. 2015.

Tableau 2 Répartition des nouveaux diagnostics d'infection par le VIH enregistrés au Québec

Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec	2014	2015	2016
1. Nombre de nouveaux diagnostics	285 cas	301 cas	294 cas
HOMMES	233 cas	251 cas	244 cas
▪ HARSAH	74,2 %	75,3 %	79,5 %
▪ Personne originaire d'un pays où le VIH est endémique	10,3 %	9,2 %	7,0 %
▪ UDI	4,7 %	2,4 %	1,6 %
▪ HARSAH-UDI	2,1 %	2,8 %	1,6 %
▪ Partenaire hétérosexuel à risque	3,9 %	2,8 %	2,5 %
▪ Personne hétérosexuelle avec autres facteurs de risque	4,7 %	7,2 %	7,8 %
▪ Transmission verticale	0,0 %	0,4 %	0,0 %
▪ Autres/sans facteur de risque identifié	0,0 %	0,0 %	0,0 %
FEMMES	52 cas	50 cas	50 cas
▪ Personne originaire d'un pays où le VIH est endémique	55,8 %	46,0 %	64,0 %
▪ UDI	7,7 %	4,0 %	4,0 %
▪ Partenaire hétérosexuel à risque	21,2 %	40,0 %	16,0 %
▪ Personne hétérosexuelle avec autres facteurs de risque	13,5 %	6,0 %	14,0 %
▪ Transmission verticale	0,0 %	2,0 %	2,0 %
▪ Autres/sans facteur de risque identifié	1,9 %	2,0 %	0,0 %
2. Proportion de nouveaux diagnostics selon le sexe et l'âge			
HOMMES	233 cas	251 cas	244 cas
▪ Moins de 25 ans	9,4 %	11,6 %	15,2 %
▪ 25-34 ans	27,0 %	34,3 %	25,8 %
▪ 35-44 ans	28,3 %	22,3 %	22,5 %
▪ 45-54 ans	24,9 %	15,9 %	16,8 %
▪ 55 ans et plus	10,3 %	15,9 %	19,7 %
FEMMES	52 cas	50 cas	50 cas
▪ Moins de 25 ans	11,6 %	20,0 %	16,0 %
▪ 25-34 ans	23,1 %	32,0 %	36,0 %
▪ 35-44 ans	26,9 %	20,0 %	12,0 %
▪ 45-54 ans	15,4 %	14,0 %	16,0 %
▪ 55 ans et plus	23,1 %	14,0 %	20,0 %

Des projets de recherche renseignent aussi sur la prévalence de l'infection par le VIH auprès de certains groupes au Québec. Depuis 2011, trois enquêtes ont recueilli des données sur l'infection par le VIH auprès des UDI, des Montréalais originaires d'Afrique subsaharienne ou des Caraïbes anglophones et de la population carcérale.

Après des UDI, le réseau de surveillance SurvUDI, qui a rejoint 14 553 personnes UDI différentes au 31 mars 2016, montre que la prévalence de l'infection par le VIH est de 13,7 % pour la période 2003-2016. Le taux d'incidence est de 2,0 [1,8-2,2] par 100 personnes-années pour la période 1995-2016. La prévalence et l'incidence de l'infection sont plus élevées dans les régions de Montréal, Québec et

Ottawa/Outaouais. Le taux de séroconversion au VIH diminue depuis le début du réseau de surveillance (5 par 100 personnes-années en 1997 à 0,5 en 2014) (86).

Une enquête auprès des communautés montréalaises originaires d'Afrique subsaharienne ou des Caraïbes anglophones s'est déroulée sur l'île de Montréal, de juin 2013 à février 2014. L'enquête a recruté 1 602 participants âgés de 15-49 ans (1 105 originaires d'Afrique subsaharienne et 497 originaires des Caraïbes anglophones). La prévalence du VIH pour l'ensemble des participants était de 1,4 % : 18 tests séropositifs chez les Africains et 4 chez les Caribéens (49).

Une étude dans les Centres de détention provinciaux auprès de 1 580 détenus montre une prévalence du VIH de 1,8 % chez les hommes (n = 24) et de 0,8 % chez les femmes (n = 2). La prévalence de l'infection est plus élevée chez les UDI (61).

Donc, en résumé, selon les données disponibles, l'infection par le VIH au Québec est concentrée en centres urbains, principalement chez les HARSAH. Les personnes originaires de pays où le VIH est endémique sont le deuxième groupe le plus touché correspondant à la moitié des cas chez les femmes. Bien que le groupe des 25-34 ans compose le tiers des nouveaux diagnostics chez les hommes et chez les femmes, il faut noter que de nouveaux diagnostics se font à travers toutes les tranches d'âge.

Toutefois, il y a certaines limites à l'interprétation des données épidémiologiques québécoises sur le VIH. Les données sont dépendantes de l'offre de dépistage qui est faite (biais de sélection). Peu d'études de prévalence ont été effectuées au Québec depuis 2011. Les données sont donc parfois désuètes, partielles et manquantes pour certains groupes à risque, notamment les HARSAH, les autochtones, les travailleurs et travailleuses du sexe et les personnes immigrantes. De plus, les données du Programme de surveillance ne portent que sur les cas détectés et enregistrés. Elles ne permettent pas d'estimer la prévalence ni l'incidence exacte de l'infection par le VIH au Québec. Cependant, certaines estimations sont disponibles pour le Canada.

9 Quelle est la performance du système de santé québécois à dépister les personnes vivant avec le VIH?

9.1 À quel moment au cours de l'infection les PVVIH au Québec reçoivent-ils leur diagnostic?

Les données présentées dans le rapport du Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec de 2016 montrent plusieurs cas détectés tardivement, mais ne permettent pas d'estimer avec exactitude le nombre de diagnostics tardifs ou précoces ni d'observer une tendance. Parmi les 294 nouveaux diagnostics, le décompte de CD4 a été enregistré chez 281 personnes. Parmi ces derniers, près de quarante pour cent (39,2 %) avaient un décompte de CD4 inférieur à 350 cellules/mm³ (diagnostic à un stade tardif) et 23,1 % un décompte inférieur à 20 cellules/mm³ (diagnostic à un stade avancé). Parmi 281 nouveaux diagnostics en 2016, 65 avaient moins de 200 CD4 par mm³. Parmi les 65 ayant moins de 200 CD4, 48 n'avaient jamais eu de test VIH avant. Parmi les 17 rapportant un dépistage antérieur négatif, la date du dernier test négatif est inconnue pour un cas. Pour les 16 autres avec un dépistage antérieur négatif, le dernier test négatif datait de plus de 12 mois (voir tableau 3).

La proportion de diagnostics à un stade avancé (< 200 cellules/mm³) est variable selon les catégories d'exposition. Il est de 33,3 % chez les personnes originaires d'un pays où le VIH est endémique, de 23,7 % chez les hétérosexuels non originaires d'un pays où le VIH est endémique, de 19,5 % chez les HARSAH et 66,7 % pour les HARSAH-UDI. Chez les UDI et les HARSAH/UDI, le nombre de cas pour qui l'information est disponible est petit, soit six et trois cas respectivement. La proportion de diagnostics à un stade avancé (< 200 cellules/mm³) est aussi plus importante chez les nouveaux diagnostics de 45 ans et plus (32,7 % des 45-54 ans, 43,9 % des 55-64 ans et 52,9 % des plus de 65 ans) comparés aux plus jeunes (11,4 % des 25-34 ans et 18,5 % des 35-44 ans) (16).

Rappelons toutefois les limites du Programme de surveillance. Les données ne sont pas assez fiables pour distinguer les diagnostics précoces des autres. Un test d'infection récente est actuellement validé et appliqué dans le contexte d'un projet de recherche visant l'optimisation du Programme de surveillance. Ce test permet d'estimer si l'infection a été acquise dans les cinq mois précédant le test confirmé positif. Les résultats du projet permettront d'estimer le nombre de cas incidents parmi les nouveaux diagnostics pour la période 2015-2017. Ces résultats ne sont pas encore publiés.

Tableau 3 Proportion des nouveaux diagnostics selon le décompte de CD4

Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec	2014	2015	2016
Nombre de nouveaux diagnostics avec l'information disponible	259 cas	286 cas	281 cas
Proportion de nouveaux diagnostics avec des CD4 moins de 200 cellules/mm ³	28,6 %	23,4 %	23,1 %
Proportion de nouveaux diagnostics avec des CD4 moins de 350 cellules/mm ³	44,8 %	43,7 %	39,2 %

En 2016, 54,1 % des 294 nouveaux diagnostics enregistrés n'avaient jamais subi de test de dépistage auparavant (tableau 4). Cette proportion varie entre 62,2 % pour ceux âgés de 15 à 24 ans à 72,4 % pour ceux âgés de 55 ans ou plus. Ainsi, on observe que les personnes plus âgées ayant eu un nouveau diagnostic sont moins nombreuses à rapporter avoir subi un test de dépistage

antérieurement au test confirmé positif. Selon les catégories d'exposition, la proportion des nouveaux diagnostics sans test de dépistage antérieur à celui confirmé positif est de 39,2 % chez les HARSAH, mais elle monte à 100 % chez les UDI (n = 6 cas), 87,5 % chez les hétérosexuels et de 79,6 % chez ceux en provenance de pays où le VIH est endémique (16) (voir tableau 4).

Tableau 4 Nouveaux diagnostics selon la présence de dépistage antérieur ou non

Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec	2002-2009	2014	2015	2016
Nombre de nouveaux diagnostics selon la présence de dépistage antérieur ou non	2973	285	301	294
Proportion de nouveaux diagnostics n'ayant jamais reçu de dépistage avant celui ayant permis le diagnostic de l'infection	60,6 %	46,0 %	43,9 %	54,1 %
▪ HARSAH (n = 194 en 2016)	46,3 %	27,7 %	31,2 %	39,2 %
▪ UDI (n = 6 en 2016)	66,8 %	73,3 %	62,5 %	100 %
▪ HARSAH/UDI (n = 4 en 2016)	57,1 %	20,0 %	28,6 %	50,0 %
▪ Pays où le VIH est endémique (n = 49 en 2016)	85,9 %	77,4 %	80,4 %	79,6 %
▪ Hétérosexuels (n = 40 en 2016)	82,6 %	76,3 %	56,3 %	87,5 %
Proportion de nouveaux diagnostics ayant subi un test de dépistage moins d'un an avant le diagnostic	18,8 %	20,0 %	23,6 %	19,0 %

En 2016, parmi ceux ayant déjà subi un test de dépistage antérieur à celui ayant mené à l'enregistrement au Programme de surveillance, le dernier test négatif datait de plus d'un an pour 25,2 % de ce groupe. Chez les HARSAH et les UDI, la proportion de tests qui datait de plus d'un an était respectivement de 31,4 % et 0 %. Elle est de 25,0 % chez les HARSAH-UDI et de 18,4 % chez les personnes originaires d'un pays où le VIH est endémique (16). Rappelons qu'un dépistage est actuellement recommandé au moins annuellement et tous les trois à six mois lorsque les facteurs de risque sont présents de manière continue (3).

9.2 Quelle est la proportion de PVVIH ignorant leur statut?

Tel que mentionné en contexte, selon les estimations révisées de l'ASPC, 14 % des 63 110 [55 500 à 70 720] PVVIH au Canada en 2016 ignoreraient leur statut, soit 9 090 [6 300 à 17 400] PVVIH (17). Pour le Québec, leur estimation de la prévalence serait 16 853 [14 510-19 200] PVVIH pour la même année. Si la proportion de personnes non diagnostiquées est sensiblement la même au Québec qu'au Canada, il pourrait s'agir d'environ 2 359 [2 031-2 688] personnes infectées par le VIH qui ignorent leur statut en 2016¹⁴. Il est à noter que ce chiffre était estimé à 3 974 en 2014¹⁵.

¹⁴ Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, *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*. Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2018, 20 p. Communication personnelle pour les données de 2016 pour le Québec, juillet 2018.

¹⁵ Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, *Actualités en épidémiologie du VIH/sida – Chapitre 1 : Estimations de la prévalence et de l'incidence de l'infection à VIH au Canada pour 2011*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2014, 22p. Communication personnelle pour les données de 2014 pour le Québec, novembre 2015.

9.2.1 QUELLE EST CETTE PROPORTION SELON LA PRÉSENCE OU NON DES DIFFÉRENTS FACTEURS DE RISQUE?

L'enquête Net Gay Baromètre a recueilli par internet des données auto rapportées auprès d'HARSAH québécois de 16 ans et plus en 2012-2013. Parmi les 3 477 répondants HARSAH se disant non infectés par le VIH, seulement 52 % des 16-24 ans comparés à 76 % des 25 ans et plus ont subi un test de dépistage à vie, et 38 % des jeunes ont subi ce test dans la dernière année, comparée à 42 % des 25 ans et plus (87) (88). Une enquête en ligne de mai 2016 à janvier 2017 dans le cadre du projet Mobilise a rejoint 1 028 HARSAH de 18 ans et plus, comprenant le français ou l'anglais et qui vivaient sur l'île de Montréal ou y utilisaient les services; 70 % ont rempli le questionnaire. Parmi les répondants, 74 % se disaient séronégatifs pour le VIH, 16 % séropositifs, et 10 % ignoraient leur statut sérologique (89). Rappelons les données de l'enquête ARGUS 2008-2009 auprès d'HARSAH montréalais, où 14,5 % des HARSAH interrogés qui ont eu un résultat positif au test de dépistage offert dans le cadre de l'enquête ignoraient vivre avec le VIH (90).

L'enquête SurvUDI montre que 4,9 % des participants en 2015 n'ont jamais subi de dépistage du VIH. La proportion de participants ayant eu recours au dépistage au moins une fois à vie a augmenté significativement entre 2003 et 2015, de 10,4 % en 2003 à 95,1 % en 2015. Pour les répondants séronégatifs ayant déjà fait un test de dépistage (2003-2014), 70,5 % y ont eu recours dans la dernière année en 2014. Enfin, seulement 6 % des répondants à qui le test de dépistage du VIH a été fait dans le cadre de l'enquête en 2015 et dont les résultats se sont avérés positifs ignoraient être infectés. Cette proportion est significativement à la baisse depuis 2003 où elle était de 22,69 % (86).

Une enquête auprès des communautés montréalaises originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones montre qu'une proportion importante des participants séropositifs ignoraient leur statut sérologique : 68,2 % (15/22) des PVVIH ignoraient leur infection. Pour l'ensemble des participants à l'enquête, 80,4 % des 1 077 Africains subsahariens et 61,3 % des 493 Caribéens anglophones avaient déjà subi un test du VIH dans leur vie (49).

L'étude auprès de la population carcérale québécoise montre que 30,8 % des 26 cas positifs pour le VIH ignoraient leur infection, cette proportion étant plus élevée chez les non UDI (85,7 % des sept non UDI vs 10,5 % des 19 UDI). Aucun comportement à risque n'était plus fréquent chez ceux qui ignoraient leur statut sérologique comparé aux comportements de l'ensemble de la population carcérale. À noter que plus des trois quarts de ceux qui ignoraient leur statut avaient déjà subi un test de dépistage, mais le temps moyen depuis le dernier test était très grand (10 ans) (61).

En somme, les données issues de projets de recherche québécois et montréalais montrent que la proportion de PVVIH ignorant leur statut chez les HARSAH et les UDI est moindre que la proportion estimée par l'ASPC pour l'ensemble de la population. Cette proportion semble toutefois plus élevée chez les membres des communautés montréalaises originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones et la population carcérale, non UDI plus particulièrement. Toutefois, il faut souligner qu'il s'agit de petits échantillons. Les données canadiennes tendent vers le même sens (91). Toutefois, il ne nous a pas été possible d'obtenir ce type de données ou d'estimations pour les personnes n'appartenant pas à un groupe reconnu à risque pour le VIH au Québec.

9.3 Quelle est la prévalence du VIH chez les personnes consultant différents types de milieux cliniques au Québec?

Le dépistage du VIH au Québec est principalement offert par les cliniques conventionnées, les Services intégrés de prévention et de dépistage des ITSS (SIDEPE) et dans le cadre du bilan prénatal. Nous ne détenons pas de données précises sur la prévalence du VIH dans les différents milieux cliniques au Québec qui offrent le dépistage du VIH.

Rappelons que sur l'ensemble des tests réalisés par les 28 laboratoires participants au Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec en 2016 ($n = 363\,762$ tests), 0,40 % étaient confirmés positifs par le LSPQ. Cette proportion des cas confirmés positifs se maintient à plus de 1/1000 depuis le début du programme en avril 2002 (16).

10 Quel est l'accès au dépistage au Québec?

Au Québec, le dépistage du VIH est offert de façon ciblée selon les facteurs de risque dans une stratégie intégrant le dépistage des autres ITSS. Les données du Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec permettent de constater une hausse du nombre de tests de dépistage du VIH. Après avoir observé une baisse de 5,6 % du nombre de tests de 2010 à 2013, une hausse de 7,3 % a été notée de 2013 à 2014, suivie d'une hausse de 4,5 % de 2014 à 2015, puis d'une hausse de 5,6 % de 2015 à 2016. Le nombre de tests effectué en 2016 s'est élevé à 363 762 (16).

Le dépistage peut être offert à plusieurs points de service et en partenariat avec plusieurs acteurs qui ne sont pas nécessairement associés au réseau de la santé (92). Le dépistage des ITSS peut être réalisé :

- Dans les services courants de première ligne (en CISSS, CIUSSS ou en cliniques médicales (groupe de médecine familiale (GMF)), unité de médecine familiale (UMF), etc.);
- Dans les services offrant un suivi prénatal;
- Dans les SIDEP, la majorité offrant le dépistage en milieu communautaire;
- Dans les cliniques de type jeunesse;
- Dans les cliniques ITSS;
- Dans les cliniques d'interruption volontaire de grossesse;
- Dans les milieux carcéraux.

Comme l'épidémie du VIH est concentrée auprès de groupes vulnérables, des efforts sont faits afin de les rejoindre. Ces efforts sont entre autres fournis par les SIDEP. Le MSSS a publié un cadre de référence sur l'optimisation des SIDEP. Les SIDEP constituent une :

« offre intégrée de dépistage (incluant le dépistage anonyme) et de prévention des ITSS, de counseling, d'immunisation et d'intervention. Le but des SIDEP est de joindre les groupes visés là où ils se trouvent et d'intervenir auprès d'eux [...] Pour la population générale, cet accès [au dépistage] peut être assuré par la première ligne, soit les CLSC, les groupes de médecine de famille, les cliniques de santé sexuelle, etc. Pour les jeunes, le dépistage et les autres services sont habituellement offerts par les services de type clinique jeunesse. Les SIDEP sont une mesure complémentaire qui vise précisément certains groupes en offrant des services adaptés » (93).

Le cadre de référence précise également que les CISSS « ont la responsabilité populationnelle d'offrir un accès au dépistage pour l'ensemble des gens sur leur territoire », les SIDEP étant une mesure complémentaire à l'offre de service. Le cadre souligne des disparités dans l'offre de service des SIDEP. Par ailleurs, des lacunes dans l'accès au dépistage de la population générale peuvent avoir des conséquences sur les services SIDEP dédiés aux populations vulnérables puisque dans certaines régions, les SIDEP sont la seule voie pour obtenir un dépistage (93). Somme toute, le cadre de référence émet le constat suivant: « Malgré les efforts, l'accès au dépistage pour les groupes visés demeure limité. Des acteurs à l'échelle nationale, régionale et locale rapportent des défis persistants liés à l'organisation des services, à leur pérennité ainsi qu'au manque d'indicateurs procurant une évaluation juste de leur fonctionnement et de leur incidence » (93). Des pistes de solution sont proposées pour optimiser ces services pour les populations vulnérables (93). Le soutien à la mise en œuvre des SIDEP fait partie des actions prioritaires du PNSP 2015-2025 (54).

Les données de la banque I-CLSC de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) montrent une augmentation du nombre d'activités de dépistage du VIH incluant le counseling dans les CLSC (SIDEP, services de santé publique et autres services de santé physique court terme (services généraux et courants)) depuis 2010. Lorsqu'on compare ces données avec celles transmises par les laboratoires au LSPQ, on constate qu'une minorité des tests de dépistage du VIH au Québec sont toutefois faits par les SIDEP : 23 899 interventions de dépistage du VIH ont eu lieu en SIDEP et autres services de santé publique en 2014-2015 [données I-CLSC] alors que 344 353 tests ont été réalisés en 2015 par les 28 laboratoires participant au Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec.

Un sondage mené auprès de responsables de Centre de réadaptation en dépendances (CRD) au Québec montre que peu de CRD offrent un dépistage des ITSS régulier sur place, mais que la plupart ont un corridor de service d'efficacité variable avec le Centre de santé et services sociaux (CSSS)¹⁶ de leur territoire. Il faut aussi souligner que c'est une faible proportion de la clientèle qui fait usage de drogue par injection dans les CRD participants à l'enquête, à l'exception d'un CRD dédié à cette clientèle et où le dépistage est offert sur place (95).

Un autre sondage mené auprès des établissements de détention carcérale au Québec montre que le service de dépistage des ITSS est disponible dans tous les centres et que le service est assuré par les ressources de CSSS en majorité. Le temps d'attente et la promotion du service de dépistage sont toutefois très variés d'un centre de détention à un autre. Un plan d'action ministériel entre le MSSS et le ministère de la Sécurité publique est d'ailleurs en place et vise, entre autres, à améliorer les services de prévention et de dépistage des ITSS dans ces établissements (96).

Une analyse environnementale des services dédiés aux HARSAH à Montréal effectuée dans le cadre du projet Mobilise a permis de répertorier 22 services de dépistage du VIH et des ITSS, dont 4 services en milieu communautaire en partenariat avec un CIUSSS, 9 services dans le réseau public de la santé et 9 dans le secteur privé (89).

Si la principale porte d'entrée pour le dépistage est assurée par la première ligne (CLSC, GMF, clinique médicale spécialisée en santé sexuelle), il y a lieu de se questionner sur l'accès à ces services. Encore ici, peu de données sont disponibles.

- L'Institut de la statistique du Québec estime que 74 % des Québécois ont accès à un médecin de famille en 2017 (79 % chez les femmes et 69 % chez les hommes) (97).
- L'étude ARGUS a permis de mesurer que 65,5 % des HARSAH de l'échantillon avaient consulté un médecin pour un bilan général ou pour un bilan ITSS dans la dernière année (98).
- L'enquête dans le cadre du projet Mobilise a permis de mesurer que 75 % des HARSAH de leur échantillon avaient eu recours à un professionnel de la santé au moins une fois dans l'année (89).
- Selon l'étude auprès des communautés montréalaises originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones, 32,9 % des Africains et 53,5 % des Caribéens ont un médecin de famille. Chez les Africains, 67,4 % ont dit avoir eu recours à des soins de santé dans les 12 derniers mois. Parmi les types de clinique fréquentés : 30,2 % ont vu leur médecin de famille, 55,9 % se sont rendus à l'hôpital et 51,1 % ont consulté dans une clinique sans rendez-vous (49).

¹⁶ En 2015, la Loi 10 a transformé le réseau de la santé au Québec. Les CSSS sont remplacés par des CISSS ou CIUSSS (94).

Des travaux du CIUSSS de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke ont montré la complexité du réseau de la santé dans l'offre de services de santé et de services sociaux en lien avec les ITSS en la cartographiant dans différentes régions (99). Leur cartographie illustre le défi auquel peuvent être confrontées les personnes appartenant à des groupes vulnérables qui peuvent avoir de la difficulté à trouver les services appropriés à leurs besoins.

Peu de données sur les services de dépistage au Québec sont donc disponibles. Différentes initiatives existent, mais il est impossible d'avoir un portrait global. Les données sont donc partielles et les évaluations de programme de dépistage sont manquantes.

11 Quel est le coût-efficacité d'une offre universelle de dépistage du VIH

Plusieurs études ont évalué le coût-efficacité d'une offre universelle de dépistage du VIH une fois à vie. Aux fins de notre analyse, le dénominateur retenu est l'AVAQ (années de vie ajustées en fonction de la qualité), car ce dernier permet de comparer l'approche universelle, une fois à vie, à d'autres approches en santé publique. Cette mesure considère, en plus des années de vie ajoutées par l'intervention, la notion de qualité de vie.

Le seuil de coût-efficacité est habituellement fixé à moins de 50 000 \$ à 100 000 \$ US par AVAQ. Toutefois, ce seuil peut être influencé par le coût socialement acceptable (*willingness to pay*) et la problématique en cause (100 101).

En 2006, la recommandation de dépistage du VIH pour l'ensemble de la population américaine est révisée. Elle propose aux professionnels de la santé d'offrir un test de dépistage à tous les patients, à moins que la prévalence des infections par le VIH non diagnostiquées chez leurs patients soit documentée comme étant inférieure à 0,1 % (67). Plusieurs études publiées ont produit des estimations de coût-efficacité de cette pratique qui sont venues soit confirmer ou abaisser ce seuil de prévalence.

Une étude de modélisation américaine publiée en 2005 a estimé, pour une population à haut risque dont la prévalence des infections non diagnostiquées était de 3 %, un coût de 36 000 \$ US par AVAQ. Pour une population dont la prévalence des infections non diagnostiquées était de 1 %¹⁷, un coût de 38 000 \$ US par AVAQ a été estimé. Si la prévalence des infections non diagnostiquées était encore plus faible (0,1 %), un coût de 113 000 \$ US par AVAQ a été estimé. Toutefois, en reprenant l'analyse, mais en incluant les effets préventifs potentiels du dépistage sur la transmission secondaire, le même auteur est arrivé à la conclusion que le dépistage demeurerait coût-efficace (moins de 50 000 \$ US/AVAQ) pour une prévalence non diagnostiquée aussi faible que 0,12 % (102).

Une autre étude américaine publiée en 2005 a rapporté un coût-efficacité de moins de 50 000 \$ US par AVAQ, excluant les bénéfices aux partenaires pour le dépistage d'une population avec une prévalence des infections non diagnostiquées de 0,5 %. Incluant la réduction du risque de transmission du VIH à des partenaires sexuels au modèle économique, la prévalence des infections non diagnostiquées peut être aussi faible que 0,05 % pour atteindre un coût de 50 000 \$ US par AVAQ (70).

D'autres études américaine, française et portugaise ont utilisé une prévalence non diagnostiquée d'environ 0,1 % afin d'établir le coût par AVAQ. Toutes ont démontré un ratio avantageux entre 40 000 \$ et 80 000 \$/AVAQ, en équivalent canadien (68 103 104). Parmi ces dernières, il faut souligner l'étude française, qui avait un coût par test de détection du VIH 10 fois plus élevé que le coût au Québec (103).

L'offre universelle de dépistage a aussi été évaluée en tenant compte des effets combinés de l'utilisation de la thérapie ARV et des interventions pour diminuer les comportements à risque sur l'épidémie du VIH aux États-Unis. Le dépistage une fois à vie chez une population à faible risque (prévalence estimée à 0,1 % chez les hommes et à 0,22 % chez les femmes), couplé à une offre ciblée de dépistage annuelle aux personnes à haut risque a donné un rapport coût-efficacité de 22 382 \$ US par AVAQ, s'il y a une baisse de 20 % des comportements sexuels à risque post

¹⁷ Il s'agit du seuil recommandé par les CDC jusqu'en 2006 (70).

dépistage. Si l'on ajoutait que 75 % des PVVIH étaient sous traitement d'ARV, le rapport diminuait à 20 300 \$ US par AVAQ (105).

Les résultats d'une étude de modélisation montrent qu'un dépistage à l'âge de 64 ans, avec partenaire à risque et incluant un counseling prétest abrégé tel que recommandé par les CDC, coûte 41 000 \$ US par AVAQ. Pour les personnes âgées de 65-74 ans qui n'ont pas de partenaire à risque, le coût du dépistage serait entre 50 000 \$ et 100 000 \$ US par AVAQ avec une prévalence des infections non diagnostiquées de 0,1 à 0,5 %. L'auteur conclut que le dépistage de routine est coût-efficace jusqu'à 64 ans, si la prévalence des infections non diagnostiquées dans la population est de plus de 0,1 %. Pour la même prévalence, les auteurs concluent que le dépistage chez les 65 à 75 ans peut rejoindre des seuils acceptables de coût-efficacité si un counseling prétest abrégé est effectué en tenant compte de la présence ou non d'un partenaire à risque, selon le coût du dépistage et selon la présence de comorbidités. L'âge avancé seul ne devrait pas être une limitation pour le dépistage du VIH. Pour plusieurs personnes à l'intérieur de ce groupe d'âge, le dépistage du VIH est aussi coût-efficace que plusieurs autres interventions en santé publique (30).

Une étude effectuée à Washington DC, où la prévalence du VIH est estimée à 2,4 %, avait comme devis de comparer les coûts associés au dépistage dans différents milieux de soins (cliniques, hôpitaux, organismes communautaires) et les coûts de l'approche universelle par rapport à l'approche ciblée. Le coût par nouveau diagnostic dans l'étude était plus bas avec une offre ciblée de dépistage par rapport à une offre universelle de dépistage (2 467 \$ US vs 7 753 \$ US). Ce coût était cependant influencé par l'endroit ainsi que par la technique utilisée, les coûts étant moins élevés si le dépistage était effectué par les organismes communautaires. Les résultats de l'étude ont aussi démontré qu'une offre ciblée de dépistage selon les facteurs de risque permettait une prévalence de positivité plus élevée (1,33 %) par rapport à une offre universelle de dépistage (0,44 %). Par contre, une offre universelle de dépistage permettrait de prévenir 34,3 transmissions/an comparées à 17,78 transmissions/an pour une offre ciblée de dépistage. Aussi, les résultats permettent de constater qu'une offre universelle de dépistage effectuée spécifiquement par des organismes communautaires est légèrement plus coût-efficace qu'une offre ciblée de dépistage en milieu clinique. Ainsi, selon les auteurs, même si l'offre ciblée de dépistage dans différents milieux de soins est plus coût-efficace lorsque l'on ne considère que le coût du dépistage, l'offre universelle de dépistage en routine réussit à être aussi coût-efficace en permettant de rejoindre un plus grand nombre de patients positifs (106). Le coût-efficacité estimé en milieu communautaire est cependant difficilement transposable à la réalité québécoise dans le contexte où la seule trousse de dépistage rapide pouvant être utilisée en milieu communautaire au Québec est très dispendieuse.

Toutes les études recensées rapportent des mesures de coûts-efficacité avantageuses pour une offre universelle de dépistage une fois à vie selon différents modèles d'intervention (stratégies de dépistage, indicateurs retenus et organisation des services), et à des niveaux de prévalence des infections non diagnostiquées variables, mais surtout démontrés pour une prévalence des infections non diagnostiquées de plus de 0,1 %. Les coûts par AVAQ mentionnés dans ces études, pour la majorité américaine, se comparent favorablement à ceux des autres programmes de prévention en santé publique américains tels que le diabète, le cancer colorectal et l'hypertension (68). Il est possible qu'une offre universelle de dépistage une fois à vie soit aussi coût-efficace au Québec, mais avec une probable variation selon les régions. Cependant, il faut noter que les études rapportées sont des études de modélisation qui comportent leurs limites, en particulier celle de ne pas être généralisable.

12 Quels sont les avantages et inconvénients respectifs d'une offre universelle et d'une offre ciblée de dépistage du VIH?

L'offre ciblée de dépistage se fonde sur des stratégies axées sur un groupe ou visant des sous-populations où les prévalences sont élevées. En 2011, l'avis publié par ce même comité mentionnait la nécessité d'intensifier le dépistage au Québec chez les groupes à risque en élargissant et en rehaussant l'évaluation des facteurs de risque (9). Cependant, un éditorial soulève que l'efficacité de cette approche est remise en question par plusieurs auteurs considérant la difficulté d'identifier les groupes-cibles (11).

Les études recensées portant spécifiquement sur une orientation d'offre ciblée de tests de dépistage selon des conditions cliniques ou des facteurs de risque montrent des occasions manquées de dépistage, des diagnostics tardifs (décompte de CD4 bas) et un sous-dépistage, même chez les populations à risque. Ces dernières ne sont pas reconnues, soit par le professionnel de la santé ou non dévoilées par les patients (32–35).

Une revue systématique de la littérature relève de nombreuses barrières au dépistage du VIH. Les principales stratégies susceptibles de surmonter ces barrières selon les auteurs sont les campagnes de dépistage de masse (information, sensibilisation et dépistage), une offre universelle de dépistage en *opt-out* intégrée aux soins courants et un minimum de service de qualité assuré par la formation des professionnels de la santé (107).

Les deux approches d'offre de dépistage ont donc été évaluées afin de ressortir les avantages et inconvénients de chacune. Cinq variables ont été ciblées : dépistage précoce, proportion de personnes dépistées et prévalence du VIH parmi celles-ci, l'acceptabilité du test, le risque de transmission et enfin le lien aux soins.

12.1 Sur le dépistage précoce

L'offre ciblée de dépistage selon l'identification des facteurs de risque ne permettrait pas toujours de rejoindre les populations à risque. Un dépistage à un stade tardif de l'infection est donc attendu chez une certaine proportion de la population lorsqu'une telle approche est préconisée.

Les résultats d'une étude transversale auprès de 448 HARSAH new-yorkais qui se disaient séronégatifs pour le VIH montrent que malgré la présence d'un facteur de risque (HARSAH), cette population demeure sous-dépistée (33). Parmi l'ensemble des répondants, 83,5 % ont consulté un service de santé dans la dernière année et seulement 63,1 % de ces derniers avaient reçu une offre de dépistage pour le VIH. Le quart des participants n'avaient pas été testés pour le VIH dans les douze derniers mois ou à vie. Les raisons nommées pour ne pas avoir subi de dépistage dans la dernière année étaient les suivantes : perception d'être à faible risque (42,1 %), crainte d'un résultat positif (28,0 %), et 15,9 % pour des raisons diverses (manque de temps, sans assurances-maladie, relation stable, relations sexuelles non fréquentes, sans raison particulière). Parmi les 418 HARSAH qui ont été testés pour le VIH dans le cadre de l'étude, 318 HARSAH ont rapporté avoir subi un dépistage du VIH dans la dernière année (76,1 %). De ceux-ci, 5,7 % étaient positifs et donc leur infection datait de moins d'un an. Parmi les 100 autres participants testés dans le cadre de l'étude, mais non dépistés pour le VIH dans la dernière année, 18 % ont obtenu un résultat positif et donc certains d'entre eux étaient potentiellement séropositifs depuis plus d'un an.

Une étude de cohorte rétrospective associant les données de surveillance du South Carolina HIV/AIDS Reporting System à une base de données de tous les payeurs de soins de santé de l'État (n = 4117 PVVIH nouvellement diagnostiquées entre 2001 et 2005) montre de nombreuses occasions manquées de dépistage précoce avec une offre ciblée de dépistage, même auprès des UDI et des HARSAH. Des 3 021 PVVIH avec des visites médicales antérieures au diagnostic, 43,4 % ont reçu un diagnostic tardif (stade sida atteint dans l'année qui suit le diagnostic) et 47,5 % ont reçu un diagnostic précoce (infection acquise dans l'année précédant le test). Par ailleurs, un nombre significativement plus élevé de visites médicales antérieures a été enregistré chez ceux avec un diagnostic tardif. La majorité (80 %) des visites médicales pour l'ensemble des personnes nouvellement diagnostiquées avant le diagnostic du VIH était pour des raisons qui n'ont pas de lien avec le VIH et n'aurait pas mené à un dépistage du VIH sous un paradigme d'offre ciblée. Autour du tiers de l'ensemble des PVVIH nouvellement diagnostiquées avait un facteur de risque (UDI ou HARSAH) qui aurait indiqué un dépistage du VIH au moment de la consultation médicale sous un paradigme d'offre ciblée. Par ailleurs, 34 % des cas enregistrés avaient un contact hétérosexuel comme facteur de risque et 26 % n'avaient aucun risque identifié, deux types d'expositions qui n'auraient pas mené à un dépistage du VIH avec une offre ciblée de dépistage. À noter que la majorité des cas de VIH rapportés en Caroline du Sud n'est pas chez des HARSAH (34).

Les résultats d'une analyse rétrospective dans des centres de dépistage en Italie de 2004 à 2009 (32) montrent que la moitié des diagnostics était fait à un stade tardif et que le tiers de ces diagnostics avait eu une condition indicatrice du VIH avant leur diagnostic. Le délai médian entre l'apparition d'une condition indicatrice du VIH et le diagnostic était de 15,4 mois. Les auteurs observent que les conditions indicatrices du VIH ont le potentiel de réduire la proportion de diagnostics tardifs de moitié si le test de détection est offert dans les six mois suivant l'apparition de la condition tel que recommandé, mais que cette stratégie ciblée raterait tout de même le quart des cas (32).

Un éditorial sur la question de l'offre universelle aux États-Unis souligne le fait que la recommandation d'offre universelle de dépistage au moins une fois à vie dans la population générale et de répéter annuellement le test dans les groupes à risque semblent avoir favorisé le dépistage et un diagnostic plus précoce de l'infection. La proportion de PVVIH ignorant leur statut aurait diminué de 40 % et la proportion de diagnostics tardifs (stade sida dans les trois mois post diagnostics) aurait diminué de 30 % de 2003 à 2012. Cependant, il reste encore des efforts à faire pour encourager le dépistage, et surtout le lien aux soins (19). De plus, l'USPSTF observe une tendance vers un diagnostic plus précoce depuis l'émission de la recommandation d'offre universelle de dépistage des CDC en 2006 (18).

12.2 Sur la proportion de personnes dépistées et la prévalence du VIH parmi elles

Depuis que plusieurs institutions à travers le monde ont recommandé d'instaurer le dépistage universel, certaines études ont été publiées ayant pour but de vérifier si la proportion de personnes dépistées a été influencée par une telle recommandation.

Une évaluation des recommandations des CDC en 2014 comparant la proportion de personnes dépistées au moins une fois à vie avant (2003-2006) et après (2007-2010) l'émission de la recommandation de l'offre systématique de dépistage, à partir des données du National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), montre une hausse statistiquement significative, mais modeste, de la proportion de personnes dépistées. De 2003 à 2006, cette proportion était de 42,1 % chez les Américains de 18 à 59 ans alors qu'elle a grimpé à 44,5 % pour le même groupe de 2007 à 2010. Si les femmes étaient le groupe le plus dépisté pour les deux périodes sans hausse

significative, la proportion d'hommes dépistés a significativement augmenté de 37,2 % à 41,1 %. Une hausse significative a aussi été observée chez certains groupes particuliers sans facteurs de risque « classiques ». Il reste que 56 % des Américains n'auraient encore jamais subi de test de dépistage à vie en 2007-2010. Les auteurs concluent que la recommandation d'offre universelle de dépistage ainsi que les programmes misant sur l'implantation de cette recommandation ont fort probablement permis de joindre davantage de personnes et d'élargir l'offre à des populations sans facteurs de risque « classiques » (21).

À New York, à la suite de l'implantation d'une loi visant une offre universelle de dépistage, une étude avait pour objectif d'évaluer la proportion de patients avec une visite médicale entre 2009 et 2012 qui ont eu au moins un test de dépistage du VIH à partir des bases de données médicales électroniques. Les résultats montrent une hausse de la proportion des patients testés dans la première année suivant l'implantation de la loi, mais pas de hausse significative à la deuxième année. La proportion de patients testés est passée de 2,8 % avant l'implantation de la loi à 5,7 % à l'an 2. Malgré cette augmentation, la proportion de patients dépistés demeure faible (20).

En France où une offre universelle de dépistage a été recommandée en 2010, il y a eu une hausse significative de 5 % du nombre de tests de laboratoire pour la recherche du VIH entre 2010 et 2012 avec une prévalence de 2,1 par 1 000 sérologies réalisées. Cette prévalence variait de 2/1 000 tests dans le cadre d'analyses nominatives confidentielles, à 3,5/1000 dans un cadre anonyme et à 10,5/1000 avec les trousse de dépistage rapide, ces derniers tests rejoignant surtout des groupes à risque tels les HARSAH, les travailleurs et travailleuses du sexe, les UDI et les personnes migrantes. Il est toutefois suggéré que la hausse de tests effectués entre 2010 et 2012 pourrait s'expliquer par une meilleure sensibilisation au dépistage associée à la promotion de l'offre universelle de dépistage que par une recommandation d'une offre universelle de dépistage en elle-même. D'autres analyses seraient nécessaires pour confirmer cette hypothèse (22).

Ces études montrent donc une hausse modeste de la proportion de personnes dépistées avec une offre universelle de dépistage à New York (20), aux États-Unis (21) et en France (22).

En Angleterre, une revue de la littérature du Public Health England pointe vers une faible couverture avec le paradigme d'offre ciblée de dépistage, mais aussi une faible application de l'offre universelle de dépistage dans les régions à haute prévalence (2/1 000), et ce malgré la faisabilité pour les professionnels de la santé et l'acceptabilité pour les patients d'une telle offre. Il est estimé que le quart des nouveaux diagnostics de VIH présente des opportunités manquées de dépistage antérieur aux diagnostics. Dans les cliniques de médecine générale dans les régions à forte prévalence où l'offre universelle de dépistage est recommandée, l'offre de test par les professionnels de la santé est estimée à 34 % alors que l'acceptation des patients est évaluée de 70-88 %, et la proportion de nouveaux diagnostics seraient de 1,6 à 22/1000 tests. Dans les cliniques spécialisées *GUM clinic*, même si la couverture du test est estimée à 79 %, une analyse a démontré que 0,5 % des hommes ayant visité ces cliniques sans subir de test de dépistage pour le VIH étaient séropositifs (25). Cette même revue de la littérature cite une revue de dix études qui a relevé que seulement 22 % des patients ayant une condition clinique indicatrice d'une infection par le VIH se sont vus offrir un dépistage de l'infection par le VIH dans un contexte où une offre systématique de dépistage était recommandée (25 108).

L'analyse rétrospective dans des centres de dépistage en Italie de 2004 à 2009 a démontré que malgré la recommandation de dépistage chez un individu ayant une maladie associée au VIH ou un facteur de risque d'acquisition du VIH, l'offre de test est souvent manquée et faite tardivement (32).

Le cycle de 2010 du National HIV Behavior Surveillance System des États-Unis a porté sur les comportements des hétérosexuels; 9 278 Américains hétérosexuels ont été sondés dont les trois quarts étaient afro-américains et 21 % latino. L'enquête montre que le type de clinique le plus fréquenté par les répondants à leur enquête sont les cliniques de santé publique ou les centres de santé communautaires (23 % des hommes et 27 % des femmes). La majorité des répondants (plus de 90 %) ont reçu le résultat de leur dernier test de dépistage du VIH. Néanmoins, les auteurs du rapport soulignent que les données montrent que les hétérosexuels de leur échantillon étaient nombreux à s'engager dans des pratiques à risque pour le VIH et que la proportion des répondants ayant subi un dépistage de l'infection par le VIH dans la dernière année était sous-optimale. Malgré la recommandation d'offre universelle de dépistage émis par les CDC en 2006, c'est tout de même le quart de ce groupe qui n'a jamais subi de test de dépistage (24).

Malgré une recommandation d'offre universelle de dépistage, il peut donc quand même y avoir une sous-offre de dépistage principalement expliquée dans les études par une difficile implantation d'une nouvelle stratégie dans les milieux cliniques ou une difficulté à faire changer les pratiques des professionnels de la santé (30,39,69,71,72).

12.3 Sur l'offre et l'acceptabilité du test

Une étude canadienne auprès de 50 jeunes (18-24 ans) hommes gais, bisexuels, hétérosexuels et bispirituels¹⁸ souligne les barrières au dépistage du VIH et la stigmatisation ressentie associée au dévoilement des facteurs de risque et à la demande d'un test de dépistage. Pour ces jeunes hommes interviewés, l'offre universelle de dépistage clairement présentée comme telle, et non par présomption d'un risque, allège la stigmatisation associée au test en normalisant le test et en ne forçant pas le dévoilement des comportements à risque. Cette offre permet aussi de rejoindre les personnes qui ne se perçoivent pas à risque (109). Cette étude soulève une acceptation favorable au dépistage universel auprès de ce groupe.

D'autres études ont aussi évalué la proposition de dépistage et l'acceptabilité de l'offre universelle dans la population générale. Rappelons la revue de la littérature du Public Health England qui montre que la proposition de tests par les professionnels de la santé est estimée à 34 % alors que la proportion de patients acceptant le test est évaluée entre 70 et 88 % dans les cliniques médicales d'admission générale situées dans des régions à forte prévalence du VIH en Angleterre (25).

Plus près de nous, Gustafson, Montaner et Sibbald (35) pointent, dans un éditorial, que malgré une recommandation de dépistage dans les urgences des hôpitaux du Vancouver Coastal Health en Colombie-Britannique, la proportion de patients à qui les médecins ont offert un test était de 46 % alors que la proportion de patients l'ayant accepté était de 92 %. D'autres études rapportent une offre par les médecins similaire à celle de l'étude canadienne variant de 26 % à 51 % (27 110 111). Les proportions de patients acceptant le test de dépistage en universel sont cependant plus bas que celles rapportées dans l'éditorial canadien variant plutôt de 24 % à 60 % (27,29,31 110–113).

¹⁸ Concept autochtone référant à une personne aux deux esprits : masculin et féminin.

12.4 Sur la transmission

Aucune étude permettant d'évaluer l'effet d'une offre ciblée ou universelle de dépistage sur la transmission de l'infection n'a été recensée. Il s'agit plutôt d'un effet indirect. Plus l'infection est dépistée tôt et que la personne est adéquatement suivie cliniquement et soutenue dans l'adoption de comportement sécuritaire, moins le risque de transmission sera grand (voir section 5).

12.5 Sur le lien aux soins

Le lien aux soins correspond à la deuxième cible du 90-90-90 suggéré par ONUSIDA. Malgré les efforts importants déployés sur le dépistage aux États-Unis, une évaluation de la cascade de soins montre qu'avec une offre universelle de dépistage, 86 % des PVVIH connaissent leur statut sérologique, mais que toutefois seulement 34 % seraient liés aux soins pour le suivi clinique de leur infection. Les disparités observées dans l'ensemble du continuum des soins reflèteraient les différences dans l'accès aux soins et aux traitements, dans un contexte où le modèle américain diffère du modèle québécois (114). Lors du développement d'un service de dépistage, les responsables doivent s'assurer que la composante du lien aux soins soit bien intégrée à leur organisation. Les structures doivent être mises en place afin que les liens entre les services de dépistage et de prise en charge clinique soient facilités.

En somme, le plus souvent, la recommandation d'une offre universelle de dépistage accompagne une recommandation d'offre intensifiée de dépistage ciblée sur les facteurs de risque. Les études rapportent d'importantes proportions d'occasions manquées de diagnostics avec une offre ciblée de dépistage et conséquemment, plus de diagnostics tardifs. La non-divulgaration des facteurs de risque par les patients, ou leur non-évaluation par les professionnels de la santé semblent être les éléments clés des diagnostics manqués en offre ciblée (19,32–35). En complément, l'offre universelle de dépistage permet d'augmenter l'accès au test pour la population et de normaliser le dépistage en n'exigeant pas des personnes à demander un dépistage ou à dévoiler un comportement à risque, ce qui serait une barrière majeure pour certaines personnes (109). Certaines évaluations ont montré une hausse du nombre de tests de dépistage et de nouveaux diagnostics à la suite de l'implantation d'une offre universelle. Toutefois, cette hausse est modeste et variable d'un contexte à l'autre (20–23). Il peut tout de même y avoir une sous-offre de dépistage dans une approche d'offre universelle, celle-ci étant plutôt expliquée par une difficile intégration dans la pratique des professionnels de la santé (19,20,23–25). Peu de données permettent d'estimer l'effet d'une offre universelle ou ciblée de dépistage sur la transmission du VIH et le lien aux soins des PVVIH nouvellement diagnostiqués.

13 Comment offrir le dépistage pour l'optimiser?

13.1 Quelles sont les stratégies de dépistage qui ont démontré une plus grande efficacité à dépister précocement l'infection par le VIH?

Plusieurs stratégies peuvent être mises de l'avant pour favoriser la participation au dépistage et l'offre de dépistage par les professionnels de la santé : offre de dépistage en milieu clinique spécialisée ou non en ITSS ou en santé sexuelle, offre de dépistage à l'urgence de l'hôpital, offre de dépistage en milieu non clinique, le plus souvent en milieu communautaire ou par des unités mobiles de dépistage avec l'aide de trousse de dépistage rapide, les campagnes de dépistage de masse. Chacune des stratégies comporte des avantages et des limites. Le tableau 6 à la fin de la section présente un résumé de la description, des avantages, des enjeux et des conditions d'efficacité pour chacune des stratégies relevées dans la littérature.

Deux études américaines ont comparé différentes stratégies. Une évaluation du programme des CDC *Expanded HIV Testing Initiative* dans 25 juridictions américaines montre une variation de la proportion de personnes dépistées et de la prévalence parmi celles-ci selon le milieu où le test est offert. Le plus grand volume de tests de dépistage est offert en milieu clinique aux États-Unis, le tiers étant réalisé à l'urgence. L'offre de dépistage dans les organismes communautaires démontre la plus grande efficacité avec une prévalence qui dépasse celle mesurée dans tous les autres lieux. Toutefois, un meilleur lien aux soins est observé quand le dépistage est offert en milieu clinique comparé à un milieu non clinique (115) (voir tableau 5).

Tableau 5 Évaluation du programme des CDC *Expanded HIV Testing Initiative* selon le milieu

Milieux	Proportion des tests effectués dans le programme	Proportion des nouveaux diagnostics enregistrés dans le programme	Prévalence des nouveaux diagnostics dans le milieu
Salle d'urgence	30 %	32 %	0,7 %
Clinique ITSS	21 %	20 %	0,8 %
Centre de santé communautaire	16,8 %	20 %	0,8 %
Centre de détention	15 %	13,8 %	0,5 %
Organismes communautaires	6,4 %	11,2 %	1,2 %
Unité médicale hospitalière	1,5 %	0,7 %	0,3 %
Clinique de dépendance aux substances	0,9 %	0,9 %	0,6 %
Clinique de tuberculose	0,7 %	0,4 %	0,3 %;
Clinique médicale d'urgence	0,4 %	0,5 %	0,8 %
Autres*	8 %	8,2 %	0,7 %.

* Autres : clinique de soins de première ligne (*primary care clinic*), évènements ciblés de dépistage, clinique mobile, clinique de planning familial, cliniques de santé publique, etc.

Une autre analyse américaine à partir de la banque de surveillance de Philadelphie montre que les diagnostics de VIH se font dans une clinique médicale (73 %), un milieu hospitalier (15 %), dans un centre de counseling et dépistage (7 %) et dans un milieu correctionnel (6 %). Les différents lieux rejoignent différentes populations. Les 18-29 ans et les HARSAH étaient plus enclins à être

diagnostiqués dans une clinique médicale ou un centre de counseling et dépistage. Les hommes, ceux âgés entre 30 et 49 ans, les hétérosexuels ou les UDI ont été diagnostiqués en plus grande proportion dans les centres correctionnels. Les personnes âgées de 50 ans et plus, les femmes, les hétérosexuels ou les UDI étaient plus enclins à avoir été diagnostiqués en milieu hospitalier. Le lien aux soins différait aussi selon le milieu clinique. Les personnes diagnostiquées en clinique médicale avaient la plus grande proportion de lien aux soins (86 %), suivis par ceux diagnostiqués en milieu hospitalier (75 %), en clinique de counseling et de dépistage (62 %) et milieu correctionnel (44 %) (116).

13.1.1 OFFRE DE DÉPISTAGE EN MILIEU CLINIQUE

On constate que la majorité du dépistage s'offre dans les milieux cliniques (25 115 116) avec une proportion de patients à qui les professionnels offrent le test variant entre 30 et 50 % selon les études et une proportion modérée de patients l'acceptant (50-88 %) (25 115). La revue de la littérature du Public Health England a observé une acceptation plus grande du test par les patients dans les cliniques de médecine générale dans les régions à forte endémicité (70-88 %). Cette revue a aussi relevé qu'il y avait une augmentation du dépistage de 5 à 10 % dans les soins de première ligne après la publication de lignes directrices pour un dépistage élargi du VIH. Elle a également observé dans les études revues une augmentation des nouveaux diagnostics et de la proportion de diagnostics précoces du VIH avec l'utilisation du test de dépistage rapide et une formation des professionnels de la santé.

Toutefois, une analyse de données américaines du National Ambulatory Medical Care Survey et du US Census pour estimer la proportion moyenne de visites où un dépistage du VIH a été réalisé chez des hommes de 15-39 ans (blancs, noirs et hispaniques) sur le nombre de visites médicales annuelles par personne, montre un sous-dépistage du VIH en clinique. De 2009 à 2012, les hommes ont rendu 1,4 visite à leur médecin. En moyenne, le test de dépistage a été effectué dans 1 % de ces visites : 0,7 % des visites des hommes caucasiens; 2,7 % des visites des hommes « noirs »; 1,4 % des visites des hommes hispaniques. Selon le groupe d'âge, la proportion de visites médicales avec un dépistage était le plus faible chez les 15-19 ans. La participation des cliniques à la banque de données est toutefois faible (39 à 62 %). Une sous-déclaration est donc possible. Comme pistes de solution, les auteurs proposent le dépistage en routine en *opt-out*, le dossier médical électronique et les campagnes de sensibilisation (117).

13.1.2 OFFRE DE DÉPISTAGE DANS LES SALLES D'URGENCE DE L'HÔPITAL

Parmi les offres en milieu clinique, l'offre systématique de dépistage dans les salles d'urgence est une stratégie qui présente des résultats intéressants. Toutefois, elle présente aussi des défis importants et variables quant à l'implantation du service selon les contextes.

Une recension critique des écrits soulève que la faisabilité et le coût-efficacité du dépistage dans les salles d'urgence d'hôpitaux dépendent d'un ensemble de facteurs propres à chaque établissement : prévalence du VIH, clientèle desservie, disponibilité de financement et du personnel, etc. Dans le contexte américain, le dépistage du VIH dans les salles d'urgence est assez coûteux, mais présente un bon rapport coût-efficacité en étant sous le seuil du coût-efficacité du programme de dépistage du cancer du côlon. Néanmoins, les études recensées soulignent la difficile implantation d'une offre universelle de dépistage du VIH à l'urgence. Les barrières d'implantation du dépistage à l'urgence relevées dans cette recension de la littérature sont :

- Le manque de temps lors de la consultation clinique;
- L'incapacité à assurer un lien aux soins cliniques pour le VIH;

- Le manque d'intimité et de confidentialité à l'urgence;
- Les barrières culturelles et langagières;
- Le coût du test, et
- La difficulté de faire changer les pratiques des professionnels de la santé (11).

Par ailleurs, comme la plupart des programmes de dépistage en salle d'urgence sont des projets de recherche aux États-Unis, la pérennité du service est difficile, voire impossible à assurer (11). Pour le succès d'une offre de dépistage dans les salles d'urgence, assurer l'implication de l'équipe est essentiel en identifiant un responsable du projet par équipe pour soutenir les autres en concertant les efforts et en impliquant l'administration de l'hôpital (11 118).

Les résultats de deux études attirent l'attention, car ils concernent autant l'efficacité que l'acceptabilité de cette stratégie. Une étude dans une salle d'urgence de Chicago a permis de comparer une offre systématique de dépistage à tous les patients de 18-54 ans aptes à consentir, sans égard aux facteurs de risque, à une offre de test par un médecin selon son jugement basé sur des indicateurs cliniques et les facteurs de risque pour le VIH; 154 479 visites à l'urgence ont eu lieu de janvier 2003 à avril 2004. Des 4 849 patients éligibles pour l'offre systématique de dépistage, 58 % ont accepté de subir le test avec une proportion de nouvelles infections diagnostiquées à 1,2 % (35/2 824). Des 436 patients référés pour un test par le médecin, 95 % ont accepté le test avec une proportion de nouvelles infections diagnostiquées de 11,6 % (48/414). Aucun facteur de risque « classique » n'était présent (ou dévoilé) pour la moitié des patients, que ce soit en offre de dépistage ciblé ou systématique. Le lien aux soins était similaire pour les deux paradigmes (77 % en offre systématique vs 79 % avec le médecin). Par contre, l'offre systématique semble favoriser un diagnostic plus précoce de l'infection.

La proportion de diagnostics tardifs ($CD4 < 200$ cellules/mm³) était plus élevée pour les patients référés par un médecin (82 % des 45 patients pour qui le décompte de CD4 était rapporté) comparée aux patients joints avec l'offre systématique (45 % des 31 patients avec un décompte de CD4 rapporté). Les chercheurs concluent que les médecins sont très efficaces pour diagnostiquer une infection par le VIH chez les personnes avec une condition clinique, mais que de miser uniquement sur cette approche ferait rater des opportunités de diagnostic de l'infection chez des PVVIH qui ne dévoilent pas leur facteur de risque ou ne présentent aucune indication clinique. Ils soulignent que l'offre systématique de dépistage en salle d'urgence à Chicago est faisable et aurait une efficacité comparable au dépistage offert dans d'autres milieux cliniques à Chicago (113).

Une étude française a rapporté un diagnostic fait tardivement pour les patients dépistés à l'urgence via un projet de recherche. Ce dernier a été mis sur pied dans la région métropolitaine de Paris afin d'évaluer l'impact du dépistage du VIH non ciblé à l'aide d'une TDR auprès des patients consultant dans les urgences et d'estimer la prévalence des infections par le VIH non diagnostiquées de 2009 à 2010. Le dépistage du VIH a été offert dans 29 salles d'urgence d'hôpitaux pendant 6 semaines consécutives, 24/24 h, à l'aide de la TDR Oraquick® avec ponction capillaire. Sur 138 691 patients accueillis à l'urgence pendant la période de l'étude, 78 411 étaient éligibles à l'étude, 20 962 se sont fait offrir le test et 12 754 patients ont été dépistés. Le refus de subir le test de dépistage du VIH était associé à une faible perception d'être à risque et au fait d'avoir déjà été dépisté dans l'année. L'offre de dépistage a permis de diagnostiquer 37 personnes dont 16 étaient déjà au courant de leur infection et 3 avaient des symptômes classiques, souvent à un stade avancé. Les 18 nouveaux diagnostics provenaient des groupes suivants : 10 hétérosexuels immigrants d'un pays où le VIH est endémique, 7 HARSAH et un hétérosexuel né à l'étranger. Sur les 9 patients pour lesquels une mesure de CD4 était disponible, 6 avaient un décompte de CD4 de moins de 350 cellules/mm³. Les

chercheurs concluent que l'offre systématique de dépistage n'a permis d'identifier que peu de nouveaux diagnostics, la majorité à un stade tardif et appartenant à un groupe à risque. Au regard de leurs résultats, ils remettent en question la pertinence d'une offre systématique de dépistage dans leur contexte puisque pour la plupart des diagnostics faits, ils auraient tout de même été faits avec une offre ciblée, sauf pour un cas (110).

Globalement, les études recensées montrent une proportion variable de la population éligible qui est dépistée avec une offre systématique dans les salles d'urgence : 8 % dans un hôpital d'Oakland (27); 25 % dans un hôpital de Denver (112); 26 % dans un hôpital de La Nouvelle-Orléans et 56 % dans un hôpital de New York (28); et 40,7 % dans un hôpital du Mid-Ouest américain (111). Ces proportions reflètent à la fois l'offre par les professionnels de la santé et l'acceptabilité par les patients.

La proportion de cas d'infections par le VIH détectés rapportée dans les études dans les urgences est supérieure avec une approche d'offre ciblée par rapport à une offre systématique. Elle varie d'une étude à l'autre, mais se situe pour la majorité entre 0,5 % et 1,2 % pour l'offre systématique dans des urgences d'hôpitaux en milieu urbain (Oakland, États-Unis (27); Chicago, États-Unis (113); Denver, États-Unis (112), Dublin, Irlande (31); neuf hôpitaux du Royaume-Uni (29), Vancouver, Canada (35)). Ces proportions sont souvent deux fois plus élevées avec l'offre ciblée qu'avec l'approche systématique. Une étude rapporte une proportion de cas positifs nettement supérieure avec une offre ciblée, soit près de dix fois celle obtenue avec une approche systématique (113). Par contre, les études comparatives rapportent plus de nouveaux diagnostics en valeur absolue avec une offre systématique qu'avec une offre ciblée (111 112), à l'exception d'une étude (113). L'offre systématique de dépistage permet de diagnostiquer plus de cas puisque plus de tests sont faits malgré une proportion plus basse de patients qui consentent au test de dépistage (111). Certains auteurs estiment même que près de 60 % des diagnostics auraient été manqués sans l'approche systématique (27). Ainsi, l'offre systématique dans les urgences hospitalières nécessite de faire plus de tests pour diagnostiquer une infection par le VIH comparée à une offre ciblée selon les facteurs de risque ou la présence d'indications cliniques. Toutefois, cette stratégie permettrait d'augmenter le nombre de nouveaux diagnostics et surtout favorise en partie les groupes vulnérables qui ne fréquentent pas d'autres services et pour qui l'hôpital est le seul accès aux soins de santé (27).

La proportion de patients liés aux soins dans les études dans les salles d'urgence semble supérieure à ce qui est estimé nationalement aux États-Unis. Les études de White (27) et Lin (28) rapportent une proportion de PVVIH arrimées aux soins entre 70 et 81 % dans un contexte de dépistage systématique en soins d'urgence. L'approche en *opt-out* dans les salles d'urgence permet non seulement de trouver de nouveaux cas, mais aussi de favoriser le lien aux soins cliniques pour les cas déjà détectés, mais perdus au suivi. Orkin et collaborateurs (29) ont démontré dans leur étude dans les salles d'urgence du Royaume-Uni que sur les 39 anciens diagnostics (VIH, VHB, VHC), dix avaient été perdus au suivi et ont pu être reliés au service de soins avec une offre universelle de dépistage. Sur les 32 nouveaux diagnostics (VIH, VHB, VHC), 23 ont été rejoints et 19 étaient encore en soins 6 mois post-diagnostic (29).

En somme, l'offre systématique de dépistage dans les salles d'urgences d'hôpitaux est une stratégie qui permettrait donc de « trouver » de nouveaux diagnostics, mais le plus souvent tardivement selon le décompte de CD4 rapporté dans les études (27,31 110 112 113). Toutefois, selon une étude en salle d'urgence à Chicago (113), moins de cas seraient dépistés tardivement qu'avec l'approche traditionnelle en milieu hospitalier où le test est offert selon le jugement du médecin sur la base d'indicateurs cliniques ou de facteurs de risque. Les résultats des études recensées montrent que davantage de tests sont faits avec une offre systématique de dépistage à l'urgence comparée à la

recommandation de dépistage selon le jugement du médecin (ciblée selon les facteurs de risque ou la présence d'une indication clinique) (27,28 112 113)(111). L'acceptabilité et la faisabilité de cette stratégie sont toutefois variables selon les contextes.

13.1.3 OFFRE DE DÉPISTAGE EN MILIEU NON CLINIQUE

Les résultats de certaines études mettent en relief les barrières à consulter pour un dépistage du VIH en milieu clinique ainsi que la pertinence et la faisabilité d'une offre de dépistage du VIH hors clinique. L'offre de dépistage en milieu non clinique fait surtout référence à l'offre de dépistage en milieu communautaire, par le travail de proximité et par des unités mobiles de dépistage. Le test de dépistage peut être fait, selon les études, par un professionnel de la santé, un intervenant communautaire, un pair ou un professionnel de la santé en tandem avec un non professionnel de la santé (intervenant communautaire ou pair).

Certaines analyses montrent que l'offre en milieu non clinique ou communautaire, même si les intervenants y effectuent un nombre absolu de tests inférieurs aux milieux cliniques, réussit mieux à rejoindre des groupes vulnérables et permet d'obtenir une plus grande proportion de tests positifs et de nouveaux diagnostics (25 115). La revue de la littérature du Public Health England souligne l'efficacité des milieux communautaires à offrir le test de dépistage avec une prévalence de nouveaux diagnostics à plus de 1/1 000 et leur capacité à rejoindre des personnes ne fréquentant pas les cliniques médicales (25).

Une enquête a examiné les facteurs individuels, sociaux et structurels associés à un dépistage dans la dernière année chez 2 307 adultes hétérosexuels afro-américains ou hispaniques à New York. La moitié des répondants ont subi un dépistage du VIH dans la dernière année et 37 % sont engagés dans un dépistage régulier annuel. Selon les répondants, les facilitateurs du dépistage du VIH sont le dépistage du VIH offert en combinaison avec le dépistage des ITS ou un diagnostic d'une ITS, une norme sociale des pairs favorable au dépistage et un accès aux services. Chez les femmes, les facteurs associés au dépistage dans la dernière année étaient l'accès à des soins médicaux généraux et la pauvreté extrême alors que la consommation de drogue était un facteur réduisant les chances d'avoir été dépistée dans la dernière année. Chez les hommes, le dépistage dans la dernière année était associé à l'incarcération et au traitement de dépendance à des substances. Les auteurs proposent et soulignent l'importance d'offrir des services de dépistage dans des milieux non cliniques comme les prisons et les centres de traitement de dépendance aux substances, d'intégrer l'offre de dépistage du VIH au dépistage des ITS et de sensibiliser la communauté sur le dépistage du VIH. Au regard de leurs résultats, ils proposent aussi d'autres pistes d'action, telles qu'augmenter le nombre d'accès aux services de dépistage du VIH, promouvoir le dépistage des ITS et du VIH, utiliser des interventions par les pairs dans les programmes et approches spécialisées pour les femmes utilisatrices de drogue (119).

Une étude a comparé l'efficacité de trois stratégies communautaires de dépistage du VIH pour des femmes afro-américaines : recrutement par les pairs, travail de proximité ciblé et dépistage dans des lieux non traditionnels avec l'auto-test Oraquick®. Les résultats de leur étude montrent que les trois stratégies communautaires ne diffèrent pas quant à la proportion de femmes dépistées et la positivité des tests. Le travail de proximité a joint 46 % des participantes, suivi par 35 % jointes par le dépistage en lieux non traditionnels et 19 % par les pairs. La prévalence du VIH variait de 1,7 % dans les lieux non traditionnels, 2 % en travail de proximité à 2,4 % par les pairs. Par contre, le portrait des femmes jointes selon les différentes stratégies était significativement différent, soulignant la nécessité d'utiliser différentes stratégies pour joindre ce groupe vulnérable (120).

Une méta-analyse concernant les interventions de dépistage du VIH par les pairs auprès des HARSAH à travers le monde rapporte que ces interventions permettent une promotion efficace du dépistage du VIH (121). Les résultats d'une revue systématique de la littérature vont dans le même sens. Cette efficacité est observée tant dans les pays industrialisés qu'en développement. Les interventions par les pairs permettent de créer un lien de confiance avec les personnes dépistées et favorisent le lien avec les populations vulnérables ne fréquentant généralement pas les milieux cliniques. Les interventions par les pairs facilitent également le lien aux soins des personnes diagnostiquées par le VIH (122).

L'évaluation d'une unité mobile de dépistage en Espagne montre que cette stratégie permet de rejoindre des personnes non jointes par l'offre de service de dépistage traditionnelle et est avantageuse dans des zones où la prévalence estimée du VIH est élevée ou dans des quartiers fréquentés par des groupes à risque (123). Cette étude a évalué la valeur ajoutée d'un programme de dépistage axé sur le travail de proximité en Espagne. Le dépistage était offert avec la trousse Determine™ HIV-1/2 par une organisation non gouvernementale dans une unité mobile qui s'est promenée dans un quartier fréquenté par les jeunes, avec une grande proportion de résidents gais et de commerces gais, dans un quartier où il y avait une grande proportion d'immigrants, et d'autres quartiers sans lien avec la communauté gaie. De 2008 à 2011, 8 923 personnes ont subi un dépistage avec l'unité mobile; 137 personnes ont reçu un résultat réactif au test de dépistage, dont 133 étaient des nouveaux diagnostics de VIH confirmés. Les résultats du décompte de CD4 étaient disponibles pour 94 personnes, dont seulement 20 avaient un décompte CD4 inférieur à 350 (diagnostic tardif). La prévalence enregistrée était plus élevée dans le quartier gai de Madrid (2,0 %) que dans les autres quartiers à l'extérieur de Madrid (0,5 %). Fait intéressant, l'unité mobile a joint une proportion non négligeable de la population non jointe par les autres services de dépistage : 26 % des personnes jointes n'avaient jamais subi de test de dépistage, 18,4 % des nouveaux diagnostics n'avaient jamais subi le test et seulement 40,2 % des HARSAH joints avaient passé un test de dépistage dans la dernière année. Enfin, les auteurs soulignent que la visibilité de l'unité mobile est un facteur de succès important puisque plus de la moitié des participants (57,5 %) se sont arrêtés à l'unité et ont décidé de passer un test seulement par curiosité du service (123).

L'expérience française de l'offre de dépistage par des intervenants en milieu communautaire avec une TDR montre des résultats satisfaisants :

- Diagnostic précoce de l'infection;
- Prévalence du VIH élevée;
- Recours répété au dépistage;
- Accès facilité au dépistage et aux soins pour les cas positifs;
- Contact avec des personnes à risque pour le VIH n'ayant pas suffisamment recours au dépistage.

Toutefois, des enjeux concernant les modalités de financement et d'organisation des services sont soulevés dans la réévaluation de la stratégie française de dépistage (124).

Précisément, une étude française entre 2012 et 2014 a démontré la pertinence du dépistage par les pairs pour une population particulièrement exposée au VIH ou éloignée des services de santé. Les résultats de cette étude ont d'ailleurs ouvert la porte aux recommandations françaises dont l'évaluation est rapportée au paragraphe précédent. Les auteurs de l'étude rapportent que 1 370 cas de VIH ont été détectés, dont 1 109 nouveaux cas par le dépistage rapide effectué par les pairs; 30 % des nouveaux cas n'avaient jamais passé de test de dépistage au cours de leur vie. De plus, la proportion des tests positifs était plus élevée avec la TDR comparativement au test de dépistage

standard durant la même période (125). Les résultats d'une autre étude effectuée en France sur le même sujet, auprès de la population HARSAH, montrent que parmi les 532 HARSAH ayant participé à l'étude, plus de 92 % ont rapporté être très satisfaits de leur expérience de dépistage. D'ailleurs, ces derniers seraient plus enclins à accepter le dépistage lorsqu'il est offert par les pairs comparé à une offre par un professionnel de la santé, car ils percevraient moins de stigmatisation et moins de jugement négatif concernant leurs comportements à risque (126).

À Montréal, le projet SPOT consistait en une offre de service de dépistage du VIH auprès de HARSAH dans un milieu communautaire avec la TDR INSTI™ de juillet 2009 jusqu'en 2015. Le dépistage était réalisé soit par un infirmier ou une infirmière seul(e) ou en tandem avec un intervenant communautaire. L'évaluation du projet montre une grande appréciation des HARSAH face à leur expérience de dépistage : le site communautaire offre un lieu discret et accessible dans un contexte calme et non médicalisé. L'intervention en tandem intervenant-infirmier a également démontré une plus-value dans l'intervention de dépistage. La proportion de personnes revenues passer un second dépistage est plus élevée chez ceux ayant reçu l'intervention en tandem par l'intervenant et l'infirmier comparativement à ceux ayant reçu l'intervention uniquement par l'infirmier. Comparée à un site clinique de dépistage, l'offre en milieu communautaire de SPOT a rejoint des hommes plus jeunes (moins de 35 ans), plus fréquemment nés à l'extérieur du Canada, et plus fréquemment venus passer un test de dépistage en raison d'une prise de risque ou pour se faire rassurer sur leur statut sérologique (127). Les résultats de ce projet démontrent la pertinence d'une offre de dépistage en milieu communautaire auprès des HARSAH à Montréal.

13.1.4 CAMPAGNE DE DÉPISTAGE DE MASSE

Les campagnes de dépistage de masse associent une campagne de communication à une offre de dépistage accrue pour une période donnée. L'OMS, dans ses lignes directrices sur les services de dépistage du VIH, spécifie que les campagnes de dépistage de masse ont le potentiel d'augmenter le nombre de personnes dépistées, mais elles sont coûteuses et même après ces campagnes, plusieurs PVIH demeurent non diagnostiquées. Elle recommande donc de ne pas recourir à cette stratégie dans les régions à faible prévalence à moins que ce soit pour rejoindre des populations-clés particulières. Par ailleurs, le lien aux soins et services pour ces populations doit être planifié et efficace lorsque cette stratégie est employée (128).

Dans le contexte américain, trois études ont évalué l'effet des campagnes de dépistage de masse du VIH : *National HIV Testing Day* et *Early Test*. Ces campagnes étaient axées sur le travail de proximité et une stratégie de communication. Alors que la campagne *Early Test* s'adresse aux HARSAH en Californie, les activités et les clientèles ciblées par le *National HIV Testing Day* sont variables et déterminées par les organisations de chaque région. Dans un cas comme dans l'autre, les chercheurs ont pu observer une hausse importante du dépistage et du nombre de nouveaux diagnostics chez tous les groupes de la population au moment de ces campagnes (129–131).

Van Handel et Mulatu (2014) ont fait une comparaison quantitative de la proportion de personnes dépistées et de leurs caractéristiques lors de la semaine *National HIV Testing Day* (27 juin 2010) et deux autres semaines contrôles (7-13 janvier et 12-18 août 2010) aux États-Unis. Les objectifs de la campagne étaient d'encourager les personnes à se faire dépister pour le VIH, à connaître son statut sérologique, à s'engager dans les services de prévention, de soins et de traitement et de réduire la stigmatisation associée au VIH. En 2010, 15 000 tests supplémentaires et 100 nouveaux diagnostics de VIH supplémentaires ont été faits lors de la semaine *National HIV Testing Day* en comparaison aux semaines contrôles. Les résultats de leurs analyses révèlent que la campagne a permis de joindre des groupes de personnes disproportionnellement touchées par le VIH (noirs non hispaniques ou

afro-américains, HARSAH) et qui ne sont pas habituellement jointes par les services de dépistage (50 ans et plus, hétérosexuels à faible de risque) (129).

Une autre analyse de la campagne du *National HIV Testing Day* subventionnée par les CDC dans 55 juridictions américaines a été effectuée pour la période 2011 à 2014. La proportion de personnes dépistées et la prévalence parmi ceux-ci durant la semaine de la campagne et les deux semaines la précédant ou la suivant ont été comparées aux proportions correspondantes enregistrées le reste de l'année. Au total, 13 051 035 tests ont été faits dans le cadre de cette campagne et la prévalence de nouveaux diagnostics variait entre 0,52 % et 0,53 % chaque année. Le nombre de tests et le nombre moyen de nouveaux cas augmentaient considérablement en juin, mois de la campagne, comparés aux moyennes des autres mois ($p < 0,001$). Par ailleurs, le *National HIV Testing Day* permettait d'identifier plus de nouveaux diagnostics que les deux semaines précédant ou suivant l'évènement. Comparé à la seconde journée où le nombre de nouveaux diagnostics était le plus élevé dans l'année, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués lors de la journée du *National HIV Testing Day* augmentait de 25 % en 2011, 40 % en 2012, 20 % en 2013 et de 17 % en 2014. La hausse de la proportion de nouveaux diagnostics était statistiquement significative pour tous les groupes à risque ou non, pour tous les genres et âges (130).

Une troisième évaluation montre l'efficacité du programme *Early Test* sur la prévention de la transmission du VIH en augmentant le nombre de diagnostics précoces. *Early Test* est un programme de dépistage axé sur le travail de proximité et l'autoréférence au dépistage (*self-referral testing*) implanté en 2007 dans le Health and Human Services Agency Central region de San Diego. Le test Oraquick® a été utilisé suivi d'un test d'amplification des acides nucléiques (TAAN); 25 % des tests ont été réalisés dans des cliniques de santé publique. Le programme a rejoint principalement une clientèle HARSAH; 20 111 tests et 460 diagnostics de VIH ont été faits à la fin de 2012 dont 19,3 % étaient des infections aiguës (manque d'anticorps VIH, mais test TAAN positif) et 24,3 % des infections récentes (test d'anticorps positifs et critères sérologiques et virologiques correspondant à une infection dans les six derniers mois). Le nombre de tests faits dans le cadre du programme est positivement associé à une réduction de l'incidence (nombre de nouveaux diagnostics) dans les quatre comtés de San Diego. Par ailleurs, une augmentation des cas de chlamydia, gonorrhée et syphilis a été observée de 2008-2012, alors qu'il y avait une diminution des cas de VIH. Les données indiquent que l'amélioration des thérapies ARV n'explique pas à elle seule la baisse du nombre de cas de VIH incidents (131).

Enfin, une étude en Colombie-Britannique a comparé le volume de tests et la prévalence de positivité parmi les tests réalisés avant et après l'implantation du test TAAN pour le VIH. L'implantation du TAAN dans le service clinique a été accompagnée de deux campagnes de marketing social dans six cliniques fréquentées par les HARSAH à Vancouver. Les résultats de l'étude montrent une augmentation du volume de tests, de la proportion des cas identifiés correspondant à une infection aiguë par le VIH malgré une baisse globale de la prévalence du VIH chez les personnes testées dans la région. Des 217 nouveaux diagnostics posés, 24,9 % étaient des infections aiguës et 96 % étaient chez des HARSAH. Les effets de l'utilisation du test TAAN ou des campagnes de marketing social ne peuvent toutefois être dissociés. Il faut cependant mettre en garde sur les tests de dépistage du VIH utilisés qui étaient des tests de 3^e génération, moins performants que les tests de 4^e génération utilisés maintenant au Québec. En fait, 46 % des 54 infections aiguës étaient non réactifs au test de 3^e génération et l'ajout du test TAAN a permis une augmentation de 11,5 % des diagnostics dans ces cliniques (132).

Tableau 6 Résumé des stratégies de dépistage

Stratégies de dépistage	Description	Clientèle	Avantages	Barrières ou enjeux	Conditions d'efficacité
Milieu clinique (les cliniques ITSS font partie des milieux cliniques. Leurs spécificités sont présentées de façon distincte dans le tableau, lorsqu'applicable)	Offre ciblée ou universelle de dépistage, par les professionnels de la santé dans les services de première ligne Clinique ITSS Offre de dépistage en milieu clinique avec une offre de service axée sur la prévention, le dépistage et le traitement ITSS.	Tous Clinique ITSS Tous, mais le plus souvent des personnes à risque pour les ITSS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Meilleur lien aux soins (115 116) ■ Grand volume de tests (115) ■ Facilite la prescription immédiate d'ARV ou de PPrE ou la référence rapide vers les services (117) ■ Offert universellement, normalise le test de dépistage et réduit les barrières (128) ■ Avec une offre universelle, <ul style="list-style-type: none"> ■ acceptabilité des patients supérieure à 50 % (25 133), 70-88 % dans les zones à forte prévalence (25); ■ offre par les professionnels de la santé estimée à 44 % dans les cliniques médicales d'admission générale dans les zones à forte prévalence (revue de 6 études) (25) ■ offre de la part des professionnels de la santé en soins de première ligne estimée à 59 % dans les zones à forte prévalence (revue de 6 études) (25). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Opportunités manquées de dépistage fréquentes (117) ■ Ne rejoint que les personnes qui fréquentent les milieux cliniques (128) ■ Politiques de dépistage du VIH (c.-à-d. <i>opt-in</i>, selon les facteurs de risque, procédures de consentement) complexifient l'offre par les professionnels de la santé, en particulier dans les régions à faible prévalence (7) <p>Selon la prévalence du VIH dans les régions et les populations, l'offre universelle pourrait ne pas être coût-efficace (128)</p> <p>Clinique ITSS</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Satisfaction du counseling plus faible en clinique ITSS comparé aux cliniques de soins prénataux, centres de traitement de dépendance aux drogues ou sites de dépistage du VIH dans une étude (134). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Offre de routine en <i>opt-out</i> (117) ■ Dossier médical électronique (117) avec rappels automatisés ■ Campagnes de sensibilisation et d'éducation (117) ■ Procédures simplifiées de dépistage (ex. : consentement) ■ Accès faciles et multiples au service de dépistage de la clinique (119) ■ Approches spécialisées aux besoins des clientèles (119) et services culturellement et linguistiquement adaptés (135) ■ Ressources suffisantes pour assurer une coordination des soins pour les personnes nouvellement diagnostiquées (136) ■ Offrir le test de VIH avec le dépistage des autres ITSS (117 119) ou intégrer à d'autres services de santé (135)

Tableau 6 Résumé des stratégies de dépistage (suite)

Stratégies de dépistage	Description	Clientèle	Avantages	Barrières ou enjeux	Conditions d'efficacité
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clinique ITSS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Couverture du dépistage dans les GUM clinics : 79 % (25) ▪ Positivité plus élevée avec la TDR dans les cliniques ITSS ▪ Forte participation au dépistage en clinique ITSS (<i>opt-out</i>/intégrés aux soins) (11) ▪ Associé à un dépistage non tardif de l'infection (> 500 cellules/mm³ et sans maladie définissant le sida) (7) 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anonymat et confidentialité des services de dépistage (135) ▪ Qualité et pertinence du service (135)

Tableau 6 Résumé des stratégies de dépistage (suite)

Stratégies de dépistage	Description	Clientèle	Avantages	Barrières ou enjeux	Conditions d'efficacité
Hôpital	<p>Offre systématique de dépistage pour la plupart à l'urgence, ou aussi lors de l'admission aux soins courants ou aigus.</p> <p>La plupart avec le test de dépistage rapide.</p> <p>Plusieurs modalités : infirmière au triage, infirmière clinicienne, kiosque (efficacité moindre), médecin.</p>	<p>Population marginalisée</p> <p>Population générale</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmente le nombre de nouveaux diagnostics (28 111 112), comparé aux cliniques ITSS (11) ▪ Diminue le nombre d'opportunités manquées (27 112) ▪ Lieu stratégique pour rejoindre des populations vulnérables sans accès aux soins (27) ▪ Permet le lien aux soins des cas perdus pour suivis (28,29) ▪ Bouleverse peu la pratique des professionnels(112) ▪ Efficacité similaire à d'autres lieux de dépistage traditionnel (à Chicago)(113) ▪ Lien aux soins entre 70-80 % (27-29) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acceptabilité des patients sur le test ou à participer à l'étude : 24 % à 92 %(25)¹⁹ ▪ Offre par les médecins : 26,7 % à 51,2 %²⁰ ▪ Manque de temps lors de la consultation clinique (11) ▪ Lien aux soins cliniques pour le VIH difficile à assurer (11) ▪ Manque d'intimité et de confidentialité à l'urgence (11) ▪ Barrières culturelles et langagières (11) ▪ Coût du test (11) ▪ Difficulté à changer les pratiques des professionnels de la santé (11) ▪ En France, pas de plus-value au dépistage universel dans les urgences (110) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépend d'un ensemble de facteurs propres à chaque établissement : prévalence du VIH, clientèle desservie, disponibilité de financement et du personnel (11) ▪ Assurer l'implication de l'équipe : identifier un responsable du projet par équipe pour soutenir les autres en concertant les efforts et en impliquant l'administration de l'hôpital (11). Identifier des leaders de projet ▪ Dépistage en <i>opt-out</i> intégré à la pratique (112) ▪ S'assurer d'une organisation du service qui bouleverse peu les pratiques. ▪ Identifier un professionnel pour coordonner la communication du résultat et le lien aux soins. ▪ Formation du personnel impliqué.

¹⁹ 28,8 % (27); 24 % (112), 27,4 % (29); 60 %; 92 % (35); autour de 50 % (31 111 113).

²⁰ 46 % (35); 51,2 % (27); 26,71 % (110); offre de test à 34 % en Angleterre (25).

Tableau 6 Résumé des stratégies de dépistage (suite)

Stratégies de dépistage	Description	Clientèle	Avantages	Barrières ou enjeux	Conditions d'efficacité
Milieu communautaire/travail de proximité	<p>Dépistage offert dans les milieux de vie et de socialisation. Peut combiner plusieurs activités : recrutement ou dépistage par les pairs ou par un travailleur de proximité, unité mobile de dépistage, offre de dépistage dans des lieux non traditionnels, dont le milieu communautaire. Offert dans les études avec une TDR par un intervenant communautaire ou un professionnel de la santé ou un tandem.</p>	<p>Personnes ne fréquentant pas les services de santé traditionnels (25) Populations vulnérables et groupes à risque. Population non jointe par les services traditionnels (123)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Approche acceptable et faisable (128) ■ Acceptabilité des patients autour de 70-80 %(25) ■ Plus petit volume de tests, mais prévalence de positivité élevée (115) ■ Meilleure efficacité à rejoindre les populations ne fréquentant pas le système de santé (115)²¹ ■ Positivité plus élevée (115) ■ Facilite l'accès au dépistage (réduit une barrière) (119) ■ Unité mobile : Sensibilise et rejoint des personnes ne se percevant pas à risque ou n'ayant jamais subi de test (123) ■ Efficacité du recrutement par les pairs, du travail de proximité ciblé et du dépistage dans des lieux non traditionnels avec l'autotest Oraquick®. Ces trois stratégies ne diffèrent pas en termes d'efficacité dans une étude auprès des femmes afro-américaines (120) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lien aux soins plus difficile qu'en milieu clinique (115) ■ Organisation et planification des services (128) ■ Formation et soutien des non-professionnels de la santé (13) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Importance de l'implication des pairs dans la promotion du dépistage (119) ■ Visibilité du service (123) ■ Plus efficace dans les quartiers fréquentés par les groupes à risque ou dans les régions à forte prévalence (123) ■ Nécessite d'être bien planifié (128)

²¹ Présentation de Thomas Haig au CITSS, le 27 mars 2015.

Tableau 6 Résumé des stratégies de dépistage (suite)

Stratégies de dépistage	Description	Clientèle	Avantages	Barrières ou enjeux	Conditions d'efficacité
Campagnes de dépistage de masse	Campagne de communication accompagnée d'activités de dépistage intensifiées pendant un certain temps. Les activités utilisées étaient l'intensification de l'offre en clinique, des kiosques et des happenings de dépistage.	Tous groupes à risque	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmente le nombre de tests de dépistage (129 130) ▪ Augmente le nombre de nouveaux diagnostics (129 130) ▪ A été associé à une réduction de l'incidence du VIH (131) ▪ En association avec l'utilisation d'un test TAAN, a favorisé le diagnostic en phase aiguë (132) ▪ Offre en routine plus simple qu'une offre ciblée (31) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coût élevé(13) ▪ Peut aussi rejoindre des personnes non visées par le dépistage (129) ▪ Lien aux soins souvent problématiques (13) ▪ Peut-être stigmatisant lorsque ciblée auprès d'une population (129) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'OMS souligne la nécessité de faire des efforts pour joindre les populations-clés et assurer le lien aux soins lorsque cette stratégie est employée.

13.2 Quels sont les outils disponibles pour optimiser le dépistage?

Trois types d'outils majeurs ont été relevés dans la littérature pour optimiser le dépistage du VIH. Il s'agit des TDR, de l'autotest et des technologies de l'information. Le tableau 7, à la fin de la section, résume la description, les avantages, les enjeux et les conditions d'efficacité pour chacun des outils.

13.2.1 TROUSSE DE DÉPISTAGE RAPIDE

Les études sur l'utilisation des TDR montrent qu'elles permettent d'augmenter le nombre de tests faits (22), de rejoindre des populations à risque²² (22) et d'encourager et de faciliter le dépistage²³. Tel que souligné dans les études précédentes sur l'offre de dépistage en milieu clinique ou hors clinique, il s'agit d'un outil incontournable pour optimiser le dépistage du VIH.

Une revue de la littérature sur les TDR a recensé, en 2010, 29 études comparant l'impact de la TDR pour le VIH au test standard. La plupart des études étaient construites sur un devis observationnel. Les auteurs relèvent que l'implantation des TDR a permis d'augmenter le volume de tests faits, la participation au dépistage ou l'acceptation du test lorsqu'offert en proximité et la proportion de personnes recevant leur résultat. Ils ont aussi observé dans les études une réduction du temps d'attente pour obtenir le résultat. L'impact psychologique de l'utilisation des TDR ou la capacité à rejoindre des personnes jamais dépistées avec les TDR n'ont pas été mesurés. Les résultats sur l'effet des TDR sur le délai d'entrée en soins et sur le dépistage des autres ITSS sont contradictoires. Les études recensées ne montrent pas d'effet des TDR sur les connaissances et la réduction des comportements à risque. Leur revue leur a permis d'identifier plusieurs milieux ou situations où l'utilisation des TDR est faisable et acceptable :

- En salle d'accouchement auprès des femmes enceintes avec un statut sérologique inconnu ou non documenté;
- Lors d'une exposition à des liquides biologiques infectés auprès des personnes sources ou exposées;
- Dans les hôpitaux (à l'urgence ou autre département lorsqu'une infection par le VIH peut modifier le suivi clinique recommandé ou faire partie du diagnostic différentiel);
- Dans les prisons;
- Dans les lieux de proximité (sauna, événements de la fierté gaie, cliniques mobiles, centres communautaires, pharmacie, etc.);
- Dans les cliniques médicales de première ligne (primary care settings) dans des régions à forte prévalence (137).

En Ontario, les résultats du programme de dépistage du VIH dans les points de service (centres de dépistage anonyme du VIH, certains centres de santé communautaire et certaines cliniques de lutte contre les ITS des bureaux de santé publique) avec la TDR en 2009 montrent une prévalence du VIH de près de 1 %, ce qui est de trois à quatre fois plus élevé que celle observée avec le test de dépistage standard. Notons que 32 % des résultats positifs étaient chez des personnes ayant passé un test de dépistage du VIH pour la première fois (138).

²² CIUSSS Centre-sud-de-l'île-de-Montréal. Plan de soutien au dépistage du VIH à l'aide de trousses de détection rapide (TDR-VIH). 2015-2016. Et CIUSSS de la Capitale-Nationale. Bilan de l'utilisation de la trousse de dépistage rapide (TDR) du VIH au SIDEP du CIUSSS de la Capitale Nationale. Rapports non publiés.

²³ Présentation de Thomas Haig au CITSS, le 27 mars 2015.

Au Québec, la prévalence du VIH mesurée dans les projets avec les TDR est très variable d'un milieu à un autre²⁴. Le dépistage avec la TDR est offert et subventionné par le MSSS dans des points de services de la région de Montréal et de la région de Québec selon deux configurations différentes, toutes deux destinées à des groupes à risque pour le VIH. Les deux responsables de ces services au niveau régional soulignent l'appréciation de la clientèle et des professionnels de la santé à utiliser cet outil. L'offre du dépistage à l'aide de la TDR permet de rejoindre et fidéliser une clientèle non rejointe autrement. La prévalence de positivité des tests est toutefois très variable allant de 0,4 % à 1,9 % selon le service (milieu communautaire, CLSC, clinique ITSS)²⁴.

Un projet pilote d'implantation des TDR dans trois centres de détention de la région de Montréal a été mené de juillet 2010 à décembre 2011. L'évaluation de l'utilisation de la TDR montre une appréciation difficile de l'outil comparé au test standard. Bien que les détenus(es) apprécient l'outil et qu'il était faisable d'utiliser ces TDR en milieu carcéral, l'utilisation d'une trousse moins dispendieuse combinant la détection du VIH et du VHC et ayant un programme d'assurance-qualité moins exigeant serait un outil plus approprié. L'utilisation de la TDR a permis, en milieu carcéral, d'augmenter le nombre de personnes recevant leur résultat de test de dépistage du VIH et le recevant rapidement, mais n'a pas permis de réduire la durée totale des interactions entre l'infirmière et les détenus, ce qui aurait pu, ultimement, libérer des ressources et augmenter le nombre de personnes ayant accès au dépistage. La proportion de tests positifs pour l'infection par le VIH était faible. Elle était de 0,8 % en phase préimplantation (avec le test standard) et de 0,3 % en phase d'implantation avec la TDR. Enfin, il est souligné que l'incarcération est un moment propice pour le dépistage des ITSS, en particulier pour les femmes (139).

13.2.2 AUTOTESTS POUR LE VIH

Les autotests pour le VIH ne sont pas encore homologués au Canada. Toutefois, un sondage francophone et anglophone au sujet de l'implantation de l'autotest auprès de professionnels impliqués dans le dépistage du VIH au Canada montre un intérêt pour l'outil (140). Des 183 répondants au sondage, 65 % croient que l'autotest devrait être rendu disponible pour leurs patients, dépendant le contexte, la clientèle et le counseling pré et post-test; 71 % croient que l'autotest permettrait de rejoindre les PVVIH ignorant leur statut sérologique et 42 % estiment que leurs patients seraient motivés à utiliser les applications internet et mobiles pour le lien aux soins. Par contre, certains répondants ont exprimé des préoccupations quant à l'instabilité émotionnelle des personnes, les mécanismes d'adaptation au résultat (*coping mechanisms*) et les connaissances sur le VIH. D'ailleurs, 72 % croient que les consignes d'utilisation doivent être clarifiées afin que les utilisateurs comprennent la nécessité du lien aux traitements et counseling. Somme toute, seulement le quart des répondants perçoivent plus de mal que de bien concernant les autotests (140).

Une étude américaine a évalué l'utilisation de l'auto-test Oraquick® dans un kiosque placé dans une salle d'urgence de l'hôpital John Hopkins à Baltimore au Maryland (US) dont le trois quarts de la clientèle est afro-américaine. Des 955 patients âgés de 18 à 64 ans approchés dans le cadre de l'étude, 49,5 % ont consenti à essayer l'autotest. Parmi ces participants, 99,8 % perçoivent le test comme correct et 91,7 % font confiance au résultat; 25,9 % des participants préfèrent l'autotest alors que 34,4 % préfèrent qu'un professionnel de la santé fasse le test; 26,1 % des participants préfèrent faire le test à la maison alors que 32,8 % préfèrent le faire en milieu clinique. Concernant l'exactitude du résultat, 100 % des résultats des tests faits par les participants étaient congruents aux résultats obtenus par l'assistant de recherche avec la trousse de dépistage habituellement utilisé

²⁴ CIUSSS Centre-sud-de-l'île-de-Montréal. Plan de soutien au dépistage du VIH à l'aide de trousse de détection rapide (TDR-VIH). 2015-2016. Et CIUSSS de la Capitale-Nationale. Bilan de l'utilisation de la trousse de dépistage rapide (TDR) du VIH au SIDEP du CIUSSS de la Capitale Nationale. Rapports non publiés.

à l'urgence. Les auteurs concluent que c'est une voie prometteuse, malgré une participation modérée au kiosque (50 %). Ils soulignent aussi la nécessité d'avoir un intervenant pour mousser la participation au kiosque de dépistage et assurer le lien aux soins cliniques.

Soulignons qu'en France, l'autotest est actuellement mis à l'essai sous la supervision des pharmaciens (124). En décembre 2016, l'OMS recommandait l'autotest comme approche supplémentaire aux services de dépistage du VIH. Les études sur le sujet montrent des résultats prometteurs pour optimiser le dépistage du VIH. Toutefois, certaines conditions d'efficacité sont proposées, soit de s'assurer que le test est de bonne qualité et approuvé, que les politiques et règlements autorisent sa commercialisation et son utilisation, que les usagers aient accès à de l'information, du soutien et à une référence vers des services et qu'un système de suivi et de notification des partenaires soit mis en place (2).

13.2.3 TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION

Les technologies de l'information réfèrent à plusieurs outils, dont internet, messagerie texte, médias sociaux, téléphones intelligents, tablettes tactiles, aux codes QR, applications mobiles et jeux vidéo interactifs (39). Ces différents outils et plateformes permettent de bonifier les services associés au dépistage du VIH : éducation, sensibilisation, prise de rendez-vous en clinique, évaluation des facteurs de risque, notification des partenaires, renforcement de l'assiduité aux rendez-vous ou facilitation du lien aux soins et adhérence aux traitements.

Une revue de la littérature menée en 2013 montre que les technologies de l'information sont utilisées à travers le monde pour faciliter l'accès à des services de santé sexuelle pouvant se regrouper en quatre catégories : le dépistage des ITSS, l'information et l'éducation, la notification des partenaires et la contraception. Leur utilisation comporte plusieurs avantages, mais aussi des inconvénients (39).

« Avantages :

- Accès à diverses clientèles;
- Anonymat;
- Accès simplifié aux services;
- Réduction du sentiment de honte et de stigmatisation;
- Absence de barrière géographique ou temporelle, et
- Réduction des coûts.

Inconvénients

- Crainte d'un manque de protection de la confidentialité et de la vie privée;
- Soutien et counseling plus faibles;
- Biais de désirabilité sociale;
- Authenticité des professionnels de la santé mise en doute;
- Effets pervers possibles (bris de l'anonymat, rumeurs de diagnostics positifs, promiscuité sexuelle, infidélité, homophobie);
- Coûts de formation, d'assistance technique et d'évaluation. » (39) (page 6).

Malgré les inconvénients nommés et les défis d'implantation de telles stratégies, les résultats de la revue de la littérature montrent que les technologies de l'information peuvent être une stratégie efficace pour prévenir les ITSS et diminuer les inégalités de santé (39).

Les résultats d'une revue systématique de la littérature et une méta-analyse portant sur l'envoi de rappels actifs (*active recall*) pour le dépistage du VIH et autres ITS montrent que la répétition du dépistage est plus élevée dans les groupes qui reçoivent des rappels électroniques (proportion variant de 17,5 à 89 %) comparativement aux groupes contrôles. Dans le détail, les résultats montrent que le dépistage à domicile (collecte d'échantillons à domicile) augmente la répétition du dépistage comparé au dépistage en clinique, tout comme l'envoi de message texte de rappel comparé aux soins cliniques standards. Toutefois, les résultats de ces analyses sont limités par une grande hétérogénéité entre les résultats des études recensées (141).

Une revue systématique de la littérature citée plus tôt a souligné que parmi les interventions de counseling efficaces chez les jeunes et chez les HARSAH se trouvent celles se déroulant en ligne ou via des outils électroniques. Une des études recensées a d'ailleurs montré une augmentation du dépistage des ITS après une intervention en ligne (142).

En Colombie-Britannique, une plateforme de dépistage des ITSS gratuite a été développée en ligne, le *BC GetCheckedOnline*. Les objectifs de cette plateforme sont d'augmenter la participation au dépistage des ITSS et la proportion de diagnostics faits précocement; rejoindre les populations avec une plus forte prévalence des infections et qui font face à des barrières d'accès au dépistage; et augmenter la capacité des services cliniques en leur permettant d'allouer leurs ressources pour les cas complexes d'ITSS. En accédant à la plateforme en ligne, les usagers doivent ouvrir un compte, remplir un questionnaire sur les facteurs de risque et choisir les tests de dépistage qui leur sont recommandés. Par la suite, l'usager imprime sa requête de laboratoire, se rend dans un centre de prélèvement et reçoit ses résultats négatifs par courriel ou positifs par téléphone. Tout au long de la navigation sur le site internet, l'usager reçoit des informations sur la prévention, les facteurs de risque, le dépistage, etc. Les résultats de l'évaluation du projet pilote du service montrent qu'il s'agit d'une approche faisable et acceptable. Entre septembre 2014 et décembre 2015, 868 usagers ont créé un compte avec une perte de 10 à 25 % des usagers à chaque étape de la création du compte jusqu'au prélèvement pour analyses de laboratoire; 318 usagers ont fait le dépistage des ITSS, dont 30,8 % plus d'une fois. Parmi les tests possibles, 27 usagers ont fait un test de dépistage du VIH. Une ITSS a été diagnostiquée pour 3,1 % des usagers : chlamydia, gonorrhée ou syphilis. Les analyses du profil des usagers montrent que le service a joint des personnes qui n'avaient jamais été dépistées ou pour qui le dernier dépistage remontait à plus d'un an, et ce, malgré une clientèle ayant un risque accru pour les ITSS (HARSAH, antécédents d'ITSS, nombre élevé de partenaires, partage de matériel d'injection). Enfin, les auteurs soulignent l'importance d'une promotion adéquate du site pour mousser la participation (143).

Tableau 7 Résumé des outils de dépistage

Outils de dépistage	Description	Clientèle	Avantages	Barrières ou enjeux	Conditions d'efficacité
Trousse de dépistage rapide (40)	Utilisation d'une TDR du VIH homologuée par les professionnels de la santé dans les points de service, c'est-à-dire dans tous les lieux « hors laboratoire » où il y a offre de services de santé et de dépistage du VIH, dans les secteurs publics et privés (40)	Groupes à risque pour le VIH	<ul style="list-style-type: none"> ■ Obtention d'un premier résultat rapidement²⁵ ■ Permet d'offrir un dépistage en proximité²⁵ ■ Outil apprécié de la clientèle²⁶; ■ Faisable par un intervenant communautaire ou un non-professionnel de la santé formé (13 124). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Programme d'assurance qualité exigeant au Québec ■ Coût élevé de la trousse homologuée au Canada (INSTI) ■ Nécessite un test de confirmation avec un prélèvement par ponction veineuse et utilisation auprès de population avec une certaine prévalence de l'infection. ■ Les lois en vigueur au Québec ne permettent pas le dépistage par un intervenant communautaire. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nécessite un professionnel ou intervenant formé ■ Implantation selon le portrait épidémiologique, des caractéristiques des populations à risque, de l'offre de dépistage et de l'organisation des soins

²⁵ CIUSSS Centre-sud-de-l'île-de-Montréal. Plan de soutien au dépistage du VIH à l'aide de trousses de détection rapide (TDR-VIH). 2015-2016. Et CIUSSS de la Capitale-Nationale. Bilan de l'utilisation de la trousse de dépistage rapide (TDR) du VIH au SIDEP du CIUSSS de la Capitale Nationale. Rapports non publiés.

²⁶ Présentation de Thomas Haig au CITSS, le 27 mars 2015.

Tableau 7 Résumé des outils de dépistage (suite)

Outils de dépistage	Description	Clientèle	Avantages	Barrières ou enjeux	Conditions d'efficacité
Autotest	Utilisation d'une trousse de dépistage du VIH par le client lui-même avec ou sans supervision.	Groupes à risque pour le VIH Personnes isolées géographiquement ou réticentes à l'utilisation des méthodes traditionnelles de dépistage (124)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Augmentation de la fréquence du dépistage avec l'autotest sans diminuer le nombre de dépistages en clinique (2 144) ■ Peut doubler le recours ou la fréquence au dépistage chez les HARSAH (2) ■ Outil additionnel (124) ■ Outil apprécié de la clientèle : permet de la fidéliser au dépistage (145) ■ Acceptabilité des professionnels de la santé (140) ■ N'augmente pas les comportements à risque ni les conséquences sociales négatives (2) ■ Certaines trouses donnent d'aussi bons résultats qu'une TDR (2) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Autotest non homologué au Canada (41) ■ Validité des résultats obtenus avec les autotests variables (41) ■ Préoccupations de professionnels de la santé quant à l'instabilité émotionnelle des personnes, les mécanismes d'adaptation au résultat (<i>coping mechanisms</i>) et les connaissances sur le VIH (140) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ S'assurer d'avoir un produit de qualité (2) ■ Approche supplémentaire aux services de dépistage (2) ■ Nécessité d'avoir des consignes d'utilisation claires (140) ■ Politique et règlements encadrant adéquatement l'utilisation (2) ■ Système de suivi des cas positifs et de notification des partenaires (2)

Tableau 7 Résumé des outils de dépistage (suite)

Outils de dépistage	Description	Clientèle	Avantages	Barrières ou enjeux	Conditions d'efficacité
Technologies de l'information (39)	Utilisation des technologies de l'information dans le dépistage du VIH (rappel, prise de rendez-vous, transmission des résultats, notification des partenaires) : applications mobiles, internet, réseaux sociaux, messages texte (39).	Toutes clientèles ayant accès à la technologie (39) Jeunes (142) HARSAH (142)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rapide ■ Simplifie l'accès pour les usagers ■ Permet des stratégies de communication ciblée ■ Accessible en tout temps ■ Dépasse les contraintes géographiques (39) ■ Système de rappel par message texte augmente le dépistage subséquent (141) ■ Peut pallier aux barrières d'accès aux services traditionnels (143) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Confidentialité (enjeu majeur) ■ Absence d'interactions et de services directs ■ Peu d'effets sur les comportements ■ Coûts ■ Règlements des institutions de santé sur l'utilisation des technologies de l'information (39) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Utilisation d'une technologie adaptée et utilisée par la clientèle visée ■ S'assurer de la confidentialité ■ S'assurer de limiter le risque de préjudice pour la clientèle ■ Soutien informatique disponible (39) ■ Promotion adéquate du service (143)

13.3 Quels sont les effets de l'approche de dépistage (*opt-in* vs *opt-out*)

Deux approches pour offrir le dépistage du VIH sont retracées dans la littérature, soit en cherchant un consentement actif (*opt-in*) ou par un consentement passif (*opt-out*). En *opt-in*, les patients sont informés de la disponibilité du test de dépistage du VIH, mais il n'est effectué qu'à la demande expresse de ceux-ci au professionnel de la santé. En *opt-out*, les patients sont avisés qu'un dépistage est effectué, la plupart du temps en routine ou dans une offre systématique, à moins d'un refus mentionné au professionnel de la santé. Dans les deux approches, les informations pour permettre un consentement libre et éclairé à subir le test sont transmises.

Les études qui ont évalué ces approches se sont déroulées pour la plupart dans des salles d'urgence d'hôpitaux. Elles révèlent que l'approche *opt-out* semble favoriser l'offre de dépistage par les professionnels de la santé tout en ayant peu d'effet sur l'acceptabilité du dépistage par les patients. Aucune étude n'a été recensée concernant l'effet de l'approche de dépistage sur le lien subséquent aux soins.

Une recension critique des écrits sur le dépistage rapide dans les urgences citée dans la section 10.1 suggère que l'approche en *opt-out* allègerait la pratique clinique, permettrait d'augmenter l'offre et l'acceptation du dépistage. La proportion de personnes participant au dépistage pourrait être plus élevée si le test était intégré aux examens de routine. Les fortes proportions de personnes dépistées en clinique ITSS et en dépistage prénatal sont citées en exemple. Il a aussi été observé que l'acceptation était plus élevée lorsque le test était recommandé par un médecin. Toutefois, les résultats d'une étude recensée à Denver montrent que la moitié des répondants préféreraient un consentement pour le dépistage du VIH séparé qu'intégré au consentement général pour les soins médicaux (11).

13.3.1 L'OFFRE DE DÉPISTAGE PAR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ?

L'approche *opt-out* semble favoriser l'offre de dépistage aux patients en simplifiant la procédure (11) (136). Une revue systématique des études qualitatives publiées de 2004 à 2014 sur l'expérience des professionnels de la santé avec le dépistage du VIH offert en *opt-out* révèle que l'approche en *opt-out* intégrée dans les soins courants semble favoriser le dépistage du VIH, bien qu'elle ne règle pas les problématiques associées aux attitudes de certains professionnels de la santé par rapport au dépistage du VIH (par exemple, préjugés sur les comportements à risque et étiquetage, crainte de stigmatiser le patient) ou à l'organisation de services (par exemple, accès aux services, manque de temps et de ressources). À cela s'ajoutent des préoccupations quant à un counseling prétest insuffisant et à une difficulté à lier les PVVIH aux soins. Au final, les auteurs proposent de diffuser largement les recommandations d'offre universelle de dépistage en *opt-out* aux professionnels de la santé et d'implanter des stratégies de soutien à la pratique comme des rappels électroniques et des procédures de coordination de soins (136).

13.3.2 L'ACCEPTABILITÉ DU DÉPISTAGE PAR LA POPULATION?

Une revue systématique de la littérature internationale (Australie, Canada et Royaume-Uni) a permis de relever des barrières au dépistage intra personnelles (ex. : crainte d'un diagnostic positif, stigmatisation intériorisée), interpersonnelles (ex. : lien de confiance avec les professionnels de la santé, recommandation d'un test de dépistage, confiance en la qualité du test) et extrapersonnelles (ex. : lieu de résidence, caractéristiques sociodémographiques, contexte légal et politiques de dépistage). Les auteurs suggèrent l'offre universelle de dépistage avec *opt-out* comme une stratégie potentielle pour contrer ces barrières au dépistage du VIH (107).

Selon un résumé des dernières données probantes sur les obstacles et facteurs favorables au dépistage du VIH, une stratégie pour en surmonter plusieurs est le dépistage avec une approche en *opt-out*, sans pour autant négliger l'obtention du consentement. Par ailleurs, l'intégration du dépistage aux soins courants en *opt-out* pourrait avoir comme effet de le normaliser et de réduire la stigmatisation associée. Les patients seraient plus enclins à l'accepter quand le dépistage leur est proposé (146).

Un essai clinique randomisé non aveugle dans une salle d'urgence d'un hôpital d'enseignement urbain et dans un centre régional de traumatologie a évalué l'effet de la modalité de dépistage *opt-in*, *opt-out* et choix actif, sans counseling prétest, sur l'acceptation du test de dépistage chez les patients de 13-34 ans recevant des soins à l'urgence. Dans tous les cas, l'agent de recherche informait les patients qu'un test de dépistage rapide du VIH avec un résultat émis en une ou deux heures était disponible. En choix actif, l'agent de recherche demandait au patient de choisir s'il souhaitait être testé la journée même. En *opt-out*, le patient était avisé qu'il serait testé à moins d'un refus. En *opt-in*, le patient était informé que le test pourrait être effectué s'il le demandait à l'agent de recherche, l'infirmière ou à son médecin. La proportion de personnes acceptant le dépistage est la plus élevée avec l'approche *opt-out* (65,9 %), suivie du choix actif (51,3 %) et *opt-in* (38,0 %), peu importe le niveau de risque des patients. Les auteurs concluent que le choix actif est une modalité de dépistage différente, qui s'approcherait du meilleur estimé des vraies préférences des patients. Comparée au choix actif, la modalité *opt-out* pourrait substantiellement augmenter le dépistage du VIH alors que la modalité *opt-in* pourrait le réduire (1).

13.4 Quels sont les effets du counseling pré et post-test sur différentes variables

13.4.1 L'OFFRE DE DÉPISTAGE PAR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET L'ACCEPTABILITÉ POUR LES PATIENTS?

Un counseling pré et post-test est recommandé au Québec lors du dépistage du VIH. Toutefois, l'ampleur du counseling exigé peut sembler une barrière pour l'offre du test de dépistage par les professionnels de la santé. Il pourrait aussi être une barrière pour le recours au dépistage par les patients en n'étant pas toujours adapté à leurs besoins. Ces éléments avaient été soulevés dans l'avis publié en 2011 :

« Autant le counseling est une intervention pertinente dans le dépistage de l'infection par le VIH, autant il peut devenir une barrière au dépistage, tant pour les médecins que pour les personnes qui ont besoin de subir un test » (9) (page 35).

« Le counseling ne serait pas toujours adapté aux besoins des clientèles. Il peut, dans certains cas, constituer une barrière au dépistage de l'infection par le VIH chez les populations vulnérables aux ITSS [...], ce qui impose une réflexion sur l'adaptation de l'intervention clinique préventive à la réalité des personnes qui consultent les services de santé et à la réalité des professionnels qui la réalisent » (9) (page 36).

L'ASPC avait à ce moment mené une consultation sur le sujet dont la conclusion avait été rapportée dans le précédent avis :

« Avec l'évolution des traitements antirétroviraux et du contexte social entourant l'infection par le VIH, le counseling autrefois prescrit n'aurait plus sa raison d'être aujourd'hui et alourdirait la tâche des médecins. La longueur de l'intervention prétest apparaît aussi comme un obstacle. Les experts consultés ont aussi relevé des difficultés et des enjeux relatifs au suivi et à la communication d'un résultat positif. » (9) (page 35).

Une enquête canadienne auprès de médecins désignés pour l'examen médical pour les immigrants au Canada (83 répondants/203 invitations) va dans le même sens et révèle qu'ils évaluent faiblement leurs connaissances en matière de counseling, de test diagnostique pour le VIH et de pronostic du VIH. Toutefois, la plupart se disaient à l'aise de transmettre les résultats des tests et des informations sur la sexualité et la transmission du VIH. Le temps moyen pour le counseling prétest était de une à deux minutes, et en post-test, il était de moins de cinq minutes; 10 % passaient moins d'une minute. Les barrières linguistiques étaient rapportées par 61 % des répondants (147).

Un examen des recommandations européennes et des données probantes sur le counseling montre des avis partagés sur le counseling prétest. Alors que les résultats de certaines études auprès des HARSAH rapportent des bénéfices et de la satisfaction quant au counseling recommandé, d'autres études auprès d'HARSAH montrent que le counseling est aussi perçu comme une intervention répétitive et non nécessaire. Certains préféreraient voir le counseling prétest retiré, car ils le considèrent comme intrusif et comme encourageant une offre ciblée de dépistage basée sur une présomption de risque, parfois erronée, de la part du professionnel de la santé à partir de l'ethnicité ou de certains comportements sexuels. Par ailleurs, les résultats des études récentes appuient le dépistage du VIH en *opt-out* intégré aux soins courants : augmentation de la proportion des personnes dépistées, réduction des refus et acceptation par les patients. Par ailleurs, les résultats des études recensées dans cette revue montrent un effet positif autant pour les patients que pour les professionnels de la santé de la transmission d'informations en prétest par des feuillets d'informations. Cette revue souligne un consensus dans les lignes directrices européennes anglophones, qui s'appuient essentiellement sur l'avis des experts, sur la transmission et la discussion de l'information avant le test, de façon écrite ou verbale (148).

Une revue de la littérature soutient l'importance de services de dépistage, incluant le counseling, adaptés aux besoins des patients et offerts par des professionnels qualifiés pour favoriser le dépistage du VIH. Kaai et collaborateurs (2012) ont examiné les facteurs qui influencent l'utilisation des services de dépistage et de counseling chez les hétérosexuels au Canada et au Royaume-Uni; 27 études ont été revues. Plusieurs facteurs personnels, liés au professionnel de la santé et organisationnels ont été recueillis. Parmi les facteurs personnels, la connaissance des lieux de dépistage, des options de counseling et de dépistage et des bénéfices du traitement ARV ont été cités comme un facteur facilitant le recours au dépistage du VIH. Parmi les facteurs liés aux professionnels de la santé, la recommandation de dépistage de ceux-ci ainsi que les services culturellement et linguistiquement adaptés sont des facteurs facilitant le dépistage du VIH. Par contre, la mauvaise relation entre le patient et le médecin, l'incapacité du médecin à faire le counseling et le dépistage du VIH de façon efficiente et la perception de certains professionnels de la santé que le dépistage du VIH a un effet négatif sur les patients sont d'autres barrières relevées dans la littérature. Enfin, différents facteurs organisationnels ont été relevés dans la littérature : le dépistage dans le cadre d'un bilan de routine ou dans le cadre de l'examen prénatal, le dépistage rapide anonyme, le dépistage sans rendez-vous, les innovations dans les techniques de dépistage (ex. : mode de prélèvement et façon d'obtenir le consentement éclairé au test) sont des facilitateurs au dépistage, alors que l'accès difficile aux services, le manque d'anonymat ou les services mal adaptés aux besoins des autochtones ou des immigrants sont des barrières (135). Cependant, il est souligné dans la revue de Bell et collaborateurs (148) qu'il y a un besoin de mener des études pour recueillir l'opinion des patients sur le counseling.

13.4.2 LA MODIFICATION DES COMPORTEMENTS À RISQUE ET LA RÉDUCTION DU RISQUE DE TRANSMISSION?

Les études recensées montrent des résultats mitigés de l'effet du counseling sur le changement des comportements à risque. Peu d'études ont observé de modification dans les comportements à risque avec le counseling offert lors d'un dépistage du VIH. Toutefois, certaines études ont vu un effet du counseling sur la réduction des comportements à risque lorsque les sessions d'intervention étaient structurées, nombreuses et plus longues que ce qui est offert en milieu clinique habituellement.

L'USPSTF a émis des recommandations en 2014 sur les interventions de counseling pour prévenir les ITS. Ils recommandent un counseling intensif pour tous les adolescents et adultes sexuellement actifs à risque accru d'ITS (Grade B : service recommandé; haute certitude que le bénéfice net est modéré ou certitude modérée que le bénéfice net est modéré ou substantiel). Il y a des évidences que le counseling comportemental intensif (30 minutes à 2 h) réduit les probabilités de contracter une ITSS (bénéfice modéré). Les approches de counseling utilisées dans les études revues par l'USPSTF sont la transmission d'informations de base sur les ITS, l'évaluation du risque, et le développement de compétences (*skill-based intervention*). Plusieurs interventions étaient culturellement adaptées à l'âge ou à l'origine ethnique. Les modalités de counseling utilisées dans les études étaient la vidéo, les rencontres en face à face, le matériel écrit et le soutien téléphonique. Concernant l'implantation, le counseling pouvait être offert par les professionnels de la santé de première ligne, mais le partenariat entre le milieu clinique et communautaire augmentait les probabilités de l'intervention. Les données seraient toutefois insuffisantes sur l'efficacité des interventions de faible intensité en milieu clinique (149).

Une grande étude américaine avait pour objectif de déterminer l'effet du counseling bref adapté aux patients sur la réduction des risques lors du dépistage rapide du VIH. L'acquisition subséquente d'ITS était évaluée. Le projet *AWARE* s'est déroulé d'avril à décembre 2010. Les patients étaient randomisés en deux groupes avec counseling prétest bref ou avec information prétest selon les recommandations des CDC. Tous les patients étaient dépistés pour les ITS (comme marqueur du risque de contracter le VIH) au début de l'étude puis six mois après. Tous faisaient un test avec la TDR et recevaient le même counseling post-test. Le groupe ayant reçu un counseling bref l'a reçu d'un professionnel formé. Le counseling consistait en une discussion sur les risques personnels de VIH et d'ITS, sur la réduction des risques et l'établissement d'un plan d'action adapté au patient avec le soutien du professionnel formé. L'intervention avec counseling bref durait en moyenne 28 minutes comparée à trois minutes avec information prétest. L'étude a recruté 5 012 patients de neuf cliniques d'ITS aux États-Unis avec une proportion de rétention à six mois de 86,9 %. Le counseling bref prétest n'a pas démontré d'efficacité sur la réduction d'ITS ni sur les comportements à risque (faible effet), sauf la réduction de partenaires pour certains groupes, six mois post-intervention, comparé au groupe ayant reçu l'information prétest. De plus, le coût par infection dépistée était le double dans le groupe ayant reçu un counseling bref à cause des coûts associés à la formation des professionnels, le temps supplémentaire nécessaire au counseling et les activités d'assurance de la qualité pour maintenir la fidélité des interventions. À noter que même en formule brève, l'intervention durait tout de même 28 minutes en moyenne. Les chercheurs invitent à reconsidérer la nécessité du counseling prétest associé au VIH (150).

Haukoos et Thrun (151) renforcent les conclusions de Metsch et collaborateurs (150) dans un éditorial en rappelant que les stratégies de dépistage en routine avec un accès au test facilité a probablement plus d'efficacité à contrer l'épidémie de VIH que l'investissement dans le counseling en permettant de rejoindre les PVVIH qui ignorent leur statut et en les engageant dans la cascade de soins. Ils proposent de viser à éliminer toutes les barrières au test et le counseling en est une à leur point de vue. Il faut chercher un maximum d'impact pour le moins d'investissement en ressources.

Pantin, Léonard et Hagan (152) ont évalué une intervention de counseling auprès d'usagers de drogues dures dans Harlem à New York. L'intervention consistait en deux sessions d'une heure trente incluant un counseling pré et post-test pour renforcer les connaissances sur le VIH, les comportements sécuritaires et les habiletés ainsi que l'entretien motivationnel pour favoriser le suivi médical chez les personnes avec une ITS ou vivant avec le VIH; 58 participants recrutés dans un centre communautaire ont complété l'étude dont 65 % étaient des hommes, 60 % des Afro-Américains et 33 % des Latino-Américains. Le tiers était sans domicile fixe et 21 % s'injectaient des drogues; 74 % étaient porteur du virus de l'herpès simplex de type 2 (VHS-2), 44 % étaient séropositifs pour le VIH et le tiers était à la fois séropositif pour le VIH et le VHS-2. Pendant les quatre semaines post-exposition, la moitié ont été abstinentes ou ont utilisé systématiquement le condom, 17 % ont fait un usage inconsistant du condom et le tiers ne l'ont pas utilisé. Les chercheurs ont aussi observé une augmentation significative du niveau de connaissances sur le VIH, une réduction significative du nombre de partenaires, de la fatigue des pratiques sexuelles sécuritaires (*safer-sex risk fatigue*) et du nombre de jours où il y a eu injection de drogues (152).

Un essai randomisé américain auprès de 110 couples hétérosexuels afros ou latino-américains consommateurs de drogues avait pour objectif d'évaluer une intervention brève de counseling préventif et de dépistage comparée à la norme de soins du National Institute on Drug Abuse. L'objectif de l'intervention était de réduire les comportements à risque de VIH et d'ITS chez des femmes consommatrices de substances (crack, cocaïne, héroïne) sexuellement actives et engagées dans une relation stable avec un homme (au moins six mois). L'intervention brève à l'essai était adaptée selon les réponses des participantes à un questionnaire rempli au début de la recherche. L'intervention prétest consistait en de la transmission d'informations, des connaissances de base sur le VIH et les ITSS, des stratégies de réduction des risques selon leur profil, des exercices de couple, l'établissement d'un plan d'action, un counseling individuel, et finalement le dépistage. Ensuite, un counseling post-test et une revue du plan d'action étaient faits lors de la récupération des résultats du dépistage. Neuf mois après l'intervention, les couples qui ont participé à l'intervention ont rapporté moins de comportements à risque que ceux qui ont reçu l'approche standard de counseling et de dépistage. En moyenne, le temps passé pour l'intervention en couple était de deux heures (+/-25 min). Les gains observés en prévention sont la réduction du partage de seringues, la réduction de relations sexuelles vaginales et anales non protégées avec le partenaire principal et la réduction du nombre de partenaires secondaires. Les chercheurs estiment que l'intervention de couple a prévenu 3,04 fois plus d'infections par le VIH/1000 p.a. que l'approche standard (153). Cette étude montre un effet positif du counseling, mais l'intervention, quoique décrite comme brève par les chercheurs, était plus soutenue que celle actuellement recommandée.

Certaines études plus récentes montrent que certaines interventions de counseling sont efficaces. Une méta-analyse publiée en 2016 montre qu'une intervention en une session (4 minutes à 6 heures, moyenne 100 minutes) peut être efficace pour réduire l'incidence des ITS et augmenter l'utilisation du condom dans les cliniques d'ITS et autres milieux de soins, si le bon contenu et le bon format sont implantés. Le principal critère d'efficacité des interventions de counseling est qu'elles soient basées sur les modèles de changement de comportements reconnus. Comparé au groupe contrôle, les groupes ayant reçu une intervention avec une session unique étaient plus enclins à réduire la prise de risque sexuel globale, à augmenter le port du condom et à diminuer les relations sexuelles non protégées (154).

Une revue systématique, méta-analyse et métasynthèse de dix articles retenus (155) montre une efficacité des interventions en post-test pour réduire les comportements à risque chez les HARSAH séronégatifs selon certains critères d'efficacité. L'intervention devrait être :

- effectuée immédiatement après le test de dépistage;
- effectuée par du personnel qualifié;
- développée à partir d'un ancrage théorique des contenus et techniques d'intervention sur des modèles de changements de comportements reconnus;
- effectuée en portant une attention à la dimension affective; et
- axée sur le développement de la personne influencée par la norme sociale (pairs) et ses habiletés.

À partir de ces observations, les auteurs recommandent, pour le Royaume-Uni, de considérer l'intervention en milieu clinique plutôt qu'en milieu communautaire ainsi que de tenir compte de l'acceptabilité, l'organisation des services, le soutien institutionnel et des barrières financières (155).

Une revue systématique des essais randomisés sur les interventions brèves en prévention des ITSS a été effectuée par Long et collaborateurs (142). Les résultats révèlent que certaines interventions brèves ont été efficaces chez les jeunes et les HARSAH. Chez les jeunes (23 essais randomisés), les interventions électroniques ou digitales, les interventions courtes (ex. : 2 sessions de 20 minutes), et les interventions axées sur le développement de compétences et d'arguments normatifs sont les modes les plus prometteurs. Chez les HARSAH (10 essais randomisés), les interventions en ligne, électronique ou digitales semblent être celles avec le plus d'efficacité pour réduire les comportements à risque (142).

En somme, le counseling intensif (30 minutes à 2 heures) serait efficace pour modifier les comportements à risque et diminuer les probabilités d'ITS chez les adolescents et adultes à risque accru.

13.4.3 LE LIEN AUX SOINS?

Selon les études recensées, le counseling aurait un effet positif sur le lien aux soins pour les PVVIH nouvellement diagnostiquées.

Le counseling prétest permettrait de détecter les facteurs associés au non-retour en clinique pour la récupération du résultat du test de dépistage et pourrait permettre d'initier des interventions pour la favoriser. Une étude française a exploré les facteurs associés au non-retour en clinique pour récupérer les résultats du test de dépistage en France; 710 participants ont participé à l'enquête (taux de participation de 88 %), dont 46 n'ont pas récupéré leur résultat de test dans les 60 jours suivant le test dans un centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG). La moitié des participants étaient des hommes; 10 % HARSAH et 5 vivaient avec le VIH (2 hommes hétérosexuels, 1 HARSAH; 3 nés à l'étranger). Les chercheurs ont observé que les facteurs associés au non-retour pour les résultats étaient de ne pas spécifier dans le questionnaire son lieu de naissance comparé à ceux nés en France, de vivre à l'extérieur de la région de Paris comparé à ceux qui vivent à Paris, avoir un nombre élevé de partenaires (plus de six vs moins de deux), d'avoir visité le CDAG pour des symptômes cliniques comparés à ceux qui l'ont consulté pour un dépistage de routine dans le cadre d'une relation intime et d'avoir une faible perception du risque. Ce sont des facteurs pouvant être mis en évidence au moment de l'évaluation initiale et pouvant faire l'objet d'interventions spécifiques lors du counseling prétest. Au regard de leurs résultats, les auteurs proposent l'utilisation de la TDR et l'adoption de stratégies conviviales pour les utilisateurs : même professionnel qui fait le counseling

pré et post-test, heures d'ouverture flexibles, counseling culturellement approprié et professionnels polyglottes (156).

Les résultats d'une étude qualitative américaine soulignent l'importance d'un counseling post-test de qualité et de la référence active vers un service, c'est-à-dire que le professionnel fait la référence vers un service et organise le rendez-vous. Des entrevues semi-dirigées auprès de 42 PVVIH non liées aux soins et ayant reçu leur diagnostic 5 à 19 mois précédant l'étude ont été menées dans trois départements de santé américains (Philadelphie, Indiana et état de Washington); 71 % des participants étaient des hommes et 64 % des personnes afro-américaines. Peu de participants se sont dits satisfaits du service de dépistage et de counseling reçu. Ceux ayant reçu les services en clinique prénatale, dans un centre de traitement de dépendance aux drogues et dans un site de dépistage du VIH étaient plus enclins à être satisfaits comparé à ceux ayant reçu les services dans une clinique ITSS, en établissement hospitalier, en cabinet médical privé ou en clinique de maladies infectieuses. La satisfaction était influencée par l'information et l'éducation reçues après le diagnostic ou par le niveau de confort et de soutien offert par le professionnel de la santé. L'insatisfaction était associée à l'insuffisance ou l'absence du counseling et à la mauvaise qualité de celui-ci. Pour certains participants, la mauvaise expérience de counseling post-test a été une barrière à retourner à la clinique, et même si c'était pour aller chercher d'autres services de soutien en lien avec le VIH. La difficulté d'accès aux services est aussi une barrière soulevée par les participants. En outre, plusieurs barrières personnelles et sur lesquelles les professionnels peuvent intervenir lors du counseling post-test ont été révélées : crainte du dévoilement, respect de la vie privée, manque de confiance envers le professionnel de la santé, manque de motivation, instabilité (prison), comorbidités, honte et besoin de temps pour accepter le diagnostic (134).

Ainsi, le counseling prétest aurait l'avantage de permettre d'identifier des facteurs de risque associés au non-retour en clinique pour la récupération du résultat du test et d'intervenir sur ces facteurs. Le counseling post-test, lui, favoriserait le lien aux soins si le service reçu est adapté et de qualité. La référence active par le professionnel faisant le counseling post-test vers un service clinique était aussi un élément favorisant le lien aux soins.

Il s'agit par ailleurs de la recommandation d'un coroner du Québec envers le Collège des médecins du Québec : « Comme toute pathologie sérieuse, cette tâche nécessite temps, professionnalisme et empathie, plus facile à témoigner dans le cadre d'un face-à-face. La qualité de l'annonce par le médecin influencera considérablement la force du lien entre le patient et le corps soignant et elle est indispensable à la création d'une relation de confiance entre le médecin et le patient ». Le Coroner soulignait l'importance du counseling post-test en face à face pour absorber le choc d'un diagnostic de séropositivité au VIH (157).

13.5 Quels sont les éléments minimaux à donner au patient pour obtenir un consentement libre et éclairé au dépistage?

La revue des lignes directrices sur le dépistage du VIH (section 4) et des études montrent qu'il n'y pas de consensus sur les informations à transmettre. Deux visions s'opposent. L'une propose d'obtenir le consentement au dépistage du VIH de la même façon que celui pour les soins généraux, l'autre le considère comme un consentement nécessitant une approche distincte de celui pour les autres soins.

La revue des recommandations européennes sur le dépistage du VIH a permis de relever un consensus dans les lignes directrices européennes anglophones sur l'obtention d'un consentement verbal avant le test en individuel, en privé, de façon confidentielle et en présence d'un professionnel de la santé. Il y a aussi consensus sur l'importance de transmettre de l'information prétest, l'objectif de l'information prétest étant d'obtenir un consentement libre et éclairé. Le minimum d'informations à transmettre comprend :

- Le fait que le test est volontaire et confidentiel;
- Les raisons pour faire un dépistage;
- La procédure du test;
- Des informations sur la transmission des résultats;
- Le droit de refuser le test et d'accorder du temps pour les questions du patient.

Il n'y avait toutefois pas de consensus dans les lignes directrices sur la pertinence de discuter des effets potentiels du résultat positif ou négatif ni sur les risques potentiels du dépistage incluant les aspects légaux et discriminatoires (148).

L'OMS, dans ses lignes directrices parues en 2015, recommandait de donner de l'information concise sur les éléments suivants : 1) bénéfices du dépistage, 2) la signification du résultat positif ou négatif, 3) les services disponibles si le résultat est positif dont le traitement, 4) le potentiel d'un faux résultat si la personne prend déjà des ARV, 5) brève description des options de prévention et encouragement du dépistage des partenaires, 6) la confidentialité des résultats, 7) le droit de refuser le test sans impact sur l'obtention et la qualité des autres services de santé, 8) risque associé au dépistage dans les endroits où il y a des implications légales ou une stigmatisation associée au VIH ou aux comportements sexuels, et 9) de donner l'opportunité de poser des questions.

L'ASPC (64), dans son guide sur le dépistage paru en 2013, précise que « 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 ». Trois aspects sont importants en information prétest et pour obtenir un consentement libre et éclairé : 1) compréhension de la transmission du VIH, 2) connaissance des conséquences positives et négatives du dépistage, 3) capacité à interpréter le résultat. L'objectif principal de l'entretien prétest est d'obtenir un consentement libre et éclairé. Une façon proposée par l'agence de simplifier l'intervention de dépistage est d'expliquer aux patients les modes de transmission du VIH et les comportements à risque et de leur demander s'ils souhaitent passer le test. Par ailleurs, il est souligné que plusieurs informations à donner aux patients peuvent se retrouver dans un dépliant et que cette information écrite pourrait être remise aux patients dans la salle d'attente (64,65).

Dans ses lignes directrices sur le dépistage du VIH mises à jour en octobre 2016, le BCCDC normalise l'obtention du consentement pour le dépistage du VIH en soulignant qu'il est le même que le consentement à obtenir pour d'autres tests diagnostics ou traitements. Par contre, si la probabilité d'obtenir un résultat positif est élevée, une discussion plus approfondie avec le patient est suggérée. Aussi, il recommande de vérifier les raisons d'un refus de test auprès du patient afin de s'assurer que ce n'est pas causé par de la désinformation sur l'infection ou sur les conséquences d'un dépistage (37). Le BCCDC a d'ailleurs développé un feuillet d'information prétest à l'intention des patients disponible en plusieurs langues sur un site web afin d'outiller les professionnels de la santé (38).

Une étude auprès de la population et de professionnels de la santé avait pour objectif d'identifier les composantes d'un programme de dépistage populationnel des virus transmissibles par le sang (VIH, VHB, VHC) et la procédure de consentement associée qui serait acceptable en Angleterre; 46 participants de la population et 37 professionnels de la santé ont pris part à l'exercice. Il en ressort, entre autres, que :

- Le VIH ne devrait plus avoir un statut particulier et être intégré aux examens de routine;
- Il est insuffisant de transmettre l'information prétest par affiche ou dépliant seulement;
- Obtenir un consentement libre et complètement éclairé est l'idéal;
- La perte d'autonomie est compensée par les avantages cliniques d'un diagnostic précoce;
- Il n'y a aucun consensus sur la méthode pour obtenir un consentement (158).

Le service de dépistage des ITSS en ligne *GetCheckedOnline* en Colombie-Britannique inclut dans son formulaire, pour obtenir un consentement libre et éclairé de la part des usagers, les informations précisées au tableau 8, en plus des éléments spécifiques à l'utilisation de services en ligne. Les usagers du site doivent indiquer comprendre les informations sur la page de consentement pour accéder au service. Une évaluation qualitative de leur formulaire de consentement auprès de 13 participants hommes et femmes âgés de 19 ans ou plus montre que ces participants considéraient le processus de consentement important et nécessaire. Pour plusieurs, il s'agit de protéger les personnes et l'organisation. Ceci prenait plus d'importance pour certains puisque des informations personnelles étaient divulguées. L'expérience antérieure de dépistage semblait influencer la perception de l'expérience de dépistage en ligne. Les personnes avec une bonne expérience antérieure au dépistage avaient une compréhension plus claire de la signification et de l'importance du consentement éclairé. Leur étude révèle par ailleurs que les participants appréciaient la simplicité et la clarté du texte ainsi que le langage accessible du service en ligne (143). Bien qu'il s'agisse d'une étude d'évaluation sur le consentement en ligne, les éléments abordés et l'appréciation des participants peuvent influencer les éléments minimaux pour éclairer le consentement lors du dépistage en clinique.

Tableau 8 Consentement éclairé au service *GetCheckedOnline*

Éléments requis par la loi	Information transmise
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infection(s) testée(s) ▪ But et nature du test effectué ▪ Risques et bénéfices du test de dépistage ▪ Alternatives au test de dépistage proposé ▪ Conséquences de ne pas être dépisté 	<p>Sur la page de consentement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Information sur le test ▪ Bénéfices du dépistage ▪ Risque du dépistage ▪ Suivi des résultats positifs par une infirmière de santé publique <p>Sur les autres pages web du site</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Raison du test offert ▪ Description de la période fenêtre ▪ Information sur l'infection ▪ Recommandations sur les comportements sexuels sécuritaires ▪ Compilation électronique des résultats des tests ▪ Services et ressources disponibles ▪ Recommandations pour répéter le dépistage ▪ Nature d'une infection aiguë (si en période fenêtre) ▪ Prévention de la transmission (si en période fenêtre)

En somme, les différents éléments suivants sont proposés pour assurer un consentement libre et éclairé au dépistage du VIH, sans qu'il y ait de consensus sur le minimum d'informations à transmettre :

- Test volontaire, confidentiel et droit de refus (13,64 148 159);
- Raisons justifiant un test de dépistage du VIH (64) (148);
- Bénéfices et risques du test de dépistage (64) (128 159), incluant les services disponibles si le résultat est positif (128);
- Procédure du test de dépistage (64) (128 143 148);
- Interprétation des résultats du test (incluant information sur la période fenêtre) (64) (128);
- Implications d'un résultat positif en lien avec stigmatisation et criminalisation (128) et des aspects juridiques d'un diagnostic de VIH (160);
- Information sur la transmission des résultats (148 159);
- Temps pour poser des questions (13,64 148).

14 Discussion

Interpellés par l'évolution rapide et constante des stratégies et outils de prévention du VIH et par l'énoncé des cibles 90-90-90 de l'ONUSIDA (14), les membres du CITSS ont décidé de faire le suivi des recommandations émises dans l'avis *Optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH au Québec*, publié en 2011. Pour ce faire, le comité a réexaminé les recommandations de dépistage du VIH d'autres organisations de santé ailleurs dans le monde. Il a ensuite revu le portrait épidémiologique québécois ainsi que des données probantes sur la pertinence du dépistage, le ratio coût-efficacité de différentes approches de dépistage, les stratégies de dépistage et l'intervention associée au dépistage.

L'OMS (161) stipule que pour offrir un dépistage, les critères suivants doivent être présents :

1. Problème de santé important;
2. Prévalence élevée de la maladie dans le groupe visé;
3. Évolution naturelle de la maladie bien connue;
4. Durée de la phase asymptomatique suffisante pour permettre d'effectuer un dépistage;
5. Examen de dépistage valide, fiable et acceptable;
6. Traitement efficace disponible;
7. Traitement précoce apportant des avantages par rapport à un traitement tardif;
8. Critères précis permettant de déterminer auprès de qui doit se faire le dépistage;
9. Coût du dépistage n'est pas disproportionné en comparaison au coût de santé de cette maladie.

L'infection par le VIH est un problème de santé important avec une prévalence documentée élevée dans certains groupes (HARSAH, UDI, personnes originaires de pays où le VIH est endémique), mais incertaine, et probablement plus basse dans la population générale au Québec. Selon les données recueillies du Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec (16) et des projets de recherche (42,47,49,61,86), la proportion estimée de PVVIH l'ignorant ou étant diagnostiquées tardivement serait importante.

L'évolution naturelle de la maladie est connue et la durée de la phase asymptomatique est suffisante pour permettre un dépistage. Surtout, des tests de dépistage et des traitements efficaces sont disponibles, et leurs coûts ne sont pas disproportionnés comparativement au coût de la prise en charge de la maladie. Au Québec, la valeur pondérée d'un test de dépistage du VIH standard avec un ELISA est de 3,30 \$ et de 18,50 \$ avec un test de dépistage rapide avec INSTI pour 2017-2018 (162). Le coût du suivi clinique et du traitement pour une PVVIH n'est pas documenté au Québec. L'Alberta a toutefois estimé un coût mensuel²⁷ à 914 \$ (+/-452 \$; 10 968 \$ +/-5 677 \$ par année) pour le suivi clinique d'un diagnostic de l'infection précoce et à 1 419 \$ (+/-378 \$; 17 028 \$ +/-5 031 \$ par année) pour un diagnostic tardif (8). Aucune analyse de coût-efficacité de différentes stratégies de dépistage et traitement du VIH n'est toutefois disponible pour le Québec.

La revue des études portant sur les bénéfices cliniques et de santé publique d'un diagnostic précoce montre l'importance de celui-ci tant pour les personnes infectées par le VIH que pour la santé de la population. Le traitement adéquat de l'infection permettant de maintenir une charge virale inférieure à

²⁷ Le coût estimé comprend : médicaments ARV et autres, soins cliniques incluant les frais de laboratoires et de médecin, soins à l'hôpital.

200 copies par millilitre de sang mesurée par des analyses consécutives de laboratoire tous les quatre à six mois a été démontré efficace pour prévenir la transmission de l'infection. Le risque de transmission est plus grand lorsque la charge virale est élevée tel qu'en primo-infection. Un diagnostic précoce et un lien rapide aux soins limitent la transmission du virus (25,63,79–81).

Ce rapport fait état de réflexions sur les moyens d'atteindre la première cible proposée par l'ONUSIDA : au minimum 90 % des PVVIH qui connaissent leur statut sérologique au Québec (14). Le but étant d'optimiser le dépistage de l'infection par le VIH au Québec. Telles que le laissent entrevoir les données épidémiologiques canadiennes et québécoises sur le VIH, des défis importants sont à relever pour atteindre cette cible de l'ONUSIDA, en particulier auprès de certains groupes. Ainsi, il est justifié de déployer d'importants efforts afin d'optimiser le dépistage du VIH au Québec et favoriser la détection précoce de l'infection. Ces efforts doivent s'inscrire dans un contexte qui cherche à mettre fin à l'exceptionnalisme du dépistage du VIH (13) et à la stigmatisation associée à l'infection et aux comportements à risque (13) puisqu'il s'agit de barrières au dépistage du VIH rapportées dans la littérature.

14.1 L'offre de dépistage

Actuellement, l'offre de dépistage recommandée au Québec est ciblée selon les facteurs de risque. Une offre universelle de dépistage, combinée à une offre ciblée de test selon les facteurs de risque et les indications cliniques, permettrait de rejoindre plus de cas en nombre absolu et pourrait réduire l'impact des barrières à l'accès au dépistage.

Une revue des données probantes sur les facteurs influençant le recours au dépistage du VIH montre que les principaux obstacles au dépistage sont :

1. Une faible perception du risque;
2. La gêne;
3. Le manque de connaissances;
4. Les contraintes de temps des professionnels de la santé;
5. La crainte de recevoir un résultat positif;
6. La stigmatisation et la discrimination associée au VIH;
7. La crainte de divulgation du statut sérologique ou la crainte d'un bris de confidentialité;
8. Le manque d'accès aux services;
9. L'insuffisance de la rémunération pour les professionnels de la santé²⁸;
10. Le manque de ressources humaines pour faire le dépistage (163).

D'autres études ont souligné que le dévoilement des facteurs de risque pouvait aussi être un frein au dépistage tout comme une lourde intervention de dépistage (109 113). Inversement, les facteurs facilitants sont l'offre du test en *opt-out*, la sensibilisation au dépistage, la normalisation du dépistage et du diagnostic de l'infection par le VIH (163). Enfin, les principales stratégies susceptibles de surmonter plusieurs barrières selon les auteurs d'une revue de la littérature sur les barrières au

²⁸ À noter qu'au Québec, la RAMQ a mis en place un code d'acte permettant aux omnipraticiens de facturer les interventions préventives relatives aux ITS, ce qui répond au problème d'insuffisance de la rémunération soulevé dans la revue de la littérature. [http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/100-facturation-omnipraticiens/011_b1_acti_clini_preven_acte_omni.pdf]

dépistage sont les campagnes de masse (information, sensibilisation et dépistage), une offre universelle de dépistage en *opt-out* intégrée aux soins courants et un minimum de service de qualité assuré par la formation des professionnels de la santé (107).

Les études recensées portant spécifiquement sur une offre ciblée de dépistage montrent des occasions manquées de dépistage, des diagnostics tardifs (décompte de CD4 bas) et une sous-offre de dépistage, même chez les populations à risque (32–35). Dans ce paradigme, la présence de facteurs de risque doit être relevée par le médecin pour offrir un dépistage, ce qui n'est pas toujours le cas. Voilà le principal problème de l'offre ciblée.

Plusieurs pays ont adopté une stratégie d'offre universelle de dépistage en complément à une offre ciblée de dépistage auprès de groupes à risque. Les évaluations varient d'un contexte à l'autre. Les résultats de la revue de la littérature permettent de constater de nombreux avantages à une offre universelle de dépistage du VIH, mais aussi quelques inconvénients. L'offre universelle au moins une fois à vie associée à un dépistage répété annuellement dans les groupes à risque (offre de dépistage ciblée) semblerait diminuer la proportion de diagnostics tardifs de l'infection (18,19) et certaines études permettent d'observer une hausse du dépistage, bien que parfois modeste (20–23). Néanmoins, 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 (19,20,23–25). Il demeure toutefois difficile de conclure que l'offre universelle de dépistage permet à elle seule de faire plus de nouveaux diagnostics, d'autres conditions ou stratégies y sont associées dans les études recensées. D'autres études seraient nécessaires. Sans aucun doute, l'offre universelle de dépistage permet aux professionnels de la santé de multiplier les occasions d'offrir un test de dépistage et pour les patients de recevoir une proposition d'un test.

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 une proportion plus élevée de personnes consentant au test en offre ciblée de dépistage ou sous la recommandation d'un médecin, mais plus de tests sont faits en nombre absolu avec l'offre universelle, probablement parce que la proportion de personnes à qui les professionnels de la santé offrent le test est plus élevée. Le lien aux soins demeure un défi important dans les études américaines (27–29,114). Aucun résultat portant sur l'effet de l'offre de dépistage sur le risque de transmission de l'infection n'a été relevé dans les études recensées, il s'agit plutôt d'un lien indirect.

Les études de coût-efficacité effectuées ailleurs dans le monde estiment que l'offre universelle de dépistage a un coût acceptable pour la société, en particulier lorsque la prévalence des infections non diagnostiquées est de plus de 0,1 % (30,68,70 102–104). Une étude de modélisation a estimé qu'une offre universelle de dépistage était coût-efficace (50 000 \$/AVAQ), lorsque la prévalence des infections non diagnostiquées était aussi faible que 0,05 % et en incluant les coûts et bénéfices pour les partenaires. 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 (30,31). Les données québécoises sont insuffisantes pour estimer correctement le coût-efficacité d'une telle offre de dépistage. Il est possible que ce soit aussi le cas au Québec. Des études de modélisation économique québécoises seraient souhaitables.

Nous insistons sur l'importance 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 pourrait permettre d'augmenter l'accès au test pour la population, de faciliter l'offre de dépistage par

les professionnels de la santé, de normaliser le dépistage; elle permet aussi une opportunité de relier aux soins des PVVIH qui avaient été perdues au suivi. L'offre universelle, combinée à d'autres stratégies de prévention, pourrait particulièrement être utile pour joindre les groupes vulnérables au VIH qui ignorent ou ne veulent pas dévoiler leurs facteurs de risque. Cette offre universelle doit être combinée à une offre intensifiée de dépistage ciblée auprès de personnes avec des facteurs de risque et à une fréquence de dépistage qui favorise un dépistage précoce de l'infection. Des actions concrètes devraient être posées afin de rehausser les services de dépistage auprès des groupes vulnérables au VIH et de les adapter à leurs besoins.

14.1.1 INDICATIONS DE L'OFFRE CIBLÉE DE DÉPISTAGE DU VIH

En 2014, le CITSS a recommandé une mise à jour des indications de dépistage pour le VIH dans le cadre d'une offre ciblée (43), reprise dans le Guide québécois de dépistage des ITSS (3). Nous estimons que les indications de dépistage proposées sont encore pertinentes (voir section 1.1.3). Toutefois, en tenant compte du contexte et de la stratégie de dépistage intensifiée recommandée dans cet avis, certaines indications de dépistage méritent d'être révisées et d'autres ajoutées. Les propositions d'ajout ou de modification aux indications de dépistage discutées aux paragraphes suivants ont été inspirées par les recommandations dans les lignes directrices consultées dans le cadre de ces travaux.

Il est proposé d'offrir un test de dépistage du VIH à toute personne ayant **un nouveau partenaire depuis le dernier dépistage**. Dans la même logique, l'abandon du condom dans le couple est une occasion pour offrir le dépistage du VIH aux partenaires (65,67,78).

En 2014, dans un souci de cohérence pour l'ensemble des ITSS, le seuil du nombre de partenaires sexuels à partir duquel une offre de dépistage devenait pertinente avait été défini, selon l'avis des experts du CITSS, à plus de trois dans la dernière année. Il s'agit toutefois d'une décision prise par consensus d'experts et qui tient compte des autres indications de dépistage proposées pour les autres ITSS. Il était alors précisé :

« Ce seuil est établi à titre indicatif. Il devrait être modulé selon l'infection considérée, les caractéristiques du patient et du milieu dans lequel il évolue. Le jugement clinique est requis. De plus, ce seuil devrait être adapté à l'épidémiologie régionale et locale des ITSS. Par exemple, dans le cas du VIH, si les données épidémiologiques montrent que la prévalence pourrait être supérieure au seuil du ratio coût-efficacité établi par les CDC, le seuil pour définir l'indication de dépistage "partenaires sexuels multiples" en l'absence d'autres indications de dépistage pourrait être abaissé » (43).

Selon l'enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) (164) (45 760 répondants): 74,9 % de la population de 15 ans et plus au Québec étaient sexuellement active dans les 12 mois précédant l'enquête. Chez les hommes, 2,7 % ont eu des partenaires masculins, 96,7 % ont eu des partenaires féminines et 0,7 % ont eu des partenaires masculins et féminins. Toujours chez les hommes, 84,6 % avaient un seul partenaire, 11,9 % de 2 à 4 partenaires et 3,5 % en ont eu 5 et plus. Chez les femmes, 96,7 % ont eu des partenaires masculins, 1,2 % des partenaires féminines, 1,1 % des partenaires masculins et féminins. Toujours chez les femmes, 89,1 % avaient un seul partenaire, 9,1 % de 2 à 4 partenaires, et 1,8 % en avaient 5 et plus dans la dernière année. Selon la tranche d'âge : 35,2 % des hommes et des femmes de 15 à 24 ans actifs sexuellement, 15 % des 25-44 et 6 % des 45-64 ont eu plus d'un partenaire dans la dernière année. Soulignons que dans l'ensemble, c'est seulement 16,1 % des répondants sexuellement actifs à l'EQSP qui ont recouru au dépistage pour une ITS dans la dernière année. Une offre répétée de dépistage pour chaque personne qui a un

nouveau partenaire permettrait de rejoindre plus de personnes, augmentant ainsi les chances d'un diagnostic précoce.

Les **personnes transsexuelles et transgenres** (76) ont été ajoutées comme groupe pouvant bénéficier d'un dépistage du VIH. Bien que les données québécoises soient insuffisantes pour documenter la prévalence de l'infection ou des comportements à risque dans ce groupe, des études ont démontré qu'ils s'agissaient d'un groupe vulnérable où la prévalence du VIH est élevée (165) et qu'ils avaient peu recours au dépistage (166). Une étude ontarienne a souligné que ce groupe éprouvait d'importantes difficultés à accéder aux services de dépistage (167).

Le dépistage du VIH est actuellement recommandé lors du diagnostic d'une infection gonococcique, d'une syphilis, d'une hépatite B ou d'une hépatite C. Il pourrait être pertinent d'élargir cette recommandation à un « **diagnostic d'une ITSS** », ce qui ajoute le diagnostic d'une infection à *Chlamydia trachomatis* à l'indication de dépistage. Bien que la chlamydia soit une infection à prévalence élevée au Québec (23 198 cas au Québec en 2014 (88)), 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. C'est d'ailleurs la recommandation du BASHH, ASPC, HAS 2017, CDC, NICE, ASHM, Nouvelle-Zélande (65,67,75–78,124).

Dans le même ordre d'idée, l'indication de dépistage pour la **personne demandant un test de dépistage**, même en l'absence de facteurs de risque décelés, devrait pouvoir s'appliquer sans counseling prétest. Les experts du CITSS sont d'avis qu'une personne demandant un test de dépistage pour toute ITSS devrait aussi se faire offrir le dépistage du VIH sans avoir à répondre à des questions. Le fait de répondre à des questions était d'ailleurs une barrière qui avait été soulevée par des usagers (109 113 135)(168). Il s'agit également d'une recommandation de l'ASPC, du BCCDC, de l'ASHM et de la Nouvelle-Zélande (37,65,77,78).

Enfin, il est également proposé d'ajouter la prescription de PPrE comme indication de dépistage du VIH, conformément au Guide de pratique sur la PPrE (58).

14.1.2 FRÉQUENCE DE DÉPISTAGE OPTIMALE POUR LA DÉTECTION PRÉCOCE DU VIH

Une fréquence optimale de dépistage permettrait un diagnostic plus précoce de l'infection, idéalement pendant ou après la primo-infection, tout en ayant une utilisation efficiente des ressources. Actuellement, la fréquence de dépistage du VIH recommandée au Québec est annuelle pour les personnes ayant un facteur de risque et aux trois à six mois pour les personnes chez qui les facteurs de risque sont présents de façon continue ou répétée (voir encadré 2). Dans le contexte de la stratégie de dépistage préconisée dans cet avis, il convient de réviser la fréquence optimale du test tant pour l'offre universelle que pour l'offre ciblée.

Les résultats d'une revue des recommandations sur la fréquence de dépistage du VIH montrent qu'il y a un consensus dans 34 lignes directrices sur un dépistage minimalement annuel pour les HARSAH, UDI, les partenaires des PVVIH, les personnes ayant des partenaires multiples, les travailleurs et travailleuses du sexe, les immigrants de pays où le VIH est endémique et les autochtones. Toutefois, il n'y a pas de consensus sur la fréquence de dépistage pour la population générale, les personnes incarcérées ou les personnes ayant des antécédents d'ITS. Certaines lignes directrices émettent des recommandations pour le dépistage prénatal. Un diagnostic le plus tôt possible pendant la grossesse est le plus souvent recommandé (9/20), suivi d'un dépistage lors de la première visite prénatale (4/20), et la répétition du test de dépistage au troisième trimestre, peu importe la présence de facteurs de risque chez la mère (4/20) (168). Une revue des données

probantes est en cours à l'ASPC. Les résultats de cette étude pourront éclairer les fréquences optimales de dépistage à recommander.

Fréquence de l'offre universelle de dépistage

Il n'y a pas de consensus dans la littérature sur la fréquence de dépistage recommandée dans le contexte d'une offre universelle de dépistage du VIH. Toutefois, les études sur le coût-efficacité de l'offre universelle de dépistage rapportées à la section 9 de ce rapport ont estimé qu'une offre une fois à vie était économiquement rentable. Par exemple, en France et au Portugal, un test à vie dans la population générale et la répétition du test chez les populations à haut risque se sont avérés être une stratégie coût-efficace (25 103 104).

Au Canada, la Colombie-Britannique et le Manitoba recommandent une offre de dépistage aux cinq ans pour les personnes sans facteurs de risque (offre universelle de dépistage). Le choix de l'intervalle de cinq ans est arbitraire et sera évalué au fil du temps. Par ailleurs, il a été recommandé aux milieux cliniques d'allonger l'intervalle d'offre de test si peu de nouveaux cas sont diagnostiqués, mais de poursuivre l'offre universelle de dépistage (118).

Fréquence accrue pour les personnes à risque élevé

Il est bien connu que la fréquence du dépistage doit être augmentée dans le contexte d'une exposition au risque répétée ou continue. La littérature et les recommandations font état de recommandations de fréquence accrue de dépistage auprès des groupes à risque variable selon la répétition des comportements à risque et les groupes visés : trois mois, six mois, un an. Par exemple, aux États-Unis, une offre de dépistage aux trois mois s'est avérée coût-efficace pour les HARSAH (25) (Hutchinson 2012 cité dans Public Health England. 2014).

Les CDC ont revu les données probantes sur la fréquence de dépistage chez les HARSAH. Les auteurs en concluent que les données sont insuffisantes pour modifier la fréquence annuelle de dépistage recommandé chez les HARSAH. Les médecins peuvent évaluer la pertinence d'un dépistage plus fréquent (trois à six mois) selon les comportements de leurs patients. Enfin, les HARSAH sous PPrE devraient se voir offrir un dépistage tous les trois mois ou dès l'apparition de signes et symptômes compatibles avec une primo-infection au VIH (72).

Les partenaires séronégatifs d'une PVVIH sont considérés comme étant à risque de contracter l'infection et un dépistage régulier devrait leur être proposé en fonction de la fréquence de leur exposition. Précisons toutefois que le ministère de la Santé et des Services sociaux a publié la position ministérielle *L'effet du traitement des personnes vivant avec le VIH sur le risque de transmission sexuelle de l'infection*. L'encadré 4 résume cette position.

Encadré 4 L'effet du traitement des personnes vivant avec le VIH sur le risque de transmission sexuelle de l'infection

« Le traitement des personnes vivant avec le VIH fait partie des stratégies hautement efficaces pour prévenir la transmission sexuelle de l'infection.

Il n'y a aucune preuve de transmission de l'infection par le VIH pendant les relations sexuelles orales, vaginales ou anales sans condom :

- 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.

Dans ce contexte, le risque de transmission est négligeable (15).

Rappelons que les résultats de l'essai randomisé HPTN-052 ont montré que l'amorce précoce du traitement était associée à une réduction du nombre de transmissions entre les partenaires de couple participant à l'étude de 96 % comparé au groupe avec traitement retardé (12). Aussi, l'étude européenne PARTNER ne montre aucune transmission entre les partenaires, même en présence d'une ITSS (83,84). Si les conditions de l'encadré 4 sont respectées, le dépistage répété des partenaires sérodiscordants n'est donc pas nécessaire. Il peut tout de même être offert pour rassurer les partenaires ou selon le jugement clinique.

Malgré des recommandations sur une fréquence répétée de dépistage pour les personnes à risque de contracter le VIH, il n'est pas garanti que l'offre ou le recours au dépistage se fasse aussi régulièrement (169 170). Des stratégies devraient être mises en œuvre afin d'intensifier l'offre de dépistage chez les populations-clés et de multiplier les stratégies et les occasions pour les joindre.

14.2 Simplifier l'intervention de dépistage

La revue de la littérature l'a montré, un processus prétest trop fastidieux peut être une barrière à l'offre de dépistage par les professionnels de la santé et d'accès au dépistage pour la population (109 113 135 148 168). Cette barrière a été soulignée dans l'avis publié en 2011 et a été soulignée à nouveau dans le cadre des travaux actuels. 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.

Les CDC, l'ASPC et BCCDC ont dissocié le counseling de l'intervention de dépistage dans leurs recommandations afin d'alléger la procédure (37,65,67) (66). L'évaluation des facteurs de risque n'est plus requise avant d'offrir le dépistage du VIH. Par contre, elle demeure une intervention pertinente au fil des consultations dans les services de santé ou par d'autres outils afin d'identifier les personnes pour lesquelles il serait indiqué de répéter l'offre de dépistage, d'identifier les personnes qui bénéficieraient du dépistage d'autres ITSS ou d'adapter les interventions pour favoriser la récupération des résultats et le lien aux soins des personnes nouvellement diagnostiquées. Avant le test, de l'information doit être transmise aux patients. Cette information peut être transmise de différentes façons, pas nécessairement verbalement, mais doit être accessible et comprise. L'objectif de cette information prétest est d'éclairer le consentement à passer le test de dépistage.

Dans une réflexion éthique sur le counseling associé au dépistage du VIH du Manuel sur le contrôle des maladies à déclaration obligatoire, le BCCDC souligne que même si le consentement au dépistage du VIH est maintenant le même que celui recommandé pour les autres tests ou traitements, un certain niveau d'information prétest est requis et répond aux quatre principes éthiques : autonomie, non-malfaisance, bienfaisance et justice. Dans cette réflexion, le BCCDC explique le rationnel derrière cette modification à leurs recommandations sur le counseling :

« Aujourd'hui, la situation est très différente. Bien que nous ne puissions pas proclamer qu'il n'y a pas de stigmatisation associée à un diagnostic de VIH, l'infection par le VIH est maintenant traitable. L'espérance de vie et la qualité de vie des personnes sous traitement sont comparables aux personnes non infectées; et la suppression de la charge virale élimine virtuellement la possibilité de la transmission du VIH. [...] L'interface entre les principes d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice tel que discuté ci-après suggère qu'autant l'individu que la société sont maintenant mieux servis par une approche d'obtention de consentement plus en routine » (37) (Traduction libre de la page 38, BCCDC *communicable disease manual*, appendix D).

Reconnaissant que les bienfaits d'un dépistage du VIH et d'un diagnostic précoce de l'infection surpassent les inconvénients de recevoir un diagnostic de VIH et que les inconvénients d'avoir une infection non diagnostiquée sont importants, il est justifié de simplifier la procédure d'obtention d'un consentement libre et éclairé au dépistage du VIH. Toutefois, il est important que les patients soient informés des inconvénients au test et des effets potentiels sur leur vie personnelle, professionnelle et sociale, mais que dans de tels cas, des ressources soient disponibles pour les soutenir au besoin. Ces risques n'ont pas besoin d'être approfondis lors de l'obtention du consentement et pourraient l'être lors d'un counseling post-test suite à un résultat positif, mais une information minimale sur le sujet devrait pouvoir être transmise avant le test.

L'obtention du consentement libre et éclairé au dépistage du VIH se fait de la même façon que pour tous les autres tests ou soins selon les exigences du Code civil et des codes de déontologie des ordres professionnels concernés (annexe 1). Le consentement peut être verbal (3). La procédure pour obtenir le consentement n'a pas besoin d'être plus fastidieuse que ce qui est recommandé pour les autres tests ou soins. Les lignes directrices de l'ASPC précisent que « 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. On considère que ceux qui comprennent le mode de transmission du VIH sont capables de consentir verbalement au dépistage du VIH » (65).

Le CITSS ne se prononce pas sur les éléments minimaux à transmettre aux patients pour éclairer leur consentement au dépistage. Inspiré du feuillet d'information prétest que le BCCDC utilise, l'annexe 2 propose différents éléments qui peuvent être abordés en prétest au Québec et qui pourraient être utiles pour obtenir un consentement libre et éclairé. Ces informations doivent être adaptées au contexte de la consultation et à la réalité de la personne qui consulte. Par exemple, certaines informations, notamment sur la nature de l'infection et la procédure du test, si elles n'ont pas changé, n'ont pas besoin d'être répétées à chaque dépistage auprès d'une personne qui consulte régulièrement pour cette raison. Également, une personne chez qui la probabilité de recevoir un résultat positif est élevée, à cause d'une exposition connue à l'infection, bénéficierait de recevoir plus d'informations en prétest pour insister sur l'importance de récupérer ses résultats et être mieux préparée à recevoir un résultat positif tout en comprenant ses implications sur sa santé et sa vie sociale.

Il n'est pas nécessaire que toutes les informations prétest soient transmises verbalement par un professionnel de la santé. D'autres modalités peuvent être utilisées. L'important est de s'assurer que le patient les comprenne. D'autres stratégies que la transmission de renseignements par un professionnel de la santé pourraient aussi être utilisées pour informer la population sur le VIH et le test de dépistage, et ce en particulier si une offre universelle de dépistage est effectivement mise de l'avant : distribution de feuillets explicatifs, campagnes publicitaires, ateliers en organismes communautaires ou en milieu scolaire, sites internet, etc. Plus la population sera informée sur le VIH, plus l'obtention du consentement libre et éclairé sera simplifiée.

Dans le même ordre d'idée, il y a deux façons d'obtenir le consentement, en *opt-in* ou en *opt-out*, selon le contexte. Dans une offre ciblée de dépistage et à l'initiative du professionnel de la santé, une approche *opt-in* serait à privilégier alors qu'une approche *opt-out* serait à privilégier dans une offre universelle ou systématique et dans des milieux où le dépistage des ITSS compose la grande partie des services (ex. : cliniques ITSS).

Le counseling demeure néanmoins une intervention pertinente dans certaines situations. Dans le contexte où de nouvelles stratégies biomédicales de prévention sont disponibles (PPrE et PPE, traitement comme outil de prévention), le counseling ne vise plus seulement la modification de comportements à risque, mais doit englober l'ensemble des approches préventives. Comme les études sur l'efficacité du counseling l'ont montré, le counseling sur la modification des comportements à risque doit être intensif pour être efficace et diminuer les risques de contracter une ITSS : sessions d'interventions multiples de 30 minutes à 2 heures, effectuées par des professionnels habilités, basées sur des modèles théoriques reconnus, adaptées à la réalité du client et à ses besoins (142 150–154). Toutefois, le format serait difficilement réalisable dans le contexte actuel de l'offre de service en première ligne, par un médecin ou une infirmière lors du test de dépistage en clinique. En ce qui concerne la prescription des stratégies biomédicales de prévention du VIH, il s'agit d'une activité réservée aux médecins, mais dont le soutien à l'adoption et à l'adhérence peut être effectué par d'autres professionnels de la santé et intervenants. Ainsi, il convient de proposer que le counseling sur les approches préventives soit réalisé par des intervenants habilités, c'est-à-dire les médecins, les infirmières, les professionnels psychosociaux et les intervenants communautaires. Les patients pour qui un counseling sur les approches préventives est pertinent devraient être référés vers un intervenant habilité ou des ressources dédiées. L'organisation des services de santé et services sociaux devrait permettre ce type de corridors de service dans des délais raisonnables pour le patient.

En particulier, le counseling post-test demeure important tant pour absorber le résultat du test que pour favoriser le lien aux soins. La communication des résultats positifs doit continuer de se faire en face à face avec un professionnel de la santé et le soutien pour le lien aux soins doit être fait activement. Pour les résultats négatifs, la communication ne se fait pas obligatoirement en face à face, mais tous les services dont le patient pourrait avoir besoin doivent être accessibles facilement. Par exemple, la communication d'un résultat négatif à une personne à haut risque de contracter le VIH est une opportunité de counseling sur les approches préventives efficaces (155), et un moment opportun d'offrir la prophylaxie pré-exposition selon les recommandations en vigueur. Enfin, les modalités de communication des résultats ne devraient pas permettre au patient de deviner que son résultat est positif avant de rencontrer le professionnel de la santé (157) et doivent être convenues avec le patient au moment du test ou de la prescription du test.

14.3 Stratégies et outils de dépistage à préconiser

À la lumière des résultats des études recensées, l'implantation de stratégies de dépistage diversifiées, complémentaires et adaptées aux différentes populations et réalités régionales semble à prioriser. D'ailleurs, l'implantation d'une offre de service de prévention du VIH diversifiée et intensifiée pourrait expliquer la diminution marquée du nombre de diagnostics tardifs chez les HARSAH aux Pays-Bas, diminution qui n'a pas été observée auprès d'autres groupes n'ayant pas reçu de tels services (7).

Les tableaux 6 et 7 résument les stratégies et outils relevés dans la littérature selon leurs avantages, barrières ou enjeux et leurs conditions d'efficacité soulevées dans les études recensées.

Dans le contexte québécois, les **milieux cliniques** où le dépistage des ITSS est disponible réfèrent aux services courants de première ligne, soit en CISSS, CIUSSS ou soit en cliniques médicales (GMF, UMF, etc.), aux services offrant un suivi prénatal, aux cliniques de type jeunesse, aux cliniques d'interruption volontaire de grossesse et aux cliniques ITSS. Les cliniques ITSS sont considérées dans la plupart des études consultées comme un milieu clinique, mais où l'offre de service est axée sur la prévention et le traitement des ITSS. Certaines études ont souligné des particularités aux cliniques ITSS. Au Québec, les cliniques ITSS se retrouvent principalement dans les grands centres urbains. En ce qui concerne les SIDEPE, leur configuration varie selon les réalités régionales (93). Ils peuvent être considérés comme un milieu clinique spécialisé en ITSS lorsque les services sont offerts dans l'établissement même ou comme un service ITSS en milieu non clinique lorsque les services sont fournis en proximité des groupes vulnérables.

Dans une stratégie qui combine une offre universelle de dépistage et une offre ciblée intensifiée, on peut imaginer le rôle des milieux cliniques dans l'offre universelle de dépistage et le rôle des cliniques ITSS et des SIDEPE pour intensifier l'offre ciblée de dépistage auprès des populations à risque, en systématisant l'offre au sein de leur clientèle par exemple. Dans le contexte québécois, un autre avantage important de l'offre de dépistage en milieu clinique, en particulier dans les cliniques ITSS et les SIDEPE, est l'intégration de l'offre de PPE et de PPrE aux services de prévention disponibles. Toutefois, un des enjeux supplémentaires à l'offre de dépistage en milieu clinique semble être le temps qu'il est possible d'accorder au counseling actuellement recommandé.

De nombreuses études ont évalué l'offre systématique de dépistage dans les **hôpitaux**, en particulier dans les urgences. Les résultats de ces études sont prometteurs pour optimiser le dépistage du VIH. Ils montrent, globalement, une bonne acceptabilité de la part des patients et des professionnels de la santé. Cette stratégie permettrait un grand nombre de nouveaux diagnostics, mais pour la plupart tardivement (27,31 110 112 113). Toutefois, une étude a permis d'observer un plus grand nombre de diagnostics précoces de l'infection en offre systématique à l'urgence par rapport à une offre ciblée sur les facteurs de risque ou les indications cliniques de dépistage (113). Il est possible que, dans certains contextes, les patients porteurs d'une infection non diagnostiquée au VIH se rendant à l'urgence aient plus de risque d'avoir une maladie plus avancée que la plupart des autres patients non encore diagnostiqués, et ce, en particulier s'ils présentent des symptômes. Néanmoins, l'offre systématique de dépistage à tous les patients se présentant à l'urgence permettrait de rattraper des cas qui n'auraient pas été diagnostiqués autrement et pourrait permettre de relier aux soins les PVVIH perdues de vue pour leur suivi clinique. Toutefois, des enjeux d'implantation demeurent et certaines conditions sont proposées afin d'assurer l'efficacité de cette stratégie. Une des difficultés rencontrées est le lien aux soins pour les personnes diagnostiquées à l'hôpital. Cette barrière ne s'appliquerait probablement pas au Québec considérant l'organisation des services et le fait que chaque personne établie au Québec de façon permanente doit être couverte, en tout temps, par un

régime d'assurance médicaments (soit un régime privé, soit le régime public administré par la RAMQ (171).

Certaines études ont souligné la barrière des coûts du test. Cette barrière est moins un enjeu au Québec vu la gratuité des soins dans le réseau public, sauf pour les personnes sans assurance-maladie ou non inscrites à la RAMQ (ex. : voyageurs, immigrants sans statut, personnes sans domicile fixe). Un certain accès aux soins leur est possible, mais il peut être complexe et limité.

L'offre de dépistage dans les **milieux non cliniques ou communautaires** permet de joindre des personnes qui ne consultent pas ou peu le réseau de la santé. Différentes modalités de cette stratégie ont été vues dans les études recensées : pairs aidants ou intervenants communautaires qui sensibilisent et accompagnent au dépistage ou qui font l'intervention de dépistage au complet; professionnels de la santé qui offrent le test de dépistage en travail de proximité. L'offre de dépistage pouvait être faite par une unité mobile de dépistage, dans un lieu de socialisation ou dans un organisme communautaire. Dans la plupart de ces cas, une TDR est utilisée. Le dépistage en milieu communautaire présente plusieurs avantages, mais aussi des inconvénients résumés au tableau 6.

Au Québec, un intervenant communautaire ou un pair aidant ne peut pas, à l'heure actuelle, effectuer un test de dépistage, même avec une TDR. Il s'agit d'un acte réservé à certains professionnels de la santé qui ne sont pas nécessairement présents en milieu communautaire (172). Toutefois, les intervenants communautaires jouent un rôle d'éducation et de sensibilisation, d'accompagnement et de soutien. Ils peuvent aussi faire l'intervention de counseling qui accompagne le test de dépistage.

L'ajout des intervenants communautaires aux professionnels autorisés à effectuer un dépistage à l'aide d'une TDR pourrait optimiser le dépistage du VIH au Québec. Une étude de Flynn et ses collaborateurs (2017) portant sur les politiques de dépistage dans 50 pays souligne l'importance de supporter le dépistage par les intervenants communautaires pour optimiser l'offre de dépistage, en particulier auprès des communautés vulnérables n'ayant pas facilement accès à des services de dépistage dans les milieux cliniques. En ce sens, les expériences françaises et américaines sont positives (25 115 120 122 124–127). Les intervenants communautaires connaissent bien les besoins des clientèles et ont des horaires de travail adaptés à la réalité de ces dernières. Les études montrent qu'ils sont aptes à développer les connaissances et les habiletés pour utiliser la TDR (53 126 173 174). Toutefois, des enjeux importants, mais non insurmontables, demeurent concernant le lien aux soins pour la confirmation des cas réactifs avec la TDR et concernant le Programme d'assurance qualité associé à la trousse INSTI™, la seule trousse homologuée au Canada (40). Différentes options devraient être évaluées.

Soulignons que les lignes directrices de l'OMS (13) précisent que des prestataires de services non professionnels de la santé (*lay providers*) peuvent offrir des services de dépistage du VIH avec une TDR de façon sécuritaire et efficace avec une formation et une supervision. L'OMS recommande donc que les pays révisent leurs politiques nationales afin de permettre à des non-professionnels de la santé de faire toutes les étapes du dépistage, incluant le prélèvement et la communication des résultats.

Les études évaluant les **campagnes de dépistage de masse** ont montré qu'elles pouvaient augmenter la proportion de personnes dépistées. Toutefois, l'OMS ne conseille pas l'emploi de cette stratégie dans les régions à faible prévalence. Lorsqu'elle est employée, elle devrait l'être auprès de populations ciblées en assurant le lien aux soins pour les cas trouvés positifs (13). Toutefois, l'emploi d'une telle stratégie ciblée à un groupe peut devenir stigmatisant pour ce groupe. Malgré l'avis de l'OMS, les campagnes américaines du *National HIV Testing Day* montrent des résultats

impressionnants auprès de populations-clés (129 130). L'utilisation d'une campagne de dépistage de masse pour lancer une recommandation d'une offre universelle de dépistage du VIH une fois à vie pourrait être intéressante au Québec.

Enfin, il a été démontré que plusieurs problèmes psychosociaux (dépression, consommation abusive d'alcool, utilisation de stimulants, consommation de plusieurs drogues, abus sexuel durant l'enfance) peuvent être associés aux comportements sexuels à risque dans une large cohorte d'HARSAH américains (175). Le dépistage du VIH peut devenir une porte d'entrée vers d'autres services de santé et de services sociaux et d'accès à la prévention, ce qui est un avantage additionnel. C'est d'ailleurs l'approche préconisée dans la stratégie de lutte contre le VIH/sida de l'Ontario (176 177). Ceci souligne l'importance des actions intersectorielles et de l'offre de dépistage dans d'autres milieux institutionnels tels que les unités de psychiatrie, les établissements de détention ou les centres de réadaptation en dépendance.

Trois types d'outils pour optimiser le dépistage du VIH ont été relevés dans la littérature, soit les TDR, les autotests et les technologies de l'information. La TDR pour le VIH et les autotests sont des outils permettant le dépistage du VIH qui ont montré des résultats intéressants dans les études recensées, en particulier pour optimiser l'offre de service en proximité auprès des populations-clés.

Au Canada, seule la TDR INSTI™ est homologuée pour le dépistage du VIH aux points de service. Au Québec, des recommandations sur leur implantation ont été émises par le MSSS considérant les exigences du Programme d'assurance qualité et le coût de cette trousse (178) :

- Implanter le dépistage du VIH à l'aide de TDR dans les points de service qui réalisent un minimum de 200 tests de VIH par année auprès de populations vulnérables au VIH;
- Évaluer le financement des TDR sur la base de critères tels que l'épidémiologie de la région ou du territoire, le nombre de tests de VIH réalisés annuellement par les points de service (au moins 200 tests) et le taux de positivité (1 % ou plus);
- Prévoir régionalement ou localement des mesures de soutien au changement de pratique;
- Favoriser l'engagement des intervenants psychosociaux des CSSS ou du réseau local de service;
- Envisager une promotion régulière et ciblée de l'offre régionale de dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de TDR.

L'implantation des TDR est difficile, en partie, à cause des exigences du Programme d'assurance qualité de la trousse. Les résultats des projets pilotes à Québec et Montréal montrent des prévalences de positivité très variables²⁹. Les critères d'implantation devront être revus.

Afin d'optimiser le dépistage du VIH, en particulier auprès des populations-clés, la TDR s'avère un outil par excellence pour offrir le dépistage en proximité. Toutefois, l'absence de choix dans les TDR disponibles au Canada, le prix et les exigences de la seule trousse homologuée constituent un frein à son implantation. Ainsi, le CIUSSS souhaite que des actions soient entreprises afin de favoriser l'homologation d'autres TDR au Canada et de faciliter l'accès aux TDR, notamment en révisant les critères pour leur implantation au Québec.

²⁹ CIUSSS Centre-sud-de-l'île-de-Montréal. Plan de soutien au dépistage du VIH à l'aide de trousses de détection rapide (TDR-VIH). 2015-2016. Et CIUSSS de la Capitale-Nationale. Bilan de l'utilisation de la trousse de dépistage rapide (TDR) du VIH au SIDEP du CIUSSS de la Capitale Nationale. Rapports non publiés.

Concernant les autotests, aucun n'est actuellement homologué au Canada. Santé Canada a émis un avis en 2010 mettant en garde les Canadiens et Canadiennes sur l'utilisation de ces tests pouvant être commandés en ligne (41). Cependant, des autotests sont implantés dans différents pays. Par exemple, en France, l'autotest est mis à l'essai dans les pharmacies où l'utilisation est sous la supervision des pharmaciens (124). En décembre 2016, l'OMS recommandait l'autotest comme approche supplémentaire aux services de dépistage du VIH et précisait des conditions d'efficacité (2). Ainsi, le CITSS propose de se préparer à l'implantation de ces tests s'ils deviennent homologués au Canada.

Viennent ensuite les technologies de l'information qui peuvent bonifier les services associés au dépistage du VIH. Elles peuvent être utilisées pour pallier à des barrières d'accès à l'information sur le VIH et au dépistage. Bien qu'un certain nombre d'avantages et inconvénients s'appliquent à l'ensemble des technologies de l'information, certains sont propres aux outils et plateformes choisis. Permettant de rejoindre rapidement un grand nombre de personnes en tout temps et en presque tous lieux, ces technologies ne permettent malheureusement pas de rejoindre les personnes qui n'y ont pas accès. L'utilisation de ces technologies peut comporter des enjeux majeurs de confidentialité, dont les planificateurs de service doivent tenir compte. Elle nécessite également un soutien informatique. Le choix du contenu et l'adéquation avec les besoins de la clientèle visée ainsi qu'une promotion adéquate sont essentiels afin d'assurer l'efficacité du service offert par ces technologies. Au Québec, leur utilisation dans le réseau public de la santé semble toutefois limitée par les règlements de certaines institutions de santé (39).

14.4 Des critères d'efficacité

Plusieurs études recensées ont souligné des difficultés relatives à l'implantation de nouvelles mesures ou stratégies de dépistage. Certaines ont souligné que malgré une recommandation d'offre universelle de dépistage, il peut quand même y avoir une sous-offre de dépistage principalement expliquée par l'implantation difficile de nouvelles stratégies dans les milieux cliniques ou la difficulté à faire changer les pratiques des professionnels de la santé (19,20,23–25,124).

Par exemple, dans les projets de dépistage dans les salles d'urgence des hôpitaux, différentes barrières ont été relevées : le manque de temps lors de la consultation clinique, l'incapacité à assurer un lien aux soins cliniques pour le VIH, le manque d'intimité et de confidentialité, les barrières culturelles et langagières, le coût du test, la difficulté de faire changer les pratiques des professionnels de la santé (11). Un critère de succès identifié pour l'implantation d'un projet de dépistage dans les salles d'urgence hospitalières est d'assurer l'implication de l'équipe en identifiant un responsable du projet par équipe pour soutenir les autres en concertant les efforts et en impliquant l'administration de l'hôpital (11 118).

Au Québec, le cadre de référence sur les SIDEP souligne des disparités dans l'offre de service. Par ailleurs, des lacunes dans l'accès au dépistage de la population générale peuvent avoir des conséquences sur les services SIDEP dédiés aux populations vulnérables, puisque dans certaines régions, les SIDEP sont la seule voie pour obtenir un dépistage. Le Cadre de référence pour l'optimisation des SIDEP émet le constat suivant : « Malgré les efforts, l'accès au dépistage pour les groupes visés demeure limité. Des acteurs à l'échelle nationale, régionale et locale rapportent des défis persistants liés à l'organisation des services, à leur pérennité ainsi qu'au manque d'indicateurs procurant une évaluation juste de leur fonctionnement et de leur incidence » (93). Face à ce constat, le Cadre rappelle que pour améliorer la santé des groupes vulnérables aux ITSS, il est nécessaire de mettre en œuvre une approche adaptée des SIDEP. Il définit cette approche comme « une approche proactive qui 1) reconnaît les caractéristiques et les besoins de ces personnes; 2) met en œuvre une

organisation de service de proximité flexible et à bas seuil; 3) mobilise un ensemble d'acteurs pour optimiser l'utilisation des ressources; 4) mise sur la formation et l'évaluation de façon régulière et continue ». Pour atteindre ces objectifs, des pistes de solutions sont proposées dans le cadre et les outils d'application (93).

L'engagement des acteurs, une organisation des services efficiente et adaptée aux besoins des populations et la mise en œuvre de stratégies pour favoriser l'intégration des recommandations dans la pratique des professionnels de la santé revêtent une importance particulière. À cet effet, plusieurs stratégies existent et sont présentées dans des guides québécois (179 180). Nous n'en faisons pas ici l'inventaire.

14.5 Forces et limites

Les recommandations émises dans cet avis s'appuient sur une revue de la littérature et un processus consultatif qui ont des forces et des limites. D'abord, la revue de la littérature a été structurée selon un plan de recherche inspiré de deux importantes revues de la littérature sur le même sujet (18,60), ce qui nous permet de croire que les éléments importants à considérer n'ont pas été négligés dans l'analyse. Toutefois, cette revue ne peut être qualifiée de systématique, ce qui peut constituer une limite, mais nous croyons que les articles majeurs en lien avec le sujet ont été inclus. Aussi, l'échelle utilisée pour évaluer la qualité des études n'est pas une échelle validée, mais une échelle adaptée. Notre échelle ne nous permet pas de différencier les études de qualité moyenne et faible, ces deux catégories ayant été regroupées, ce qui peut limiter la gradation des données probantes et des recommandations. Néanmoins, l'utilisation de cette échelle a permis de nuancer le poids à accorder aux résultats des études et leur impact sur les recommandations à émettre.

Cette revue de la littérature a été bonifiée d'un processus consultatif auprès d'experts québécois en prévention des ITSS et d'acteurs concernés. À partir de ce processus consultatif, les données probantes ont été revues afin d'émettre des recommandations pour optimiser le dépistage du VIH en tenant compte du contexte québécois. Toutefois, les constats tirés de la littérature sont limités par la faible représentativité des données revues et le peu de données québécoises. Peu d'études recensées avaient un contexte épidémiologique, démographique ou organisationnel semblable au Québec. Le processus consultatif a permis de pallier à ce manque de données probantes en s'appuyant sur l'expertise en prévention du VIH au Québec des membres du CITSS. Dans ce contexte, plusieurs recommandations émises dans cet avis s'appuient sur l'avis d'experts après analyse des données disponibles. Toutefois, soulignons un certain biais dans le processus consultatif. L'infection par le VIH étant plus fréquente dans les grands centres au Québec, les expertises sollicitées proviennent surtout de ces régions (Montréal, Laval, Québec, Sherbrooke).

Une autre limite est que les données du Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec ne permettent pas de préciser la prévalence ou l'incidence du VIH.

« Elles portent sur les cas détectés et déclarés; tandis qu'elles excluent les PVVIH diagnostiquées qui ne sont pas déclarées au programme et celles non dépistées qui ignorent qu'elles ont le VIH. Les nouveaux diagnostics ne représentent pas seulement les cas incidents; ils comprennent des infections récentes (incidence) et des infections anciennes tardivement diagnostiquées » (page 2) (10).

De plus, les données sont dépendantes de l'offre de dépistage qui est faite (biais de sélection). Peu d'études de prévalence ont été effectuées au Québec depuis 2011. Les données sont donc partielles et manquantes pour certains groupes à risque, notamment les HARSAH, les autochtones, les travailleurs et travailleuses du sexe et les personnes immigrantes.

Nous n'avons pas non plus pu obtenir des données interprétables sur l'offre de dépistage du VIH au Québec, la participation au dépistage et la prévalence de positivité. Ce qui rend impossible une réelle évaluation de la performance de l'offre de dépistage actuellement recommandée et des stratégies mises en œuvre au Québec. Cependant, l'analyse des données disponibles avec le regard des experts québécois nous permet tout de même d'estimer que l'offre est insuffisante pour atteindre les objectifs 90-90-90 de l'ONUSIDA. Une mesure de l'offre de dépistage au Québec serait souhaitable, et nécessaire pour évaluer l'efficacité des recommandations émises dans cet avis.

Aucune analyse de coût-efficacité n'est disponible pour le Québec. Nous ne pouvons donc pas nous prononcer sur cette question. Pour un exercice futur d'évaluation de la stratégie de dépistage du VIH proposée, il serait important que de telles analyses soient effectuées.

Ainsi, considérant l'ensemble des forces et limites de cet avis, il aurait été bénéfique d'avoir des données sur les éléments suivants :

- Prévalence du VIH au Québec auprès de la population générale et auprès des populations-clés et autres groupes à risque;
- Offre de service en dépistage du VIH au Québec pour la population générale et les populations-clés, entre autres sous les angles suivants :
 - Disponibilité des services et cartographies,
 - Qualité du service selon les normes de pratique,
 - Appréciation du service par les usagers,
 - Offre de dépistage par les professionnels de la santé,
 - Participation au dépistage ou recours aux services par les populations;
- Estimation de coût-efficacité de différentes approches de dépistage : universelle, ciblée et systématique dans différents milieux;
- Efficacité de différentes stratégies de dépistage auprès de diverses clientèles au Québec, en tenant compte de la proportion de tests faits, du taux de positivité, de l'offre, de l'acceptabilité et de l'appréciation des fournisseurs de soins (professionnels de la santé ou non) et des usagers.

15 Recommandations

Afin d'atteindre la première cible du 90-90-90 de l'ONUSIDA et considérant le portrait épidémiologique de l'infection par le VIH et les résultats des études sur l'optimisation du dépistage du VIH, le CITSS émet au MSSS une série de recommandations touchant différents acteurs. Ces recommandations visent à normaliser le test de dépistage du VIH et à en faciliter l'accès en réduisant les barrières tant pour la population que pour les professionnels de la santé. 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.

15.1 La stratégie de dépistage recommandée

Le 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.

15.2 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 endémique³⁰ (A/I);
 - HARSAH (A/I);
 - 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 28e semaine et à l'accouchement, en présence de facteurs de risque chez la femme enceinte ou son partenaire.

³⁰ 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'âge.

- 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 eu un diagnostic d'ITSS : chlamydia³¹ (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 1985³²) (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.
5. D'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).

³¹ Bien que la chlamydia soit une infection à prévalence élevée au Québec (25 432 cas au Québec en 2016 (42)), 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.

³² Communication Robert Gervais : c'est en octobre 1985 que les tests pour le VIH ont débuté pour les dons de sang au Canada. Néanmoins, on estime que c'est à partir du 1^{er} novembre 1985 que tous les dons de sang au Canada faisaient l'objet d'un dépistage pour le VIH ». Référence: Laboratory Centre for Disease Control Report on: The Epidemiology of Transfusion-Associated HIV infection in Canada, 1978-1985. Division of HIV/AIDS Epidemiology, Bureau of Communicable Disease Epidemiology, Laboratory Centre for Disease Control, Health Protection Branch, Health Canada. August 26, 1994.

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).

15.3 Intervention de dépistage

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

15.3.1 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.

15.3.2 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 internet (voir l'exemple à l'annexe 2);
 - 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).

15.3.3 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 risque³³.

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 (les infirmières, les professionnels psychosociaux et les intervenants communautaires (A/II).

15.4 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 TDR (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).

³³ 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.

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).
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.

15.5 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).

Bibliographie

1. Montoy JCC, Dow WH, Kaplan BC. Patient choice in opt-in, active choice, and opt-out HIV screening: randomized clinical trial. *BMJ*. 19 janv 2016;h6895.
2. Organisation Mondiale de la santé. L'OMS recommande l'autotest du VIH; déc 2016 [cité le 28 août 2017]. Disponible: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255794/1/WHO-HIV-2016.21-fre.pdf?ua=1>
3. Fleury É, Laberge C, Roy S, Toussaint M-C, Venne S. Guide québécois de dépistage: infections transmissibles sexuellement et par le sang. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux; oct 2014. Disponible: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2402839>
4. BC Excellence Centre in HIV/AIDS. HIV monitoring quarterly report for British Columbia fourth quarter 2014. 2016. Disponible: <http://www.cfenet.ubc.ca/sites/default/files/uploads/publications/centredocs/bc-monitoring-report-14q4-final-2015-mar-10.pdf>
5. Définitions : diagnostic - Dictionnaire de français Larousse; [cité le 27 sept 2017]. Disponible: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/diagnostic/25154>
6. Antinori A, Coenen T, Costagiola D, Dedes N, Ellefson M, Gatell J, et al. Late presentation of HIV infection: a consensus definition: Consensus definition of late presentation. *HIV Med*. janv 2011;12(1):61-4.
7. Op de Coul ELM, van Sighem A, Brinkman K, Benthem BH van, Ende ME van der, Geerlings S, et al. Factors associated with presenting late or with advanced HIV disease in the Netherlands, 1996–2014: results from a national observational cohort. *BMJ Open*. janv 2016;6(1):e009688.
8. Krentz HB, Gill MJ. The Direct Medical Costs of Late Presentation (<350/mm) of HIV Infection over a 15-Year Period. *AIDS Res Treat*. 2012;2012:757135.
9. 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.
10. Bitera R, Fauvel M, Alary M, Tremblay C, Parent R, Sylvain D, et al. Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec - Rapport annuel 2015 []. Québec : Institut national de santé publique du Québec; 2016. Disponible : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2192>
11. Torres M. Rapid HIV Screening in the Emergency Department. *Emerg Med Clin North Am*. mai 2010;28(2):369-80.
12. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission. *N Engl J Med*. sept 2016;375(9):830-9.
13. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV testing services: 5Cs: consent, confidentiality, counselling, correct results, and connection. 2015 [cité le 28 juill 2016]. Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK316021/>
14. 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>

15. 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.
16. Bitera, Raphaël, Fauvel, Micheline, Alary, Michel, Tremblay, Cécile, Hastie, Maaeen. 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>
17. 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>
18. 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/>
19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. Addressing Late HIV Diagnosis through Screening and Testing: An Evidence Summary. Public Health England; 2014.
26. 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.
27. 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.

28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. 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.
32. 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>
33. 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.
34. 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.
35. 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.
36. 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.
37. 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
38. HealthLink BC . HIV and HIV Tests; 13 juin 2016 [cité le 22 déc 2017]. Disponible: <https://www.healthlinkbc.ca/healthlinkbc-files/hiv>
39. 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>
40. 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>
41. 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>

42. 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>
43. Sous-comité Facteurs de risque et ITSS à rechercher, Drouin MC, Baril JG, Fortin C, Gauthier C, Gendron F, et al. Rapport sur la mise à jour des indications de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang: rapport de recherche. Institut national de santé publique du Québec; 2015. Disponible : <http://www.deslibris.ca/ID/246122>
44. Kay ES, Batey DS, Mugavero MJ. The HIV treatment cascade and care continuum: updates, goals, and recommendations for the future. *AIDS Res Ther.* déc 2016 [cité le 22 déc 2017];13(1). Disponible : <http://aidsrestherapy.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12981-016-0120-0>
45. Gourlay AJ, Pharris AM, Noori T, Supervie V, Rosinska M, van Sighem A, et al. Towards standardized definitions for monitoring the continuum of HIV care in Europe. *AIDS Lond Engl.* 24 sept 2017;31(15):2053-8.
46. Agence de santé publique du Canada. Résumé: estimations de l'incidence, de la prévalence et de la proportion non diagnostiquée au VIH au Canada, 2014. 2015 [cité le 19 sept 2017]. Disponible: http://publications.gc.ca/collections/collection_2016/aspc-phac/HP40-147-2015-fra.pdf
47. Institut national de santé publique du Québec, Agence de santé publique du Canada, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Québec), Direction de santé publique. Sommaire de l'enquête ARGUS 2005. Montréal; 2006.
48. Leclerc P, Roy É, Morissette C, Alary M, Parent R, Blouin K. Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection : Épidémiologie du VIH de 1995 à 2015 – Épidémiologie du VHC de 2003 à 2015. Québec : Institut national de santé publique du Québec; 2017. Disponible: <https://www.inspq.qc.ca/publications/2227>
49. Fall A, Adrien A, Leclerc P, Cox J, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Surveillance de seconde génération du VIH auprès des communautés montréalaises originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones. 2014 [cité le 30 juin 2016]. Disponible: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2484409>
50. Brenner BG, Roger M, Routy J-P, Moisi D, Ntemgwa M, Matte C, et al. High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 infection. *J Infect Dis.* 1 avr 2007;195(7):951-9.
51. Berwick D, Nolan T, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff Proj Hope.* juin 2008;27(3):759-69.
52. Roy DA, Litvak É, Paccaud F. Des réseaux responsables de leur population: moderniser la gestion et la gouvernance en santé. Montréal : Le Point en administration de la santé et des services sociaux; 2010.
53. Broeckeaert L, Challacombe L. Dépistage rapide du VIH au point de service : Un examen des données probantes; 2015 [cité le 22 déc 2017]. Disponible: <http://www.catie.ca/fr/pdm/printemps-2015/depistage-rapide-vih-point-service-examen-donnees-probantes>
54. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme national de santé publique 2015-2025- Ministère de la Santé et des Services sociaux; [cité le 27 sept 2017]. Disponible: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/>

55. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Joindre, dépister et détecter, traiter - Intégrer la prévention des ITSS dans les plans d'action régionaux de santé publique. Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2017. Disponible: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001930/>
56. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Guide pour le soutien à l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection par le VIH et auprès de leurs partenaires - Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2017. Disponible: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001957/>
57. Poissant J, Chan A, Tessier V. Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants: état des connaissances. Institut national de santé publique du Québec; 2014 [cité le 27 sept 2017]. Disponible: <http://www.deslibris.ca/ID/241485>
58. Ministère de la Santé et des Services sociaux. La prophylaxie préexposition au virus de l'immunodéficience humaine : Guide pour les professionnels de la santé du Québec- Ministère de la Santé et des Services sociaux. Québec (Canada); nov 2017. Disponible: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-334-02W.pdf>
59. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Fiches cliniques - Guide québécois de dépistage des ITSS-Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2016 [cité le 13 déc 2017]. Disponible: <https://www.inspq.qc.ca/en/node/2722>
60. European Centre for Disease Prevention and Control. HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union. [1]. Luxembourg : Publ. Off; 2010. 27 p.
61. Courtemanche Y, Poulin C, Bouchra. Étude de prévalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcérées dans les établissements de détention provinciaux au Québec. CHU de Québec. Université Laval; 2016.
62. U.S. Preventive Services Task Force. Grade Definitions.; juin 2018. Disponible: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/grade-definitions>
63. La thérapie antirétrovirale pour les adultes infectés par le VIH - Guide pour les professionnels de la santé du Québec - . Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2016. Disponible: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000733/>
64. Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections (Canada), Agence de santé publique du Canada, Bibliothèque numérique canadienne (Firme). Virus de l'immunodéficience humaine: guide pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH. 2013 [cité le 27 sept 2017]. Disponible: <http://www.deslibris.ca/ID/239565>
65. Agence de la santé publique du Canada. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement-Sommaires des mises à jour : 2016; 3 mars 2017 [cité le 27 sept 2017]. Disponible: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes/sommaires-mises-jour-2016.html#a2.5>
66. HIV Testing Guidelines for the Province of British Columbia. Office of the provincial Health Officer; 2014. Disponible: <http://ubccpd.ca/programs-resources/hiv-testing/bc-testing-guidelines>
67. Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, Janssen RS, Taylor AW, Lyss SB, et al. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. MMWR Recomm Rep Morb Mortal Wkly Rep Recomm Rep. 22 sept 2006;55(RR-14):1-17; quiz CE1-4.

68. Walensky RP, Weinstein MC, Kimmel AD, Seage GR, Losina E, Sax PE, et al. Routine human immunodeficiency virus testing: An economic evaluation of current guidelines. *Am J Med.* mars 2005;118(3):292-300.
69. Paltiel AD, Weinstein MC, Kimmel AD, Seage GR, Losina E, Zhang H, et al. Expanded screening for HIV in the United States--an analysis of cost-effectiveness. *N Engl J Med.* 10 févr 2005;352(6):586-95.
70. Sanders GD, Bayoumi AM, Sundaram V, Bilir SP, et al. Cost-effectiveness of screening for HIV in the era of highly active antiretroviral therapy. *N Engl J Med.* 2 oct 2005;352:570-85.
71. Marrazzo JM, del Rio C, Holtgrave DR, Cohen MS, Kalichman SC, Mayer KH, et al. HIV Prevention in Clinical Care Settings: 2014 Recommendations of the International Antiviral Society--USA Panel. *JAMA.* 23 juill 2014;312(4):390.
72. Workowski KA, Bolan GA, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep Morb Mortal Wkly Rep Recomm Rep.* 5 juin 2015;64(RR-03):1-137.
73. Haute Autorité de Santé. Feuille de route-Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection par le VIH en France : dépistage en population générale et dépistage ciblé; 2015 [cité le 27 sept 2017]. Disponible: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-03/feuille_de_route_vih_201503_2015-03-31_17-41-14_255.pdf
74. Hartney T, Nardone A, Crook P, Figueroa, J. Evidence and resources to commission expanded HIV testing in priority medical services in high prevalence areas | Boltons Health Matters. Health Protection Agency and the Department of Health; 2012. Disponible: <http://www.boltonshealthmatters.org/knowledgehub/evidence-and-resources-commission-expanded-hiv-testing-priority-medical-services-high-p>
75. British HIV Association, British association for sexual health and HIV, British infection society. UK National Guidelines for HIV testing 2008. 2008. Disponible: <http://www.bhiva.org/documents/Guidelines/Testing/GlinesHIVTest08.pdf>
76. HIV and AIDS | Guidance and guideline topic | NICE; [cité le 6 déc 2017]. Disponible: <https://www.nice.org.uk/guidance/conditions-and-diseases/infections/hiv-and-aids>
77. National HIV Testing Policy. Adopted by the ASHM board- Australia. 2017 [cité le 22 déc 2017]. Disponible: http://testingportal.ashm.org.au/images/HIV_Testing_Policy_Feb_2017.pdf
78. Ministry of Health NZ. Recommendations for HIV testing of adults in healthcare settings; 2014 [cité le 28 sept 2017]. Disponible: <http://www.health.govt.nz/our-work/diseases-and-conditions/hiv-and-aids/recommendations-hiv-testing-adults-healthcare-settings>
79. Nakagawa F, Lodwick RK, Smith CJ, Smith R, Cambiano V, Lundgren JD, et al. Projected life expectancy of people with HIV according to timing of diagnosis: AIDS. *Janv 2012;26(3):335-43.*
80. Borges ÁH, Neuhaus J, Babiker AG, Henry K, Jain MK, Palfreeman A, et al. Immediate Antiretroviral Therapy Reduces Risk of Infection-Related Cancer During Early HIV Infection. *Clin Infect Dis.* 15 déc 2016;63(12):1668-76.
81. The TEMPRANO ANRS 12136 Study Group. A Trial of Early Antiretrovirals and Isoniazid Preventive Therapy in Africa. *N Engl J Med.* 27 août 2015;373(9):808-22.

82. Marks G, Crepaz N, Janssen RS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS Lond Engl*. 26 juin 2006;20(10):1447-50.
83. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, van Lunzen J, et al. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. *JAMA*. 12 juill 2016;316(2):171-81.
84. Daar ES, Corado K. Condomless Sex With Virologically Suppressed HIV-Infected Individuals: How Safe Is It? *JAMA*. 12 juill 2016;316(2):149.
85. Skarbinski J, Rosenberg E, Paz-Bailey G, Hall HI, Rose CE, Viall AH, et al. Human immunodeficiency virus transmission at each step of the care continuum in the United States. *JAMA Intern Med*. avr 2015;175(4):588-96.
86. Leclerc P, Roy É, Morissette C, Alary M, Parent R, Blouin K. Présentation Powerpoint: Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection : Épidémiologie du VIH de 1995 à 2015 – Épidémiologie du VHC de 2003 à 2015- Institut national de santé publique. 2017 [cité le 28 sept 2017]. Disponible: <https://www.inspq.qc.ca/publications/2227>
87. Léobon A, Chicoine Brathwaite Y, Otis J. Portait des jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes au Québec : thématiques et enjeux de la 3e édition québécoise du Net Gay Baromètre. 2014.
88. Venne S, Lambert G, Blouin K. Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : année 2013 (et projections 2014). Québec : Institut national de la santé publique du Québec; 2014. Rapport no 978-2-550-71960-1. Disponible: https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1920_Portrait_ITSS_2013_Projections_2014.pdf
89. Projet MOBILISE! Colloque; nov 2017 [cité le 19 déc 2017]. Disponible: <https://www.projetmobilise.org/fr/participer/colloque/>
90. G Lambert, J Cox, Y Miangotar, C Tremblay, M Alary, J Otis, R Remis, M McGuire, P Sandstrom et l'équipe M-Track. ARGUS 2008-2009 : Enquête sur l'infection par le VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ainsi que sur les comportements à risques associés chez les hommes québécois ayant des relations sexuelles avec des hommes. Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec et Agence canadienne de santé publique, 2011.
91. Ha S, Paquette D, Tarasuk J, Dodds J, Gale-Rowe M, Brooks JI, et al. A systematic review of HIV testing among Canadian populations. *Can J Public Health Rev Can Santé Publique*. févr 2014;105(1):e53-62.
92. Boyer G, Morin M, Lortie PB, Archambault J, Ministère de la santé et des services sociaux, et al. Guide de la cartographie québécoise des acteurs dans la lutte contre les ITSS. 2014 [cité le 6 déc 2017]. Disponible: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2412225>
93. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cadre de référence pour l'optimisation des services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang - Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2016. Disponible: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001736/>

94. Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. RLRQ c O-7.2. Disponible: <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/O-7.2>
95. Poliquin H, Lahaie C, Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec. Portrait des activités liées aux infections transmissibles sexuellement et par le sang dans les centres de réadaptation en dépendance du Québec. 2013.
96. Cloutier R, Dion M. Plan de travail 2016-2019 sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang en milieu carcéral. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Ministère de la Sécurité publique; 2016.
97. Institut de la statistique du Québec. Proportion de la population inscrite auprès d'un médecin de famille. 2017 [cité le 19 déc 2017]. Disponible: http://www.bdsso.gouv.qc.ca/docs-ken/vitrine/occupation-vitalite-territoire/documents/services_proximite_03.pdf
98. Lambert G, Cox J, Miangotar Y, Tremblay C, Alary M, Otis J, et al. ARGUS: Faits saillants 2008-2009. Direction de la santé publique, Agence de santé et de services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec; 2011. Disponible: <http://argusquebec.ca/pdf/ARGUSFaits%20saillants2008-2009.pdf>
99. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Oser faire autrement : Pour mieux travailler ensemble dans la lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang. Guide pratique à l'intention des gestionnaires - Gouvernement du Québec; 2015 [cité le 6 déc 2017]. Disponible: http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001566/?&txt=Oser%20faire%20autrement%20&msss_valpub&date=DESC
100. Canada 2020 Analytical Commentary: No. 3 Valuing health in Canada Who, how, and how much? Canada 2020; 2013. Disponible: <http://canada2020.ca/wp-content/uploads/2013/06/Canada-2020-Analytical-Commentary-No-3-Valuing-Health-in-Canada-FINAL.pdf>
101. Haute Autorité de Santé. Valeurs de référence pour l'évaluation économique en santé. 2014 [cité le 6 déc 2017]. Disponible: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2000884/fr/valeurs-de-reference-pour-l-evaluation-economique-en-sante
102. Paltiel AD, Walensky RP, Schackman BR, Seage GR, Mercincavage LM, Weinstein MC, et al. Expanded HIV screening in the United States: effect on clinical outcomes, HIV transmission, and costs. *Ann Intern Med*. 5 déc 2006;145(11):797-806.
103. Yazdanpanah Y, Sloan CE, Charlois-Ou C, Le Vu S, Semaille C, Costagliola D, et al. Routine HIV Screening in France: Clinical Impact and Cost-Effectiveness. Braga EM, rédacteur. *PLoS ONE*. 1 oct 2010;5(10):e13132.
104. Yazdanpanah Y, Perelman J, DiLorenzo MA, Alves J, Barros H, Mateus C, et al. Routine HIV screening in Portugal: clinical impact and cost-effectiveness. *PloS One*. 2013;8(12):e84173.
105. Long EF, Brandeau ML, Owens DK. The cost-effectiveness and population outcomes of expanded HIV screening and antiretroviral treatment in the United States. *Ann Intern Med*. 21 déc 2010;153(12):778-89.
106. Castel AD, Choi S, Dor A, Skillicorn J, Peterson J, Rocha N, et al. Comparing Cost-Effectiveness of HIV Testing Strategies: Targeted and Routine Testing in Washington, DC. Rosenberg ES, rédacteur. *PLOS ONE*. 14 oct 2015;10(10):e0139605.

107. Bolsewicz K, Vallely A, Debattista J, Whittaker A, Fitzgerald L. Factors impacting HIV testing: a review – perspectives from Australia, Canada, and the UK. *AIDS Care*. 4 mai 2015;27(5):570-80.
108. Elmahdi R, Gerver SM, Gomez Guillen G, Fidler S, Cooke G, Ward H. Low levels of HIV test coverage in clinical settings in the U.K.: a systematic review of adherence to 2008 guidelines. *Sex Transm Infect*. mars 2014;90(2):119-24.
109. Knight R, Small W, Shoveller JA. HIV stigma and the experiences of young men with voluntary and routine HIV testing. *Sociol Health Illn*. janv 2016;38(1):153-67.
110. d'Almeida KW, Kierzek G, de Truchis P, Le Vu S, Pateron D, Renaud B, et al. Modest Public Health Impact of Nontargeted Human Immunodeficiency Virus Screening in 29 Emergency Departments. *Arch Intern Med*. 9 janv 2012;172(1):12.
111. Lyons MS, Lindsell CJ, Ruffner AH, Wayne DB, Hart KW, Sperling MI, et al. Randomized Comparison of Universal and Targeted HIV Screening in the Emergency Department: JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr. nov 2013;64(3):315-23.
112. Haukoos JS, Hopkins E, Conroy AA, Silverman M, Byyny RL, Eisert S, et al. Routine opt-out rapid HIV screening and detection of HIV infection in emergency department patients. *JAMA*. 21 juill 2010;304(3):284-92.
113. Lyss SB, Branson BM, Kroc KA, Couture EF, Newman DR, Weinstein RA. Detecting unsuspected HIV infection with a rapid whole-blood HIV test in an urban emergency department. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. 1 avr 2007;44(4):435-42.
114. Auld AF, Agolory SG, Shiraishi RW, Wabwire-Mangen F, Kwesigabo G, Mulenga M, et al. Antiretroviral therapy enrollment characteristics and outcomes among HIV-infected adolescents and young adults compared with older adults--seven African countries, 2004-2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 28 nov 2014;63(47):1097-103.
115. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Results of the Expanded HIV Testing Initiative--25 jurisdictions, United States, 2007-2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 24 juin 2011;60(24):805-10.
116. Yehia BR, Ketner E, Momplaisir F, Stephens-Shields AJ, Dowshen N, Eberhart MG, et al. Location of HIV Diagnosis Impacts Linkage to Medical Care: JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr. mars 2015;68(3):304-9.
117. Ham DC, Huang Y, Gvetadze R, Peters PJ, Hoover KW. Health Care Use and HIV Testing of Males Aged 15–39 Years in Physicians' Offices – United States, 2009–2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 24 juin 2016;65(24):619-22.
118. Gustafson Reka. Intégrer la prévention, le dépistage et les soins. 2016 [cité le 7 déc 2017]. Disponible: <http://www.catie.ca/fr/colloque/archive-webemissions/integrer-prevention-depistage-les-soins>
119. Gwadz M, Cleland CM, Kutnick A, Leonard NR, Ritchie AS, Lynch L, et al. Factors Associated with Recent HIV Testing among Heterosexuals at High Risk for HIV Infection in New York City. *Front Public Health*. 27 avr 2016 [cité le 18 août 2016];4. Disponible: <http://journal.frontiersin.org/Article/10.3389/fpubh.2016.00076/abstract>
120. Gaiter JL, Johnson WD, Taylor E, Thadiparthi S, Duncan-Alexander T, Lemon C, et al. Sisters Empowered, Sisters Aware: Three Strategies to Recruit African American Women for HIV Testing. *AIDS Educ Prev*. juin 2013;25(3):190-202.

121. Shangani S, Escudero D, Kirwa K, Harrison A, Marshall B, Operario D. Effectiveness of peer-led interventions to increase HIV testing among men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Care*. 3 août 2017;29(8):1003-13.
122. Simoni JM, Nelson KM, Franks JC, Yard SS, Lehavot K. Are Peer Interventions for HIV Efficacious? A Systematic Review. *AIDS Behav*. nov 2011;15(8):1589-95.
123. Belza MJ, Hoyos J, Fernández-Balbuena S, Diaz A, Bravo MJ, de la Fuente L, et al. Assessment of an outreach street-based HIV rapid testing programme as a strategy to promote early diagnosis: a comparison with two surveillance systems in Spain, 2008-2011. *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull*. 2015;20(14).
124. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. France : Haute Autorité de Santé; mars 2017. Disponible: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir2/reevaluation_de_la_strategie_depistage_vih_-_synthese_conclusions_reco.pdf
125. Sarr A, Itoda O, Bouché N, Caté L, Faliu B. Dépistage communautaire par tests rapides (TROD) VIH en France sur une période de trois ans, 2012-2014. *Bull Épidémiologique Hebd*. 2015;(40-41):772-8.
126. Champenois K, Le Gall J-M, Jacquemin C, Jean S, Martin C, Rios L, et al. ANRS-COM'TEST: description of a community-based HIV testing intervention in non-medical settings for men who have sex with men. *BMJ Open*. 2012;2(2):e000693.
127. Veillette-Bourbeau, L., Otis, J., Haig, T., Rousseau, R., Wainberg, M. A., L'équipe du projet SPOT. L'évaluation pour optimiser le dépistage du VIH pour les hommes gais : le projet SPOT. Montréal : 36e Congrès d'évaluation. 2015.
128. OMS | Communication brève relative à la sexualité (CBS). 2015 [cité le 19 août 2016]. Disponible: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexuality-related-communication/fr/
129. Van Handel M, Mulatu MS. Effectiveness of the U.S. national HIV testing day campaigns in promoting HIV testing: evidence from CDC-funded HIV testing sites, 2010. *Public Health Rep Wash DC* 1974. oct 2014;129(5):446-54.
130. Lecher SL, Hollis N, Lehmann C, Hoover KW, Jones A, Belcher L. Evaluation of the Impact of National HIV Testing Day - United States, 2011-2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016;65(24):613-8.
131. Mehta SR, Murrell B, Anderson CM, Kosakovsky Pond SL, Wertheim JO, Young JA, et al. Using HIV Sequence and Epidemiologic Data to Assess the Effect of Self-referral Testing for Acute HIV Infection on Incident Diagnoses in San Diego, California. *Clin Infect Dis*. 1 juill 2016;63(1):101-7.
132. Gilbert M, Cook D, Steinberg M, Kwag M, Robert W, Doupe G, et al. Targeting screening and social marketing to increase detection of acute HIV infection in men who have sex with men in Vancouver, British Columbia: *AIDS*. oct 2013;27(16):2649-54.
133. Chan SY, Hill-Tout R, Rodgers M, Cormack I. Acceptance of HIV testing in medical inpatients: a local acceptability study. *Int J STD AIDS*. 1 avr 2011;22(4):187-9.
134. Morse Garland, Pamela, Valverde EE, Fagan J, Beer L, Sanders C, Hillman D, et al. HIV counseling, testing and referral experiences of persons diagnosed with HIV who have never entered HIV medical care. *AIDS Educ Prev*. 2011;23(3):117-27.

135. Kaai S, Bullock S, Bruchell AN, Major C. Factors that affect HIV testing and counseling services among heterosexuals in Canada and the United Kingdom: An intergrated review. *Patient Educ Counsel*. 2012;88:4-15.
136. Leidel S, Wilson S, McConigley R, Boldy D, Girdler S. Health-care providers' experiences with opt-out HIV testing: a systematic review. *AIDS Care*. 2 déc 2015;27(12):1455-67.
137. Gilbert Mark. Impact and Use of Point of Care HIV Testing: A Public Health Evidence Paper. BC Centre for Disease Control; 2010. Disponible: http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Statistics%20and%20Research/Statistics%20and%20Reports/STI/STI_Reports_PH_Evidence_Paper_POC_HIV_testing_20101117.pdf
138. Len Tooley. Une réponse rapide au dépistage du VIH en milieu communautaire; 2010 [cité le 8 déc 2017]. Disponible: <http://www.catie.ca/fr/pdm/printemps-2010/reponse-rapide-depistage-vih-milieu-communautaire>
139. Lambert G, Fall A, Chalifoux S. Évaluation de l'implantation d'un test de détection du VIH à résultat rapide dans les centres de détention de la région de Montréal: rapport final. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 2014 [cité le 8 déc 2017]. Disponible: <http://www.deslibris.ca/ID/243793>
140. Pant Pai N, Lapczak N, Smallwood M, Gulati D, Musten A, Gaydos C, et al. What do key stakeholders think about HIV self-testing? Analyses of quantitative and qualitative findings from a Canadian national survey. 2016.
141. Desai M, Woodhall SC, Nardone A, Burns F, Mercey D, Gilson R. Active recall to increase HIV and STI testing: a systematic review. *Sex Transm Infect*. août 2015;91(5):314-23.
142. Long L, Abraham C, Paquette R, Shahmanesh M, Llewellyn C, Townsend A, et al. Brief interventions to prevent sexually transmitted infections suitable for in-service use: A systematic review. *Prev Med*. oct 2016;91:364-82.
143. Gilbert M, Salway T, Haag D, Fairley CK, Wong J, Grennan T, et al. Use of GetCheckedOnline, a Comprehensive Web-based Testing Service for Sexually Transmitted and Blood-Borne Infections. *J Med Internet Res*. 20 mars 2017;19(3):e81.
144. Jamil MS, Prestage G, Fairley CK, Grulich AE, Smith KS, Chen M, et al. Effect of availability of HIV self-testing on HIV testing frequency in gay and bisexual men at high risk of infection (FORTH): a waiting-list randomised controlled trial. *Lancet HIV*. févr 2017 [cité le 8 mars 2017]; Disponible: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352301817300231>
145. Gaydos CA, Solis M, Hsieh Y-H, Jett-Goheen M, Nour S, Rothman RE. Use of tablet-based kiosks in the emergency department to guide patient HIV self-testing with a point-of-care oral fluid test. *Int J STD AIDS*. 1 sept 2013;24(9):716-21.
146. Gouvernement du Canada A de la santé publique du C. RMTC : Volume 41-12, 3 décembre 2015 : Bonnes nouvelles sur le VIH. 3 déc 2015 [cité le 29 juill 2016]; Disponible: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/15vol41/dr-rm41-12/index-fra.php>
147. Tran JM, Li A, Owino M, English K, Mascarenhas L, Tan DHS. HIV testing during the Canadian immigration medical examination: a national survey of designated medical practitioners. *AIDS Care*. 2 déc 2014;26(12):1550-4.
148. Bell SA, Delpech V, Raben D, Casabona J, Tsereteli N, de Wit J. HIV pre-test information, discussion or counselling? A review of guidance relevant to the WHO European Region. *Int J STD AIDS*. 1 févr 2016;27(2):97-104.

149. LeFevre ML. Behavioral Counseling Interventions to Prevent Sexually Transmitted Infections: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 16 déc 2014;161(12):894.
150. Metsch LR, Feaster DJ, Gooden L, Schackman BR, Matheson T, Das M, et al. Effect of Risk-Reduction Counseling With Rapid HIV Testing on Risk of Acquiring Sexually Transmitted Infections: The AWARE Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 23 oct 2013;310(16):1701.
151. Haukoos JS, Trhun MW. Eliminating Prevention Counseling to improve HIV screening. *JAMA.* 23 oct 2013;310(16):1679-80.
152. Pantin M, Leonard NR, Hagan H. Sexual HIV/HSV-2 Risk Among Drug Users in New York City: An HIV Testing and Counseling Intervention. *Subst Use Misuse.* 23 avr 2013;48(6):438-45.
153. McMahon JM, Pouget ER, Tortu S, Volpe EM, Torres L, Rodriguez W. Couple-Based HIV Counseling and Testing: a Risk Reduction Intervention for US Drug-Involved Women and Their Primary Male Partners. *Prev Sci.* févr 2015;16(2):341-51.
154. Sagherian MJ, Huedo-Medina TB, Pellowski JA, Eaton LA, Johnson BT. Single-Session Behavioral Interventions for Sexual Risk Reduction: A Meta-Analysis. *Ann Behav Med.* déc 2016;50(6):920-34.
155. Flowers P, Wu O, Lorimer K, Ahmed B, Hesselgreaves H, MacDonald J, et al. The clinical effectiveness of individual behaviour change interventions to reduce risky sexual behaviour after a negative human immunodeficiency virus test in men who have sex with men: systematic and realist reviews and intervention development. *Health Technol Assess.* janv 2017;21(5):1-164.
156. Laanani M, Dozol A, Meyer L, David S, Camara S, Segouin C, et al. Factors associated with failure to return for HIV test results in a free and anonymous screening centre. *Int J STD AIDS.* 2014;26(8):549-55.
157. Ramsay J. Rapport d'investigation du Coroner. Bureau du Coroner; avr 2013. Rapport no 156324.
158. Crane D, Henderson EJ, Chadwick DR. Exploring the acceptability of a 'limited patient consent procedure' for a proposed blood-borne virus screening programme: a Delphi consensus building technique. *BMJ Open.* mai 2017;7(5):e015373.
159. Gilbert M, Bonnell A, Farrell J, Haag D, Bondyra M, Unger D, et al. Click yes to consent: Acceptability of incorporating informed consent into an internet-based testing program for sexually transmitted and blood-borne infections. *Int J Med Inf.* sept 2017;105:38-48.
160. CATIE, CTAC, PositiveLite.com. Déclaration de consensus canadien sur les bienfaits de santé et de prévention associés au dépistage du VIH et aux médicaments antirétroviraux contre le VIH - , CTAC et PositiveLite.com; juill 2016 [cité le 12 déc 2017]. Disponible: <http://hivconsensusvih.ca/final/ccs-sign-on-fr.pdf>
161. Wilson J, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. *Organ Mond Santé.* 1968 [cité le 29 août 2017];34. Disponible: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37650/17/WHO_PHP_34.pdf
162. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Répertoire québécois et système de mesure des procédures de biologie médicale-2017-2018- Les annexes; 2017 [cité le 19 déc 2017]. Disponible: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-922-05W.pdf>

163. Traversy GP, Austin T, Ha S, Timmerman K, Gale-Rowe M. An overview of recent evidence on barriers and facilitators to HIV testing. *Can Commun Dis Rep.* 2015;41(12):304-21.
164. Institut de la Statistique du Québec. Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 et 2014-2015; [cité le 14 juin 2017]. Disponible: <http://www.stat.gouv.qc.ca/enquetes/sante/eqsp.html>
165. McNulty A, Bourne C. Transgender HIV and sexually transmissible infections. *Sex Health.* 25 août 2017;
166. Pitasi MA. HIV Testing Among Transgender Women and Men — 27 States and Guam, 2014–2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2017 [cité le 25 août 2017];66. Disponible: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/mm6633a3.htm>
167. Scheim AI, Travers R. Barriers and facilitators to HIV and sexually transmitted infections testing for gay, bisexual, and other transgender men who have sex with men. *AIDS Care.* 3 août 2017;29(8):990-5.
168. Austin T, Traversy G, Timmerman K. Recommandations canadiennes et internationales sur la fréquence de dépistage et de diagnostic du VIH : Un examen systématique. *Relevé Mal Transm Au Can.* 2016;42-8.
169. Steinberg M, Cook DA, Gilbert M, Kraiden M, Haag D, Tsang P, et al. Towards targeted screening for acute HIV infections in British Columbia. *J Int AIDS Soc.* 2011;14(1):39.
170. Bogowicz P, Moore D, Kanters S, Michelow W, Robert W, Hogg R, et al. HIV testing behaviour and use of risk reduction strategies by HIV risk category among MSM in Vancouver. *Int J STD AIDS.* 1 mars 2016;27(4):281-7.
171. Description | RAMQ; [cité le 13 déc 2017]. Disponible: <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-medicaments/Pages/description.aspx>
172. Arbelaez C, Wright EA, Losina E, Millen JC, Kimmel S, Dooley M, et al. Emergency provider attitudes and barriers to universal HIV testing in the emergency department. *J Emerg Med.* janv 2012;42(1):7-14.
173. Galli RA, Green KF, La Marca A, Waldman LF, Powers RE, Daly AC, et al. Evaluation of the accuracy and ease of use of a rapid HIV-1 Antibody Test performed by untrained operators at the point of care. *J Clin Virol Off Publ Pan Am Soc Clin Virol.* déc 2013;58 Suppl 1:e65-69.
174. San Antonio-Gaddy M, Richardson-Moore A, Burstein GR, Newman DR, Branson BM, Birkhead GS. Rapid HIV antibody testing in the New York State Anonymous HIV Counseling and Testing Program: experience from the field. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. 1 déc 2006;43(4):446-50.
175. Mimiaga MJ, O'Cleirigh C, Biello KB, Robertson AM, Safren SA, Coates TJ, et al. The effect of psychosocial syndemic production on 4-year HIV incidence and risk behavior in a large cohort of sexually active men who have sex with men. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. 1 mars 2015;68(3):329-36.
176. Gouvernement de l'Ontario, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Comité Consultatif Ontarien. Stratégie du Comité consultatif ontarien de lutte contre le VIH et le sida - Le VIH et le sida - Programmes et services - Information pour le public - MSSLD. 2016 [cité le 13 déc 2017]. Disponible: http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/hiv aids/oach_strategy.aspx

177. Ministry of Health and Long-Term Care, Ontario, Advisory Committee on HIV/AIDS. Focusing Our Efforts: Changing The Course of The HIV Prevention, Engagement and Care Cascade : Ontario's HIV/AIDS Strategy to 2026. . Toronto : Ministry of Health and Long-Term Care; 2016 [cité le 13 déc 2017]. Disponible: <http://books.scholarsportal.info/viewdoc.html?id=/ebooks/ebooks3/ogdc/2017-10-10/3/339270>
178. Fleury E. Recommandations pour l'implantation des trousse de dépistage rapide- Mise à jour 4 juillet 2016 - [cité le 13 déc 2017]. Disponible: https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/itss/maj-depistage_rapide_du_vih_recommandations.pdf
179. Institut national de l'excellence en santé et services sociaux. Vers une méthode d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux-Position du Comité sur les guides de pratique en services sociaux de l'INESSS; mars 2012 [cité le 13 déc 2017]. Disponible: <https://www.inesss.qc.ca/nc/publications/publications/publication/vers-une-methode-delaboration-des-guides-de-pratique-dans-le-secteur-des-services-sociaux.html>
180. Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques – Revue de la littérature, Mise à jour 2007-2014 - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux; 2016 [cité le 13 déc 2017]. Disponible: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001636/>

Annexe 1

**Exigences du code civil et des codes de déontologie
des ordres professionnels concernés en matière de
consentement libre et éclairé aux soins de santé**

Exigences du Code civil et des codes de déontologie des ordres professionnels concernés en matière de consentement libre et éclairé aux soins de santé

Le Code civil du Québec et le code de déontologie des ordres professionnels des médecins, infirmières et infirmiers et sages-femmes précisent les exigences en matière d'obtention de consentement libre et éclairé aux soins pour chacune de ces professions.

Selon l'article 11 du Code civil du Québec :

- « Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Sauf disposition contraire de la loi, le consentement n'est assujéti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, même verbalement. »
- « Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, et qu'il n'a pas rédigé de directives médicales anticipées en application de la Loi concernant les soins de fin de vie (2014, chapitre 2) et par lesquelles il exprime un tel consentement ou un tel refus, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer. »

Selon le Code de déontologie des médecins :

- « 28. Le médecin doit, sauf urgence, avant d'entreprendre un examen, une investigation, un traitement ou une recherche, obtenir du patient ou de son représentant légal, un consentement libre et éclairé. »
- « 29. Le médecin doit s'assurer que le patient ou son représentant légal a reçu les explications pertinentes à leur compréhension de la nature, du but et des conséquences possibles de l'examen, de l'investigation, du traitement ou de la recherche qu'il s'apprête à effectuer. Il doit faciliter la prise de décision du patient et la respecter. »

Selon le Code de déontologie des infirmières et infirmiers :

- « 40. L'infirmière ou l'infirmier doit fournir à son client toutes les explications nécessaires à la compréhension des soins et des services qu'il lui prodigue. »
- « 41. Lorsque l'obligation d'obtenir un consentement libre et éclairé incombe à l'infirmière ou à l'infirmier, ce dernier doit :
 - fournir au client toutes les informations requises;
 - s'assurer que le consentement du client demeure libre et éclairé pendant la période où il prodigue les soins, traitements ou autres services professionnels;
 - respecter le droit du client de retirer en tout temps son consentement. »

Selon le Code de déontologie des sages-femmes :

- « 19. La sage-femme doit, lors du suivi, fournir à la femme et, après l'accouchement, aux parents de l'enfant les explications nécessaires à la compréhension de ses services professionnels »

Annexe 2

Feuillelet d'information prétest VIH

Feuillet d'information prétest VIH³⁴

Références : MSSS. *Fiche clinique Infection par le VIH. Guide québécois de dépistage des ITSS (59)*; BCCDC. *Le VIH et les tests VIH, septembre 2014*; MSSS. *Portail santé mieux être*

L'infection par le VIH (tiré du Portail santé mieux-être)

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) s'attaque directement au système immunitaire et l'affaiblit. La personne infectée peut ainsi être affectée par différentes maladies ou infections. Avec le temps, si l'infection par le VIH n'est pas traitée, elle peut évoluer vers le sida (syndrome d'immunodéficience acquise).

Les modes de transmission

Le VIH est présent dans le sang, le sperme, le lait maternel, les sécrétions vaginales et anales d'une personne vivant avec le VIH. Une personne infectée peut transmettre le VIH même si elle n'a pas de symptômes. La transmission du virus d'une personne vivant avec le VIH à une autre peut se produire lorsqu'il y a contact avec les sécrétions et liquides biologiques infectés :

- Lors de relations sexuelles vaginales ou anales non protégées, même sans éjaculation, de partage de jouets sexuels, et rarement lors de relations sexuelles orales;
- Lorsqu'il y a partage de matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation de drogues ou partage de la drogue elle-même lorsque la drogue est inhalée ou injectée;
- Lors de tatouage ou de perçage dans des conditions non stériles;
- Par contact direct du sang avec de la peau non intacte (plaie);
- Par transfusion sanguine, lorsque les mesures de sécurité transfusionnelles ne sont pas appliquées. Au Canada, les mesures de sécurité transfusionnelles sont appliquées universellement depuis 1985;
- Par une exposition percutanée accidentelle ou par une exposition accidentelle des muqueuses à des liquides biologiques contaminés, incluant les piqûres avec des seringues à la traîne;
- D'une mère à son nouveau-né lors de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement,

Le VIH ne se transmet pas lors des activités de la vie quotidienne telles que serrer la main, embrasser sur les joues, utiliser le même siège de toilette ou se baigner dans la même piscine qu'une personne vivant avec le VIH.

Symptômes du VIH (tiré du Portail santé mieux-être)

Certaines personnes infectées par le VIH n'ont pas de symptômes. D'autres peuvent en avoir, mais ne pas s'apercevoir qu'ils sont associés à l'infection par le VIH. Une personne peut donc être infectée sans le savoir.

³⁴ Il s'agit d'un exemple d'informations à transmettre à partir du feuillet utilisé par le BCCDC. Ce feuillet n'a pas été validé auprès d'utilisateurs potentiels.

Quand une personne a des symptômes, ils apparaissent de 2 à 4 semaines après l'infection par le virus. Les symptômes de l'infection par le VIH peuvent être les suivants :

- Symptômes semblables à ceux de la grippe :
- Fièvre,
- Maux de tête ou de gorge,
- Douleurs musculaires ou articulaires;
- Ganglions enflés au cou, aux aisselles ou à l'aîne;
- Ulcères dans la bouche;
- Rougeurs sur le tronc ou dans le visage;
- Nausées, vomissements ou diarrhée;
- Perte de poids importante.

Ces symptômes disparaissent généralement sans traitement au bout de une à trois semaines. Toutefois, le virus demeure présent dans le corps de la personne. Il peut être transmis et entraîner des complications.

Pourquoi subir un test de dépistage?

Au Québec, il est maintenant recommandé à toute la population de 18 à 65 ans de subir un test de dépistage du VIH au moins une fois dans sa vie, puis de le répéter s'il y a présence d'un comportement à risque ou un risque d'exposition.

Avantages

- Connaître son statut sérologique positif et prendre des décisions concernant sa santé;
- Avoir accès aux traitements. Aucun ne guérit l'infection, mais ils permettent de réduire la charge virale du VIH à des niveaux indétectables et de ralentir la progression de l'infection. Ce traitement diminue de façon importante le risque de voir l'infection évoluer vers le sida. Il permet aux personnes qui ont le VIH de vivre presque aussi longtemps que les autres et d'avoir une bonne qualité de vie.
- Avoir accès à des services de santé, sociaux et communautaires adaptés à ses besoins.
- Être rassuré par un résultat négatif et avoir accès à des services préventifs pour réduire ses risques de contracter l'infection

Inconvénients

- La prise de sang peut causer une douleur légère
- Anxiété lors de l'attente des résultats
- Un résultat positif peut entraîner des conséquences sur la vie sociale, affective et professionnelle, mais des ressources existent pour vous soutenir.

Le test de dépistage

Au Québec, deux types de tests de dépistage pour le VIH sont disponibles. Le dépistage du VIH est confidentiel. Certains établissements de santé offrent aussi le dépistage de façon anonyme, c'est-à-dire qu'aucun renseignement personnel n'est demandé. Le test est généralement gratuit.

1. Test standard en laboratoire

Un échantillon de sang sera prélevé de votre bras (prise de sang) pour être envoyé au laboratoire à des fins d'analyses. Le résultat est disponible en quelques jours ou en quelques semaines selon les milieux.

2. Test de dépistage rapide

Une goutte de sang sera prélevée de votre doigt (ponction capillaire) puis analysée sur place à l'aide d'une trousse de dépistage rapide. Un premier résultat est disponible en quelques minutes. Si le résultat est réactif, un second prélèvement par prise de sang pour un test standard en laboratoire sera alors effectué pour confirmer ou infirmer l'infection par le VIH.

Résultats du test

- Que signifie un résultat négatif au test standard en laboratoire ou non réactif au test de dépistage rapide?
 - Il n'y a pas d'infection, sauf s'il y a eu exposition à l'infection dans les trois mois avant le test.
 - Si vous avez des comportements à risque, vous êtes invités à passer régulièrement le test de dépistage du VIH.
- Que signifie un résultat réactif au test de dépistage rapide?
 - Il est possible que vous ayez contracté l'infection. Un second prélèvement sanguin doit être effectué afin de confirmer le résultat avec des analyses de laboratoire (test standard).
- Que signifie un résultat positif au test standard de dépistage du VIH ?
 - Des anticorps contre le VIH ont été trouvés dans votre sang, ceci indique que vous êtes infecté par le VIH. Votre médecin vous prescrira des analyses supplémentaires pour compléter votre bilan de santé et définir le meilleur plan de traitement (généralement des comprimés) pour vous. Il discutera avec vous des options possibles et des conseils pour votre santé. Il est également possible qu'il vous réfère vers un collègue expérimenté.
 - L'annonce d'un diagnostic par le VIH peut être difficile pour certaines personnes : surprise, déni, honte, peur, colère. Il ne faut pas hésiter à partager ses sentiments et inquiétudes, un professionnel de la santé pourra vous aider ou vous référer vers une ressource d'aide.
 - Le dévoilement de l'infection à d'autres se fait à son propre rythme et selon les situations. Toutefois, les PVVIH ont une obligation légale de dévoiler leur infection avant d'avoir une relation sexuelle sauf si elle est protégée par un condom et que la charge virale est basse (1500 copies/ml).

Ressources d'information sur le VIH et la prévention

- Portail santé mieux-être : <http://www.sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/vih-sida/>
- Portail VIH : <https://pvsq.org/>
- COCQ-SIDA : <http://www.cocqsida.com/>
- CATIE, la source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C : <http://www.catie.ca/>

www.inspq.qc.ca