



Optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec 

Avis

Optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine

Direction des risques biologiques
et de la santé au travail

Juillet 2011

AUTEURS

Sous-comité Optimiser le dépistage du VIH

Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

RÉDACTION

Marie-Claude Drouin, agente de planification, de programmation et de recherche
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Évelyne Fleury, agente de recherche et de planification socioéconomique
Direction du développement des individus et de l'environnement social, ministère de la Santé et des Services sociaux

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

COLLABORATION À LA RÉDACTION

Section *Le VIH au Québec : état de la situation*

Raphael Bitera, agent de planification, de programmation et de recherche
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Section *Intervention clinique préventive*

Anne Bruneau, médecin-conseil
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGES

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

Isabelle Petillot, technicienne administrative
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

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

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

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

DÉPÔT LÉGAL – 3^e TRIMESTRE 2011
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-63808-7 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-62775-3 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2011)

SOUS-COMITÉ OPTIMISER LE DÉPISTAGE DU VIH DU COMITÉ SUR LES ITSS

Patrick Berthiaume, agent de recherche et de planification socioéconomique
Direction du développement des individus et de l'environnement social, ministère de la Santé
et des Services sociaux

Marie-Claude Drouin, agente de planification, de programmation et de recherche
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique
du Québec

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

Claude Laberge, médecin-conseil
Direction du développement des individus et de l'environnement social, ministère de la Santé
et des Services sociaux

Danièle Longpré, omnipraticienne
Clinique médicale l'Actuel

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

Raymond Parent, chef de l'unité Infections transmissibles sexuellement et par le sang
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique
du Québec

Alexandre St-Denis, agent de planification, de programmation et de recherche
Agence de la santé et des services sociaux de Laval

Marc Steben, médecin-conseil (président du comité)
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique
du Québec

COMITÉ SUR LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG (ITSS)

Michel Alary, chercheur

Unité de recherche en santé des populations, Centre hospitalier affilié universitaire de
Québec, Université Laval

Jean-Guy Baril, médecin clinicien, président du comité consultatif sur la prise en charge
clinique des PVVIH
Clinique du Quartier Latin

Anne-Marie Bourgeault, directrice scientifique
Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec

Marc Dionne, directeur scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique
du Québec

André Dontigny, directeur
Direction du développement des individus et de l'environnement social, ministère de la Santé
et des Services sociaux

Marie-Claude Drouin, agente de planification, de programmation et de recherche
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique
du Québec

Brigitte Fournier, médecin-conseil en maladies infectieuses
Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches/Direction de santé
publique

Jean-Yves Frappier, pédiatre spécialisé en médecine de l'adolescence et représentant du
groupe de travail sur la mise à jour du *Guide d'intervention en matière d'agression sexuelle*
Hôpital Sainte-Justine

Marc-André Gaudreau, gestionnaire
Développement des programmes et interventions basés sur des données probantes,
Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida, Agence de la
santé publique du Canada

Claude Gauthier, médecin-conseil
Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent/Direction de santé
publique

Danielle Gélinas, infirmière
Module maladies transmissibles, Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-
Témiscamingue/Direction de santé publique

Françoise Gendron, médecin-conseil
Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Lise Guérard, chef de service du Service de lutte contre les ITSS
Direction du développement des individus et de l'environnement social, ministère de la Santé
et des Services sociaux

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

Claude Laberge, médecin-conseil
Direction du développement des individus et de l'environnement social, ministère de la Santé
et des Services sociaux

Gilles Lambert, médecin-conseil
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Cathy Latham-Carmanico, infirmière-conseil
Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de lutte contre les maladies
transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada

Élyse Levert, conseillère en biologie médicale
Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques, ministère de la Santé et
des Services sociaux

Michael Libman, microbiologiste-infectiologue
Laboratoire de microbiologie, Hôpital général de Montréal

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

Raymond Parent, chef de l'unité Infections transmissibles sexuellement et par le sang
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique
du Québec

Marc Steben, médecin-conseil (président du comité)
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique
du Québec

Réjean Thomas, médecin clinicien
Clinique médicale l'Actuel

REMERCIEMENTS

Le Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) souhaite remercier les personnes qui ont contribué à l'élaboration de l'avis sur l'optimisation du dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec durant les quatre dernières années, particulièrement les membres du sous-comité Optimiser le dépistage du VIH, les partenaires et les réviseurs dont les commentaires, les réflexions et la participation ont orienté les recommandations.

Nous sommes reconnaissants du travail effectué par Mme Suzie Toutant pour la rédaction finale de ce document, par Mme Amélie Dugué pour son soutien tout au long des travaux et par Mme Isabelle Petillot pour la mise en pages de ce document.

Nous désirons également remercier les personnes suivantes pour leur participation à la validation de la version finale du document :

- Alix Adrien, médecin conseil, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal;
- Mylène Arsenault, médecin conseil, Agence de la santé et des services sociaux de Laval;
- Marianne Beaulieu, candidate au Ph. D. en santé publique, option Promotion de la Santé, Université de Montréal;
- Éric Bigirimana, stagiaire, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec;
- Michel Désy, agent de planification, de programmation et de recherche, Secrétariat général et communications, Institut national de santé publique du Québec;
- Pier-Luc Chouinard, coordination, Liaison avec les communautés-prévention, Mouvement d'information et d'entraide dans la lutte contre le VIH-sida à Québec (MIELS);
- Patricia Connolly, travailleuse sociale et représentante du programme de dépistage du VIH chez les femmes enceintes, Hôpital Sainte-Justine;
- Joseph Jean-Gilles, directeur, GAP-VIES;
- Cécile Kazatchkine, analyste des politiques, Réseau juridique canadien VIH/sida;
- Claire Lahaie, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec;
- Carole McConnery, médecin-conseil, Centre de santé et de services sociaux de Gatineau;
- Sarah Raymond, agente de planification, de programmation et de recherche, Agence de la santé et des services sociaux de Laval/Direction de santé publique;
- Mark-Andrew Stephan, médecin-conseil, Agence de la santé et des services sociaux de Laval;
- Sylvie Venne, médecin-conseil, Direction du développement des individus et de l'environnement social, ministère de la Santé et des Services sociaux.

À vous tous, un grand merci!

FAITS SAILLANTS

Au Québec, comme dans d'autres pays ayant une épidémie concentrée (affectant particulièrement des populations vulnérables), l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) s'est propagée au sein de certaines populations sans s'être installée solidement dans la population générale. Elle touche particulièrement les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), les utilisateurs de drogues injectables (UDI) et les personnes originaires de pays où l'infection par le VIH est endémique.

En 2009, 21,5 % des Québécois qui ont reçu un premier diagnostic d'infection par le VIH présentaient une infection symptomatique chronique ou étaient déjà au stade sida lors du dépistage, et seulement 10,8 % d'entre eux étaient au stade de primo-infection lors du diagnostic[1]. Par ailleurs, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) estimait qu'à la fin de 2008, plus du quart des 65 000 Canadiens possiblement infectés par le VIH l'ignoraient[2]. Selon ses estimations pour le Québec, environ 18 000 personnes vivaient avec le VIH, mais 4 500 d'entre elles l'ignoreraient. Force est de constater que de nombreux cas sont détectés tardivement par l'offre de dépistage actuelle et que certaines personnes à risque ne sont pas rejointes.

Dans ce contexte, la diffusion de nouvelles recommandations préconisant un dépistage systématique de l'infection par le VIH dans plusieurs pays et l'avènement de nouvelles technologies comme le test de dépistage rapide et le test à domicile ont amené le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à demander à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) d'amorcer une réflexion sur les pratiques de dépistage de l'infection par le VIH au Québec afin de l'optimiser.

L'avis sur l'optimisation du dépistage et du diagnostic de l'infection par le VIH devait proposer des stratégies permettant d'augmenter le nombre de personnes infectées qui connaissent leur statut et de diagnostiquer précocement l'infection afin de briser la chaîne de transmission et d'assurer une prise en charge précoce. Ainsi, le sous-comité Optimiser le dépistage du VIH formé à partir du Comité sur les ITSS de l'INSPQ s'est penché sur :

- l'offre de dépistage de l'infection par le VIH (ciblé ou systématique, fréquence, femmes enceintes);
- les stratégies visant à mieux rejoindre les populations vulnérables;
- l'intervention clinique préventive (confidentialité, consentement libre et éclairé, counseling);
- le contexte social (discrimination, stigmatisation et criminalisation liées à l'infection par le VIH);
- l'organisation des services.

À travers ses travaux, basés sur une revue de littérature et des consultations auprès de professionnels et d'experts, les membres du sous-comité Optimiser le dépistage du VIH et du Comité sur les ITSS ont constaté que les groupes à risque ne sont pas suffisamment rejoints par l'offre de dépistage et que l'organisation actuelle des services est encore mal

outillée pour ce faire. Ainsi, il convient de travailler à élaborer des stratégies pour mieux rejoindre les populations vulnérables, à améliorer l'intervention clinique préventive, à contribuer à un contexte favorable au dépistage et à une organisation efficace des services. Afin de réellement optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH au Québec, il importe d'intégrer et de mobiliser les acteurs de la santé dans la lutte contre les ITSS. Par ailleurs, le Comité sur les ITSS souligne l'importance capitale de l'intégration des recommandations dans les plans d'action provinciaux (MSSS), régionaux (ASSS) et locaux (CSSS) pour être transposées en actions.

À la lumière de ces constats, le sous-comité a émis 45 recommandations, que le Comité sur les ITSS a entérinées. Parmi celles-ci, le Comité sur les ITSS considère comme une priorité de la plus haute importance que le MSSS, les ASSS régionales, les CSSS et les centres hospitaliers rendent disponibles et récurrentes les ressources matérielles, humaines et financières nécessaires à l'application des recommandations proposées. Les recommandations suivantes sont aussi considérées comme prioritaires.

Sur l'offre de dépistage

- Conserver, dans le contexte actuel, une offre de dépistage ciblée en fonction des facteurs de risque :
 - en intensifiant le dépistage ciblé de l'infection par le VIH auprès des groupes à risque (HARSAH, UDI, personnes provenant de pays où l'infection par le VIH est endémique),
 - en portant une attention particulière à l'évaluation des facteurs de risque chez les personnes incarcérées, les personnes autochtones, les jeunes en difficulté et les femmes en situation de vulnérabilité telle que définie par la Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement[3];
- Élargir et rehausser l'évaluation des facteurs de risque :
 - effectuer systématiquement l'évaluation sommaire des facteurs de risque chez l'ensemble de la population âgée de 14 à 65 ans :
 - o dans le cadre d'une évaluation périodique générale des habitudes de vie lors des consultations en première ligne, comme le recommande le Collège des médecins du Québec (examen médical périodique[4]),
 - o dans le cadre de consultations pour des raisons associées à la santé sexuelle.

Sur l'offre de dépistage aux femmes enceintes

- Maintenir le *statu quo* quant à l'offre systématique de dépistage de l'infection par le VIH aux femmes enceintes, tant au moment de la première consultation prénatale que pendant la grossesse s'il y a présence de facteurs de risque en cours de grossesse, tel que défini par le Programme d'intervention sur le VIH et la grossesse[5].

Sur les populations vulnérables aux ITSS

- Faciliter et encourager l'accès au dépistage de l'infection par le VIH pour les populations vulnérables aux ITSS.

Sur le counseling

- Rappeler la pertinence du counseling aux professionnels qui font du dépistage;
- Évaluer l'efficacité des différentes approches de counseling;
- Alléger et assouplir le counseling, à l'image de la proposition présentée à la figure 1 (section 8.3.1);
- Mettre en place des mesures pour soutenir les professionnels de la santé afin qu'ils adaptent leur counseling auprès des patients en fonction :
 - des caractéristiques de la personne (par exemple : origine ethnique, âge),
 - de l'évaluation des facteurs de risque,
 - de l'utilisation des services de santé et de la fréquence de dépistage;
- Adapter l'organisation des services de counseling en fonction :
 - du type de professionnel de la santé : médecins, infirmières, professionnels psychosociaux et autres,
 - du type de clinique;
- Outiller et former les professionnels de la santé en counseling, notamment au sujet des stratégies visant à soutenir l'adoption de comportements sécuritaires pour éviter la transmission du VIH (entretien motivationnel, par exemple).

Sur le consentement libre et éclairé

- Prendre rapidement des mesures pour redéfinir et diffuser les informations minimales à fournir aux patients afin d'obtenir un consentement libre et éclairé :
 - sur la base d'une réflexion approfondie sur les enjeux éthiques et légaux des informations minimales à fournir à un patient pour obtenir un consentement libre et éclairé en tenant compte des réalités actuelles (stigmatisation et criminalisation).

Sur l'intervention préventive auprès des personnes infectées par le VIH et auprès de leurs partenaires (IPPAP-VIH)

- Poursuivre les travaux du MSSS sur l'application des recommandations du groupe travail IPPAP-VIH.

Sur le contexte social

- Prendre des mesures pour soutenir les initiatives de mobilisation communautaire visant, entre autres, à inciter les populations vulnérables à passer un test de dépistage de l'infection par le VIH et à lutter contre les préjugés associés à l'infection et au dépistage.

Sur la création et la diffusion d'outils

- Poursuivre la création, la mise à jour et la diffusion d'outils adaptés à la pratique clinique en fonction des besoins des professionnels de la santé pour faciliter le dépistage de l'infection par le VIH dans les milieux cliniques généraux, par exemple :
 - un outil simple et succinct expliquant le dépistage de l'infection par le VIH aux patients (facteurs de risque, types de test, fenêtre sérologique et intervention clinique préventive),
 - un questionnaire standardisé auto-administré sur l'évaluation des facteurs de risque à remplir par le patient avant une consultation médicale, disponible en salle d'attente ou sur Internet.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	XVII
GLOSSAIRE	XIX
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	XXIII
INTRODUCTION.....	1
1 CONTEXTE ET PORTRAIT DE LA SITUATION	3
1.1 Le contexte	3
1.2 Les données épidémiologiques sur l'infection par le VIH : portrait d'une épidémie concentrée.....	4
1.2.1 Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Québec produites par l'ASPC	4
1.2.2 Données du Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec (PSI-VIH)	5
1.2.3 Données du Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse.....	6
1.3 Les données des projets de recherche auprès des groupes à risque et des populations vulnérables.....	7
1.3.1 Prévalence et incidence du VIH chez les HARSAH	7
1.3.2 Prévalence et incidence du VIH chez les utilisateurs de drogues injectables (UDI).....	7
1.3.3 Prévalence du VIH chez les personnes originaires de pays où l'infection par le VIH est endémique	8
1.3.4 Prévalence et incidence de l'infection par le VIH chez les personnes incarcérées.....	9
2 MÉTHODOLOGIE.....	11
2.1 Le mandat et les objectifs du sous-comité Optimiser le dépistage de l'infection par le VIH	11
2.2 Le processus de consultation et d'élaboration des recommandations	11
2.3 Les travaux ayant contribué à l'optimisation du dépistage et du diagnostic de l'infection par le VIH	13
2.3.1 Dépistage de l'infection par le VIH dans les points de service à l'aide de trousse de dépistage rapide	13
2.3.2 Intervention préventive auprès des personnes infectées par le VIH et auprès de leurs partenaires (IPPAP-VIH)	14
3 GRANDES ORIENTATIONS DE LA LUTTE CONTRE L'INFECTION PAR LE VIH AU QUÉBEC	15
3.1 <i>Plan stratégique 2010-2015</i> du MSSS	15
3.2 <i>Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008</i>	15
3.2.1 Soutenir le développement des communautés	16
3.2.2 Soutenir l'action intersectorielle	17
3.2.3 Promouvoir et soutenir les pratiques cliniques préventives.....	17

3.3	Reconduction de la Stratégie québécoise de lutte contre le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les ITS	17
3.4	Rapport du Directeur national de santé publique : <i>L'épidémie silencieuse, les infections transmissibles sexuellement et par le sang</i>	18
4	DÉPISTAGE DE L'INFECTION PAR LE VIH AU QUÉBEC	21
4.1	L'offre de dépistage	21
4.2	Les lignes directrices sur le dépistage des ITSS, dont le VIH	21
4.2.1	<i>Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement, édition 2008</i>	21
4.2.2	<i>Complément québécois aux Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement</i>	22
4.2.3	Lignes directrices pour le counseling sur le sérodiagnostic du VIH	22
4.2.4	<i>Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (GQDITSS)</i>	23
4.2.5	Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse	24
4.3	L'implantation des services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEPE) et dépistage anonyme.....	24
4.4	Les épreuves de dépistage de l'infection par le VIH.....	25
4.4.1	L'autodépistage, ou les tests de dépistage à domicile.....	26
4.5	Nombre annuel de tests de dépistage de l'infection par le VIH analysés dans le réseau public.....	26
5	ORIENTATIONS SOUS-JACENTES À LA RÉFLEXION SUR L'OPTIMISATION DU DÉPISTAGE.....	27
5.1	Une approche globale centrée sur la personne et sa santé	27
5.2	Une approche qui tient compte des contextes	28
5.3	Continuum de services et intersectorialité.....	28
5.3.1	La mobilisation et le soutien des acteurs.....	28
5.3.2	Le continuum de services	29
5.4	Principes de l'intervention clinique préventive : les 3 C.....	30
6	PRINCIPAUX PROBLÈMES RELEVÉS.....	33
6.1	Lacunes dans l'offre de dépistage	33
6.1.1	Une fréquence de dépistage insuffisante	33
6.1.2	Le dépistage chez les femmes enceintes.....	34
6.2	Difficulté à rejoindre les groupes à risque et les populations vulnérables aux ITSS	34
6.3	Difficultés associées à l'intervention clinique préventive	35
6.3.1	Le counseling.....	35
6.3.2	Le consentement libre et éclairé	36
6.4	Un contexte social pas toujours favorable au dépistage.....	38
6.4.1	Stigmatisation et discrimination	38
6.4.2	Criminalisation	39

6.5	Lacunes dans l'organisation des services	40
6.5.1	Difficultés associées à l'organisation actuelle des services de dépistage.....	41
6.5.2	Difficultés d'organisation des services de dépistage ciblé.....	42
6.5.3	Obstacles aux pratiques cliniques préventives (PCP).....	43
6.5.4	Contextes de pratique des professionnels de la santé peu propices au dépistage.....	43
7	BARRIÈRES ET FACTEURS DE MOTIVATION AU DÉPISTAGE CHEZ LES POPULATIONS VULNÉRABLES AUX ITSS : POUR DES STRATÉGIES D'INTERVENTION CIBLÉES.....	47
7.1	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH).....	47
7.1.1	Barrières au dépistage	48
7.1.2	Facteurs de motivation au dépistage	50
7.1.3	Stratégies d'intervention	51
7.2	Utilisateurs de drogues injectables (UDI)	52
7.2.1	Barrières au dépistage	53
7.2.2	Facteurs de motivation au dépistage	55
7.2.3	Stratégies d'intervention	57
7.3	Personnes provenant de pays où l'infection par le VIH est endémique	59
7.3.1	Barrières au dépistage	59
7.3.2	Facteurs de motivation au dépistage	64
7.3.3	Stratégies d'intervention	65
7.4	Personnes incarcérées	67
7.4.1	Barrières au dépistage	67
7.4.2	Facteurs de motivation au dépistage	68
7.4.3	Stratégies d'intervention	69
7.5	Communautés autochtones	70
7.5.1	Barrières au dépistage	71
7.5.2	Facteurs de motivation au dépistage	73
7.5.3	Stratégies d'intervention	74
7.6	Jeunes en difficulté	75
7.6.1	Stratégies d'intervention	75
7.7	Femmes vulnérables.....	75
7.7.1	Stratégies d'intervention	75
7.8	Travailleuses et travailleurs du sexe.....	76
7.8.1	Stratégies d'intervention	76
8	PISTES DE SOLUTION	79
8.1	Améliorer l'offre de dépistage.....	79
8.1.1	Un dépistage ciblé ou systématique?	79
8.1.2	Stratégies pour faciliter l'évaluation des indications de dépistage de l'infection par le VIH	81
8.1.3	Accroître la fréquence de dépistage	83
8.1.4	Maintenir l'offre de dépistage systématique aux femmes enceintes.....	84

8.2	Mieux rejoindre les populations vulnérables.....	85
8.2.1	Principes de base de l'intervention auprès des populations vulnérables	85
8.2.2	Rejoindre les clientèles dans leur milieu.....	86
8.2.3	Interventions auprès des groupes à risque et des populations vulnérables aux ITSS au Québec.....	88
8.3	Améliorer l'intervention clinique préventive	92
8.3.1	Pour une intervention clinique préventive plus flexible et efficace	92
8.3.2	Éléments à inclure minimalement dans l'intervention précédant le test.....	93
8.3.3	Éléments à inclure minimalement dans l'intervention post-test.....	95
8.3.4	Remanier et alléger le counseling	95
8.3.5	Définir les éléments essentiels au consentement libre et éclairé	98
8.3.6	Intervention préventive auprès des personnes ayant contracté une infection par le VIH et auprès de leurs partenaires.....	99
8.4	Contribuer à développer un contexte social favorable.....	100
8.4.1	Stratégies susceptibles de contribuer à la réduction de la stigmatisation et de la discrimination associées au dépistage de l'infection par le VIH	100
8.4.2	Établir des directives claires et justes sur la criminalisation.....	101
8.5	Améliorer l'organisation des services.....	102
8.5.1	Assurer un accès optimal aux services de dépistage	102
8.5.2	Faciliter l'accès aux services de dépistage pour les groupes à risque et les populations vulnérables	103
8.5.3	Améliorer les pratiques cliniques préventives (PCP)	105
8.5.4	Favoriser des contextes de pratique clinique propices au dépistage	105
9	LIMITES	109
10	SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS.....	111
10.1	Offre de dépistage	111
10.1.1	La fréquence de dépistage.....	112
10.1.2	L'offre de dépistage aux femmes enceintes	113
10.2	Rejoindre les populations vulnérables aux ITSS	114
10.3	Interventions cliniques préventives	115
10.3.1	Le counseling.....	115
10.3.2	Le consentement libre et éclairé	116
10.3.3	Intervention préventive auprès des personnes infectées par le VIH et auprès de leurs partenaires (IPPAP-VIH).....	117
10.4	Contexte social favorable au dépistage	117
10.5	Organisation des services.....	118
10.6	Autres recommandations associées	119
10.6.1	Création et diffusion d'outils	120
10.6.2	Stratégies de communication	120
10.6.3	Formation.....	121
10.6.4	Recherche	121

CONCLUSION	123
RÉFÉRENCES.....	127
ANNEXE 1 LISTE DES PERSONNES CONSULTÉES.....	141
ANNEXE 2 RECOMMANDATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL SUR L'INTERVENTION PRÉVENTIVE AUPRÈS DES PERSONNES INFECTÉES PAR LE VIH ET AUPRÈS DE LEURS PARTENAIRES (IPPAP-VIH)	147
ANNEXE 3 TABLEAU DES ITSS À RECHERCHER SELON LES FACTEURS DE RISQUE DÉCELÉS (À TITRE INDICATIF)	151
ANNEXE 4 TABLEAU D'ESTIMATION DU RISQUE ASSOCIÉ AUX ACTIVITÉS SEXUELLES	155
ANNEXE 5 OUTIL D'AIDE À LA RÉFLEXION SUR DES PROBLÈMES D'ÉTHIQUE SOULEVÉS PAR L'OBTENTION DU CONSENTEMENT AU DÉPISTAGE DE L'INFECTION PAR LE VIH.....	161

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	En somme, chez les HARSAH.....	50
Tableau 2	En somme, chez les UDI	56
Tableau 3	En somme, chez les personnes provenant de pays où l'infection par le VIH est endémique	65
Tableau 4	En somme, chez les personnes incarcérées.....	69
Tableau 5	En somme, chez la communauté autochtone	74
Tableau 6	Tableau récapitulatif des barrières et des facteurs de motivation au dépistage de l'infection par le VIH recensés chez différentes populations vulnérables et des stratégies visant à les rejoindre	89

GLOSSAIRE

Dépistage de l'infection par le VIH	Plutôt que de se limiter à la détection d'une affection chez une personne asymptomatique[6], dans le cadre de l'avis <i>Optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine</i> , le terme dépistage s'inscrit plus largement dans l'intervention clinique préventive.
Dépistage ciblé	Offre de dépistage en fonction des facteurs de risque de transmission du VIH.
Dépistage au point de service	Pratique des professionnels de la santé qui offrent : • le dépistage de l'infection par le VIH à l'aide de trousse de dépistage rapide; • un counseling prétest et post-test adapté aux tests offerts et au contexte[7].
Dépistage volontaire	Le test de dépistage est effectué à la demande d'une personne qui « recherche activement le conseil et le dépistage de l'infection par le VIH ». L'évaluation et la gestion des risques sont au cœur de cette approche qui se retrouve dans la plupart des établissements de santé[8].
Dépistage à l'initiative du soignant	Le test de dépistage est effectué sur la recommandation du professionnel de la santé et avec le consentement libre et éclairé de la personne. « L'objectif principal est alors de permettre la prise de décisions cliniques spécifiques ou de proposer des services médicaux particuliers qu'il est impossible de fournir si l'on ne connaît pas le statut sérologique du patient[8] ».
Dépistage systématique	Offre de dépistage par les professionnels de la santé à toutes les personnes faisant partie d'une population donnée, qui ne se base pas nécessairement sur une évaluation des risques.
Déterminants de la santé	Facteurs non médicaux qui ont des répercussions sur le bien-être. Comme les déterminants sont inter reliés et interagissent entre eux, la santé et le bien-être de chaque personne est donc la somme complexe de nombreux facteurs. Voici des exemples de déterminants de la santé : • revenu et situation sociale; • réseaux de soutien social; • niveau de scolarité; • emploi et conditions de travail; • environnements sociaux; • géographie;

	• environnements physiques; • sain développement dans l'enfance; • services de santé; • sexe; • culture[9].
Épidémie concentrée	« L'infection par le VIH s'est propagée rapidement dans un sous-groupe particulier de la population, mais elle ne s'est pas implantée solidement dans la population générale[8]. »
Épidémie généralisée	« L'infection par le VIH est solidement implantée dans la population générale[8]. »
Épidémie peu étendue	« Bien que l'infection par le VIH ait pu être présente depuis de nombreuses années, sa propagation n'a jamais atteint un niveau substantiel dans aucun sous-groupe de la population[8]. »
Fenêtre sérologique	Période au cours de laquelle une personne peut avoir une infection sans que les analyses biomédicales puissent la détecter. Pour le VIH, la période fenêtre peut être établie en fonction de la détection de différents marqueurs tels les anticorps anti-VIH ou les antigènes[7].
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[10].
Incidence	Nombre de nouveaux cas d'une maladie, ou de personnes qui sont tombées malades, pendant une période donnée et dans une population déterminée[11].
Intervention clinique préventive	Ensemble des actions entourant le dépistage, dont l'évaluation du risque d'ITSS, le counseling, le soutien pour le maintien ou l'adoption de comportements sexuels sécuritaires, le dépistage par analyse de biologie médicale et l'intervention préventive auprès de la personne infectée et de ses partenaires (IPPAP). Cela correspond à la définition d'intervention de dépistage du <i>Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement</i> [6] et au concept de pratique clinique préventive décrit dans le <i>Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008</i> [12].
Nouveau diagnostic	Terme utilisé dans le cadre du Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec (PSI-VIH) pour désigner un cas déclaré au Programme qui n'avait jamais subi de test auparavant ou chez qui tous les tests antérieurs étaient négatifs. C'est le test ayant servi à la déclaration au PSI-VIH qui a permis d'établir le diagnostic d'infection par le VIH[1].

Optimiser	« Déterminer parmi toutes les solutions d'un problème celle qui, compte tenu des contraintes, donne le meilleur résultat[13]. »
Point de service	Tous les lieux hors laboratoire où il y a offre de service de santé et de dépistage de l'infection par le VIH dans les secteurs publics ou privés[7].
Population vulnérable	Population dont les individus qui la composent encourent, en raison de caractéristiques individuelles, sociales et contextuelles communes, davantage de risques de présenter des facteurs de risque dans plusieurs domaines (dont le VIH)[3, 10].
Primo-infection	Première phase de l'infection par le VIH. Cette phase peut être symptomatique ou asymptomatique[7].
Prévalence	Nombre de cas liés à une maladie spécifique ou à un événement de santé recensés dans une population déterminée, à un moment donné, et exprimés en pourcentage, sans distinction entre les nouveaux cas et les anciens cas[14].
Trousse de dépistage rapide	Ensemble de matériel et de réactifs simples à utiliser permettant la réalisation d'une analyse en quelques minutes à partir d'un échantillon autre que le sang obtenu par ponction veineuse. Ces trousses n'exigent pas le matériel habituellement réservé aux laboratoires et peuvent également être utilisées dans les points de service, dans le respect des lois et des recommandations encadrant son utilisation.
Test standard	Analyse pouvant détecter les anticorps contre le VIH 1 et le VIH 2 dénommée de 3 ^e génération (Ac anti-VIH 1 ou 2) ou encore une combinaison des Ac anti-VIH 1 ou 2 et de l'antigène p24 dénommée de 4 ^e génération, réalisée dans un laboratoire de biologie médicale[7].
Travail de proximité	Stratégie prévue dans les Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEPE) pour rejoindre les populations vulnérables dans leur milieu de vie[15].
Trois C	Confidentialité, obtention d'un Consentement libre et éclairé et Counseling, trois éléments essentiels du dépistage des ITSS[16].

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ACCAP	Association canadienne des compagnies d'assurances de personne
ACSP	Association canadienne de santé publique
ARV	Thérapie antirétrovirale
AITQ	Association des intervenants en toxicomanie du Québec
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
BASH	British Association for Sexual Health and HIV
CCNMI	Centre de collaboration nationale en maladies infectieuses
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (États-Unis)
CITSS	Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang
CLSC	Centre local de services communautaire
CMQ	Collège des médecins du Québec
COCQ-SIDA	Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSSPNQL	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
DNSP	Directeur national de santé publique
DSP	Direction de santé publique
EIA	Épreuve immunoenzymatique (<i>enzyme immunoassay</i>)
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GQDITSS	<i>Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang</i>
HARSAH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
HAS	Haute autorité de Santé (France)
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPPAP-ITS	Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement (ITS) et auprès de leurs partenaires
IPPAP-VIH	Intervention préventive auprès des personnes infectées par le VIH et auprès de leurs partenaires

IPS-SPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
ITS	Infection transmissible sexuellement
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LDC-ITS	<i>Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement</i>
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PA	Personnes-années
PAL	Plan d'action local
PAR	Plan d'action régional
PCP	Pratique clinique préventive
PNSP	Programme national de santé publique
PSI-VIH	Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RLS	Réseaux locaux de services
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIDEP	Service intégré de dépistage et de prévention des ITSS
SLITSS	Service de lutte contre les ITSS
UDI	Utilisateur de drogues injectables
TDR	Trousse de dépistage rapide
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

Au Québec, comme dans d'autres pays ayant une épidémie concentrée (affectant particulièrement des populations vulnérables), l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) s'est propagée au sein de certaines populations sans s'être installée solidement dans la population générale. Elle touche particulièrement les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), les utilisateurs de drogues injectables (UDI) et les personnes originaires de pays où l'infection par le VIH est endémique.

En 2009, 21,5 % des Québécois qui ont reçu un premier diagnostic d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) présentaient une infection symptomatique chronique ou étaient déjà au stade sida lors du dépistage, et seulement 10,8 % d'entre eux étaient au stade de primo-infection lors du diagnostic[1]. Par ailleurs, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) estimait qu'à la fin de 2008, plus du quart des 65 000 Canadiens possiblement infectés par le VIH l'ignoraient[2]. Selon ses estimations pour le Québec, environ 18 000 personnes vivaient avec le VIH, mais 4 500 d'entre elles l'ignoreraient. Force est de constater que de nombreux cas sont détectés tardivement et que certaines personnes à risque ne sont pas rejointes par l'offre de dépistage actuelle.

Dans ce contexte, la diffusion de nouvelles recommandations préconisant un dépistage systématique de l'infection par le VIH dans plusieurs pays et l'avènement de nouvelles technologies comme le test de dépistage rapide et le test à domicile ont amené le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à demander à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) d'amorcer une réflexion sur les pratiques de dépistage au Québec afin de l'optimiser.

L'avis sur l'optimisation du dépistage et du diagnostic de l'infection par le VIH devait proposer des stratégies permettant d'augmenter le nombre de personnes infectées qui connaissent leur statut et de diagnostiquer précocement l'infection afin de briser la chaîne de transmission et d'assurer une prise en charge précoce.

Le présent document vise donc les objectifs suivants :

- dresser le portrait de l'infection par le VIH et de son dépistage au Québec;
- relever les lacunes du dépistage au Québec;
- dégager les enjeux et des pistes de solution pour optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH;
- recommander des stratégies et des moyens pour optimiser le dépistage adaptés au contexte québécois.

Les recommandations formulées porteront sur :

- l'offre de dépistage de l'infection par le VIH (ciblé ou systématique, fréquence, femmes enceintes);
- les stratégies visant à mieux rejoindre les populations vulnérables;
- l'intervention clinique préventive (confidentialité, consentement libre et éclairé, counseling);

- le contexte social (discrimination, stigmatisation et criminalisation liées à l'infection par le VIH);
- l'organisation des services.

Le présent avis s'appuie sur une synthèse de la littérature, des données épidémiologiques et des projets de recherche sur le sujet ainsi que sur l'expérience des experts dans le domaine.

1 CONTEXTE ET PORTRAIT DE LA SITUATION

1.1 LE CONTEXTE

Le nombre de personnes atteintes par l'infection par VIH augmente alors que le nombre de celles qui ont développé le sida diminue. Cette augmentation découle de l'effet conjugué de l'apparition de nouveaux cas et de l'avènement de thérapies antirétrovirales (ARV) hautement efficaces, qui ont entraîné une réduction de la morbidité et de la mortalité chez les personnes infectées. L'infection par le VIH demeure incurable, mais plusieurs la considèrent dorénavant comme une maladie chronique plutôt que comme une maladie mortelle. Quoi qu'il en soit, les coûts économiques, humains et sociaux du VIH demeurent colossaux. À titre indicatif, on estime à 200 millions de dollars par année le seul coût des thérapies antirétrovirales[17].

Malgré l'augmentation du nombre de personnes infectées par le VIH au pays, l'ASPC estime qu'environ 26 % d'entre elles ignorent qu'elles sont séropositives[18]. Au Québec, en 2007, plus de la moitié (63 %) des personnes qui ont reçu un diagnostic d'infection par le VIH (sur lesquelles l'information est disponible) disaient n'avoir jamais eu de test de dépistage avant celui qui a mené à la déclaration[19]. L'offre de dépistage actuelle ne rejoindrait pas nécessairement les personnes qui ont des comportements à risque. Il est probable que plusieurs d'entre elles ignorent qu'elles sont séropositives.

En 2009 au Québec, environ une personne ayant eu un diagnostic d'infection par le VIH sur quatre (21,5 %) l'a reçu à un stade avancé de l'infection[1]. Or, la prise en charge précoce permet d'offrir les soins appropriés en temps opportun. Amorcée précocement, la thérapie ARV permet de réduire la morbidité et la mortalité associées à l'infection[20, 21] et contribuerait également à réduire la transmission[22].

La transmission accrue de l'infection par le VIH pendant la période de primo-infection est aussi inquiétante. Une étude récente menée par des chercheurs québécois montre que 50 % des nouvelles infections par le VIH ont été transmises par des personnes séropositives en primo-infection[23]. La connaissance de son statut sérologique jouerait un rôle primordial dans l'adoption de comportements sécuritaires, réduisant ainsi la transmission de l'infection[24]. Le dépistage est donc un élément efficace du continuum d'interventions visant à briser la chaîne de transmission du VIH[17].

Au Québec, comme dans d'autres pays ayant une épidémie concentrée (affectant particulièrement des populations vulnérables), l'infection par le VIH s'est propagée au sein de certaines populations sans s'être installée solidement dans la population générale. Elle touche particulièrement les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), les utilisateurs de drogues injectables (UDI) et les personnes originaires de pays où l'infection par le VIH est endémique. Ce sont les groupes considérés comme ayant un risque élevé de transmission du VIH. On connaît maintenant mieux l'ensemble des difficultés auxquelles ces personnes font parfois face. Quand la stigmatisation entourant l'infection par le VIH s'ajoute à des problèmes de santé mentale, de pauvreté ou de violence, par exemple, l'intervention nécessite une approche globale et une adaptation aux contextes et aux besoins. Par ailleurs, les personnes incarcérées, les personnes issues de communautés

autochtones, les jeunes en difficulté et les femmes en situation de vulnérabilité sont d'autres populations considérées comme vulnérables aux ITSS, dont le VIH[3]^a.

Pour rejoindre les groupes à risque et les populations vulnérables aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et ainsi optimiser le dépistage de l'infection par le VIH, il faut également tenir compte des contextes dans lesquels les acteurs qui interviennent dans le dépistage des ITSS évoluent. Le réseau de la santé et des services sociaux a connu des changements majeurs au cours des dernières années[25]. Les centres de santé et de services sociaux (CSSS) ont la responsabilité d'aller vers les populations vulnérables de leur territoire, qui peuvent également être vulnérables au VIH et aux autres ITSS[17]. Toutefois, dans un contexte de ressources restreintes, le dépistage des ITSS entre en compétition avec d'autres problèmes de santé. À l'heure actuelle, le dépistage des ITSS est encore trop peu intégré dans la pratique clinique des professionnels de première ligne. Par ailleurs, l'organisation des services de dépistage varie d'une région à l'autre. Elle est généralement fragile, peu soutenue et non pérenne[15]. Il faut d'abord agir sur l'intégration et l'organisation des services de dépistage, puis sur les pratiques des professionnels.

Dans la mouvance du quatrième rapport du Directeur national de santé publique, *L'épidémie silencieuse*[17], cet avis se veut une mobilisation orientée vers l'action et la mise en œuvre d'un meilleur dépistage, moyen dont l'efficacité pour lutter contre les épidémies infectieuses est solidement établie.

Pour ce faire, il importe d'abord et avant tout de bien connaître l'épidémiologie de l'infection par le VIH. Les sections qui suivent tracent le portrait global de la situation au Québec.

1.2 LES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES SUR L'INFECTION PAR LE VIH : PORTRAIT D'UNE ÉPIDÉMIE CONCENTRÉE

Le Québec est la deuxième province canadienne en importance pour l'incidence cumulative du VIH après l'Ontario. On ne dispose pas actuellement de données à jour sur la prévalence et l'incidence du VIH dans la population générale du Québec. Les estimations disponibles sur certains groupes à risque seront présentées plus loin à la section 1.3 portant sur la synthèse des données des projets de recherche sur la surveillance de l'épidémie au Québec réalisés ou en cours.

1.2.1 Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Québec produites par l'ASPC

L'ASPC estime qu'entre 14 500 et 21 300 personnes vivaient avec le VIH au Québec en 2008[26]. La moitié (51 %) seraient des HARSAH, 16 % des immigrants en provenance de pays où l'infection par le VIH est endémique, 15 % des UDI, 13 % des personnes hétérosexuelles sans lien connu avec l'un des trois groupes où la prévalence de l'infection

^a La sélection des groupes à risque et des populations vulnérables aux ITSS s'appuie, d'une part, sur l'épidémiologie, et d'autre part sur la *Stratégie québécoise de lutte contre le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement, orientations 2003-2009* du MSSS. Notre définition des groupes à risque et des populations vulnérables est présentée dans le lexique.

est la plus élevée^b, 4 % des personnes à la fois HARSAH et UDI, et 1 % des cas d'autres catégories d'exposition. De 3 150 à 4 750 de ces personnes vivant avec le VIH seraient des femmes (21,9 %). La majorité (71 %) d'entre elles auraient été infectées par voie hétérosexuelle, et 27 % en échangeant du matériel d'injection de drogues[26].

Entre 500 et 1 200 du total des infections estimées par l'ASPC pour le Québec seraient survenues en 2008, dont 53 % chez des HARSAH, 16 % chez des immigrants de pays où l'infection par le VIH est endémique, 15 % chez des personnes hétérosexuelles sans lien connu avec l'un des trois groupes les plus à risque, et 3 % chez des HARSAH également UDI[26].

On estime qu'environ 16 900 des 65 000 personnes qui ont contracté l'infection par le VIH au Canada, soit 26 %, ignorent qu'elles sont séropositives[2]. Ce taux estimé grimpe à 35 % pour les personnes qui ont été infectées par transmission hétérosexuelle (qu'elles proviennent ou non de pays où l'infection par le VIH est endémique), ce qui représente un taux supérieur au taux estimé chez les HARSAH (19 %) et les UDI (25 %)[2]. La proportion des personnes provenant de pays où l'infection par le VIH est endémique qui ont contracté l'infection par transmission hétérosexuelle et l'ignorent par rapport à celle des personnes originaires du Canada demeure à préciser. On convient toutefois que l'épidémie étant concentrée chez les groupes vulnérables, le nombre absolu de personnes infectées par transmission hétérosexuelle ne provenant pas d'un pays où l'infection par le VIH est endémique et qui ignorent leur statut sérologique est probablement relativement faible.

1.2.2 Données du Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec (PSI-VIH)

L'infection par le VIH fait l'objet d'une collecte d'informations épidémiologiques à des fins de surveillance continue de l'état de santé de la population depuis 2002[27]. Au 30 juin 2010, 6 107 cas étaient cumulativement enregistrés dans le programme, dont 3 139 nouveaux diagnostics. La majorité de ces personnes (59,7 %) n'avaient jamais eu de test de dépistage de l'infection par le VIH auparavant et ignoraient qu'elles étaient infectées. Près du quart (23,3 %) d'entre elles en étaient déjà au stade d'infection chronique symptomatique du VIH ou du sida au moment du dépistage. Elles ont alors appris que l'infection était à un stade avancé, information qu'elles auraient eu plus tôt si elles avaient bénéficié d'un dépistage précoce[27].

De manière générale, chez les personnes des deux sexes, le nombre et la proportion des cas augmentent avec l'âge, ce qui appuie l'hypothèse que le risque de contracter cette maladie actuellement incurable est cumulatif avec l'âge[27].

L'infection touche surtout les hommes (78,8 %). Ceux-ci sont essentiellement infectés lors de relations sexuelles homosexuelles. Les HARSAH représentent 62,1 % des cas de sexe masculin (n = 4 813), les UDI 13,9 %, les hommes hétérosexuels (sans lien connu avec l'un des trois groupes où la prévalence de l'infection est la plus élevée) 9,2 %, les immigrants en

^b C'est-à-dire chez des personnes qui ont eu des rapports hétérosexuels et chez qui aucun facteur de risque associé à l'un des trois groupes les plus à risque (HARSAH, personnes provenant d'un pays où le VIH est endémique et UDI) n'a été relevé.

provenance de pays où l'infection par le VIH est endémique 7,7 %, les personnes à la fois HARSAH et UDI 4,8 %, et les cas appartenant à d'autres catégories d'exposition 2,3 %[27].

La transmission hétérosexuelle prédomine chez les femmes. Chez celles qui ont eu un diagnostic d'infection par le VIH, la catégorie d'exposition la plus importante est celle des personnes originaires de pays où l'infection par le VIH est endémique. Les immigrantes en provenance de ces pays représentent 45,5 % des cas de sexe féminin (n = 1 288), les femmes hétérosexuelles sans autre facteur de risque 28,3 %, les UDI 22,2 %, et les cas attribués à d'autres catégories d'exposition 4 %[27].

Dans l'ensemble, les HARSAH sont le groupe le plus touché par l'infection, avec 49,0 % des cas enregistrés au programme de surveillance, suivis les immigrants de pays où l'infection par le VIH est endémique (15,7 %) et les UDI (15,6 %), les personnes hétérosexuelles sans lien connu avec l'un des trois groupes les plus à risque (13,2 %) et les personnes à la fois HARSAH et UDI (3,8 %)[27].

Les infections par don de sang et de facteurs de coagulation et par transmission mère-enfant sont devenues rares au Québec. Depuis 2002, le Programme a enregistré cinq nouveaux diagnostics liés aux produits sanguins chez des Québécois qui peuvent avoir été infectés au Canada avant l'implantation des mesures de sécurité transfusionnelle en 1985, ou en dehors du Canada comme c'est le cas pour deux personnes immigrantes.

Le programme a aussi enregistré 17 nouveaux diagnostics d'infection par transmission verticale chez des enfants nés au Canada et vivant au Québec, dont 11 de mères originaires de pays où l'infection par le VIH est endémique, et six de mères ayant émigré d'autres pays. Un seul nouveau diagnostic de transmission verticale a été enregistré chez un enfant né au Canada d'une mère caucasienne[27].

Les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sont concentrées à Montréal (64,2 % des cas). À elle seule, la région métropolitaine enregistre 77,0 % des cas d'immigrants de pays où l'infection par le VIH est endémique, 69,6 % des cas d'HARSAH, 60,3 % des cas à la fois HARSAH et UDI, et pratiquement la moitié des cas d'UDI (49,9 %) et des cas d'hétérosexuels sans autre facteur de risque (48,9 %). Les régions de la Montérégie et de la Capitale-Nationale contribuent respectivement pour 8,8 % et 7,0 % des cas. Les autres régions contribuent pour moins de 3,4 % chacune, à l'exception du Nord-du-Québec, où aucun cas d'infection par le VIH n'a été confirmé depuis la mise en place du Programme en avril 2002[27].

1.2.3 Données du Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse

Ce programme a été implanté avant le programme de surveillance du VIH[28]. Ses recommandations seront présentées à la section 4.2.5. De 1997 à 2009, 801 femmes en suivi de grossesse infectées par le VIH ont été enregistrées au programme. La majorité (64,3 %) de celles-ci étaient des immigrantes de pays où l'infection par le VIH est endémique (46,9 % d'Afrique subsaharienne et 20,3 % d'Haïti), 22,1 % des femmes hétérosexuelles

sans lien connu avec l'un des trois groupes les plus à risque, 7 % des UDI, et 4,5 % des cas attribués à d'autres catégories d'exposition[28].

Si la moitié (56,3 %) de l'ensemble de ces femmes se savaient séropositives avant la grossesse, 39,6 % des cas ont été dépistés pendant celle-ci, et 3,6 % après. Ces femmes n'ont pas eu accès au traitement préventif et ont donné naissance à 11 enfants infectés par le virus. Le programme évalue le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant lorsque toutes les mesures préventives sont adéquatement appliquées à 0,243 %[28].

1.3 LES DONNÉES DES PROJETS DE RECHERCHE AUPRÈS DES GROUPES À RISQUE ET DES POPULATIONS VULNÉRABLES

1.3.1 Prévalence et incidence du VIH chez les HARSAH

Si l'on compte les cas à la fois HARSAH et UDI, plus de la moitié (52,8 %) de l'ensemble des cas enregistrés dans le programme de surveillance sont des HARSAH[27]. Il faut souligner ici que la fréquence du VIH est plus élevée chez les HARSAH que dans les autres groupes parce que le risque d'exposition à l'infection par le VIH est plus élevé lors des relations sexuelles entre hommes qu'avec les relations hétérosexuelles (comportements sexuels à risque, comportements à risque fréquents et plus forte prévalence de l'infection dans ce groupe que dans les autres groupes).

La cohorte Oméga, une étude de cohorte réalisée de 1996 à 2003 à Montréal, estime l'incidence de l'infection par le VIH chez les HARSAH à 0,62 [0,41-0,84] par 100 personnes-années (PA). Ce taux de séroconversion était plus élevé chez les HARSAH de moins de 30 ans (1,70 par 100 PA) que chez ceux de 30 ans et plus (0,57 par 100 PA). Les chercheurs ont associé ce taux au nombre de partenaires sexuels, aux relations anales non protégées, particulièrement lorsqu'elles sont réceptives, aux relations orales à risque et au partage de matériel d'injection de drogue déjà utilisé[29].

Les données du cycle 2005 d'ARGUS, une étude de surveillance de deuxième génération, montrent qu'annuellement 1,3 % [0,54-2,25] des HARSAH non infectés par le VIH contracteraient l'infection. Les données plus récentes du cycle 2008-2009 d'ARGUS, révèlent que 13,6 % [12,0 %-15,2 %] des HARSAH sont infectés par le VIH. Parmi ces HARSAH séropositifs, 14,5 % ignoraient qu'ils l'étaient, et 6,4 % étaient aussi infectés par le virus de l'hépatite C (VHC). Par ailleurs, la proportion de personnes qui ont affirmé avoir subi un test de dépistage du VIH au cours des douze mois précédant l'enquête a augmenté chez les répondants montréalais entre 2005 et 2008, passant de 45,4 % à 61,4 %[30, 31].

1.3.2 Prévalence et incidence du VIH chez les utilisateurs de drogues injectables (UDI)

Si l'on compte les personnes à la fois HARSAH et UDI, ce groupe représente 19,4 % de l'ensemble des cas enregistrés dans le programme de surveillance[27]. Le risque d'infection dans ce groupe est associé au partage de matériel d'injection et d'inhalation de drogues. Il est à noter que 19,4 % des cas d'infection par le VIH enregistrés dans la catégorie d'exposition UDI (52,5 % des femmes UDI) sont ou ont déjà été travailleurs du sexe. L'usage

de drogue, que ce soit par injection ou non, augmente le risque d'avoir plusieurs partenaires et des relations sexuelles non protégées.

Selon les données récentes (de 1995 à 2008) du réseau SurvUDI[32], 14,3 % [13,7-15,0] des UDI seraient infectés par le VIH. Cette prévalence est plus élevée à Montréal (18,9 %) qu'à Québec (11 %). Près du quart (23,5 %) des 3 925 UDI séropositifs recrutés dans l'enquête entre 2003 et 2008 ignoraient l'être. L'incidence est de 2,9 [2,5-3,2] par 100 PA (3,3 par 100 PA à Montréal, 2,4 par 100 PA à Québec, et 1,3 par 100 PA dans les régions semi-urbaines). Après une tendance à la baisse jusqu'en 2001, les chercheurs du réseau SurvUDI ont relevé une augmentation statistiquement non significative de l'incidence depuis 2002 à Québec et à Montréal. Le niveau de co-infection VIH-VHC est particulièrement élevé chez les UDI : 86,5 % des personnes infectées par le VIH le sont aussi par le VHC. À l'inverse, 20,8 % des UDI infectés par le VHC le sont aussi par le VIH. Dans l'ensemble, 13,0 % des UDI sont infectés par les deux virus[32].

Les données de la cohorte Saint-Luc à Montréal (1992-2004) arrivaient à des mesures également élevées d'incidence (2,6 par 100 PA) et de prévalence (22,5 %) de l'infection par le VIH et de co-infection avec le VHC (22 %) chez les UDI recrutés et suivis dans le cadre du projet[33].

Dans une étude de cohorte prospective sur des jeunes de la rue ayant évalué l'incidence de l'infection à 0,8 par 100 PA pendant la période de suivi (2001-2005), la quasi-totalité des séroconversions étaient survenues chez des jeunes qui s'injectaient des drogues[34].

1.3.3 Prévalence du VIH chez les personnes originaires de pays où l'infection par le VIH est endémique

Les immigrants d'Haïti et des pays d'Afrique subsaharienne forment 16,9 % de l'ensemble des cas enregistrés au programme de surveillance[27]. Si le risque d'infection chez ces personnes est généralement associé aux rapports hétérosexuels non protégés, les conditions de pauvreté, d'isolement et d'accès limité aux services préventifs dans lesquelles vivent un nombre relativement important d'immigrants peuvent les amener à adopter des comportements à risque.

Une étude réalisée à Montréal auprès de résidents d'origine haïtienne concluait que 1,3 % de ceux-ci étaient infectés par le VIH en 1994 (1,5 % chez les hommes et 1,1 % chez les femmes). Comme l'établissement de ces immigrants haïtiens au pays est ponctué de voyages dans leur pays d'origine et dans des villes américaines où vivent d'importantes communautés haïtiennes, les personnes infectées sont susceptibles de transmettre le virus de Montréal vers Haïti et inversement. La prévalence était plus élevée chez ceux qui avaient voyagé dans leur pays d'origine au cours des cinq dernières années que chez ceux qui étaient restés au Canada[35].

1.3.4 Prévalence et incidence de l'infection par le VIH chez les personnes incarcérées

Le risque d'infection par le VIH chez les personnes incarcérées est associé à leur appartenance à d'autres sous-populations marginalisées et à leurs comportements à risque avant et pendant leur séjour en prison.

Dans les établissements fédéraux[36], on a relevé une augmentation du nombre de tests effectués pendant l'incarcération en 2001. Cependant, de nombreux détenus n'ont pas passé de test de dépistage de l'infection par le VIH. Le rapport indique que « jusqu'à 70 % des détenus ne subissent peut-être jamais ce test[36] ».

Deux études ont été réalisées au Québec dans des centres de détention provinciaux, l'une en 1994 et l'autre en 2003. L'étude effectuée en 1994 montre que dans les établissements provinciaux, la prévalence de l'infection par le VIH est de 3 % (hommes : 2 %; femmes : 9 %). Une importante proportion des personnes détenues dans ces établissements avaient déjà subi un test de dépistage, soit 63 % des hommes et 76 % des femmes. Toutefois, une forte proportion des personnes infectées par le VIH ou le VHC l'ignoraient. Si l'on exclut les personnes en attente d'un résultat, près d'un détenu sur six (17 %) était infecté par le VIH, et un détenu sur trois (33 %) l'était par le VHC. Une importante proportion (82 %) des personnes incarcérées qui ignoraient être séropositives étaient des UDI[37].

L'étude réalisée en 2003 montre que dans des établissements de détention du Québec[38], 3,4 % des personnes incarcérées (2,3 % des hommes et 8,8 % des femmes) étaient séropositives. La prévalence était plus élevée chez celles qui s'injectaient des drogues (hommes : 7,2 % chez les UDI et 0,5 % chez les non-UDI; femmes : 20,6 % chez les UDI, aucun cas chez les non-UDI). Les chercheurs ont noté que 65 % des personnes infectées par le VIH dans les prisons l'étaient aussi par le VHC, que 17 % ignoraient être infectées, et que 6 % des hommes et 42 % des femmes avaient eu des relations anales ou vaginales en échange d'argent.

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 LE MANDAT ET LES OBJECTIFS DU SOUS-COMITÉ OPTIMISER LE DÉPISTAGE DE L'INFECTION PAR LE VIH

En 2007, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) confiait à l'INSPQ le mandat de produire un avis sur l'optimisation du dépistage de l'infection par le VIH en donnant priorité aux recommandations sur l'utilisation des trousse de dépistage rapide.

Pour réaliser ce mandat, l'INSPQ a créé le sous-comité Optimiser le dépistage du VIH^c, qui relève du Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (CITSS). Dans le cadre de la Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement[3], ce sous-comité a pour principal objectif de formuler des recommandations afin d'optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH.

Pour ce faire, le sous-comité s'est fixé les objectifs suivants :

- 1) formuler des recommandations sur le dépistage de l'infection par le VIH;
- 2) formuler des recommandations sur le dépistage de l'infection par le VIH dans les points de service à l'aide des trousse de dépistage rapide;
- 3) adapter au contexte québécois le guide de l'ASPC sur le dépistage de l'infection par le VIH dans les points de service à l'aide des trousse de dépistage rapide destiné aux professionnels de la santé;
- 4) alimenter la mise à jour des programmes et documents afférents;
- 5) préciser les répercussions des recommandations sur la surveillance de l'infection par le VIH au Québec;
- 6) formuler des recommandations sur la diffusion des recommandations précitées et sur la formation liée à leur application.

2.2 LE PROCESSUS DE CONSULTATION ET D'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS

Le présent avis se repose sur :

- une compréhension des données épidémiologiques de l'infection par le VIH;
- une synthèse de la littérature portant sur :
 - l'optimisation du dépistage ailleurs au Canada et dans les pays ayant une épidémie concentrée,
 - les stratégies d'intervention et de dépistage,
 - les populations vulnérables aux ITSS;
- les travaux du sous-comité Optimiser le dépistage du VIH;

^c Ce sous-comité spécial relève du Comité sur les transmissibles sexuellement et par le sang (CITSS) de l'INSPQ.

- des rencontres avec le groupe de partenaires du sous-comité composé de divers experts : cliniciens de première ligne, médecins microbiologistes-infectiologues, intervenants en santé publique et intervenants communautaires (voir l'annexe 1);
- des consultations avec des professionnels expérimentés.

La démarche s'est voulue participative et a laissé place au point de vue des experts dans le domaine du VIH au Québec. À chaque rencontre, les thèmes discutés étaient appuyés par une revue de la littérature. Les critiques reçues à chaque rencontre ont aussi permis d'orienter la recherche vers des thématiques particulières. Certaines rencontres avec le groupe de partenaires, le sous-comité et le CITSS ont davantage été marquantes dans la réalisation de l'avis.

- Séance de remue-méninges, 17 avril 2007 :
 - la séance de remue-méninges a regroupé des porte-parole de milieux œuvrant dans le domaine de la lutte contre l'infection par le VIH. Cette séance a permis de faire une lecture commune des problèmes liés au dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH et de déterminer les résultats escomptés, les orientations et les objectifs à atteindre. Un travail de recherche sur les problèmes relevés et un exercice de rédaction ont ensuite été effectués par des agents de recherche de l'INSPQ[39].
- Rencontre avec le groupe de partenaires, 30 janvier 2009 :
 - les partenaires ont défini les orientations et les résultats escomptés de l'avis *Optimiser le dépistage du VIH*. Ces orientations sont présentées à la section 5[40].
- Rencontre avec le groupe de partenaires, 9 décembre 2009 :
 - les partenaires ont échangé sur les problèmes associés au dépistage et au diagnostic de l'infection par le VIH et les pistes de solutions. Parmi les thèmes discutés, citons l'organisation des services, rejoindre les populations vulnérables et l'intervention clinique préventive[41].
- Rencontre avec le sous-comité Optimiser le dépistage du VIH, 21 octobre 2010 :
 - les membres du sous-comité ont été appelés à prendre position sur l'orientation des recommandations à proposer[42].
- Rencontre avec le CITSS, 26 janvier 2011 :
 - lors de cette rencontre, les membres du CITSS ont commenté les propositions de recommandations élaborées par le sous-comité. Ces commentaires ont mené à la version finale des recommandations présentées dans l'avis. Une version préliminaire de l'avis a été soumise à l'ensemble des experts présents à la rencontre de consultation ainsi qu'à quelques autres experts, absents, mais habilités et intéressés à commenter[43]^d.

^d La liste des personnes consultées est présentée à l'annexe 1.

- Rencontre avec le CITSS, 14 juin 2011 :
 - les recommandations de l'avis ont été entérinées par les membres du CITSS[44]^e.

Les résultats des consultations sont présentés dans des encadrés lorsque pertinent. Les recommandations du présent avis découlent de ces échanges et des informations recueillies.

2.3 LES TRAVAUX AYANT CONTRIBUÉ À L'OPTIMISATION DU DÉPISTAGE ET DU DIAGNOSTIC DE L'INFECTION PAR LE VIH

2.3.1 Dépistage de l'infection par le VIH dans les points de service à l'aide de trousse de dépistage rapide

En juin 2008, le sous-comité a déposé un avis intérimaire sur le *Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de trousse de dépistage rapide*, répondant ainsi aux objectifs 2 et 3 fixés par le sous-comité (section 2.1). Cet avis repose sur des données provenant de pays présentant une épidémie concentrée de même que sur la consultation des partenaires et du CITSS. Sans être consensuel, l'avis intérimaire tient compte des points de vue d'experts issus des milieux cliniques, du domaine de la santé publique et du milieu communautaire. Les recommandations de l'avis intérimaire déposées au MSSS en 2008 ont presque toutes été appliquées ou sont en cours de mise en place.

Pour soutenir les professionnels de la santé qui désirent effectuer le dépistage de l'infection par le VIH à l'aide de trousse de dépistage rapide (TDR), l'INSPQ et le MSSS ont produit le supplément au *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang* (GQDITSS)[6]^f intitulé *Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide des trousse de dépistage rapide : guide à l'intention des professionnels de la santé du Québec*[7]. Il précise les éléments cliniques et techniques inhérents au dépistage de l'infection par le VIH à l'aide des TDR, sans toutefois reprendre les éléments contenus dans le GQDITSS. Tout en permettant une adaptation québécoise du guide de l'ASPC sur le dépistage de l'infection par le VIH dans les points de service à l'aide des trousse de dépistage rapide destiné aux professionnels de la santé, ce document a permis d'actualiser la plupart des recommandations émises dans l'avis intérimaire du CITSS.

Un appel de proposition pour la réalisation de projets pilotes sur l'utilisation des TDR a été lancé aux coordonnateurs en maladies infectieuses des 18 régions sociosanitaires du Québec en avril 2009. Deux projets pilotes sont financés. Le projet de la région de la Capitale-Nationale est réalisé par le CSSS de la Vieille-Capitale, plus particulièrement à partir des services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEPE), et permet de rejoindre plusieurs clientèles vulnérables aux ITSS (HARSAH, UDI, personnes itinérantes ou désaffiliées). Le projet de Montréal cible plus particulièrement le milieu carcéral. L'évaluation de ces projets pilotes est en cours. Les résultats guideront l'implantation des TDR dans d'autres milieux.

^e La liste des membres du CITSS est présentée au début du document.

^f On peut consulter le *Guide québécois de dépistage des ITSS* au www.msss.gouv.qc.ca/itss, section « Professionnels », rubrique « Publications/guides ».

Le sous-comité a aussi recommandé la création d'une coordination provinciale d'un programme d'assurance de la qualité, en cours d'élaboration.

2.3.2 Intervention préventive auprès des personnes infectées par le VIH et auprès de leurs partenaires (IPPAP-VIH)

En 2009, « un groupe de travail *Intervention préventive auprès des personnes infectées par le VIH et auprès de leurs partenaires* a été mis sur pied pour alimenter les réflexions du SLITSS de la Direction générale de la santé publique du MSSS et du sous-comité « Optimiser le dépistage du VIH » de l'INSPQ sur le développement d'une offre de soutien à l'intervention auprès des personnes infectées par le VIH et auprès de leurs partenaires »[45]⁹.

L'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS à déclaration obligatoire et auprès de leurs partenaires (IPPAP) vise à « éviter la réinfection du cas-index par un partenaire infecté non traité, interrompre la chaîne de transmission de l'infection dans la communauté, et prévenir l'apparition de complications liées à une infection non traitée en offrant un traitement précoce aux partenaires[46] ». Cette intervention permet l'application de mesures préventives et le soutien dans le changement ou le maintien de comportements sexuels sécuritaires. L'approche préconisée et le rôle des professionnels de la santé publique varient selon la nature de l'infection, les caractéristiques des personnes infectées ou de leurs partenaires et l'organisation régionale des services[46].

Le VIH n'est pas une maladie à déclaration obligatoire (MADO). Depuis la mise en œuvre du Programme québécois IPPAP, plusieurs directions régionales de santé publique (DSP) ont souligné au Service de lutte contre les ITSS (SLITSS) qu'il serait approprié de définir et de soutenir les interventions à réaliser auprès des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et de leurs partenaires, même si cette infection n'est pas une MADO. De plus, les participants à l'atelier de formation portant sur ce programme ont régulièrement exprimé aux formateurs qu'ils se sentaient peu outillés pour intervenir auprès des PVVIH. À l'heure actuelle, la nature des interventions préventives offertes aux PVVIH varie considérablement d'une région à l'autre[45].

Pour le sous-comité Optimiser le dépistage du VIH, l'intervention préventive offerte aux personnes infectées par le VIH et auprès de leurs partenaires (IPPAP-VIH) est une stratégie permettant de rejoindre les personnes susceptibles d'avoir été exposée au virus, de diagnostiquer précocement l'infection et d'augmenter ainsi le nombre de PVVIH qui connaissent leur statut sérologique. Le counseling offert aux personnes infectées lors de l'intervention préventive doit tenir compte du contexte social et légal propre à l'infection par le VIH[45].

Le groupe de travail a déposé ses recommandations au MSSS en 2009. Le Ministère a convenu de donner suite aux recommandations et a entrepris des travaux dans ce sens. Les recommandations sont présentées à l'annexe 2.

⁹ Ce groupe de travail spécial s'est rencontré le 28 avril 2009 et a validé ses recommandations par courriel.

3 GRANDES ORIENTATIONS DE LA LUTTE CONTRE L'INFECTION PAR LE VIH AU QUÉBEC

Plusieurs documents précisant les orientations et politiques gouvernementales en matière de lutte contre les ITSS, dont le VIH, ont été publiés. Ces documents tracent la voie à lutte contre les ITSS et ont servi de base à l'élaboration des recommandations du présent avis. Nous présentons ici les faits saillants de ces documents en relation avec le dépistage du VIH. Le lien électronique du document est inséré à la fin de chaque sous-section afin de permettre aux lecteurs de consulter la version originale.

3.1 *PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015* DU MSSS

Le Plan stratégique du MSSS définit six enjeux pour relever les défis qu'impose le système de santé et de services sociaux :

- 1) L'action en amont des problèmes et la réduction des inégalités en matière de santé et de bien-être;
- 2) La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services;
- 3) Un délai raisonnable pour l'accès aux services;
- 4) La qualité des services et l'innovation;
- 5) L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines;
- 6) Une gestion performante et imputable[25].

Bien que plusieurs des objectifs fixés dans la Planification stratégique puissent avoir un effet sur l'organisation des services de dépistage et du diagnostic de l'infection par le VIH, un objectif touche précisément les ITSS. L'orientation 1.1 du premier enjeu préconise d'agir de façon concertée sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être. L'objectif 1.1.2, qui s'inscrit dans l'axe *Prévention dans les continuums de services*, vise à soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, notamment en donnant priorité aux ITSS, aux habitudes de vie et aux maladies chroniques[25].

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-717-02.pdf>

3.2 *PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE 2003-2012, MISE À JOUR 2008*

Le Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP)[12], mesure prévue par la Loi sur la santé publique, a été établi dans le but de créer un outil structurant qui favorise la cohérence des pratiques en santé publique et de constituer un levier pour renforcer les mesures de prévention au sein du système de santé et de services sociaux[12].

L'évaluation du programme à mi-mandat a conduit à la mise à jour de 2008. Celle-ci réaffirme que le programme doit s'implanter par l'entremise des plans d'action régionaux et locaux. Ses outils de planification doivent permettre d'adapter l'intervention à la réalité de

chaque territoire et exige la collaboration de l'ensemble des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que celle des partenaires d'autres secteurs d'activité[12].

Les objectifs du PNSP sur la prévention des ITSS

Le PNSP propose des objectifs précis à atteindre en fonction de trois axes d'intervention, soit l'offre de service aux populations à risque; l'organisation d'activités dans le milieu de vie des populations vulnérables socialement; et la création d'environnements favorables à la prévention :

- Maintenir à moins de deux le nombre annuel d'enfants nés au Québec et infectés par le VIH dans le cadre d'une transmission mère-enfant;
- Réduire le nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH à moins de 550 par année et, plus précisément :
 - le nombre de nouveaux diagnostics chez les HARSAH à moins de 250 cas par année,
 - le nombre de nouveaux diagnostics chez les personnes UDI à moins de 45 cas par année;
- Réduire l'incidence de l'infection par le VIH à moins de 1,1 par 100 personnes-années chez les HARSAH, et à moins de 2,7 par 100 personnes-années chez les UDI[12].

Trois stratégies d'action sont réitérées dans la mise à jour du PNSP^h : 1) soutenir le développement des communautés; 2) soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être; et 3) promouvoir et soutenir les pratiques cliniques préventives. Le PNSP décrit, pour chacun de ces objectifs, les rôles et les mandats des centres de santé et de services sociaux (CSSS) au palier local, des agences de la santé et des services sociaux (ASSS) au palier régional, et du ministère de la Santé et des Services sociaux au palier national[12].

3.2.1 Soutenir le développement des communautés

« Le développement des communautés est un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local[12] ». Ce développement doit viser l'amélioration des conditions de vie sur les plans social, culturel, économique et environnemental, et repose sur quatre principes fondamentaux : 1) la participation des citoyens et des acteurs; 2) une approche démocratique; 3) la solidarité sociale; et 4) la responsabilité associée aux droits et devoirs de l'action citoyenne[12].

En soutenant le développement des communautés, les acteurs de la santé publique peuvent renforcer la capacité des milieux à se prendre en main. « Le réseau de la santé et des services sociaux doit accompagner chaque communauté vers son développement global, sain et durable[12] ».

^h Lorsque l'acronyme PNSP est utilisé dans le présent avis, nous référons à sa version mise à jour en 2008.

3.2.2 Soutenir l'action intersectorielle

À l'échelle du réseau de la santé et des services sociaux, le nouveau partage des responsabilités entre les paliers local, régional et national est vu comme un élément susceptible d'améliorer la cohérence des interventions. L'action intersectorielle, une collaboration organisée entre différents acteurs, est considérée comme indispensable pour améliorer la santé et le bien-être de la population[12].

3.2.3 Promouvoir et soutenir les pratiques cliniques préventives

Les pratiques cliniques préventives (PCP) sont un ensemble d'interventions menées par un professionnel de la santé auprès d'une personne, dans un contexte clinique, visant à promouvoir la santé et à prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux. Elles comprennent, notamment : le counseling; le dépistage, l'immunisation et la chimioprophylaxie. Le PNSP fait ressortir les conditions de réussite de l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques ainsi que le rôle des différents acteurs engagés dans les PCP[12].

Dans le domaine des ITSS, les interventions préventives s'adressent aux personnes à risque ainsi qu'aux personnes atteintes et à leurs partenaires. Les PCP peuvent constituer un levier efficace pour mobiliser les professionnels de la santé des réseaux locaux de services (RLS) en faveur de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie dans le cadre de la mise en œuvre des projets cliniques[12].

Selon les clientèles visées, les interventions sont offertes par un médecin ou une infirmière, dans le cadreⁱ :

- de services spécifiques (SIDEP pour les clientèles vulnérables, cliniques jeunesse pour les jeunes, etc.);
- d'activités cliniques de première ligne (cabinets privés, groupes de médecine de famille, unités de médecine de famille, services courants des CLSC, etc.)[3, 12].

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf>

3.3 RECONDUCTION DE LA STRATÉGIE QUÉBÉCOISE DE LUTTE CONTRE LE VIH ET LE SIDA, L'INFECTION PAR LE VHC ET LES ITS

La *Stratégie québécoise de lutte contre le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement*^j se veut un outil complémentaire au PNSP. Il reprend les objectifs de ce dernier et vise à orienter les actions dans le domaine des ITSS afin qu'elles soient mieux adaptées aux nouvelles réalités, mieux ciblées et plus efficaces[3].

ⁱ Pour tout le document, la référence à la profession infirmière concerne aussi les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-SPL). La distinction de leur statut professionnel sera soulignée dans le texte lorsque nécessaire.

^j Nous l'appellerons la Stratégie pour le reste du document.

Pour ce faire, huit grandes stratégies d'action sont proposées :

- 1) Renforcer le potentiel des personnes;
- 2) Soutenir les groupes vulnérables;
- 3) Encourager le recours aux pratiques préventives;
- 4) Mettre sur pied des mesures particulières de prévention;
- 5) Soutenir le développement des communautés;
- 6) Voir à une prise en charge adéquate des personnes infectées;
- 7) Participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être;
- 8) Consolider la surveillance et la vigie ainsi que les fonctions de soutien[3].

Il est toutefois précisé que l'application de ces stratégies d'action dépend du portrait régional de l'épidémiologie des ITSS, des populations vulnérables aux ITSS, de l'organisation des services et des ressources disponibles. « Il appartient donc aux acteurs locaux et régionaux du réseau et aux acteurs communautaires d'adapter les services préconisés en fonction des besoins de leur population. Les plans d'action locaux (PAL) et les plans d'action régionaux (PAR) de santé publique doivent refléter cette situation[3] ».

La Stratégie préconise l'intensification du dépistage des ITSS auprès des groupes vulnérables en assouplissant les modalités de fonctionnement pour leur faciliter l'accès aux soins et services et recommande de concentrer les efforts sur l'accessibilité des services pour ces groupes, étant donné que certains fréquentent moins que la population générale les services sociaux et les services de santé pour des motifs de prévention. De plus, elle met l'accent sur le dépistage des ITSS et les interventions de prévention auprès des partenaires des personnes infectées afin de tenter de briser la chaîne de transmission[3].

Plusieurs acteurs, de diverses instances, doivent participer à la lutte contre les ITSS. La Stratégie précise ces acteurs et décrit leur rôle : organismes communautaires; CSSS et cliniques privées; unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS), centres hospitaliers et cliniques privées; instances régionales : agences de la santé et des services sociaux (ASSS); MSSS; INSPQ; milieux de recherche; partenaires (autres ministères, centres de détention, etc.)[3].

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2003/03-320-01.pdf>

3.4 RAPPORT DU DIRECTEUR NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE : L'ÉPIDÉMIE SILENCIEUSE, LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

Le Directeur national de santé publique (DNSP) a fait des ITSS le sujet de son quatrième rapport sur l'état de santé de la population québécoise. La lutte contre les ITSS devient une cible d'action prioritaire pour réduire l'incidence de cette épidémie, qu'il qualifie de silencieuse, et invite les acteurs à passer à l'action. Il met l'accent sur les coûts humains, sociaux et financiers associés à ces infections pour souligner l'importance d'agir. Le rapport décrit les différentes ITSS et définit les groupes vulnérables (jeunes en difficulté, HARSAH, UDI, Autochtones, personnes originaires de pays où l'infection par le VIH est endémique, personnes incarcérées, travailleurs et travailleuses du sexe)[17].

Il fait également le point sur les gains en matière de lutte contre les ITSS et les stratégies à mettre en place pour prévenir la transmission des ITSS et briser la chaîne de transmission. Il regroupe ces stratégies en trois volets, soit **Prévenir, Dépister et Traiter**[17].

Le dépistage, qui comprend les analyses biomédicales, le counseling et l'intervention préventive auprès du ou des partenaires d'une personne infectée, est un élément important du continuum d'interventions visant à briser la chaîne de transmission des ITSS. Ainsi, dans son rapport, le DNSP rappelle les normes de bonnes pratiques en matière de dépistage et la nécessité d'adapter l'organisation des services selon les régions. La recherche systématique des facteurs de risque dans la population générale tout en intensifiant le dépistage chez les personnes vulnérables devraient guider l'action des services de santé offerts par les CSSS. Or, le DNSP constate que ces stratégies se heurtent à des défis de mise en œuvre[17].

Le rapport du DNSP propose trois objectifs pour la révision des interventions en matière de lutte contre les ITSS :

- Pertinence des interventions en les adaptant aux contextes et aux besoins des populations;
- Équité en matière de prévention et de traitement pour tous les groupes;
- Efficience et qualité des services[17].

Enfin, le DNSP invite les acteurs, le réseau de la santé et des services sociaux et leurs partenaires ainsi que la population à développer une vision commune et à collaborer. l'accès au dépistage doit être facilité en dégageant des ressources professionnelles pour le dépistage des ITSS, en assurant l'accès aux laboratoires pour les professionnels des CSSS, en analysant les besoins des groupes vulnérables et les contextes, en collaborant de façon étroite avec les organismes et les établissements fréquentés par les groupes vulnérables, et en intégrant les pratiques cliniques préventives dans les activités courantes des professionnels de la santé[17].

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-228-02.pdf>

4 DÉPISTAGE DE L'INFECTION PAR LE VIH AU QUÉBEC

4.1 L'OFFRE DE DÉPISTAGE

Tant au Canada qu'au Québec, l'approche de dépistage des ITSS — dont le VIH — recommandée est ciblée en fonction des facteurs de risque[47]. L'approche ciblée de dépistage se fonde sur des stratégies axées sur un groupe ou visant des sous-populations où les taux de prévalence sont élevés, comme les utilisateurs de drogues par injection, les noyaux de transmetteurs, etc.[48].

Au Québec, la Stratégie préconise une application mieux ciblée du dépistage. Pour ce faire, il faut intensifier le dépistage auprès des groupes les plus vulnérables en élargissant l'offre de service et en l'adaptant davantage à leurs besoins[3]. Le PNSP définit les groupes vulnérables comme ceux « qui, en raison de leurs caractéristiques, ont une probabilité plus élevée de présenter un problème psychosocial ou de santé[12] ». La Stratégie explique que « cette vulnérabilité [psycho-individuelle et socio-structurelle] est déterminante sur le potentiel de contracter ces infections et sur la capacité des individus et des groupes de se protéger et d'exercer plus de contrôle pour leur santé[3] ».

La Stratégie désigne les populations vulnérables aux ITSS suivantes :

- Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH);
- Les personnes qui utilisent des substances psychoactives, dont les utilisateurs de drogues par injection (UDI);
- Les personnes originaires de pays où les ITSS sont endémiques;
- Les personnes détenues en milieu carcéral;
- Les personnes autochtones;
- Les jeunes en difficulté;
- Les femmes vulnérables[3].

Le DNSP, dans son rapport *L'épidémie silencieuse*, reconnaît également les travailleuses et travailleurs du sexe comme une population vulnérable aux ITSS[17].

Les prochaines sections présentent les documents de référence relatifs aux recommandations de dépistage des ITSS, dont le VIH, au Canada et au Québec.

4.2 LES LIGNES DIRECTRICES SUR LE DÉPISTAGE DES ITSS, DONT LE VIH

4.2.1 *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement, édition 2008*

Les *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement, édition 2008* (LDC-ITS) proposent aux cliniciens de première ligne des recommandations pour l'évaluation, le counseling, le dépistage, le diagnostic et la prise en charge, y compris la notification aux partenaires et la déclaration obligatoire à la santé publique. Elles recommandent de proposer aux personnes ayant des comportements à risque connus de subir des tests de dépistage de l'infection par le VIH, précisent ces facteurs de risque et

offrent des outils détaillés en matière de prévention et de prise en charge des ITS auprès de diverses populations : algorithme d'évaluation du risque, questionnaire d'évaluation sommaire et questionnaire détaillé du risque d'ITS, liste des signes et symptômes de l'infection par le VIH chronique et maladies définissant le sida, thèmes à aborder avec le patient lors du counseling prétest, composantes de l'examen physique, choix du test de dépistage, counseling post-test, modalités de diagnostic en laboratoire, prise en charge, traitement et suivi et information sur la transmission du VIH[48].

Mises à jour périodiquement par l'ASPC, elles sont maintenant présentées dans un format permettant d'insérer régulièrement de nouvelles mises à jour en fonction des nouveaux enjeux et des changements survenus dans la documentation sur les ITS. Les usagers peuvent recevoir par courriel les avis de mise à jour à s'abonnant sur le site Web à la liste de diffusion des LDC-ITS de l'ASPC[48].

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

4.2.2 Complément québécois aux Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement

Le Complément québécois aux LDC-ITS adapte certains extraits des lignes directrices aux particularités du contexte québécois. Les professionnels de la santé y trouveront les éléments que le CITSS de l'INSPQ a jugé pertinent de transmettre aux médecins et aux infirmières du Québec. Le Complément présente des programmes, des protocoles et des guides sur les ITSS qui constituent des documents de référence pour tous les professionnels de la santé exerçant au Québec et définit les normes de bonnes pratiques qui doivent être appliquées dans leur domaine respectif. On y trouve également différentes sources québécoises de référence dans le domaine des ITSS[49].

Le Complément québécois aux LDC-ITS présente un tableau sur les ITSS à rechercher selon les facteurs de risque. Il y est recommandé que la fréquence de dépistage des ITSS soit établie selon le jugement clinique, et qu'un dépistage soit offert plus fréquemment pour les personnes atteintes d'ITSS à répétition et celles qui ont des partenaires multiples. Il précise que le dépistage des ITSS devrait être fait tous les six mois « lorsque les facteurs de risque sont présents de manière continue[49] ».

http://www.inspq.gc.ca/pdf/publications/653_complement_lignes_directrices_its_2006.pdf

4.2.3 Lignes directrices pour le counseling sur le sérodiagnostic du VIH

L'ASPC a également publié des lignes directrices portant spécifiquement sur le counseling relatif au sérodiagnostic de l'infection par le VIH dans le but de fournir aux médecins et autres professionnels de la santé des outils concis et faciles à lire sur le sujet. Ces lignes directrices datent de 1995 et font l'objet d'une révision en 2011. Elles seront non seulement mises à jour, mais aussi simplifiées[16].

Non disponible

4.2.4 Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (GQDITSS)

Le GQDITSS est l'ouvrage de référence pour tous les professionnels de la santé qui sont appelés à intervenir dans le dépistage des ITSS au Québec, quel que soit leur lieu de pratique. Il définit les normes de bonnes pratiques dans ce domaine et précise également les rôles et responsabilités des médecins et des infirmières, dans un contexte d'interdisciplinarité. Le clinicien y trouvera, entre autres, des renseignements détaillés sur le contenu recommandé du counseling prétest et post-test ainsi que les critères d'obtention d'un consentement libre et éclairé[6].

Le GQDITSS présente le *Tableau des ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés* (annexe 3) et une aide à l'évaluation des indications de dépistage. Il recommande d'accroître la fréquence du dépistage des ITSS pour les personnes atteintes d'ITSS à répétition, les personnes faisant partie de « noyaux de transmetteurs » et les personnes ayant des partenaires sexuels multiples[6].

Les tests de dépistage (analyses à demander, prélèvements, conservation et transport des échantillons) sont également précisés, de pair avec des fiches cliniques sur les ITSS[6].

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

Le GQDITSS ne précise toutefois pas les rôles et responsabilités des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (ISP-SPL), puisqu'il a été diffusé avant la création de cette spécialisation. Pour leur part, les IPS-SPL peuvent prescrire des mesures diagnostiques, notamment à des fins de dépistage ou en présence de problèmes de santé courants, ce qui inclut les infections transmises sexuellement. Dans ce cas, les règles qui encadrent leur pratique et les activités médicales autorisées sont précisées dans un document conjoint élaboré par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et le Collège des médecins du Québec, et disponible sur leur site Internet.

Supplément du GQDITSS : Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide des trousse de dépistage rapide

L'avènement des trousse de dépistage rapide a rendu nécessaire l'élaboration de directives quant à leur utilisation. Le Supplément s'est inscrit dans les activités du sous-comité Optimiser le dépistage du VIH et a été annexé au GQDITSS[7].

Ce document dresse d'abord un portrait global du dépistage de l'infection par le VIH au Québec et décrit les trousse de dépistage rapide (TDR), leur fonctionnement, leurs avantages et leurs inconvénients ainsi que les règles à respecter pour les utiliser. Il définit les personnes susceptibles de bénéficier de l'utilisation des TDR : populations vulnérables à l'infection par le VIH, partenaires des personnes correspondant aux caractéristiques d'une population vulnérable à l'infection par le VIH et personnes répondant à d'autres indications de dépistage de l'infection par le VIH en fonction de leurs facteurs de risque. Il présente aussi des situations cliniques particulières dans lesquelles l'utilisation des TDR peut s'avérer avantageuse dans certaines conditions : « femmes enceintes en suivi prénatal s'il y a des raisons de croire que la personne ne se présentera pas à un second rendez-vous, ou en

phase de travail si le statut sérologique est inconnu ou si le partenaire présente un facteur de risque; personnes sources dans un contexte d'intervention liée à la prophylaxie postexposition; [...], personnes chez qui l'obtention d'un résultat immédiat peut orienter le traitement ou la prise en charge; personnes vulnérables (comme les UDI et les personnes itinérantes) pour qui le service des urgences en centre hospitalier est souvent la principale, voire la seule porte d'entrée dans le réseau de la santé [...][7]^k ».

Puisque les tests de dépistage rapide modifient la séquence de l'intervention de dépistage, le Supplément indique les modifications à effectuer au counseling habituellement offert lors du dépistage de l'infection par le VIH. Il spécifie principalement le rôle et les responsabilités des médecins et des infirmières[7].

Enfin, le Supplément donne également des indications sur l'interprétation des résultats et traite du programme d'assurance de la qualité associé à l'utilisation des TDR[7].

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

4.2.5 Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse

Il est reconnu qu'un bilan prénatal complet doit inclure certaines analyses minimales qui correspondent à une bonne pratique médicale. L'intégration du test de dépistage de l'infection par le VIH dans ces analyses minimales constitue une obligation morale pour le médecin, qui doit l'inclure dans un bilan prénatal complet dans une perspective de soins adéquats[5].

Le Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse (mis sur pied en 1997 et mis à jour en 2003 et en 2008) recommande une offre systématique de dépistage de l'infection par le VIH aux femmes enceintes dans le cadre du bilan prénatal[5]. De plus, il est recommandé d'offrir à toute femme présentant des facteurs de risque^l persistants d'acquisition d'une ITSS pendant la grossesse de nouveaux tests de dépistage, au besoin plus d'une fois, et au minimum une fois vers la 28^e semaine de grossesse et au moment de l'accouchement[5].

Cette offre doit respecter les grands principes du dépistage auprès des femmes enceintes. Dans ce contexte, le dépistage de l'infection par le VIH doit être volontaire, être effectué après l'obtention d'un consentement libre et éclairé, et demeurer confidentiel. Ainsi, la femme enceinte peut refuser le test[5].

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-354-01.pdf>

4.3 L'IMPLANTATION DES SERVICES INTÉGRÉS DE DÉPISTAGE ET DE PRÉVENTION DES ITSS (SIDEP) ET DÉPISTAGE ANONYME

En 2001, le MSSS publiait des orientations concernant la réorganisation des services de dépistage anonyme de l'infection par le VIH, intitulées *Le dépistage anonyme du VIH : vers*

^k Consulter le Supplément pour plus de précisions sur les clientèles et situations particulières.

^l Voir le *Tableau sur les ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés* présenté à l'annexe 3.

des services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales (SIDEP), orientations qui furent retenues dans les activités du PNSP[12]. La Stratégie emboîtait le pas en 2004 et inscrivait les SIDEP comme une priorité d'action[3].

Les SIDEP sont donc nés de la transformation des services de dépistage anonyme du VIH dans les CLSC. Leur création visait un élargissement de l'offre de service et son adaptation aux différentes réalités régionales :

- Maintien du dépistage anonyme de l'infection par le VIH;
- Dépistage des autres ITSS et des hépatites virales;
- Vaccination;
- Soutien à la notification aux partenaires;
- Accessibilité aux traitements;
- Soutien aux personnes désireuses d'adopter et de maintenir un comportement sécuritaire;
- Nécessité de rejoindre les populations les plus vulnérables[15].

La création des SIDEP se fondait sur divers constats, notamment la proportion de personnes atteintes d'une ITS et qui l'ignorent, la vulnérabilité de plusieurs personnes touchées par ces infections, l'expertise en counseling et en dépistage déjà existante dans certains services, l'organisation de services déjà présente dans certaines régions et la rationalisation des ressources[15].

Le passage des services de dépistage anonyme aux SIDEP se caractérise par deux changements :

- 1) l'intégration du dépistage des ITS et des hépatites virales ainsi que d'autres services (vaccination, notification aux partenaires, offre de moyens de contraception) à l'offre de service;
- 2) l'organisation des services hors CSSS pour rejoindre les populations vulnérables dans leur milieu[15].

Les SIDEP doivent donc relever le défi de rejoindre ces populations en offrant des services en établissement et hors établissement, souvent en association avec le réseau communautaire, dans les milieux de vie[15]. Depuis leur instauration, 128 SIDEP ont été créés, dont au moins un dans chaque région sociosanitaire du Québec[50].

<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/598-PortraitDepistagePreventionSIDEP2004-2005.pdf>

4.4 LES ÉPREUVES DE DÉPISTAGE DE L'INFECTION PAR LE VIH

On dispose actuellement de deux types d'épreuves immunoenzymatiques pour dépister le VIH au Québec : les épreuves réalisées en laboratoire de 3^e et de 4^e génération ou dans les points de service (trousse de dépistage rapide)^m. Ces épreuves sont mieux connues par leur acronyme anglais EIA (*enzyme immunoassay*)[7]. Le Supplément du GQDITSS : *Dépistage*

^m Veuillez vous référer au Supplément du GQDITSS.

dans les points de service à l'aide de la trousse de dépistage rapide présente les tests actuellement disponibles et les fenêtres sérologiques qui y sont associées. Par ailleurs, il précise les conditions dans lesquelles un point de service peut offrir un test de dépistage rapide.

Le choix des épreuves relève de chaque établissement qui procède à l'analyse des prélèvements (service de laboratoire ou point de service d'un établissement, clinique médicale, etc.). Lorsque plusieurs épreuves sont disponibles, les professionnels choisissent la plus appropriée selon le contexte (épidémiologie, besoins de la personne, date du dernier comportement à risque, etc.).

4.4.1 L'autodépistage, ou les tests de dépistage à domicile

En juin 2009, Santé Canada a émis une mise en garde contre l'utilisation de la trousse de dépistage de l'infection par le VIH à domicile de la marque *Clean Testing* et toute autre trousse du genreⁿ. Santé Canada recommande aux Canadiens de ne pas utiliser de telles trousse parce qu'elles ne sont pas homologuées au pays et peuvent donner de faux résultats[51].

Santé Canada précise qu'il est illégal d'annoncer ou de vendre des trousse d'autodépistage au Canada. L'organisme rappelle que quiconque craint d'être infecté par le VIH devrait consulter son médecin. Les personnes qui se sont procuré cette trousse en ligne et qui l'ont utilisée devraient voir un médecin pour déterminer si elles doivent subir un autre test. Santé Canada rappelle aux Canadiens que les trousse de dépistage de l'infection par le VIH à domicile ne remplacent pas les soins prodigués par un professionnel de la santé et conseille à quiconque aurait utilisé une trousse de ce genre de communiquer avec un médecin pour obtenir un dépistage et une consultation[51].

L'utilisation des trousse de dépistage à domicile pose des problèmes éthiques importants à cause de l'absence de soutien et de counseling efficace, et de respect des droits fondamentaux à cause des risques de coercition ou de bris de confidentialité possibles.

4.5 NOMBRE ANNUEL DE TESTS DE DÉPISTAGE DE L'INFECTION PAR LE VIH ANALYSÉS DANS LE RÉSEAU PUBLIC

Vingt-trois laboratoires hospitaliers font partie du Programme québécois de diagnostic de l'infection par le VIH. Ils effectuent les analyses pour détecter l'infection et transmettent au Laboratoire de santé publique du Québec pour confirmation finale tous les prélèvements dont les résultats sont positifs, indéterminés ou non concluants. Le nombre annuel de tests de dépistage de l'infection par le VIH est à la hausse. De 2003 à 2009, il a augmenté de 20,5 %, passant de 241 995 à 304 211. Les informations disponibles ne permettent pas de déterminer la proportion de ces échantillons qui ont été prélevés à la demande des personnes concernées, ni celle des échantillons prélevés chez des personnes à risque[52].

ⁿ Santé Canada met en garde les Canadiens contre l'utilisation de la trousse de dépistage du VIH *Clean Testing* ou toutes autres trousse du genre. Ottawa : Santé Canada, Mise en garde, 1 p. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/advisories-avis/2009/2009_97-fra.php. Des informations supplémentaires sur les tests médicaux à domicile et sur l'achat de matériel médical sur Internet sont également disponibles à cette adresse.

5 ORIENTATIONS SOUS-JACENTES À LA RÉFLEXION SUR L'OPTIMISATION DU DÉPISTAGE

Lors d'une consultation auprès des partenaires tenue le 30 janvier 2009, les participants ont convenu des résultats escomptés, des objectifs et des orientations ci-après. Le cas échéant, les nuances et les divergences d'opinions seront présentées[40]. Ces orientations ont guidé la recherche et la réflexion ayant mené aux recommandations émises dans le présent avis.

5.1 UNE APPROCHE GLOBALE CENTRÉE SUR LA PERSONNE ET SA SANTÉ

Bien que les répercussions de son diagnostic place l'infection par le VIH dans une catégorie à part, les éléments suivants justifient l'adoption d'une **approche globale portant sur l'ensemble des ITSS**.

Il faut d'abord souligner que la prévalence d'autres ITSS est élevée dans les populations vulnérables au VIH[53]. Au Québec, les UDI qui ont contracté une infection par le VIH ont souvent une co-infection par le VHC, et l'incidence de la syphilis est élevée chez les HARSAH. Les co-infections se répercutent sur la transmission de la maladie, le diagnostic, la prise en charge et les soins offerts aux personnes infectées[3].

Dans un contexte de pénurie de ressources, une approche globale permettrait de rationaliser et d'optimiser l'usage de ces ressources[53]. Au Québec, une approche globale portant sur l'ensemble des ITSS est préconisée, notamment par le PNSP[12] et la Stratégie[3].

Dans le document *Au premier plan*, l'ASPC propose de **combattre les iniquités à l'origine de l'épidémie**[47]. La mise à jour 2008 du PNSP énonce les activités permettant d'agir sur les déterminants de la santé (dont les déterminants sociaux) et de réduire les inégalités en matière de santé et de bien-être. Les déterminants de la santé désignent tous les facteurs qui influent sur l'état de santé de la population, sans nécessairement être la cause directe de problèmes particuliers ou de maladies. De plus, le PNSP réaffirme la nécessité pour tous les acteurs visés de collaborer à une action concertée sur les déterminants. Certains déterminants sont davantage associés aux individus, d'autres à la collectivité[12]. La mise à jour 2008 du PNSP propose d'agir sur les déterminants de la santé suivants :

- Les habitudes de vie et les autres comportements liés à la santé;
- Les environnements sociaux et les conditions socio-économiques;
- L'environnement physique;
- L'organisation des services sociaux et des services de santé ainsi que l'accès aux ressources[12].

Il est impératif de prendre ces facteurs en considération dans l'optimisation du dépistage et du diagnostic de l'infection par le VIH. Ainsi, les mesures discutées dans le présent avis devraient aussi s'appliquer à l'ensemble des ITSS.

Cette orientation a été accueillie favorablement par les partenaires lors de la rencontre du 30 janvier 2009[40]. D'entrée de jeu, ils ont confirmé qu'une stratégie isolant l'infection par le VIH serait irrecevable pour le réseau. L'intégration des stratégies propres à la lutte contre l'infection par le VIH à l'ensemble des interventions de dépistage apparaît essentielle.

5.2 UNE APPROCHE QUI TIEN COMPT DES CONTEXTES

Les interventions de dépistage des ITSS sont multiples et complexes. Les défis et les enjeux qui s'y rattachent sont de différents ordres[3] : selon le contexte, ils vont de la diversification des stratégies pour rejoindre les populations vulnérables aux ITSS au renouvellement des messages visant à sensibiliser la population aux infections, jusqu'à l'adaptation des soins et services pour répondre aux besoins des personnes infectées et à l'application en partenariat de mesures visant à promouvoir la santé et à rejoindre davantage les groupes vulnérables.

Lors de la rencontre du 30 janvier 2009[40], les partenaires ont insisté sur l'importance de tenir compte des contextes, tant dans l'analyse de la problématique que dans la recherche de solutions. Ils ont alors incité le sous-comité à considérer les conditions de vie des personnes infectées par le VIH ou susceptibles de l'être, des intervenants et des professionnels de la santé, du réseau de la santé et des services sociaux et du contexte sociétal en général.

Selon ces partenaires, la stigmatisation, la discrimination et la criminalisation (voir la section 6.4) sont des éléments contextuels importants. Ces éléments, qui constitueraient la toile de fond du problème, sont préoccupants, puisqu'ils sont considérés comme des freins au dépistage. Certains craignent que l'optimisation du dépistage et du diagnostic de l'infection par le VIH exacerbe les problèmes de stigmatisation, de discrimination et de criminalisation. Les partenaires estiment donc qu'il faudra faire preuve de prudence et travailler à créer des contextes favorables au dépistage[40].

5.3 CONTINUUM DE SERVICES ET INTERSECTORIALITÉ

5.3.1 La mobilisation et le soutien des acteurs

Le dépistage des ITSS nécessite la contribution et la collaboration de nombreux acteurs qui ne relèvent pas exclusivement du domaine de la santé publique (chefs de programmes, chefs de laboratoires, organismes communautaires, etc.). Les acteurs proviennent d'horizons multiples et ont des objectifs et des philosophies d'intervention différents. Leur contribution au dépistage des ITSS exige une transformation des pratiques professionnelles et de gestion. Dans le respect de l'autonomie de chacun, la collaboration repose davantage sur la motivation.

Par ailleurs, il est mentionné dans le portait sur les SIDEPS qu'il faudrait prendre en considération l'ensemble des acteurs qui détiennent des leviers (tant les intervenants en santé publique que les autres), reconnaître leurs intérêts, les enjeux et controverses liés aux changements souhaités, définir les obstacles et trouver des solutions aux controverses,

explorer les options possibles, et favoriser les filières d'échanges entre les acteurs, les savoirs et la pratique[15].

Dans le document *Au premier plan*, l'ASPC souligne la pertinence d'accorder une place importante aux PVVIH et aux populations vulnérables, notamment parce qu'elles peuvent :

- faire preuve de leadership;
- proposer des solutions novatrices et adaptées, puisqu'elles connaissent leur situation;
- contribuer à évaluer les besoins;
- alimenter la planification des programmes et services;
- éclairer les décisions à prendre[47].

Au Québec, la Stratégie reconnaît l'importance des différents acteurs et considère qu'il est essentiel de mettre sur pied des dynamiques et des mécanismes à l'échelle locale, régionale et nationale qui favoriseraient la pérennité des interventions au-delà des changements d'acteurs et permettraient de soutenir et de structurer l'action[3].

Les partenaires qui ont participé à la rencontre du 30 janvier 2009 se sont dits favorables à l'orientation relative à la mobilisation des différents acteurs[40].
--

5.3.2 Le continuum de services

La Stratégie souligne qu'il importe d'assurer la continuité et la globalité des soins en fonction des besoins des personnes infectées et d'établir des liens entre les divers professionnels de différents organismes[3].

L'organisation des services devrait permettre d'assurer que les personnes qui auront un diagnostic d'infection par le VIH pourront avoir accès facilement et rapidement à un suivi médical et psychosocial adapté à leurs besoins.

C'est aussi le constat émis dans la mise à jour 2008 du PNSP : « Un système de santé et de services sociaux efficient doit reposer sur des services de première ligne forts, des services spécialisés et ultra spécialisés de haute qualité, de même que des relais qui permettent à l'utilisateur de passer aisément d'un type de service à un autre, selon ses besoins[12] ». Par ailleurs, il faut prévoir une assise pour la prise en charge globale des personnes en fonction des dimensions géographiques, sociales et culturelles de l'organisation des services d'un territoire.

Dès le début de la démarche, les partenaires qui ont participé aux rencontres ont souligné que les stratégies d'optimisation du dépistage devront prévoir une augmentation potentielle de la demande de soins et de services aux personnes infectées par le VIH[40, 54, 55].
--

5.4 PRINCIPES DE L'INTERVENTION CLINIQUE PRÉVENTIVE : LES 3 C

Dans le respect des droits humains, le dépistage de l'infection par le VIH doit toujours être volontaire. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) énoncent une position claire dans leur déclaration politique sur le dépistage de l'infection par le VIH. Ce dernier doit être : « confidentiel; accompagné de conseils; et réalisé seulement avec le consentement éclairé du patient, c'est-à-dire que ce dernier doit être à la fois informé et volontaire[56] ». Cette orientation est aussi appuyée par l'ASPC[16].

Au Québec, les professionnels de la santé ont l'obligation légale et déontologique d'assurer la confidentialité d'une consultation et d'obtenir un consentement libre et éclairé pour effectuer des interventions médicales. Le counseling qui accompagne le test de dépistage n'est pas une obligation, mais fait partie des normes de bonne pratique médicale et infirmière[6].

La **confidentialité** est, en principe, toujours assurée lors d'une consultation médicale. Toutefois, dans certains milieux et auprès de certaines clientèles, la protection de la confidentialité peut constituer un défi de taille. Par exemple, en milieu carcéral, certains détenus craignent que leurs comportements à risque et (ou) les résultats de leur test soient divulgués contre leur gré aux autres détenus et aux membres du personnel[57]. Dans les situations où la confidentialité peut être plus difficile à assurer, toutes les mesures possibles doivent être prises pour la protéger.

Le dépistage de l'infection par le VIH, ou le diagnostic en présence de signes et symptômes chez les personnes, n'est en aucun cas obligatoire au Québec, y compris chez les femmes enceintes. Une personne ou un groupe de personnes ne peuvent être contraintes de subir le test de manière à ne pouvoir le refuser ni l'éviter juridiquement. Le GQDITSS traite de l'obligation légale et déontologique d'obtenir un **consentement libre et éclairé** pour effectuer un test de dépistage de l'infection par le VIH : nécessité, validité, durée de la validité et personnes considérées comme aptes à consentir[6]. Certains enjeux associés à l'approche à préconiser pour obtenir un consentement libre et éclairé et aux informations minimales qui doivent être fournies aux personnes pour obtenir ce consentement seront discutés et feront l'objet de recommandations dans le présent avis.

Le **counseling** préventif est une norme de bonne pratique médicale et est considéré comme pertinent dans le dépistage de l'infection par le VIH. Il s'agit d'un processus de communication centré sur la personne et ciblé sur un problème ou des objectifs de santé qui peut comprendre un ensemble d'activités, telles que : évaluer les connaissances et les motivations; fournir de l'information; conseiller de modifier un comportement inapproprié; renforcer un comportement souhaitable; soutenir un changement de comportement et suivre les progrès accomplis[58]. Ainsi, le counseling devrait principalement contribuer à réduire le risque de contracter l'infection chez les personnes qui ont des comportements à risque et à offrir un soutien aux personnes.

Dans sa forme actuelle, le counseling individualisé associé au dépistage de l'infection par le VIH décrit dans le GQDITSS aborde tous les éléments devant faire partie du counseling prétest :

- Évaluer le niveau de risque;
- Permettre à la personne de fournir un consentement libre et éclairé;
- Rechercher les facteurs pouvant favoriser l'intervention ou en limiter la portée;
- Offrir un counseling préventif en fonction des risques décelés;
- Favoriser une intervention visant l'adoption et le maintien de comportements plus sécuritaires;
- Favoriser la présence à la visite de suivi[6].

Toutefois, le counseling peut aussi devenir un obstacle au dépistage, tant pour les médecins que pour les personnes qui devraient subir le test. Sans remettre en question sa pertinence, le groupe de partenaires élargi a réfléchi sur les différentes modalités qu'il pourrait prendre. Cette réflexion sera présentée à la section 8.3.4 et fera l'objet de recommandations dans le présent avis.

Les partenaires qui ont participé à la rencontre du 30 janvier 2009 ont réitéré l'importance de l'obtention d'un consentement libre et éclairé et du counseling, le premier élément étant prévu par la Loi et les codes déontologiques. Toutefois, les modalités d'obtention du consentement et du counseling préventif ont été discutées et feront l'objet de recommandations[40].

6 PRINCIPAUX PROBLÈMES RELEVÉS

6.1 LACUNES DANS L'OFFRE DE DÉPISTAGE

Les données épidémiologiques sur l'infection par le VIH au Québec présentées à la section 1.2 permettent de dégager certains constats quant à l'offre de dépistage de l'infection par le VIH :

- 1) L'épidémie de l'infection par le VIH au Québec est concentrée chez les groupes à risque : les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), les personnes provenant de pays où l'infection par le VIH est endémique, et les utilisateurs de drogues injectables (UDI)[1].
- 2) De nombreuses personnes ne seraient pas rejointes par l'offre actuelle de dépistage, ou le seraient tardivement. Plus du quart des personnes séropositives l'ignorerait, et 24 % des nouveaux diagnostics enregistrés au 30 juin 2010 ont été posés chez des personnes qui en étaient déjà au stade des infections chroniques symptomatiques du VIH ou du sida au moment du dépistage[27]. Cette situation implique un diagnostic et un suivi médical tardifs.
- 3) Le diagnostic de primo-infection du VIH n'est peut-être pas assez fréquemment envisagé en présence de signes et de symptômes dans le contexte des cliniques sans rendez-vous ou d'urgence. Il semble que plusieurs cas ne soient pas reconnus lors d'une consultation médicale pour des symptômes correspondant à une primo-infection par le VIH.

6.1.1 Une fréquence de dépistage insuffisante

Plusieurs personnes ne subiraient pas suffisamment de tests de dépistage de l'infection par le VIH, comme en témoignent le nombre de diagnostics tardifs enregistrés dans le Programme de surveillance du VIH au Québec et la proportion estimée par l'ASPC des personnes qui auraient contracté une infection par le VIH et l'ignorerait. Cette proportion varie selon les populations vulnérables.

Selon les données épidémiologiques issues des projets de recherche réalisés au Québec présentées à la section 1.3 :

- Chez les HARSAH séropositifs qui ont participé aux enquêtes ARGUS 2005 et 2008, 14,5 % ignoraient qu'ils l'étaient, et 6,4 % étaient aussi infectés par le VHC[30, 31].
- Selon le réseau SurvUDI, près du quart (23,5 %) des 3 925 UDI infectés par le VIH recrutés dans l'enquête entre 2003 et 2008 ignoraient être séropositifs[32].
- Dans les prisons fédérales, un grand nombre de détenus n'ont pas passé de test de dépistage de l'infection par le VIH : « Jusqu'à 70 % des détenus ne subissent peut-être jamais ce test[36] ». Dans les établissements pénitentiaires provinciaux, une forte proportion des personnes infectées par le VIH ou le VHC l'ignoraient (à l'exclusion des personnes en attente d'un résultat, près d'une personne sur cinq [17 %] infectée par le VIH et une personne sur trois [33 %] infectée par le VHC). Une importante proportion (82 %) des personnes incarcérées ignorant leur statut étaient des UDI[59].

Alors qu'un diagnostic précoce optimise les traitements de l'infection par le VIH et permet d'intervenir tôt pour réduire la transmission, l'ensemble des données relatives au diagnostic tardif et à l'ignorance du statut sérologique tendent à indiquer que plusieurs personnes à risque ne passeraient pas suffisamment de tests de dépistage. Ce problème est intimement lié à la difficulté de rejoindre les populations vulnérables aux ITSS qui sera abordée plus loin dans le document.

Lors de la séance de remue-méninges du 17 avril 2007[39], les partenaires ont mentionné que les personnes appartenant à des groupes à risque ne subissent pas de test de dépistage de l'infection par le VIH aussi souvent qu'elles le devraient. Lors de la rencontre le 14 février 2008[60], les partenaires ont suggéré de rejoindre les personnes à risque n'ayant pas ou trop peu recours au dépistage.

6.1.2 Le dépistage chez les femmes enceintes

Les données épidémiologiques présentées à la section 1.2.3 montrent que les recommandations visant une offre systématique de dépistage de l'infection par le VIH aux femmes enceintes du Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse (section 4.2.5) sont efficaces.

Toutefois, l'application de l'offre systématique de dépistage aux femmes enceintes et l'obtention d'un consentement libre et éclairé soulèvent toujours des inquiétudes.

Lors d'une rencontre avec les partenaires tenue le 30 janvier 2009, les professionnels se sont dits d'accord avec une offre systématique de dépistage aux femmes enceintes. Ils ont toutefois soulevé certaines appréhensions quant au counseling et au consentement. Dans le cadre d'un bilan prénatal, on craint que le consentement présumé glisse vers l'absence de counseling et de consentement et menace les droits de la personne. Toutefois, aucune donnée provenant d'études connues ne permet de confirmer cette crainte[40].

6.2 DIFFICULTÉ À REJOINDRE LES GROUPES À RISQUE ET LES POPULATIONS VULNÉRABLES AUX ITSS

Le nombre estimé de personnes qui ignorent qu'elles sont séropositives, qui est particulièrement élevé dans les groupes à risque et les populations vulnérables aux ITSS, peut indiquer que l'offre de dépistage n'arrive pas à les rejoindre efficacement, mais aussi que ces personnes ont des difficultés d'accès au dépistage de l'infection par le VIH.

Plusieurs facteurs peuvent entraver le recours au dépistage de l'infection par le VIH, alors que plusieurs autres peuvent le favoriser. Ces facteurs peuvent être de plusieurs ordres : personnels, communautaires et structurels. Il est important de s'y attarder si l'on veut déceler les problèmes qui font obstacle au dépistage de l'infection par le VIH et ainsi être en mesure de proposer des stratégies pour lever ces barrières, d'autant plus que ces mêmes barrières peuvent nuire au suivi médical et à l'observance des traitements chez les PVVIH.

Particulièrement, certaines personnes qui présentent les caractéristiques de populations vulnérables aux ITSS, dont le VIH, peuvent faire face à des obstacles plus importants alors qu'une offre de dépistage devrait leur en faciliter davantage l'accès. Les facteurs de motivation au dépistage peuvent également varier selon les groupes. Il va sans dire que les barrières et les incitatifs au dépistage de l'infection par le VIH sont propres à chaque personne, et ce, au-delà de l'appartenance à un groupe à risque ou à une population vulnérable. Pour plusieurs, l'intersection de plusieurs facteurs de vulnérabilité sociale et aux ITSS contribue à réduire l'accès au dépistage.

La section 7 décrit en détail les barrières et les facteurs de motivation au dépistage relevés dans la littérature et dégage des pistes d'intervention ciblées. Une plus grande attention est accordée aux HARSAH, aux UDI et aux personnes provenant de pays où l'infection par le VIH est endémique, les groupes les plus vulnérables à l'infection par le VIH, sans toutefois négliger les autres populations vulnérables aux ITSS.

Les partenaires réunis le 30 janvier 2009 estimaient que dans tous les milieux, on ne rejoint pas toutes les personnes vulnérables. Ils ont souligné qu'en milieu rural, rejoindre les personnes vulnérables, continuellement en mouvance, constitue un défi de taille[40].

6.3 DIFFICULTÉS ASSOCIÉES À L'INTERVENTION CLINIQUE PRÉVENTIVE

L'intervention clinique préventive s'appuie sur le principe des trois C (confidentialité, consentement, counseling). Il a été précisé à la section 5.4 que la confidentialité, même si elle peut s'avérer difficile à assurer dans certains contextes, constitue une obligation légale et déontologique qui n'est pas remise en question dans l'optimisation du dépistage de l'infection par le VIH. Toutes les mesures possibles doivent être mises en œuvre pour la protéger.

Certains problèmes pouvant entraver le dépistage de l'infection par le VIH ont été dégagés. Ils réfèrent au counseling et à l'obtention du consentement libre et éclairé.

6.3.1 Le counseling

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.

Dans la révision de ses lignes directrices sur le dépistage du VIH, l'ASPC a inclus des questions sur le counseling à l'une de ses consultations en ligne et a formé un groupe d'experts. 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[61].

De plus, dans un contexte de pénurie de ressources au Québec, les médecins ont une plus grande charge de travail sans avoir plus de temps qu'auparavant, sinon moins. Le counseling pourrait alors être perçu comme moins prioritaire que d'autres actes médicaux. Le CITSS a aussi engagé une réflexion sur le remaniement et l'allègement du counseling. Elle est présentée à la section 8.3.4.

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 (voir la section 7), 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.

Lors d'une rencontre du groupe de partenaires, ces derniers ont confirmé que les constats de l'ASPC s'appliquent également au Québec. Ils ont alors proposé d'abrèger le counseling et de préciser les éléments nécessaires à l'obtention d'un consentement libre et éclairé. Pour les partenaires, l'information prétest semble insuffisante. Le counseling préventif demeure un élément essentiel de l'intervention de dépistage. Ils proposent de trouver l'équilibre entre l'information minimalement requise et la réponse aux besoins de la personne. La confidentialité et le consentement libre et éclairé demeurent des incontournables[41].

6.3.2 Le consentement libre et éclairé

D'entrée de jeu, rappelons qu'au Québec, le dépistage de l'infection par le VIH n'est en aucun cas obligatoire. Il nécessite l'obtention d'un consentement libre et éclairé auprès du patient.

Toutefois, le test de dépistage de l'infection par le VIH peut être requis dans un contexte d'immigration, qui est de compétence fédérale. On dit que le dépistage est requis lorsqu'il est une condition à l'obtention d'un certain statut, service ou avantage, comme l'obtention d'un emploi, de services de santé ou un d'un statut d'immigration[62].

Le consentement libre et éclairé peut être obtenu de deux façons, soit par une approche d'inclusion (*opt-in*) ou d'exclusion (*opt-out*). Avec la première approche, le consentement est explicite (*opt-in*), alors qu'avec la seconde, le consentement est présumé (*opt-out*). Dans les deux cas, le professionnel de la santé doit fournir toutes les informations nécessaires pour obtenir un consentement éclairé, et obtenir ce consentement sans contraintes[8].

Le **consentement explicite** exige que les patients donnent explicitement leur accord pour le dépistage après avoir reçu toutes les informations préalables. Ce type d'approche est utilisé lors d'examen médicaux spéciaux, comme une chirurgie exploratrice[8].

Le **consentement présumé** exige que les patients expriment spécifiquement leur refus de subir un test de dépistage après avoir reçu toutes les informations préalables. Le test est effectué sur la recommandation du professionnel de la santé à moins que le patient refuse. Il s'agit du type d'approche utilisé pour des examens médicaux courants tels que les radiographies et les analyses sanguines. Avec ce type d'approche, le counseling

accompagnant le test est généralement écourté ou absent[8, 63]. La problématique entourant la forme de l'obtention d'un consentement libre et éclairé réside donc dans l'application en milieu clinique du consentement présumé.

La nécessité du consentement libre et éclairé fait consensus chez les partenaires consultés. Unaniment, le groupe de partenaires considère que les éléments essentiels à l'obtention d'un tel consentement doivent être définis et diffusés largement. Il faut veiller à ce que les professionnels de la santé maîtrisent ces éléments. La proposition de distinguer clairement le consentement et le counseling préventif rallie les partenaires[40].

Les points de vue des partenaires divergeaient quant au consentement explicite (*opt-in*) et présumé (*opt-out*). La majorité des partenaires optaient pour le consentement explicite. Certains ont précisé que le consentement présumé peut être dangereux. Par exemple, lors d'un dépistage associé à un bilan prénatal, le consentement présumé pourrait mener à l'absence de consentement. Certains partenaires anticipaient un glissement vers le non-respect des droits des personnes qui subissent un test de dépistage. Le consentement explicite permettrait au professionnel de s'assurer que le consentement est libre et éclairé. Quelques partenaires ont souligné que l'obtention d'un consentement explicite n'exige pas plus de temps que l'obtention d'un consentement présumé[40].

Pour une minorité des partenaires, le consentement peut être présumé ou explicite selon le milieu d'intervention et la clientèle. Ce qui importe, c'est qu'il soit libre et éclairé. Le professionnel doit s'assurer que la personne a bien compris les explications fournies. Selon ces partenaires, dans la pratique, plusieurs professionnels obtiendraient un consentement présumé lorsqu'une personne se présente dans une clinique pour demander un test de dépistage des ITSS. Ces partenaires craignent que le consentement explicite devienne la norme de bonne pratique et constitue une barrière au dépistage. Par contre, ce groupe propose un consentement explicite si le test est fait en milieu communautaire ou dans un service de proximité[40].

Une autre problématique associée au consentement libre et éclairé réfère aux informations minimales à fournir aux patients pour obtenir un consentement libre et éclairé, plus particulièrement en ce qui a trait à l'intégration de la difficulté d'accès aux assurances de personnes et à la criminalisation du non-dévoilement d'un statut sérologique positif au VIH à ces informations minimales.

En effet, l'obligation légale de dévoiler à un tiers avoir passé un test de dépistage de l'infection par le VIH peut causer un préjudice aux personnes qui l'ont subi. Par exemple, certaines personnes ont dit que leur assurance a été refusée ou que les primes ont été augmentées parce qu'elles ont passé le test. Le fait de subir un test de dépistage de l'infection par le VIH peut avoir des conséquences sur l'accès à des produits d'assurance dans certaines situations.

Selon l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personne (ACCAP), lorsqu'une personne indique avoir subi un test de dépistage de l'infection par le VIH dans un questionnaire paramédical ou médical, la compagnie d'assurances demande le résultat. S'il s'est révélé négatif, l'assurance sera dans la plupart des cas accordée sans autre question.

Toutefois, dans certains cas, par exemple lorsque d'autres informations présentes au dossier indiquent un comportement ou un style de vie à risque, certains assureurs vérifient cette information auprès du médecin. Selon l'information additionnelle obtenue, la demande sera acceptée, tarifiée ou refusée. Si le résultat est positif, il s'ensuivra une vérification plus poussée ou un refus catégorique de couverture. Cela varierait au cas par cas et selon le produit d'assurance demandé. Par ailleurs, l'ACCAP mentionne qu'il existe des produits d'assurance sur la vie qui ne nécessitent pas d'examen médical, l'accessibilité aux produits d'assurance invalidité étant la plus stricte[64].

En ce qui a trait à la criminalisation, le non-dévoilement du statut sérologique aux partenaires lorsqu'il y a exposition au risque peut entraîner la possibilité de poursuites judiciaires.

Pour les patients, ces obligations légales peuvent constituer une barrière au test de dépistage de l'infection par le VIH. Pour les professionnels de la santé, l'explication de ces obligations pourrait allonger de façon substantielle le temps requis pour obtenir un consentement libre et éclairé. De plus, certains professionnels de la santé ne se sentiraient pas suffisamment outillés pour répondre aux questions ou aux objections associées à ces obligations, particulièrement en ce qui a trait à la criminalisation du non-dévoilement de la séropositivité aux partenaires lorsqu'il y a risque d'exposition. Ce sont deux difficultés auxquelles les professionnels de la santé se heurtent et qui limitent l'offre d'un test de dépistage.

6.4 UN CONTEXTE SOCIAL PAS TOUJOURS FAVORABLE AU DÉPISTAGE

L'OMS et l'ONUSIDA soulignent l'importance d'assurer un cadre social, politique et juridique favorable afin que les personnes qui subissent un test de dépistage en tirent un « maximum d'avantages et un minimum d'inconvénients[8] ». La sensibilisation des communautés et la mobilisation sociale, des ressources suffisantes et des infrastructures, la formation des prestataires de soins (counseling, orientation vers d'autres ressources, etc.), la présence de codes de déontologie pour les soignants et d'un droit de recours pour les patients, de même qu'un solide système de suivi et d'évaluation sont des facteurs susceptibles d'influencer ce cadre[8].

6.4.1 Stigmatisation et discrimination

La stigmatisation et la discrimination peuvent constituer deux barrières importantes à l'accès au dépistage de l'infection par le VIH, comme l'indiquent l'OMS et l'ONUSIDA :

« Ce sont généralement les mêmes facteurs qui dissuadent le patient de demander un dépistage et de s'adresser aux autres services de prise en charge de l'infection à VIH, à savoir la stigmatisation et la discrimination, l'accès limité aux traitements, aux soins et aux services de santé en général, ainsi que diverses considérations liées à la place respective des hommes et des femmes[8]. »

Au Québec, la stigmatisation et la discrimination liées à l'infection par le VIH peuvent se traduire par :

- des préjugés sur l'infection selon lesquels elle n'affecte que les personnes qui ont des comportements jugés immoraux;
- la crainte d'être jugé en dévoilant avoir pris des risques, ce qui sous-tend parfois le dévoilement de comportements illégaux ou marginalisés (usage de drogue, relations sexuelles entre hommes, par exemple);
- des fausses croyances sur les modes de transmission du VIH;
- le rejet ou la crainte des PVVIH;
- la méconnaissance des besoins des PVVIH et des populations vulnérables;
- les traitements discriminatoires auxquels les PVVIH doivent parfois faire face (emploi, etc.).

Une enquête menée en 2010 auprès de 1 500 Québécois révèle que les formes de stigmatisation envers les PVVIH se transforment et sont aujourd'hui plus subtiles, mais qu'elles toujours bien présentes[65].

Bien que la stigmatisation et la discrimination puissent être présentes dans tous les groupes de la population, les populations vulnérables aux ITSS, dont le VIH, sont plus susceptibles d'en être victimes. Cette stigmatisation peut constituer un obstacle important pour rejoindre ces populations vulnérables au VIH et pour assurer le suivi des soins de santé lorsqu'une infection par le VIH est dépistée. Les barrières au test de dépistage de l'infection par le VIH associées à la stigmatisation dans les groupes à risque et les populations vulnérables aux ITSS sont énoncées à la section 7.

6.4.2 Criminalisation

Au Canada, le manquement à l'obligation de dévoiler un statut sérologique positif aux partenaires lorsqu'il y a un risque important de transmission de l'infection par le VIH peut constituer une infraction criminelle (voies de fait, agression sexuelle, négligence ayant causé des lésions, meurtre et tentative de meurtre). À ce jour, deux cas ont fait l'objet d'un arrêt de la Cour suprême du Canada (R.c. Williams[66] et R.c. Cuerrier[67]).

Toutefois, il y aurait des lacunes dans l'évaluation d'un « risque important » de transmission. Selon la jurisprudence, les relations sexuelles avec pénétration vaginale ou anale sans condom comportent un risque important et nécessitent donc le dévoilement de la séropositivité, mais comme le souligne le Supplément du GQDITSS : « l'état du droit ne précise pas si la personne infectée a l'obligation de divulguer sa séropositivité lorsqu'elle a des relations sexuelles qui comportent un risque moins élevé de transmission du VIH[7] » que les deux activités précitées, par exemple des relations orogénitales non protégées.

L'ONUSIDA exhorte les gouvernements à limiter la criminalisation de la transmission aux cas intentionnels de transmission, c'est-à-dire une PVVIH connaissant son statut qui agit dans l'intention de transmettre le VIH et transmet l'infection à une autre personne. De surcroît, il

encourage les gouvernements à étendre les programmes visant à prévenir la transmission de l'infection. L'organisme a mené une consultation internationale sur la criminalisation de la transmission du VIH révélant que, même si les études sur le sujet sont rares, on peut déduire qu'il serait contre-productif de trop miser sur la criminalisation pour prévenir la transmission du VIH. Les participants à cette consultation voient les conséquences potentielles de la criminalisation de la transmission du VIH comme une autre barrière au dépistage et à l'accès au traitement, au suivi et au soutien[68]. La criminalisation va de pair avec la stigmatisation et risque de nuire aux efforts de prévention[69].

6.5 LACUNES DANS L'ORGANISATION DES SERVICES

Le système de santé et de services sociaux du Québec fait face à de nombreux défis tel qu'il est stipulé dans le *Plan stratégique 2010-2015* du MSSS :

« Le contexte actuel commande d'améliorer l'offre de service pour répondre à l'évolution des besoins de la population québécoise, d'intégrer judicieusement les nouvelles pratiques et les progrès technologiques, tout en assurant la disponibilité et la rétention d'une main-d'œuvre qualifiée. Parallèlement, le contexte actuel [...] pose avec une acuité supplémentaire le défi de contrôle des dépenses et d'amélioration de la performance du système[25]. »

L'organisation de l'accessibilité aux services et de leur continuité doit être améliorée. Le système de santé est engorgé. Il y a un manque criant de médecins de famille. L'*Enquête sur la santé des collectivités canadiennes* a révélé que 26 % de la population québécoise n'avait pas accès à un médecin de famille en 2007[70]. On observe aussi un débordement des salles d'urgence. Ce contexte se répercute sur l'accès aux services de santé, qui s'en trouve limité.

L'organisation des services doit aussi tenir compte du travail interdisciplinaire et en réseau qu'impose la complexité de plusieurs problématiques sociales et de santé. Elle doit également être adaptée de façon à réduire les inégalités en matière de santé et à permettre l'intersectorialité[25].

Ce contexte a certainement des effets sur les services de dépistage et de diagnostic de l'infection par le VIH au Québec, qui doivent se faire une place parmi d'autres problématiques de santé tout aussi importantes. Dans une perspective d'optimisation du dépistage de l'infection par le VIH au Québec, l'organisation des services réfère tant à la disponibilité des services de dépistage et à leur structure qu'à l'engagement des professionnels de la santé dans le dépistage de l'infection par le VIH. Au-delà des services de dépistage, l'organisation des services réfère aussi à la capacité du réseau^o à rejoindre les populations vulnérables, tant par ses actions que par ses politiques.

^o Réseau fait référence tant aux instances ministérielles qu'aux agences régionales de santé et de services sociaux, aux CSSS et aux organismes partenaires, qui sont le plus souvent communautaires.

Les partenaires rencontrés le 13 juin 2007 et le 30 janvier 2009 ont dit que l'organisation actuelle des services est préoccupante : nombre sous-optimal de tests de dépistage en milieu de soins, pénurie de ressources en dépistage de l'infection par le VIH dans les services de santé, offre de dépistage non proactive, contexte non favorable à un counseling adéquat[40, 54]. De plus, les membres du sous-comité rencontrés le 14 décembre 2010 ont rappelé l'importance d'adapter l'organisation des services à la situation épidémiologique et aux besoins locaux[55].

6.5.1 Difficultés associées à l'organisation actuelle des services de dépistage

La Stratégie propose huit orientations et trente-trois activités pour lutter contre les ITSS[3], mais celles-ci se heurtent à des difficultés de mise en œuvre. Par ailleurs, le DNSP soulignait dans son rapport que le grand enjeu de l'accès au dépistage est l'adhésion à ces orientations et l'application de ces activités[17].

L'organisation des services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEP), une mesure visant à accroître l'accessibilité au dépistage, est soumise aux impératifs de la transformation du réseau de la santé à travers l'organisation des services de première ligne, de la responsabilité populationnelle attribuée aux CSSS et de la place accordée aux dossiers de santé publique, particulièrement à la lutte contre les ITSS. Le portrait des SIDEP 2004-2005 souligne la pénurie d'effectifs médicaux, qui entraîne des problèmes d'accès aux services préventifs (dépistage) et aux soins[15]. De plus, l'instabilité liée aux contextes organisationnels de certains milieux réduit la portée et la pérennité des efforts mis dans l'organisation des services de dépistage de l'infection par le VIH. En fait, les services et les corridors de services établis reposent le plus souvent sur les individus, et non sur les organisations. Par conséquent, le roulement élevé de personnel dans le domaine de la santé et l'instabilité organisationnelle qui peut en découler rendent difficile d'élargir la portée de ces services et corridors de services et d'en assurer la pérennité[15].

Par ailleurs, le portrait des SIDEP 2004-2005 mentionne que « l'organisation est très dépendante des contextes et requiert une bonne connaissance du territoire et des populations vulnérables qui s'y trouvent[15] », ce qui constitue un impératif pour adapter l'offre de service en matière d'ITSS, mais qui provoque également des disparités dans l'organisation de ces services[15].

Les partenaires réunis le 30 janvier 2009 ont aussi objecté la pénurie de ressources en dépistage de l'infection par le VIH dans les services de santé. Le dépistage ne semble pas être offert de façon proactive dans plusieurs établissements, et le contexte ne permet pas toujours un counseling adéquat[40].

Toutefois, selon eux, la pénurie n'est pas généralisée, mais plutôt à géométrie variable. Les réalités régionales urbaines et rurales diffèrent. Par exemple, à Montréal, on observe un débordement de l'achalandage dans les cliniques spécialisées en ITSS qui provoque des délais pour la prise de rendez-vous. Alors que certaines régions ou certains milieux disposent de ressources suffisantes et desservent très bien leurs clientèles, d'autres semblent plus dépourvues. Des disparités locales dans l'offre de services de dépistage sont également été observés[40].

6.5.2 Difficultés d'organisation des services de dépistage ciblé

Bien que l'infection par le VIH soit plus répandue chez les HARSAH, les UDI et les personnes provenant de pays où l'infection par le VIH est endémique, certains d'entre eux sont difficilement rejoints par l'offre de service actuelle.

Face aux besoins spécifiques des populations vulnérables, certaines cliniques se sont spécialisées dans les services de santé sexuelle offerts à ces groupes, ce qui optimise le dépistage auprès des populations vulnérables au VIH. Cependant, ces cliniques se trouvent surtout dans les grands centres urbains, près des lieux fréquentés par la clientèle qu'elles rejoignent. Par exemple, à Montréal, on observe une concentration de l'offre de dépistage au CSSS Jeanne-Mance, au centre-ville et dans le village gai.

Alors que certaines régions ou certains milieux cliniques qui ont fait de la lutte contre les ITSS auprès des populations vulnérables une priorité, disposent de ressources suffisantes et desservent très bien leurs clientèles, d'autres semblent plus dépourvues. Les populations vulnérables qui résident loin de ces centres peuvent alors se heurter à des difficultés d'accès. Elles fréquentent donc des services moins adaptés et peuvent avoir des réticences à parler de leurs facteurs de risque et à demander un test de dépistage de l'infection par le VIH. En milieu carcéral, le temps d'attente pour accéder au test de dépistage et le manque de structure claire pour les activités préventives sont deux autres barrières relevées[71].

En dehors des milieux spécialisés, malgré les efforts de formation, certains professionnels de la santé se sentiraient peu outillés, peut-être mal à l'aise, face aux populations vulnérables. Par exemple, selon une consultation menée auprès d'UDI, le réseau de la santé serait généralement moins bien adapté aux besoins des UDI et à ceux des jeunes de la rue[72].

Les populations vulnérables aux ITSS auraient peu recours aux SIDEPS. Le portrait des SIDEPS 2004-2005 mentionne que, selon des informateurs clés, la plupart des personnes qui recourent aux services de dépistage dans cette organisation sont souvent à faible risque[15].

De plus, les contraintes liées aux heures d'ouverture des cliniques, aux horaires de travail et aux normes syndicales des professionnels de la santé, particulièrement des infirmières et des infirmiers, compliquent le travail de proximité, mesure privilégiée par les SIDEPS pour rejoindre les groupes à risque et les clientèles vulnérables aux ITSS, dont certains fréquentent peu les services de santé de première ligne dans leur milieu[15]. Le travail de proximité souffre d'un manque de reconnaissance sociale et administrative, particulièrement lorsqu'il est réalisé par des intervenants du milieu communautaire. Le travail est peu rémunéré, comporte des risques considérables et est peu reconnu socialement et professionnellement.

Les interventions hors CLSC (*extra-muros*) ciblant les populations vulnérables peuvent être très limitées à cause de leur complexité organisationnelle, de leurs coûts, de leurs exigences en temps et de leur invisibilité partielle. De plus, la pénurie de médecins et les difficultés d'accès aux soins et services peuvent exercer des pressions contraires au travail *extra-muros*. Ces interventions, qui constituent la grande part d'innovation des SIDEPS, comportent

aussi le plus grand potentiel d'incertitudes et de controverses. Elles restent les interventions les moins développées, alors qu'elles sont les plus déterminantes dans la transformation des services.

Les échos du terrain indiquent de grandes disparités. Les partenaires rencontrés le 9 décembre 2009 ont signalé qu'alors que certains SIDEPS réorientent leurs services pour répondre aux besoins des plus vulnérables, l'existence même d'autres SIDEPS est menacée à cause de la teneur des conventions collectives et de la pénurie d'effectifs[41].

6.5.3 Obstacles aux pratiques cliniques préventives (PCP)

Quelques barrières nuisent à l'intégration des PCP, dont l'efficacité est pourtant démontrée dans les activités cliniques. Cette intégration nécessite des changements de pratique, un processus influencé par des déterminants cognitifs et affectifs, ce qui est souvent difficile. De plus, des contraintes organisationnelles multiples empêchent souvent les cliniciens d'effectuer les transformations nécessaires de leur pratique[73]. Particulièrement dans le cas des ITSS, la compétition avec d'autres problèmes de santé comme le tabagisme ou l'obésité font obstacle à l'intégration des PCP en matière d'ITSS dans les activités de première ligne.

6.5.4 Contextes de pratique des professionnels de la santé peu propices au dépistage

Le dépistage des ITSS s'inscrit dans les activités recommandées par la *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement*. Elle reconnaît la contribution respective des médecins et des infirmières de première ligne en matière de prévention primaire et secondaire et souligne l'importance de favoriser des contextes de pratique clinique propices à la prévention[3, 6].

Le GQDITSS précise que « en matière d'ITSS, le dépistage est une intervention qui consiste à détecter une infection chez une personne asymptomatique[6] ». La Loi médicale (L.R.Q., c. M-9) et la Loi sur les infirmières et les infirmiers (L.R.Q., c. I-8) définissent les champs d'exercice des professionnels qui peuvent décider de procéder à des prélèvements ou de demander des analyses de biologie médicale à des fins de dépistage. Seuls les médecins et les infirmières (incluant les IPS-SPL) ont le droit de procéder au dépistage de l'infection par le VIH[6]. Or, il semblerait que leur pratique se heurte à des difficultés. Par ailleurs, dans le cadre du Programme d'intervention sur le VIH et la grossesse, les sages-femmes peuvent également offrir un test de dépistage de l'infection aux femmes enceintes qu'elles suivent.

Certains membres du CITSS réunis le 26 janvier 2011 ont également soulevé les difficultés d'intervention associées aux problèmes concomitants (comorbidité), par exemple la toxicomanie et la santé mentale. Selon ces derniers, un soutien devrait être offert aux professionnels de la santé pour la prise en charge de ces problèmes[43].

Obstacles au dépistage dans la pratique médicale

Le rôle des médecins est défini à l'article 31 de la *Loi médicale* : « L'exercice de la médecine consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé d'un être humain, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir[6] ». La prescription d'examens diagnostiques est l'une des activités qu'effectue le médecin.

Une revue de la littérature américaine sur les barrières à l'offre de dépistage de l'infection par le VIH pour les médecins qui travaillent en clinique de suivi de grossesse, à l'urgence et dans d'autres types de cliniques (soins de première ligne, cliniques jeunesse, centres de médecine de famille, par exemple) montre que trois catégories de facteurs sont susceptibles de limiter l'offre de dépistage : elles sont d'ordre structurel, logistique et éducationnel.

- Les facteurs structurels réfèrent au processus d'obtention du consentement, à la nécessité d'un counseling prétest, et au remboursement inadéquat de l'acte médical.
- Les barrières logistiques réfèrent au manque de temps, à la compétition entre les priorités de santé et à la langue (difficulté à communiquer).
- Les barrières éducationnelles réfèrent à la croyance que les patients refuseront le dépistage de l'infection par le VIH et au manque de connaissances et de formation des médecins[74].

Les barrières variaient selon le milieu de pratique. Dans les cliniques de suivi de grossesse, les principaux obstacles relevés étaient le manque de temps, la perception que les patientes sont à faible risque et l'obtention d'un consentement. Dans les salles d'urgence, l'impossibilité de faire le suivi du patient, le manque de temps et la difficulté d'assurer la confidentialité étaient les barrières le plus souvent évoquées. Dans les autres types de cliniques, le manque de temps, le manque de formation et la difficulté d'assurer la confidentialité étaient les barrières le plus souvent signalées[74].

Une enquête menée en 2004[75] sur la pratique médicale des omnipraticiens au Québec dans le dépistage de la gonorrhée et de la chlamydie a montré que les omnipraticiens interrogés ne faisaient pas suffisamment de dépistage selon les recommandations québécoises[76] (36,9 %) et canadiennes[77] (60,2 %). Les facteurs associés à l'offre de dépistage étaient de travailler en CLSC, d'avoir une grande proportion de femmes dans sa clientèle et d'être un jeune médecin. De plus, l'étude a révélé que les omnipraticiens interrogés faisaient la plupart des interventions de counseling recommandées, mais que celles associées à la notification des partenaires étaient négligées. Ces résultats pourraient aussi s'appliquer au dépistage de l'infection par le VIH.

Selon, l'ASPC, plusieurs facteurs limiteraient l'offre de dépistage de l'infection par le VIH et le counseling effectué par les médecins :

- Manque de temps;
- Manque d'aisance par rapport au counseling;
- Manque de formation pour effectuer un counseling aussi poussé que celui recommandé dans les LDC-ITS;

- Perception que le counseling recommandé dans les *Lignes directrices pour le counseling sur le sérodiagnostic du VIH* (1995) n'a pas toujours besoin d'être aussi exhaustif;
- Mode de rémunération des médecins non adapté à tous les contextes;
- Pénurie de médecins de famille;
- Certains médecins ne jugent pas nécessaire de faire passer un test de dépistage aux patients qu'ils considèrent à faible risque ou de les faire revenir pour leur donner le résultat[63].

Obstacles au dépistage dans la pratique infirmière

Le projet de loi n° 90, devenu la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (adoptée en juin 2002), a modifié la Loi médicale et la Loi sur les infirmières et les infirmiers. Ainsi, en vertu de l'alinéa 4 de l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, ces derniers peuvent, en plus de faire du counseling, dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique, « initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage[6] ».

Cependant, sur le terrain, des obstacles persistent. D'une part, certains médecins et certains laboratoires ne savent pas qu'il s'agit maintenant d'un acte que l'infirmière peut faire sans prescription médicale. Certains gestionnaires ne savent pas comment soutenir la pratique des infirmières. D'autre part, les infirmières n'ont pas toujours accès à un médecin pour traiter les personnes infectées[17].

Ainsi, certaines infirmières qui ne travaillent pas dans un établissement (infirmiers et infirmières sans frontières et Pops, par exemple) et œuvrent auprès de personnes vulnérables ne connaissent pas les exigences associées au dépistage. Elles doivent s'informer du mode d'organisation local des services et établir une entente avec un laboratoire. Si les services que ces infirmières offrent s'inscrivent dans le Plan d'action local (PAL) du CSSS du territoire sur lequel elles travaillent, le CSSS peut alors transmettre leur nom et leur numéro de permis au service de biologie médicale[6].

Obstacles à la participation au dépistage des intervenants non professionnels de la santé

Les **intervenants psychosociaux** (psychologues, travailleurs sociaux, sexologues, intervenants en toxicomanie, etc.) jouent un rôle de soutien dans le suivi psychosocial accompagnant le dépistage des ITSS. Lorsque l'infirmière ne peut pas répondre aux besoins du patient, elle peut l'orienter vers d'autres ressources qui peuvent être psychosociales[6]. Les professionnels psychosociaux sont aussi considérés comme des acteurs du milieu communautaire.

La Stratégie définit le rôle des **organismes communautaires** dans la lutte contre les ITSS :

« Ils s'inscrivent dans une vision et une approche globales de la santé et du bien-être [...] Par leur approche, la nature de leurs actions et leur statut, les organismes communautaires apportent ainsi une contribution originale et essentielle au regard des besoins sociaux et des besoins de santé de la population vulnérable aux ITSS[3]. »

Ces derniers jouissent d'une certaine autonomie reconnue par l'État et définissent leur mission en fonction de leur volonté d'agir et de leur évaluation des besoins. Selon leur mission, leurs capacités et leurs partenariats avec le réseau de la santé, ils contribuent à la lutte contre le VIH[3]. Si l'on reconnaît généralement le rôle essentiel des acteurs du milieu communautaire, on néglige parfois de s'attaquer aux obstacles à leur participation :

- Dépendance à l'égard du financement;
- Financement précaire, subventions non récurrentes;
- Niveau élevé de surmenage et de roulement du personnel;
- Difficulté à recruter des bénévoles;
- Augmentation de la charge de travail administrative[47].

Ces contraintes sont des barrières à l'offre de service des organismes communautaires et à leur collaboration avec le réseau de la santé.

7 BARRIÈRES ET FACTEURS DE MOTIVATION AU DÉPISTAGE CHEZ LES POPULATIONS VULNÉRABLES AUX ITSS : POUR DES STRATÉGIES D'INTERVENTION CIBLÉES

Ce chapitre présente un portrait global, qui ne prétend toutefois pas être exhaustif, des différentes stratégies pouvant être adoptées pour rejoindre les groupes à risque (HARSAH, UDI et personnes originaires de pays où l'infection par le VIH est endémique) et les populations vulnérables aux ITSS (personnes incarcérées, personnes autochtones, jeunes en difficulté et femmes en situation de vulnérabilité) en fonction de leurs barrières et de leurs facteurs de motivation. Pour intervenir adéquatement et efficacement auprès de ces clientèles, il est nécessaire de connaître les groupes présents sur chaque territoire, leur contexte social, leur mode de vie et leurs caractéristiques, et ce, dans chaque région, afin d'organiser une offre de service adaptée à leur réalité et à leurs besoins. Les stratégies proposées peuvent aussi s'avérer pertinentes pour d'autres populations. Par ailleurs, l'éducation et la sensibilisation aux risques de transmission du VIH est pertinente pour l'ensemble des groupes. Cette stratégie devrait être une composante de toutes les interventions mises en place.

Il ne faut pas oublier que la vulnérabilité peut s'accroître lorsqu'une personne présente les caractéristiques de plusieurs populations vulnérables aux ITSS. On pense, par exemple, aux HARSAH provenant d'un pays où l'infection par le VIH est endémique, aux femmes provenant de ces pays, aux HARSAH UDI et aux jeunes UDI.

7.1 HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC D'AUTRES HOMMES (HARSAH)

Comme le montrent les données épidémiologiques, les HARSAH sont la population la plus touchée par l'infection par le VIH. De façon générale, leur vulnérabilité par rapport à l'infection s'explique autant par la prévalence élevée de l'infection dans ce sous-groupe, par le nombre d'HARSAH déclarant avoir des comportements à risque de transmission du VIH et par le mode de vie et de socialisation de certains, qui peut favoriser la prise de risque, que par la discrimination et l'homophobie auxquelles ils sont parfois exposés. De plus, certaines études font état d'une banalisation de l'infection par le VIH dans la communauté gaie, qui s'expliquerait par l'efficacité des traitements antirétroviraux et la diminution de la mobilisation gaie. Chez certains, cette banalisation peut se traduire par une démotivation à utiliser le condom. Toutefois, ces résultats sont critiqués[78]. Certains remarquent que la crainte d'être infecté par le VIH est toujours présente au sein de la communauté gaie et que seule une minorité s'en soucierait moins. Les résultats présentés dans cette section en témoignent.

Au Québec, quatre enquêtes majeures ont exploré la thématique du dépistage auprès des HARSAH, surtout dans la région de Montréal, où la communauté gaie est la plus concentrée. Il s'agit des enquêtes ARGUS 2005 à Montréal[30] et 2008 au Québec[31], de la cohorte Oméga à Montréal[79, 80] et du projet SPOT à Montréal[81-83], dont les résultats seront exposés dans la présente section.

7.1.1 Barrières au dépistage

Sous-évaluation du risque

La sous-évaluation du risque d'être infecté par le VIH freine le recours au dépistage. De 40 à 45 % des personnes qui ont participé à l'enquête ARGUS 2005 s'estimaient peu à risque, et 30 % affirmaient avoir des relations sexuelles sécuritaires et ne pas sentir le besoin de passer le test de dépistage de l'infection par le VIH[30].

L'étude ARGUS 2005 a montré que les HARSAH de 30 ans et plus étaient plus nombreux à subir un test de dépistage que les plus jeunes[30]. Au total, 71 % des HARSAH âgés de 18 à 29 ans, 71 % des 30 à 44 ans, et 65,8 % des plus de 45 ans donnaient au moins une raison liée à la sous-estimation du risque de contracter le VIH pour expliquer le non-recours au test de dépistage[30].

Des analyses effectuées à partir des résultats obtenus dans la cohorte Oméga auprès d'HARSAH de Montréal montrent une tendance à la hausse des relations sexuelles anales non protégées qui pourrait s'expliquer par une sous-estimation du risque de contracter l'infection et l'apparition des traitements antirétroviraux[80]. Dans l'enquête ARGUS 2005, près d'un participant sur cinq jugeait que l'infection par le VIH est devenue contrôlable. Un peu plus d'un participant sur dix redoutait moins d'être infecté depuis que de meilleurs médicaments sont disponibles[30].

Peurs associées à l'infection par le VIH

Différentes peurs associées à l'infection par le VIH et à ses conséquences peuvent faire obstacle au dépistage. Les participants de moins de 30 ans à l'enquête ARGUS 2005 étaient plus nombreux à indiquer avoir peur de l'infection par le VIH[30]. Jusqu'à 18,6 % des HARSAH âgés de 18 à 29 ans, 16,1 % des 30 à 44 ans et 12,7 % des plus de 45 ans disaient ne pas vouloir connaître leur statut sérologique. Ce refus peut s'expliquer par plusieurs facteurs.

En ce qui a trait à la crainte de l'infection, 17,2 % des participants à l'enquête ARGUS 2005 âgés de 18 à 29 ans, 11,3 % des 30 à 44 ans et près de 4 % des plus de 40 ans affirmaient qu'ils ne pouvaient pas faire face au fait d'être séropositifs. La peur des conséquences négatives constituait également une raison d'éviter le test de dépistage chez 36,6 %, 30,6 % et 17,7 % respectivement des personnes situées dans les tranches d'âge précitées[30].

La peur de perdre ses amis, son conjoint, ou encore son travail ou ses assurances entrave également le dépistage, ces craintes étant plus souvent évoquées par les plus jeunes participants à l'enquête ARGUS 2005[30]. Environ 10 % des HARSAH de 18 à 44 ans évitaient de subir un test de dépistage de crainte de perdre des relations significatives, alors que ce taux était de 5,1 % chez les plus de 45 ans; 9 % des jeunes HARSAH de 18 à 29 ans craignaient que le test de dépistage ait des répercussions sur leur vie sexuelle, alors que ce taux passait à 6,5 % et à 3,8 % respectivement pour les 30 à 44 ans et les plus de 45 ans. La peur de passer un test de dépistage était aussi souvent associée à la crainte d'une stigmatisation ou d'une discrimination en milieu de travail. Cette crainte a été signalée par 9,7 % des personnes qui ont participé à l'enquête[30].

Trois ans plus tard, l'enquête ARGUS 2008 a analysé les raisons de ne pas avoir eu un test de dépistage de l'infection par le VIH dans les deux dernières années indiquées par des HARSAH montréalais qui se définissaient comme gais et pensaient être séronégatifs (selon eux) ou qui ignoraient leur statut sérologique. Dans la plupart des cas, ils considéraient n'avoir rien fait qui les mette à risque de contracter l'infection (59,2 %). Parmi les autres motifs évoqués, citons : ne pas y avoir pensé (8,6 %); ne pas vouloir savoir (8,2 %); ne pas avoir de médecin (6,1 %); être inquiets par rapport aux répercussions sur la vie sexuelle (6,1 %); se considérer comme en bonne santé (4,9 %); ne pas savoir où aller (4,5 %); manquer de temps (3,7 %); avoir peur des aiguilles (3,3 %); avoir peur de perdre son emploi, ses assurances, ses liens familiaux et sociaux (2,9 %); craindre que son nom soit divulgué (1,2 %); et croire que rien ne pourra être fait si le résultat du test est positif (1,2 %)[84].

Selon les données du projet SPOT, le temps d'attente pour obtenir les résultats des tests, l'absence de médecin, le manque de temps, les inquiétudes quant à la confidentialité, le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous médical, l'absence de prise de risque, la crainte de recevoir un résultat de test positif, la crainte d'être jugé sur les pratiques sexuelles, la gêne d'admettre une prise de risque et le refus de connaître son statut sérologique sont des barrières au dépistage de l'infection par le VIH évoquées par les participants[81]. Par ailleurs, d'autres analyses effectuées à partir des données du projet SPOT montrent que les participants qui n'avaient jamais subi un test de dépistage pour l'infection par le VIH étaient plus enclins que ceux qui avaient déjà subi un test à affirmer ne pas avoir pris de risque, à être gêné d'admettre une prise de risque, ne pas vouloir être vu dans une clinique de dépistage, à avoir moins de partenaires sexuels dans les trois derniers mois et à voir moins de partenaires sexuels dont le statut sérologique étaient inconnus. Toutefois, aucune différence significative n'a été soulignée entre ces deux groupes concernant les variables sociodémographiques, les raisons d'utiliser les services du projet SPOT, le nombre de partenaires sexuels séronégatifs ou séropositifs, le fait d'avoir eu des relations sexuelles anales non protégées avec un partenaire dans les trois derniers mois[82].

Pendant la campagne de la clinique médicale l'Actuel *Fais-toi tester*, entre 10 et 14 % des patients rencontrés chaque mois lors de la campagne disaient n'avoir jamais eu de test de dépistage auparavant. Les motifs évoqués pour ne pas subir de test plus régulièrement étaient : ne pas se sentir à risque (32 %); être engagé dans une relation exclusive (30 %); ne pas avoir de relations anales non protégées (25 %); la négligence (22 %); la peur de recevoir un résultat positif (17 %); l'ignorance des lieux de dépistage de l'infection par le VIH (8 %); la difficulté à obtenir un rendez-vous (3 %); préférer ne pas savoir (4 %); des raisons légales (1 %)[85]. L'ensemble des résultats aux trois études précitées peuvent témoigner d'un contexte social peu favorable au dépistage de l'infection par le VIH.

Accès aux services de dépistage

Les *États généraux HARSAH* de 2008, une consultation provinciale réalisée auprès d'intervenants qui œuvrent auprès d'HARSAH, ont constaté que « bon nombre d'HARSAH consultent les services de première ligne, notamment leur médecin de famille[86] ». De plus, les résultats des enquêtes ARGUS 2005 et 2008 montrent que plusieurs hommes gais montréalais qui ont affirmé avoir eu un comportement à risque avaient passé un test de dépistage de l'infection par le VIH dans la dernière année (autour de 55 % en 2005 et de

75 % en 2008)[30, 31]. Néanmoins, plusieurs HARSAH ont dû faire face à la stigmatisation, à la discrimination, à l'homophobie et à l'hétérosexisme[48], ce qui peut les rendre méfiants envers les services de santé traditionnels. Certains HARSAH pourraient se sentir mal à l'aise de discuter de sexualité et de pratiques sexuelles dans les services de santé traditionnels.

Au Québec, une organisation des services adaptée à cette problématique a été mise sur pied surtout au centre-ville de Montréal, mais peu en périphérie des grandes villes et dans les régions plus éloignées. Par ailleurs, l'enquête ARGUS 2008 a montré que les hommes gais résidant en région étaient plus nombreux à ignorer être séropositifs (20,9 %) que les participants de la région de Montréal (13,2 %)[31]. Les difficultés relatives à l'organisation des services ont été traitées à la section 6.5.

7.1.2 Facteurs de motivation au dépistage

Pour 93 % des personnes qui ont participé à la campagne de la clinique médicale l'Actuel, la rapidité d'obtention du résultat avec la trousse de dépistage rapide était un bon incitatif au dépistage. La gratuité du test de dépistage rapide a aussi motivé plusieurs participants à subir le test (62 %)[85].

Dans le cadre du projet SPOT, les motivations évoquées par les HARSAH pour passer un test de dépistage étaient, par ordre d'importance :

- pour être rassurés sur leur statut sérologique;
- pour éviter de transmettre l'infection à d'autres, le cas échéant;
- parce qu'ils ont pris des risques;
- parce qu'ils veulent être soignés le plus rapidement possible, s'il y a lieu;
- parce qu'ils subissent régulièrement un test de dépistage;
- parce qu'ils commencent une nouvelle relation;
- parce qu'ils ont découvert qu'un partenaire est infecté[87].

Tableau 1 En somme, chez les HARSAH...

Barrières	Facteurs de motivation
• Sous-évaluation des facteurs de risque personnels • Banalisation de l'infection • Peur d'un résultat positif • Anticipation de conséquences négatives sur les relations sociales, amoureuses, sexuelles et professionnelles • Peur d'être jugé • Services inadaptés • Gêne de dévoiler les facteurs de risque	• Inquiétude par rapport au statut sérologique • Prise de risques • Protection des partenaires • Accès aux traitements • Dépistage régulier • Nouvelle relation avec un partenaire

7.1.3 Stratégies d'intervention

Les HARSAH vivant dans les centres urbains où la communauté gaie est particulièrement active et organisée (Montréal et Québec) bénéficient de plusieurs services adaptés à leur communauté — services de santé, organismes communautaires, interventions de proximité —, ce qui n'est pas nécessairement le cas de ceux qui résident en périphérie ou en région.

Traditionnellement, les interventions auprès de cette clientèle s'effectuent dans les lieux physiques que fréquente la communauté gaie, et les cliniques spécialisées en ITSS situées à proximité de la communauté offrent des services adaptés. Les lieux de socialisation le plus souvent visés par les projets de recherche et les interventions de proximité sont les clubs, les cafés, les saunas gais, les parcs et autres lieux de rencontres sexuelles extérieurs. Un grand nombre d'HARSAH sont ainsi rejoints de cette façon.

Une revue la littérature portant sur l'efficacité des interventions visant à favoriser le dépistage de l'infection par le VIH chez les HARSAH révèle que les deux interventions les plus efficaces sont le test de dépistage rapide, le counseling dans les milieux communautaires et le counseling intensif par les pairs. Un dépistage régulier avec option de refus dans les cliniques de dépistage des ITSS pourrait s'avérer une avenue prometteuse. La revue de la littérature n'a cependant pas pu conclure à l'efficacité du test de dépistage de l'infection par le VIH associé à d'autres tests, du travail d'approche par les pairs dans la communauté et des campagnes de communication[88]. Compte tenu de la saturation des services de santé fréquentés par la communauté gaie, le dépistage en milieu communautaire et l'utilisation de la trousse de dépistage rapide^p sont deux avenues à considérer dans l'optimisation du dépistage auprès des HARSAH.

Toutefois, ceux qui ne fréquentent pas les milieux de la communauté gaie parce qu'ils ne le veulent pas, ne s'identifient pas à la communauté gaie, vivent dans une région éloignée ou pour d'autres raisons demeurent difficiles à rejoindre. Il est cependant impossible de déterminer la proportion qu'ils représentent sur l'ensemble des HARSAH du Québec. Il importe donc de veiller à ce que l'offre de services de santé soit sensibilisée à l'homosexualité dans toutes les régions du Québec. Cette sensibilisation peut se faire par de la formation auprès des professionnels de la santé. L'INSPQ offre déjà une formation à ce sujet.

En outre, depuis plusieurs années, on observe une transformation de la communauté gaie. D'une part, la fréquentation des lieux de socialisation et de rencontres de la communauté gaie tendrait à diminuer. Une consultation réalisée auprès de représentants de 14 pays révèle que dans les pays — dont le Canada — où les lois et les politiques ainsi que le contexte social sont favorables à l'homosexualité (reconnaissance et acceptation de l'homosexualité; reconnaissance du mariage gai; respect des droits des personnes homosexuelles, par exemple), la fréquentation des lieux physiques de la communauté gaie tend à diminuer, comparativement aux pays où la communauté doit militer pour faire valoir

^p Conformément aux recommandations du CITSS et du supplément du GQDITSS : *Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide des trousses de dépistage rapide.*

leurs droits. La transformation des quartiers traditionnellement reconnus comme appartenant à la communauté gaie^q expliquerait aussi la diminution de la fréquentation des lieux de socialisation et de rencontres physiques[89]. La mobilisation des personnes dans la lutte contre le VIH suivrait la même tendance décroissante[89, 90].

Par ailleurs, l'arrivée d'Internet et son utilisation croissante ont transformé les rapports sociaux, affectifs et sexuels de plusieurs HARSAH[91]. Internet permet aux HARSAH qui ne veulent pas dévoiler qu'ils sont gais de vivre leur sexualité dans l'anonymat. Il permet aussi aux HARSAH vivant dans des régions éloignées des communautés gaies de s'y rallier et de dépasser les barrières géographiques[92]. La vie communautaire gaie est dorénavant autant, sinon plus active sur le Web, et de plus en plus de services y sont offerts, dont des services d'information et de soutien liés au VIH[89]. Par ailleurs, ces interventions en ligne seraient appréciées de la communauté gaie[93].

La diminution de la visibilité des infrastructures gaies et l'augmentation du nombre de HARSAH qui fréquentent les réseaux Internet indiquent que les programmes de prévention du VIH devraient aussi s'orienter pour rejoindre ces groupes par des moyens électroniques adaptés. Les données issues d'une méta-analyse sur l'efficacité des interventions assistées par ordinateur montrent une fréquentation accrue des sites Internet et que cette voie de communication est prometteuse[94]. Les interventions en ligne prennent une place grandissante en matière de santé sexuelle et seraient appréciées de la communauté gaie[93]. De plus, ce type d'intervention permettrait de rejoindre des clientèles habituellement isolées : les jeunes[95], les personnes qui résident en région[95], les minorités ethniques[96], et ceux qui n'ont pas fait leur *coming out*[96]. Internet offre un grand potentiel pour optimiser le dépistage de l'infection par le VIH.

La création d'outils électroniques comme des questionnaires auto-administrés portant sur l'évaluation des facteurs de risque constituerait une stratégie pertinente pour réduire les barrières associées au counseling prétest chez les HARSAH[97]. De plus, la mise en place de canaux de communication, par exemple par les sites de rencontres gais ou les réseaux sociaux, seraient des stratégies à considérer pour favoriser la continuité des soins et conserver le lien avec les services de santé. Par ailleurs, la stratégie de réseau social de dépistage^r semble tout à fait adaptable au mode de socialisation sur Internet.

Néanmoins, il ne faut pas délaissé les services offerts dans les lieux de socialisation de la communauté gaie, qui revêtent encore une importance particulière pour plusieurs HARSAH et sont encore quand même très fréquentés.

7.2 UTILISATEURS DE DROGUES INJECTABLES (UDI)

Les UDI constituent une population où la prévalence de l'infection par le VIH et du VHC est importante, et où la co-infection VIH-VHC n'est pas rare. Plusieurs études soulignent les risques liés à l'utilisation de matériel d'injection contaminé et la fréquence de dépistage insuffisante dans cette clientèle[98-100]. De façon générale, la vulnérabilité des UDI est

^q Les auteurs réfèrent au concept d'embourgeoisement (*gentrification*).

^r Les CDC présentent des lignes directrices pour implanter le *Social network testing* : <http://www.cdc.gov/hiv/resources/guidelines/snt/pdf/SocialNetworks.pdf>.

associée, selon les études recensées, à leur consommation régulière de drogue (dépendance et état de consommation), à l'effet de celle-ci sur leurs conditions de vie (marginalité, instabilité, itinérance, violence, etc.) et à leur situation face à la justice (arrestation et incarcération)[17, 72, 98, 100, 101].

Au Québec, l'enquête de surveillance SurvUDI renseigne sur la situation du VIH et du VHC dans cette population[32]. Trois études réalisées auprès d'UDI (l'une menée dans l'ensemble du Québec[98], l'une à Montréal auprès des jeunes[72], et l'autre à Montréal auprès d'UDI de plus de 25 ans[101]), font état de barrières et de facteurs de motivation à l'utilisation des services de santé et à la demande d'un test de dépistage. Un avis mentionnant l'importance d'établir un continuum de services sociaux et de santé pour ces personnes a également été publié par le Comité conseil sur la prévention du VIH et du VHC chez les personnes utilisatrices de drogues[100].

7.2.1 Barrières au dépistage

Perceptions de la maladie, du risque et des conséquences

Certaines perceptions et croyances collectives semblent influencer sur la compréhension des messages de prévention de l'infection par le VIH et de promotion du dépistage de l'infection par le VIH chez les UDI.

La perception d'être malade ou la crainte de l'être sont habituellement des facteurs qui les motivent à consulter un professionnel de la santé. Chez certains UDI, les représentations de la santé et de la maladie sont liées à la consommation de drogue[98]. Certains s'estiment malades lorsqu'ils n'ont pas pu obtenir de drogue à s'injecter. Dans le cas contraire, ils s'estiment en santé. Conséquemment, la recherche d'un test de dépistage se complique. Lorsque certains UDI sont en manque de drogue et s'estiment « malades », leur première préoccupation ne serait pas de consulter les services de santé, mais de chercher de la drogue et un endroit pour la consommer[98, 101].

Une consultation menée auprès de personnes qui œuvrent dans la prévention du VIH et du VHC au Québec a révélé que lorsque les UDI se présentent aux lieux d'échanges de seringues en état de manque, ils n'ont pas le temps de « jaser ». Le dépistage est alors difficilement ou pas du tout abordé par les intervenants. À l'inverse, lorsque ces personnes ne sont pas en état de manque, le dépistage n'est pas non plus perçu comme prioritaire, puisqu'elles sont sous l'effet de la drogue et ne sont donc pas suffisamment réceptives pour suivre un counseling prétest[98]. De plus, le GQDITSS précise que pour donner un consentement libre et éclairé à un test de dépistage, la personne ne doit pas être sous l'influence d'alcool, de sédatifs ou de drogues[6]. Par ailleurs, des jeunes UDI consultés ont affirmé que le meilleur moment pour une intervention était après qu'ils ont consommé, lorsqu'ils ont moins d'énergie (après le *high*)[101].

Cette alternance entre l'état de manque et l'état de consommation créerait une certaine instabilité et une désorganisation dans le mode de vie. Cette instabilité est difficile à concilier avec des programmes de dépistage traditionnels. De plus, certains UDI ont parfois des problèmes d'itinérance ou de santé mentale ou des problèmes judiciaires qui les obligent à donner priorité à la recherche d'autres services comme le logement et la nourriture, au

détriment des soins de santé[102]. Ces problèmes parallèles à la consommation de drogue, en plus de la pauvreté et des risques de violence et d'incarcération, compliquent également le recours aux soins de santé[100].

Au-delà de la perception de l'importance de passer un test de dépistage de l'infection par le VIH, les UDI ont aussi certaines craintes quant à l'infection qui peuvent réduire leur volonté de subir un test de dépistage. Une étude américaine réalisée auprès de jeunes de la rue qui consomment des drogues, dont des UDI, indique que certains ne veulent pas connaître leur statut de peur d'être stigmatisés, discriminés et rejetés une seconde fois, la première fois faisant référence au passage à la vie dans la rue. La perte de soutien social était une importante raison de ne pas vouloir passer un test de dépistage de l'infection par le VIH. Le choc émotionnel accompagnant un résultat positif constituait aussi un motif faisant craindre le test de dépistage[103]. Ces mêmes craintes ont été exprimées par des jeunes UDI interrogés à Montréal[101].

Certains UDI plus âgés de Montréal ne récupéreraient pas leur résultat par simple oubli, de peur d'être séropositifs, ou en raison de la « paranoïa » liée à leur consommation. Chez les participants au réseau SurvUDI-I-Track 2003-2008 qui avaient passé un test de dépistage de l'infection par le VIH, 5,9 % étaient en attente d'un résultat et 3,0 % n'étaient pas retournés chercher leurs résultats[32]. L'attente des résultats des tests de dépistage serait aussi difficile, car cette période engendrerait un grand stress, vécu en solitaire la plupart du temps[72].

Accès aux services de dépistage

De façon générale, plusieurs UDI éprouvent plusieurs difficultés d'accès aux services de santé, qu'elles soient dues à leurs perceptions de ces services ou à la disponibilité des services.

Certains UDI qui ont recours aux services de prévention du VIH et du VHC font peu appel aux centres du réseau de la santé et préfèrent les services des organismes communautaires ou des centres spécialisés dans la prise en charge de la toxicomanie. Cette préférence pour les organismes communautaires se manifeste autant pour l'obtention de matériel d'injection que pour les autres services[98].

Certaines perceptions ou croyances partagées par les membres de la communauté des UDI engendrent une méfiance vis-à-vis des services de dépistage de l'infection par le VIH. La question de la confidentialité est au centre de leurs préoccupations lorsqu'ils fréquentent les services de santé. Malgré l'assurance de confidentialité et le lien de confiance que les services de dépistage essaient d'établir avec ce groupe, ils redoutent que ces services aient des rapports avec la police. Ils craignent la répression policière, ce qui complique l'accès au matériel d'injection stérile et probablement aussi la recherche de services de santé liés à leurs comportements de consommation[72, 98].

Conséquemment, certains UDI restent à l'écart du réseau de la santé, où ils pourraient bénéficier de services de counseling et de dépistage. En outre, la stigmatisation et la répression liées au statut d'utilisateur de drogues injectables limitent l'accès aux seringues, surtout pour les jeunes UDI, et rendent difficile l'accès au traitement du VHC et son suivi[98].

Cette stigmatisation peut tout autant s'appliquer aux services de dépistage qu'au suivi médical qu'implique un résultat positif.

Le réseau de la santé serait généralement moins bien adapté aux besoins des UDI et des jeunes de la rue (temps d'attente, méconnaissance de leurs besoins globaux en matière de santé, etc.). Le mode de vie de certains UDI (marginalité, instabilité, itinérance, par exemple) et l'effet de leur consommation de drogue sont souvent jugés sévèrement. Les difficultés d'accès aux services du réseau de la santé qu'ils éprouvent et la maladresse de certains professionnels de la santé, soulevés lors d'une consultation auprès d'UDI de Montréal[72], peuvent contribuer au fait qu'ils se sentent discriminés dans les services de santé et qu'ils sont plus réticents à les fréquenter. Cette même consultation a fait ressortir que l'expérience d'accès aux services de dépistage dans des milieux non spécialisés auprès des UDI était négative[72]. Ceux qui fréquentent les services de santé disent attendre trop longtemps avant de recevoir les soins recherchés, se sentir discriminés, recevoir des soins précaires, et que l'accueil des professionnels de la santé ne serait pas respectueux à leur égard[72], ce qui a aussi été signalé par les jeunes UDI de Montréal[101].

Par ailleurs, les besoins prioritaires en matière de santé ne sont pas les mêmes selon le point de vue des UDI et des intervenants. La consultation de personnes qui œuvrent dans la prévention du VIH et du VHC au Québec a révélé des divergences de points de vue entre les intervenants et les usagers UDI des services de prévention en ce qui concerne le dépistage de l'infection par le VIH. Le dépistage-counseling constitue un thème important de la consultation, tant pour les UDI que pour les intervenants. Cependant, selon les propos recueillis dans cette étude, le dépistage-counseling occupe une place moins importante dans les priorités des intervenants que dans celles des UDI[98].

Alors que les intervenants faisaient ressortir les limites de l'efficacité du dépistage-counseling en matière de prévention, les usagers évaluaient le dépistage comme une intervention efficace, mais à laquelle ils avaient difficilement accès. Selon eux, les limites du dépistage sont les conditions dans lesquelles celui-ci se déroule (lorsqu'il est fait dans les piqueries, par exemple)[98].

La même étude a constaté que le dépistage-counseling apparaissait comme une intervention de dernier recours pour les intervenants communautaires. Ils étaient peu convaincus de son efficacité pour prévenir le partage de matériel d'injection et estimaient qu'il y a beaucoup de travail à faire avant de parler de dépistage à leur clientèle. La question de la réaction des usagers à l'annonce d'un résultat positif préoccupait les intervenants, car ce sont eux qui doivent gérer les crises postdépistage. Selon l'étude, il s'avère indispensable de prendre en compte ces aspects d'interface entre les intervenants qui font du dépistage et les intervenants communautaires qui accompagnent les personnes lorsqu'elles reçoivent leur résultat[98].

7.2.2 Facteurs de motivation au dépistage

Les usagers UDI des services de prévention du VIH et du VHC consultés se disaient interpellés par les interventions de dépistage-counseling pouvant les amener à passer un test de dépistage ou à adopter des comportements sécuritaires. Par ailleurs, les UDI

rencontrés dans les trois projets de recherche affirmaient qu'ils modifieraient leurs comportements à risque et y réfléchissaient davantage après avoir subi un test de dépistage. Toutefois, les comportements habituels reviendraient rapidement. À l'annonce d'un résultat positif, ils désirent être rassurés, soutenus, et recevoir de l'information écrite pouvant être conservée[72, 98, 101].

Les jeunes UDI, comme les plus âgés rencontrés lors d'une consultation à Montréal, ont dit recourir régulièrement aux services de dépistage de l'infection par le VIH et du VHC. Ils ont subi des tests de dépistage dans le cadre de projets de recherche (par exemple Cohorte St-Luc et Cohorte des jeunes de la rue) et dans des organismes tels que Relais Méthadone. Selon eux, les services de dépistage sont faciles d'accès[101]. La motivation de ces jeunes face au dépistage varie beaucoup. Plusieurs reconnaissent l'importance de la prévention et se déplacent dans le but premier de passer un test. Pour d'autres, les tests ne constitueraient pas un motif suffisant de déplacement. Cependant, ils accepteraient le dépistage si les intervenants le proposaient[101], ce qui est aussi le cas des usagers UDI des services de prévention[101]. De plus, ces derniers perçoivent le passage en thérapie comme un contexte favorable au dépistage[101].

Pour les UDI rencontrés dans les trois projets de recherche, le dépistage était motivé non seulement par la santé personnelle, mais aussi par le désir de connaître leur statut sérologique et de protéger leurs partenaires d'injection par solidarité envers eux et envers leurs amis. Quelques-uns ont dit être motivés par l'argent, et ce, particulièrement pour aller chercher les résultats du test de dépistage[72, 98, 101].

Le dépistage de l'infection par le VIH et du VHC demeure donc une préoccupation importante pour les UDI rencontrés. S'ils ne s'opposent pas au dépistage, le test de dépistage de l'infection par le VIH est rarement la raison principale de leur visite aux organismes communautaires. L'importance du dépistage de l'infection par le VIH gagnerait à être renforcée auprès des UDI. Les intervenants ont souligné le besoin de soutien en matière de formation, d'appui dans la gestion de la crise postdépistage et de financement pour le travail de proximité[98].

Tableau 2 En somme, chez les UDI...

Barrières	Facteurs de motivation
• Perception de la maladie et de la santé • Mode de vie instable • Effet de la consommation de drogue • Crainte des conséquences potentielles d'un résultat positif • Stress lié à l'attente des résultats • Méfiance envers les services de santé • Stigmatisation et discrimination • Réseau de la santé non adapté à leurs besoins • Divergences dans la perception des besoins prioritaires en matière de santé entre les UDI et les intervenants	• Santé • Désir de connaître son statut sérologique et de réduire les risques de transmission • Solidarité envers les partenaires d'injection et les amis • Incitatif financier • Proposition par les intervenants

7.2.3 Stratégies d'intervention

Il peut s'avérer difficile de rejoindre les UDI. Certains évitent les services de santé, dont les services de dépistage, parce qu'ils se sentent discriminés et stigmatisés, mais aussi parce qu'ils craignent d'être identifiés par la police[72]. Il semble que plusieurs UDI préfèrent les services communautaires aux services de santé[98]. Ils peuvent être rejoints dans les lieux d'échange de seringues ou les centres spécialisés dans la prise en charge des toxicomanes. S'ajoutant à ces centres fixes, les unités mobiles de distribution de matériel stérile d'injection qui offrent un service d'éducation et d'orientation permettraient également de rejoindre les UDI qui évitent les services plus traditionnels dans leurs milieux de vie et de consommation (rues, bars, fumeries de crack, etc.). Toutefois, ces lieux ne sont fréquentés que par une partie des UDI, et la proportion de ceux qui ne les fréquentent pas demeure inconnue.

D'autres problèmes plus urgents, comme le logement et la nourriture, peuvent les rendre moins réceptifs aux messages de promotion du dépistage[100, 102]. Une approche holistique qui les aide à résoudre ces problèmes serait mieux adaptée pour les convaincre de passer un test de dépistage de l'infection par le VIH. Cette approche, privilégiée par des organismes communautaires, peut se révéler plus efficace pour tisser des liens de confiance. L'action en intersectorialité ou en réseau s'inscrit aussi dans cette approche holistique de réponse aux besoins en matière de santé et de services sociaux. Il incombe au professionnel de la santé d'évaluer les facteurs de risque et de proposer un test de dépistage en conséquence, le tout dans une démarche proactive qui s'insère dans une approche globale de soins de santé et de services sociaux.

Par exemple, l'expérience des infirmières du SIDEP et du Service à bas seuil d'accessibilité du CSSS de la Vieille-Capitale montre que les clients UDI des services de santé offerts dans les milieux communautaires ne recherchent pas à prime abord un test de dépistage des ITSS, dont le VIH. En consultant ces services de santé, elles veulent soulager ou régler un problème de santé existant qui les dérange (situation de crise). Il incombe à l'infirmière d'en profiter pour proposer un test de dépistage de l'infection par le VIH (avec la TDR ou non) en même temps que d'autres services. Selon les infirmières, le succès de leurs services réside aussi dans le fait qu'elles offrent une gamme élargie de soins de proximité (soins des plaies et des abcès, contraception, etc.) et qu'elles travaillent en équipe multidisciplinaire (médecin, infirmière, intervenant communautaire, etc.)[104].

Le recours à des pairs-aidants dans les interventions constitue une autre façon efficace de rejoindre les UDI. Ces derniers considèrent leurs partenaires d'injection comme des personnes significatives et affirment qu'ils seraient motivés à subir un test de dépistage de l'infection par le VIH pour ne pas transmettre l'infection à leur cercle social. Cette norme sociale élevée est un déterminant de prévention de l'infection par le VIH important au sein de leurs groupes et de leurs réseaux[98]. La perception du risque et l'influence des pairs devraient être des composantes d'intervention préventive chez les jeunes UDI[105].

En outre, la méfiance que ressentent certains UDI envers les services du réseau de la santé justifie également l'utilisation d'une approche d'intervention avec des pairs-aidants ou des travailleurs de rue. Ces derniers sont en mesure d'entrer en contact avec des personnes, groupes ou réseaux plus difficiles d'accès pour les professionnels de la santé et les

travailleurs de rue. Ils peuvent non seulement diffuser un message de prévention, mais aussi aider un UDI à évaluer ses facteurs de risque et l'accompagner vers les services de dépistage. Un effort doit être fait afin de parvenir aux milieux difficilement accessibles comme les maisons d'injection, les parcs et autres lieux publics.

Plus largement, en matière de prévention de la maladie et de promotion de la santé chez les UDI au Québec, des pistes d'action qui rejoignent l'optimisation du dépistage de l'infection par le VIH ont déjà été dégagées. Elles mettent l'accent sur l'approche globale de l'offre de soins, l'intersectorialité, la facilité d'accès aux services et leur continuité. Certaines d'entre elles sont déjà appliquées dans certaines régions. Une revue de la littérature et une validation empirique ont été réalisées en 2007 au sujet de la prévention du VIH et du VHC chez les UDI[98]. À l'issue de cet exercice, les auteurs proposent de donner priorité à :

- la participation des usagers aux interventions de prévention;
- l'instauration de mesures favorisant l'intervention par les pairs;
- la mise sur pied d'un continuum de services, particulièrement en ce qui a trait à l'accès aux traitements du VHC et de substitution à la consommation de drogues;
- la recherche et au développement d'interventions novatrices fondées sur des approches structurées (approches cognitivo-comportementales, par exemple) par un réseau composé des milieux communautaires, de la santé et universitaires;
- la sensibilisation des intervenants à la réalité des UDI et à une formation pour les aider à mieux soutenir cette clientèle en matière de prévention de la maladie et de promotion de la santé;
- l'élaboration d'une stratégie concertée de prévention de la toxicomanie et de prévention des ITSS[98].

Le Comité conseil sur la prévention du VIH et du VHC chez les personnes utilisatrices de drogues mandaté par le MSSS a proposé des mesures en 2009, dont certaines portent sur le dépistage de l'infection par le VIH et du VHC. Ce comité suggère que « les actions proposées devraient s'inscrire dans un continuum de services[100] ». Ce comité a proposé plusieurs actions en ce qui a trait à l'organisation des services et au dépistage.

Outre la difficulté à rejoindre les UDI par les services de santé traditionnels, un deuxième problème se pose chez cette clientèle, soit la récupération des résultats des tests de dépistage. En effet, une certaine proportion de jeunes UDI ne récupérerait pas leurs résultats pour diverses raisons. Certains étaient motivés par des incitatifs monétaires ou matériels pour participer à des études comprenant un dépistage de l'infection par le VIH et la récupération du résultat de leur test[101]. L'offre d'incitatifs matériels en échange d'une participation peut être justifiable dans le cadre d'un projet de recherche. Toutefois, dans les services de santé et les services sociaux, elle pose un grand conflit éthique.

On pourrait aussi pallier ce problème de non-récupération des résultats en utilisant les TDR. Toutefois, les intervenants qui s'en servent dans les points de service doivent se préoccuper des enjeux associés au fait que leurs patients peuvent recevoir immédiatement un résultat possiblement positif, c'est-à-dire se demander s'ils seront aptes à faire face à un tel résultat

et si des ressources sont disponibles pour assurer un soutien immédiat. La TDR devrait être utilisée conformément aux recommandations émises par le CITSS et traduites en actions dans le Supplément du GQDITSS : *Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide des trousse de dépistage rapide*[7].

7.3 PERSONNES PROVENANT DE PAYS OÙ L'INFECTION PAR LE VIH EST ENDÉMIQUE

Au Canada, les personnes provenant de pays où l'infection par le VIH est endémique sont le plus souvent originaires d'Afrique subsaharienne et d'Haïti. Ces immigrants ont souvent perdu leurs repères et leur soutien social, et sont parfois victimes de discrimination. Plusieurs d'entre eux se trouvent aussi en situation de précarité économique. De plus, leur bagage culturel ainsi que leurs conceptions de la santé, des relations interpersonnelles et de la sexualité diffèrent de la culture québécoise[17]. Il importe de tenir compte de ces spécificités, qui ont une incidence considérable sur les barrières et les motivations au dépistage dans ce groupe à risque.

Par ailleurs, précisons que le test de dépistage du VIH est inclus, depuis 2002, dans l'examen médical d'Immigration Canada pour certaines personnes de 15 ans et plus ou en présence de facteurs de risque. Cet examen médical est exigé pour :

- les demandeurs de résidence permanente, y compris les réfugiés et les demandeurs d'asile;
- certains demandeurs de résidence temporaire : travailleurs dans une profession qui implique une protection de la santé publique (profession médicale, enseignement, travail agricole, etc.); séjour excédant six mois dans un pays où le risque de tuberculose est élevé et personne provenant d'un tel pays; quiconque chez qui l'agent d'immigration a des motifs de croire qu'il est interdit de territoire pour des motifs sanitaires[106].

Au Québec, les barrières et les facteurs de motivation au dépistage chez les Québécois d'origine haïtienne ont été davantage explorés, car ces derniers représentent une partie importante de l'immigration dans la province. En 2008, une trousse d'intervention auprès de cette population a été lancée par la Direction de santé publique de l'ASSS Montréal, COCQ-SIDA et GAP-Vies[107]. Plusieurs informations présentées ici sont tirées de cette source. Près de nous, l'Ontario a mis sur pied plusieurs projets de recherche auprès des communautés africaines et caribéennes[108-110]. Les résultats pertinents sont également présentés ici.

7.3.1 Barrières au dépistage

Perceptions, représentations et croyances liées à la maladie

Comme pour toutes les communautés ethnoculturelles, les représentations, les croyances et les perceptions occupent une place importante dans la prise de décision chez les Québécois d'origine haïtienne[107].

Chez certains, les représentations de la santé et de la maladie relèveraient soit d'une conception magico-religieuse, soit des croyances vaudou. Dans le premier cas, la maladie est considérée comme la volonté de Dieu, alors que dans le deuxième, la maladie est le fait

du diable. Dans tous les cas, les référents socioculturels servent à expliquer la maladie et éloignent les croyants de la conception biologique de l'infection par le VIH. La maladie peut être interprétée comme la « méchanceté d'un tiers qui jette un mauvais sort », « l'amour d'un tiers qui fait des crises de possession », la conséquence d'une « transgression des interdits, comme la paresse dans la pratique des rituels ou le refus de sacrifice », etc. Les personnes qui ont ces croyances vaudou considèrent les schèmes de raisonnement biomédical comme des pratiques profanes et accorderaient ainsi peu d'importance aux messages de prévention lancés par les services de santé[111].

Dans une étude réalisée en Guyane, certains immigrants d'origine haïtienne ou surinamienne percevaient la maladie comme la présence de douleur ou de souffrance, ce qui les prédisposait à un dépistage tardif, après l'apparition des symptômes physiques[112]. Une étude québécoise réalisée auprès de Québécois d'origine haïtienne a précisé qu'il était parfois difficile de faire de la prévention auprès de ce groupe, car il faut qu'il y ait handicap pour qu'elles se perçoivent comme malades et demandent un test de dépistage[111].

Une étude menée auprès d'Africains et de Caribéens vivant à Toronto[108] a constaté que plusieurs raisons, dont de fausses idées véhiculées sur VIH, expliqueraient leur réticence à passer un test. Cette étude a révélé que certains d'entre eux jugeaient qu'ils n'étaient pas à risque parce qu'ils pensaient que les groupes à risque étaient les hommes gais (surtout des hommes blancs), les travailleuses du sexe, les UDI, les personnes « immorales », les personnes qui ont plusieurs partenaires sexuels ou qui échangent des faveurs sexuelles contre de l'argent ou d'autres biens matériels[108]. Conséquemment, si la personne ne s'identifie pas à ces groupes, elle risque de ne pas se sentir concernée et de ne pas être rejointe par les programmes de prévention de l'infection par le VIH, en l'occurrence le programme de dépistage.

De plus, l'infection par le VIH est considérée comme une « maladie secrète », car elle touche à la sexualité, sujet tabou dans la communauté haïtienne, ce qui pourrait contribuer à la forte prévalence de l'infection[111]. Le dialogue sur la sexualité est très rare entre parents et enfants, et les échanges sur l'importance de la prévention en général et du dépistage de l'infection par le VIH en particulier s'en trouvent occultés. Certains parents d'origine haïtienne ne se considèrent pas comme des vecteurs d'information sur la sexualité et renvoient la responsabilité au milieu scolaire ou aux professionnels de la santé. D'autres parents pensent que les adolescents ont d'autres sources d'information où ils peuvent trouver des réponses à leurs questions (Internet, télévision, pairs, fratrie, cousins-cousines, milieu scolaire, maison des jeunes). Ce manque de dialogue et d'échanges sur la sexualité, et plus particulièrement sur l'infection par le VIH, peut donner l'impression que l'infection par le VIH est moins présente au sein de cette communauté[107].

L'étude menée auprès de Torontois d'origine africaine et caribéenne a révélé qu'ils ne reconnaissent pas que le VIH/sida existe dans leur communauté. Ce sentiment était influencé par le fait que peu de gens connaissaient une personne infectée dans leur entourage immédiat, puisqu'un faible pourcentage de personnes issues de ces communautés dévoile publiquement leur statut sérologique[109].

Par ailleurs, une étude menée auprès de Québécois d'origine haïtienne fréquentant les cliniques médicales et les organismes communautaires de Montréal a montré une association significative entre le fait de n'avoir jamais passé de test de dépistage de l'infection par le VIH et celui d'être âgé de moins de 30 ans, d'être marié ou conjoint de fait et de ne pas évaluer son niveau de connaissances sur le dépistage de l'infection par le VIH comme très bon[113].

Sous-évaluation du risque

Comme on l'a mentionné, chez certains Québécois d'origine haïtienne, la représentation de la santé comme l'absence de douleur ou de souffrance physique porte à croire que les personnes en bonne santé physique ne sont pas infectées par le VIH[114], ce qui peut contribuer à une sous-évaluation du risque.

Une étude réalisée auprès de jeunes Québécois d'origine haïtienne[115] a constaté que les jeunes femmes sont conscientes de la fréquence du multipartenariat chez les hommes de leur communauté et du risque de transmission du VIH associé à cette pratique, mais qu'elles ne prendraient pas toutes les mesures nécessaires pour se protéger. L'apparence physique du partenaire constituait un indice pour évaluer le risque. Cette étude souligne aussi que la perception du risque de contracter le VIH avec le multipartenariat sexuel et le concubinage est faussée chez certains Québécois d'origine haïtienne. Ils dénonceraient ce comportement sexuel, sans pour autant le considérer comme un comportement à risque[115]. Une autre étude qualitative menée auprès de jeunes montréalais de cette communauté montre que la valorisation du risque chez les hommes peut influencer sur un recours moindre au condom lors des relations sexuelles et au test de dépistage de l'infection par le VIH et des ITSS[116]. Ces résultats, qui ne portent pas spécifiquement sur le dépistage, informent toutefois sur la perception du risque et la façon de le négocier.

Cette sous-évaluation du risque d'infection par le VIH a été également révélée par l'étude menée auprès d'immigrants africains et caribéens de Toronto[117]. Ces derniers avaient du mal à reconnaître qu'ils avaient eux-mêmes des comportements à risque, malgré de bonnes connaissances générales sur l'infection par le VIH (modes de transmission, conséquences liées à l'infection). On pourrait donc en déduire que les risques sont mal connus dans des contextes spécifiques associés à la sexualité, surtout dans les communautés où ce sujet est tabou. Peu d'études ont exploré le niveau de connaissances sur les modes de transmission du VIH chez les personnes issues de ces communautés.

Peurs associées à l'infection par le VIH

Les craintes concernant l'infection par le VIH et ses conséquences freinent le recours au dépistage. Certaines craintes prennent racine chez l'individu, alors que d'autres prennent leur source dans les préjugés véhiculés dans la société à l'égard de l'infection ou du statut d'immigrant.

L'étude réalisée auprès de Québécois d'origine haïtienne[111] a fait mention de réactions de déni ou d'angoisse par rapport aux aptitudes personnelles à faire face à un résultat positif. Selon la même étude, certaines personnes doutent qu'elles puissent être séropositives. Elles

connaissent les risques encourus, mais ne sont pas prêtes psychologiquement à affronter le résultat du test de dépistage[111].

La peur de passer un test de dépistage serait souvent aussi liée à la crainte de stigmatisation ou de discrimination dans le milieu de travail, dans le milieu de résidence ou dans d'autres cercles sociaux de rencontre[111]. Les chercheurs ont aussi constaté que les personnes qui n'ont pas encore le statut de résident permanent s'inquiètent des répercussions d'un résultat positif sur leur statut d'immigration. Certains Québécois d'origine haïtienne craindraient d'être expulsés en Haïti si le résultat se révélait positif[107].

Les préjugés sur l'infection par le VIH qui circulent dans la communauté haïtienne associent cette infection à une maladie honteuse, à la pauvreté, à la malpropreté et au manque d'éducation. Plusieurs fausses croyances sur les modes de transmission du VIH pouvant entraîner la peur du sida et, conséquemment, des personnes vivant avec le VIH, sont également répandues dans la communauté[111]. Une autre étude plus récente réalisée auprès de cette communauté a toutefois montré que 68,3 % des 593 Québécois d'origine haïtienne recrutés dans une clinique médicale de Montréal et 46,3 % des jeunes de cette communauté recrutés dans des organismes communautaires de Montréal continueraient à fréquenter aussi souvent ou plus souvent leur ami ou leur amie si il ou elle contractait une infection par le VIH[113].

De nombreux stéréotypes sont véhiculés dans les communautés africaines et caribéennes envers les personnes infectées par le VIH ou soupçonnées de l'être. Ceux-ci portent sur les personnes :

- d'orientation homosexuelle, surtout les hommes;
- qui pratiquent la promiscuité sexuelle;
- qui n'ont pas respecté les normes culturelles et le code moral ou religieux (par exemple, qui sont infidèles ou ont des relations sexuelles avec des personnes d'autres milieux culturels ou religieux)[109].

L'étude réalisée auprès de Québécois d'origine haïtienne a mis en évidence la crainte des réactions sociales. Certains ne voudraient pas passer un test de dépistage de crainte que la famille et les amis soient au courant, tant ceux qui sont au Québec que ceux qui sont restés en Haïti. Les études effectuées auprès de cette communauté ont montré que les liens familiaux et communautaires sont très serrés. La famille est un pilier important et offre un soutien dans la prise de décision et par sa solidarité[118]. Cependant, cette présence familiale forte peut aussi exercer une certaine pression sur les comportements, puisque les voisins, les cousins et les amis peuvent avoir un droit de regard sur les faits et gestes de chacun. Certaines personnes se soucient énormément de leur image et du qu'en-dira-t-on dans leur famille, ce qui devient une source constante de préoccupation[118]. De peur de subir l'exclusion ou la stigmatisation, des Québécois d'origine haïtienne pourraient éviter de demander un test de dépistage afin de ne pas être associés aux multiples clichés attribués aux personnes infectées par le VIH.

Certaines femmes enceintes d'origine haïtienne pourraient éviter de passer le test de dépistage de crainte de perdre leur conjoint, leur emploi ou leur logement si elles s'avéraient séropositives[108]. Souvent, le conjoint représente non seulement un soutien psycho-affectif, mais il est aussi une source de soutien économique pour les femmes qui ne travaillent pas[108, 111, 119].

Accès au dépistage

Plusieurs Québécois d'origine haïtienne ont été victimes de stigmatisation et de discrimination liées à l'infection par le VIH dans le passé, mais semblent mieux acceptés qu'avant dans les services de santé[111]. Néanmoins, les populations provenant de pays où l'infection par le VIH est endémique se heurtent encore à des difficultés d'accès à des services adaptés à leur réalité et à leurs différences culturelles. L'emplacement des cliniques médicales, les barrières linguistiques et la gratuité des soins non offerte à tous les immigrants illustrent certaines des difficultés qu'ils peuvent éprouver[48].

L'étude menée auprès d'immigrants africains et caribéens a révélé que certains étaient victimes de jugements qui définissent l'infection par le VIH comme une maladie « noire/africaine »[109]. Des professionnels de la santé et des organismes communautaires peuvent perpétuer cette fausse croyance, ce qui empêche les personnes issues de ces communautés ethnoculturelles de faire appel aux services médicaux et sociaux de peur d'être stigmatisées au lieu d'être soutenues dans leur démarche. Cette situation peut expliquer la peur du rejet et le sentiment de méfiance envers le système de santé et de services sociaux de certaines personnes d'origine caribéenne et africaine[109].

La confidentialité n'est pas toujours facile à assurer au sein de la communauté haïtienne, et demeure difficile à préserver lorsqu'il s'agit du VIH ou du sida[111]. Certains participants à l'étude sur les Québécois d'origine haïtienne ont mentionné que « les patients haïtiens doutent de la capacité de leurs compatriotes à préserver la confidentialité des informations confiées. Ainsi, certains patients ne consulteraient pas les professionnels d'origine haïtienne ou refuseraient d'être suivis par eux de peur d'un bris de confidentialité[111] ». Cette peur s'étendrait aussi aux services d'immigration. Certaines femmes provenant de pays où l'infection par le VIH est endémique craindraient de perdre leur statut d'immigration si leur statut sérologique était connu de ces services[119].

La crainte de subir ces réactions peut dissuader les Québécois d'origine haïtienne de se rendre aux lieux de dépistage de l'infection par le VIH de peur que les autres membres de leur communauté apprennent qu'ils sont séropositifs[111]. Ainsi, dans le but de s'assurer de la confidentialité et de préserver le secret sur leur état de santé, certains préfèrent ne pas passer un test de dépistage dans les services de la communauté haïtienne, et certaines personnes vivant avec le VIH refusent d'utiliser les services communautaires qui leur sont destinés[111]. À titre d'exemple, une étude menée auprès d'hommes afro-américains a montré qu'ils sont plus favorables à un dépistage effectué dans les cliniques et les centres médicaux que dans les centres communautaires[120]. Ces résultats donnent à penser que certaines personnes de cette population pourraient apprécier les services de dépistage anonyme.

7.3.2 Facteurs de motivation au dépistage

Une étude française[121], citée dans le document *Trousse d'outils pour la prévention et le soutien auprès des Québécois d'origine haïtienne*[107], a évoqué les raisons qui peuvent inciter une personne immigrante ou étrangère à subir un test de dépistage, notamment :

- avoir le cœur net sur son statut sérologique;
- avoir l'esprit en paix;
- vérifier l'efficacité du comportement préventif adopté;
- protéger son ou ses partenaires;
- avoir accès au suivi et au soutien médical le plus tôt possible (en cas de séropositivité);
- vouloir rester en bonne santé afin, entre autres, de soutenir la famille restée au pays, ou encore pour devenir parent;
- faire un geste positif pour soi et pour les autres qui favorise la santé;
- protéger son bébé en cas de grossesse, ou encore rester le plus longtemps possible en bonne santé pour subvenir aux besoins de son enfant[121].

Précisément, chez les Québécoises d'origine haïtienne enceintes, les effets positifs d'une prise en charge pour elles et leur bébé en cas de résultat positif constituent un argument favorisant le dépistage de l'infection par le VIH. Le rôle de mère serait socialement valorisé dans la communauté haïtienne. En faisant la promotion de la santé du bébé, on dédramatiserait le test de dépistage. On donnerait également l'espoir à la femme enceinte ou qui souhaite le devenir de pouvoir continuer à être mère malgré un résultat positif[111].

Une étude américaine a évalué les facteurs de motivation au dépistage chez des hommes afro-américains. La moitié (52 %) de l'échantillon avait passé un test de dépistage de l'infection par le VIH dans la dernière année. Les résultats de l'analyse montrent que les participants qui se sont fait recommander un test de dépistage par leur médecin de famille et ceux qui ont déjà eu une ITS étaient plus susceptibles d'avoir subi un test de dépistage[120].

Les amis des jeunes Québécois d'origine haïtienne sont également une source d'éducation sexuelle importante, notamment en ce qui a trait à la prise de risque et au dépistage[116].

Tableau 3 En somme, chez les personnes provenant de pays où l'infection par le VIH est endémique...

Barrières	Facteurs de motivation
• Représentations vaudou de la maladie • Fausses croyances • Sujet tabou • Crainte d'un résultat positif • Stigmatisation et marginalisation du VIH • Préjugés et stéréotypes • Importance de la famille et des amis et contrôle social • Accès difficile aux services de santé • Perception d'être jugés dans les services de santé • Crainte d'un bris de confidentialité et de la violation du secret sur leur état de santé (absence d'anonymat)	• Connaissance de son statut sérologique • Comportements sécuritaires • Protection des partenaires • Accès à un suivi médical • Santé • Protection du bébé • Valorisation du rôle de mère • Relation de confiance avec les professionnels de la santé • Influence des pairs

7.3.3 Stratégies d'intervention

Depuis le début de l'épidémie, la communauté des Québécois d'origine haïtienne de Montréal s'est mobilisée. Les organismes qui se sont engagés dans la lutte contre l'infection par le VIH l'ont fait à plusieurs égards : soutien économique et social, soutien aux nouveaux arrivants, prévention et prise en charge. Malgré tout, peu de Québécois d'origine haïtienne ont affirmé lors d'une enquête quantitative avoir participé à une activité de prévention des ITSS, dont le VIH[113].

La sexualité est souvent un sujet tabou dans cette communauté[111] et au sein de la communauté immigrante africaine et caribéenne de Toronto[109]. Par exemple, des jeunes Québécois d'origine haïtienne interrogés dans le cadre d'une étude qualitative ont admis n'avoir reçu de l'information sur la sexualité de la part de leurs parents qu'après être devenus parents à leur tour[116].

Comme la sexualité est taboue, l'infection par le VIH l'est tout autant. Cette infection porte également son lot de préjugés dans la communauté[109]. Ce contexte fait clairement ressortir le besoin d'information sur la sexualité et l'infection par le VIH dans la communauté. Par ailleurs, une étude menée auprès de Québécois d'origine haïtienne de Montréal dans les cliniques et organismes communautaires constate qu'il faut « renforcer le message sur les bénéfices du dépistage chez les jeunes[113] ».

- Étant donné que les pairs sont souvent une source importante d'éducation à la sexualité et à la prévention des ITSS[116], le recours à des agents multiplicateurs (pairs-aidants, par exemple) pourrait être pertinent chez les jeunes.

- La conception magico-religieuse de la santé ainsi que l'importance que revêt la communauté pour certains Québécois d'origine haïtienne[111] permet de penser qu'une intervention par l'entremise des leaders d'opinion serait pertinente.
- Les hommes et les femmes ayant un rapport au pouvoir et à la sexualité différent[108, 111, 119], l'éducation et les interventions doivent être différenciées selon le sexe. À plus vaste échelle, des campagnes de communication ciblée portant sur la lutte au VIH et aux préjugés offriraient une avenue intéressante.

En second lieu, il importe de veiller à ce que des ressources adaptées soient affectées de façon efficiente. Il faut prendre des précautions particulières lors de l'implantation de services en ce qui concerne l'assurance de la confidentialité et l'anonymat. En effet, certains Québécois d'origine haïtienne craignent de demander un test de dépistage de l'infection par le VIH dans des services proches de leur lieu de résidence de peur d'être stigmatisés par les membres de leur communauté. Certains peuvent éviter de consulter les services où un ou plusieurs membres de leur communauté travaillent de peur d'un bris de confidentialité[111]. On pourrait alors envisager d'installer les services en périphérie des quartiers fréquentés par les communautés ethnoculturelles. La TDR, qui ne nécessite qu'une seule visite médicale si le résultat est négatif, pourrait aussi être une option.

Certaines sous-populations peuvent s'isoler parce que leurs membres ressentent une certaine stigmatisation, voire une discrimination liée à l'orientation sexuelle. Une étude réalisée auprès d'HARSAH afro-américains a révélé qu'ils encourent des risques très élevés d'infection par le VIH, et que parmi les facteurs associés aux relations anales non protégées, il y a l'isolement social, le manque de logement et les normes sociales relatives à l'utilisation du condom. La réalisation de cette étude montre qu'on peut rejoindre les HARSAH en utilisant l'intervention par les pairs, même dans les communautés où la crainte d'un bris de confidentialité est élevée, comme dans les communautés afro-américaines[122].

Au-delà d'une offre de service adaptée, les professionnels de la santé doivent être proactifs dans la recherche des facteurs de risque et acquérir une compétence culturelle. Une étude menée auprès d'Afro-Américains a montré que l'engagement des professionnels de la santé est déterminant dans le processus de prise de décision en faveur du dépistage de l'infection par le VIH[120]. Elle a révélé que la majorité des patients qui avaient un médecin de famille se disaient prêts à passer le test s'il le leur demandait. Ces résultats indiquent aussi qu'il ne suffit pas seulement d'avoir un médecin de famille, mais que ce dernier doit également parler de dépistage de l'infection par le VIH[120].

Le Conseil africain et caribéen sur le VIH-sida de l'Ontario a émis des recommandations sur la prévention du VIH à l'intention des prestataires de soins. Leur *Guide et manuel de prévention du VIH: outil pour les fournisseurs de services* présente plusieurs recommandations sur les différentes étapes de l'intervention clinique préventive auprès des Africains et des Caribéens vivant au Canada[108]. Les stratégies qu'il propose pourraient être envisagées pour le Québec.

Puisque cette section traite quasi exclusivement des Québécois d'origine haïtienne, il importe d'étudier les autres communautés ethnoculturelles du Québec et d'adapter les services à leur réalité. D'ailleurs, il faudrait favoriser la réalisation d'études portant sur d'autres communautés ethnoculturelles et d'autres régions.

7.4 PERSONNES INCARCÉRÉES

Les taux élevés d'infection par le VIH et le VHC dans les prisons du Québec s'expliquent par le fait qu'une bonne proportion des personnes incarcérées s'injectent ou se sont déjà injecté des drogues. Ces personnes déjà vulnérables avant leur entrée en milieu carcéral peuvent voir leur vulnérabilité augmenter pendant leur séjour à cause des caractéristiques de ce milieu. Les pratiques relatives à l'injection de drogue, le tatouage, le perçage et les activités sexuelles peuvent présenter un risque de transmission de l'infection en milieu carcéral. De plus, la prévention de la transmission et la promotion de la santé sexuelle se compliquent à cause de la philosophie et des règles de fonctionnement de ces milieux[12, 17].

Le Réseau juridique canadien VIH/sida a publié un rapport d'étape en 2002 qui détaille la situation du dépistage de l'infection par le VIH dans les prisons et les centres de détention fédéraux et provinciaux. Les conclusions de ce rapport, particulièrement en ce qui concerne le Québec, sont présentées ici[57].

7.4.1 Barrières au dépistage

Dévoilement des facteurs de risque

La peur d'être fiché par les services carcéraux dissuade les détenus de demander des services de dépistage. En effet, craignant la stigmatisation et (ou) la répression, de nombreux détenus sont susceptibles d'associer la demande d'un test de dépistage de l'infection par le VIH au dévoilement de comportements à risque[57]. Selon le Réseau, il s'agit souvent de la révélation de comportements interdits ou stigmatisés : consommation de drogues par injection (donc possession), activités sexuelles (homosexuelles de surcroît) et tatouage ou perçage corporel[57].

De plus, certaines situations d'agression sexuelle peuvent également entraîner une sous-déclaration des activités sexuelles. Cela s'avère encore plus délicat lorsqu'il s'agit de femmes détenues qui ont subi de la violence physique ou sexuelle de la part des hommes[57].

Accès au dépistage

Les obstacles majeurs au dépistage chez les personnes incarcérées sont constitués de barrières structurelles, comme l'explique le Réseau[57] :

- Le test de dépistage est parfois nominatif, et il est fait sur demande à l'admission et à tout moment pendant l'incarcération. Les détenus doutent ainsi de la confidentialité des résultats. Bien qu'il soit disponible, le test n'est pas offert de façon proactive ou systématique.
- Le test est effectué par le personnel de la prison, ce qui crée une confusion sur la finalité des résultats.

- Le test est fourni sur la base d'une évaluation des risques alors que le dévoilement des facteurs de risque est difficile.
- De fréquents bris de confidentialité ont été signalés par des détenus et des employés des milieux carcéraux.
- Certains détenus subissent le test de dépistage de l'infection par le VIH et reçoivent un résultat positif sans que le personnel de la santé ne leur offre aucune forme de counseling ou de soutien.
- Certaines personnes vivant avec le VIH subiraient des traitements discriminatoires des autres détenus et du personnel carcéral.

Le Réseau juridique VIH/sida a aussi révélé que certains détenus sont exclus en tant que pairs-éducateurs parce qu'ils sont considérés comme des « cas lourds ». Ces détenus sont parfois de bons vecteurs de messages de prévention, mais ils sont écartés des programmes menés au sein des prisons à cause de leur dossier carcéral. Ce constat donne à penser que de bonnes occasions de faire appel à ces pairs-éducateurs sont négligées, et que cela freine la sensibilisation des détenus aux activités préventives[57].

Selon le Réseau, les mesures prises par les systèmes correctionnels fédéraux, provinciaux et territoriaux face à l'infection par le VIH sont peu organisées. Aucun des systèmes carcéraux provinciaux qu'ils ont analysés n'a adopté l'approche complète et intégrée d'intervention contre l'infection par le VIH et les autres maladies infectieuses (particulièrement le VHC) qu'il avait recommandée dans son rapport final en 1996[57].

Néanmoins, le Québec fait figure de modèle dans l'application des recommandations du rapport d'étape 1996 du Réseau. Ce dernier, dans son rapport d'étape 2002, se réjouissait de l'application de réformes en milieu carcéral pour faciliter le dépistage et la prise en charge des ITSS chez les prisonniers[57].

7.4.2 Facteurs de motivation au dépistage

La facilité d'accès aux services de santé, la possibilité pour les détenus d'avoir le choix des interventions de santé, la confidentialité, la dissociation des professionnels de la santé du milieu carcéral et l'accès à un test anonyme seraient des incitatifs à l'utilisation des services de santé et au recours au test de dépistage[71, 123].

Tableau 4 En somme, chez les personnes incarcérées...

Barrières	Facteurs de motivation
• Test nominatif • Bris de confidentialité • Dévoilement des facteurs de risque • Absence de counseling ou de soutien • Stigmatisation ou répression • Manque de sensibilisation à l'importance de connaître son statut sérologique • Organisation des services inadaptée	• Test anonyme • Dissociation entre les professionnels de la santé et le milieu carcéral • Confidentialité assurée • Sensibilisation, soutien et counseling • Possibilité de choisir les interventions • Accès facilité • Approche de réduction des méfaits

7.4.3 Stratégies d'intervention

Une bonne proportion des personnes incarcérées ont contracté l'infection par le VIH par l'injection de drogues. Il importe donc, dans un premier temps, de considérer les stratégies visant les UDI en les adaptant au contexte carcéral.

L'incarcération offre la possibilité de rejoindre des personnes qui encourent un risque élevé de contracter l'infection par le VIH et de leur procurer des services de dépistage, de prévention et de traitement de l'infection. Les personnes incarcérées auraient accès aux services de dépistage, mais le temps d'attente serait variable[71].

Le service correctionnel du Canada, dans son rapport de 2003 sur le contrôle et la prévention des maladies infectieuses, signalait une augmentation des cas d'ITS dans les prisons et proposait la sensibilisation des détenus aux avantages du dépistage. Le dépistage des ITS axé sur les symptômes était remis en question en milieu carcéral[124].

Au Québec, des activités visant à faciliter l'accès au dépistage ont été entreprises dans le sens des recommandations du Réseau juridique canadien VIH/sida. Une collaboration entre la sécurité publique et la santé publique pour les activités relatives à la santé dans les prisons a été établie, ce qui facilite l'accès aux services de santé et de prévention des ITSS. De plus, un partenariat avec l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec (AITQ) a permis d'élargir l'horizon des interventions auprès des personnes incarcérées. Les organismes communautaires sont aussi mis à contribution dans les interventions mises sur pied pour les personnes incarcérées[71].

En septembre 2010, le MSSS et le ministère de la Sécurité publique ont diffusé leur plan de travail 2010-2011/2011-2012 sur les ITSS en milieu carcéral. Ils ont défini sept stratégies pouvant être balisées par la *Stratégie québécoise de lutte contre le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement*[3] et le *Quatrième rapport sur l'état de santé de la population du Québec*[17] et arrimées au *Plan d'action interministériel en toxicomanie* : renforcer le potentiel des personnes; soutenir les groupes vulnérables et encourager le recours aux pratique cliniques préventives des professionnels de la santé; mettre sur pied ou consolider des mesures particulières de prévention; soutenir le développement des communautés; voir à une prise en charge adéquate des personnes

infectées; participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être; consolider la surveillance et la vigie ainsi que les fonctions de soutien[71].

Ces stratégies se divisent en orientations et en actions. Bien que plusieurs soient susceptibles d'influencer de près ou de loin le recours au dépistage de l'infection par le VIH, une orientation cible précisément cette mesure préventive. Cette orientation et les actions qui en découlent peuvent être considérées comme des facteurs facilitant le dépistage[71] :

- Accès volontaire et confidentiel à des services de consultation de type SIDEPE favorisant les pratiques cliniques préventives en matière d'ITSS;
- Offre de formation de l'INSPQ pour les infirmières et les intervenants;
- Évaluation de l'utilisation des trousse de dépistage rapide du VIH;
- Élaboration d'une version de travail d'ordonnance collective pour le traitement de certaines ITS;
- Partage d'outils entre les établissements de détention et les régions.

Par ailleurs, le Réseau juridique canadien VIH/sida donne l'exemple de bonnes pratiques en milieu carcéral assurées par deux centres locaux de services communautaires (CLSC) québécois[123].

De plus, un projet pilote sur le dépistage de l'infection par le VIH dans trois centres de détention de Montréal à l'aide de la trousse de dépistage rapide est en cours : Tanguay, Bordeaux et Rivière-des-Prairies. L'utilisation de cette trousse de dépistage devrait permettre aux détenus de recevoir leur résultat plus rapidement, et dans le cas d'une fin de sentence, avant leur sortie.

7.5 COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

La *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement* désigne les Autochtones comme une population vulnérable aux ITSS. Par ailleurs, elle spécifie que certains Autochtones vivent dans des conditions difficiles en milieu urbain, ce qui peut faire en sorte qu'ils en viennent à utiliser des drogues injectables et à la prostitution et les met en position de vulnérabilité par rapport à l'infection par le VIH[6]. Par exemple, 7,2 % de l'échantillon de l'enquête SurvUDI était composé d'Autochtones[32]. De plus, les détenus autochtones seraient surreprésentés en milieu carcéral. En 2008, ils représentaient 22 % de la population carcérale fédérale et comptaient pour 2 % des admissions dans les centres de détention du Québec, alors que la communauté autochtone représente une minorité d'habitants au pays et dans la province[125].

La colonisation de l'Amérique aurait encore aujourd'hui des conséquences sur la santé de plusieurs Autochtones au Canada. Le colonialisme est un concept majeur dans la compréhension des problèmes sociaux et de santé au sein de cette communauté, qui s'enracine dans son histoire. Les effets du colonialisme se traduiraient chez les Autochtones par la perte de référents à la culture d'origine entraînant son lot de répercussions psychologiques et comportementales, par la transformation du mode de vie et par la crainte des professionnels de la santé[126]. L'histoire de marginalisation et de discrimination

associée au colonialisme teinterait leur compréhension des risques qu'ils prennent et influencerait leur réaction face au dépistage de l'infection par le VIH et au counseling[127]. La communauté autochtone possède des spécificités culturelles avec lesquelles les services doivent apprendre à négocier.

La Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) a préparé un document portant sur l'adaptation des interventions à la réalité autochtone[126]. De plus, quatre études récentes (de 2006 à 2010) réalisées auprès d'Autochtones et de Métis vivant au Canada ou spécifiquement au Québec ont exploré les barrières et les facteurs de motivation au dépistage[127-130].

7.5.1 Barrières au dépistage

Vulnérabilité au VIH et perception du risque

Certains facteurs de vulnérabilité au VIH ont été relevés chez les Autochtones. Le jeune âge (moins de 30 ans), le fait d'être une femme, la consommation de drogues injectables, l'incarcération, la « bispiritualité », le taux élevé de déplacements entre le milieu urbain et les réserves ainsi que la difficulté d'accès à des soins, à des traitements et à un soutien adéquat en font partie. De plus, l'absence de soins axés spécifiquement sur le VIH ainsi que la stigmatisation et le rejet envers les PVVIH dans les communautés autochtones accroîtraient leur vulnérabilité à l'infection[126].

Ces facteurs s'insèrent dans un contexte peu favorable au maintien d'une vie saine et en santé chez les Autochtones : logement inadéquat, difficulté d'accès aux ressources, chômage, pauvreté et aide sociale, faible niveau de scolarité, alcoolisme et consommation de solvants, monoparentalité, violence et agressions sexuelles, suicide et conflits identitaires[126].

Une étude qualitative réalisée auprès de sept femmes autochtones et métisses résidant en Alberta a révélé plusieurs barrières au dépistage de l'infection par le VIH. Sur le plan personnel, la norme culturelle dictant de ne pas dévoiler les choses personnelles aux autres, le manque de motivation interne, le sentiment de honte qu'entraîne la prise de risques, l'absence d'anonymat, la peur d'un résultat positif et la peur du jugement sont des obstacles au dépistage de l'infection par le VIH[128]. Toutefois, une étude menée auprès de 210 jeunes Autochtones du Canada révèle que la plupart ont affirmé s'être sentis à l'aise lorsqu'ils ont été interrogés sur leurs comportements sexuels (63 %) et de consommation d'alcool et de drogue (63 %) lors de leur dernière consultation médicale. Soulignons tout de même que plusieurs avaient peur et se sentaient embarrassés, honteux, contrariés et fâchés face à ces mêmes questions[129]. Tous ne réagissent pas de la même façon.

Une autre étude menée auprès de 413 jeunes autochtones âgés de 15 à 30 ans résidant dans des réserves du Canada a analysé les barrières et les facteurs de motivation au dépistage. Les barrières le plus souvent signalées par les participants qui n'avaient jamais passé de test de dépistage étaient la perception d'encourir peu de risques de contracter le VIH (45,3 %); le fait de ne pas avoir eu des relations sexuelles avec une PVVIH (34,5 %); de toujours avoir des relations sexuelles sécuritaires (32,5 %); de n'avoir jamais partagé de seringues (25,6 %); d'être en santé (25,6 %); de ne pas s'être fait recommander le test par

un médecin ou une infirmière (25,1 %). Un sentiment d'invulnérabilité peut être associé à une faible perception du risque de contracter le VIH[127].

Ne pas vouloir connaître son statut sérologique était aussi l'une des raisons pour lesquelles un test de dépistage n'avait jamais été passé. Ce désir d'ignorance n'est peut-être pas étranger à plusieurs craintes relatives au dépistage : la peur des aiguilles (15,3 %); la crainte que les relations sociales et affectives s'en trouvent affectées (14,3 %); la crainte d'être discriminé à nouveau (13,3 %); la crainte que quelqu'un l'apprenne (10,8 %)[127].

La perception qu'il n'y a rien à faire si le résultat est positif (10,8 %) et l'incertitude quant à la fiabilité des tests (10,3 %) expliquaient également l'absence de dépistage chez les participants à l'étude. Plus marginalement, ne pas connaître une PVVIH dans la communauté (8,9 %); le fait que le médecin ou l'infirmière ait dit à la personne qu'elle n'était pas à risque (8,9 %); l'absence de relations sexuelles (7,4 %) et le délai trop long entre le test et l'obtention des résultats (6,4 %) sont d'autres facteurs expliquant l'absence de dépistage[127].

Accès aux services de santé

L'éloignement géographique de certaines communautés autochtones complique l'accès aux services de santé. Certains Autochtones doivent parcourir de longues distances pour obtenir des services de dépistage. Plusieurs communautés ont un centre de santé local et jouissent des services d'une infirmière de santé publique, mais certains Autochtones refuseraient de passer le test dans la communauté à cause des difficultés relatives au respect de la confidentialité[126, 131]. Néanmoins, la majorité des jeunes Autochtones du Canada interrogés ont affirmé avoir passé leur test de dépistage dans la communauté où ils vivent, et le tiers d'entre eux auraient rencontré un médecin pour le dépistage[127].

Ceux qui utilisent les services de santé hors réserve n'auraient pas toujours une expérience agréable. Une enquête réalisée en 2000-2001 auprès d'Autochtones vivant hors réserve a révélé des taux d'insatisfaction significativement plus élevés que chez les non-Autochtones. Cette insatisfaction s'expliquerait par le manque d'acceptabilité et de disponibilité des services[132]. Plusieurs Autochtones se heurteraient au racisme, à l'indifférence, à l'incompréhension et à la discrimination lorsqu'ils utilisent les services de santé hors réserve[126]. La structure de ces services serait généralement inadaptée à leur spécificité socioculturelle, alors que les services destinés aux Autochtones sont très utilisés par ces derniers[131].

L'étude albertaine menée auprès de femmes autochtones et métisses a aussi révélé d'autres obstacles au dépistage. Les femmes interrogées ont souligné que le counseling habituellement fait à l'aide d'un questionnaire les met mal à l'aise. Elles craignaient aussi d'être jugées lorsqu'elles répondaient aux questions relatives aux facteurs de risque. La plupart associaient ce jugement à un manque de compréhension de la culture autochtone. À l'échelle systémique, l'absence de confiance envers le système limite le dépistage. Cette absence de confiance prendrait sa source dans la colonisation, la discrimination institutionnalisée et les expériences avec les services de protection de la jeunesse[128].

7.5.2 Facteurs de motivation au dépistage

L'étude qualitative réalisée auprès de femmes autochtones précitée a aussi posé des questions sur les caractéristiques recherchées d'une intervention de dépistage. Ces femmes ont dit souhaiter :

- que des femmes autochtones participent à la mise sur pied du service de dépistage;
- que l'approche de réduction de méfaits soit utilisée, puisqu'elle est exempte de jugement;
- que les interventions soient ancrées dans le présent;
- pouvoir choisir l'intervention de dépistage;
- que l'intervenant qui fait le dépistage comprenne leurs expériences de vie, ait de la compassion, soit intuitif et respectueux, respecté par la communauté, digne de confiance et ait le sens de l'humour[128].

Les facteurs de motivation au dépistage chez les jeunes autochtones du Canada étaient : avoir eu une relation sexuelle non protégée (43,6 %); être enceinte (35,4 % des filles); subir des tests régulièrement (28,4 %); se percevoir comme à haut risque (27,5 %); commencer une nouvelle relation (23,7 %); subir un test de dépistage d'autres ITSS (20,4 %); le désir de confirmer un résultat antérieur (19,0 %); la recommandation du médecin ou de l'infirmière (16,6 %); avoir été victime d'une agression sexuelle (11,8 %); avoir partagé des seringues (9,0 %); et avoir des symptômes (7,6 %). Les raisons de passer un test de dépistage pouvaient aussi provenir d'une exigence extérieure, comme de vouloir donner du sang (7,1 %), avoir accès à un traitement de la dépendance (4,7 %) ou acheter une assurance (0,9 %)[127].

Une étude réalisée auprès d'un vaste échantillon d'Autochtones du Canada âgés de 15 à 44 ans a analysé les facteurs associés au recours au dépistage de l'infection par le VIH dans la dernière année. Les résultats montrent que les femmes étaient plus susceptibles d'avoir passé un test que les hommes. Les personnes âgées de 15 à 24 ans ont plus souvent indiqué avoir subi un test de dépistage dans la dernière année que les plus âgées, tout comme celles qui n'ont pas terminé leur secondaire. Le fait d'être sans emploi augmentait aussi les chances que le participant ait subi un test de dépistage dans la dernière année. Il en est de même pour ceux qui résidaient en région urbaine, qui avaient un médecin de famille ou un guérisseur, qui évaluaient leur santé comme mauvaise ou bonne (*versus* très bonne), qui consommaient de l'alcool de deux à six fois par semaine ou plus et qui fumaient la cigarette tous les jours (*versus* occasionnellement ou jamais)[130].

La prise en compte des spécificités socioculturelles et la participation des représentants ou des associations autochtones pourraient constituer des facteurs facilitant le dépistage dans cette communauté en général, et auprès des détenus autochtones en particulier.

Tableau 5 En somme, chez la communauté autochtone...

Barrières	Facteurs de motivation
• Faible perception du risque • Éloignement géographique • Mobilité • Crainte d'un bris de confidentialité • Stigmatisation, discrimination envers les Autochtones et envers les PVVIH • Crainte du rejet si le résultat est positif • Dévoilement des comportements à risque • Crainte du jugement • Manque d'anonymat dans les services de dépistage	• Perception du risque • Services adaptés à leur réalité • Intervenante autochtone qui n'a pas de lien avec la communauté où il exerce • Recommandation d'un professionnel de la santé • Grossesse • Approche de réduction des méfaits • Liberté de choix • Intervention centrée sur le présent

7.5.3 Stratégies d'intervention

Selon des femmes autochtones et métisses interviewées dans le cadre d'une étude qualitative, les services de dépistage devraient être adaptés à la culture autochtone, comprendre les expériences de vie des femmes autochtones et y être sensibles, intégrer les méthodes d'apprentissage et les pratiques traditionnelles ainsi que la spiritualité autochtone, se situer dans un environnement accueillant et faire appel à des intervenants autochtones qui n'auraient pas de liens avec la communauté où ils exercent[128].

De plus, lorsqu'on considère les barrières et les facteurs de motivation au dépistage de l'infection par le VIH chez les Autochtones, il devient évident que pour mieux les rejoindre, la participation des membres de la communauté à la mise sur pied des services est importante. Les professionnels de la santé doivent proposer le test de façon proactive. Les craintes associées à la confidentialité justifient de renforcer le respect de la confidentialité, et même l'offre d'un test de dépistage anonyme.

Les services de santé situés en périphérie des réserves et des grands centres urbains devraient également être sensibilisés au contexte de vie des Autochtones. Cela permettrait d'assurer un certain niveau de services adaptés aux Autochtones vivant hors réserve de façon permanente ou temporaire. Les organismes communautaires qui se consacrent à cette communauté peuvent aussi assurer le lien avec les services de santé. Ainsi, le dépistage en milieu communautaire pourrait devenir une option intéressante, surtout si l'on considère les réticences de certains Autochtones à l'égard des institutions et leur difficulté d'accès aux services de santé hors réserve.

Pour les Autochtones en milieu carcéral, le Réseau juridique canadien VIH/sida a fait valoir la nécessité de mettre en œuvre une stratégie complète de lutte contre le VIH/sida conçue spécifiquement pour répondre aux besoins de ces détenus. Cette recommandation est justifiée par le fait que cette communauté est surreprésentée dans la population carcérale[57].

Enfin, puisqu'une importante source d'exposition au VIH chez les Autochtones est l'injection de drogues[3], il importe de considérer les stratégies visant les UDI tout les adaptant à leur culture.

7.6 JEUNES EN DIFFICULTÉ

Le PNSP définit les jeunes en difficulté comme les jeunes en centre jeunesse, les jeunes de la rue, les travailleurs du sexe, les jeunes toxicomanes et les jeunes en cheminement particulier. Ces derniers sont considérés comme vulnérables à cause de leurs conditions de vie et de leur faible fréquentation des services de prévention. Particulièrement pour les ITSS, leurs comportements les mettent à risque[12]. Le fait d'être un jeune en difficulté accroît la vulnérabilité aux ITSS. Le contexte de vie de ces jeunes peut les placer en position de risque, alors qu'ils sont moins capables de négocier ces risques. De plus, ils fréquenteraient peu les services de santé traditionnels

7.6.1 Stratégies d'intervention

Pour rejoindre les jeunes en difficultés, il importe de considérer les pistes d'action précédemment dégagées selon le groupe à risque ou la population vulnérable auxquels les jeunes s'associent tout en étant sensible à leur réalité.

7.7 FEMMES VULNÉRABLES

Les femmes peuvent être vulnérables pour plusieurs raisons. Ainsi, elles ne constituent pas un groupe circonscrit. Elles peuvent être vulnérables aux ITSS, dont le VIH, à cause de leurs comportements à risque, qu'ils soient sexuels ou de consommation de drogue, et de leur vulnérabilité sociale (incarcération ou itinérance, par exemple). Leur vulnérabilité se trouverait accrue par leur statut de femme dans un rapport de sexe et de pouvoir. La violence, les agressions, le travail du sexe ou la domination masculine en sont des exemples[12].

Ainsi, le Réseau juridique canadien sur le VIH/sida mentionne que les femmes comptent pour 10 % de la population carcérale totale au Canada et présentent un taux d'infection plus élevé que les hommes. Les services qu'elles reçoivent en prison sont inadaptés à leur réalité. Le Réseau signalait l'absence de femmes médecins dans les prisons, ce qui peut constituer un obstacle pour les femmes qui ont été déjà victimes de violence physique, psychologique ou sexuelle de la part des hommes[57].

7.7.1 Stratégies d'intervention

Tout comme pour les jeunes, il importe de considérer les pistes de solutions précédemment dégagées selon la population vulnérable aux ITSS en étant sensible à la réalité des femmes.

Le MSSS a produit un *Guide-mémoire sur l'analyse différenciée selon les sexes dans le secteur de la santé et des services sociaux*. L'analyse différenciée selon les sexes « vise la prise en compte des différences (biologiques, économiques, sociales, culturelles, etc.) entre les femmes et les hommes, lors de la planification, de la programmation et de la dispensation des soins et des services de santé[133] ». Selon la philosophie sur laquelle se

fonde cette approche, l'analyse différenciée permettrait de déterminer les vulnérabilités propres aux femmes et aux hommes en matière de dépistage. La prise en compte de ces vulnérabilités dans l'organisation des services contribuerait conséquemment à les réduire et à favoriser l'égalité des sexes.

7.8 TRAVAILLEUSES ET TRAVAILLEURS DU SEXE

Bien qu'elle n'ait pas été désignée comme une population vulnérable aux ITSS dans la Stratégie, il nous apparaît pertinent de traiter de cette population. Le travail du sexe est souvent associé à l'injection de drogue, à l'itinérance et à l'incarcération. Mais dans la réalité, ce n'est pas le cas de tous : la vulnérabilité par rapport à l'infection par le VIH ainsi que l'accès aux services de santé semblent vraisemblablement influencés par le type de travail du sexe (prostitution de rue, escorte, massages érotiques, pornographie)[134, 135].

Les *Lignes directrices canadiennes sur les ITS* définissent les travailleurs de l'industrie du sexe comme toute personne qui reçoit régulièrement de l'argent, des biens ou un endroit où loger en échange de services sexuels. Le nombre de partenaires sexuels qu'ils ou elles rencontrent les expose particulièrement aux ITS. De plus, l'illégalité du travail du sexe et le risque d'incarcération, l'absence de contrôle dans leurs relations avec les clients (imposer le port du condom, par exemple), la soumission à un proxénète, le risque d'être victime de violence, la consommation de drogue, les iniquités entre les sexes et l'absence de soutien familial contribuent à augmenter leur vulnérabilité[48]. Ces personnes peuvent avoir un accès limité à l'information ainsi qu'aux moyens de prévention et aux services de santé. Elles seraient souvent victimes de stigmatisation et de discrimination. Conséquemment, elles peuvent trouver difficile de dévoiler leurs facteurs de risque à un professionnel de la santé[48].

Les barrières et les facteurs de motivation au dépistage chez les travailleurs du sexe pourraient se confondre avec ceux des UDI et des personnes incarcérées, et à ceux des HARSAH pour les travailleurs du sexe auprès des hommes.

7.8.1 Stratégies d'intervention

Un forum sur l'intervention auprès des travailleuses du sexe a eu lieu dans la région de Laval en 2005. Ce forum a permis de dégager des constats pour améliorer l'intervention auprès des travailleuses du sexe dans cette région tout en concertant les acteurs du milieu communautaire, du milieu universitaire et du milieu de la santé. Plusieurs pistes d'action ont aussi été suggérées et discutées[136].

Un portrait des travailleuses du sexe de la région de Laval, mais qui peuvent également travailler en périphérie de la région, dont à Montréal, montre qu'elles sont présentes dans le réseau de la santé et des services sociaux, mais pas nécessairement identifiées. Elles sont relativement satisfaites des services qu'elles y reçoivent. Elles consultent pour différentes raisons, qui ne sont pas toujours associées à la sexualité, d'où la pertinence d'offrir les services dans une approche globale[136].

Parmi les pistes d'action qui ont été dégagées, celles-ci concernent le réseau de la santé :

- Promotion des services communautaires dans les hôpitaux, cliniques privées et CLSC;
- Poursuite du travail de proximité;
- Création d'un réseau de médecins et de professionnels de la santé physique et mentale désignés et disponibles, orientation plus fréquente vers les services communautaires, élargissement du rôle des infirmières;
- Création d'un centre spécialisé pour les clientèles plus marginales et possibilité de cliniques sans rendez-vous;
- Hébergement;
- Formation d'intervenants en réduction des méfaits et création d'un service d'urgence-toxicomanie ouvert les soirs et les week-ends;
- Accueil, adaptation et non-jugement dans tous les services publics et communautaires, de même que dans les cliniques privées[136].

Chez les hommes, le portrait des travailleurs du sexe est aussi éclectique, allant des escortes gais aux hommes se définissant comme hétérosexuels qui offrent des services sexuels dans la rue, ces derniers étant les plus vulnérables[135]. Comme les caractéristiques de ce groupe d'hommes vulnérables aux ITSS peuvent correspondre à celles des autres groupes à risque (HARSAH, UDI, etc.), il importe de considérer les stratégies suggérées pour ces autres groupes.

Ainsi, Rézo, un organisme communautaire de Montréal qui œuvre pour la promotion de la santé sexuelle auprès des HARSAH, a élaboré un programme intitulé *Travailleurs du sexe*. La promotion de la santé et le dépistage des ITSS font partie intégrante du programme en association avec plusieurs autres services[137].

8 PISTES DE SOLUTION

8.1 AMÉLIORER L'OFFRE DE DÉPISTAGE

8.1.1 Un dépistage ciblé ou systématique?

Plusieurs pays ont révisé leurs recommandations de dépistage afin de l'optimiser. Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) aux États-Unis et le ministère de la Santé et des Sports en France recommandent une offre de dépistage systématique (encadré). D'autres provinces canadiennes, comme la Colombie-Britannique et l'Ontario, ont rehaussé leur offre de dépistage ciblé et sa promotion.

Recommandations d'autres pays préconisant des stratégies d'optimisation du dépistage en élargissant l'offre

Aux **États-Unis**, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) recommandent depuis 2006 une offre systématique du test de dépistage de l'infection par le VIH à toutes les personnes actives sexuellement âgées de 13 à 64 ans vues par un professionnel de la santé dans un milieu de soins dans le cadre d'un examen médical périodique, un dépistage une fois l'an au minimum pour les personnes des groupes à risque, et l'utilisation du test rapide lors de l'accouchement chez les femmes dont le statut sérologique est inconnu ou le plus rapidement possible après l'accouchement chez les nouveau-nés d'une mère dont le statut sérologique est inconnu. Ces recommandations indiquent également que l'offre de dépistage systématique n'est plus requise dans les milieux de soins où la prévalence de l'infection par le VIH chez les patients est inférieure à 0,1 % ou à 1/1 000 patients dépistés[138].

En **France**, la Haute Autorité de santé (HAS) a recommandé en 2010 un dépistage populationnel, c'est-à-dire que le test de dépistage de l'infection par le VIH soit proposé à l'ensemble de la population âgée de 15 à 70 ans, et ce, en dehors de la notion de facteurs de risque. Elle recommande aussi de proposer une fois par an le test de dépistage aux populations les plus à risque[139]. Le ministère de la Santé et des Sports de France a endossé ces recommandations dans son Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014 : « Proposer au moins un dépistage de l'infection par le VIH au cours de la vie à la population générale lors d'un recours aux soins, notamment chez les médecins généralistes ». Le plan propose également plusieurs autres stratégies pour optimiser le dépistage de l'infection par le VIH, de l'ordre de l'utilisation des trousses de dépistage rapide, des normes de bonne pratique, de l'organisation des services et du counseling prétest et post-test[140].

Au **Royaume-Uni**, la British Association for Sexual Health and HIV (BASH) préconise depuis 2008 un dépistage systématique dans certains milieux de soins (cliniques de médecine génito-urinaire, services prénataux, services d'interruption volontaire de grossesse, programmes de traitement de la dépendance aux drogues, services de santé destinés aux personnes infectées par la tuberculose, le virus de l'hépatite B et de l'hépatite C et un lymphome), et une offre systématique dans les milieux où la prévalence du VIH dans la population locale dépasse 2 par 1 000 habitants. De plus, quel que soit le milieu

de soins, le test de dépistage doit être offert systématiquement aux personnes présentant des symptômes (diagnostic différentiel), ont une ITS, sont le partenaire d'une PVVIH, sont des HARSAH, des femmes qui ont des relations sexuelles avec des HARSAH, ont des antécédents d'injection de drogues, sont originaires de pays où l'infection par le VIH est endémique ou sont les partenaires de personnes originaires de ces pays. Le développement des services en milieu communautaire est également recommandé[141].

Le Centre de collaboration nationale en maladies infectieuses (CCNMI)[142] et le Réseau juridique canadien VIH/sida[143] ont porté un regard critique sur l'offre de dépistage systématique en se fondant sur des études empiriques.

Avantages du dépistage systématique avec option de refus :

- Permet de détecter un plus grand nombre de personnes vivant avec une infection par le VIH, mais qui l'ignorent;
- Donne un taux plus élevé de dépistage qu'avec le dépistage ciblé avec participation volontaire;
- Peut diminuer la discrimination;
- Offre un bon rapport coût/efficacité, tant dans les populations où la prévalence est faible qu'élevée[142].

Inconvénients du dépistage systématique avec option de refus :

- Possibilité de glissement vers l'absence d'obtention d'un consentement libre et éclairé et de counseling dans la pratique;
- Exacerbation de la détresse associée à un diagnostic d'infection par le VIH, surtout si le dépistage n'est pas accompagné des trois C (voir la section 5.4);
- Méfiance des personnes marginalisées.
- Conflits avec les droits de la personne[142, 143].

Dans tous les cas, l'évaluation de la situation épidémiologique et sociale devrait orienter les décisions en matière d'offre de dépistage. L'OMS et l'ONUSIDA ne recommandent pas un dépistage systématique lorsqu'une épidémie n'est pas étendue : « En cas d'épidémie peu étendue ou concentrée, les soignants ne doivent pas recommander le dépistage de l'infection par le VIH à toutes les personnes qui se rendent dans un établissement de santé car, le plus souvent, le risque d'exposition au virus est faible[8] ». Toutefois, le Dr Kevin de Cock, directeur du département VIH/sida de l'OMS, déclare que « l'élargissement de l'accès au conseil et au dépistage de l'infection par le VIH est un impératif à la fois pour la santé publique et du point de vue des droits de la personne[144] ».

Au Québec, dans un contexte d'épidémie concentrée dans des groupes à risque (HARSAH, UDI, personnes provenant de pays où l'infection par le VIH est endémique), il convient de maintenir une offre de dépistage ciblée en fonction des facteurs de risque.

Toutefois, compte tenu du nombre de diagnostics tardifs et de la proportion de personnes qui seraient infectées par le VIH mais qui l'ignorent, il convient de chercher de meilleurs moyens de détecter l'infection précocement, particulièrement lors de la primo-infection, chez les personnes susceptibles d'avoir été exposées à un risque de transmission du VIH.

Par ailleurs, les caractéristiques associées à la prise de risques chez les populations vulnérables aux ITSS, dont le VIH, ne sont pas statiques. Elles sont appelées à évoluer dans le temps et dans l'espace en fonction des changements qui surviennent dans l'environnement de ces groupes. Le système de surveillance doit par conséquent alimenter les programmes de prévention de l'infection par le VIH pour qu'ils puissent réorienter leurs stratégies d'intervention[145]. Une révision périodique des ITSS à rechercher selon les facteurs de risque s'impose donc.

Lors de la rencontre du 30 janvier 2009, le groupe de partenaires était unanimement en faveur d'un dépistage ciblé en fonction des facteurs de risque définis par une évaluation de ces facteurs dans le contexte des soins de première ligne[40].

Le groupe a réfléchi à une offre de dépistage systématique dans certains milieux, comme les cliniques qui desservent une clientèle composée d'une forte proportion de populations vulnérables (HARSAH, UDI, personnes incarcérées, etc.). Ces partenaires ont suggéré de dresser une liste des endroits où une telle offre pourrait être pertinente[40].

8.1.2 Stratégies pour faciliter l'évaluation des indications de dépistage de l'infection par le VIH

L'évaluation des facteurs de risque favorise la détection des cas susceptibles d'avoir été exposés à une ITSS, dont le VIH. Elle permet de juger de la pertinence d'un test de dépistage de l'infection par le VIH et d'orienter le counseling. Par contre, le dévoilement des facteurs de risque associés à la transmission du VIH, condition préalable à une offre de dépistage ciblée, peut s'avérer difficile pour certaines personnes. Il convient donc de réfléchir à des moyens pour que l'évaluation des facteurs de risque permette de déceler les personnes qui seraient susceptibles de bénéficier d'un test de dépistage.

Le Collège des médecins du Québec (CMQ) inclut dans l'examen médical périodique annuel recommandé un counseling sur les ITSS et un dépistage des ITSS, dont le VIH, en présence de facteurs de risque[4]. En intégrant la recherche des facteurs de risque dans l'examen médical périodique, on augmente les probabilités de déceler les personnes qui bénéficieraient d'un test de dépistage de l'infection par le VIH et ainsi d'offrir le test lorsque ces facteurs sont présents. De plus, cette logique permet de diminuer la stigmatisation entourant le dépistage de l'infection par le VIH. Cette stratégie permet également d'optimiser le dépistage dans un contexte de ressources limitées.

Le CMQ endosse les recommandations du GQDITSS et réfère au *Tableau des ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés* (annexe 3)[146] afin de déterminer les ITSS à dépister[4]. En 2010, le CITSS a contribué à la mise à jour de ce tableau. En 2011-2012, ce tableau fera l'objet d'une révision importante qui tiendra compte de l'épidémiologie des ITSS et des données disponibles dans la littérature.

De plus, il est important de considérer la nouvelle approche de counseling proposée à la section 8.3. L'évaluation des facteurs de risque devrait minimalement être incluse dans l'examen médical périodique. De plus, selon les LDC-ITS, le fait de poser des questions ouvertes lors des consultations médicales favoriserait le dévoilement des facteurs de risque permettant l'évaluation de la pertinence d'offrir un test de dépistage[48].

Des outils peuvent faciliter l'évaluation des facteurs de risque dans ce contexte ou dans le contexte de plusieurs services assurés dans un réseau local de services^s :

- Grille d'évaluation ou questionnaire sur les habitudes de vie en général, incluant les facteurs de risque associés aux ITSS, dont le VIH;
- Questionnaire standardisé sur les facteurs de risque à faire remplir au patient avant une consultation médicale à l'aide d'un support électronique ou papier.

Selon une revue de la littérature portant sur les résultats de cinq études (trois américaines, une australienne et une britannique) qui ont comparé l'efficacité des entrevues assistées par ordinateur portant sur les antécédents sexuels avec celle d'entrevues réalisées par un clinicien, les entrevues assistées par ordinateur réduisent les biais associés à la désirabilité sociale, et augmentent ainsi le dévoilement des facteurs de risque et de comportements habituellement jugés négativement[147].

Sans modifier la demande de tests de dépistage de l'infection par le VIH, l'utilisation d'un questionnaire à remplir avant une consultation médicale pourrait faciliter et systématiser la recherche de facteurs de risque des ITSS, dont le VIH, et permettre aux professionnels de la santé de concentrer davantage leurs efforts sur l'intervention que sur l'évaluation. La productivité s'en trouverait augmentée. De plus, cette stratégie pourrait permettre aux professionnels de la santé de cibler les personnes appartenant à des populations vulnérables aux ITSS, y compris les groupes à risque d'infection par le VIH, dont certaines sont difficiles à rejoindre et dont leurs facteurs de risque passent parfois inaperçus lors des consultations dans les services de santé. Enfin, cette stratégie pourrait permettre d'analyser la performance de l'offre de dépistage par les professionnels de la santé.

À l'ère d'Internet, la diffusion d'un questionnaire standardisé sur les facteurs de risque que les patients peuvent remplir eux-mêmes en ligne avant de rencontrer un médecin devient une option intéressante. Le questionnaire ne doit pas remplacer la consultation médicale, mais y contribuer. Il serait impératif qu'un counseling virtuel accompagne le questionnaire, particulièrement pour les personnes qui ne consulteraient pas un professionnel de la santé par la suite. Une évaluation de la faisabilité de cette stratégie est souhaitable.

Un autre enjeu soulevé par les problèmes relevés dans l'offre de dépistage était d'augmenter la vigilance quant à la possibilité d'un diagnostic d'infection par le VIH en présence de symptômes s'apparentant à une primo-infection.

^s Particulièrement les services de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement et les services médicaux généraux : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-009-08.pdf>.

En l'absence d'un médecin de famille attiré, l'urgence devient souvent la porte d'entrée dans les services de santé, particulièrement pour certaines personnes appartenant aux populations vulnérables aux ITSS. L'amélioration du triage des patients dans les urgences très fréquentées par des populations vulnérables au VIH pourrait permettre de diagnostiquer l'infection chez davantage de personnes. Le perfectionnement professionnel des infirmières, soit par le programme d'études ou par la formation professionnelle continue, pourrait contribuer à accroître cette vigilance. Des outils (affiches, dépliants, autres) distribués aux médecins et aux infirmières qui travaillent dans les urgences pourraient aussi les sensibiliser à la possibilité d'une infection par le VIH en présence de symptômes s'y apparentant et leur rappeler qu'ils doivent envisager cette possibilité.

8.1.3 Accroître la fréquence de dépistage

Les personnes qui s'exposent à un risque de transmission du VIH de façon répétée peuvent tirer avantage à subir plus souvent des tests de dépistage pour que l'infection puisse être détectée à un stade précoce, surtout en deçà de la première année d'infection.

En effet, le risque de transmission du VIH s'accroît lorsque les comportements à risque sont répétés. De plus, les personnes qui s'exposent régulièrement à des facteurs de risque peuvent avoir un résultat faux négatif au test de dépistage parce que l'infection a été contractée depuis trop peu de temps pour être détectée.

De façon générale, le risque de transmission d'une infection par le VIH est plus élevé pour les personnes appartenant aux populations à forte prévalence (HARSAH, UDI et personnes provenant de pays où l'infection par le VIH est endémique) et celles qui ont des comportements à risque élevé de transmission^t. De plus, à cause de leur contexte de vie, les facteurs de risque associés à la transmission des ITSS, dont le VIH, peuvent être plus fréquents chez certaines personnes incarcérées, certains Autochtones, certains jeunes en difficulté et certaines femmes en situation de vulnérabilité[3].

Par exemple, aux États-Unis, les CDC recommandent un dépistage régulier au moins une fois par année, pour :

- les UDI et leurs partenaires sexuels;
- les personnes qui ont des relations sexuelles en échange d'argent ou de drogue;
- les partenaires sexuels des PVVIH;
- les HARSAH ou les personnes hétérosexuelles qui ont eu, ou dont les partenaires ont eu, plus d'un partenaire sexuel depuis leur dernier test de dépistage[138].

En France, le ministère de la Santé et des Sports recommande un dépistage ciblé et régulier pour les HARSAH, les UDI et les personnes provenant d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes, sans toutefois préciser la fréquence recommandée[140].

Au Royaume-Uni, BASSH recommande un dépistage des ITSS une fois par année ou plus souvent s'il y a des symptômes de primo-infection pour les HARSAH et les UDI.

^t Voir le *Tableau d'estimation du risque associé aux activités sexuelles*, annexe 4, et le *Tableau des ITSS à rechercher en fonction des facteurs de risque décelés*, annexe 3.

Au Québec, le Complément québécois aux LDC-ITS recommande que la fréquence de dépistage des ITSS soit établie selon le jugement clinique et que le dépistage soit plus fréquent chez les personnes atteintes d'ITSS à répétition et celles qui ont des partenaires sexuels multiples[49]. Il précise également que, selon des experts, le dépistage des ITSS devrait être fait tous les six mois « lorsque les facteurs de risque sont présents de manière continue[49] ».

L'utilisation du *Tableau d'estimation du risque associé aux activités sexuelles* du MSSS validé par le CITSS (annexe 4)[148], associée au jugement clinique, permettent de préciser la nature du risque et d'évaluer la fréquence de dépistage à proposer aux personnes à risque selon le *Tableau des ITSS à rechercher en fonction des facteurs de risque décelés* (annexe 3)[146].

Selon les membres du sous-comité réunis le 21 octobre 2010, la fréquence du dépistage doit augmenter dans le contexte d'une exposition au risque répétée ou continue plutôt qu'uniquement en fonction de l'appartenance à des populations à risque. Quand la prise de risques se répète de façon rapprochée dans le temps, les fenêtres sérologiques se succèdent ou se chevauchent (par exemple un HARSAH qui a, tous les mois, différents partenaires sexuels avec qui il a des relations sexuelles à risque)[42].

8.1.4 Maintenir l'offre de dépistage systématique aux femmes enceintes

Compte tenu du faible taux de transmission verticale du VIH au Québec, l'efficacité du Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse n'est pas contestée. Toutefois, son application en clinique inquiète les partenaires consultés[40], tant en ce qui a trait à la systématisation de l'offre qu'à l'obtention d'un consentement libre et éclairé. Ils craignent que le consentement présumé glisse vers l'absence de counseling et de consentement et menace les droits de la personne.

Afin d'informer les médecins, les infirmières, les sages-femmes et les femmes enceintes ou qui souhaitent le devenir sur l'offre systématique du dépistage de l'infection par le VIH aux femmes enceintes et la possibilité d'éviter la transmission verticale, des outils de communication ont été créés et diffusés^u. Certains cours prénataux font des activités de promotion, en particulier dans les secteurs où il y a une forte prévalence de populations vulnérables au VIH.

En ce qui concerne l'obtention d'un consentement libre et éclairé, le Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse réitère clairement la nécessité d'obtenir un consentement libre et éclairé et précise que le clinicien doit demander à la femme si elle a des objections au test de dépistage de l'infection par le VIH. « Toutefois, le dépistage de l'infection par le VIH doit demeurer volontaire et être fait avec le consentement de la femme enceinte[5]. » Le MSSS a élaboré un outil indiquant aux médecins, aux

^u Ces outils, qui se trouvent sur le site Internet du MSSS, font actuellement l'objet d'une mise à jour. Les nouvelles versions devraient être disponibles en 2011 : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/4c6b278f05866b5385256d65006242fc?OpenDocument> <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/12d305f24b51fa298525749600526fff?OpenDocument>.

infirmières et aux sages-femmes ce qu'il faut dire en quelques phrases à la femme enceinte pour obtenir un consentement libre et éclairé^v.

8.2 MIEUX REJOINDRE LES POPULATIONS VULNÉRABLES

Comme le montrent les données épidémiologiques, ce sont les groupes à risque d'infection par le VIH ainsi que les autres populations vulnérables aux ITSS qui bénéficieraient probablement le plus d'un dépistage de l'infection par le VIH plus intensif et régulier.

Or, c'est aussi dans ces sous-groupes que l'on retrouve les personnes qui éprouvent le plus de difficultés à accéder au réseau de la santé ou à demander un test de dépistage. Une fréquence accrue de dépistage de l'infection par le VIH ne peut être dissociée d'un effort visant à mieux rejoindre ces populations et à les inciter à utiliser les services de santé régulièrement (pour un dépistage régulier, par exemple) et au besoin.

Mieux rejoindre les populations vulnérables est indissociable d'une intervention clinique préventive adaptée à leurs besoins (section 8.3) qui s'insère dans un contexte social et politique favorable (section 8.4) et d'une organisation des services qui facilite et encourage l'accès aux services de santé, qu'ils soient traditionnels ou non (section 8.5). Des stratégies doivent être élaborées et appliquées afin de lever les barrières au dépistage et de travailler sur les facteurs de motivation présentés au chapitre 7.

8.2.1 Principes de base de l'intervention auprès des populations vulnérables

Quelles que soient les stratégies préconisées, les programmes de prévention des ITSS et de promotion de la santé sexuelle devraient répondre à certains critères d'efficacité de base :

- Sensibilité à la clientèle (besoins, caractéristiques, milieu);
- Ancrage théorique;
- Choix de stratégies adéquates;
- Développement de connaissances et d'attitudes favorables aux pratiques sexuelles sécuritaires;
- Utilisation de méthodes d'apprentissage interactives et expérientielles;
- Participation de plusieurs acteurs du milieu;
- Formation et soutien des personnes qui gravitent autour de la problématique[149].

En effet, plus les interventions sont adaptées aux besoins de la clientèle, tant sur le plan de l'organisation des services que sur la qualité des services offerts par les professionnels et les intervenants, plus elles réussiront à la rejoindre. Il importe de tenir compte de la réalité de chacun tout en assurant un contexte favorable au dépistage pour tous, particulièrement les populations vulnérables au VIH.

Au-delà d'une approche clinique, organisationnelle et de dépistage adaptée aux besoins des clientèles vulnérables visées, différentes stratégies et divers outils offrent des possibilités intéressantes pour les rejoindre.

^v Voir note de bas de page précédente.

8.2.2 Rejoindre les clientèles dans leur milieu

Puisque plusieurs personnes appartenant à des groupes à risque et à des groupes vulnérables aux ITSS, dont le VIH, consultent peu les services de santé ou éprouvent des difficultés à demander un test dépistage de l'infection par le VIH, il importe de les rejoindre dans leur milieu et d'être proactif dans la promotion du dépistage de l'infection par le VIH. Les services de santé dispensés dans les milieux communautaires et dans les espaces de vie (dépistage aux points de service) contribuent à réduire de façon importante les barrières à l'accès aux services de santé traditionnels.

Le travail de proximité est une stratégie prévue dans les SIDEPS pour rejoindre les populations vulnérables[15]. Il s'avère très utile pour sensibiliser les personnes à l'importance du dépistage de l'infection par le VIH, les aider à évaluer leurs facteurs de risque et leur offrir un test. Le travail de proximité peut s'effectuer à divers niveaux, qui mobilisent différemment les acteurs de la santé et des services sociaux, y compris les organismes communautaires, et aller de la sensibilisation à l'importance du dépistage jusqu'à l'offre de dépistage dans les milieux fréquentés par les groupes à risque et les populations vulnérables aux ITSS, en passant par l'accompagnement pour le test de dépistage. Le rapport SIDEPS 2004-2005 présente les spécificités de l'intervention *extra-muros* en CSSS[15]. Comme on l'a dit précédemment, le travail de proximité se heurte à des difficultés relevant de l'organisation des services. Néanmoins, plusieurs initiatives locales efficaces ont déjà été réalisées malgré ces difficultés^w. Le partage des initiatives et des expertises devrait être favorisé.

Précisons que l'intensité et le type de travail de proximité varient selon les besoins des régions. L'offre de services de proximité doit être adaptée au portrait régional des ITSS, dont le VIH, des groupes à risque et des populations vulnérables aux ITSS. Par exemple, dans les régions où l'offre de services de proximité est peu ou pas applicable, aller vers les populations difficiles à rejoindre pour les inciter à utiliser les services de santé peut constituer une option. Par ailleurs, plusieurs infirmières des SIDEPS collaborent avec les organismes communautaires pour rejoindre les populations vulnérables[15]. On remarque donc que le travail de proximité peut être effectué par des professionnels de la santé et des intervenants associés au réseau de la santé et des services sociaux, ou en partenariat avec des collaborateurs externes, le plus souvent des organismes communautaires, selon des ententes préétablies. Plusieurs stratégies d'intervention de proximité peuvent aussi être associées pour rejoindre les groupes à risque et les populations vulnérables aux ITSS.

^w Le Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, *L'épidémie silencieuse : les infections transmissibles sexuellement et le sang* (2010), présente des initiatives régionales en matière de lutte contre les ITSS. Les rapports annuels des directions de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et de la Montérégie (2010) présentent des initiatives locales en matière de lutte contre les ITSS :

Quatrième rapport national sur l'état de santé : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-228-02.pdf>

Montréal : http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/rapportannuel/2010/Rapportdudirecteur2010FR_ITSS.pdf

Montérégie : <http://www.santemonteregie.qc.ca/depot/document/832/publication.pdf>.

Stratégies d'intervention de proximité

Le dépistage de l'infection par le VIH peut être offert par des professionnels de la santé dans les milieux fréquentés par les groupes à risque et les populations vulnérables aux ITSS (cliniques mobiles ou fixes) si l'organisation des services de santé et communautaires le permet.

La trousse de dépistage rapide (TDR) peut être une stratégie utilisée, conformément aux recommandations du Supplément du GQDITSS : *Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide des trousse de dépistage rapide*[7], afin d'offrir un test aux groupes à risque et aux populations vulnérables aux ITSS dans leur milieu et de fournir aux patients un résultat immédiat, ce qui peut s'avérer particulièrement pratique lorsqu'une grande partie de la clientèle ne récupère pas les résultats.

Des études ont révélé que la TDR contribue à augmenter le nombre de personnes qui subissent un test de dépistage dans différentes populations, dont les personnes difficiles à rejoindre, les itinérants ou les personnes à risque élevé[150]. La TDR augmenterait aussi la proportion de personnes qui reçoivent leurs résultats et un counseling post-test, puisqu'une seule visite est nécessaire[150]. Elle a suscité une réaction très positive chez les personnes ciblées, notamment en ce qui a trait à la rapidité d'obtention des résultats, à la réduction de l'anxiété associée à l'attente des résultats pour les personnes qui obtiennent un résultat négatif (la majorité), et à la possibilité de choisir une méthode moins effractive^x que la ponction veineuse[150]. Une minorité des personnes ciblées se sont inquiétées de la précision des résultats[150].

Le projet SPOT évalue, entre autres, la faisabilité d'une offre de dépistage de l'infection par le VIH en milieu communautaire à l'aide de la TDR chez les HARSAH. Les résultats préliminaires indiquaient déjà que la plupart des participants au projet ont choisi la trousse de dépistage rapide plutôt que le test standard[83], ce qui montre l'intérêt de cette nouvelle technologie de dépistage. Des initiatives semblables existent également ailleurs dans le monde, par exemple en France (projets DRAG'TEST et COM'TEST)[151].

D'autres projets pilotes visant le dépistage de l'infection par le VIH dans les points de service à l'aide de TDR sont également en cours à Montréal et à Québec, comme le recommandait le CITSS lors du dépôt de l'avis intérimaire sur le dépistage de l'infection par le VIH dans les points de service à l'aide de TDR. Un comité de suivi a été mis sur pied au MSSS afin d'évaluer les projets pilotes et de formuler des recommandations pour une implantation optimale de la TDR.

L'offre d'un service de dépistage de proximité devrait être associée à d'autres services. Le rapport SIDEPE 2004-2005 mentionne que le dépistage des ITSS n'est souvent pas le principal motif de consultation des services de proximité, et que les motifs de consultation n'ont parfois pas de liens directs avec l'infection par le VIH. Il incombe donc aux

^x Le terme invasif est souvent employé pour désigner les interventions comportant l'effraction du revêtement cutané ou d'une muqueuse, mais il s'agit d'un anglicisme. En français, le mot invasif désigne seulement un processus pathologique envahissant rapidement l'organisme, de nature infectieuse ou cancéreuse, par exemple (source : Dictionnaire médical Manuila, 9^e édition, 2001).

professionnels d'aborder la question de l'infection par le VIH et de persuader les personnes qu'il est important de passer un test de dépistage en présence de facteurs de risque[15]. Il est par conséquent essentiel de s'allier pour intervenir, le principe d'alliance collaborative étant la pierre angulaire de l'intersectorialité et de l'action en réseau.

Stratégies d'approche des populations vulnérables

On peut également rejoindre les populations vulnérables aux ITSS qui fréquentent peu les services de santé en allant vers eux afin de les sensibiliser à l'importance du dépistage et de les outiller pour les rendre capables d'utiliser les services de santé. Parmi les interventions permettant ce travail, que l'on peut qualifier d'approche, on retrouve, entre autres, l'accompagnement au dépistage, le travail de proximité et l'utilisation d'approches d'intervention intégrant des membres des groupes à rejoindre.

Des stratégies comme l'intervention par les pairs[152], l'intervention par des leaders d'opinion populaire[153] et le réseau social de dépistage (*social network testing*)[154], qui ont recours aux membres d'une population vulnérable difficile à rejoindre comme vecteurs d'information, se seraient révélées efficaces auprès des HARSAH, des UDI et des communautés ethnoculturelles. Ces modèles d'intervention tentent tous de susciter une mobilisation communautaire.

De plus, la participation des travailleurs communautaires aux interventions hors établissement (travail de rue et de milieu) a permis de rejoindre les groupes à risque en collaboration avec des services offerts dans des centres du réseau. Les intervenants qui mènent des activités de proximité tissent des liens de confiance avec les membres de ces groupes[155]. Ainsi, les travailleurs de proximité peuvent sensibiliser, soutenir, orienter vers les ressources appropriées et accompagner les personnes qu'ils rejoignent. La citation suivante résume bien l'approche et le rôle des travailleurs de proximité : « La philosophie prévalant est celle d'une approche humaniste et personnalisée visant à responsabiliser l'individu et à assurer un rôle de liaison entre la population cible et les services disponibles[155]. »

Le travail de proximité peut également se faire en ligne. Internet propose plusieurs outils interactifs et passifs pour rejoindre les clientèles ayant peu accès au réseau de la santé et des services sociaux, de façon élargie ou ciblée, afin de les informer, de les sensibiliser et de leur offrir du soutien. Les stratégies employées avec ce média se veulent complémentaires d'autres interventions effectuées en personne[156]. Elles offrent une voie de plus pour rejoindre des populations vulnérables.

8.2.3 Interventions auprès des groupes à risque et des populations vulnérables aux ITSS au Québec

Le tableau 6 résume les barrières et les facteurs de motivation au dépistage relevés chez les groupes à risque et les populations vulnérables aux ITSS ainsi que les pistes d'intervention pour surmonter les obstacles et valoriser les incitatifs au dépistage qui ont été présentés au chapitre 7. Ce tableau ne doit pas servir à typer les clientèles, ce qui reviendrait à faire du profilage. Les éléments qui y figurent doivent servir à guider l'action. Il importe de rester ouvert aux caractéristiques propres à chaque individu.

Tableau 6 Tableau récapitulatif des barrières et des facteurs de motivation au dépistage de l'infection par le VIH recensés chez différentes populations vulnérables et des stratégies visant à les rejoindre

Population	Barrières	Facteurs de motivation	Stratégies possibles
HARSAH	• Sous-évaluation de ses propres facteurs de risque • Banalisation de l'infection • Peur d'un résultat positif • Anticipation de conséquences négatives : ◦ sur les relations sociales, amoureuses, sexuelles et professionnelles • Peur d'être jugé • Services inadaptés ou hétérosexistes • Gêne de dévoiler les facteurs de risque	• Désir d'être en santé et inquiétude quant au statut sérologique • Prise de risques • Protection des partenaires • Accès aux traitements • Dépistage régulier • Nouvelle relation	• Les rejoindre dans les lieux de rencontres et de socialisation. • Recourir à Internet. • Sensibiliser les services de santé à l'homosexualité. • Faire du dépistage en milieu communautaire. • Faciliter le dévoilement des facteurs de risque, par exemple à l'aide d'un questionnaire auto-administré. • Utiliser la trousse de dépistage rapide.
UDI	• Perception de la maladie et de la santé • Mode de vie instable • Effet de la consommation de drogue • Crainte des conséquences potentielles d'un résultat positif • Stress lié à l'attente des résultats • Méfiance envers les services de santé • Stigmatisation et discrimination • Réseau de la santé non adapté à leurs besoins • Divergence dans la perception des besoins prioritaires en matière de santé entre les UDI et les intervenants	• Santé • Désir de connaître son statut sérologique et de réduire les risques de transmission • Solidarité envers les partenaires d'injection et les amis • Incitatif financier • Proposition par les intervenants	• Les rejoindre dans les lieux qu'ils fréquentent : centres d'échange de matériel d'injection, parcs ou autres. • Faire du dépistage en milieu communautaire. • Proposer le test de façon proactive. • Recourir au travail de proximité et aux pairs-aidants. • Utiliser des approches interdisciplinaires et complémentaires qui les soutiennent également pour la résolution d'autres problèmes. • Réduire le temps d'attente dans les services de santé. • Utiliser la trousse de dépistage rapide. • Encourager les intervenants à parler du dépistage du VIH avec eux.

Tableau 6 Tableau récapitulatif des barrières et des facteurs de motivation au dépistage de l'infection par le VIH recensés chez différentes populations vulnérables et des stratégies visant à les rejoindre (suite)

Population	Barrières	Facteurs de motivation	Stratégies possibles
Personnes provenant de pays où l'infection par le VIH est endémique	• Représentations vaudou de la maladie • Fausses croyances • Sous-évaluation de ses propres facteurs de risque • Sujet tabou • Difficulté à affronter un résultat positif • Stigmatisation et marginalisation du VIH • Préjugés et stéréotypes • Importance de la famille et des amis et contrôle social	• Connaissance de son statut sérologique • Comportements sécuritaires • Protection des partenaires • Accès à un suivi médical • Santé • Protection du bébé • Valorisation du rôle de mère • Relation de confiance avec les professionnels de la santé	• Affecter des ressources dans les quartiers où il y a une grande population ethnoculturelle. • Adapter les services à leur réalité culturelle. • Développer des compétences culturelles chez les intervenants. • Faire une campagne de sensibilisation sur le VIH et de l'éducation sexuelle : lutte aux préjugés et aux stéréotypes. • Faire participer les leaders d'opinion à la prévention du VIH et à la promotion du dépistage. • Recourir à l'intervention par des pairs. • Différencier les interventions selon le sexe. • Utiliser la trousse de dépistage rapide.
Personnes incarcérées	• Test nominatif • Bris de confidentialité • Dévoilement des facteurs de risque • Absence de counseling ou de soutien • Stigmatisation ou répression • Manque de sensibilisation à l'importance de connaître son statut sérologique • Organisation des services inadaptée	• Test anonyme • Dissociation entre les professionnels de la santé et le milieu carcéral • Confidentialité assurée • Sensibilisation, soutien et counseling • Choix des interventions • Accès facilité • Approche de réduction des méfaits	• Faciliter l'accès au test de dépistage. • Renforcer la confidentialité du test. • Respecter l'anonymat du test. • Recourir à des professionnels de la santé indépendants du milieu carcéral. • Recourir à l'intervention par des pairs. • Utiliser une approche souple. • Proposer le test de façon proactive. • Utiliser la trousse de dépistage rapide, • Considérer les stratégies visant les UDI.

Tableau 6 Tableau récapitulatif des barrières et des facteurs de motivation au dépistage de l'infection par le VIH recensés chez différentes populations vulnérables et des stratégies visant à les rejoindre (suite)

Population	Barrières	Facteurs de motivation	Stratégies possibles
Communauté autochtone	• Sous-évaluation de ses propres facteurs de risque • Éloignement géographique • Mobilité • Crainte d'un bris de confidentialité • Stigmatisation, discrimination envers les Autochtones et les PVVIH • Crainte du rejet si le résultat est positif • Dévoilement des facteurs de risque • Peur d'être jugé • Manque d'anonymat	• Perception du risque • Services adaptés à leur réalité • Intervenants autochtones qui n'ont pas de liens avec la communauté où ils exercent • Recommandation d'un professionnel de la santé • Grossesse • Approche de réduction des méfaits • Liberté de choix • Approche centrée sur le présent	• Adapter les services à leur réalité. • Faire participer les membres de la communauté à la mise sur pied de l'offre de service. • Proposer le test de façon proactive. • Renforcer la confidentialité du test dans les communautés. • Respecter l'anonymat du test. • Considérer les stratégies visant les UDI.
Jeunes en difficulté	---	---	• Adapter les stratégies selon le groupe à risque ou la population vulnérable auxquels leurs caractéristiques correspondent.
Femmes vulnérables	---	---	• Adapter les stratégies selon le groupe à risque ou la population vulnérable auxquels leurs caractéristiques correspondent.
Travailleuses et travailleurs du sexe	---	---	• Adapter les stratégies selon le groupe à risque ou la population vulnérable auxquels leurs caractéristiques correspondent.

8.3 AMÉLIORER L'INTERVENTION CLINIQUE PRÉVENTIVE

Plutôt que de se limiter à la détection d'une infection chez une personne asymptomatique, le dépistage s'inscrit dans une intervention préventive qui englobe l'ensemble des actions entourant le dépistage, dont l'évaluation du risque d'ITSS, le counseling, le soutien pour le maintien ou l'adoption de comportements sexuels sécuritaires, le dépistage par analyse de biologie médicale et l'intervention préventive auprès de la personne infectée et de ses partenaires (IPPAP). Cela correspond à la définition d'intervention de dépistage du GQDITSS[6] et au concept de pratique clinique préventive décrit dans le PNSP[12].

Cette section traitera de l'intervention clinique préventive ainsi que des enjeux associés au counseling, au consentement libre et éclairé et à l'intervention préventive auprès des personnes ayant contracté une infection par le VIH et auprès de leurs partenaires.

8.3.1 Pour une intervention clinique préventive plus flexible et efficace

Les prestataires de services qui ont participé à une consultation en ligne organisée dans le cadre de la révision des lignes directrices canadiennes sur le counseling de l'ASPC confirment la nécessité d'adapter les lignes directrices tout en assurant l'intégrité de la confidentialité et du consentement. Ils endossent fermement le counseling. Les éléments suivants ont été considérés comme les plus importants dans le counseling prétest et post-test par les prestataires de services consultés par l'ASPC :

- Préparation du patient à recevoir un résultat de test positif;
- Établissement et renforcement d'un lien de confiance entre le professionnel de la santé et le patient;
- Importance de la confidentialité;
- Accès au suivi et au traitement;
- Soutien dans le dévoilement et la notification aux partenaires;
- Prévention de la transmission[61].

L'ASPC a conclu qu'il est pertinent de remanier le counseling prétest et de renforcer le counseling post-test, et reconnaît le besoin de soutien des professionnels. Le groupe d'experts propose de remplacer l'appellation counseling prétest et post-test par planification du dépistage de l'infection par le VIH (*testing planning*). Ce terme désigne un continuum flexible adapté aux individus, aux circonstances et aux contextes qui sera intégré à l'intervention de dépistage des autres ITSS[61].

Cette réflexion a aussi été effectuée dans le cadre des travaux réalisés pour le présent avis sur l'optimisation du dépistage et du diagnostic de l'infection par le VIH. Le counseling a été repensé dans un contexte plus large englobant l'ensemble de l'intervention préventive.

Plutôt qu'un processus linéaire et statique, le nouveau modèle proposé pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH au Québec est un processus évolutif qui doit s'adapter au contexte ainsi qu'aux besoins et aux réalités de la personne qui passe le test (figure 1). La façon dont le counseling est offert peut varier selon le contexte clinique dans lequel le dépistage est effectué (type de professionnel de la santé, utilisation d'un test de dépistage

rapide ou standard, clinique spécialisée ou non), et ce, sans le compromettre. Le processus devrait aussi être adapté de façon à lever les barrières et à augmenter les incitatifs au dépistage de l'infection par le VIH relevés chez les populations vulnérables aux ITSS, dont le VIH (tableau 1, section 8.2.4). En outre, il est plus probable qu'il corresponde à la pratique clinique.

Certains des éléments qui composent l'intervention de dépistage doivent être réalisés avant ou après le test, alors que d'autres peuvent s'étaler sur l'ensemble de l'intervention de dépistage. C'est le cas du counseling préventif et de l'orientation d'une personne vers d'autres services ou ressources pour répondre à ses besoins ou assurer un suivi médical ou psychosocial.

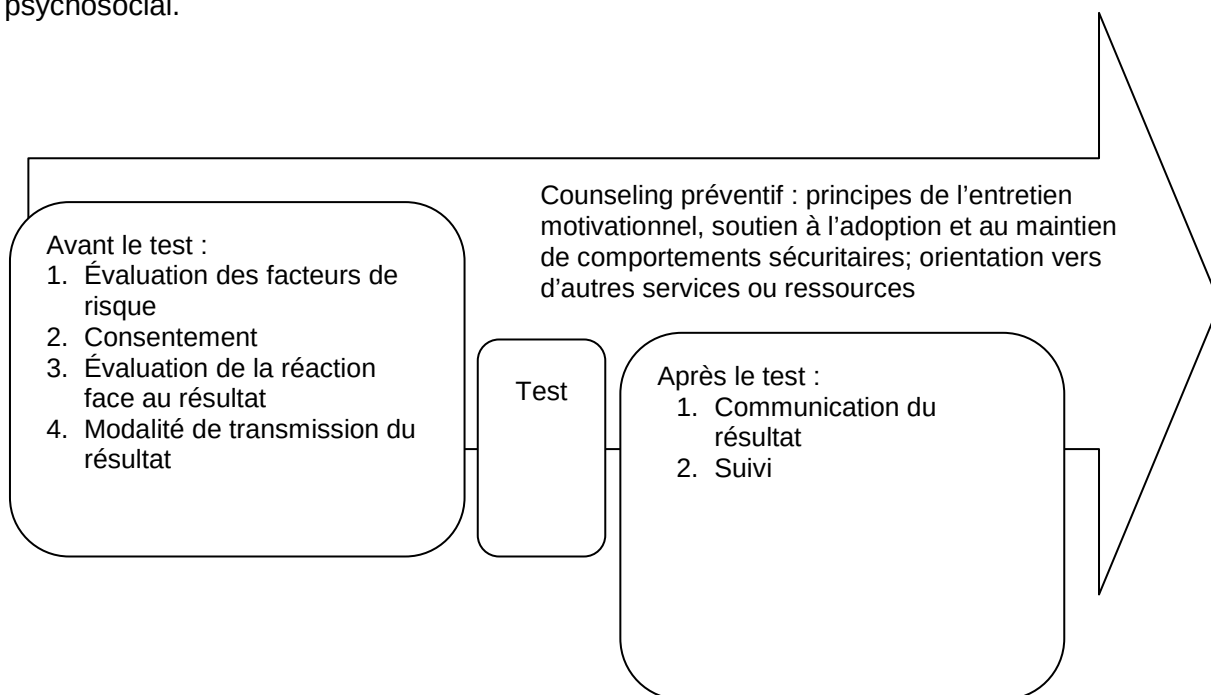


Figure 1 Processus évolutif de l'intervention préventive proposée

8.3.2 Éléments à inclure minimalement dans l'intervention précédant le test

Ces quatre éléments devraient minimalement être effectués avant un test de dépistage :

- Évaluation du niveau de risque et détermination des infections à dépister;
- Obtention d'un consentement libre et éclairé au dépistage;
- Évaluation de la réaction psychologique à l'annonce d'un résultat positif et de la fausse sécurité engendrée par un résultat négatif;
- Modalité de transmission des résultats.

Néanmoins, l'intervention précédant le test ne doit pas nécessairement se limiter aux éléments mentionnés précédemment, car elle doit être adaptée aux besoins de la personne. Il s'agit d'un minimum requis. Il importe de toujours rassurer le patient quant à la confidentialité de la consultation.

Rappelons que différentes stratégies ont été proposées à la section 8.1.2 afin de faciliter la recherche des facteurs de risque, comme un questionnaire électronique à remplir avant une consultation médicale. Le soutien d'une ressource complémentaire (infirmière ou professionnel psychosocial qualifié, par exemple), si possible, peut aussi faciliter la recherche des facteurs de risque. Cette dernière stratégie sera davantage discutée à la section 8.5.4.

Le processus proposé met en évidence la distinction entre l'obtention d'un consentement libre et éclairé et le counseling préventif qui, bien que souvent associés, n'ont pas toujours à être faits au cours d'une même séance. Le consentement doit toujours être obtenu avant le test de dépistage, alors que le counseling peut s'étendre sur l'ensemble des interventions du professionnel de la santé auprès du patient. Le counseling (section 8.3.4) et le consentement libre et éclairé (section 8.3.5) font l'objet d'enjeux dans l'optimisation du dépistage de l'infection par le VIH au Québec.

L'évaluation de la réaction psychologique à l'annonce d'un résultat positif et de la fausse sécurité engendrée par un résultat négatif vise à préparer la gestion d'une possible crise à la réception d'un résultat positif. Elle vise aussi à s'assurer que le patient comprendra bien le résultat et ses implications dans le cas d'un résultat négatif (faux négatifs, fenêtre sérologique, risque de contracter l'infection si les comportements à risque se poursuivent, etc.) et d'un résultat positif (traitement, notification des partenaires, etc.).

La transmission des résultats se fait habituellement en face à face. Or, deux études australiennes, où l'offre de dépistage était ciblée en fonction des facteurs de risque, permettent de s'interroger sur la possibilité de transmettre un résultat négatif par téléphone à certaines personnes.

Une étude a montré que, sur les 13 290 tests de dépistage de l'infection par le VIH effectués dans une clinique médicale de Sydney sur une période de trois ans, 6 194 tests, dont 55 se sont révélés positifs, ont été faits chez des HARSAH, et 7 096 tests, dont seulement quatre se sont révélés positifs, ont été faits chez des hommes et des femmes hétérosexuelles. Ces quatre tests avaient été réalisés chez des patients qui avaient demandé un dépistage de l'infection par le VIH en l'absence de facteur de risque avoué[157].

L'autre étude australienne a montré que, sur les 14 902 tests effectués sur une période de six ans dans une clinique médicale de Melbourne chez des hommes hétérosexuels sans facteurs de risque associés à l'utilisation de drogues injectables ou à un partenaire provenant d'un pays où l'infection par le VIH est endémique, aucun résultat n'a été positif. À la suite de ces résultats, les cliniques visées par ces études ont changé leur politique pour transmettre à ces patients les résultats du test par téléphone[158].

Si cette modalité de transmission des résultats était adoptée, il faudrait recommander un counseling complet avant le test et que le mode de transmission du résultat fasse l'objet d'une entente entre le professionnels de la santé et le patient comprenant les éléments suivants : numéro de téléphone, possibilité de laisser un message ou non, présentation des personnes au téléphone (pseudonyme ou non). De toute évidence, la ligne téléphonique doit

être confidentielle. La transmission des résultats par téléphone ne doit pas causer de préjudices aux personnes qui ont subi le test.

8.3.3 Éléments à inclure minimalement dans l'intervention post-test

Ces deux éléments devraient être effectués après le test de dépistage :

- Communication des résultats selon des modalités préétablies;
- Suivi selon le résultat du test de dépistage.

Le GQDITSS fournit des recommandations quant à la communication d'un résultat positif ou négatif qui doit être accompagnée, dans les deux cas, d'« un counseling post-test [...] adapté selon le résultat de l'analyse, selon la nature de l'ITSS en cause et selon les besoins spécifiques de la personne[6] ». Il s'agit de l'application des modalités de transmission convenues avant le test.

Le suivi du dépistage varie selon le résultat du test. Dans le cas d'un résultat positif, le suivi comprend l'explication du résultat positif et de l'infection par le VIH, une exploration diagnostique complémentaire et l'IPPAP, dont la notification des partenaires (en mentionnant ou en rappelant notamment la possibilité d'enjeux juridiques par rapport à un statut de séropositivité non divulgué à ses partenaires lors de relations sexuelles à risque). Lorsque le résultat est négatif, le suivi consiste en une explication du résultat (nature des tests, risque d'infection ultérieure) et en l'évaluation de la possibilité d'un faux négatif et de la pertinence d'un dépistage régulier en fonction des facteurs de risque.

Rappelons que le counseling visant, entre autres, l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires, peut se faire tout au long de l'intervention clinique préventive, tout comme l'orientation vers d'autres ressources.

Certains membres du CITSS réunis le 26 janvier 2011 ont mis en doute la pertinence d'une consultation post-test pour les personnes à faible risque. Dans certaines situations où le risque évalué est faible, les éléments du counseling post-test pourraient être introduits dans le counseling prétest, et la transmission d'un résultat négatif par téléphone serait acceptable. Également, cette stratégie pourrait être employée dans des situations où le patient risque fort de ne pas revenir chercher ses résultats. L'intervention devrait contenir minimalement un accord entre le professionnel de la santé et le patient, un counseling prétest et une entente préalable entre le professionnel de la santé et le patient sur les modalités de transmission des résultats par téléphone. L'intervention devrait s'adapter au patient[43].

8.3.4 Remanier et alléger le counseling

Le counseling est pertinent dans l'intervention clinique préventive. Une analyse du rapport coût/efficacité et des effets de l'offre de dépistage élargie aux États-Unis a conclu que si cette stratégie de dépistage apporte des bénéfices substantiels en matière de santé tout en ayant un bon rapport coût/efficacité, l'épidémie de VIH ne changera pas de façon marquée sans une réduction appréciable des comportements à risque[159]. Cette analyse met en relief l'importance du counseling dans l'optimisation du dépistage de l'infection par le VIH.

Une méta-analyse de la littérature qui a abordé les effets du counseling et du dépistage de l'infection par le VIH sur les comportements sexuels à risque en comparant des personnes qui ont subi et n'ont pas subi le test arrive aux conclusions suivantes : le counseling et le dépistage constituent une stratégie de prévention secondaire efficace. Les personnes infectées et les couples sérodiscordants ont réduit la fréquence des relations sexuelles non protégées après réception d'un résultat positif et un counseling (comparativement aux participants non infectés ou qui n'ont pas subi le test)[160].

Le counseling standard fait par un médecin pourrait faire diminuer les comportements à risque de transmission du VIH. Une étude réalisée auprès d'HARSAH récemment infectés et suivis sur une période de trois mois a montré que le counseling a permis de réduire des trois quarts les comportements à risque[161].

Le projet RESPECT[162] a comparé des interventions de counseling avec des messages didactiques chez une population hétérosexuelle consultant dans une clinique spécialisée en ITS. Le projet a montré que le counseling était plus efficace chez les personnes âgées de moins de 20 ans, celles qui n'avaient jamais eu de test de dépistage de l'infection par le VIH auparavant et celles qui avaient une ITS au moment de l'entrée dans l'étude. Les groupes ayant fait l'objet d'un counseling élargi (quatre séances) ou bref (deux séances) ont dit avoir réduit leurs rapports sexuels non protégés à trois et à six mois, comparativement aux personnes qui n'avaient reçu que les messages didactiques. Il n'y avait plus de différences entre les approches 9 et 12 mois après les interventions[163]. Une analyse des données du projet RESPECT réalisée dans le sous-groupe des utilisateurs de drogues injectables a montré que l'intervention brève a entraîné une diminution des ITS bactériennes et des comportements sexuels à risque dans ce groupe. Des résultats semblables ont été notés dans le groupe qui n'avait jamais utilisé de drogues injectables[162].

Par contre, on peut difficilement distinguer l'effet du counseling associé à un test de dépistage de celui du test de dépistage seul chez les personnes infectées par le VIH[164].

Une restructuration et une simplification de l'intervention pourraient en améliorer l'efficacité. Une étude réalisée auprès de femmes enceintes présentant un faible taux d'alphabétisation dans une consultation prénatale aux États-Unis a comparé des femmes qui ont eu un counseling abrégé à des femmes qui ont reçu un counseling standard. Les femmes qui ont eu le counseling abrégé avaient un score de connaissances moyen et médian plus bas que celles qui avaient reçu le counseling standard. Par contre, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui a trait à la décision de subir un test de dépistage de l'infection par le VIH, et presque toutes les participantes étaient satisfaites de la décision qu'elles avaient prise[165].

En tenant compte des différents éléments mentionnés précédemment, il semble que le counseling soit un élément important du processus de dépistage de l'infection par le VIH et qu'il pourrait avoir un effet sur la réduction de la transmission de l'infection. Un counseling abrégé ne semble pas nuire à la décision de passer le test ou non et permettrait de diminuer les difficultés qu'ont les différents intervenants à rendre le dépistage plus accessible.

Faciliter le counseling

L'intervention clinique préventive proposée à la section 8.3.1 préconise un counseling plus flexible qui se déroule au rythme des consultations. Selon les besoins, le counseling préventif peut se dérouler avant et (ou) après le test. Le counseling préventif peut être réalisé en quelques minutes, ou encore s'échelonner sur plusieurs rencontres. Il peut être effectué par des professionnels de la santé ou d'autres intervenants habilités à le faire. Il faut adapter le counseling en fonction des personnes rencontrées et du contexte. Le principe de l'entretien motivationnel est un exemple pertinent d'approche de counseling susceptible de simplifier la pratique des professionnels de la santé.

De plus, plusieurs professionnels, comme les infirmières et les professionnels psychosociaux (psychologues, travailleurs sociaux, sexologues, intervenants en toxicomanie, par exemple), sont formés en counseling et effectuent déjà de telles interventions proches de celles qui sont recommandées. Ces professionnels peuvent contribuer au counseling associé au dépistage de l'infection par le VIH.

Principes de l'entretien motivationnel

Pour favoriser l'adoption ou le maintien de comportements sécuritaires, certaines approches comme l'entretien motivationnel peuvent être appliquées lors de l'intervention de dépistage. L'entretien motivationnel est une approche d'intervention directionnelle centrée sur la personne ayant pour objectif de susciter une motivation intrinsèque en explorant et en dépassant l'ambivalence face aux changements[166]. L'entretien motivationnel — fondé sur des études qui avancent que plus une personne exprime d'elle-même un discours de changement, plus elle a de chances de changer — apporte un regard différent sur le counseling. Ce style de relation se démarque donc par l'importance qu'il accorde à amener constamment le patient à exprimer un discours qui évoque le changement tout en maintenant une relation basée sur la collaboration et la pleine autonomie de la personne. La transmission d'information et la recherche de solutions, fréquemment utilisées par les professionnels, ne sont pas suffisantes pour entraîner un changement de comportement. L'entretien motivationnel vise plutôt, dans un premier temps, à amener la personne à augmenter de son propre chef sa motivation à adopter un changement et sa confiance en ses capacités de changer pour qu'elle puisse ainsi par la suite approfondir d'elle-même son engagement et trouver des moyens de changer. Il demeure possible d'échanger de l'information ou de fournir des conseils par l'entretien motivationnel, et ce, toujours en partant d'abord du patient.

La littérature scientifique a montré, avec certaines limites, que le counseling à l'aide de l'entretien motivationnel est plus efficace que le counseling traditionnel pour amener les personnes à maintenir des comportements sécuritaires et à réduire leurs comportements à risque[167, 168]. Les LDC-ITS reconnaissent l'utilité de l'entretien motivationnel et le recommandent d'ailleurs pour soutenir l'adoption de pratiques sexuelles à moindre risque[48]. Au Québec, le projet SPOT[169] vise, entre autres, à comparer différentes approches de counseling auprès des HARSAH, dont l'une intègre l'entretien motivationnel.

8.3.5 Définir les éléments essentiels au consentement libre et éclairé

L'obtention d'un consentement libre et éclairé à subir des soins médicaux, y compris un test de dépistage de l'infection par le VIH, est une obligation légale et déontologique.

L'infection par le VIH est une maladie chronique et a des répercussions importantes à la fois sur les plans physique, psychologique et social, ce qui justifie les préoccupations quant à l'obtention d'un consentement libre et éclairé.

Différentes situations, différentes formes de consentement

Lors de la rencontre du sous-comité Optimiser le dépistage du VIH[42], les membres ont échangé sur différents contextes de dépistage où la forme de l'obtention du consentement varie. Ces contextes se résument en deux types de situations définies par l'OMS et l'ONUSIDA comme *client-initiated* (à la demande du client, aussi appelé conseil et dépistage volontaire) et *provider-initiated* (à la demande de l'intervenant, aussi appelé dépistage à l'initiative du soignant) :

- 1) Lorsqu'un patient demande un test de dépistage (*client-initiated*), le consentement est considéré comme libre, mais le consentement éclairé reste à valider.
- 2) Lorsqu'un médecin ou une infirmière offre un test de dépistage à un patient alors qu'il consulte les services de santé pour une autre raison (*provider-initiated*), il faut obtenir un consentement libre et éclairé[8].

Dans tous les cas, les éléments essentiels à l'obtention d'un consentement doivent être abordés.

Informations minimales à fournir pour obtenir un consentement libre et éclairé

Selon l'OMS et l'ONUSIDA, l'obtention d'un consentement libre et éclairé nécessite minimalement que le patient soit informé :

- 1) des avantages à passer le test;
- 2) de son droit de refuser;
- 3) des services qui lui seront offerts par la suite;
- 4) de l'importance de notifier les personnes susceptibles d'avoir été exposées au risque si une infection est dépistée[8].

Toutefois, dans le contexte canadien, les professionnels de la santé devraient fournir deux autres informations aux patients pour obtenir un consentement libre et éclairé, selon l'ASPC :

- L'exigence d'informer les partenaires sexuels et les personnes avec qui il y a eu partage de matériel de consommation de drogue si le résultat est positif;
- L'obligation légale de dévoiler un statut sérologique positif aux partenaires s'il y a exposition au risque, même lorsque des mesures sont prises pour réduire le risque[16].

Une autre information serait importante à fournir, soit :

- L'obligation de dévoiler avoir passé un test de dépistage de l'infection par le VIH, par exemple au moment de contracter une assurance vie ou invalidité sur demande de l'assureur.

Ces trois obligations sont au cœur des enjeux de l'effet du contexte social dans l'optimisation du dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH présentés à la section 8.4.

Les membres du sous-comité Optimiser le dépistage du VIH ont discuté des éléments essentiels et minimaux à fournir aux patients pour obtenir un consentement libre et éclairé[55]. Les membres présents étaient unanimes quant à la nécessité de donner les informations recommandées par l'OMS et l'ONUSIDA. L'obligation de dévoiler un statut sérologique positif et avoir passé un test de dépistage dans les éléments minimaux à fournir aux patients pour obtenir un consentement libre et éclairé n'a toutefois pas fait l'unanimité. Certains craignaient que ces informations complexifient l'obtention du consentement et limite les professionnels de la santé dans leur capacité d'offrir un test de dépistage de l'infection par le VIH[8].

Ils souhaitent qu'une réflexion plus approfondie soit faite sur l'intégration de la notion du risque de poursuites s'il y a non-dévoilement d'un statut sérologique positif lors d'une prise de risques dans les éléments essentiels à fournir au patient pour obtenir un consentement libre et éclairé[55].

Un professionnel de la direction Secrétariat général et communications de l'INSPQ a été consulté afin de sopeser les arguments appuyant chaque position. Le fruit de ses réflexions est présenté à l'annexe 5. Il propose dans son document des pistes susceptibles de guider la réflexion éthique quant à la forme d'obtention du consentement et l'inclusion de certaines informations pour obtenir un consentement libre et éclairé.

8.3.6 Intervention préventive auprès des personnes ayant contracté une infection par le VIH et auprès de leurs partenaires

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.

Rappelons qu'un groupe de travail du MSSS a été formé et a recommandé de définir et de soutenir l'IPPAP pour l'infection par le VIH. Elles ont été acceptées par le MSSS, et des mesures seront prises (annexe 2). Le Comité sur les ITSS a appuyé ces recommandations.

Par ailleurs, il serait pertinent d'évaluer la possibilité de mettre sur Internet un service de notification aux partenaires. Le projet *inSPOT*, né à San Francisco aux États-Unis en 2004, est le premier du genre. La notification aux partenaires au sujet des ITSS, dont le VIH,

s'effectue à l'aide d'une carte postale électronique que la personne atteinte envoie anonymement à ses partenaires qui ont possiblement été en contact avec l'infection. Le site Internet de *inSPOT* permet aussi de localiser les cliniques de dépistage des ITSS, d'obtenir de l'information sur les ITSS et d'être dirigé vers les ressources appropriées. En 2008, le service était utilisé par neuf États américains, 10 villes (dont Ottawa et Toronto) et trois pays. Le site aurait suscité un engouement, puisque 49 500 cartes électroniques ont été envoyées par 30 000 personnes entre 2004 et 2008[170]. Toutefois, une évaluation du service *inSPOT* au Colorado pour les périodes 2007-2008 et 2008-2009 nuance l'efficacité de la notification en ligne auprès d'une clientèle élargie, principalement hétérosexuelle[171]. Peu de participants à l'étude ont dit connaître le service (< 6 %) et avoir l'intention d'informer leur partenaire par Internet (< 5 %). Une évaluation de faisabilité pré-implantation d'un service de ce genre qui tienne compte des lois et règlements serait à considérer au Québec en complément à l'offre de service.

8.4 CONTRIBUER À DÉVELOPPER UN CONTEXTE SOCIAL FAVORABLE

L'optimisation du dépistage de l'infection par le VIH est indissociable du développement d'un contexte social favorable. Il convient donc de trouver des stratégies susceptibles de réduire l'effet de la stigmatisation, de la discrimination et de la criminalisation sur le dépistage de l'infection par le VIH.

8.4.1 Stratégies susceptibles de contribuer à la réduction de la stigmatisation et de la discrimination associées au dépistage de l'infection par le VIH

Parmi les stratégies pouvant contribuer à créer un contexte favorable au dépistage de l'infection par le VIH, citons :

- une offre de services de proximité reposant sur une approche ouverte et adaptée;
- la recherche systématique des facteurs de risque par l'utilisation de différentes stratégies d'évaluation (questionnaire auto-administré, Internet);
- des stratégies de communication de masse et de communication ciblée;
- la mobilisation communautaire.

Une approche ouverte et adaptée de l'offre de service en fonction des besoins des populations vulnérables pourra contribuer à diminuer leur sentiment de marginalité et de rejet lorsqu'ils fréquentent le réseau de la santé. Des professionnels de la santé (médecins, infirmières, professionnels psychosociaux) qui ont acquis des compétences et des habiletés dans les interventions auprès de ces populations, et plus particulièrement dans le domaine de la sexualité, pourront contribuer à accroître le sentiment de confiance et d'aisance chez les patients. De plus, ces professionnels mieux outillés pourront effectuer des interventions mieux adaptées et plus efficaces.

L'OMS et l'ONUSIDA définissent le marketing social comme l'une des stratégies à adopter pour augmenter le dépistage volontaire de l'infection par le VIH. Les médias de masse comprennent les stratégies de communication et les campagnes de mobilisation communautaire[172]. Selon une revue de la littérature sur les interventions de promotion du dépistage de l'infection par le VIH à l'aide des médias de masse, ces dernières sont utiles

pour surmonter les obstacles au dépistage associés au manque de connaissances, à la culture, à l'inégalité des sexes, à la stigmatisation, à la discrimination et aux barrières culturelles. Elles joueraient un rôle important dans le dépistage volontaire de l'infection par le VIH. Les médias de masse influeraient sur la demande de dépistage de l'infection par le VIH à court terme, mais ces effets s'estomperaient à long terme, ce qui souligne la nécessité de diffuser périodiquement des campagnes[173].

Les campagnes de communication (ciblées et de masse) ne doivent pas banaliser l'infection par le VIH ou la prise de risques, mais réduire la stigmatisation associée à la prise de risques pour faciliter le dévoilement des facteurs de risque aux professionnels de la santé et diminuer la stigmatisation et la discrimination associées aux PVVIH afin d'encourager le dépistage. La détérioration perçue de la qualité de vie des PVVIH peut constituer à la fois un facteur de motivation à prendre des précautions et une barrière au dépistage de l'infection par le VIH pour ceux qui préfèrent ignorer leur statut sérologique que risquer de vivre le rejet.

Quoique les stratégies de communication semblent efficaces pour inciter la population à demander un test de dépistage de l'infection par le VIH, la gestion de la hausse de la demande de tests de dépistage et le suivi médical des cas positifs restent un sujet de préoccupation. Une évaluation de ces stratégies pour le Québec serait souhaitable.

8.4.2 Établir des directives claires et justes sur la criminalisation

Le 9 juin 2009 et le 11 février 2010, les membres du CITSS ont discuté de la criminalisation de la non-divulgence du statut sérologique aux partenaires sexuels et dégagé des pistes d'action[174, 175]. Les rôles de la santé publique ont été rappelés, soit l'évaluation, la protection et la promotion de la santé. Pour les membres, il importe de :

- 1) définir le risque de transmission;
- 2) adapter le counseling prétest et (ou) post-test;
- 3) soutenir les personnes vivant avec le VIH dans l'adoption de comportements sexuels sécuritaires et le dévoilement de leur statut sérologique à leurs partenaires sexuels[174, 175].

Par ailleurs, les recommandations issues des États généraux HARSAH au Québec soulignent l'importance de mettre à jour les connaissances sur le VIH des professionnels de l'administration de la justice[86].

À la demande du CITSS, l'INSPQ a appuyé les démarches de la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-SIDA), qui a demandé au ministre de la Justice d'établir des directives claires sur les poursuites criminelles en matière d'exposition au VIH. L'effet de la criminalisation sur le dépistage de l'infection par le VIH pourrait être ainsi tempéré si on en arrive à une approche plus nuancée, qui repose sur des bases scientifiques communes. Une rencontre a eu lieu entre des professionnels du MSSS, de l'INSPQ, de la COCQ-SIDA, d'un procureur représentant le ministère de la Justice et le Directeur des poursuites criminelles et pénales pour discuter de pistes d'action dans ce domaine.

8.5 AMÉLIORER L'ORGANISATION DES SERVICES

Face à une organisation des services à géographie variable qui rejoint difficilement les groupes à risque et les populations vulnérables aux ITSS, il convient de déterminer des stratégies visant à renforcer l'application des recommandations actuelles en matière d'interventions cliniques préventives et des recommandations émises dans le présent avis.

L'organisation des services de dépistage relève de la responsabilité du MSSS, des ASSS, des CSSS et des centres hospitaliers non affiliés à un CSSS. Selon leur mission respective, ces organismes peuvent adopter des orientations, des politiques et des mesures visant à favoriser l'accès aux services de dépistage. Elles peuvent aussi mettre en place des services qui viseront à rejoindre la population et à appuyer les professionnels de la santé dans le dépistage.

8.5.1 Assurer un accès optimal aux services de dépistage

L'organisation des services de dépistage des ITSS, dont le VIH, est en corrélation avec les besoins nationaux et régionaux. Le DNSP a fait des ITSS une de ses priorités de santé publique. Certaines régions ont également défini les ITSS comme des priorités de santé publique. Toutefois, dans certaines organisations, la lutte contre les ITSS n'est toujours pas un dossier prioritaire. Une organisation des services qui soutient et encadre des initiatives visant à faciliter l'accès aux services de dépistage en favoriserait la pérennité et l'efficacité. La Stratégie soulignait trois grands enjeux de l'accès au dépistage, toujours d'actualité :

- La nécessité de prendre en compte l'ensemble des conditions de vulnérabilité des individus et des groupes (contextes psycho-individuels et socio-structurels, comorbidités), et non seulement les comportements à risque;
- L'adaptation des pratiques et des services en fonction des réalités régionales afin d'assurer l'accessibilité et la continuité des soins, surtout pour les personnes les plus vulnérables;
- L'action en partenariat avec tous les intervenants et les organismes concernés[3].

Un accès optimal au dépistage correspond à la possibilité d'avoir rapidement un test de dépistage sur demande, ce qui réfère à la disponibilité du test dans les services de santé et au délai d'attente avant le dépistage. BASHH recommande un délai de 48 heures entre le moment où une personne se présente en clinique et le moment où elle reçoit un conseil et un dépistage par un professionnel de la santé[176]. Par ailleurs, plusieurs membres du Comité sur les ITSS réunis le 14 juin 2011 estiment qu'un délai de trois semaines entre le moment de la prise de rendez-vous et le rendez-vous lui-même est trop long et probablement suffisant pour dissuader une personne de demander un test de dépistage. Ils seraient en faveur d'un accès instantané ou en quelques jours à un test de dépistage[44].

Ce concept d'accès optimal au dépistage s'applique aussi au suivi optimal des personnes qui recevront un diagnostic d'infection par le VIH. À ce sujet, les lignes directrices du Royaume-Uni recommandent un suivi par un médecin spécialiste pour les personnes ayant reçu un résultat positif, idéalement dans les 48 heures, et certainement dans les deux semaines suivant l'annonce du diagnostic[141]. Sans fixer de barème temporel, les CDC

souhaitent assurer un accès immédiat aux soins cliniques pour les personnes qui viennent de recevoir le diagnostic[138]. C'est aussi dans cette direction que convergent les membres du CITSS, tout en la relativisant par des considérations pragmatiques.

Idéalement, l'accès à un médecin de famille pour chaque Québécois et le désengorgement du système de santé faciliteraient grandement la recherche systématique des facteurs de risque et un accès optimal au dépistage. Toutefois, dans un contexte de ressources limitées, des stratégies innovatrices doivent être élaborées. La Stratégie précise que : « le succès réside dans une approche plus dynamique du dépistage, dans la conjugaison de plusieurs stratégies et dans la mise à contribution de différents acteurs[3] ». Ainsi, l'organisation des services peut favoriser l'accès au dépistage de l'infection par le VIH :

- en intégrant le dépistage dans les programmes et services destinés à la population en général et à des populations spécifiques;
- en soutenant l'intégration des interventions de dépistage des ITSS dans la pratique clinique préventive des professionnels de première ligne;
- en favorisant les approches multidisciplinaires et réseau permettant d'intégrer l'offre et le suivi du dépistage.

De plus, l'organisation des services devrait permettre aux professionnels de la santé d'exercer dans un contexte favorable aux interventions cliniques préventives en matière d'ITSS. Enfin, il importe que l'organisation des services favorise la mise en œuvre des stratégies de lutte contre les ITSS.

8.5.2 Faciliter l'accès aux services de dépistage pour les groupes à risque et les populations vulnérables

Les services de santé devraient pouvoir s'adapter aux différents besoins des différentes populations vulnérables (section 5.2) et tenter d'offrir des services capables de lever les barrières qui les empêchent d'accéder aux services de santé (section 7). Il apparaît nécessaire d'adapter les services et l'intervention aux besoins des personnes ciblées.

L'organisation des services doit arriver à permettre de surmonter les barrières au dépistage chez les populations vulnérables (section 7). Elle doit faciliter l'accès aux services de dépistage et adapter ces services à leur clientèle et à leurs besoins régionaux.

Le PNSP définit « [la promotion] des pratiques cliniques préventives en matière d'ITSS dans les CSSS et au sein des milieux vie » par les SIDEPS comme une action à mettre en place auprès des populations socialement vulnérables[12].

Le deuxième élément de prévention préconisé dans la Stratégie, qui vise le soutien des groupes vulnérables, définit l'élargissement de l'offre de dépistage des SIDEPS, l'assouplissement des modalités de fonctionnement, la collaboration étroite entre les services de santé et les organismes communautaires, l'offre de service dans des unités mobiles ou dans les milieux de vie, l'accès à des tests de dépistage moins effrayants et l'acte infirmier comme des mesures pouvant contribuer à faciliter l'accès au dépistage pour les populations vulnérables[3].

Les SIDEP de certaines régions ont mis au point des stratégies visant à mieux rejoindre les populations vulnérables. Certains ont proposé des horaires de soir, des plages horaires de cliniques sans rendez-vous, des services d'urgence pour des cas particuliers, des services de cliniques sans rendez-vous pour les personnes vulnérables, même dans des périodes avec rendez-vous, des plages horaires fixes destinées aux populations vulnérables. Néanmoins, plusieurs SIDEP auraient de la difficulté à rejoindre les populations les plus vulnérables[15].

De plus, selon le rapport SIDEP 2004-2005, le dépistage ciblé nécessite un travail de proximité et une offre de service qui répondent aux besoins des clientèles visées[15]. Il exige une planification et une organisation souples leur permettant de s'adapter selon les ressources disponibles, les lieux (régions, organismes communautaires, milieux de vie ou de consommation, etc.) et les groupes ciblés. D'une part, il nécessite une transformation de l'identité et du rôle du professionnel de la santé (cadre « professionnel » très différent de celui du CSSS, offre de service proactive, etc.). D'autre part, il implique une transformation du rapport au patient : de la réponse à une demande de service vers une offre ciblée susceptible d'intéresser, dans leur milieu, les personnes vulnérables. Le travail de proximité s'établit sur une base relationnelle volontaire[15]. Le rapport mentionne que les infirmières de ces services ont souvent recours aux travailleurs de rue et aux organismes communautaires pour rejoindre les populations vulnérables, car ces derniers ont acquis des « expertises et des savoir-faire dans différents lieux et auprès de diverses populations vulnérables qui pourraient être mis à profit[15] ».

En plus de soutenir le travail de proximité, l'organisation des services devrait favoriser le travail en intersectorialité ou les actions en réseau. Une bonne intégration des services à la base, la collaboration des différentes expertises professionnelles et une bonne coordination des équipes d'intervenants sont des conditions préalables à l'efficacité des interventions auprès des UDI[98]. Il importe d'effectuer un bon arrimage entre les différentes ressources disponibles pouvant assurer un continuum de services pour les groupes à risque et les populations vulnérables aux ITSS. L'intégration du dépistage de l'infection par le VIH dans les programmes-services pourrait être une option. Par ailleurs, le DNSP énonce dans son quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : « Pour faire de nouveaux gains, une condition centrale doit toutefois être remplie : la concertation de l'ensemble des acteurs, peu importe leur domaine, qui interviennent auprès des groupes vulnérables aux ITSS. C'est cette conjonction des efforts, ce travail à relais, qui fera la différence[17] ».

Le DNSP énonce quatre conditions à remplir pour améliorer les services de dépistage des ITSS auprès des populations vulnérables dans les CSSS :

- Le soutien des décideurs gestionnaires des CSSS pour une intervention efficace;
- L'accès aux laboratoires et au transport des prélèvements pour les professionnels des CSSS;
- Une lecture fine des besoins des groupes visés et du contexte particulier de l'intervention;
- Une collaboration étroite avec les organismes communautaires concernés et les établissements fréquentés par ces groupes[17].

8.5.3 Améliorer les pratiques cliniques préventives (PCP)

Quoique les PCP soient une stratégie prévue par le PNSP[12] et soient jugées efficaces[15], leur application se heurte à des barrières[73].

Une recension des écrits[177] a analysé six conditions d'efficacité et 14 stratégies d'intégration des PCP dans les pratiques cliniques. Les conditions d'efficacité sont : la motivation et l'accompagnement des milieux; la flexibilité, l'intensité et la continuité de l'intervention, ainsi que « l'inclusion de changement organisationnel dans l'intervention[177] ». Les stratégies ont été classées selon leur potentiel d'efficacité. Les stratégies jugées les plus efficaces sont :

- les systèmes de rappel visant les cliniciens;
- les équipes d'amélioration de la qualité des soins;
- le système de bureau sur mesure;
- les interventions visant le patient;
- les interventions multifacettes[177].

8.5.4 Favoriser des contextes de pratique clinique propices au dépistage

Compte tenu des problèmes relevés, il apparaît essentiel de motiver les professionnels de la santé à appliquer les pratiques cliniques préventives en matière d'ITSS. Les professionnels de la santé de première ligne qui travaillent en établissement et en cabinet privé sont ceux qui ont le plus de possibilités de faire le dépistage des ITSS. Pour que la stratégie de dépistage soit réussie, ils doivent donc :

- se préoccuper constamment des indications de dépistage;
- connaître les lignes directrices en matière de dépistage;
- être habilités à effectuer des interventions de dépistage[3].

Par contre, comme leurs tâches augmentent, il importe de chercher des moyens de simplifier l'intégration de l'offre de dépistage dans leur pratique (évaluation des facteurs de risque, test, counseling, etc.), ce qui repose autant sur l'organisation des services que sur la diffusion d'outils d'aide à la pratique et la formation.

Afin de favoriser le dépistage de l'infection par le VIH et de bien intervenir auprès des populations vulnérables, il est essentiel que les professionnels de la santé soient habilités et outillés. De plus, l'attitude des professionnels de la santé peut constituer une barrière au dépistage pour certaines personnes appartenant à une population vulnérable aux ITSS, dont le VIH. Afin d'assurer une intervention adaptée aux besoins des différentes populations qui les encouragera à utiliser les services de dépistage, les professionnels doivent non seulement connaître la réalité des clientèles, mais faire preuve d'ouverture.

La formation et la diffusion d'outils pour faciliter les interventions sont deux options à envisager. Cela s'applique à l'ensemble des professionnels de la santé qui pourraient être engagés de près ou de loin dans le dépistage des ITSS et auprès des personnes vulnérables.

À l'heure actuelle, des mesures ont été prises pour favoriser le dépistage des ITSS par les professionnels de la santé. Ainsi,

- l'INSPQ a mis sur pied et offre des formations sur les ITSS et les stratégies d'intervention auprès des populations vulnérables pour les médecins, les infirmières, les professionnels psychosociaux et les travailleurs d'organismes communautaires^y. Ces formations sont reconnues par la Direction du développement professionnel continu de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Des unités de formation continue sont affectées aux professionnels et aux intervenants qui y participent;
- le MSSS a créé et diffusé des outils cliniques à l'intention des médecins et des infirmières pour l'intervention préventive en matière d'ITSS^z.

Appuyer la pratique médicale

Une étude sur la pratique des médecins québécois dans le dépistage de la chlamydie et de la gonorrhée a proposé des recommandations, dont certaines sont pertinentes pour l'optimisation du dépistage et du diagnostic de l'infection par le VIH. L'étude a, entre autres, suggéré :

- d'investir davantage d'énergie dans le secteur des cliniques privées, où davantage d'incitatifs pourraient être offerts pour le dépistage;
- de promouvoir la formation médicale continue auprès des omnipraticiens du Québec[75].

Afin de motiver les médecins à offrir le dépistage de l'infection par le VIH, plusieurs mesures ont déjà été prises, notamment :

- un code d'acte rémunéré (n° 15230) pour les pratiques cliniques préventives dans lequel s'insère le dépistage des ITSS a été négocié avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ);
- l'INSPQ offre une formation médicale continue sur les ITSS reconnue par la FMOQ; des crédits et des allocations de formation sont alloués.

Appuyer la pratique infirmière

Pour intégrer davantage les infirmières dans le processus de dépistage de l'infection par le VIH, les barrières sur le terrain doivent être levées. Favoriser le partage des connaissances et d'expériences novatrices ainsi que le développement du réseautage et des communautés de pratique peuvent constituer des pistes de solutions à envisager. Il importe également que les gestionnaires, par l'entremise de l'organisation et de la gestion des services, soutiennent les infirmières dans la pratique du dépistage.

^y Consulter le lien électronique suivant pour plus d'information sur les formations offertes : <http://www.inspq.qc.ca/formation/default.asp?E=e&type=7&ITSS=oui>.

^z Les outils sont disponibles à l'adresse électronique suivante : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/0eba3f63ac713679852574be006ab5e1?OpenDocument>.

Partenariats avec les professionnels psychosociaux

À l'heure actuelle, les activités de prévention liées au dépistage sont réservées aux médecins et aux infirmières. Bien que l'on ne veuille pas créer de changement dans la partie test, diagnostic et traitement, en période de pénurie d'effectifs infirmiers et médicaux, il peut être pertinent d'évaluer les composantes du dépistage qui pourraient être effectuées par d'autres intervenants.

Afin d'alléger le travail des professionnels de la santé qui s'occupent du counseling, les experts français proposent de le décentraliser en associant les autres compétences professionnelles à cette dynamique d'optimisation du dépistage. Il s'agit entre autres d'organismes ou de professionnels qui ont des contacts fréquents avec les patients, même si c'est en dehors de l'offre de dépistage de l'infection par le VIH[178].

Au Québec, des psychologues, des travailleurs sociaux, des sexologues et des intervenants en toxicomanie font du counseling dans des domaines très proches de celui recommandé pour le dépistage de l'infection par le VIH. Ils sont formés en counseling, et particulièrement pour le soutien dans l'adoption ou le maintien de comportements sécuritaires. Ainsi, leur formation et leur expérience sont pertinentes dans le counseling prétest et post-test et dans le suivi des PVVIH. Dans une optique plus large, ces professionnels ont aussi des compétences intéressantes pour la promotion du dépistage de l'infection par le VIH.

En associant de tels intervenants, on diminuera la pression sur les services médicaux et infirmiers. Ils peuvent assister les professionnels de la santé dans le counseling par l'intermédiaire du mentorat et d'un service de consultation complémentaire aux consultations médicales. Le soutien aux professionnels est essentiel pour améliorer l'efficacité de l'intervention de dépistage. Au-delà des séances de formation, le soutien devrait viser le développement et le maintien des compétences[53, 179].

Partenariats avec les organismes communautaires

Les organismes communautaires sont connus pour être proches des populations. Le personnel, dont les pairs-aidants qui travaillent dans les organismes communautaires ayant un mandat de prévention des ITSS, côtoie régulièrement les populations vulnérables au VIH, les connaît bien et jouit de leur confiance. Ainsi, les organismes communautaires qui détiennent un tel mandat sont des alliés importants dans l'optimisation du dépistage et du diagnostic de l'infection par le VIH.

Les organismes communautaires ont une expertise de l'approche communautaire, du travail de proximité et auprès des groupes vulnérables particulièrement importante pour rejoindre les populations vulnérables qui ne fréquentent habituellement pas les services de santé et pour les sensibiliser à l'importance du dépistage de l'infection par le VIH. D'ailleurs, le portrait des SIDEP 2004-2005 mentionne que dans les établissements commerciaux fréquentés par les populations vulnérables (saunas, par exemple) et les lieux de travail du sexe « l'intervenant communautaire devient l'intermédiaire entre l'infirmière et les tenanciers; il a souvent des entrées dans ces milieux et en connaît la culture[15] ». Les organismes communautaires organisent souvent le travail de proximité en collaboration avec les services de santé[15].

Des pays comme les États-Unis et la France ont élargi le rôle de ces organismes dans le dépistage de l'infection par le VIH. Ainsi, DRAG' TEST et COM' TEST sont deux projets de recherche de l'Agence nationale de recherches sur le sida portant sur le dépistage communautaire en France[151]. Au Québec, le projet SPOT vise à évaluer de nouveaux tests de dépistage ainsi que de nouvelles approches de counseling et de prestation des soins en milieu communautaire. Les résultats de ce projet permettront sans doute de relancer la réflexion quant au rôle des organismes communautaires dans le dépistage de l'infection par le VIH.

9 LIMITES

Le présent avis a tenté de dresser un portrait le plus global et fiable possible du dépistage de l'infection par le VIH au Québec, de ses lacunes ainsi que des enjeux et des pistes de solutions qui en découlent en se fondant sur une recension des écrits ainsi que sur l'opinion d'experts et de professionnels qui travaillent sur le terrain.

Il s'est heurté à des difficultés liées au manque de données probantes. Il y a peu d'information sur la pratique médicale au Québec, ce qui rend difficile l'évaluation de l'engagement des professionnels de la santé dans le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH et de l'application des normes de pratique, notamment en ce qui a trait à l'obtention du consentement libre et éclairé. L'avis est conséquemment limité sur ces aspects. Des recherches sur la pratique des professionnels de la santé en matière de dépistage auprès des populations vulnérables seraient souhaitables.

Les membres du comité sur les ITSS réunis le 26 janvier 2011 sont d'avis qu'il manque d'information sur la pratique médicale et infirmière actuelle en matière de dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH (offre, évaluation des risques, counseling, obtention du consentement libre et éclairé) au Québec, ce qui complique l'élaboration de recommandations pragmatiques et adaptées à la réalité. Ainsi, ils souhaitent recommander qu'un effort soit fait pour mieux connaître la pratique, et que les recommandations émises dans un avis s'adaptent par la suite à la réalité des pratiques[43].

10 SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS

Cette section présente les recommandations du sous-comité Optimiser le dépistage du VIH. Elles ont été adoptées par le CITSS.

Certaines recommandations sont de l'ordre du maintien des pratiques actuelles, alors que d'autres proposent de nouvelles mesures. Il est à noter que les recommandations émises le sont dans le contexte actuel de l'épidémie de l'infection par le VIH. Elles devront être adaptées en fonction des réalités émergentes, par exemple la modification des caractéristiques des populations touchées par l'infection ou l'intégration de nouvelles stratégies telle l'utilisation de la prophylaxie pré-exposition.

Les recommandations à appliquer en priorité selon le CITSS sont marquées d'un double astérisque, ou d'un triple astérisque pour une recommandation prioritaire de haute importance. Elles sont regroupées et présentées en conclusion.

10.1 OFFRE DE DÉPISTAGE

Attendu que :

- les données épidémiologiques actuelles sur le VIH montrent que l'épidémie est concentrée chez certains groupes à risque au Québec :
 - les HARSAH, les UDI et les personnes originaires de pays où l'infection par le VIH est endémique sont les populations les plus touchées au Québec,
 - les personnes incarcérées, les jeunes en difficulté, les femmes en situation de vulnérabilité et les personnes autochtones sont des populations vulnérables aux ITSS qui ont des contextes de vie pouvant faire en sorte que les facteurs de risque du VIH soient plus fréquents que dans la population générale;
- plusieurs personnes infectées par le VIH au Québec l'ignorent ou ont un diagnostic tardif, et ce, qu'elles appartiennent ou non à une population vulnérable aux ITSS;
- le groupe de partenaires est unanimement en faveur d'un dépistage ciblé en fonction des facteurs de risque définis par une évaluation de ces facteurs dans le contexte des soins de première ligne;
- le groupe de partenaires a proposé de réfléchir à la possibilité d'intensifier l'offre de dépistage dans certains milieux cliniques hautement fréquentés par les populations vulnérables.

Bien que :

- une offre élargie de dépistage puisse contribuer à diminuer la discrimination et la stigmatisation associées au fait de passer un test de dépistage de l'infection par le VIH.

Nous recommandons :

- de conserver, dans le contexte actuel, une offre de dépistage ciblée en fonction des facteurs de risque** :
 - intensifier le dépistage ciblé de l'infection par le VIH auprès des groupes à risque (HARSAH, UDI, personnes provenant de pays où l'infection par le VIH est endémique)**,
 - porter une attention particulière à l'évaluation des facteurs de risque chez les personnes incarcérées, les personnes autochtones, les jeunes en difficulté et les femmes en situation de vulnérabilité, telles que définies par la *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement*[3]**,
 - poursuivre la révision périodique des recommandations portant sur les ITSS à rechercher selon les facteurs de risque à la lumière des données épidémiologiques québécoises sur le VIH (facteurs de risque et populations vulnérables);
- d'élargir et de rehausser l'évaluation des facteurs de risque :
 - effectuer systématiquement l'évaluation sommaire des facteurs de risque chez l'ensemble de la population âgée de 14 à 65 ans :
 - o dans le cadre d'une évaluation périodique générale des habitudes de vie lors des consultations en première ligne, comme le recommande le Collège des médecins du Québec (examen médical périodique[4]),
 - o et dans le cadre de consultations pour des raisons associées à la santé sexuelle**;
- de considérer une offre de dépistage systématique dans les établissements susceptibles d'être fréquentés par les populations vulnérables;
- d'implanter des mesures visant à rehausser la vigilance des cliniciens par rapport au diagnostic différentiel des signes et symptômes associés à une primo-infection par le VIH et aux infections chroniques symptomatiques du VIH.

10.1.1 La fréquence de dépistage

Attendu que :

- une fréquence accrue de dépistage de l'infection par le VIH chez les personnes les plus à risque permettrait de détecter l'infection le plus tôt possible, dans la première année, chez celles qui en seraient atteintes;
- certaines personnes encourent plus de risques que d'autres de contracter une infection par le VIH à cause du degré de risque de leurs pratiques sexuelles ou de leur consommation de drogues, certaines étant à risque élevé (voir le *Tableau d'estimation du risque associé aux activités sexuelles*, annexe 4[148]), de la fréquence de leurs pratiques à risque et de la prévalence élevée du VIH dans certains groupes;
- les personnes qui prennent des risques de façon répétée ou continue pourraient, même si les résultats du test sont négatifs, être malgré tout séropositives, car elles pourraient avoir contracté l'infection depuis trop peu de temps pour que l'infection puisse être détectée;

- le *Complément québécois aux Lignes directrices canadiennes sur les ITS* (LDC-ITS) précise que, selon certains experts, le dépistage des ITSS doit être fait tous les six mois « lorsque les facteurs de risque sont présents de manière continue[49] »;
- le Complément québécois aux LDC-ITS recommande :
 - de déterminer la fréquence de dépistage en fonction du jugement clinique, et
 - de faire des interventions de dépistage plus fréquentes pour les personnes atteintes d'une ITSS à répétition et celles qui ont des partenaires sexuels multiples[49];
- les membres du sous-comité suggèrent de se fonder sur le *Tableau d'estimation du risque associé aux activités sexuelles* (annexe 4[148]) et le jugement clinique pour déterminer la fréquence du dépistage lorsqu'il y a prise de risque régulière.

Nous recommandons :

- d'offrir le test de dépistage de l'infection par le VIH au moins une fois par année aux HARSAH et à leurs partenaires sexuels, aux UDI et à leurs partenaires sexuels ou de consommation ainsi qu'aux partenaires sexuels des PVVIH;
- d'effectuer l'évaluation des facteurs de risque au moins une fois par année et d'offrir le test de dépistage de l'infection par le VIH en conséquence chez les populations vulnérables aux ITSS telles que définies par la *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement* (personnes incarcérées, jeunes en difficulté, femmes en situation de vulnérabilité, personnes autochtones[3]);
- d'offrir le test de dépistage de l'infection par le VIH plus fréquemment aux personnes chez qui les comportements à risque de transmission du VIH et autres ITSS sont présents de façon continue, idéalement tous les trois à six mois, et ce, qu'elles appartiennent ou non à une population vulnérable à l'infection par le VIH.

10.1.2 L'offre de dépistage aux femmes enceintes

Attendu que :

- les recommandations actuellement en vigueur du Programme d'intervention sur le VIH et la grossesse[5] sont efficaces^{aa};
- certains membres du groupe de partenaires craignent que le consentement ne soit pas toujours obtenu explicitement et de façon libre et éclairée.

^{aa} Les recommandations indiquent d'offrir un dépistage systématique à toutes les femmes enceintes et de répéter l'offre de dépistage pendant la grossesse si on note une nouvelle exposition ou la persistance d'un comportement à risque ou si le partenaire présente un facteur de risque, offre qui doit alors être répétée au besoin plus d'une fois et au minimum une fois vers la 28^e semaine de grossesse et au moment de l'accouchement.

Nous recommandons :

- de maintenir le *statu quo* quant à l'offre systématique de dépistage de l'infection par le VIH aux femmes enceintes, tant au moment de la première consultation prénatale que pendant la grossesse s'il y a présence de facteur de risque en cours de grossesse, tel que défini par le *Programme d'intervention sur le VIH et la grossesse*[5]**;
- de rappeler aux professionnels de la santé, périodiquement et au besoin, les principes de l'offre systématique de dépistage de l'infection par le VIH aux femmes enceintes, particulièrement à propos :
 - de l'importance d'avoir au dossier, au moment de l'accouchement, les résultats d'un ou de plusieurs tests de dépistage de l'infection réalisés pendant la grossesse,
 - de la nécessité d'obtenir un consentement libre et éclairé, et
 - du counseling approprié au dépistage pendant la grossesse;
- d'assurer que les laboratoires pourront rendre rapidement disponible le résultat d'un test de dépistage de l'infection par le VIH pour les femmes enceintes chez qui le test est effectué au moment de l'accouchement, au besoin en utilisant des trousses de dépistage rapide conformément aux recommandations émises par le CITSS et intégrées dans le Supplément du GQDITSS : *Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de la trousse de dépistage rapide*[7].

10.2 REJOINDRE LES POPULATIONS VULNÉRABLES AUX ITSS

Attendu que :

- plusieurs personnes qui présentent des caractéristiques correspondant à celles des populations vulnérables aux ITSS se heurtent à des barrières qui limitent leur recours au dépistage de l'infection par le VIH, barrières qui varient selon leur contexte de vie et leur problématique;
- plusieurs personnes qui présentent des caractéristiques correspondant à celles des populations vulnérables aux ITSS ont affirmé dans le cadre de divers projets de recherche être motivées à recourir au dépistage de l'infection par le VIH par plusieurs facteurs, qui varient selon leur contexte de vie et leur problématique;
- le travail de proximité ainsi que les interventions associant les membres d'une communauté sont des stratégies efficaces pour rejoindre les populations vulnérables qui fréquentent peu le réseau de la santé;
- l'utilisation des tests de dépistage rapide pourrait faciliter l'accès au dépistage de l'infection par le VIH pour les populations vulnérables.

Nous recommandons :

- de faciliter et d'encourager l'accès au dépistage de l'infection par le VIH pour les populations vulnérables aux ITSS, entre autres** :
 - par un accès rapide au dépistage de l'infection par le VIH,
 - par des plages horaires adaptées aux différentes caractéristiques des populations à rejoindre dans les cliniques de dépistage,

- en explorant la possibilité d'une offre de dépistage systématique dans les établissements susceptibles d'être fréquentés par les populations vulnérables aux ITSS,
- par un travail de proximité pour les clientèles vulnérables qui fréquentent peu ou pas les services de santé (jeunes de la rue, personnes autochtones, par exemple),
- en explorant les possibilités de dépistage en milieu communautaire,
- en adaptant les interventions aux différents besoins des différentes clientèles vulnérables,
- en formant les professionnels de la santé sur les caractéristiques et les besoins des populations vulnérables et en les outillant pour intervenir auprès de ces clientèles,
- par l'utilisation des trousse de dépistage rapide conformément aux recommandations du CITSS intégrées dans le Supplément du GQDITSS : *Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide des trousse de dépistage rapide*[7].

10.3 INTERVENTIONS CLINIQUES PRÉVENTIVES

10.3.1 Le counseling

Attendu que :

- le counseling préventif est une intervention pertinente dans le dépistage de l'infection par le VIH, car il favorise l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires et constitue un élément important du suivi des PVVIH tout en permettant de leur offrir un soutien;
- le groupe de partenaires propose d'abrégé le counseling général;
- le counseling varie selon besoins des différents sous-groupes de la population et des individus, l'évaluation des facteurs de risque, l'utilisation des services de santé et de la fréquence de dépistage;
- le type de counseling pouvant être offert de façon efficiente aux personnes varie selon le type de professionnel et le type de clinique;
- certains professionnels de la santé se heurtent à des obstacles organisationnels ou personnels dans le counseling;
- plusieurs professionnels déjà formés en counseling peuvent venir en aide aux médecins et aux infirmières pour cette étape du dépistage.

Nous recommandons :

- de rappeler la pertinence du counseling aux professionnels qui font du dépistage**;
- d'évaluer l'efficacité des différentes approches de counseling**;
- d'alléger et d'assouplir le counseling, à l'image de la proposition présentée à la figure 1 (section 8.3.1)**;
- de mettre en place des mesures pour soutenir les professionnels de la santé afin qu'ils adaptent leur counseling auprès des patients en fonction** :
 - des caractéristiques de la personne (origine ethnique, âge, par exemple),

- de l'évaluation des facteurs de risque,
- de l'utilisation des services de santé et de la fréquence de dépistage;
- d'adapter l'organisation des services de counseling en fonction** :
 - du type de professionnel de la santé : médecins, infirmières, professionnels psychosociaux et autres,
 - du type de clinique;
- d'outiller et de former les professionnels de la santé en counseling, notamment au sujet des stratégies visant à soutenir l'adoption de comportements sécuritaires pour éviter la transmission du VIH (entretien motivationnel, par exemple)**.

10.3.2 Le consentement libre et éclairé

Attendu que :

- l'obtention d'un consentement libre et éclairé est une obligation légale et déontologique pour effectuer un test médical;
- le groupe de partenaires considère que les éléments essentiels pour obtenir un tel consentement doivent être définis et largement diffusés;
- le groupe de partenaires reconnaît unanimement l'importance de distinguer le consentement éclairé du counseling préventif;
- les membres du sous-comité Optimiser le dépistage du VIH sont unanimement d'accord sur les quatre informations minimales à fournir aux patients recommandées par l'OMS et l'ONUSIDA (bénéfices, droit de refus, services offerts et importance de notifier les partenaires) pour obtenir un consentement libre et éclairé :
 - mais proposent une réflexion plus approfondie sur la nécessité d'intégrer aux éléments minimaux à expliquer aux patients pour obtenir un consentement éclairé l'obligation de dévoiler avoir passé un test de dépistage et la criminalisation du non-dévoilement d'un statut sérologique positif.

Nous recommandons :

- de prendre rapidement des mesures pour redéfinir et diffuser les informations minimales à fournir aux patients afin d'obtenir un consentement libre et éclairé :
 - sur la base d'une réflexion approfondie sur les enjeux éthiques et légaux des informations minimales à fournir à un patient pour obtenir un consentement libre et éclairé en tenant compte des réalités actuelles (stigmatisation et criminalisation)**.

10.3.3 Intervention préventive auprès des personnes infectées par le VIH et auprès de leurs partenaires (IPPAP-VIH)

Attendu que :

- les membres du sous-comité Optimiser le dépistage du VIH et du CITSS appuient les recommandations transmises au MSSS par le groupe de travail IPPAP-VIH (annexe 2), soit de :
 - « mettre sur pied un comité ou groupe de travail pour développer cette offre de soutien, selon des modalités semblables à celles retenues pour développer le Programme IPPAP-ITS (pour les ITS MADO) en s'assurant de la représentation de tous les partenaires concernés,
 - développer une offre de soutien pour l'IPPAP-VIH similaire à celle développée pour IPPAP-ITS (pour les ITS MADO) et que cette offre de soutien tienne compte des caractéristiques des différents sous-groupes de la population, des milieux d'intervention, des principes éthiques, et des principes généraux énoncés dans le rapport de la DSP de Montréal[180],
 - de s'assurer que les ressources humaines et financières nécessaires au déploiement de ces services soient disponibles[45] ».

Nous recommandons :

- de poursuivre les travaux du MSSS sur les recommandations précitées**.

10.4 CONTEXTE SOCIAL FAVORABLE AU DÉPISTAGE

Attendu que :

- la stigmatisation, la discrimination et la criminalisation peuvent contribuer à créer un contexte peu favorable au dépistage, à l'accès aux soins médicaux et psychosociaux associés à l'infection par le VIH et à la continuité de ces soins;
- plusieurs membres du groupe de partenaires estiment qu'il faut par conséquent faire preuve de prudence dans l'optimisation du dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH et travailler à créer des contextes favorables au dépistage;
- différentes stratégies de communication peuvent être mise en place pour promouvoir un contexte favorable au dépistage;
- l'amélioration du contexte social pour favoriser le dépistage de l'infection par le VIH n'est pas sous l'unique responsabilité du système de santé et de services sociaux, mais tributaire d'un ensemble de facteurs structurels, environnementaux et communautaires.

Nous recommandons :

- de prendre des mesures visant à contribuer à la création d'un contexte social favorable au dépistage, tant auprès des professionnels de la santé que de la population générale, par exemple :
 - la systématisation de la recherche des facteurs de risque, ou du moins des actions visant à faciliter la recherche de facteurs de risque,

- le soutien aux initiatives de mobilisation communautaire visant, entre autres, à inciter les populations vulnérables à passer un test de dépistage de l'infection par le VIH et à lutter contre les préjugés associés à l'infection et au dépistage**;
- le maintien et le développement des mesures ministérielles et interministérielles visant la lutte à la discrimination à l'égard des populations vulnérables et des personnes vivant avec le VIH et aux préjugés liés au dépistage.

10.5 ORGANISATION DES SERVICES

Attendu que :

- l'efficacité des recommandations visant l'optimisation du dépistage et du diagnostic de l'infection par le VIH est tributaire de l'organisation des services;
- des membres du groupe de partenaires consultés considèrent que l'organisation actuelle des services est préoccupante;
- les actions proposées par la *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le virus de l'hépatite C et les infections transmissibles sexuellement*[3] se heurtent à des difficultés de mises en œuvre;
- l'épidémie est concentrée chez les groupes vulnérables, dont certains sont difficiles à rejoindre et n'ont pas facilement accès aux services de première ligne;
- les différentes populations vulnérables vivent différentes problématiques;
- l'utilisation des trousse de dépistage rapide peut s'inscrire dans une stratégie globale et spécifique auprès des populations vulnérables aux ITSS visant à optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH, à réduire la transmission de l'infection et à accroître la prise en charge des personnes infectées;
- les efforts qui seront consentis à court terme pour inciter les personnes à risque à passer un test de dépistage auront comme conséquence d'augmenter la demande de tests, et qu'un plus grand nombre de personnes infectées auront un diagnostic d'infection par le VIH et auront besoin de soins (prise en charge clinique);
- l'intégration des pratiques cliniques préventives dans les services de première ligne est nécessaire pour optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH;
- la participation des partenaires non professionnels de la santé est utile dans l'optimisation du dépistage et du diagnostic de l'infection par le VIH, mais que leur intégration dans le réseau de la santé est un processus complexe;
- les membres du sous-comité ont rappelé l'importance d'adapter l'organisation des services en fonction de la situation épidémiologique et des besoins locaux.

Bien que :

- les services de santé et les services sociaux du Québec doivent faire face à de nombreux défis tant sur le plan financier que de la performance.

Nous recommandons :

- que le MSSS, les ASSS régionales, les CSSS et les centres hospitaliers rendent disponibles et récurrentes les ressources matérielles, humaines et financières nécessaires à l'application des recommandations proposées***;
- que le MSSS, les ASSS régionales, les CSSS et les centres hospitaliers mettent en place des mesures visant à :
 - assurer un accès optimal au dépistage de l'infection par le VIH, en particulier pour les populations vulnérables au VIH, entre autres avec les trousse de dépistage rapide,
 - optimiser l'accès aux soins, le suivi et la continuité des soins pour les PVVIH (par exemple en créant des corridors de services efficaces et des stratégies de suivi mieux adaptées à cette population),
 - promouvoir le dépistage de l'infection par le VIH effectué par les infirmières,
 - soutenir l'intégration des pratiques cliniques préventives à l'égard du VIH dans la pratique des professionnels de la santé de première ligne avec des stratégies jugées efficaces,
 - favoriser l'intégration des professionnels psychosociaux dans les interventions de dépistage lorsque le contexte le permet^{bb},
 - favoriser la participation des organismes communautaires aux activités de dépistage de l'infection par le VIH,
 - encourager le partage d'initiatives organisationnelles efficaces (parrainage des régions, par exemple)^{cc};
- que le MSSS, les ASSS régionales, les CSSS et les centres hospitaliers examinent quelles seront les répercussions de l'optimisation du dépistage et du diagnostic de l'infection par le VIH sur l'augmentation des demandes de prise en charge par les personnes qui auront reçu un diagnostic, et qu'ils adaptent en conséquence l'offre de service tout en maintenant les services aux autres clientèles.

10.6 AUTRES RECOMMANDATIONS ASSOCIÉES

D'autres recommandations découlent des recommandations précédentes. Elles concernent la création et la diffusion d'outils, les campagnes de communication, la formation et la recherche. Elles permettent de favoriser et de soutenir l'application des recommandations visant l'optimisation du dépistage et du diagnostic de l'infection par le VIH.

^{bb} Idéalement dans tous les services de soins de première ligne, mais de façon pragmatique, privilégier les SIDEPS, les cliniques jeunesse, les cliniques médicales multidisciplinaires et les cliniques médicales spécialisées en ITSS.

^{cc} Le Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, *L'épidémie silencieuse : les infections transmissibles sexuellement et le sang* (2010), propose des initiatives régionales en matière de lutte contre les ITSS. Les rapports annuels des directions de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et de la Montérégie (2010) proposent des initiatives locales en matière de lutte contre les ITSS :

Rapport du DNSP : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-228-02.pdf>

Montréal : http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/rapportannuel/2010/Rapportdudirecteur2010FR_ITSS.pdf

Montérégie : <http://www.santemonteregie.qc.ca/depot/document/832/publication.pdf>.

10.6.1 Création et diffusion d'outils

Nous recommandons :

- de poursuivre la création, la mise à jour et la diffusion d'outils adaptés à la pratique clinique en fonction des besoins des professionnels de la santé pour :
 - faciliter le dépistage de l'infection par le VIH dans les milieux cliniques généraux, par exemple :
 - o un outil simple et succinct expliquant le dépistage de l'infection par le VIH aux patients (facteurs de risque, types de test, fenêtre sérologique et intervention clinique préventive)**,
 - o un questionnaire standardisé auto-administré sur l'évaluation des risque à remplir par le patient avant une consultation médicale, disponible en salle d'attente ou sur Internet**;
 - faciliter la recherche des ITSS à dépister en fonction des facteurs de risque par les professionnels de la santé;
 - outiller les professionnels de la santé en counseling, notamment au sujet des stratégies visant à soutenir l'adoption de comportements sécuritaires pour éviter la transmission du VIH, par exemple à l'aide de dépliants, d'un petit guide et d'un court vidéo;
 - aider les professionnels de la santé à s'approprier les informations minimales à fournir et les étapes à respecter pour obtenir un consentement libre et éclairé selon les contextes : test de dépistage demandé par le client ou offert par le professionnel de la santé;
 - rappeler aux professionnels de la santé les principes de l'offre systématique de dépistage de l'infection par le VIH aux femmes enceintes définis dans le Programme d'intervention sur le VIH et la grossesse^{dd} et favoriser l'intégration de ces principes dans la pratique clinique;
- répertorier et évaluer des outils électroniques pour optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH (recherche des facteurs de risque, modes de notification aux partenaires, par exemple)**.

10.6.2 Stratégies de communication

Nous recommandons :

- de diffuser les recommandations présentées dans le présent avis par des activités de communication adaptées aux différents partenaires, à diverses instances;
- de mettre en œuvre des stratégies de communication ciblées visant à augmenter la vigilance des professionnels de la santé quant aux signes et symptômes d'une primo-infection et d'une infection chronique par le VIH;

^{dd} Les principes de base : importance d'avoir les résultats d'un ou de plusieurs tests de dépistage du VIH au dossier pour chaque grossesse; obtention d'un consentement libre et éclairé; counseling approprié.

- de poursuivre le développement de stratégies de communication visant la lutte à la stigmatisation associée à l'infection par le VIH, auprès :
 - de la population en général,
 - des professionnels de la santé,
 - des groupes à risque de contracter une infection par le VIH,
 - plus largement, des autres populations vulnérables aux ITSS;
- de poursuivre la création et la diffusion de stratégies de communication ciblées visant à encourager le dépistage de l'infection par le VIH en fonction des besoins pour les populations vulnérables aux ITSS.

10.6.3 Formation

Nous recommandons :

- de favoriser les apprentissages lors de la formation universitaire et du développement professionnel continu des professionnels de la santé, entre autres sur les sujets suivants :
 - la reconnaissance des signes et symptômes d'une primo-infection et d'une infection chronique par le VIH;
 - le counseling, notamment les stratégies visant à soutenir l'adoption de comportements sécuritaires pour éviter la transmission du VIH (entretien motivationnel, par exemple);
 - les ITSS;
 - les différentes populations vulnérables aux ITSS.

10.6.4 Recherche

Nous recommandons :

- d'élaborer des indicateurs pour suivre et faire le monitoring des activités de dépistage des ITSS effectuées par les professionnels de la santé au Québec (par exemple, opportunités manquées, taux de positivité des tests, adéquation avec les recommandations des lignes directrices, etc.).

CONCLUSION

Comme l'épidémie de l'infection par le VIH est concentrée chez les groupes à risque et les populations vulnérables au Québec, il n'apparaît pas pertinent de recommander un dépistage systématique auprès de toute la population adulte. Néanmoins, la proportion élevée de personnes séropositives qui ignoreraient leur statut justifie une systématisation de la recherche des facteurs de risque auprès de la population.

On constate que les groupes à risque ne sont pas suffisamment rejoints par l'offre de dépistage, et que l'organisation actuelle des services est encore mal outillée pour ce faire. Ainsi, il convient de travailler à élaborer des stratégies pour mieux rejoindre les populations vulnérables, à améliorer l'intervention clinique préventive, à contribuer à un contexte favorable au dépistage et à une organisation efficace des services. Afin de réellement optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH au Québec, il importe d'intégrer et de mobiliser les acteurs de la santé dans la lutte contre les ITSS. Par ailleurs, le Comité sur les ITSS souligne l'importance capitale de l'intégration des recommandations dans les plans d'action provincial (MSSS), régionaux (ASSS) et locaux (CSSS) afin de les transposer en actions.

À la lumière de ces constats, le comité sur les ITSS considère d'une priorité de la plus haute importance que :

- le MSSS, les ASSS régionales, les CSSS et les centres hospitaliers rendent disponibles et récurrentes les ressources matérielles, humaines et financières nécessaires à l'application des recommandations proposées.

À un second niveau d'importance, le sous-comité émet les recommandations prioritaires suivantes :

Sur l'offre de dépistage

- Conserver, dans le contexte actuel, une offre de dépistage ciblée en fonction des facteurs de risque :
 - intensifier le dépistage ciblé de l'infection par le VIH auprès des groupes à risque (HARSAH, UDI, personnes provenant de pays où l'infection par le VIH est endémique),
 - porter une attention particulière à l'évaluation des facteurs de risque chez les personnes incarcérées, les personnes autochtones, les jeunes en difficulté et les femmes en situation de vulnérabilité telles que définies par la *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement*[3];
- Élargir et rehausser l'évaluation des facteurs de risque :
 - effectuer systématiquement l'évaluation sommaire des facteurs de risque chez l'ensemble de la population âgée de 14 à 65 ans,
 - o dans le cadre d'une évaluation périodique générale des habitudes de vie lors des consultations en première ligne, comme le recommande le Collège des médecins du Québec (examen médical périodique),
 - o dans le cadre de consultations pour des raisons associées à la santé sexuelle.

Sur l'offre de dépistage aux femmes enceintes

- Maintenir le *statu quo* quant à l'offre systématique de dépistage de l'infection par le VIH aux femmes enceintes, tant au moment de la première consultation prénatale que pendant la grossesse s'il y a présence de facteurs de risque en cours de grossesse, tel que défini par le Programme d'intervention sur le VIH et la grossesse[5].

Sur les populations vulnérables aux ITSS

- Faciliter et encourager l'accès au dépistage de l'infection par le VIH pour les populations vulnérables aux ITSS.

Sur le counseling

- Rappeler la pertinence du counseling aux professionnels qui font du dépistage;
- Évaluer l'efficacité des différentes approches de counseling;
- Alléger et assouplir le counseling, à l'image de la proposition présentée à la figure 1 (section 8.3.1);
- Mettre en place des mesures pour soutenir les professionnels de la santé afin qu'ils adaptent leur counseling auprès des patients en fonction :
 - des caractéristiques de la personne (origine ethnique, âge, par exemple),
 - de l'évaluation des facteurs de risque,
 - de l'utilisation des services de santé et de la fréquence de dépistage;
- Adapter l'organisation des services de counseling en fonction :
 - du type de professionnel de la santé : médecins, infirmières, professionnels psychosociaux et autres, et
 - du type de clinique;
- Outiller et former les professionnels de la santé en counseling, notamment au sujet des stratégies visant à soutenir l'adoption de comportements sécuritaires pour éviter la transmission du VIH (entretien motivationnel, par exemple).

Sur le consentement libre et éclairé

- Prendre rapidement des mesures pour redéfinir et diffuser les informations minimales à fournir aux patients afin d'obtenir un consentement libre et éclairé :
 - sur la base d'une réflexion approfondie sur les enjeux éthiques et légaux des informations minimales à fournir à un patient pour obtenir un consentement libre et éclairé en tenant compte des réalités actuelles (stigmatisation et criminalisation).

Sur l'intervention préventive auprès des personnes infectées par le VIH et auprès de leurs partenaires (IPPAP-VIH)

- Poursuivre les travaux du MSSS sur l'application des recommandations du groupe de travail IPPAP-VIH.

Sur le contexte social

- Prendre des mesures pour soutenir les initiatives de mobilisation communautaire visant, entre autres, à inciter les populations vulnérables à passer un test de dépistage de l'infection par le VIH et à lutter contre les préjugés associés à l'infection et au dépistage.

Sur la création et la diffusion d'outils

- Poursuivre la création, la mise à jour et la diffusion d'outils adaptés à la pratique clinique en fonction des besoins des professionnels de la santé pour faciliter le dépistage de l'infection par le VIH dans les milieux cliniques généraux, par exemple :
 - un outil simple et succinct expliquant le dépistage de l'infection par le VIH aux patients (facteurs de risque, types de test, fenêtre sérologique et intervention clinique préventive);
 - un questionnaire standardisé auto-administré sur l'évaluation des facteurs de risque à remplir par le patient avant une consultation médicale, disponible en salle d'attente ou sur Internet.

RÉFÉRENCES

- (1) Bitera R, Fauvel M, Alary M, Parent R, Sylvain D, Hastie M. Programme de surveillance de l'infection (PSI) par le VIH au Québec cas cumulatifs 2002-2009. Québec: Institut national de santé publique du Québec; 2010.
- (2) Yang Q, Boulos D, Yan P, *et al.* Estimates of the number of prevalent and incident human immunodeficiency virus (HIV) infections in Canada, 2008. *Can J Public Health*; Nov. 2010; 101(6):486-90.
- (3) Ministère de la Santé et des Services sociaux. Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement - Orientations 2003-2009. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 2004.
- (4) Collège des médecins du Québec. Examen médical périodique de l'adulte. 2011.
- (5) Ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse. 2008.
- (6) Ministère de la Santé et des Services sociaux. Guide québécois de dépistage des ITSS. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 2006.
- (7) Fleury E, Laberge C, Béliveau C, Labbé A-C, Thiboutot C, Steben M. Guide québécois de dépistage, Supplément, Dépistage du VIH dans les points de services à l'aide des trousse de dépistage rapide. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 2010.
- (8) Organisation mondiale de la Santé et Programme commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA. Renforcer les services de santé pour combattre le VIH/sida. Guide sur le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé; 2007.
- (9) Agence de la santé publique du Canada. Centre de collaboration nationale sur les déterminants de la santé. Les déterminants de la santé; 2006.
- (10) Frolich K, Potvin L. The inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *Am J Public Health*; 2008; 98(2).
- (11) Office québécois de la langue française. Incidence. 2003.
- (12) Ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 2008.
- (13) de Villiers M-E. Multidictionnaire de la langue française. Quatrième ed. Montréal, Québec: 2006.
- (14) Office québécois de la langue française. Prévalence. 2007.

- (15) Imbleau M. Un portrait des services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (SIDEPS) 2004-2005. Institut national de santé publique du Québec; 2006.
- (16) Agence de la santé publique du Canada. Guidelines for HIV testing in Canada 2011; 2011.
- (17) Poirier A, Dontigny A. L'épidémie silencieuse, les infections transmissibles sexuellement et par le sang. Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 2010: Quatrième rapport sur l'état de santé de la population du Québec.
- (18) Agence de la santé publique du Canada. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, Les infections à VIH existantes au Canada : près du quart ne seraient pas diagnostiquées. Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada; Nov. 2007.
- (19) Bitera R, Alary M, Fauvel M, Parent R. Programme de surveillance de l'infection (PSI) par le VIH au Québec cas cumulatifs 2002-2007. Québec: Institut national de santé publique du Québec; Juin 2008.
- (20) Kitahata MM, Gange SJ, Abraham AG, *et al.* Effect of early versus deferred antiretroviral therapy for HIV on survival. *N Engl J Med* 30; Avr. 2009; 360(18):1815-26.
- (21) When To Start Consortium, Sterne JA, May M, *et al.* Timing of initiation of antiretroviral therapy in AIDS-free HIV-1-infected patients: a collaborative analysis of 18 HIV cohort studies. *The Lancet*; 2009; 373(9672):1352-63.
- (22) Vernazza P, *et al.* Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. *Bulletin des médecins suisses*; 2008; 89(5):165-9.
- (23) Brenner BG, Roger M, Routy JP, *et al.* High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 infection. *J Infect Dis.*; 1 avr. 2007; 195(7):951-9.
- (24) 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*; 26 Jun 2006; 20(10):1447-50.
- (25) Ministère de la Santé et des Services sociaux. Plan stratégique 2010-2015. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2010.
- (26) Archibald C. Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Québec en 2008. Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada; Oct. 2009.

- (27) Bitera R, Fauvel M, Alary M, Parent R. Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec : mise à jour des données au 30 juin 2010. Institut national de santé publique du Québec; 2010.
- (28) Lapointe N, Samson J, Boucher M. Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse. CHU Sainte-Justine; 2009.
- (29) Lavoie E, Alary M, Remis RS, *et al.* Determinants of HIV seroconversion among men who have sex with men living in a low HIV incidence population in the era of highly active antiretroviral therapies. *Sexually transmitted disease* Jan. 2008; 35(1):25-9.
- (30) Lambert G, Cox J, Trottier G., *et al.* ARGUS 2005 : Sommaire de l'enquête sur l'infection au 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 de Montréal ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH). Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec, Agence canadienne de santé publique, 2006.
- (31) Lambert G, Cox J, Miangotor Y, *et al.* ARGUS 2008-2009 : Faits saillants de l'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. ARGUS 2008. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; Institut national de santé publique du Québec; Agence de la santé publique du Canada; 2011.
- (32) Parent R, Alary M, Morissette C, Roy E, Leclerc P, Allard P. Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogues par injection, réseau I-Track SurvUDI, épidémiologie du VIH de 1995 à 2008, épidémiologie du VHC de 2003 à 2008. Institut national de santé publique du Québec; Juin 2009.
- (33) Bruneau J, Zang G, ak-Nachawait H. Infection par le VIH et le VHC chez les personnes qui font usage de drogues par injection au Québec : résultats de la cohorte Saint Luc. Montréal: Sommet épidémiologique, Institut national de santé publique du Québec, 2008.
- (34) Roy E. Les ITSS chez les jeunes de la rue. Montréal : Sommet épidémiologique, Institut national de santé publique du Québec, 2004.
- (35) Adrien A, Leaune V, Remis RS, *et al.* Migration and HIV: an epidemiological study of Montrealers of Haitian origin. *Int J STD AIDS*; Avr. 1999; 10(4):237-42.
- (36) Service correctionnel du Canada. Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens. Service correctionnel du Canada; 2000.
- (37) Dufour A., Alary M., Allard F., *et al.* Prevalence and risk behaviours for HIV infection among inmates of provincial prison in Québec City. *AIDS*; 1996; 10(9):1009-15.
- (38) Poulin C, Alary M, Lambert G, *et al.* Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Quebec provincial prisons. *CMAJ*; 31 Jul 2007; 177(3):252-6.

- (39) Macrisopoulos P. Séance de remue-ménages pour le sous-comité Optimiser le dépistage du VIH. Montréal. Institut national de santé publique du Québec; 17 avr. 2007.
- (40) Fleury E, Dugué A. Compte-rendu de la rencontre du groupe de partenaires « Optimiser le dépistage du VIH » le 30 janvier 2009. Montréal. Institut national de santé publique du Québec.
- (41) Fleury E, Dugué A. Compte-rendu de la rencontre du groupe de partenaires « Optimiser le dépistage du VIH » le 9 décembre 2009. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
- (42) Drouin M-C. Compte-rendu de la rencontre du sous-comité « Optimiser le dépistage du VIH » le 21 octobre 2010. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
- (43) Drouin M-C, Dugué A. Procès-verbal de la rencontre du comité sur les ITSS le 26 janvier 2011. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
- (44) Drouin M-C. Procès-verbal de la rencontre du comité sur les ITSS le 14 juin 2011. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
- (45) Groupe de travail IPAPP-VIH. Proposition d'un groupe de travail sur l'intervention préventive auprès des personnes infectées par le VIH et leurs partenaires (IPAAP-VIH). Document de travail. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009.
- (46) Ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme québécois sur l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires. Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 2004.
- (47) Centre canadien d'information sur le VIH/sida. Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida (2005-2010). Association canadienne de santé publique; 2011.
- (48) Agence de la santé publique du Canada. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement, édition 2008. Agence de la santé publique du Canada; 2008.
- (49) Laberge C, Steben M, Labbé A-C, Fortin C, Parent R, Babin C. Complément québécois, Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement, Édition 2006. Québec : Institut national de santé publique du Québec; 2007.
- (50) Ministère de la Santé et des Services sociaux. Liste des services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS. Ministère de la santé et des services sociaux; 2011 : http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/index.php?listes_centres_depistages.

- (51) Santé 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; 2009.
- (52) Laboratoire de santé publique du Québec. Programme québécois de diagnostic de l'infection par le VIH. Sérodiagnostic et virologie-statistiques 2009. Institut national de santé publique du Québec; 2009.
- (53) Agence de la santé publique du Canada. Vers un renouvellement des approches de dépistage et de counseling en matière de VIH au Canada, Document inédit.
- (54) Fleury E. Compte-rendu de la rencontre du groupe de partenaires « Optimiser le dépistage du VIH » le 13 juin 2007. Compte-rendu de rencontre. Institut national de santé publique du Québec, 2007.
- (55) Drouin M-C. Compte-rendu de la rencontre du sous-comité « Optimiser le dépistage du VIH » le 14 décembre 2010. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
- (56) Programme commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA et Organisation mondiale de la Santé. Déclaration de politique de l'OMS/l'ONUSIDA sur les tests VIH. Genève: Juin 2004.
- (57) Lines R. Lutte au VIH dans nos prisons : trop peu, trop tard. Rapport d'étape. Réseau juridique canadien VIH-sida; 2002.
- (58) Elford RW, MacMillan HL, Wathen CN, The Canadian Task Force on Preventive Health Care Counseling for Risky Health Habits. A Conceptual Framework for Primary Care Practitioners. London : Canadian Task Force; Nov. 2001.
- (59) Institut national de santé publique du Québec. Étude sur la prévalence du VIH et de l'hépatite C chez les personnes incarcérées au Québec et pistes pour l'intervention. Institut national de santé publique du Québec; 2005.
- (60) Fleury E, Dugué A. Compte-rendu de la rencontre du groupe de partenaires « Optimiser le dépistage du VIH » le 14 janvier 2008. Montréal: Institut national de santé publique du Québec.
- (61) Villeneuve C. Démarche de l'Agence de la santé publique du Canada pour l'élaboration d'un cadre stratégique sur le dépistage du VIH (résultats de deux volets de la consultation électronique). Rencontre du groupe de partenaires « Optimiser le dépistage du VIH » le 9 décembre 2009. Montréal: Institut national de santé publique du Québec.
- (62) Réseau juridique canadien VIH/sida. Test de sérodiagnostic du VIH, Le test requis et le test obligatoire. 2007.
- (63) Agence de la santé publique du Canada. Test de dépistage du VIH et la consultation: politique en transition? Rapport de recherche rédigé pour le Dialogue international sur la santé publique concernant les tests de dépistage du VIH et la consultation. Toronto: Agence de la santé publique du Canada; 16 août 2006.

- (64) Association canadienne des compagnies d'assurances de personne. Consultation auprès de Claude Di Stasio, vice-présidente, affaires québécoises. 2011.
- (65) Beaulieu M, McColeman D, Adrien A, Comité consultatif sur les attitudes envers les PVVIH. Enquête populationnelle: Stigmatisation des personnes vivant avec le VIH au Québec. Outils-nous. Montréal; 2011.
- (66) R. c. Williams, 2003 CSC 41; 2 R.C.S. 134, Cour suprême du Canada, (2003).
- (67) R. c. Cuerrier, 2 R.C.S. 371, Cour suprême du Canada, (1998).
- (68) Programme commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA. Criminalisation de la transmission du VIH. 2011.
- (69) Société canadienne du sida et Réseau juridique canadien VIH/sida. La divulgation de la séropositivité au VIH et le droit criminel au Canada : répondre aux questions des médias et du public. 2011.
- (70) Traoré I, Cazale L. Qui n'a pas un médecin de famille au Québec. Institut de la statistique du Québec, 2008.
- (71) Cloutier R, Michaud E, Boulanger L, Dion M. Plan de travail 2010-2011/2011-2012 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; 21 sept. 2010.
- (72) Valiquette G, Perreault M, Lahaie C. Perspective des personnes utilisatrices de drogues par injection sur l'adéquation des services de santé. Compte-rendu des focus groups auprès d'utilisateurs drogues injectables (UDI). Québec: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 2007.
- (73) Groulx S. L'intégration des pratiques cliniques préventives. Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives. Québec: ministère de la Santé et des Services sociaux; 2007.
- (74) Burke RC, Sepkowitz KA, Bernstein KT, *et al.* Why don't physicians test for HIV? A review of the US literature. AIDS; 31 juill. 2007; 21(12):1617-24.
- (75) Alary M, Godin G. Bilan analytique des initiatives de la santé et de prévention des infections transmissibles sexuellement et du VIH : volet prévention secondaire. Sondage sur les pratiques cliniques en matière de diagnostic, prévention, dépistage et counseling de la gonorrhée et de la chlamydia auprès des omnipraticiens québécois. Université Laval, Institut national de santé publique du Québec; 2004.
- (76) Centre québécois de coordination sur le sida. Recommandations du comité consultatif MTS quant aux directives de dépistage des MTS des lignes directrices canadiennes pour les MTS, Édition 1998. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux; 1999.

- (77) Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH sida. Lignes directrices canadiennes pour le MTS, édition 1998. Agence de la santé publique du Canada; 1998.
- (78) Elford RW. Changing patterns of sexual behaviour in the era of highly active antiretroviral therapy. *Current Opinion in infectious diseases*; 2006; 19(21):26.
- (79) Alary M, Remis RS, Otis J, équipe de l'étude OMEGA. Tendance de l'incidence du VIH et des comportements sexuels dans la cohorte OMÉGA (HARSAH) à Montréal, 1996-2003. In : Montréal, ed. Sommet épidémiologique, Institut national de santé publique du Québec; 2008.
- (80) George C, Alary M, Otis J, *et al.* Nonnegligible increasing temporal trends in unprotected anal intercourse among men who have sexual relations with other men in Montreal. *J Acquir Immune Defic Syndr*; Mars 2006; 41(3):365-70.
- (81) Emond G, Ghayas F., Otis J, Girard M-E., SPOT Project Research Team. SPOT-Montreal, a rapid HIV testing intervention for MSM in a community setting attracts a high proportion of MSM born outside of Canada. Canada, Saskatoon: Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research (CAHR); 2010.
- (82) Emond G, Otis J, Blais M, SPOT Project Research Team. MSM not previously tested for HIV: baseline data from the SPOT Project. Canada, Toronto: Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research (CAHR); 2011.
- (83) Otis J. SPOT, Une place pour faire le point : Où en sommes-nous? Montréal; 2010.
- (84) Lambert G. Tendances du dépistage du VIH chez les hommes montréalais ayant des relations sexuelles avec des hommes. ARGUS 2005 et 2008-9. Présentation dans le cadre de la 15^e rencontre régulière du Comité sur les ITSS : Institut national de santé publique du Québec, 2011.
- (85) Thomas R. Présentation des résultats de la campagne « Fais-toi tester- Test de détection rapide du VIH ». 13^e rencontre régulière du CITSS, Institut national de santé publique du Québec, 2010.
- (86) Comité d'orientation des États Généraux HARSAH. Actions proposées pour la prévention de l'infection par le VIH-SIDA et des autres ITS chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Rapport des États-Généraux sur la prévention de l'infection par le VIH-SIDA et des autres ITS chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2009.
- (87) Haig T, Thiboutot C, Émond G, *et al.* Promoting new HIV testing options to MSM in Montreal: SPOT's communications Campaign. Saskatoon, Canada 2010.
- (88) Lorenc T, Merrero-Guillamon I, Aggleton P, Cooper C, Lehmann A, Lindsay C. Promoting the uptake of HIV testing among men who have sex with men: systematic review of effectiveness and cost-effectiveness. *Sexually transmitted infections*; 2011; 87(4).

- (89) Rosser BRS, West W, Weinmeyer R. Are Gay Communities Dying or Just in Transition? Results from an International Consultation Examining Possible Structural Change in Gay Communities. *AIDS Care*; 2008; 20(5):588-95.
- (90) Otis J, Girard M-E, Alary M, *et al.* Drogues, sexe et risques dans la communauté gaie montréalaise: 1997-2003. *Drogues, santé et société*; 2006; 45(2):161-97.
- (91) Weinrich JD. Strange Bedfellows: Homosexuality, Gay Liberation and the Internet. *Journal of Sex Education & Therapy, Special Issue: Sexuality and the Internet 1997*; 22(1):58-66.
- (92) Lévy JJ, Engler K, Frigault L-R, Léobon A. Les usages sociosexuels d'Internet dans une population gaie francophone au Québec. In: D. Julien et J.J. Lévy, ed. *Homosexualités : Variations régionales*. Québec: Presses de l'Université du Québec; 2007:201-18.
- (93) Bolding G, Davis M, Sherr L, Hart G, Elfrod J. Use of Gay Sites and Views about Online Health Promotion Among Men Who Have Sex with Men. *AIDS Care*; 2004; 16(8):993-1001.
- (94) Noar SM, Black HG, Pierce LB. Efficacy of Computer Technology-based HIV Prevention Interventions: a Meta-analysis. *AIDS*; 2009; 23:107-15.
- (95) Dumas J, Otis J, Lévy JJ, Séguin C. Évaluation de RÉZO, un programme interactif de prévention du VIH sur internet. Montréal: Action Séro Zéro; 2007.
- (96) Rhodes SD, Kenneth C, Hergenrather L, Yee L, Ramsey B. Comparing MSM in the Southeastern United States who participated in an HIV Prevention Chatroom-Based Outreach Intervention and those who did not: How Different are the Baseline HIV-Risk Profiles? *Health Education research*; 2008; 23:180-90.
- (97) Cohall. AT, Dini S, Senathirajah Y, *et al.* Feasibility of using computer-assisted interviewing to enhance HIV test counseling in community settings. *Public Health Report*; 2008; 123(supplément 3):70-7.
- (98) Noël L, Laforest J, Allard P. Usage de drogue par injection et interventions visant à réduire la transmission du VIH et du VHC. *Revue systématique de la littérature et validation empirique*. Institut national de santé publique du Québec; 2007.
- (99) Leclerc P. De la surveillance à l'intervention : l'évolution de la situation des personnes du Québec - Données du réseau SurvUDI : Institut national de santé publique du Québec; 2010.
- (100) Comité conseil sur la prévention du VIH et du VHC chez les personnes utilisatrices de drogues. Actions proposées pour la prévention du VIH-sida et de l'hépatite C chez les personnes utilisatrices de drogues. Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2009.
- (101) Filion A-M, Perreault ML, Lahaie C. Perspective des jeunes personnes utilisatrices de drogues injectables sur l'adéquation des services de santé. *Compte-rendu des groupes de discussion*; 2006.

- (102) RAPSIM, Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal. Comprendre l'itinérance; 2003.
- (103) Oransky M, Fisher CB, Mahadevan M, Singer M. Barriers and opportunities for recruitment for nonintervention studies on HIV risk : perspectives of street drug users. *Subst Use Misuse*; 2009; 44(11):1642-59.
- (104) Gurthie M, Têtu I. Pratiques cliniques de la prévention des ITSS auprès des femmes UDI. Longueuil : 25^{ième} rencontre nationale des intervenants en promotion de la santé et en prévention des ITSS auprès des personnes UDI : Santé des femmes UDI : intervenir autrement?, 2011.
- (105) Bailey SL, Ouellet LJ, Mackesy-Amiti ME, *et al.* Perceived risk, peer influences, and injection partner type predict receptive syringe sharing among young adult injection drug users in five U.S. cities. *Drug and Alcohol Dependence*; 2007; 91(supplément 1):S18-S29.
- (106) Citoyenneté et Immigration Canada. Examens médicaux. 2010.
- (107) Lépine V. Trousses d'outils pour la prévention et le soutien auprès des Québécois d'origine haïtienne. Québec. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; Gap-Vies; COCQ-Sida; 2008.
- (108) James L. Manuel de prévention du VIH : outil des fournisseurs de services servant les communautés africaines et caribéennes vivant au Canada, partie 1. CACVO. Centre de santé communautaire Women's Health in Women's Hands; 2006.
- (109) Lawson E, Gardezi F, le stigma study. Comment les personnes d'origine africaine et caribéenne de Toronto vivent et réagissent face à la stigmatisation, le déni, la peur et la discrimination liés au VIH. Résumé du rapport. CACVO. Centre de santé communautaire Women's Health in Women's Hands; 2008.
- (110) Gardezi F, Calzavara L, Husbands W, *et al.* Experiences of and responses to HIV among African and Caribbean communities in Toronto, Canada. *AIDS Care*; Juill. 2008; 20(6):718-25.
- (111) Adrien A, Bien Aimé M, Fournier F, Tannenbaum T. Les Montréalais d'origine haïtienne et le contrôle de la tuberculose et de l'infection au VIH. Québec : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre; 2001.
- (112) ORSG. Connaissance et freins en matière de dépistage du VIH/SIDA chez les primo-migrants originaires d'Haiti et du Surinam vivant en Guyane. Déc. 2003.
- (113) Joseph G, Adrien A, Trembay C, Leclerc P. Les infections transmises sexuellement et par le sang chez les Québécois d'origine haïtienne : surveillance biologique et comportementale-2^e édition. Montréal: Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010.
- (114) Santé Québec, Clarkson M, Eustache R. La santé c'est la richesse. Enquête Santé Québec auprès de la communauté haïtienne, rapport de la phase 1. Montréal, ministère de la Santé et Services sociaux. Gouvernement du Québec; 1997.

- (115) Leaune V. Stratégies d'adaptation au risque d'infection au VIH chez les jeunes femmes d'origine haïtienne. Une réalité multidimensionnelle et dynamique. In : Lévy JJ, Maisonneuve D, Bilodeau H, Garnier C, eds. Québec : Presses de l'Université du Québec; 2003:77-92.
- (116) Beaulieu M, Vouma JIL, Adrien A. Facteurs de risque aux infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les jeunes Québécois d'origine haïtienne : étude exploratoire. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 2011.
- (117) Remis R, Fikre M. L'épidémie du VIH/SIDA chez les personnes originaires des pays où le VIH est endémique en Ontario, 1981-2002. Département de santé publique. Université de Toronto; 2003.
- (118) Dieudonné I. Intervenir auprès de la clientèle d'origine haïtienne dans le cadre de la protection de la jeunesse. Les Centres jeunesse de Montréal; 1996.
- (119) Trottier G, Fernet M, Pelletier R, et al. Les expériences de vie des femmes séropositives depuis l'avènement des nouvelles thérapies contre le VIH/sida. Rapport de recherche; 2005.
- (120) Petroll AE, DiFranceisco W, McAuliffe TL, Seal DW, Kelly JA, Pinkerton SD. HIV testing rates, testing locations, and healthcare utilization among urban African-American men. J Urban Health; Janv. 2009; 86(1):119-31.
- (121) Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Dépistage du VIH/sida chez la personne migrante/étrangère. Repères pour votre pratique. 2011.
- (122) Mimiaga MJ, Reisner SL, Bland S, et al. Health system and personal barriers resulting in decreased utilization of HIV and STD testing services among at-risk black men who have sex with men in Massachusetts. AIDS patient Care; 2009; 23(10):825-35.
- (123) Betteridge G, Dias G. Temps dur : programmes de prévention du VIH et de l'hépatite C pour les détenus au Canada. Réseau juridique canadien VIH/sida et Réseau d'action et de soutien pour les prisonniers et prisonnières vivant avec le VIH/sida (PASAN); 2007.
- (124) Service correctionnel du Canada. Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens. Rapport du système de surveillance des maladies infectieuses du service correctionnel du Canada. 2003.
- (125) Statistique Canada. L'incarcération des Autochtones dans les services correctionnels pour adultes. Le Quotidien; 21 juill. 2009.
- (126) Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. Adapter nos interventions à la réalité autochtone. Le cercle de l'espoir, CSSSPNQL et Santé Canada; 2003.

- (127) Mill JE, Jackson RC, Worthington CA, *et al.* HIV testing and care in Canadian Aboriginal youth: a community based mixed methods study. *BMC Infect Dis*; 7 oct. 2008; 8:132.
- (128) Bucharski D, Reutter LI, Ogilvie LD. "You need to know where we're coming from": Canadian Aboriginal women's perspectives on culturally appropriate HIV counseling and testing. *Health Care Women Int*; Sept. 2006; 27(8):723-47.
- (129) Worthington C, Jackson R, Mill J, Prentice T, Myers T, Sommerfeldt S. HIV testing experiences of Aboriginal youth in Canada: service implications. *AIDS Care*; Oct. 2010; 22(10):1269-76.
- (130) Orchard TR, Druyts E, McInnes CW, *et al.* Factors behind HIV testing practices among Canadian Aboriginal peoples living off-reserve. *AIDS Care*; Mars 2010; 22(3):324-31.
- (131) Matiaton S. Le test du sérodiagnostic du VIH et la confidentialité, la question autochtone. Document de travail. Deuxième édition. Réseau juridique canadien VIH-sida; 1999.
- (132) Tjepkema, M. La santé des Autochtones vivant hors réserve. Supplément au rapport sur la santé. Statistique Canada; 2002.
- (133) Ministère de la Santé et des Services sociaux. Analyse différenciée selon les sexes dans le secteur de la santé et des services sociaux. Guide-mémoire. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 2010.
- (134) Mensah, MN. Travail du sexe. 14 réponses à vos questions. Stella; Université du Québec à Montréal, service aux collectivités; 2007.
- (135) Dorais M, Lajeunesse SL. Intimité à vendre : comment devient-on travailleur du sexe? *Sociologie et société De l'intimité/Intimacy: Several Issues*; 2003; 35(2):121-38.
- (136) Mongeon F, Nguyet NM, Otis J, Racine-Venne T. Forum régional sur l'intervention auprès des travailleuses du sexe de Laval. Rapport d'activités. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux; 2005.
- (137) Rézo. Programmes et services : Travailleurs du sexe. REZO; 2011; <http://www.rezosante.org/programme-travailleur-du-sexe.html>.
- (138) Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, *et al.* Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *MMWR Recomm Rep*; 22 sept. 2006; 55(RR-14):1-17.
- (139) Haute autorité de santé. Recommandations en santé publique. Dépistage de l'infection par le VIH en France, Modalités de réalisation des tests de dépistage; 2008.
- (140) Ministère de la Santé et des Sports. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. République française; Nov. 2010.

- (141) British HIV Association, British Association of Sexual Health and HIV British Infection Society. UK National Guidelines for HIV testing 2008. British HIV Association; 2008.
- (142) Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses. Dépistage régulier du VIH (avec droit de refus). Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses; Juin 2008.
- (143) Réseau juridique canadien VIH/sida. L'évolution de la technologie et des politiques relatives au test du VIH au Canada. Réseau juridique canadien VIH/sida, 2007.
- (144) Organisation mondiale de la Santé et Programme commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA. Publication par l'OMS et l'ONUSIDA d'un nouveau guide sur le conseil et le dépistage du VIH dans les établissements de soins. 2007.
- (145) Pisani E, Garnett GP, Grassly NC, *et al.* Back to basics in HIV prevention: focus on exposure. *BMJ*; 21 juin 2003; 326(7403):1384-7.
- (146) Ministère de la Santé et des Services sociaux. Tableau ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés (à titre indicatif). Mise à jour mars 2010. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2010:47.
- (147) Fairley CK, Sze JK, Vodstrcil LA, Chen MY. Computer-assisted self interviewing in sexual health clinics. *Sex Transm Dis* 2010 Nov.; 37(11):665-8.
- (148) Ministère de la Santé et des Services sociaux. Tableau d'estimation du risque selon l'activité sexuelle. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2011.
- (149) Otis J, Lévy JJ, Drouin M. « Putting Theory into Action: Prevention Programs in Canada ». In *Social Work and HIV: the Canadian Experience*. Oxford University Press, 1998:24-59.
- (150) Holt M. Rapid HIV Testing: A Literature Review. Australian Federation of AIDS organizations; 2009.
- (151) Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales. Infection par le VIH: vers de nouvelles stratégies pour le dépistage et la prévention. Paris: 2008.
- (152) Broadhead RS, Heckathorn DD, Weakliem DL. Harnessing peer networks as an instrument for AIDS Prevention: Results from peer-driven intervention. *Public Health Reports* 1998; 113(supplement 1):42-57.
- (153) Kelly JA, St Lawrence JS, Stevenson LY, *et al.* Community AIDS/HIV risk reduction: the effects of endorsements by popular people in three cities. *Am J Public Health*; Nov. 1992; 82(11):1483-9.
- (154) Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for social network testing; A community-based strategy for identifying persons with undiagnosed HIV infection. Interim guide for HIV counseling testing and referral programs; 2005.

- (155) Paquin P, Perrault A. Cadre de référence pour le travail de proximité en Montérégie. Direction de santé publique. Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie; 2001.
- (156) Lévy JJ, Dumas J, Thoër C, Ryan B, Léobon A. « Internet et santé des minorités sexuelles au Canada : une étude exploratoire ». Santé publique 2009; 21, hors-série:53-63.
- (157) Wright S, Ryder N, McNulty AN. HIV Results by Phone: Can We Predict Who Will Test HIV-Negative? Sexual Health; 2011; 7(4):417-9.
- (158) Bush MR, William H, Fairley CK. HIV is rare among low-risk heterosexual men and significant potential savings could occur through phone results. Sex Health; 2011; 7(4):495-7.
- (159) Long EF, Brandeau ML, Owens DK. The cost-effectiveness and population outcomes of expended HIV screening and antiretroviral treatment in the United States. Original research Annals of internal medicine; 2010; 153(12):778-89.
- (160) Weinhardt L.S., Carey M.P., Johnson B.T., Bickham N.L. Effects of HIV counseling and testing on sexual risk behavior: a meta-analytic review of published research, 1985-1997. Am J Public Health 1999; 89:1397-405.
- (161) Fox J., Whitw D.J., Macdonald N., Weder J.*et al.* Risk reductions in HIV transmission risk behaviour following diagnosis of primary HIV infection: a cohort of high risk men who have sex with men. HIV medicine; 2009; 10:432-8.
- (162) Semaan S., Neumann M.S., Hutchins K., Hoyt D'Anna L., Kamb M.L. Brief counseling for reducing sexual risk and bacterial STIs among drug users-Results from project RESPECT. Drug and Alcohol Dependences; 2010; 106:7-15.
- (163) Kamb M.L., Fishbein M., Douglas J.M.*et al.* Efficacy of risk reduction counselling to prevent human immunodeficiency virus and sexually transmitted diseases: a randomized trial. JAMA; 1998; 280(13):1161-7.
- (164) Holtgrave D., McGuire J. Impact of Counseling in Voluntary Counseling and Testing Programs for Persons at Risk for or Living with HIV Infection. Clinical Infectious Diseases; 2007; 45:S240-S243.
- (165) Cohan D., Gomez E., Greenberg M., Washington S., Charlebois E.D. Patient perspectives with abbreviated versus standard pre-test HIV counseling in the prenatal setting: a randomized-controlled, non-inferiority trial. PLoS One 2009; 4(4).
- (166) Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing People for Change (2nd ed.).New York: Guilford Press, 2002.
- (167) Wolfers M.E., de Wit J.B., Hospers H.J., Richardus J.H., de Zwart O. Effects of a short individually tailored counseling session for HIV prevention in gay and bisexual men receiving Hepatitis B vaccination. BMC Public Health; 2009; 9(255).

- (168) Kuyper L., de Wit J., Heijman T., Fennema H., van Bergen J., Vanwesenbeeck I. Influencing Risk Behavior of Sexually Transmitted Infection Clinic Visitors: Efficacy of a New Methodology of Motivational Preventive Counseling. *AIDS Patient Care and STDs*; 2009; 23(6).
- (169) À propos de SPOT. Projet SPOT; 2009 : <http://www.spotestmontreal.com>.
- (170) Levine D, Woodruff AJ, Mocello AR, Lebrija J, Klausner JD. inSPOT: The first online STD partner notification system using electronic postcards. *PLOS Medecine*; 2008; 5(10):1428-31.
- (171) Rietmeijer C, Westergaard B, Mickiewicz T, Richardson D. Evaluation of an online partner notification program. *Sexually transmitted disease*; 2011; 38(12):359-64.
- (172) Organisation mondiale de la Santé, Programme commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA. Models for Implentation and Strategies for scaling of VCT Services. Harare, Zimbabwe, WHO/UNAIDS Technical Consultations on Voluntary HIV Counseling and Testing; 2001.
- (173) Vidanapathirana J., Abramson M.J., Forbes A., Fairley C. Mass Media Intervention for Promoting HIV Testing (Review). The Cochrane Collaboration, Cochrane Database of Systematic Review; 2005. Report No.: 3.
- (174) Fleury E, Dugué A. Procès-verbal de la rencontre du Comité ITSS le 9 juin 2009. Montréal: Institut national de santé publique du Québec.
- (175) Fleury E, Dugué A. Procès-verbal de la rencontre du Comité ITSS le 11 février 2010. Montréal: Institut national de santé publique du Québec.
- (176) Rogers J. Raising the standards in sexually transmitted infection services. *Journal of Family Health Care* 2010; 20(6):184-6.
- (177) Provost M-H, Cardinal L, Moreault L, Pineau R, Direction régionale de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques: revue de la littérature. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007:82-3.
- (178) Conseil national du sida. Rapport suivi de recommandations de l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France; 16 nov. 2006.
- (179) Ministère de la Santé et des soins de longue durée. Directives sur le dépistage du VIH et la consultation. Ontario: 2008.
- (180) Adrien A., Turcotte N.*et al.* Projet pilote d'un service de soutien à l'identification, au counseling et à l'éducation des partenaires d'une personne infectée par le VIH (SER-VIH). Montréal: Unité des maladies infectieuses, CUSM; 2000.

ANNEXE 1

LISTE DES PERSONNES CONSULTÉES

LISTE DES PERSONNES CONSULTÉES

Personnes consultées	Consultations			
	Séance de remue-ménages (17 avril 2007)	Rencontre des partenaires (30 janvier 2009)	Rencontre des partenaires (9 décembre 2009)	Validation des recommandations finales (juin 2011)
Alix Adrien, DSP région 06	✓	✓		✓
Michel Alary, Université Laval				✓
France Alarie, CPAVIH	✓			
Mylène Arsenault, ASSS Laval				✓
Caroline Babin, INSPQ	✓			
Jean-Guy Baril, Clinique Quartier-Latin	✓			✓
Roxanne Beauchemin, Cactus Montréal		✓		
Marianne Beaulieu, Université de Montréal				✓
Claire Béliveau, Hôpital Maisonneuve-Rosemont	✓			
Guyline Belizle, DSP Mauricie		✓		
Patrick Berthiaume, SLITSS, MSSS			✓	
Joëlle Bianco, CSSS Jeanne-Mance			✓	
Éric Bigirimana, INSPQ			✓	
Raphaël Bitera, INSPQ	✓	✓		
Louise de la Boissière, ASSS région 16			✓	
Anne-Marie Bourgeault, LSPQ, INSPQ	✓			
Lynda Bouthillier, MSSS		✓	✓	
Bluma Brenner, projet SPOT		✓		
Anne Bruneau, INSPQ			✓	✓
Suzanne Carrière, CSSS Jeanne-Mance			✓	
Pier-Luc Chouinard, MIELS				✓
Christiane Claessens, LSPQ, INSPQ	✓	✓		
Pauline Clermont, DSP région 08	✓	✓		
Richard Cloutier, SLITSS, MSSS			✓	
Patricia Connolly, Hôpital Sainte-Justine				✓
Pierre Côté, Clinique du Quartier-Latin	✓			

LISTE DES PERSONNES CONSULTÉES (SUITE)

Personnes consultées	Consultations			
	Séance de remue-ménages (17 avril 2007)	Rencontre des partenaires (30 janvier 2009)	Rencontre des partenaires (9 décembre 2009)	Validation des recommandations finales (juin 2011)
Diane Deslauriers, Stella		✓		
Katherine Dinner, ASPC	✓			
Solange Dion, CSSS Ahunatic			✓	
Marc Dionne, INSPQ		✓	✓	
André Dontigny, MSSS		✓		✓
Gilbert Émond, Université Concordia			✓	
Micheline Fauvel, LSPQ, INSPQ	✓			
Évelyne Fleury, INSPQ		✓	✓	✓
Claude Fortin, CHUM	✓			
Brigitte Fournier, DSP région 12	✓			✓
Marc-André Gaudreau, ASPC	✓	✓		✓
Claude Gauthier, DSP région 01				✓
Danielle Gélinas, région 08				✓
Lise Guérard, SLITSS, MSSS	✓	✓	✓	
Françoise Gendron, DSP région 05				✓
Marie-Anésie Harerimana, CRISS	✓			
Joseph Jean-Gilles, GAP-VIES		✓	✓	✓
Cécile Kazatchkine, Réseau juridique canadien VIH/sida				✓
Annie-Claude Labbé, Hôpital Maisonneuve-Rosemont		✓	✓	✓
Claude Laberge, SLITSS, MSSS	✓	✓	✓	✓
Claire Lahaie, INSPQ			✓	
Gilles Lambert, DSP région 06	✓	✓		✓
Cathy Latham-Carmanico, ASPC				✓
René Lavoie, COCQ-SIDA	✓			
Jenny-Ingrid Lebounga-Vouma, INSPQ		✓		

LISTE DES PERSONNES CONSULTÉES (SUITE)

Personnes consultées	Consultations			
	Séance de remue-ménages (17 avril 2007)	Rencontre des partenaires (30 janvier 2009)	Rencontre des partenaires (9 décembre 2009)	Validation des recommandations finales (juin 2011)
Bernard Lessard, INSPQ		✓		
Julie Lessard, CSSS Ahunatic		✓		
Louis Letellier de St-Just, avocat	✓	✓		
Michael Libman, Hôpital Général de Montréal	✓			
Danièle Longpré, clinique l'Actuel			✓	✓
Panagiota Macrisopoulos, INSPQ	✓			
Nicole Marois, INSPQ	✓			
Carole Mc Connery, CSSS Gatineau				✓
Martine Morin, SLITSS, MSSS	✓			
Jacques Moisan, CSSS Jeann-Mance		✓		
Ken Monteith, COCQ-Sida		✓	✓	✓
Léonie Mvumbi Mambu, Université de Sherbrooke			✓	
Raymond Parent, INSPQ	✓	✓	✓	✓
Lise Pineault, COCQ-Sida	✓			
Danièle Poirier, CLSC Haute-Ville		✓	✓	
Sarah Raymond, ASSS région 13				✓
Robert Rousseau, Rézo			✓	
Stéphane Roy, INSPQ		✓	✓	
Johanne Samson, Hôpital Ste-Justine	✓			
Alexandre St-Denis, DSP région 13		✓		
Marc Steben, INSPQ	✓	✓	✓	✓
Mark-Andrew Stephan, ASSS région 13				✓
Diane Sylvain, LSPQ, INSPQ				✓
Lise Tanguay, CSSS des Premières Nations		✓		
André Tardif, MIELS-Québec		✓		
Claire Thiboutot, INSPQ		✓	✓	

LISTE DES PERSONNES CONSULTÉES (SUITE)

Personnes consultées	Consultations			
	Séance de remue-ménages (17 avril 2007)	Rencontre des partenaires (30 janvier 2009)	Rencontre des partenaires (9 décembre 2009)	Validation des recommandations finales (juin 2011)
Réjean Thomas, clinique l'Actuel				✓
Marie-Carole Toussaint, SLITSS, MSSS		✓	✓	✓
François Tremblay, Université de Montréal		✓	✓	
Christine Villeneuve, ASPC			✓	

ANNEXE 2

**RECOMMANDATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL
SUR L'INTERVENTION PRÉVENTIVE AUPRÈS
DES PERSONNES INFECTÉES PAR LE VIH ET
AUPRÈS DE LEURS PARTENAIRES (IPPAP-VIH)**

RECOMMANDATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL SUR L'INTERVENTION PRÉVENTIVE AUPRÈS DES PERSONNES INFECTÉES PAR LE VIH ET AUPRÈS DE LEURS PARTENAIRES (IPPAP-VIH)

Les recommandations émises par le groupe de travail IPPAP-VIH ont été appuyées par les membres du CITSS et ont été acceptées par le MSSS.

CONSIDÉRANT QUE :

- « la pertinence d'une offre de soutien à l'IPPAP-VIH a été démontrée depuis longtemps et qu'il s'agit plutôt de s'assurer que l'offre sera adaptée aux différents contextes, sous-cultures, réalités locales, croyances religieuses, barrières linguistiques, etc., et de favoriser une collaboration soutenue des cliniciens de première ligne[45] »;
- les membres du sous-comité Optimiser le dépistage du VIH ont endossé la proposition du groupe de travail de remettre directement leurs recommandations au SLITSS du MSSS plutôt que de l'inscrire dans les réflexions du sous-comité Optimiser le dépistage du VIH.

LE GROUPE DE TRAVAIL IPPAP-VIH RECOMMANDE^{ee} :

- de « mettre sur pied un comité ou un groupe de travail pour développer une offre de soutien pour l'IPPAP-VIH, selon des modalités semblables à celles retenues pour développer le Programme IPPAP-ITS (pour les ITS MADO) en s'assurant de la représentation des partenaires concernés;
- de développer une offre de soutien pour l'IPPAP-VIH similaire à celle développée pour IPPAP-ITS (pour les ITS MADO) et que cette offre de soutien tienne compte des caractéristiques des différents sous-groupes de la population, des milieux d'intervention, des principes éthiques, et des principes généraux énoncés dans le rapport SER-VIH de la DSP de Montréal[180];
- de s'assurer que les ressources humaines et financières nécessaires au déploiement de ces services soient disponibles[45] ».

^{ee} La COCQ-SIDA a souligné que :

- « Bien que l'IPPAP-VIH et l'intervention auprès des personnes infectées ne prenant pas les précautions nécessaires pour éviter de transmettre le VIH (3PN) puissent être traités par un seul et même groupe de travail, ces deux éléments comportent des enjeux spécifiques et doivent être analysés de façon distincte;
- Les enjeux en lien avec l'accès à l'information devraient être au cœur des préoccupations du groupe de travail;
- Les enjeux en lien avec la criminalisation de l'exposition et la transmission du VIH et les mesures visant à éviter son exacerbation doivent également être pris en considération ».

ANNEXE 3

TABLEAU DES ITSS À RECHERCHER SELON LES FACTEURS DE RISQUE DÉCELÉS (À TITRE INDICATIF)

Tableau 1 - ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés (à titre indicatif)

FACTEURS DE RISQUE	ITSS À RECHERCHER					
	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	Infection gonococcique	Syphilis	Infection par le VIH	Hépatite B ¹	Hépatite C
<i>La personne qui a eu des relations sexuelles non protégées avec une personne appartenant à l'un ou l'autre des groupes 2 à 7 ou au groupe 11 devrait se soumettre aux mêmes analyses que si elle faisait partie de ce groupe. Cela ne s'applique généralement pas pour l'hépatite C, dont la transmission sexuelle est faible.</i>						
Critères sociodémographiques et facteurs liés aux comportements sexuels						
1. Personne de moins de 25 ans sexuellement active sans autre facteur de risque	✓					
2. Personne ayant eu plus de deux partenaires sexuels au cours des deux derniers mois ou plus de cinq partenaires au cours de la dernière année ou un partenaire anonyme au cours de la dernière année	✓	✓	✓	✓	✓	
3. Personne ayant eu une relation sexuelle avec un partenaire originaire d'une région où les ITS ou le VIH sont endémiques	✓	✓	✓	✓	✓	
4. Personne originaire d'une région où le VIH est endémique				✓	✓	
5. Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes	✓	✓	✓	✓	✓	
6. Travailleur ou travailleuse du sexe	✓	✓	✓	✓	✓	
7. Jeune de la rue	✓	✓	✓	✓	✓	
Antécédents médicaux						
8. ITSS antérieure						
a. Personne ayant contracté une infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> , répéter le dépistage six mois plus tard	✓					
b. Personne ayant contracté une infection gonococcique, répéter le dépistage six mois plus tard	✓	✓				
c. Personne ayant contracté une infection gonococcique, une syphilis, une infection par le VIH, une hépatite B ou une hépatite C ² au cours de la dernière année ³	✓	✓	✓	✓	✓	✓ ⁴
Grossesse⁵						
9. Femme demandant une interruption de grossesse	✓	✓				
10. Femme enceinte						
a. Bilan prénatal de base chez toutes les femmes enceintes	✓	✓	✓	✓	✓	
b. Répéter le dépistage ⁶ si on note une nouvelle exposition ou la persistance d'un comportement à risque ou si le partenaire présente un facteur de risque	✓	✓	✓	✓	✓	
Exposition à du sang ou à d'autres liquides biologiques						
11. Utilisateur de drogues par injection ou par inhalation				✓	✓	✓
12. Exposition à du sang ou à d'autres liquides biologiques potentiellement infectés (tatouage ou perçage dans des conditions non stériles, exposition en milieu de travail)				✓	✓	✓
13. Personne ayant subi des procédures (chirurgicales ou autres) avec du matériel contaminé dans des régions du monde où la prévalence de ces infections est élevée				✓	✓	✓
14. Transfusion de sang ou de produits sanguins, greffe de cellules, de tissus ou d'organe				✓ ⁸	✓ ⁸	✓ ⁸
Autre						
15. Personne demandant un dépistage après un counseling prétest, même en l'absence de facteur de risque avoué	✓	✓	✓	✓	✓	✓

1. À moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Au Québec, un programme de vaccination universelle s'adressant aux élèves de 4^e année du primaire est en place depuis 1994. Se référer au *Protocole d'immunisation du Québec* pour renseignements supplémentaires.

2. S'il s'agit d'une hépatite C, rechercher le VHB et le VIH.

3. S'il s'agit d'une infection à *Chlamydia trachomatis*, d'herpès génital ou d'une infection par le virus du papillome humain, considérer les autres facteurs de risque pour déterminer les ITSS à rechercher.

4. Rechercher le VHC seulement si la personne est infectée par le VIH ou s'il s'agit d'une infection contractée par voie sanguine.

5. Le dépistage est recommandé compte tenu des complications importantes possibles pouvant affecter la santé de la femme, l'issue de la grossesse ou la santé du nouveau-né.

6. Répéter le dépistage, au besoin plus d'une fois et au minimum une fois vers la 28^e semaine de grossesse et au moment de l'accouchement.

7. Consulter les guides portant sur la prophylaxie post-exposition.

8. Au Québec, avant 1970 pour le VHB; avant octobre 1985 pour le VIH; avant avril 1992 pour le VHC. Pour connaître les recommandations précises en matière de biovigilance, consulter la Direction de santé publique de son territoire.

Adapté de : *Complément québécois aux Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, édition 2006, produit par l'INSQP, 2007

Mars 2010

47

Tableau tiré de : MSSS. Guide québécois de dépistage des ITSS. www.msss.gouv.qc.ca, section Professionnels, rubrique Publication/outils.

ANNEXE 4

TABLEAU D'ESTIMATION DU RISQUE ASSOCIÉ AUX ACTIVITÉS SEXUELLES

ESTIMATION DU RISQUE ASSOCIÉ AUX ACTIVITÉS SEXUELLES

Estimation du risque selon l'activité sexuelle

N.B. Nous ne traitons pas ici de la gale ni des morpions, qui se transmettent non seulement par contact sexuel mais aussi par contact étroit direct.

ACTIVITÉS SEXUELLES	NIVEAUX DE RISQUE
Baiser avec échange de salive (french kiss)	• Risque élevé de transmission de l'herpès en cas de lésions¹ ; • Risque faible de transmission des infections transmissibles par le sang² si la salive contient du sang³, mais aucune évidence de risque si la salive n'en contient pas ; • Risque de transmission de la syphilis si la région buccale de la personne infectée présente des lésions ; • Aucune évidence de risque pour les autres infections transmissibles sexuellement (ITS).
Masturbation en solitaire ; Frottement corps contre corps⁴ ; Masturbation du partenaire ou par le partenaire (sans utiliser de sécrétions génitales comme lubrifiant) ; Utilisation d'un jouet sexuel sans le partager⁵ ; Contact d'une partie du corps dont la peau est saine avec de l'urine, des matières fécales, du sang, des sécrétions vaginales ou du sperme	• Risque élevé de transmission de l'herpès¹ et du VPH⁶ en cas de contact direct avec les lésions ; • Risque faible d'auto-inoculation de l'herpès (quand une personne a des lésions herpétiques, l'infection peut s'étendre, par contact direct ou indirect, à d'autres parties de son corps) ; • Risque de transmission de la syphilis primaire ou secondaire lorsque la personne infectée présente des lésions et que la peau de son partenaire n'est pas intacte ; • Aucune évidence de risque de transmission des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).
Contact des muqueuses oculaires ou nasales avec du sperme ou des sécrétions vaginales	• Risque faible de transmission aux yeux (causant une conjonctivite) de l'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>, de l'infection gonococcique et de l'herpès en cas de contact des muqueuses oculaires avec les sécrétions génitales ou les lésions d'une personne infectée (auto-inoculation ou inoculation du partenaire à partir des mains ou d'un jouet sexuel contaminés, ou par contact direct avec la zone génitale ou les lésions) ; • Risque négligeable de transmission du VHB, du VHC et du VIH quand les sécrétions génitales ne contiennent pas de sang ; • Risque de transmission du VPH non exclu ; • Aucune évidence de risque de transmission de la syphilis.
Fellation donnée <i>Estimation du risque pour la personne qui suce ou lèche un pénis</i>	• Risque élevé de transmission de l'herpès¹ si le pénis présente des lésions ; • Risque élevé de transmission de la syphilis si le pénis présente un chancre ; • Risque faible de transmission du VIH, de l'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> et de l'infection gonococcique ; • Risque négligeable de transmission du VHB et du VHC quand les sécrétions génitales ne contiennent pas de sang ; • Risque de transmission du VPH⁶.
RELATION ORALE NON PROTÉGÉE Risque augmenté quand la personne qui reçoit le pénis dans la bouche présente des lésions de la muqueuse buccale (portes d'entrée du virus) ; risque augmenté aussi quand le pénis présente des lésions (possibilité de présence de sang). L'éjaculation hors de la bouche réduit le risque mais ne l'élimine pas (le liquide pré-éjaculatoire peut être contaminé).	

ACTIVITÉS SEXUELLES		NIVEAUX DE RISQUE
RELATION ORALE NON PROTÉGÉE	Fellation reçue <i>Estimation du risque pour l'homme dont le pénis est sucé ou léché</i>	• Risque élevé de transmission de l'infection gonococcique si la personne qui donne la fellation est atteinte d'une infection pharyngée ; • Risque élevé de transmission de l'herpès¹ si la bouche présente des lésions ; • Risque élevé de transmission de la syphilis si la bouche présente un chancre ; • Risque négligeable de transmission du VIH, du VHC et du VHB, qui pourrait augmenter quand la personne qui donne la fellation présente des lésions de la muqueuse buccale (risque de présence de sang) ou en cas de lésions au pénis (portes d'entrée du virus)³ ; • Risque de transmission du VPH⁶ et de l'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> si la personne qui donne la fellation est atteinte d'une infection buccale ou pharyngée.
	Cunnilingus donné <i>Estimation du risque pour la personne qui lèche le clitoris, la vulve, le vagin</i> Cunnilingus reçu <i>Estimation du risque pour la femme qui se fait lécher le clitoris, la vulve, le vagin</i>	• Les risques sont les mêmes que ceux qu'entraîne une fellation non protégée. Toutefois, dans le cas d'un cunnilingus donné, le risque de transmission du VIH, du VHB et du VHC est plus élevé pendant les menstruations.
	Anilingus (contact bouche-anus) <i>Estimation du risque pour les deux partenaires</i>	• Risque négligeable de transmission du VIH et du VHC ; • Risque de transmission, pour la personne qui lèche l'anus, du VHA et des autres infections qui se transmettent par voie fécale-orale ; • Risque de transmission du VHB pour la personne dont l'anus est léché³ ; • Risque de transmission du VPH⁶, de la syphilis et de l'herpès¹, surtout en cas de lésions.
	Relation orale protégée (fellation avec condom, cunnilingus avec barrière de latex ou anilingus avec barrière de latex)	• Risque généralement négligeable de transmission d'une ITS ; • Risque de transmission de l'herpès ou du VPH⁶, car des lésions peuvent se situer à l'extérieur de la zone couverte.
Pénétration vaginale ou anale non protégée (pénis → vagin ou pénis → anus)		• Risque élevé de transmission des ITSS autres que le VHC ; • Risque faible de transmission du VHC.
Risque présent même si la relation est interrompue avant l'éjaculation. Risque élevé associé à la pénétration anale, pour les deux partenaires ² .		
Pénétration vaginale ou anale protégée par un condom (pénis → vagin ou pénis → anus)		• Risque faible de transmission des ITS (à cause du risque de bris du condom) ; • Risque de transmission de l'herpès ou du VPH⁶, car des lésions peuvent se situer à l'extérieur de la zone couverte par le condom.
Le niveau de risque indiqué correspond à une utilisation constante et adéquate du condom. Une utilisation inadéquate entraîne une diminution de l'efficacité de la protection, entre autres parce qu'elle fait augmenter les risques de bris ⁴ ; le risque de transmission est alors plus élevé.		

1 S'il n'y a pas de lésions, il peut tout de même se produire une excrétion virale asymptomatique ; le risque de transmission correspond alors à la catégorie de risque inférieure à celle qui est indiquée.

2 Les infections transmissibles par le sang sont l'infection par le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C.

3 Certaines situations sont particulièrement susceptibles de provoquer un saignement des muqueuses : soins dentaires, brossage des dents, lésions buccales, maladies des gencives, etc. Il est prudent d'envisager que du sang soit mêlé à la salive dans de tels contextes, même si le sang ne se voit pas. Il est recommandé d'attendre trente minutes après des pratiques d'hygiène dentaire ou des soins dentaires afin de faire diminuer la possibilité de la présence de sang dans la salive.

4 Excluant le frottement des organes génitaux.

5 L'utilisation d'un jouet sexuel peut causer une inflammation ou des micro-lésions aux muqueuses et favoriser la contamination si l'activité sexuelle est suivie d'une pénétration vaginale ou anale non protégée.

6 Il existe plusieurs types de virus du papillome humain ; certains d'entre eux causent des condylomes alors que d'autres sont associés à des cancers anogénitaux ou oropharyngés.

7 Le fait d'être le partenaire qui fait la pénétration n'offre aucune protection fiable, car des fissures ou des lésions très petites sur le pénis peuvent permettre au virus d'entrer dans l'organisme. La transmission peut aussi se produire, de façon directe, par la muqueuse de l'urètre ou par le prépuce. C'est pourquoi le niveau de risque est élevé pour les deux partenaires.

Activités sexuelles selon l'estimation du risque

Dans le tableau suivant, chaque niveau de risque est celui qui correspond à la majorité des infections susceptibles d'être transmises au cours des activités sexuelles indiquées. Pour les aspects spécifiques de certaines infections ou activités, veuillez consulter le tableau présentant l'estimation du risque selon l'activité sexuelle.

NIVEAU DE RISQUE	ACTIVITÉS SEXUELLES
Aucune évidence de risque de contracter une ITSS	• Abstinence ; • Baiser avec échange de salive, s'il n'y a pas de sang ou de lésions, sauf pour l'herpès ; • Masturbation en solitaire ; • Masturbation par une autre personne sans utiliser de sperme ou de sécrétions vaginales comme lubrifiant ; • Sperme, sécrétions vaginales, sang, urine ou matières fécales reçus sur une peau saine ; • Massage, touchers, caresses par une autre personne, frottement corps contre corps¹, s'il n'y a pas de sang ou de lésions, sauf pour l'herpès et le VPH ; • Utilisation non partagée d'un jouet sexuel².
Risque négligeable	• Relation orale protégée par un condom (fellation) ou une barrière de latex (cunnilingus), sauf pour l'herpès et le VPH ; • Relation ano-digitale ; • Sperme, sécrétions vaginales, urine (contenant du sang) ou matières fécales (contenant du sang) reçus sur une peau qui n'est pas intacte.
Risque faible	• Relation orale non protégée, sauf en cas de lésions dans la bouche, d'infection pharyngée ou de lésions sur les organes génitaux du partenaire³ ; • Sécrétions génitales dans les yeux⁴ ou contact direct de zones infectées avec les yeux ; • Pénétration vaginale (pénis → vagin) ou anale (pénis → anus) protégée par un condom, sauf pour l'herpès et le VPH ; Le niveau de risque correspond ici à une utilisation constante et adéquate du condom. Une utilisation inadéquate entraîne une diminution de l'efficacité de la protection, entre autres parce qu'elle fait augmenter les risques de bris ; le risque de transmission est alors plus élevé. • Frottement des organes génitaux sans pénétration (vulve contre vulve, arrimage), sauf pour la syphilis, l'herpès et le VPH en cas de contact direct avec des lésions⁵.
Risque élevé	• Pénétration anale⁶ (pénis → anus) ou vaginale (pénis → vagin) non protégée⁷ ; • Partage d'un jouet sexuel.
Risque (sans précision du niveau)	• Anilingus (contact bouche-anus)⁸.

¹ Excluant le frottement des organes génitaux.

² L'utilisation d'un jouet sexuel peut causer une inflammation des muqueuses ou des micro-lésions sur celles-ci. Ceci peut favoriser la contamination si elle est suivie d'une pénétration vaginale ou anale non protégée.

³ Risque négligeable de transmission du VHB et du VHC pendant une fellation ou un cunnilingus.

⁴ Risque négligeable pour le VIH, le VHB et le VHC.

⁵ Risque négligeable pour le VIH et le VHC.

⁶ Le fait d'être le partenaire qui fait la pénétration n'offre aucune protection fiable, car des fissures ou des lésions très petites sur le pénis peuvent permettre au virus d'entrer dans l'organisme. La transmission peut aussi se produire, de façon directe, par la muqueuse de l'urètre ou par le prépuce. C'est pourquoi le niveau de risque est élevé pour les deux partenaires.

⁷ Risque faible en ce qui concerne la transmission du VHC.

Précisions sur les niveaux de risque	
Aucune évidence de risque À notre connaissance, aucune des pratiques ne présentant pas d'évidence de risque n'a entraîné l'ITSS dont il est question. Il n'y a pas de potentiel de transmission puisque les conditions de base ne sont pas réunies. Potentiel de transmission.....aucun Preuves de transmission..... aucune Risque négligeable Toutes les activités présentant un risque négligeable comportent un potentiel de transmission de l'ITSS dont il est question. Pour le VIH, le risque est lié à l'échange de liquide organique – comme du sperme (y compris du liquide pré-éjaculatoire), des sécrétions vaginales, du sang ou du lait maternel. Pour le VHC, le risque est lié à l'échange de sang. Pour les autres ITSS, selon l'infection, le risque est lié à l'échange de liquide organique – comme du sperme (y compris du liquide pré-éjaculatoire), des sécrétions vaginales, du sang ou de la salive (pour le VHB seulement) – ou au contact avec l'agent infectieux (ex : lésion herpétique ou excrétion virale asymptomatique). Cependant, la faible quantité de liquide ou de virus et le médium d'échange semblent permettre de limiter grandement le risque de transmission. À notre connaissance, aucun cas confirmé d'infection n'a été lié à ces activités. Potentiel de transmission.....oui Preuves de transmission..... aucune	Risque faible Toutes les activités présentant un faible risque comportent un potentiel de transmission de l'ITSS dont il est question. Pour le VIH, le risque est lié à l'échange de liquide organique – comme du sperme (y compris du liquide pré-éjaculatoire), des sécrétions vaginales, du sang ou du lait maternel. Pour le VHC, le risque est lié à l'échange de sang. Pour les autres ITSS, selon l'infection, le risque est lié à l'échange de liquide organique – comme du sperme (y compris du liquide pré-éjaculatoire), des sécrétions vaginales, du sang ou de la salive (pour le VHB seulement) – ou au contact avec l'agent infectieux (ex : lésion herpétique ou excrétion virale asymptomatique). D'ailleurs, des cas d'infection ont été attribués à ces activités (généralement dans des études de cas ou des rapports anecdotiques et dans des conditions bien définies). Potentiel de transmissionoui Preuves de transmission.....oui (dans certaines conditions) Risque élevé Toutes les activités présentant un risque élevé comportent un fort potentiel de transmission du VIH, car elles donnent lieu à un échange de liquide organique – comme du sperme (y compris du liquide pré-éjaculatoire), des sécrétions vaginales, du sang ou du lait maternel. Pour le VHC, le risque est lié à l'échange de sang. Pour les autres ITSS, selon l'infection, le risque est lié à l'échange de liquide organique – comme du sperme (y compris du liquide pré-éjaculatoire), des sécrétions vaginales, du sang ou de la salive (pour le VHB seulement) – ou au contact avec l'agent infectieux (ex : lésion herpétique ou excrétion virale asymptomatique). Un nombre important d'études scientifiques ont démontré un lien entre ces activités et l'infection dont il est question. Dans certains cas, seules quelques études ont démontré ce lien, mais les experts considèrent que le niveau de risque est élevé. Même dans les cas où le mécanisme précis de transmission n'est pas encore tout à fait compris, les études permettent de conclure que ces activités comportent un risque élevé. Potentiel de transmission.....oui Preuves de transmission..... oui Risque (sans précision du niveau) Des cas d'infection ont été attribués à l'activité en question dans les sources consultées, mais les renseignements fournis ne permettent pas de préciser si le risque est faible ou élevé.
Les documents suivants ont servi de base à la rédaction du présent outil :	• Société canadienne du sida, La transmission du VIH : Guide d'évaluation du risque, 5e édition, [Ottawa], la Société, 2005, 72 p. • Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Fiche 4 : Activités sexuelles selon le niveau de risque, Direction de la santé publique, Longueuil, l'Agence, 2007 (fiche adaptée de l'aide-mémoire A du Protocole d'intervention : Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004). • King K. Holmes et coll., Sexually Transmitted Diseases, 4e édition, [s. l.], McGraw-Hill, 2008, 2166 p. Il n'y a pas eu de revue systématique de la littérature. Le comité scientifique sur les ITSS de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a contribué à la validation scientifique des renseignements présentés dans ce document.

Source : www.msss.gouv.qc.ca, section Publication/Intervention préventive relative aux ITSS/Estimation du risque associée aux activités sexuelles.

ANNEXE 5

**OUTIL D'AIDE À LA RÉFLEXION SUR DES PROBLÈMES
D'ÉTHIQUE SOULEVÉS PAR L'OBTENTION DU CONSENTEMENT
AU DÉPISTAGE DE L'INFECTION PAR LE VIH**

**Outil d'aide à la réflexion sur des problèmes éthiques
soulevés par l'obtention du consentement au dépistage du VIH**

Michel Désy, conseiller en éthique, Secrétariat général et communications

**OUTIL D'AIDE À LA RÉFLEXION SUR DES PROBLÈMES ÉTHIQUES
SOULEVÉS PAR L'OBTENTION DU CONSENTEMENT AU DÉPISTAGE DU VIH¹**

Le présent document se veut essentiellement un outil pour stimuler et soutenir la réflexion sur certains des aspects éthiques du consentement au dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Il vise à circonscrire et expliciter des détails quant à l'information à donner préalablement au dépistage et quant au type de consentement requis et a été conçu en réponse aux préoccupations formulées par le sous-comité *ad hoc* Optimiser le dépistage du VIH, relevant du Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Il est important de spécifier ce que le présent document ne cherche pas à faire, c'est-à-dire identifier et défendre une position particulière qui ferait office de réponse de l'éthique aux problèmes soumis.

Les préoccupations telles que formulées par le sous-comité *ad hoc* sont présentées en introduction aux deux sections suivantes. La première partie porte sur la façon dont le test de dépistage est présenté à la personne concernée, ici l'*opting-in* et l'*opting-out*. Plus particulièrement, sont présentés les avantages et désavantages liés à ces deux options, les considérations éthiques qui en découlent et les éléments de contexte qui peuvent en faire varier la portée. La deuxième partie porte sur le moment – avant ou après le test lui-même – où l'intervenant devrait dévoiler à la personne testée l'information sur le caractère criminel de la transmission du VIH en connaissance de cause. De la même manière que dans la première section, les différentes options en présence, les considérations éthiques découlant de la question et les éléments contextuels pertinents seront tour à tour présentés.

Q1. Préoccupations face aux formes du consentement :

Quels sont les avantages et les risques à préconiser l'obtention du consentement par opt-in versus par opt-out?

Est-ce que les risques dépassent les avantages pour chacune des formes d'obtention du consentement?

Ce ratio avantages/risques varie-t-il selon la situation dans laquelle le test est effectué?

Est-ce que les patients risquent un préjudice lors d'un consentement en opting-out? Quelles actions pourraient être alors effectuées pour minimiser ces risques?

1. Options de l'offre de dépistage

1.1. Opting-in

L'*opting-in* se réfère au consentement éclairé sous sa forme standard. Ceci implique que la personne passant le test soit renseignée sur ses avantages et inconvénients, comprenne les renseignements donnés, ne soit pas contrainte de le passer et que l'intervenant soit disposé à répondre aux questions qu'elle soulève. L'avantage de l'*opting-in* est de protéger l'autonomie de

¹ France Filiatrault, coordonnatrice à l'éthique, et Marie-Claude Drouin, coordonnatrice du Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (CITSS), ont collaboré à la rédaction de ce texte.

**Outil d'aide à la réflexion sur des problèmes éthiques
soulevés par l'obtention du consentement au dépistage du VIH**

Michel Désy, conseiller en éthique, Secrétariat général et communications

la personne visée. En effet, le choix de procéder au dépistage est explicitement remis entre les mains de la personne concernée qui aura à sa disposition l'information requise pour prendre sa décision et n'est nullement, d'une manière ou d'une autre, contrainte de passer le test. Le désavantage de l'*opting-in*, d'un point de vue de santé publique, est de positionner explicitement le refus comme étant une option qu'une personne raisonnable pourrait choisir et, ainsi, de diminuer la probabilité qu'une personne soit testée. De cette façon, la recherche de consentement explicite peut donc être vue comme faisant obstacle aux bénéfices découlant d'une augmentation du dépistage, pour la personne en question et la population en général.

1.2. Opting-out

L'*opting-out* n'implique pas un consentement explicite de la part de la personne, mais plutôt que le test soit effectué sauf si la personne s'y objecte. Un bref survol de la littérature n'a pas permis de circonscrire le contexte exact qui caractérise l'offre du test en *opting-out*. Autrement dit, si certaines recommandations sur ce qui devrait être dit aux personnes à dépister existent, elles ne semblent pas appliquées de façon uniforme. De fait, les détails de l'offre effective du test en *opting-out* en contexte clinique ne permettent pas d'en dégager une trame commune (April, 2010; Branson, Handsfield, Lampe, Janssen, Taylor, Lyss, and Clark 2006; Hanssens, 2007; Lo et al., 2000; Rennie & Behets, 2006; Bayer & Fairchild, 2006; Walmsley, 2003). Nous reviendrons sur les caractéristiques de l'offre en *opting-out* un peu plus loin. Les avantages de cette approche sont compris en termes de gains en santé, étant donné que cette procédure permet d'augmenter le nombre de personnes testées de manière plus significative qu'à travers la procédure habituelle d'*opting-in*. Le désavantage de la procédure est que celle-ci ne réserve pas une place centrale à l'autonomie des personnes visées, au sens où l'intervenant ne semble pas toujours, à ce que l'on peut déterminer par la littérature, informer des avantages et désavantages liés au test et que, conséquemment, la personne peut être mal outillée advenant un résultat positif et ses effets sur sa vie personnelle. De plus, si le test est présenté comme à ce point nécessaire que la personne n'osera s'en désister malgré de potentielles réserves, alors on peut se demander si l'offre du test est réellement dénuée de contrainte. Enfin, si l'avis de la personne n'est pas explicitement demandé (par exemple, si l'intervenant ne demande pas à celle-ci : « Le test sera effectué à moins que vous vous y objectiez. Est-ce que vous vous objectez au test? » ou une formulation similaire), alors on peut aussi douter du caractère volontaire du dépistage ainsi effectué. Dans ce contexte, il est donc abusif de parler de consentement par *opting-out*.

2. Valeurs et considérations éthiques

2.1. Bénéficence

La bénéficence est comprise ici comme se référant aux gains en matière de santé découlant d'une augmentation de l'offre de dépistage du VIH dans la population. On présume dans ce cas que plus l'offre est subreptice (c'est-à-dire moins le consentement de la personne est sollicité), plus le dépistage sera important et plus la santé de la population s'en trouvera améliorée, de par le fait, entre autres, que les personnes séropositives seraient traitées et pourraient adopter des mesures de prévention.

**Outil d'aide à la réflexion sur des problèmes éthiques
soulevés par l'obtention du consentement au dépistage du VIH**

Michel Désy, conseiller en éthique, Secrétariat général et communications

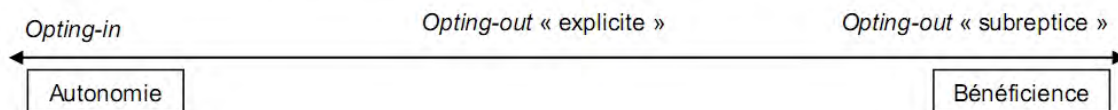
2.2. Autonomie

L'autonomie est comprise ici comme se référant à la capacité des personnes à effectuer des choix éclairés et libres de contraintes indues. Dans le cas qui nous intéresse, le respect de l'autonomie est au premier abord incarné par le fait que le professionnel doit informer la personne des modalités du test, de ses conséquences potentielles sur sa vie et que la décision de passer le test lui revient entièrement. L'idée est que si le test est positif et que la personne a été préalablement informée de ce qui pourrait arriver advenant un tel résultat, alors les conséquences négatives de la séropositivité s'en trouveraient, pour elle, atténuées. De la même manière, si la personne visée par le dépistage n'y consent pas ouvertement ou est contrainte à passer le test et que celui-ci s'avère positif, alors on peut supposer que les conséquences négatives d'un test confirmant la séropositivité le seront encore plus. Enfin, si une personne subit un test de dépistage sans y consentir, il est fort possible que le lien de confiance entre elle et l'intervenant et son établissement en soit affecté. Ceci, en retour, peut affecter la continuité de la relation entre la personne visée par le dépistage et l'intervenant et son établissement. Il faut aussi souligner que le consentement est une exigence juridique reconnue pour ce type d'intervention médicale. Dans cette perspective, l'autonomie des personnes devrait constituer une préoccupation centrale dans le problème qui nous concerne ici.

2.3. Proportionnalité

La proportionnalité en santé publique renvoie à l'idée selon laquelle, du point de vue de l'éthique, il devrait y avoir un équilibre entre les aspects positifs et négatifs d'une action, d'une politique ou d'une intervention quelconque. Donc, en principe, plus une intervention présente des conséquences difficilement justifiables, plus les bénéfices qu'elle présente devront être proportionnellement importants.

Dans le cas qui nous intéresse, plus les gains en santé attendus de l'augmentation du dépistage seront importants et plus seront justifiables les accrocs à l'autonomie des personnes et, inversement, moins les gains attendus seront importants, moins des accrocs à leur autonomie seront justifiables. Donc, ici, si le poids relatif que l'on décide d'accorder à l'autonomie des personnes est plus grand que le poids relatif de la bénéficience découlant de l'augmentation du dépistage, alors le point d'équilibre se retrouvera quelque part à gauche dans le graphique suivant. Le défi que représente l'appréciation de la proportionnalité se trouve donc dans la détermination du point d'équilibre entre les valeurs en présence.



Graphique 1 Représentation de la proportionnalité face aux formes de consentement

**Outil d'aide à la réflexion sur des problèmes éthiques
soulevés par l'obtention du consentement au dépistage du VIH**

Michel Désy, conseiller en éthique, Secrétariat général et communications

3. Éléments de réflexion supplémentaires

3.1. Les circonstances de l'offre du test en *opting-out*

Les caractéristiques de l'offre du test en *opting-in* sont bien circonscrites. Qu'en est-il de l'*opting-out*? Le problème est le suivant. Si l'*opting-out* est accompagné de renseignements préalables et que la participation au test est ouvertement remise entre les mains de la personne (ex. : « Le test sera effectué sauf si vous n'êtes pas d'accord. Êtes-vous d'accord? »), alors il s'apparente à toute fin pratique à de l'*opting-in*, et, comme tel, ne semble pas présenter de problèmes éthiques particuliers au-delà de ceux qui pourraient se poser quant au consentement éclairé incarné par l'*opting-in*, comme la qualité de l'information fournie, la vérification de la compréhension de la personne visée ou encore la pression qu'elle pourrait ressentir du fait que le test est proposé par une personne ayant figure d'autorité.

Si l'*opting-out* n'est pas accompagné de renseignements, ou si encore la personne se voit présenter le test comme étant une nécessité médicale en dehors de tout symptôme qui pourrait laisser croire à une infection au VIH (c'est-à-dire que le dépistage est présenté comme n'importe quel autre test qu'elle devrait subir dans un contexte de soins quelconque et pour lequel la question du consentement n'est pas explicitement soulevée), ou que le test n'est simplement pas discuté, alors on pourrait qualifier la proposition du test de « subreptice ». Dans un tel contexte, le problème éthique posé par l'*opting-out* subreptice est particulièrement aigu puisqu'il n'y aura pas la possibilité d'atténuer les conséquences négatives qui peuvent en découler pour la personne testée. Donc, si les circonstances dans lesquelles s'offre le test en *opting-out* ne peuvent être circonscrites et stables, comme l'indique la littérature, alors la précaution est de mise. Ce problème a d'ailleurs été relevé tout récemment; en effet, le problème de l'*opting-out* ne réside pas dans sa forme tel que recommandée par le Center for Disease Control and Prevention (CDC), mais plutôt dans l'application de ce type de recommandations (Celada *et al.*, 2011). Dans cette perspective, le niveau d'emprise sur l'offre de dépistage en contexte clinique est une variable à considérer dans le problème examiné ici.

Par contre, il convient aussi de noter que l'offre subreptice du test pourrait, selon certains auteurs, contribuer à « normaliser » le dépistage du VIH, en le présentant comme tout autre test de dépistage auquel une personne pourrait avoir à se soumettre (April, 2010; Bayer & Fairchild, 2006). Ainsi, cette façon particulière d'offrir le test du VIH pourrait contribuer à la normalisation de la séropositivité, faisant ainsi reculer, comme l'espèrent ces auteurs, la stigmatisation et la discrimination qui y sont encore associées. Il est à noter que cette position n'est pas démontrée empiriquement par les dits auteurs.

3.2. Les populations visées

La manière dont on offre le dépistage du VIH varie selon les groupes, par exemple ceux à risque faisant l'objet au Québec d'un dépistage ciblé. Mais qu'en est-il, du point de vue éthique, des groupes qui ne sont pas considérés à risque? On pourrait estimer que les femmes enceintes constituent un groupe dont les caractéristiques nous enjoignent de les considérer séparément des autres. Du point de vue éthique, dans la mesure où les bénéfices attendus sur la santé concernent aussi l'enfant à naître, l'idée de ne pas présenter le test en *opting-in* classique

**Outil d'aide à la réflexion sur des problèmes éthiques
soulevés par l'obtention du consentement au dépistage du VIH**

Michel Désy, conseiller en éthique, Secrétariat général et communications

pourrait être justifiable puisque la santé d'une personne entièrement dépendante de la mère est en jeu et qu'il est possible de faire en sorte que le VIH ne soit pas transmis au bébé, si le test s'avère positif. Par contre, les problèmes soulevés par les conditions effectives d'application de l'*opting-out* se posent encore dans ce cas-ci. Mais, si l'on reprend notre illustration de la proportionnalité dans le graphique 1 ci-haut, le cas des femmes enceintes pourrait justifier un certain déplacement de l'équilibre vers la droite.

Il existe d'autres catégories de la population pour lesquelles des facteurs pourraient changer la donne quant aux modalités de l'offre. Le consentement éclairé au test de dépistage du VIH présuppose que la personne à qui on l'offre a les capacités nécessaires pour comprendre les modalités et les conséquences du test. Dans un contexte idéal, une personne qui ne possède pas ces facultés pour des raisons telles l'intoxication ou des lacunes évidentes quant à ses capacités mentales devrait être accompagnée d'une personne responsable qui puisse décider pour elle. Mais qu'en est-il des cas où cette personne dont le jugement est affecté ne peut être accompagnée? Il est possible que, dans ce contexte, un certain degré de paternalisme soit justifiable, dans la mesure où la personne présente un risque pour autrui quant à la transmission potentielle du virus. Par contre, dans les cas où les personnes semblent démontrer la capacité de décider de passer ou non un test, même si elles sont à risque de contracter le VIH et refusent de passer le test pour des raisons difficilement compréhensibles, le professionnel n'a d'autre recours, du point de vue éthique, que celui de tenter de rectifier les croyances à la source de la décision, et ce, même si la personne en question présente des comportements à risque. Il ne se semble donc pas, dans ce cas bien précis, qu'un déplacement vers la droite de l'équilibre de la proportionnalité soit justifiable.

**Q2 Préoccupations quant aux positions face à la criminalisation du non-dévoilement
dans le cadre de la procédure de dépistage**

Considérant que la criminalisation du non-dévoilement du statut sérologique lorsqu'il y a une exposition au VIH peut être une barrière pour les patients à passer le test de dépistage, mais aussi pour les médecins à proposer le test de dépistage s'ils doivent traiter de cette problématique, est-ce que la criminalisation du non-dévoilement du statut sérologique doit faire partie des éléments minimaux à dire aux patients pour éclairer le consentement?

Est-ce que le fait de ne pas en parler avant le test de dépistage, mais seulement après (consultation post-test), peut causer un préjudice aux patients?

Est-ce que les éléments minimaux définis par l'ONUSIDA sont suffisants pour éclairer le consentement dans le contexte canadien ou québécois? Si non, quels sont les renseignements jugés essentiels à dire aux patients pour éclairer son consentement au Québec?

**Outil d'aide à la réflexion sur des problèmes éthiques
soulevés par l'obtention du consentement au dépistage du VIH**

Michel Désy, conseiller en éthique, Secrétariat général et communications

4. Options de l'intervenant quant à l'information sur la criminalisation du non-dévoilement

4.1. Information prétest

Dans cette situation, l'intervenant informe, avant le test, la personne à propos du fait que, advenant un résultat positif, le non-dévoilement de son statut à ses partenaires présents ou à venir pourrait vraisemblablement constituer un crime lorsqu'il y a un risque important de transmission de l'infection. Dans ce contexte, l'information sur la criminalisation du non-dévoilement est comprise comme faisant partie de l'ensemble des renseignements nécessaires et suffisants pour obtenir un consentement éclairé au test lui-même, renseignements que devrait posséder toute personne à l'égard du test et de ses conséquences positives et négatives. Compris de cette manière, l'inclusion de cette information renforce la capacité des personnes à poser des choix éclairés et, donc, leur autonomie. Par contre, ceci pose le risque de voir la personne, réticente quant aux conséquences d'une éventuelle séropositivité, refuser le test. En effet, le caractère criminel de la transmission du VIH ne s'appliquerait que lorsque les personnes infectées connaissent leur statut séropositif. Dans cette perspective, du point de vue de la personne infectée, la connaissance du statut séropositif comporte des conséquences négatives potentiellement importantes. L'inclusion de cette information peut donc constituer une barrière non négligeable au dépistage et pourrait avoir pour conséquence de réduire la bénéficience qui y est associée.

4.2. Information post-test

Dans ce cas, l'intervenant informe la personne que le non-dévoilement de son statut séropositif à un ou des partenaires peut constituer un crime seulement après que le test se soit révélé positif. De cette manière, l'information sur la criminalisation ne peut affecter la décision de la personne (dans le cas où celle-ci l'ignore, bien entendu) de se faire tester ou non. Ceci diminuerait la probabilité que la personne refuse le test en raison du fait, évident, que cette information n'a pas été divulguée avant ce dernier et augmenterait la bénéficience associée au dépistage. Elle augmenterait aussi du fait que des médecins seraient peut-être plus enclins à offrir le test s'ils n'ont pas à soulever les enjeux liés à la criminalisation. Par contre, dans le cas où l'information n'est fournie qu'après la confirmation du résultat positif, étant donné que la personne à qui l'on suggère le test ne connaît pas cette information somme toute importante avant celui-ci, alors on peut se poser la question à savoir si cette dernière possédait l'information nécessaire et suffisante à une décision pleinement éclairée. Cette manière de divulguer l'information à propos du non-dévoilement du statut ne contribue donc pas à l'autonomie des personnes visées et pourrait éventuellement, comme mentionné ci-haut, affecter le lien de confiance entre celles-ci et leur intervenant ou leur établissement.

5. Valeurs et considérations éthiques

Les deux valeurs principales en présence dans le problème soumis sont l'autonomie et la bénéficience. Et, encore une fois, le souci de proportionnalité caractérise l'équilibre recherché entre la bénéficience, d'une part, et l'autonomie, d'autre part. Donc, plus l'importance sera accordée à l'autonomie, moins nous serons disposés à accepter que celle-ci soit compromise

**Outil d'aide à la réflexion sur des problèmes éthiques
soulevés par l'obtention du consentement au dépistage du VIH**

Michel Désy, conseiller en éthique, Secrétariat général et communications

par l'omission de certaines informations quant aux conséquences potentielles d'un résultat positif. Plus l'importance sera accordée à la bénéficience, plus nous serons disposés à omettre certaines informations normalement exigées pour un consentement éclairé.



Graphique 2 Représentation de la proportionnalité quant aux positions face à la criminalisation du non-dévoilement dans le cadre de la procédure de dépistage

6. Éléments de réflexion supplémentaires

6.1. Éléments en faveur du dévoilement de l'information quant à la criminalisation avant le test

On comprend habituellement l'information à fournir par l'intervenant à la personne concernée comme étant celle qui serait nécessaire et suffisante pour prendre une décision éclairée quant au traitement proposé. Or, voici un test simple qui permet de savoir si un élément d'information devrait être inclus ou non dans l'ensemble de l'information qui devrait être dispensé : plus un élément est susceptible de modifier la décision prise par une personne raisonnable concernant l'action à entreprendre, plus il devrait être inclus dans le dit ensemble d'information à lui fournir. Il semble, au premier abord, que l'information sur la criminalisation du non-dévoilement fasse partie de cet ensemble. En effet, pour une personne raisonnable, la possibilité que le non-dévoilement du statut mène à des poursuites criminelles aura sans doute un poids dans la décision qui sera prise quant au test.

6.2. Éléments en faveur du dévoilement de l'information quant à la criminalisation après le test

D'une certaine manière, l'information quant à la criminalisation du non-dévoilement ne concerne que les personnes dont on a confirmé le statut séropositif. Si tel est le cas, n'y a-t-il pas un argument pour limiter cette information à l'intervention post-test pour personnes séropositives? En effet, il existe un ensemble d'informations qui ne sont pertinentes que dans le cadre des interventions effectuées après la confirmation du statut séropositif, comme les modalités de dévoilement du statut aux partenaires passés et présents. Comprise de cette manière, l'information sur la criminalisation du non-dévoilement peut très bien faire partie de cet ensemble. Plus particulièrement, on peut dire que proposer des stratégies aux personnes séropositives pour dévoiler leur statut à leurs partenaires n'est pertinent que lorsque l'on dévoile les résultats – positifs – du test à celles-ci. Dans un contexte où les intervenants sont de plus en plus pressés par le temps dans le cadre de leur travail et où une rencontre plus rapide permet de voir plus de personnes, ce critère semble tout à fait plausible. Or, de la même manière, l'information quant au caractère criminel du non-dévoilement du statut séropositif semble aussi ne concerner que les personnes dont le résultat positif est connu. De cette manière, on pourrait soutenir que cette information ne devrait être donnée qu'après un test positif.

**Outil d'aide à la réflexion sur des problèmes éthiques
soulevés par l'obtention du consentement au dépistage du VIH**

Michel Désy, conseiller en éthique, Secrétariat général et communications

Références

- April, M. D. (2010). Rethinking HIV exceptionalism: the ethics of opt-out HIV testing in sub-Saharan Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 703-708.
- Bayer, R. & Fairchild, A. L. (2006). Changing the paradigm for HIV testing--the end of exceptionalism. *New England Journal of Medicine*, 355, 647-649.
- Branson, B. M., Handsfield, H. H. *et al.* (2006). *Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings*. 55. Atlanta, GA, ETATS-UNIS; US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Center for Disease Control.
- Celada, M. T., Merchant, R. C. *et al.* (2011). An Ethical Evaluation of the 2006 Centers for Disease Control and Prevention Recommendations for HIV Testing in Health Care Settings. *The American Journal of Bioethics*, 11, 31-40.
- Hanssens, C. (2007). Legal and Ethical Implications of Opt-Out HIV Testing. *Clinical Infectious Diseases*, 45, S232-S239.
- Lo, B., Wolf, L., & Sengupta, S. (2000). Ethical Issues in Early Detection of HIV Infection To Reduce Vertical Transmission. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 25.
- Rennie, S. & Behets, F. (2006). Desperately seeking targets: the ethics of routine HIV testing in low-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 84, 52-57.
- Walmsley, S. (2003). Opt in or opt out: What is optimal for prenatal screening for HIV infection? *Canadian Medical Association Journal*, 168, 707-708.



EXPERTISE
CONSEIL



INFORMATION



FORMATION

www.inspq.qc.ca



RECHERCHE
ÉVALUATION
ET INNOVATION



COLLABORATION
INTERNATIONALE



LABORATOIRES
ET DÉPISTAGE

Institut national
de santé publique

Québec

