

LIGNES DIRECTRICES ONTARIENNES À L'INTENTION
DES PRESTATAIRES DE SOINS QUI OFFRENT LE

DÉPISTAGE DU VIH



ONTARIO
HIV TREATMENT
NETWORK

Ontario



Le développement de ces lignes directrices a été facilité par le Réseau ontarien de traitement du VIH en collaboration avec le ministère de la Santé de l'Ontario.

Les Lignes directrices ontariennes à l'intention des prestataires de soins qui offrent le dépistage du VIH ont été élaborées par le Réseau ontarien de traitement du VIH (OHTN) en collaboration avec le ministère de la Santé de l'Ontario, Santé publique Ontario, le Collège des médecins de famille de l'Ontario, et des clinicien-nes et prestataires de services de dépistage à travers la province.

Les lignes directrices sur le dépistage et d'autres outils sont accessibles à hivtestingontario.ca/fr.

L'OHTN est un organisme financé par le Gouvernement de l'Ontario qui favorise l'utilisation des meilleures données et preuves disponibles afin d'améliorer les services de prévention, de dépistage et de soins pour le VIH en Ontario.



Note du Dr Kieran Moore, médecin hygiéniste en chef de l'Ontario :

La parution de ces nouvelles lignes directrices provinciales sur le dépistage du VIH marque une avancée dans les efforts pour éliminer les nouvelles infections à VIH en Ontario. Les lignes directrices recommandent de simplifier le dépistage et le counseling pour les personnes à risque d'infection par le VIH, de porter une plus grande attention à l'identification des symptômes de l'infection à VIH aiguë et chronique, et de procéder à un dépistage de routine pour les membres de populations présentant des taux plus élevés de VIH. Elles soutiennent l'accès équitable aux stratégies de prévention pour les personnes à risque d'infection par le VIH et l'accès à des services et traitements adaptés à la culture pour les personnes vivant avec le VIH. De plus, elles raccourcissent de trois mois à six semaines la période fenêtre pour diagnostiquer le VIH de manière définitive, compte tenu des progrès des technologies de dépistage.

Les présentes lignes directrices sont un complément au travail en cours dans les secteurs et les communautés afin de répondre aux facteurs en amont qui augmentent le risque d'infection par le VIH et qui ont un impact sur la vie des personnes vivant avec le VIH; elles seront un complément également au travail crucial pour réduire les disparités en santé et pour améliorer les déterminants sociaux de la santé.

Merci pour votre travail continu.

Cordialement,

Dr Kieran Moore

Médecin hygiéniste en chef



SOMMAIRE

POURQUOI DE NOUVELLES LIGNES DIRECTRICES SUR LE DÉPISTAGE DU VIH EN ONTARIO?

La province de l'Ontario est engagée à faire en sorte que les nouvelles infections par le VIH deviennent rares et que toutes les personnes vivant avec le VIH puissent jouir d'une vie longue et épanouie, sans stigmatisation ni discrimination.

Afin d'atteindre ces objectifs, le ministère de la Santé soutient et encourage activement le dépistage du VIH. Les initiatives de l'Ontario en la matière visent à :

- ▶ Diagnostiquer le plus tôt possible les personnes vivant avec le VIH et les orienter vers un traitement et d'autres services pour les aider à avoir une vie longue et en santé, et pour prévenir la transmission du VIH.
- ▶ Identifier les personnes à risque élevé de contracter le VIH et les mettre en contact avec des services de prévention, notamment la prophylaxie pré-exposition (PrEP),¹ la prophylaxie post-exposition (PPE)² et d'autres mesures de prévention et de réduction des méfaits.

Les personnes vivant avec le VIH qui sont diagnostiquées, qui suivent un traitement et qui ont une charge virale indétectable (<200 copies) ne peuvent pas transmettre le virus à leurs partenaires sexuel·les : indétectable = intransmissible (I=I).

Les présentes lignes directrices ont été élaborées spécifiquement dans le but de joindre les personnes non diagnostiquées en Ontario. Elles visent à sensibiliser les prestataires :

- ▶ aux récents progrès des technologies de dépistage du VIH (c.-à-d., période fenêtre raccourcie);
- ▶ aux symptômes de l'infection à VIH (aiguë et chronique) qui passent souvent inaperçus dans les soins de routine;
- ▶ aux facteurs qui contribuent au risque de VIH; et
- ▶ à leur rôle important dans l'évaluation du risque, dans l'offre active d'un dépistage aux personnes à risque et dans la réduction de la stigmatisation qui peut empêcher des personnes de se faire dépister.³

L'APPROCHE DE L'ONTARIO EN MATIÈRE DE DÉPISTAGE DU VIH

Les lignes directrices présentent une approche du dépistage du VIH en quatre volets, s'appuyant sur les symptômes et le risque :

- I. Détecter les infections nouvelles/récentes :** Reconnaître les signes et symptômes d'une infection à VIH aiguë et fournir un dépistage aux intervalles appropriés aux personnes qui déclarent une possible exposition récente à risque élevé.
- II. Détecter les infections chroniques :** Reconnaître les états indicateurs les plus souvent ignorés chez les personnes vivant avec le VIH diagnostiquées tardivement (c.-à-d. à un stade plus avancé de la maladie).
- III. Offrir le dépistage aux membres à risque des populations présentant des taux élevés de VIH :** Évaluer les membres de ces populations pour identifier les facteurs susceptibles d'augmenter leur risque et leur recommander un dépistage lorsqu'approprié.

1. La prophylaxie pré-exposition (PrEP) est l'utilisation de médicaments antirétroviraux par des adultes séronégatifs qui présentent un risque élevé et continu, afin de prévenir l'infection par le VIH. Voir ontarioprep.ca.

2. La prophylaxie post-exposition (PPE) est un traitement antirétroviral de 28 jours qui doit être amorcé dans les 72 heures suivant une exposition à risque élevé afin de prévenir l'infection par le VIH.

3. Baumann KE, et al. Whether Patients Want It or Not, Physician Recommendations Will Convince Them to Accept HIV Testing. J Int Assoc Provid AIDS Care. 2018 Jan-Dec;17:2325957417752258.

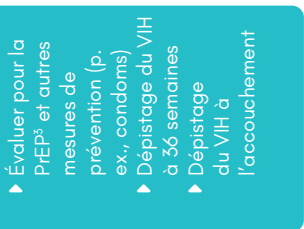
IV. Identifier des personnes en situation de soins spécifiques qui devraient être dépistées pour le VIH :

Ce groupe comprend les personnes qui demandent des soins de grossesse et les personnes traitées pour des affections qui nécessitent un traitement immunosuppresseur (p. ex., greffe, traitement au moyen d'agents biologiques contre certaines maladies comme la polyarthrite rhumatoïde).

Les lignes directrices incluent également :

- ▶ un algorithme visuel qui résume en une page les recommandations ontariennes sur le dépistage;
- ▶ des normes centrées sur la personne pour le counseling et le soutien en matière de VIH, y compris des conseils pour les orientations et le suivi;
- ▶ une liste de ressources; et
- ▶ une bibliographie des données probantes à l'appui de ces lignes directrices.

Situations de soins spécifiques



Basé sur les Lignes directrices ontariennes à l'intention des prestataires de services de dépistage du VIH,
2023. Voir hivtestingontario.ca/fr/.

LE DÉPISTAGE DU VIH EN ONTARIO

On compte en moyenne 600 000 tests diagnostiques du VIH par année en Ontario (outre les >138 000 dépistages du VIH prénatals effectués chaque année). Entre 2013 et 2019, le nombre de dépistages du VIH a augmenté de plus de 53 %, mais la proportion de résultats positifs a diminué. En 2019, le taux de nouveaux diagnostics du VIH en Ontario était de 4,7 par 100 000 personnes – soit son niveau le plus bas depuis 1985.⁴

Pourquoi les nouveaux diagnostics diminuent-ils?

- ▶ Grâce au traitement antirétroviral (TAR), les personnes vivant avec le VIH peuvent réduire la quantité de virus dans leur sang sous le seuil des 200 copies/ml; cela fait en sorte qu'elles ne peuvent plus transmettre l'infection à leurs partenaires sexuel·les (c'est ce que l'on appelle « indétectable = intransmissible » ou « I=I »). Plus de 97 % des Ontarien·nes vivant avec le VIH qui suivent un TAR ont atteint la suppression virale.
- ▶ De plus en plus de personnes à risque élevé pour le VIH utilisent de nouveaux outils de prévention comme la prophylaxie pré-exposition (PrEP) et la prophylaxie post-exposition (PPE) – des médicaments pour prévenir l'infection par le VIH.

Malgré les progrès dans la réduction du nombre d'infections par le VIH :

- ▶ Plusieurs centaines d'Ontarien·nes sont encore diagnostiqué·es du VIH chaque année.

- ▶ Plusieurs Ontarien·nes sont diagnostiqué·es tardivement,^{5,6} après que le virus ait endommagé leur système immunitaire.
- ▶ En 2020, on estimait que jusqu'à 11 % des personnes vivant avec le VIH en Ontario (~ 2 355 personnes) n'étaient peut-être pas encore diagnostiquées.⁷

OPTIONS DE DÉPISTAGE DU VIH EN ONTARIO

En Ontario, tous les dépistages du VIH sont effectués sur la base d'un consentement éclairé. Trois types de tests de dépistage du VIH sont offerts dans la province :

- ▶ **La sérologie de diagnostic du VIH en laboratoire** est prescrite par un·e prestataire de soins de santé agréé·e; elle consiste à prélever un échantillon de sang et à l'acheminer au Laboratoire de Santé publique Ontario pour un dépistage du VIH. Les échantillons réactifs sont analysés à nouveau au moyen d'un test de confirmation. Le résultat est généralement disponible en 72 heures. Note : Une sérologie de diagnostic en laboratoire est nécessaire pour confirmer le résultat de tout autre type de test.
- ▶ **Le dépistage rapide/au point de service (DPS)** est offert par certains organismes (p. ex., cliniques de santé sexuelle, équipes en matière d'hépatite C, certains organismes communautaires de réponse au VIH). Il consiste à prélever une goutte de sang par piqûre au bout d'un doigt afin d'y détecter le VIH. Le test de DPS peut être effectué en moins de 10 minutes. Tout résultat réactif doit être confirmé par une sérologie de diagnostic en laboratoire. Certains organismes offrent

Note : Dans leurs réquisitions de sérologie de diagnostic du VIH en laboratoire, les prestataires sont encouragé·es à remplir toutes les sections du formulaire. La province compte sur ces données pour surveiller le VIH et orienter ses programmes de prévention et de traitement.

4. Pour de plus amples renseignements sur le dépistage et le diagnostic du VIH, voir l'Ontario HIV Epidemiology and Surveillance Initiative (OHESI) : <https://www.ohesi.ca/>.

5. Basé sur une analyse continue de l'Étude de cohorte de l'OHTN sur les personnes vivant avec le VIH en Ontario.

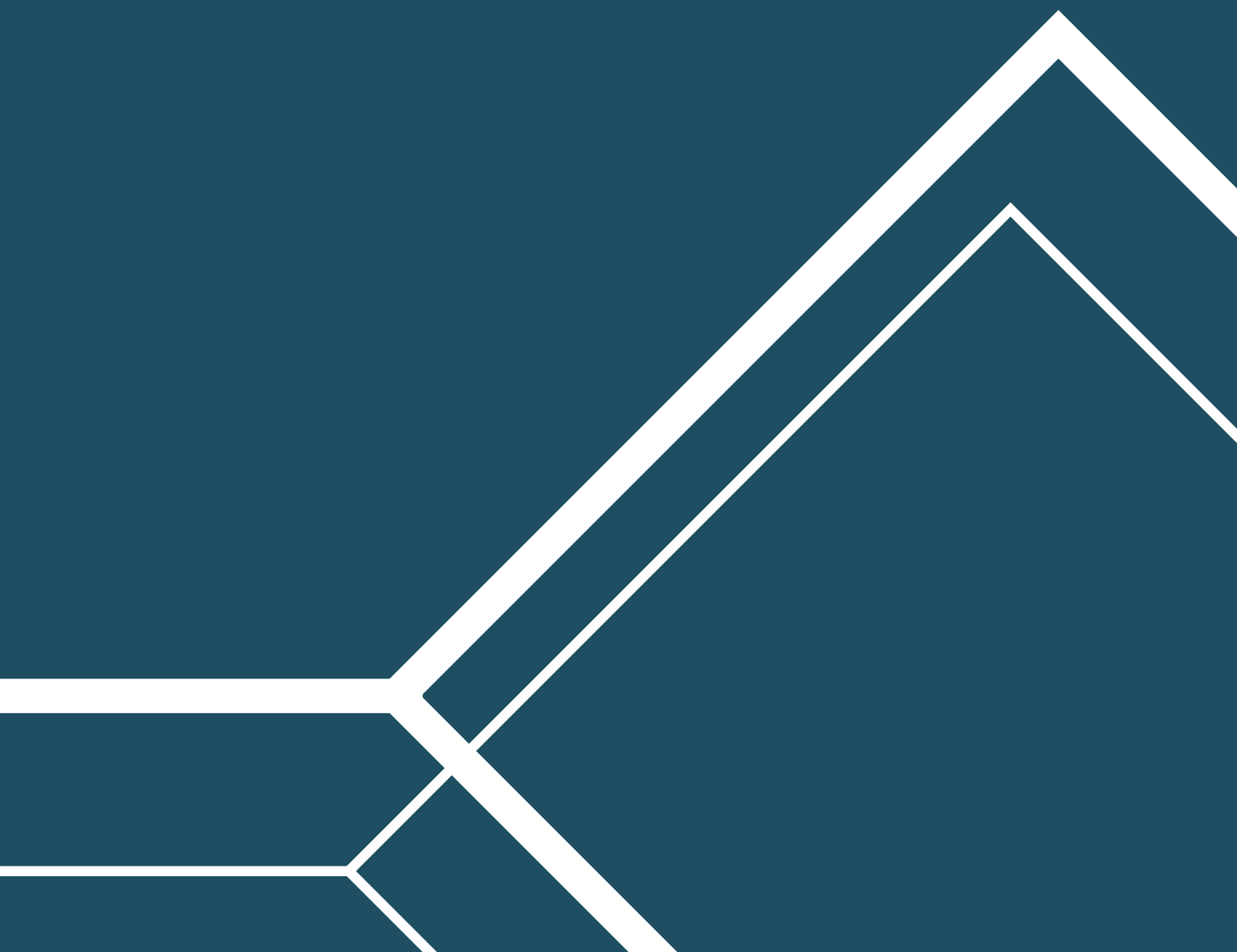
6. O'Byrne P, Orser L. Avoiding missed opportunities to screen for HIV. JAANP 2020; 32(5) : 408-14.

7. OHESI. HIV care cascade in Ontario : Linkage to care, in care, on antiretroviral treatment, and virally suppressed, 2020. Toronto, Ontario, avril 2022. Résumé en français à <https://www.ohesi.ca/fr/nouveau-rapport-sur-la-cascade-des-soins-pour-le-vih-en-ontario-2020/>.

également le dépistage anonyme (un test commandé au moyen d'un code plutôt que du nom de la personne). Les personnes qui souhaitent obtenir un DPS ou un dépistage anonyme peuvent appeler la Ligne d'info de santé sexuelle de l'Ontario (SHILO) au 1-800-668-2437 ou visiter <https://sexualhealthontario.ca/fr/accueil/> pour trouver un site près de chez elles.

- **L'autotest du VIH**, effectué à la maison, consiste à prélever soi-même une goutte de sang par piqûre au bout d'un doigt afin d'y détecter le VIH. L'autotest peut être effectué en moins de 10 minutes. Tout résultat réactif doit être confirmé par une sérologie de diagnostic en laboratoire. On peut se procurer des autotests en pharmacie. Consultez <https://hivtestingontario.ca/fr/> pour connaître des programmes qui offrent des autotests du VIH.

RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE DÉPISTAGE DU VIH



I. DÉTECTER LES INFECTIONS NOUVELLES/RÉCENTES

La manière la plus efficace d'améliorer les résultats de santé individuels et de freiner la propagation du VIH est d'identifier les nouvelles infections et de les traiter le plus tôt possible.

LA PÉRIODE FENÊTRE

À partir du moment où une personne contracte le VIH, s'amorce une période fenêtre durant laquelle l'infection par le VIH n'est pas nécessairement détectable dans son sang. Jusqu'à récemment, la durée de cette période fenêtre était de trois mois – ce qui est toujours le cas avec le DPS et l'autotest du VIH. Toutefois, grâce aux technologies de 4^e génération du Laboratoire de Santé publique Ontario, la durée de la période fenêtre est réduite à six semaines dans le cadre de la sérologie de diagnostic du VIH en laboratoire.

QUAND DÉPISTER LES PERSONNES AYANT EU UNE POSSIBLE EXPOSITION RÉCENTE À RISQUE ÉLEVÉ

Pour confirmer ou écarter la possibilité d'une infection par le VIH, offrir une sérologie de diagnostic du VIH en laboratoire :

- ▶ au stade initial (au cas où la personne aurait une infection antérieure ou des difficultés à se présenter à nouveau pour des soins) et, si le résultat est négatif,
- ▶ trois semaines après l'exposition et, si le résultat est négatif,
- ▶ six semaines après l'exposition (dépistage 3-6).

Un résultat *positif* à l'un ou l'autre de ces stades indique une infection par le VIH. Un résultat *négatif* à ces trois stades ou un résultat négatif six semaines après l'exposition à risque élevé (en l'absence d'un dépistage initial et d'un dépistage après trois semaines) écarte la possibilité d'une infection par le VIH.

QUI DÉPISTER

Le dépistage du VIH est recommandé/indiqué pour :

TABEAU 1 : POURCENTAGE D'INFECTIONS À VIH PRÉCOCES DÉTECTÉES SELON LE TEMPS ÉCOULÉ DEPUIS L'EXPOSITION ET LE TYPE DE TEST

	Temps depuis l'exposition		
	3 semaines	6 semaines	3 mois
Sérologie de diagnostic du VIH en laboratoire	65-70 %	> 99 %*	
DPS/rapide/autotest	45-55%	95%	99.6%*

Les sites de dépistage du VIH au point de service (DPS) de l'Ontario continueront d'offrir le test de DPS en conjonction avec une sérologie de diagnostic en laboratoire au stade initial, puis trois et six semaines après l'exposition (dépistage 3-6).

Les personnes qui préfèrent **utiliser uniquement le test de DPS ou l'autotest** (c.-à-d. sans sérologie de diagnostic en laboratoire) devraient être dépistées au stade initial, puis trois semaines, six semaines et trois mois après l'exposition (dépistage 3-6-3), afin d'écarter de manière définitive la possibilité d'une infection par le VIH.

* Un résultat non réactif écarte la possibilité d'une infection par le VIH.

1. Personnes qui déclarent avoir eu une possible exposition à risque élevé pour le VIH (y compris l'agression sexuelle) ou qui sont évaluées comme ayant été possiblement exposées :

Note : Dans le cas des personnes qui ont eu une exposition professionnelle à risque élevé, veuillez suivre également les directives/procédures de votre établissement concernant la gestion des expositions professionnelles.

Dans les 72 heures suivant l'exposition :

- ▶ Offrir des dépistages initiaux en laboratoire du VIH, des ITS et de l'hépatite C, de même qu'un test sérologique/immunologique de l'hépatite B, selon les indications cliniques. ([Voir les Guides de l'ASPC sur les ITSS](#))
- ▶ Évaluer l'admissibilité à la prophylaxie post-exposition (PPE) et l'amorcer si cliniquement indiquée (voir les [Lignes directrices canadiennes sur les prophylaxies pré-exposition et post-exposition non professionnelle au VIH](#))

Sans PPE :

- ▶ Répéter le dépistage du VIH trois et six semaines après l'exposition à risque élevé

Avec PPE :

- ▶ Répéter le dépistage du VIH trois et six semaines **après la fin du régime de PPE de 28 jours**
- ▶ Si la personne présente un risque élevé continu d'infection par le VIH, poursuivre immédiatement après la PPE avec la PrEP, puis répéter le dépistage du VIH aux trois mois conformément aux lignes directrices sur la PrEP (voir les [Lignes directrices canadiennes sur les prophylaxies pré-exposition et post-exposition non professionnelle au VIH](#))

EXPOSITION À RISQUE ÉLEVÉ

Une exposition sexuelle à risque élevé a eu lieu si tous les « 3P » suivants sont vrais :

- P Partenaire(s) :** Un-e ou des **partenaire(s)** sexuel-les du ou de la client-e sont séropositif(-ve)s au VIH et virémiques (>200 copies/ml) OU de statut VIH inconnu **ET** venant d'une population où la prévalence du VIH est élevée (voir page 15)
- P Pratiques :** Les **pratiques** avec partenaire(s) du ou de la client-e incluent le **sexes anal ou vaginal**
- P Protection :** Il pourrait y avoir eu une faille ou un échec des mesures de **protection** utilisées pour prévenir le VIH (p. ex., non-utilisation ou bris de condom, utilisation tardive du condom, retrait du condom pendant un rapport sexuel)

Le partage de matériel d'injection de drogue est toujours considéré comme une exposition à risque élevé.

Note : Lors du passage de la PPE à la PrEP, il existe un faible risque que la PrEP retarde ou masque une séroconversion. En plus des dépistages du VIH effectués trois et six semaines après la fin de la PPE de 28 jours, il est important de répéter le dépistage du VIH aux trois mois, conformément aux lignes directrices sur la PrEP.

Dans les 3 à 21 jours suivant une exposition à risque élevé :

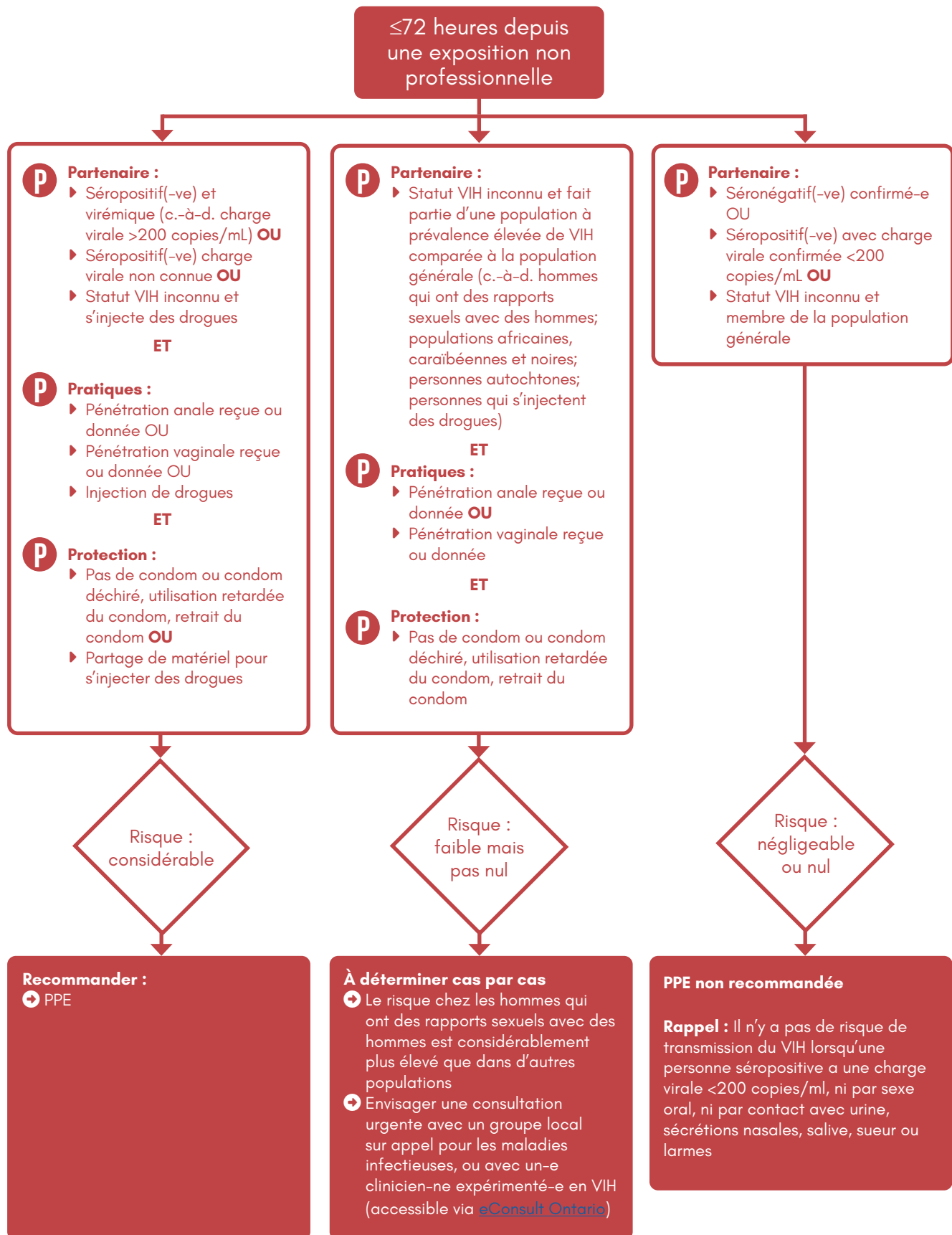
- ▶ Offrir des dépistages initiaux en laboratoire du VIH, des ITS et de l'hépatite C, de même qu'un test sérologique/immunologique de l'hépatite B, selon les indications cliniques (voir les [Guides de l'ASPC sur les ITSS](#))
- ▶ Évaluer l'admissibilité à la PrEP et l'amorcer si cliniquement indiquée* (voir les [Lignes directrices canadiennes sur les prophylaxies pré-exposition et post-exposition non](#)

[professionnelle au VIH\)](#)

- ▶ Répéter le dépistage du VIH trois et six semaines après l'exposition à risque élevé
- ▶ En cas d'utilisation de la PrEP, répéter le dépistage du VIH aux trois mois, conformément aux lignes directrices (voir les [Lignes directrices canadiennes sur les prophylaxies pré-exposition et post-exposition non professionnelle au VIH](#))

** Note : Il arrive souvent que des personnes inquiètes d'une possible exposition se présentent pour un dépistage et soient évaluées comme étant à risque élevé pour le VIH, mais ne reviennent pas après le rendez-vous initial pour un dépistage 3-6. Pour cette raison, il est préférable d'amorcer la PrEP dès la rencontre initiale, plutôt que d'attendre un résultat négatif confirmé six semaines après l'exposition. Une fois engagées dans la PrEP, plusieurs comprennent l'utilité des soins et des dépistages de suivi. Il existe un très faible risque qu'une personne qui aurait amorcé la PrEP pendant sa période fenêtre (si elle était déjà séropositive) développe une résistance cliniquement significative à ces médicaments.⁸*

ALGORITHME D'ÉVALUATION POUR UN POSSIBLE TRAITEMENT DE PROPHYLAXIE POST-EXPOSITION (PPE) APRÈS EXPOSITION NON PROFESSIONNELLE À RISQUE ÉLEVÉ



Adapté des lignes directrices canadiennes sur la PPE et des [Updated guidelines for antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection drug use, or other nonoccupational exposure to HIV –United States, 2016](#) des US Centers for Disease Control and Prevention étatsuniens.

2. Partenaires sexuel·les et/ou de consommation de drogues de personnes nouvellement diagnostiquées du VIH :

- ▶ Offrir des dépistages initiaux en laboratoire du VIH, des ITS et de l'hépatite C
- ▶ Évaluer l'admissibilité à la PrEP et l'amorcer si cliniquement indiquée (voir les [Lignes directrices canadiennes sur les prophylaxies pré-exposition et post-exposition non professionnelle au VIH](#))
- ▶ Si l'exposition est récente (six semaines ou moins), répéter le dépistage du VIH trois et six semaines après celle-ci (dépistage 3-6) au moyen d'une sérologie de diagnostic en laboratoire
- ▶ Si la personne suit une PrEP, répéter le dépistage du VIH aux trois mois, conformément aux lignes directrices (voir les [Lignes directrices canadiennes sur les prophylaxies pré-exposition et post-exposition non professionnelle au VIH](#))

ITSS ASSOCIÉES AU VIH

- ▶ syphilis infectieuse
- ▶ ITS bactérienne rectale (gonorrhée, chlamydia) – en particulier chez les hommes cis et trans ayant des rapports sexuels avec des hommes et chez les femmes trans
- ▶ gonorrhée chez la femme
- ▶ hépatite C
- ▶ hépatite B

Le dépistage d'ITSS est une occasion d'évaluer le risque lié au VIH chez une personne.

et continu d'infection par le VIH, évaluer son admissibilité à la PrEP et l'amorcer si cliniquement indiquée

4. Personnes présentant des symptômes d'infection à VIH aiguë (précoce) :

- ▶ Offrir un dépistage initial du VIH, des ITS et de l'hépatite C
- ▶ Répéter le dépistage du VIH trois et six semaines après la possible exposition (dépistage 3-6)

SYMPTÔMES D'INFECTION À VIH AIGUË

Les symptômes de l'infection à VIH aiguë apparaissent généralement de 2 à 4 semaines après l'exposition et incluent souvent :

- ▶ fièvre
- ▶ fatigue
- ▶ douleurs musculaires/raideurs articulaires
- ▶ éruption cutanée
- ▶ maux de tête
- ▶ mal de gorge
- ▶ ganglions lymphatiques enflés
- ▶ sueurs nocturnes
- ▶ symptômes gastro-intestinaux (p. ex., nausées, diarrhée)

La possibilité d'une infection à VIH aiguë devrait être envisagée chez toute personne qui présente ces symptômes s'ils ne sont pas expliqués par une autre maladie ou qui présente une mononucléose ou une maladie pseudogrippale inexpliquée.

3. Personnes présentant des symptômes d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) associées à l'infection par le VIH :

- ▶ Offrir un dépistage initial en laboratoire du VIH, des ITS et de l'hépatite C
- ▶ Si la personne déclare une exposition récente à risque élevé (dans les 6 dernières semaines), offrir le dépistage 3-6
- ▶ Si la personne a suivi une PPE au cours de l'année ou si elle présente un risque élevé

5. Personnes appartenant à des réseaux sociaux et sexuels spécifiques, en réponse aux avis des autorités de santé publique de votre région.



CONSEILS RELATIFS AU DÉPISTAGE : SCÉNARIO 1

Tony est un homme gai actif sexuellement qui utilise régulièrement des condoms.

Récemment, un condom s'est rompu lors d'un rapport anal réceptif. Tony n'est pas certain du statut VIH de son partenaire sexuel.

Si cette exposition a eu lieu dans les 72 heures précédentes, proposez une PPE.

Recommandez un dépistage du VIH au stade initial, puis trois et six semaines après l'exposition, au moyen d'une sérologie de diagnostic en laboratoire.

Recommandez un dépistage d'ITS au stade initial et lors du suivi dans trois semaines, et le dépistage de la syphilis infectieuse après trois mois.

Évaluez l'admissibilité à la PrEP et amorcez-la si cliniquement indiquée.

II. DÉTECTER LES INFECTIONS CHRONIQUES

Afin d'améliorer les résultats de santé des personnes qui pourraient avoir une infection à VIH chronique :

1. Recommander un dépistage du VIH aux personnes qui présentent des affections associées à l'infection par le VIH et qui sont récurrentes, persistantes ou d'origine inconnue. Les états indicateurs les plus souvent ignorés chez les personnes vivant avec le VIH diagnostiquées tardivement incluent :

- ▶ Perte de poids inexplicable
- ▶ Zona (herpès zoster), en particulier avant 55 ans
- ▶ Thrombocytopénie ou leucopénie inexplicable et persistante (> 4 semaines)
- ▶ Candidose (orale ou œsophagienne), en particulier lorsqu'elle survient plus d'une fois ou en l'absence de facteurs de risque tels que le tabagisme ou l'utilisation de corticostéroïdes inhalés
- ▶ Candidose vaginale persistante
- ▶ Lésions cutanées récurrentes et parfois non spécifiques, telles que le molluscum contagiosum, l'éruption vasculaire atypique (sarcome de Kaposi) ou l'érythème polymorphe
- ▶ Pneumonie récurrente ou chronique chez les personnes de 15 à 54 ans
- ▶ Endocardite infectieuse (surtout en cas d'injection de drogues passée ou actuelle)

2. Recommander un dépistage du VIH aux personnes qui présentent une tuberculose ou une des affections opportunistes associées au syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)

énumérées dans le [Protocole de l'Ontario concernant les maladies infectieuses \(spécifique au sida\)](#). Ces affections sont indicatrices d'une atteinte immunitaire grave.

3. Les prestataires sont encouragés à faire preuve de jugement clinique dans la détection d'une possible infection par le VIH chez les client-es qui présentent une immunodépression inexplicable.

D'autres indicateurs de l'atteinte immunitaire potentiellement associés à l'infection par le VIH ont été documentés dans les études sur les maladies indicatrices du VIH en Europe (HIDES 1 et 2) – voir la bibliographie.



CONSEILS RELATIFS AU DÉPISTAGE : SCÉNARIO 2

Michael a 45 ans. Il est généralement en bonne santé et ne prend aucun médicament d'ordonnance. Lui et son épouse font partie de votre clientèle depuis de nombreuses années.

Il a un amas de petites cloques douloureuses du côté gauche de son dos.

Cette manifestation est typique du zona, mais le patient est jeune et ne présente pas de cause évidente d'atteinte immunitaire.

En plus d'un traitement approprié pour le zona, recommandez-lui un dépistage du VIH.

Invitez Michael à vous faire part de tout risque possible en lien avec le VIH et recommandez-lui la PrEP si cliniquement indiquée.

III. OFFRIR UN DÉPISTAGE AUX MEMBRES DES POPULATIONS AYANT DES TAUX DE VIH PLUS ÉLEVÉS

En Ontario, les nouveaux diagnostics de VIH se concentrent dans un petit nombre de populations où les taux de VIH sont plus élevés que dans la population générale, notamment :

- ▶ les hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, y compris les hommes trans;
- ▶ les populations africaines, caraïbéennes et noires;
- ▶ les peuples autochtones;
- ▶ les personnes qui utilisent des drogues*; et
- ▶ les femmes cis et trans, y compris des communautés ci-dessus, qui rencontrent des inégalités systémiques et sociales et qui sont plus susceptibles d'être exposées au VIH par le biais d'un-e partenaire sexuel-le ou de consommation de drogues.

** Note : Les personnes qui utilisent des drogues ont un risque élevé de contracter le VIH si elles partagent du matériel pour l'injection de drogues; toutefois, la consommation d'autres drogues (sans injection) – y compris le crack, l'alcool, la cannabis et des drogues comme la méthamphétamine en cristaux –, pour rehausser les rapports sexuels, peut également accroître le risque lié au VIH en influençant le jugement et en désinhibant le comportement. La consommation d'alcool et d'autres substances peut entraîner une prise de risques sexuels accrue et/ou une moindre observance aux médicaments comme la PrEP et le traitement antirétroviral.*

FACTEURS QUI AUGMENTENT LE RISQUE

La plupart des personnes diagnostiquées du VIH en Ontario chaque année appartiennent à ces populations; le taux plus élevé de VIH y augmente la probabilité d'une exposition à risque élevé. Cependant, le risque n'est pas accru pour tout le monde. Le risque individuel dépend d'un ensemble de facteurs (les « 3P » pouvant affecter la capacité à se protéger contre le VIH). Le risque sera plus élevé en présence des trois facteurs suivants :

- P Partenaire(s) :** Un-e ou des **partenaire(s)** de la personne sont séropositif(-ve)s au VIH et virémiques (>200 copies/ml) OU de statut VIH inconnu **ET** venant d'une population où la prévalence du VIH est élevée.
- P Pratiques :** Les **pratiques** avec partenaire(s) de la personne incluent **le sexe anal ou vaginal ou l'injection de drogues**.
- P Protection :** Il pourrait y avoir eu une faille ou un échec des mesures de **protection** utilisées pour prévenir le VIH (p. ex., non-utilisation ou bris de condom, utilisation tardive du condom, retrait du condom pendant un rapport sexuel), ou partage de matériel pour l'injection de drogues.

Puisque certaines pratiques qui augmentent le risque sont socialement stigmatisées, des patient-es pourraient être réticent-es à dévoiler leurs activités à risque.

Les rapports sexuels anaux ou vaginaux avec partenaires multiples au statut VIH inconnu augmentent le risque et devraient inciter à recommander des dépistages plus fréquents de même qu'une évaluation pour la PrEP.

L'évaluation **3P** suppose que les personnes ont une certaine connaissance de leur propre risque. Cela peut ne pas être le cas pour des membres

9. Wangari E. Tharao, Liviana Calzavara, Sandra Bullock, Amrita Daftary, Shannon Ryan, Rupert Kaul, Mona Loutfy, Henry Luyombya, Keresa Arnold, Sandra Godoy, Ann Burchell, Mary Yehdego, et Lynne Leonard (2018). Factors influencing HIV Acquisition among African, Caribbean and Black Women Infected with HIV Postmigration. 27^e Congrès annuel canadien de recherche sur le VIH/sida, 26-29 avril 2018, Vancouver, C.-B. (exposé oral).

de certaines populations. Par exemple, dans une étude complémentaire récente auprès de femmes noires hétérosexuelles et cisgenres recrutées à partir d'une cohorte de personnes vivant avec le VIH en Ontario, 96 % des participantes ont affirmé qu'elles ne savaient pas que leurs partenaires sexuels vivaient avec le VIH, avant d'être diagnostiquées.⁹ De nombreuses personnes autochtones peuvent également ne pas être conscientes du risque de contracter le VIH ou de ses modes de transmission.

Les prestataires devraient également porter attention à d'autres facteurs susceptibles d'accroître les risques individuels, comme les expériences négatives durant l'enfance, les troubles liés à la toxicomanie et à la santé mentale, les traumatismes associés à l'homophobie, au racisme et à la colonisation, la pauvreté et l'instabilité du logement, et la violence entre partenaires intimes.

DÉPISTAGE DE ROUTINE DANS LES POPULATIONS OÙ LES TAUX DE VIH SONT PLUS ÉLEVÉS

Le dépistage de routine pour les individus de populations où les taux de VIH sont plus élevés vise à diagnostiquer ceux qui ont l'infection et à identifier des personnes à risque élevé qui pourraient bénéficier d'une PrEP et d'autres stratégies de prévention.

- 1. Évaluer et recommander un dépistage annuel de routine aux membres sexuellement actif(-ve)s des populations ci-dessus et aux personnes qui s'injectent des drogues – même s'ils et elles affirment utiliser régulièrement des mesures de réduction des risques, car cette protection peut comporter des failles**
- 2. Pour les membres de ces populations qui sont évalué-es comme étant à risque élevé (c.-à-d. ayant fréquemment des rapports sexuels non protégés avec un-e ou plusieurs partenaires au statut VIH inconnu ou séropositif(-ve)s et n'ayant pas atteint la suppression virale, ou partageant du matériel pour l'injection de drogues) :**

- ▶ Recommander un dépistage du VIH aux trois mois ou après chaque exposition à risque élevé (si possible)
- ▶ Évaluer la possibilité d'une PrEP ou d'autres mesures de prévention, de réduction des méfaits et/ou de santé mentale. (Voir les [Lignes directrices canadiennes sur les prophylaxies pré-exposition et post-exposition non professionnelle au VIH](#))

3. Pour les membres de ces populations (y compris les femmes hétérosexuelles) qui présentent actuellement une infection transmissible sexuellement :

- ▶ Recommander un dépistage du VIH
- ▶ Évaluer l'admissibilité à la PrEP si indiquée. (Voir les [Lignes directrices canadiennes sur les prophylaxies pré-exposition et post-exposition non professionnelle au VIH](#))

4. Recommander le dépistage du VIH aux membres de ces populations qui commencent une nouvelle relation sexuelle. Évaluer l'admissibilité à la PrEP et l'amorcer si cliniquement indiquée. (Voir les [Lignes directrices canadiennes sur les prophylaxies pré-exposition et post-exposition non professionnelle au VIH](#))



CONSEILS RELATIFS AU DÉPISTAGE : SCÉNARIO 3

Nyasha a 33 ans et n'est pas mariée. Elle a émigré du Zimbabwe il y a 10 ans et a récemment rendu visite à ses parents dans ce pays, y restant plusieurs mois.

Dites à Nyasha que, selon les données de surveillance, les taux de VIH sont plus élevés dans plusieurs régions d'Afrique (y compris le Zimbabwe) qu'au Canada, et demandez-lui si elle a été active sexuellement pendant son séjour. Si oui, recommandez-lui un dépistage du VIH.

Les personnes qui sont sexuellement actives avec de nouveaux ou nouvelles partenaires lors d'un voyage peuvent être plus enclines à prendre des risques et moins aptes à les évaluer avec précision, peu importe si elles voyagent dans leur pays d'origine ou dans un grand centre urbain plus anonyme d'Europe ou d'Amérique du Nord. Elles peuvent également adopter des comportements différents en matière de consommation de drogues. Le voyage peut ouvrir la voie à une évaluation en lien avec le VIH.

5. Les voyages peuvent être un élément d'incitation au dépistage du VIH. Les hommes qui voyagent pour avoir des relations sexuelles, notamment dans les grands centres urbains d'Amérique du Nord et d'Europe, ont un risque plus élevé d'exposition au VIH, tout comme les hommes et les femmes qui voyagent dans de nombreux pays à revenu faible ou moyen-inférieur où les taux de VIH sont élevés et les taux de suppression virale sont plus faibles. Ces enjeux affectent de manière disproportionnée les hommes gais et bisexuels ainsi que les voyageur(-euse)s africain-es, caribéen-es et noir-es

- ▶ Recommander un dépistage du VIH aux personnes qui ont voyagé, ou dont les partenaires ont voyagé et, pendant leur séjour, ont eu des rapports sexuels non protégés, partagé du matériel pour l'injection de drogues ou reçu des soins dans des établissements qui n'appliquaient pas les mesures appropriées de prévention et de contrôle des infections
- ▶ Recommander la PrEP avant un voyage si cliniquement indiquée. (Voir les [Lignes directrices canadiennes sur les prophylaxies pré-exposition et post-exposition non professionnelle au VIH](#))

6. Recommander un dépistage du VIH aux personnes qui ont immigré au Canada avant 2005 (date à laquelle Immigration Canada a adopté le dépistage systématique du VIH) d'un pays où le VIH était endémique, et aux personnes qui ont immigré au Canada après 2005 mais qui n'ont pas été dépistées dans le cadre du processus d'immigration (p. ex., personnes arrivées par le biais de flux migratoires irréguliers). Plusieurs nouveaux et nouvelles arrivant-es viennent au Canada avec un visa de visiteur, d'étudiant ou de travail et ne feront pas l'objet d'un test de dépistage du VIH par le système d'immigration jusqu'à ce qu'ils ou elles demandent la résidence permanente ou le statut de réfugié-e – ce qui peut prendre

des années (voir les Lignes directrices cliniques fondées sur des données probantes pour les immigrant-es et les réfugié-es [Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees], qui abordent le dépistage d'un certain nombre de maladies infectieuses, dont le VIH : <https://www.cmaj.ca/content/183/12/E824>). Pour cette raison, offrez un test de dépistage du VIH aux nouveaux et nouvelles arrivant-es qui sont dans le pays depuis moins de cinq ans, en particulier s'ils ou elles font partie d'une population présentant des taux élevés de VIH comme les hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, y compris les hommes trans, ou s'ils ou elles sont originaires de pays où les taux de VIH sont élevés.

Les populations qui présentent des taux plus élevés de VIH sont également plus à risque pour d'autres infections. Par exemple, les personnes autochtones et les personnes qui ne sont pas nées au Canada ont un risque accru de tuberculose; les hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont un risque accru d'autres ITS; et les personnes qui s'injectent des drogues ont un risque accru d'hépatite C. Lorsque vous dépistez des personnes de ces populations plus à risque pour le VIH, envisagez d'offrir des dépistages pour ces autres infections également.

IV. IDENTIFIER DES PERSONNES EN SITUATION DE SOINS SPÉCIFIQUES QUI DEVRAIENT ÊTRE DÉPISTÉES POUR LE VIH

1. Recommander un dépistage du VIH à toutes les personnes enceintes dans le cadre du Programme de dépistage prénatal de l'Ontario.

En présence de preuves d'exposition continue à risque élevé :

- Recommander un dépistage du VIH aux 1^{er}, 2^e et 3^e trimestres (de préférence à 36 semaines de grossesse) et à l'accouchement. (Voir les [Guidelines for the Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission](#))

Si la personne enceinte présente un risque continu pendant sa grossesse (p. ex., son/ sa partenaire est séropositif(-ve) et n'a pas atteint la suppression virale) :

- Discuter des diverses options de prévention/ protection (p. ex., condom, PrEP)
- Évaluer l'admissibilité à la PrEP et l'amorcer si cliniquement indiquée. (Voir les [Lignes directrices canadiennes sur les prophylaxies pré-exposition et post-exposition non professionnelle au VIH](#))

Pour des conseils sur la gestion de la PrEP en cours de grossesse, voir les lignes directrices du DHHS des États-Unis : <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/perinatal/prep>

2. Recommander le dépistage du VIH aux personnes qui amorcent un traitement immunosuppresseur, en particulier s'il est associé à des greffes d'organes ou de cellules souches, à un cancer associé au VIH comme le lymphome non hodgkinien, et à des traitements à forte dose de stéroïdes, de méthotrexate ou d'agents biologiques pour la polyarthrite rhumatoïde.

- Répéter le dépistage pendant le traitement si le ou la patient-e a été exposé-e ou s'il/elle présente un risque continu d'infection par le VIH.

Les patient-es qui amorcent un traitement immunosuppresseur devraient être dépisté-es pour diverses infections, notamment la tuberculose, le virus d'Epstein-Barr, le cytomégalovirus, le virus de la varicelle, le virus de l'herpès simplex, les virus de l'hépatite B et C, la syphilis, la toxoplasmose, l'histoplasmosis et le VIH. Les dépistages devraient être effectués en consultation avec le/la spécialiste traitant-e (p. ex., hématologue, rhumatologue) et un-e spécialiste des maladies infectieuses.

3. Recommander un dépistage du VIH aux 3 mois aux personnes suivant une PrEP, conformément aux lignes directrices.

(Voir les [Lignes directrices canadiennes sur les prophylaxies pré-exposition et post-exposition non professionnelle au VIH](#))

4. Offrir un dépistage du VIH aux personnes qui le demandent expressément, même si elles ne répondent pas aux critères susmentionnés (p. ex., possible exposition, symptômes, facteurs de risque).

- Offrir un soutien et des orientations aux personnes sans preuve d'exposition à risque élevé qui demandent des dépistages à



CONSEILS RELATIFS AU DÉPISTAGE : SCÉNARIO 4

Gladys a 28 ans et est enceinte de son premier enfant. Son mari est séropositif pour le VIH et a parfois du mal à suivre son régime de traitement. Par conséquent, il n'est pas toujours en mesure de maintenir une charge virale supprimée.

Expliquez à Gladys et à son mari qu'elle pourrait être à risque de contracter le VIH et de le transmettre à son fœtus en cours de grossesse ou à son bébé lors de l'accouchement.

Faites passer un dépistage du VIH à Gladys.

Discutez avec les deux du principe « indétectable = intransmissible » (I=I) et des raisons pour lesquelles il est important que le mari soit fidèle à son traitement et maintienne une charge virale supprimée.

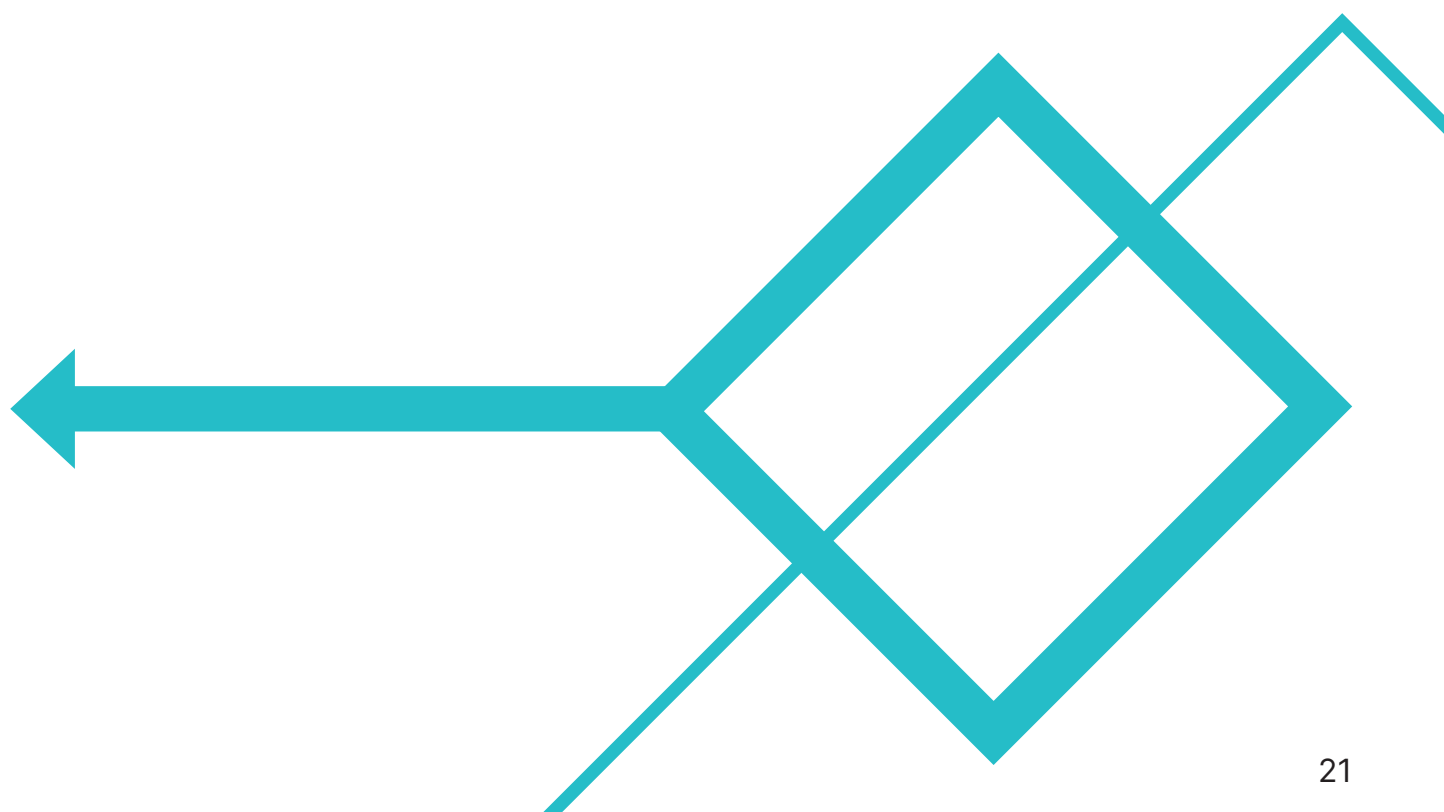
Discutez avec eux des divers moyens de prévention qu'ils peuvent utiliser pour protéger Gladys et le fœtus pendant la grossesse, notamment le condom et la PrEP.

Évaluez si Gladys serait une bonne candidate pour la PrEP.

Recommandez-lui la PrEP si cliniquement indiquée.

Orientez le couple vers un organisme de réponse au VIH ou un autre organisme communautaire pour des ressources supplémentaires.

répétition, conformément aux [Lignes directrices sur le counseling aux client-es à forte anxiété et à risque faible/nul pour le VIH](#).



NORMES CENTRÉES SUR LA PERSONNE POUR LE COUNSELING ET LE SOUTIEN EN MATIÈRE DE VIH

Les Ontarien-nes sont des partenaires clés dans la gestion de leurs soins de santé. Afin de les aider à prendre des décisions éclairées en matière de prévention, de dépistage et de traitement du VIH, il est important de leur fournir :

- ▶ des informations et du counseling;
- ▶ des services de dépistage adaptés et sans jugements; et
- ▶ des orientations vers un réseau intégré de services pour les aider à gérer et à protéger leur santé et celle de leurs partenaires.

Le counseling pré- et post-dépistage du VIH est une occasion de discuter du risque lié au VIH et de répondre aux questions du/de la client-e; de le/la préparer à un éventuel résultat positif; et de l'orienter vers des services post-dépistage appropriés, au besoin (p. ex., traitement du VIH, PrEP, soutien en santé mentale). Le counseling post-test est également l'occasion d'expliquer aux client-es trouvé-es séropositif(-ve)s que tous les résultats positifs au dépistage du VIH sont déclarés à la santé publique et qu'un-e infirmière(-ier) de santé publique communiquera avec eux/elles afin de leur offrir des services de gestion de cas et de recherche des contacts.

PRINCIPES ARCCH CONCERNANT LE DÉPISTAGE DU VIH EN ONTARIO

- ▶ **Adapté** : Chaque interaction pour un dépistage répond aux besoins du/de la client-e et est adaptée selon ses préoccupations et ses questions.
- ▶ **Respectueux** : Chaque interaction pour un dépistage garantit l'équité, aborde chaque client-e avec respect et franchise, et examine les éléments du risque sans jugements et sans stigmatisation.
- ▶ **Consenti** : Les personnes dépistées pour le VIH doivent avoir choisi de passer le test et avoir réfléchi aux conséquences qu'un test réactif (positif) pourrait avoir dans leur vie.
- ▶ **Confidentiel** : Les personnes dépistées pour le VIH ont confiance que leur vie privée sera respectée.
- ▶ **Haute qualité** : Les personnes dépistées pour le VIH ont accès à un continuum de services de grande qualité, y compris un dépistage précis pour le VIH, mais également une orientation vers d'autres services nécessaires de prévention et de

Le dépistage et le counseling en matière de VIH devraient être adaptés aux besoins de chaque personne. Les personnes qui sont bien renseignées sur le VIH, sur leurs risques et sur les ressources existantes n'auront probablement pas besoin d'une longue séance de counseling. D'autres pourraient avoir plusieurs questions et demander plus d'information et/ou un counseling plus complet. Pour des conseils et des listes de contrôle concernant le dépistage complet et express, consultez [le site Web de ressources pour les prestataires](#).

10. Nous employons dans ce document l'expression « culturellement adapté » pour décrire des soins qui tiennent compte de la culture d'une personne et qui sont sûrs, appropriés, sensibles, compétents et pertinents.

COUNSELING ADAPTÉ À LA CULTURE

Le dépistage et le counseling en matière de VIH devraient également être adaptés à la culture de chaque personne, tenir compte de facteurs tels que l'aisance avec laquelle elle peut parler de sexualité et de ses comportements sexuels ou de consommation de drogues, et reconnaître l'importance de soins exempts de jugements et adaptés à la culture.¹⁰ Le counseling devrait aussi tenir compte des expériences négatives que de nombreuses personnes à risque pour le VIH ont pu vivre dans le système de soins de santé. Par exemple, l'un des principaux obstacles au dépistage du VIH chez les Autochtones est la discrimination institutionnalisée dans les soins de santé et leur méfiance généralisée à l'égard des prestataires de soins de santé, qui peut trouver son origine dans le colonialisme. Des personnes africaines, caraïbéennes et noires, des hommes gais et des personnes qui s'injectent des drogues vivent également des expériences négatives dans le système de santé, en raison de la stigmatisation, de la discrimination et du racisme.

Afin d'avoir une meilleure capacité à fournir des soins sûrs et adaptés à la culture (non stigmatisants), tou-te-s les prestataires devraient recevoir une formation sur l'antiracisme comme celle du [Programme de formation de la sécurité culturelle autochtone antiracisme San'yas](#).

Évitez les présupposés sur ce que signifie l'expression « culturellement adapté » pour les membres de différentes populations. Par exemple, certaines personnes autochtones pourraient chercher à renouer avec leur culture traditionnelle et apprécier une approche plus holistique pour parler de la santé englobant ses dimensions physique, mentale, émotionnelle et spirituelle (p. ex., la roue de médecine). D'autres personnes, en particulier dans la foi chrétienne, pourraient être plus à l'aise avec une approche occidentale des soins. Discutez avec chaque personne de l'approche qui lui convient le mieux.

Ces ressources pourraient également vous être utiles :

- ▶ AIDS Education and Training Center. HIV provider cultural competency selfassessment. <http://aetcnec.virtualforum.com/nmc/> Consulté le 21 octobre 2022.
- ▶ BIPOC Women's Health Network. Taking a culturally safe sexual history. 2022. <https://bipocwomenshealth.com/sex-ed-2/taking-a-culturally-competent-sexual-history/> Consulté le 21 octobre 2022.
- ▶ Savoy M, O'Gurek DT, Brown-James A. Sexual health history: Techniques and tips. *American Family Physician*. 2020;101(5):286-93. (Voir Savoy_2020 en pièce jointe)
- ▶ Wilson D, de la Ronde S, Brascoupé S, Apale AN, Barney L, Guthrie B, et al. Health professionals working with First Nations, Inuit, and Métis consensus guideline. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*. 2013;35(6):S1-S4.
- ▶ Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Health professionals working with First Nations, Inuit, and Métis: A companion piece. 2013. https://www.aboriginalsexualhealth.ca/documents/13AHI_HlthProfWork-w-Aboriginals-CompanPiece_web8x11.pdf
- ▶ Jongbloed K, Pooyak S, Sharma R, Mackie J, Pearce ME, Laliberte N, et al. Experiences of the HIV cascade of care among Indigenous peoples: A systematic review. *AIDS & Behavior*. 2019;23(4):984-1003.
- ▶ Orser, L & O'Byrne, P. Public health counselling following an HIV diagnosis among men who have sex with men: tensions between individual needs and health protection mandates. *JRN* 2021; 26(3): 207-226.

Les prestataires qui ne se sentent pas suffisamment confiant-es en leur capacité à fournir des soins culturellement adaptés devraient orienter leurs client-es vers des prestataires qui s'y sentent aptes.



COUNSELING CULTURELLEMENT APPROPRIÉ : SCÉNARIO 5

Greg est un Métis hétérosexuel dans la fin trentaine. Il ressent de la fatigue et perd du poids depuis plusieurs mois. Il a évité de consulter un médecin parce qu'il a déjà eu des expériences négatives dans le système de soins de santé.

Dans une approche des soins tenant compte des traumatismes, assurez-vous de connaître l'histoire des peuples autochtones du Canada et soyez conscient-e de l'impact possible de la colonisation sur leur volonté de recourir à des soins. En raison d'une méfiance à l'égard du système de santé, plusieurs Autochtones évitent de se faire soigner et peuvent donc être diagnostiqués plus tard dans l'évolution d'une maladie.

Créez un espace chaleureux et propice à la conversation. Demandez à Greg de parler de ses préoccupations de santé et écoutez respectueusement ses réponses.

Au cours de la conversation, expliquez-lui que les symptômes qu'il décrit peuvent être liés à diverses infections chroniques qui sont présentes à des taux plus élevés chez les peuples autochtones que dans la population générale, comme le VIH, l'hépatite C et la tuberculose. Évaluez ce que Greg sait de ces infections et de leurs traitements. Expliquez-lui comment elles sont transmises et explorez toutes ses expositions possibles au VIH et à l'hépatite C au cours des dernières années (y compris les 3P – partenaires, pratiques, protection).

Greg mentionne une période, il y a quelques années, où il s'injectait des drogues et a eu des relations sexuelles non protégées (p. ex., sans condom) avec un certain nombre de femmes qui s'injectaient elles aussi des drogues. Il a également été traité pour la syphilis dans le passé. Sa partenaire sexuelle actuelle ne consomme pas de drogues.

Recommandez à Greg et à sa partenaire un dépistage du VIH, de l'hépatite C, de la tuberculose et d'autres ITS. Lorsqu'on lui pose la question, Greg affirme ne pas se souvenir d'avoir été dépisté pour l'hépatite C dans le passé. Rassurez-le en lui expliquant que les traitements sont à présent efficaces pour toutes ces maladies, y compris le VIH et l'hépatite C.

Lorsque Greg exprime des inquiétudes liées à la stigmatisation associée au dépistage du VIH, de l'hépatite C et des ITS, rassurez-le : soulignez que se faire dépister fait partie de la santé sexuelle et démontre qu'on se soucie de nos partenaires et qu'on prend soin de soi. Expliquez ce que votre cabinet et le laboratoire de dépistage feront pour protéger sa confidentialité, et discutez de toute préoccupation que Greg pourrait avoir concernant la sécurité et la divulgation.

Greg reçoit des résultats négatifs pour le VIH, la tuberculose et d'autres ITS, mais un résultat positif pour les anticorps à l'hépatite C. Sa partenaire sexuelle est négative pour toutes les infections. Commandez un test d'ARN de l'hépatite C pour vérifier si Greg a l'hépatite C chronique.

Si son résultat est positif pour l'ARN de l'hépatite C, expliquez-lui que les nouveaux traitements contre l'hépatite C peuvent éliminer efficacement le virus et qu'ils ont très peu d'effets secondaires – contrairement aux traitements du passé. La plupart des gens tolèrent très bien le traitement. Offrez à Greg un traitement contre l'hépatite C ou orientez-le vers un tel service (<http://ontariohepc.ca/>), et abordez toutes les difficultés qu'il pourrait rencontrer dans l'accès à celui-ci (p. ex., transport, couverture).

Si son test d'ARN de l'hépatite C est négatif, explorez d'autres causes pouvant expliquer les symptômes, et offrez-lui un traitement ou orientez-le vers un tel service si nécessaire.

Lors du counseling post-test, parlez à Greg des moyens que lui et sa partenaire peuvent prendre pour se protéger contre l'infection ou la réinfection par le VIH et l'hépatite C. Discutez de la fréquence à laquelle lui et sa partenaire devraient se faire dépister pour le VIH : au moins une fois par an s'ils sont sexuellement actif(-ve)s, même s'ils utilisent régulièrement le condom, et tous les trois mois si l'un-e d'eux commence à consommer des drogues. Assurez-vous que Greg et sa partenaire connaissent les programmes de réduction des méfaits dans la région, y compris pour l'accès à du matériel, à la naloxone et à des services de consommation et de traitement (voir <https://ohrdp.ca/find-supplies/>).

SUIVI EN MATIÈRE DE SOUTIEN ET DE TRAITEMENT POUR LES PERSONNES QUI REÇOIVENT UN RÉSULTAT POSITIF AU VIH

Chaque personne réagit différemment à un diagnostic de VIH. Toutes ont besoin d'informations claires et certaines ont besoin d'être rassurées et soutenues. Voici les meilleures pratiques pour annoncer un résultat positif :

1. Annoncez toujours un résultat positif en personne. Ne donnez jamais un résultat positif au téléphone.
2. Expliquez que les traitements contre le VIH sont très efficaces et ont peu d'effets secondaires. Les personnes vivant avec le VIH qui suivent un traitement ont une vie longue et en santé.
3. Si le traitement du VIH ne relève pas de votre pratique, mettez la personne en contact avec un-e prestataire de traitement du VIH, de préférence dans les 72 heures. L'amorce rapide d'un traitement profitera à la fois à la personne et à ses contacts sexuels.
4. Expliquez à la personne qu'il n'est pas nécessaire d'annoncer immédiatement son statut VIH à sa famille et à ses ami-es, mais encouragez-la à identifier au moins une personne dans sa vie qui pourra la soutenir.
5. Répondez aux questions, mais n'oubliez pas qu'il est possible que la personne ne retienne pas beaucoup d'informations lors de son rendez-vous initial.
6. Répondez aux autres besoins de santé de la personne (p. ex., santé mentale, consommation de substances).

RESSOURCES POUR LES PRESTATAIRES

Le dépistage du VIH est l'occasion d'offrir un accès à des services de prévention, de réduction des méfaits et de santé sexuelle (p. ex., condoms, PPE, PrEP, matériel stérile pour la consommation de drogues, services de traitement de la consommation, programmes de toxicomanie), à des soins primaires et au traitement du VIH. Pour des ressources à l'intention des prestataires sur le counseling en matière de dépistage du VIH et sur les soins de suivi, visitez hivtestingontario.ca/fr.

Pour des conseils de spécialistes sur le dépistage et les soins pour le VIH, la PPE et la PrEP, communiquez avec [le service eConsultation](#).

Le [Guide de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang \(ITSS\)](#) offre également des orientations concernant l'éducation à la santé sexuelle et le counseling centrés sur la personne. Les personnes qui présentent des facteurs de risque sexuels pour le VIH devraient également être dépistées pour les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), conformément aux présentes lignes directrices.

Les personnes qui ont des comportements à risque sur une base continue devraient être évaluées pour la PrEP, conformément aux [Lignes directrices canadiennes sur les prophylaxies pré-exposition et post-exposition non professionnelle au VIH](#). Consultez ontarioprep.ca pour des informations à l'intention des prestataires et des personnes intéressées par la PrEP, y compris un outil de recherche de cliniques qui prescrivent la PrEP.

[Les Lignes directrices sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant \(Guidelines for the Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission\)](#) fournissent des informations détaillées sur les soins aux femmes enceintes qui vivent avec le VIH.

RESSOURCES POUR LES CLIENT-ES

[Santé sexuelle Ontario](#) aide les personnes à en savoir plus sur la protection de leur santé sexuelle et à trouver des cliniques de santé sexuelle dans leur région. Consultez le site Web ou appelez la Ligne d'info de Santé sexuelle Ontario au 1-800-668-2437 (partout en Ontario) ou au 416-392-2437 (à Toronto).

Les organismes locaux de réponse au VIH fournissent :

- ▶ des services de prévention et d'éducation pour aider les personnes à prévenir l'infection par le VIH – p. ex., groupes de soutien et matériel de réduction des méfaits;
- ▶ un soutien émotionnel et social aux personnes diagnostiquées du VIH qui réfléchissent à l'impact de ce diagnostic dans leur vie; et
- ▶ des orientations vers les services sociaux et de santé appropriés.

Pour trouver un organisme local de réponse au VIH, communiquez avec [Ontario 211](#) (ou composez le 211 sur votre téléphone) ou consultez [Où aller](#), un service pancanadien offert par CATIE.

[CATIE](#) est un service national qui offre aux individus et aux prestataires de soins un vaste éventail de ressources sur le VIH et l'hépatite C, y compris pour les [personnes nouvellement diagnostiquées](#).

[La HIV & AIDS Legal Clinic Ontario \(HALCO\)](#) offre une assistance juridique.



BIBLIOGRAPHIE DES DONNÉES PROBANTES

ÉPIDÉMIOLOGIE ET PRATIQUES EXEMPLAIRES

Ces lignes directrices se fondent sur les données démographiques relatives au VIH en Ontario, de même que sur la constellation unique de programmes et de ressources en matière de dépistage du VIH en Ontario. Elles s'appuient sur des lignes directrices antérieures de l'Ontario en matière de counseling et de fréquence du dépistage du VIH, et ont été élaborées en consultation avec des clinicien·nes spécialistes du domaine du VIH, des prestataires de services de dépistage expérimenté·es et des représentant·es des populations qui présentent les taux de VIH les plus élevés en Ontario.

En Ontario, le VIH se concentre dans un petit nombre de populations. Pour en savoir plus sur les caractéristiques démographiques du VIH en Ontario, consultez le site Web de l'Ontario HIV Epidemiological Surveillance Initiative (OHESI), <http://www.ohesi.ca/>. Les rapports annuels sur les nouveaux diagnostics et le dépistage sont particulièrement pertinents dans le contexte du présent document.

Les autres documents utilisés pour l'élaboration de cette ressource incluent :

- ▶ Tan DHS, Hull MW et coll. Lignes directrices canadiennes sur les prophylaxies pré-exposition et post-exposition non professionnelle au VIH. JAMC Novembre 2017. Accessibles en français à : <https://www.catie.ca/sites/default/files/Lignes-directrices-canadiennes-PPrE-PPE-Appendice-1.pdf>
- ▶ Gouvernement du Canada. Guide de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), 2021. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes/guide-prevention-itss.html>
- ▶ Agence de la santé publique Canada. Virus de l'immunodéficience humaine – Guide pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH. 2014. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/vih-sida/guide-depistage-diagnostic-infection-vih.html>
- ▶ Santé publique Ontario. Bacterial STI Testing: Quick Reference, mars 2019. <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/b/2019/bacterial-sti-quick-reference.pdf?la=en>

I. DÉTECTER LES INFECTIONS NOUVELLES/RÉCENTES

L'importance du diagnostic précoce

- ▶ Kitahata MM, Gange SJ, et al. Effect of early versus deferred antiretroviral therapy for HIV on survival. New England Journal of Medicine 2009; 360:1815-1826.
- ▶ Cohen MS, Chen YQ, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. New England Journal of Medicine 2011 Aug 11;365(6):493-505.

Définir l'exposition à risque élevé

- ▶ Eisinger RW, Dieffenbach CW, Fauci AS. HIV Viral Load and Transmissibility of HIV Infection: Undetectable Equals Untransmittable. JAMA. 2019;321(5):451-452.
- ▶ CATIE. L'ABC du VIH. <https://www.catie.ca/fr/ressource/labcc-du-vih>
- ▶ Centers for Disease Control and Prevention. Updated guidelines for antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection drug use, or other nonoccupational exposure to HIV—United States, 2016). US Department of Health and Human Services.
- ▶ Wilton J. Putting a number on it: The risk from an exposure to HIV. CATIE, Point de mire sur la prévention, 2012. <https://www.catie.ca/prevention-in-focus/putting-a-number-on-it-the-risk-from-an-exposure-to-hiv>
- ▶ Strike C, Gohil H, Watson TM. La distribution de matériel plus sécuritaire pour fumer le crack (cocaïne) : lignes directrices exhaustives pour des pratiques exemplaires. Point de mire sur la prévention, CATIE, automne 2014. <https://metadame.org/documentation/materiel-plus-securitaire-fumer-crack-cocaine.pdf>
- ▶ CATIE. Guide pour une vie sexuelle plus sécuritaire, mise à jour de 2021. <https://www.catie.ca/fr/santesexuelle>

Quand dépister (période fenêtre)

La période fenêtre pour le dépistage varie en fonction de la technologie utilisée.

- ▶ Pandori MW, Hackett J et al. Assessment of the Ability of a Fourth-Generation Immunoassay for Human Immunodeficiency Virus (HIV) Antibody and p24 Antigen to Detect both Acute and Recent HIV Infections in a High-Risk Setting. Journal of Clinical Microbiology 2009;47(8): 2639-2642.
- ▶ Moshgabadi N, Galli R et al. Sensitivity of a rapid point of care assay for early HIV antibody detection is enhanced by its ability to detect HIV gp41 IgM antibodies. Journal of Clinical Virology 2015;71:67-72.
- ▶ Taylor D, Durigon M et al. Probability of a false-negative HIV antibody test result during the window period: a tool for pre- and posttest counselling. International Journal of STD & AIDS 2015;26(4):215-224.

- ▶ Commission fédérale pour la santé sexuelle (Suisse). Nouvelles recommandations de la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS) concernant la fenêtre sérologique des tests de diagnostic du VIH, rapport du Groupe de travail, 2018.
- ▶ Delaney KP et al. Time Until Emergence of HIV Test Reactivity Following Infection With HIV-1: Implications for Interpreting Test Results and Retesting After Exposure. Clinical Infectious Disease 2017.
- ▶ Rekar ML, MacIntosh J. Acute primary HIV infection. CMAJ 2011.

Indicateurs d'ITSS pour le dépistage du VIH

Recommandations élaborées en consultation avec des clinicien·nes spécialisé·es en VIH et le personnel de Santé publique Ontario.

- ▶ Galvin SR, Cohen MS. The role of sexually transmitted diseases in HIV transmission. Nature Reviews Microbiology 2004;2:33-42.
- ▶ Barbee LA, Khosropour CM et al. New HIV Diagnosis Independently Associated with Rectal Gonorrhea and Chlamydia in Men who have sex with Men. Sexually Transmitted Diseases 2017 Jul; 44(7):385-389.

Signes d'infection à VIH aiguë

- ▶ Hoeingl M, Green N, et al. Signs or Symptoms of Acute HIV Infection in a Cohort Undergoing Community-Based Screening. Emerging Infectious Diseases 2016 Mar; 22(3): 532-534.
- ▶ Perlmuter BL, et al. How to Recognize and Treat Acute HIV Syndrome. American Family Physician 1999 Aug. <https://www.aafp.org/aafp/1999/0801/p535.html>

II. DÉTECTER LES INFECTIONS CHRONIQUES

Les états indicateurs communément négligés chez les personnes diagnostiquées tardivement ont été identifiés en consultation avec des prestataires de soins VIH expérimenté·es, en tenant compte des données suivantes :

- ▶ Orser L, O'Byrne P, Holmes D. AIDS Cases in Ottawa: A review of simultaneous HIV and AIDS diagnoses. Public Health Nursing 2022;39-909-916.

- ▶ Lin YD, Garner SE et al. Prevalence of HIV indicator conditions in late presenting patients with HIV: a missed opportunity for diagnosis? *QJM: An International Journal of Medicine*, 2019, 17-21.
- ▶ Horino T, Sato F et al. Associations of HIV testing and late diagnosis at a Japanese university hospital. *Clinics (Sao Paulo)*. 2016 Feb;71(2):73-7.
- ▶ Sullivan AK, Raben D, et al. Feasibility and effectiveness of indicator condition-guided testing for HIV: results from HIDES I. *PLoS One*. 2013;8(1):e52845.
- ▶ Raben D, Sullivan AK et al. Improving the evidence for indicator condition guided HIV testing in Europe: Results from the HIDES II Study - 2012 - 2015. *PLOS One* 2019 Aug; 14(8):e0220108.

III. OFFRIR UN DÉPISTAGE AUX MEMBRES DES POPULATIONS AYANT DES TAUX DE VIH PLUS ÉLEVÉS

Les lignes directrices concernant l'offre d'un dépistage du VIH aux membres des populations ayant des taux de VIH plus élevés en Ontario sont fondées sur l'épidémiologie du VIH dans la province de même que sur des discussions avec des clinicien·nes spécialisé·es en VIH, des prestataires de services de dépistage expérimenté·es et des représentant·es des populations ayant des taux de VIH plus élevés en Ontario, et sur les données probantes suivantes :

- ▶ Rapid Response Service. A cross-jurisdictional review of HIV testing intervals for population groups at high-risk of HIV infection. Toronto, ON : Réseau ontarien de traitement du VIH; mars 2019. <https://bit.ly/3yDcnaZ>
- ▶ Brophy J au nom du Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages (CCMTMV). Déclaration concernant les voyageurs internationaux qui ont l'intention de rendre visite à des amis et à des parents. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*. Mai 2015;41 (5).

- ▶ Crawford G et al. HIV, Other Blood-Borne Viruses and Sexually Transmitted Infections amongst Expatriates and Travellers to Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2016 Dec 16;13(12):1249.
- ▶ Hillier SA, Winkler E, Lavallée L. Decolonising the HIV care cascade: Policy and funding recommendations from Indigenous Peoples living with HIV and AIDS. *International Journal of Indigenous Health*. 2020;15(1):48-60.
- ▶ Jongbloed K, Pooyak S, Sharma R, Mackie J, Pearce ME, Laliberte N, et al. Experiences of the HIV cascade of care among Indigenous peoples: A systematic review. *AIDS & Behavior*. 2019;23(4):984-1003.
- ▶ Lee VC, Sullivan PS, Baral SD. Global travel and HIV/STI epidemics among MSM: what does the future hold? *Sex Health*. 2017 Feb;14(1):51-58.
- ▶ Matteelli A, Schlagenhauf P et al. Travel-associated sexually transmitted infections: an observational cross-sectional study of the GeoSentinel surveillance database. *Lancet Infect Dis*. 2013 Mar;13(3):205-13.
- ▶ Réseau ontarien de traitement du VIH. Unmet needs of Indigenous peoples living with HIV. 2019. https://www.ohtn.on.ca/wp-content/uploads/2019/10/RR141_IndigenousNeeds_October232019.pdf
- ▶ Rachlis B. HIV prevention and care among rural and remote Indigenous communities in Canada: What is known and where are the gaps? 2018. <https://dignitasinternational.org/wp-content/uploads/2018/10/HIV-Prevention-and-Care-Lit-Review-FINAL.pdf>
- ▶ Wilton J, Light L, Gardner S, Rachlis B, Conway T, Cooper C, et al. Late diagnosis, delayed presentation and late presentation among persons enrolled in a clinical HIV cohort in Ontario, Canada (1999-2013). *HIV Medicine*. 2019;20(2):110-20.

Facteurs sociaux et systémiques influençant le risque dans les populations prioritaires

Expériences négatives de l'enfance (ENE)

- ▶ Lloyd S, Operario D. HIV risk among men who have sex with men who have experienced childhood sexual abuse: systematic review and meta-analysis. *AIDS Educ Prev*. 2012

Jun;24(3):228-41.

- ▶ Tulloch TG, Rotondi NK, et al. Retrospective reports of developmental stressors, syndemics, and their association with sexual risk outcomes among gay men. *Arch Sex Behav.* 2015 Oct;44(7):1879-89.
- ▶ Woodgate RL, Zurba M, et al. A qualitative study on the intersectional social determinants for indigenous people who become infected with HIV in their youth. *Int J Equity Health.* 2017 Jul 21;16(1):132.
- ▶ Hobfoll SE, Bansal A, Schurg R, Young S, Pierce CA, Hobfoll I, Johnson R. The impact of perceived child physical and sexual abuse history on Native American women's psychological well-being and AIDS risk. *J Consult Clin Psychol.* 2002 Feb;70(1):252-7.

Troubles liés à la toxicomanie et à la santé mentale

- ▶ Perlman, D. C., & Jordan, A. E. (2018). The syndemic of opioid misuse, overdose, HCV, and HIV: structural-level causes and interventions. *Current HIV/AIDS Reports*, 15(2), 96-112.
- ▶ Remien RH, Stirratt MJ, Nguyen N, Robbins RN, Pala AN, Mellins CA. Mental health and HIV/AIDS: the need for an integrated response. *AIDS.* 2019 Jul 15;33(9):1411-1420.
- ▶ Cleland CM, Lanza ST, Vasilenko SA, Gwadz M. Syndemic Risk Classes and Substance Use Problems among Adults in High-Risk Urban Areas: A Latent Class Analysis. *Front Public Health.* 2017 Sep 7;5:237.
- ▶ Batchelder AW, Safren S, Mitchell AD, Ivardic I, O'Cleirigh C. Mental health in 2020 for men who have sex with men in the United States. *Sex Health.* 2017 Feb;14(1):59-71.

Traumatismes associés à la stigmatisation et à la discrimination (homophobie, racisme, colonisation)

- ▶ Negin J, Aspin C, Gadsden T, Reading C. HIV among indigenous peoples: a review of the literature on HIV-related behavior since the beginning of the epidemic. *AIDS Behav.* 2015;19:1720-34.
- ▶ Woodgate RL, Zurba M, et al. *ibid.*
- ▶ Jeffries WL 4th, Flores SA, Rooks-Peck CR, Gelaude DJ, Belcher L, Ricks PM, Millett GA.

Experienced Homophobia and HIV Infection Risk Among U.S. Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex with Men: A Meta-Analysis. *LGBT Health.* 2021 Jan;8(1):1-10.

- ▶ Antabe R, Konkori I, McIntosh M, Lawson E, Husbands W, Wong J, Arku G, Luginaah I. "I went in there, had a bit of an issue with those folks": everyday challenges of heterosexual African, Caribbean and black (ACB) men in accessing HIV/AIDS services in London, Ontario. *BMC Public Health.* 2021 Feb 8;21(1):315.
- ▶ Adimora AA, Schoenbach VJ. Social context, sexual networks, and racial disparities in rates of sexually transmitted infections. *J Infect Dis.* 2005 Feb 1;191 Suppl 1:S115-22.
- ▶ Whitfield DL. Does internalized racism matter in HIV risk? Correlates of biomedical HIV prevention interventions among Black men who have sex with men in the United States. *AIDS Care.* 2020 Sep;32(9):1116-1124.

Pauvreté et instabilité du logement

- ▶ Brawner BM, Kerr J, Castle BF, Bannon JA, Bonett S, Stevens R, James R, Bowleg L. A Systematic Review of Neighborhood-Level Influences on HIV Vulnerability. *AIDS Behav.* 2021 Sep 3:1-61.
- ▶ German D, Latkin CA. Social stability and HIV risk behavior: evaluating the role of accumulated vulnerability. *AIDS Behav.* 2012 Jan;16(1):168-78. doi: 10.1007/s10461-011-9882-5.
- ▶ Dickson-Gomez J, McAuliffe T, Quinn K. The Effects of Housing Status, Stability and the Social Contexts of Housing on Drug and Sexual Risk Behaviors. *AIDS Behav.* 2017 Jul;21(7):2079-2092.
- ▶ Arum C, Fraser H, Artenie AA, et al. Homelessness, unstable housing, and risk of HIV and hepatitis C virus acquisition among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health.* 2021 May;6(5):e309-e323.
- ▶ OHTN. HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) in Ontario, 2020, 20 sept. 2021. <http://www.ohesi.ca/hiv-pre-exposure-prophylaxis-prep-in-ontario-2020/> (pour l'impact du revenu sur l'utilisation de la PrEP)

Expériences de violence entre partenaires intimes

- ▶ Buller AM, Devries KM, Howard LM, Bacchus LJ. Associations between intimate partner violence and health among men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2014 Mar 4;11(3):e1001609.
- ▶ Siemieniuk RA, Krentz HB, Gill MJ. Intimate partner violence and HIV: a review. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2013 Dec;10(4):380.
- ▶ Phillips DY, Walsh B, Bullion JW, Reid PV, Bacon K, Okoro N. The intersection of intimate partner violence and HIV in U.S. women: a review. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2014 Jan-Feb;25(1 Suppl):S36-49.
- ▶ Hoff CC, Campbell CK, Chakravarty D, Darbes LA. Relationship-Based Predictors of Sexual Risk for HIV Among MSM Couples: A Systematic Review of the Literature. *AIDS Behav.* 2016 Dec;20(12):2873-2892.
- ▶ Campbell AN, Tross S, Hu MC, Pavlicova M, Nunes EV. Predictors of relationship power among drug-involved women. *AIDS Behav.* 2012 Aug;16(6):1532-41.
- ▶ Harvey SM, Bird ST. What makes women feel powerful? An exploratory study of relationship power and sexual decision-making with African Americans at risk for HIV/STDs. *Women Health.* 2004;39(3):1-18.

IV. IDENTIFIER DES PERSONNES EN SITUATION DE SOINS SPÉCIFIQUES QUI POURRAIENT BÉNÉFICIER D'UN DÉPISTAGE DU VIH

[Ontario Expert Obstetrical and Pediatric Group in HIV Care. Guidelines for the Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission. Information and Practice Guidance for Health Practitioners in Ontario: Working with HIV-infected Women with Inadequate Control of HIV, and Women with Unknown HIV Status who Present in Labor. 20 janvier 2017](#)